

Väkivalta ja terveys maailmassa

– WHO:n raportti

toim.

Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg,
James A. Mercy, Anthony B. Zwi ja Rafael Lozano

LÄÄKÄRIN SOSIAALINEN VASTUU RY
TERVEYDEN EDISTÄMISEN KESKUS RY

Alkuteos: World Report on Violence and Health

Toimittaneet: Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy,
Anthony B. Zwi ja Rafael Lozano

Copyright: World Health Organization
Geneve 2002

Suomennos: Eila Salomaa

Painos: 3000 kpl

Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2005

Teoksen julkaisuun on saatu tukea Sosiaali- ja terveysministeriön
terveyden edistämisen määrärahoista.

LÄÄKÄRIN SOSIAALINEN VASTUU RY
TERVEYDEN EDISTÄMISEN KESKUS RY

ISBN 952-9608-99-3

Sisältö

Alkulause	• <i>Nelson Mandela</i>	8
Esipuhe	• <i>Gro Harlem Brundtland</i>	10
Saatteeksi	• <i>Ilkka Taipale ja Mika Pyykkö</i>	12
Johdanto		15
Tavoitteet		15
Aiheet ja tutkimuksen rajaus		17
Miten raportti on syntynyt		18
Miten tästä eteenpäin		18
Luku 1. Väkipalta - globaali terveysongelma		19
Taustaa		19
<i>Näkyvä ja näkymätön • Ongelma on ehkäistävissä</i>		
Kansanterveydellisen näkökulman merkitys		20
Väkipallan määrittely		21
<i>Tahallisuus</i>		
Väkipallan typologia		23
<i>Väkipallan tyypit • Itse aiheutettu väkipalta • Ihmisten välinen väkipalta</i>		
<i>• Kollektiivinen väkipalta • Väkipaltaisten tekojen luonne</i>		
Väkipallan ja sen seurausten mittaaminen		25
<i>Tutkimusaineistot • Kuolleisuustilastot • Muut aineistot • Tietolähteet</i>		
<i>• Tietojen keruun ongelmia • Katsaus tämänhetkiseen tietämykseen</i>		
<i>Muun kuin kuolemaan johtavan väkipallan määrä • Väkipallan kustannukset</i>		
Väkipallan juurien tutkiminen: ekologinen malli		31
<i>Monitasoisuus • Monimutkaiset yhteydet</i>		
Miten väkipallaa voidaan ehkäistä?		34
<i>Ehkäisevä toiminta • Reagoiminen monella tasolla • Vaikuttavien toimenpiteiden dokumentointi • Kansanterveystyön tasapainottaminen</i>		
<i>• Kulttuurisiin normeihin puuttuminen • Toimintaa väkipallaa vastaan kaikilla tasoilla • Kansallisen päätöksenteon ongelmia</i>		
Johtopäätöksiä		39
Luku 2. Nuorisoväkipalta		42
Taustaa		42
Ongelman laajuus		43
<i>Henkirikosten määrä • Mitä suuntauksia nuorten väkipallaisissa kuolemissa on havaittavissa • Muu väkipalta • Riskikäyttäytyminen</i>		
Nuorisoväkipallan dynamiikka		48
<i>Miten nuorisoväkipalta saa alkunsa? • Tilannesidonnaiset tekijät</i>		

Mitkä ovat nuorisoväkivallan riskitekijät?	51
<i>Yksilölliset tekijät • Yhteisölliset tekijät • Rakenteelliset tekijät</i>	
Miten nuorisoväkivaltaa voidaan ehkäistä?	58
<i>Yksilöllisiä lähestymistapoja • Ihmissuhdetaso • Yhteisö­hankkeet</i>	
• <i>Yhteiskunnalliset uudistukset</i>	
Suosituksia	58
<i>Tietojenkeruujärjestelmien luominen • Lisää tieteellistä tutkimusta</i>	
• <i>Ehkäisystrategioiden kehittäminen • Tiedon levittäminen</i>	
Johtopäätöksiä	70
Luku 3. Vanhempien lapsiin kohdistama väki­valta ja laiminlyönti	77
Lapsiin kohdistuvan väki­vallan ja lasten laiminlyönnin määrittely	78
<i>Kulttuurisia kysymyksiä • Väki­vallan muodot</i>	
Ongelman laajuus	79
<i>Kuolemaan johtava pahoinpity­ly • Muu kuin kuolemaan johtava pahoinpity­ly • Seksuaalinen hyväksikäyttö</i>	
Lasten pahoinpity­lyn ja laiminlyönnin riskitekijät	85
<i>Lapsen haavoittuvuutta lisäävät tekijät • Lasta hoitavien aikuisten ja perheen ominaisuudet • Yhteisölliset tekijät</i>	
Lapsiin kohdistuvan väki­vallan ja seksuaalisen hyväksikäytön seuraukset	90
<i>Vaikutukset terveyteen • Taloudellinen rasitus</i>	
Miten lapsiin kohdistuvaa väki­valtaa voidaan ehkäistä?	92
<i>Perhetukiohjelmat • Terveystuollo­lliset lähestymistavat • Terapeuttiset lähestymistavat • Juridiset keinot • Yhteisölliset toimet</i>	
• <i>Yhteiskunnan taso</i>	
Suosituksia	100
<i>Seurannan ja arvioinnin kehittäminen • Lastensuojelujärjestelmien kehittäminen • Poliittiset kehittämistoimet • Tietojen laadun parantaminen • Lisätutkimuksen tarve • Tehokkaiden menetelmien dokumentointi • Ammattityöntekijöiden koulutus</i>	
Johtopäätöksiä	103
Luku 4. Parisuhdeväki­valta	109
Tausta	109
Ongelman laajuus	109
<i>Parisuhdeväki­vallan mittaaminen • Parisuhdeväki­valta ja henkirikokset</i>	
• <i>Perinteisiä miehen kunnian käsityksiä</i>	
Parisuhdeväki­vallan dynamiikka	114
<i>Miten naiset reagoivat väki­valtaan?</i>	
Mitkä ovat parisuhdeväki­vallan riskitekijät?	118
<i>Yksilölliset tekijät • Ihmissuhdetekijät • Yhteisölliset tekijät</i>	
• <i>Yhteiskunnalliset tekijät</i>	
Parisuhdeväki­vallan seuraukset	123
<i>Vaikutus terveyteen • Väki­vallan taloudelliset vaikutukset</i>	
• <i>Vaikutus lapsiin</i>	

Mitä parisuhdeväkivallan ehkäisemiseksi voidaan tehdä?	126
<i>Uhrin tukeminen • Lainsäädännön ja oikeuslaitoksen uudistaminen</i>	
• <i>Pahoinpitelijöiden hoito • Terveydenhoitojärjestelmä • Yhteisölliset toimenpiteet • Hyvän käytännön periaatteita • Toimintaa kaikilla tasoilla</i>	
• <i>Naisten osallistuminen • Organisaatiokulttuurien muutos • Monisektorinen lähestymistapa</i>	
Suosituksia	136
<i>Parisuhdeväkivaltatutkimus • Epävirallisten tukiverkostojen vahvistaminen • Kaikkien saaminen mukaan yhteiskunnan ohjelmiin</i>	
• <i>Panostaminen ennalta ehkäisyyn</i>	
Johtopäätöksiä	137
Luku 5. Vanhusten kaltoinkohtelu	145
Taustaa	145
Miten vanhusten kaltoinkohtelu määritellään?	147
<i>Perinteiset yhteiskunnat</i>	
Ongelman laajuus	150
<i>Kodit • Laitokset</i>	
Mitkä ovat vanhuksiin kohdistuvan väkivallan riskitekijät?	151
<i>Yksilölliset tekijät • Ihmissuhdetekijät • Yhteisö- ja yhteiskunnan taso</i>	
Vanhuksiin kohdistuvan väkivallan seuraukset	154
<i>Seuraukset kotona • Seuraukset laitoksissa</i>	
Mitä voidaan tehdä vanhuksiin kohdistuvan väkivallan ehkäisemiseksi?	156
<i>Kansallisen tason toimenpiteet • Paikalliset toimenpiteet</i>	
Suosituksia	163
<i>Tiedon lisääminen • Lainsäädännön tiukentaminen</i>	
• <i>Ehkäisystrategioiden vaikuttavuuden parantaminen</i>	
Johtopäätöksiä	166
Luku 6. Seksuaalinen väkivalta	169
Taustaa	169
Miten seksuaalinen väkivalta määritellään?	170
<i>Seksuaalisen väkivallan muodot ja esiintymislanteet</i>	
Ongelman laajuus	171
<i>Käytettävissä olevat tietolähteet • Arvioita seksuaalisen väkivallan esiintyvyydestä • Seksuaalinen väkivalta oppilaitoksissa, terveydenhuollossa, aseellisten konfliktien yhteydessä ja pakolaisleireillä</i>	
• <i>Seksuaalisen väkivallan ”tavanomaisia muotoja”</i>	
Mitkä ovat seksuaalisen väkivallan riskitekijät?	179
<i>Naisen haavoittuvuutta lisäävät tekijät • Tekijät, jotka lisäävät miehen riskiä syüllistyä raiskaukseen • Vertaisryhmä ja perhe • Yhteisölliset tekijät</i>	
Seksuaalisen väkivallan seuraukset	185
<i>Raskaus- ja gynekologiset komplikaatiot • Sukupuolitaudit</i>	

	<i>Mielenterveys • Itsetuhokäyttäytyminen • Sosiaalinen eristäminen</i>	
Mitä voidaan tehdä seksuaalisen väkivallan ehkäisemiseksi?		188
	<i>Yksilötason puuttuminen • Kehityksellisiä lähestymistapoja</i>	
	<i>• Terveydenhuollon toimet • Yhteisöhankeet • Poliittiset ja</i>	
	<i>lainsäädännölliset toimenpiteet • Toiminta muiden seksuaalisen</i>	
	<i>väkivallan muotojen ehkäisemiseksi</i>	
Suosituksia		197
	<i>Lisää tutkimusta • Puuttumisen tehokkuus • Suurempi huomio emalta</i>	
	<i>ehkäisyyn • Seksuaaliseen väkivaltaan puuttuminen terveydenhuollossa</i>	
Johtopäätöksiä		199
Luku 7. Itsemurhat		206
Taustaa		206
Miten itsemurha määritellään?		206
Engelman laajuus		207
	<i>Kuolemaan johtava itsetuhokäyttäytyminen • Muu kuin kuolemaan</i>	
	<i>johtava itsetuhokäyttäytyminen ja itsetuhoajatukset</i>	
Mitkä ovat itsetuhokäyttäytymisen riskitekijät?		215
	<i>Psykykkiset tekijät • Biologiset ja lääketieteelliset merkit • Vaikeat</i>	
	<i>elämäkokemukset laukaisevana tekijänä • Sosiaaliset ja ympäristötekijät</i>	
Mitä voidaan tehdä itsemurhien ehkäisemiseksi?		223
	<i>Hoidollinen lähestymistapa • Käyttäytymistieteellisiä lähestymistapoja</i>	
	<i>• Ihmissuhdeverkoston kehittäminen • Yhteisölliset toimenpiteet •</i>	
	<i>Yhteiskunnan toimenpiteet • Itsemurhan jälkeiset toimenpiteet •</i>	
	<i>Poliittiset toimet</i>	
Suosituksia		229
	<i>Aineistojen kehittäminen • Lisätutkimuksen tarve • Psykiatrisen</i>	
	<i>hoidon kehittäminen • Ympäristön parantaminen • Paikallisten</i>	
	<i>toimien vahvistaminen</i>	
Johtopäätöksiä		231
Luku 8. Kollektiivinen väkipalva		237
Taustaa		237
Miten kollektiivinen väkipalva määritellään?		238
	<i>Kollektiivisen väkivallan muodot</i>	
Kollektiivista väkipalvaa koskevat aineistot		240
	<i>Tietolähteet • Tietojen keruun ongelmat</i>	
Engelman laajuus		241
	<i>Konflikteissa kuolleiden määrä • Konfliktien luonne</i>	
Mitkä ovat kollektiivisen väkivallan riskitekijät?		243
	<i>Poliittiset ja taloudelliset tekijät • Yhteiskunnalliset ja yhteisölliset</i>	
	<i>tekijät • Demografiset tekijät • Teknologiset tekijät</i>	
Kollektiivisen väkivallan seuraukset		246
	<i>Terveyshaitat • Vaikutus eri väestöryhmiin • Demografinen vaikutus</i>	
	<i>• Sosioekonominen vaikutus</i>	

Miten kollektiivista väkivaltaa voidaan ehkäistä?	254
<i>Väkivaltaisten konfliktien edellytysten vähentäminen • Väkivaltaisiin konflikteihin reagointi • Dokumentointi, tutkimus ja tiedon levittäminen</i>	
Suosituksia	261
<i>Tieto ja ymmärrys • Väkivaltaisten konfliktien ehkäisy • Rauhanturvatoiminta • Terveydenhuollon sektorin toimet • Humanitaarinen toiminta</i>	
Johtopäätöksiä	265

Luku 9. Miten tästä eteenpäin: toimintasuosituksia **268**

Taustaa	268
Väkivaltaan puuttuminen: mitä jo tiedetään?	268
<i>Miksi terveydenhuollon sektorin panosta tarvitaan? • Vastuun ja prioriteettien määrittely</i>	
Suosituksia	273
1. suositus	273
<i>Kansallisen väkivallan ehkäisyohjelman luominen, toteuttaminen ja seuranta</i>	
2. suositus	273
<i>Tietojenkeruukapasiteetin parantaminen</i>	
3. suositus	274
<i>Väkivallan syitä, seurauksia, kustannuksia ja ehkäisemistä koskevan tutkimuksen tukeminen ja priorisointi</i>	
4. suositus	275
<i>Ennalta ehkäisyn edistäminen</i>	
5. suositus	276
<i>Väkivallan uhrien palvelujen parantaminen</i>	
6. suositus	278
<i>Väkivallan ehkäisyn ottaminen osaksi sosiaali- ja koulutuspolitiikkaa, mikä lisää myös sosiaalista ja sukupuolten välistä tasa-arvoa</i>	
7. suositus	278
<i>Väkivallan ehkäisyä koskevan yhteistyön ja tietojenvaihdon lisääminen</i>	
8. suositus	280
<i>Edistetään ja seurataan kansainvälisten sopimusten, lakien ja muiden ihmisoikeuksia suojaavien mekanismien noudattamista</i>	
9. suositus	281
<i>Käytännöllisten, kansainvälisten globaaliin huumekauppaan ja asekauppaan puuttumisen muotojen etsiminen</i>	
Johtopäätöksiä	281

Johdatus tilastoliitteisiin **283**

LIITTEET LÖYTYVÄT WWW-OSOITTEESTA:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

Alkulause

1900-luku jää historiaan väkivallan vuosisatana. Sen perintönä kannamme joukkotuhoaseilla tuotetun ennen näkemättömän laajan väkivallan taakkaa, joka ei ole koskaan aikaisemmin ihmiskunnan historiassa ollut mahdollista. Tämä perintö, joka on seurausta vihan ideologioita palvelevasta uudesta teknologiasta, ei ole kuitenkaan ainoa rasite, jonka joudumme kohtaamaan.

Vähemmän näkyvä, mutta vielä laajemmalle levinnyt, on päivittäisen yksilöllisen kärsimyksen taakka. Se on lasten tuskaa, kun heitä kohtelevat kaltoin samat aikuiset, joiden tehtävänä on suojella heitä. Se on väkivaltaisten kumppaniensa pahoinpitelemien tai nöyryyttämien naisten, hoivaajiensa kaltoin kohtelemien vanhusten ja kavereidensa kiusaamien nuorten tuskaa. Se on kaiken ikäisten itselleen väkivaltaa aiheuttavien ihmisten tuskaa. Tämä kärsimys - ja esimerkkejä on vielä paljon lisää - on itseään uusintava perintö. Uudet sukupolvet oppivat väkivallan aikaisemmilta sukupolvilta, uhrin rikoksen tekijöiltä. Kierre jatkuu, kun väkivaltaa synnyttävien sosiaalisten olojen sallitaan pysyvän entisellään. Yksikään maa, yksikään kaupunki, yksikään yhteisö ei ole turvassa. Mutta emme me myöskään ole voimattomia.

Väki­valta kukoistaa siellä, mistä puuttuu demokratia, ihmisoikeuksien kunnioitus ja hyvä hallinto. Usein puhutaan siitä, miten ”väkivallan kulttuuri” juurtuu. Tämä on totta. Sen olen apartheidin aikana eläneenä ja nyt sen jälkeistä aikaa elävänä joutunut kokemaan. On myös totta, että väkivallan mallit ovat pysyvämpiä ja yhteiskunnassa laajemmalle levinneitä siellä, missä viranomaiset hyväksyvät väkivallan käytön toimimalla itse saman mallin mukaisesti. Monissa yhteiskunnissa väki­valta on niin hallitsevaa, että se tekee tyhjäksi toiveet taloudellisesta ja sosiaalisesta kehityksestä. Emme voi antaa tämän jatkuu.

Monet, jotka elävät väkivallan kanssa päivästä toiseen, olettavat sen kuuluvan ihmisen osaan. Näin ei kuitenkaan ole. Väki­valta voidaan estää. Väki­valtaiset kulttuurit voidaan muuttaa väki­vallattomiksi. Omassa maassani ja monissa muissa on loistavia esimerkkejä väkivallan murtamisesta. Hallitukset, yhteisöt ja yksittäiset ihmiset voivat saada aikaan muutoksen.

Tämä ensimmäinen Maailman väki­valta- ja terveysraportti on merkittävä panos pyrki-

myksessämme ymmärtää väkivaltaa ja sen seurauksia. Se valaisee väkivallan eri puolia, niin yhteiskunnan haavoittuvimpien ihmisten ”näkyvätöntä” kärsimystä kuin myös liiankin näkyvää konflikteista kärsivien yhteiskuntien murhenäytelmää. Raportti tuo käyttöömmme tutkittua tietoa väkivaltaan johtavista syistä ja eri yhteiskunnan sektorien käytävissä olevista keinoista vastata siihen. Se muistuttaa meitä siitä, että turvallisuus ei synny itsestään, vaan se on tulosta yhteisistä ponnistuksista ja julkisesta rahoituksesta.

Raportti kuvailee ja antaa suosituksia paikallisen, valtiollisen ja kansainvälisen tason toiminnalle. Se on korvaamattoman arvokas työkalu väkivallan ehkäisyn hyväksi työskenteleville poliittisille päättäjille, tutkijoille, ammattilaisille, kansalaisaktivisteille ja vapaaehtoistyöntekijöille. Kun väkivalta on perinteisesti kuulunut rikosoikeudellisen järjestelmän piiriin, tässä raportissa korostetaan voimakkaasti yhteiskunnan kaikkien sektorien osallistumista.

Olemme lapsillemme, jotka ovat kaikissa yhteiskunnissa haavoittuvimpia kansalaisia, velkaa väkivallasta ja pelosta vapaan elämän. Sen turvaamiseksi meidän on ponnisteltava uupumatta rauhan, oikeudenmukaisuuden ja vaurauden luomiseksi niin valtiollisella tasolla kuin myös yhteisöissä ja perheissä. Meidän on puuttuttava väkivallan syihin. Vain siten voimme muuttaa viime vuosisadan perinnön musertavasta taakasta opettavaksi kokemukseksi.

Nelson Mandela

Esipuhe

Väkipalta tunkeutuu lukemattomien ihmisten elämään joka puolella maailmaa ja koskettaa meitä jokaista jollain tavoin. Toiset välttyvät pahalta sulkemalla ovet ja ikkunat ja välttämällä vaarallisia paikkoja. Toisille pakeneminen on mahdollista: väkivallan uhka on kotioiven sisäpuolella - muilta ihmisiltä piilossa. Sodan ja konfliktin keskellä elävän ihmisen koko arki on väkivallan kyllästävä.

Tämä julkaisu, joka on ensimmäinen ongelman kaikkia puolia koko maailman mitassa käsittelevä raportti, tuo esille väkivallan seuraukset: yli 1,6 miljoonaa menetettyä ihmishenkeä joka vuosi ja vielä paljon useampia erilaisia, vaikkakaan ei aina havaittavissa olevia, vammoja saaneita. Raportissa kuvataan ihmisten välisen, kollektiivisen ja omaan itseen suuntautuvan väkivallan eri puolia ja tilanteita, joissa sitä esiintyy. Siellä missä esiintyy väkivaltaa, terveys on aina uhattuna.

Raportti merkitsee meille haastetta monessa mielessä. Se pakottaa meidän tarkistamaan käsityksiämme väkivallan hyväksyttävyydestä ja siedettävyydestä. Se kyseenalaistaa näkemyksen, jonka mukaan väkivallanteot ovat perheiden yksityisasioiden, ihmisten omien valintojen seurausta tai elämään väistämättä kuuluvia. Väkipalta on monimutkainen ongelma, joka liittyy moninaisten perheissä ja yhteisöissä vaikuttavien, valtioiden rajat ylittävien voimien muovaamiin ajattelu- ja käyttäytymismalleihin. Raportti kannustaa meitä työskentelemään yhdessä hyvin monien kumppanien kanssa ja omaksumaan ennalta ehkäisevän, tieteellisen ja kokonaisvaltaisen lähestymistavan.

Osa tarvittavista työkaluista ja tiedoista meillä jo on. Niitä on käytetty onnistuneesti muiden terveysongelmien ratkaisemisessa. Tämä käy ilmi läpi koko raportin. Meillä on myös ymmärrystä siitä, miten soveltaa tietojamme. Väkipalta on usein ennakoitavissa ja ehkäistävissä. Se jakautuu muiden terveysongelmien tavoin epätasaisesti väestöryhmien kesken. Monet väkivallan riskiä lisäävistä tekijöistä ovat yhteisiä eri väkivallan lajeille, ja moniin niistä voidaan vaikuttaa.

Yksi koko raportin läpi käyvä teema on varhaisen puuttumisen tärkeys. Pienilläkin ponnisteluilla voidaan saavuttaa suuria, kestäviä hyötyjä. Se edellyttää kuitenkin johtavassa asemassa olevien henkilöiden määrätietoisuutta ja laajan sekä julkisen että yksityisen sektorin kumppanien kirjon yhteistyötä, yhtä lailla teollisuus- kuin kehitysmaissakin.

Kansanterveystyössä on saavutettu viime vuosikymmeninä merkittäviä edistysaskelia. Erityisesti on pystytty laskemaan monien lastentautien aiheuttamaa kuolleisuutta. Kansanterveystyö on kuitenkin epäonnistunut, jos lapsemme pelastetaan taudeilta, mutta heidän sallitaan menehtyä pahoinpitelyn uhreina tai myöhemmin parisuhdeväkivallan, sotien raakuuksien tai itsemurhan uhreina.

Kansanterveystiede ei pysty yksinään ratkaisemaan tätä monitahoista ongelmaa. Olemme kuitenkin valmiita suorittamaan päättäväisesti oman osuutemme. Tämä raportti auttaa etsimään väkivallan ratkaisukeinoja koko maapallon tasolla, niin että maailmasta tulisi kaikille turvallisempi ja terveellisempi paikka. Pyydän sinua lukemaan raportin huolellisesti ja vastaamaan yhdessä minun ja raportin kokoamiseen osallistuneiden erimaailaisten asiantuntijoiden kanssa sen tärkeään, toimintaan kannustavaan kutsuun.

Gro Harlem Brundtland
Pääjohtaja
Maailman terveysjärjestö

Väki­valta puolitet­tava 10 vuodessa

1970-luvun alussa suomalainen yhteiskunta päätti puolittaa liikennekuolemat ja -tapaturmat viidessä vuodessa. Näin myös tehtiin. Samaan aikaan käynnistettiin työtaturmien olennainen vähentäminen. Hyvinvointiyhteiskunta näyttäytyi, kun urheilutaturmien aiheuttamat sairauspoissaolot ylittivät poissaolot työtaturmien johdosta. Ensimmäiset väitöskirjat kotitaturmista ja niiden ehkäisystä ilmestyivät.

Pidempi polku on ollut ihmisen oman väkivallan ja sen seurausten torjunnassa. Lasten pahoinpitely Battered Child-oireyhtymänä lääketieteen piiristä 1960-luvun alussa, naisten pahoinpitely poliisin kotihälytystutkimusten ynnä naisliikkeen kautta 1970-luvun lopulla, laajemmin katsottuna perheväkivalta tätä myöhemmin, vanhuksiin kohdistuva väkivalta sitten ja inesti vasta 1990-luvulla laajempaan tietoisuuteen. Oikeastaan kukin näistä suurista sosiaalisista ongelmista nousi pintaan ja toimenpiteiden kohteeksi äkisti ja maailmanlaajuisesti, vaikka ne olivat esiintyneet iät ja ajat. Social Problems-lehti määritteli kerran sosiaalisesti ongelmaksi sen, mikä määritellään sosiaalisesti ongelmaksi.

Niin­pä sotien ennaltaehkäisy tuli lääketieteen kohteeksi lääkäreiden ydinsodan vastaisen liikkeen nousua 1980-luvun alusta, se laajentui aluksi muihin joukkotuhohaseisiin, 1990-luvulla onnistuneesti maamiinojen kieltoon ja pienaseiden käsiaseiden vastaiseen taisteluun.

Murhat, tapot ja väkivaltarikollisuus säilyivät pitkään vain poliisin, oikeusoppineiden ja kriminologien pohdittavina.

Tämä WHO:n raportti on ainutlaatuinen työ, jossa on koottu maailmanlaajuisesti tiedot ihmisten välisestä yksilöllisestä väkivallasta aseellisten taisteluiden väkivaltaan asti. Lääketiede on edennyt ortopedian ja traumatologian eli sairauksien ja vammojen hoidosta viimeinen niiden ennaltaehkäisyyn laajalla rintamalla.

Maamme rikosten torjuntaneuvosto on vastikään saanut valmiiksi väkivallan vähentämishjelman, jossa esitetään myös terveyden- ja sosiaalihuollon sektoreille parempia

väkivallan tilastointitapoja. Tavoitteena on vähentää murhat ja tapot, ja siten myös niiden yritykset ja vakavat väkivallan teot neljässä vuodessa neljänneksellä. Tavoite on vaatimaton, mutta käyntiinlähtö. Tämä WHO:n raportti antaa taustatuen voimakkaammille ja nopeammille toimille.

Väkivalta ja köyhyys nivoutuvat toisiinsa. YK on vaatinut köyhyyden puolittamista maailmassa vuoteen 2015, Suomi on allekirjoittanut vaatimuksen, joka sisältää myös köyhyyden puolittamisen Suomessa tuohon mennessä. Tämän tavoitteen saavuttaminen tulee varmuudella vähentämään myös väkivaltaa, jonka torjunnassa sosiaalipolitiikalla on oleva keskeinen merkitys.

Suomenkielisestä laitoksesta on jätetty pois tilastoliitteet, jotka on saatavissa netistä.

Ilkka Taipale
Lääkärin sosiaalinen
vastuu ry

Mika Pyykkö
Terveiden edistämisen
keskus ry, toiminnanjohtaja

Johdanto

Maailman terveysjärjestön 49. vuosikokous hyväksyi vuonna 1996 päätöslauselman WHA49.25, jossa väkivallan todettiin olevan suuri ja yhä kasvava ongelma kaikkialla maailmassa.

Tässä päätöslauselmassa yleiskokous kiinnitti huomiota niihin vakaviin lyhyt- ja pitkäaikaisiin seurauksiin, joita väkivalta aiheuttaa yksityisille ihmisille, perheille, yhteisöille ja valtioille. Siinä korostettiin niin ikään väkivallan terveyspalveluille tuottamaa rasi-tusta.

Yleiskokous pyysi jäsenvaltioita kiinnittämään kiireellisesti huomiota väkivaltaongelmaan ja pääjohtajaa käynnistämään terveyspoliittisia toimia ongelman ratkaisemiseksi.

Tämä ensimmäinen Maailman väkivalta- ja terveysraportti on tärkeä osa WHO:n päätöslauselman WHA49.25 perusteella käynnistettyä työtä. Se on tarkoitettu ensisijassa tutkijoille ja alan ammattilaisille, joihin kuuluvat terveydenhuollon työntekijät, sosiaalityöntekijät, väkivallan ehkäisyohjelmien ja –palvelujen suunnittelijat ja toteuttajat, kasvatus-työtä tekevät sekä oikeushallinnon henkilöstö.

Tavoitteet

Raportin tavoitteena on lisätä tietoisuutta väkivallasta maailmanlaajuisena ongelmana ja tähdentää sen ennaltaehkäistävyttä sekä terveydenhuollon keskeistä osuutta väkivallan syihin ja seurauksiin puuttumisessa.

Yksilöidymmin tavoitteet ovat:

- kuvata väkivallan laajuutta ja sen aiheuttamia haittoja koko maailmassa
- kuvata väkivallan riskitekijöitä
- tehdä selkoa siitä, millä erin tavoin ongelmaa on pyritty ratkaisemaan ja mitä eri menetelmien vaikuttavuudesta tiedetään
- tehdä suosituksia paikallisen, valtiollisen ja kansainvälisen tason toiminnalle.

Väkipallan ehkäisy - kansanterveystyön keskeinen tehtävä (Päätöslauselma WHA49.25)

Maailman terveysjärjestön 49. vuosikokous,

joka panee huolestuneena merkille, että tahallinen, kaiken ikäisiin ja molempiin sukupuoliin, mutta erityisesti naisiin ja lapsiin kohdistuva väkipalta on lisääntynyt voimakkaasti maailmassa,

joka ottaa vastaan sosiaalisen kehityksen huippukokouksen julkilausumaan sisältyvän kehotuksen kehittää ja toteuttaa erityisiä väkipallan ehkäisyyn ja sen seurausten lieventämiseen tähtäviä kansanterveys- ja sosiaalipalveluohjelmia,

joka hyväksyy kansainvälisen väestö- ja kehityskonferenssin (Kairo 1994) ja neljännen naisten maailmankonferenssin (Peking 1995) suositukset naisiin ja tyttöihin kohdistuvaan väkipallaan puuttumisesta ja sen seurausten ymmärtämisestä,

joka palauttaa mieleen YK:n julkilausuman naisiin kohdistuvan väkipallan hävittämisestä, joka ottaa huomioon kolmannessa kansainvälisessä väkipallan ehkäisykonferenssissa hyväksytyt tiedeyhteisön laatiman Melbournen julistuksen (1996) kehotuksen lisätä kansainvälistä yhteistyötä koko maailman asukkaiden turvallisuuden lisäämiseksi,

joka tunnustaa, että väkipalta aiheuttaa yksilöille, perheille, yhteisöille ja valtioille vakavia välittömiä ja pitkäaikaisia terveyttä ja psykologista ja sosiaalista kehitystä haittaavia vaikutuksia,

joka tunnustaa, että terveydenhuollon ammattilaiset ovat usein ensimmäisiä, jotka näkevät väkipallan uhrin ja joilla on ainutlaatuinen kyky ja asema yhteisössä auttaa riskiryhmiin kuuluvia,

joka tunnustaa, että kansainvälistä kansanterveystyön koordinoinnista huolehtivalla maailman terveysjärjestöllä on vastuu tarjota ohjausta jäsenvaltioille niiden kehittäessä ohjelmia itse aiheutetun ja ihmisten välisen väkipallan ehkäisemiseksi,

1. JULISTAA, että väkipalta on huomattavampia maailmanlaajuisia kansanterveysongelmia,
2. KEHOTTAAN jäsenvaltioita arvioimaan väkipaltaongelmaa omalla alueellaan ja toimittamaan WHO:lle tiedot ongelman laajuudesta ja toteutetuista toimenpiteistä,
3. PYYTÄÄ pääsihteeriä aloittamaan käytettävissä olevien voimavarojen mukaisesti väkipallaa ehkäiseviä terveydenhuollon toimia.

(1) Kuvaillaan väkipallan eri tyyppejä, määritellään niiden laajuus ja arvioidaan väkipallan syitä ja terveydellisiä seurauksia käyttäen apuna myös sukupuolinäkökulmaa.

(2) Arvioidaan väkipallan ehkäisyyn ja sen seurausten lieventämiseen tähtäviin toimenpiteiden ja ohjelmien laatua ja vaikuttavuutta kiinnittäen erityistä huomiota yhteisöohjelmiin.

(3) Edistetään tämän ongelman ratkaisemiseen tähtäviä kansainvälisen ja kansallisen tason toimia, joihin kuuluvat mm.:

- (a) väkipallan seurausten tunnistamisen, ilmoittamisen ja käsittelyn parantaminen
- (b) sektorien välisen yhteistyön parantaminen väkipallan ehkäisyssä ja käsittelyssä
- (c) väkipallatutkimuksen edistäminen kansanterveystutkimuksen prioriteettialana
- (d) väkipallan ehkäisyohjelmia koskevien suositusten valmistelu ja levittäminen kaikkien kansojen, valtioiden ja yhteisöjen parissa

(4) Varmistetaan tarkoituksenmukaisten WHO:n teknisten ohjelmien koordinoitu ja aktiivinen osallistuminen työhön.

(5) Vahvistetaan järjestön yhteistyötä hallitusten, paikallisviranomaisten sekä muiden YK-

järjestöjen kanssa väkivallan ehkäisyyn ja sen seurausten lievittämiseen tähtäävien ohjelmien suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa.

4. PYYTÄÄ EDELLEEN pääsihteeriä esittämään johtokunnan 99. istunnolle raportin, jossa kuvaillaan tähän mennessä saavutettua edistymistä, ja esittämään toimintasuunnitelman teellisen kansanterveysnäkökulman kehittämiseksi väkivallan ehkäisytyössä.

Aiheet ja tutkimuksen rajaus

Raportissa tarkastellaan väkivallan lajeja, jotka esiintyvät joka puolella maailmaa, ihmisten jokapäiväisessä elämässä ja jotka muodostavat valtaosan väkivallan terveydenhuollolle muodostamasta rasituksesta. Aiheet ovat seuraavat:

1. Väkivalta - maailmanlaajuinen terveysongelma
2. Nuorisoväkivalta
3. Vanhempien ja muiden hoivanantajien lapsiin kohdistama väkivalta, hyväksikäyttö ja laiminlyönti
4. Parisuhdeväkivalta
5. Vanhusten kaltoinkohtelu
6. Seksuaalinen väkivalta
7. Itseen kohdistuva väkivalta
8. Miten tästä eteenpäin

Väkivallan kaikkia lajeja on mahdotonta käsitellä täydellisesti yhdessä ainoassa tutkimuksessa, minkä vuoksi jokainen luku keskittyy tiettyihin teemoihin. Esimerkiksi nuorisoväkivaltaa käsittelevässä luvussa tarkastellaan nuorten ja nuorten aikuisten keskinäistä väkivaltaa. Lasten hyväksikäyttöä käsittelevässä luvussa keskustellaan lapsiin kohdistuvasta fyysisestä, seksuaalisesta ja psyykkisestä väkivallasta sekä lasten heitteillejätöstä ja laiminlyönnistä; esimerkiksi lapsiprostituutiosta ja lasten käytöstä sotilaina kirjoitetaan raportin muissa osissa. Vanhuksiin kohdistuvaa väkivaltaa tarkastellaan erityisesti kotona ja hoitolaitoksissa ilmenevänä huonona kohteluna. Kollektiivinen väkivalta kattaa erityisesti väkivaltaiset konfliktit. Parisuhdeväkivaltaa ja seksuaalista väkivaltaa käsittelevät luvut keskittyvät ensisijaisesti naisiin kohdistuvaan väkivaltaan, joskin lukuun seksuaalisesta väkivallasta sisältyy jonkin verran keskustelua miehiin ja poikiin suuntautuvasta väkivallasta. Luku itseen kohdistuvasta väkivallasta tarkastelee lähinnä itsemurhakäyttäytymistä. Luku on otettu mukaan raporttiin, koska itsetuhokäyttäytyminen on yksi vammajen aiheuttamisen ulkoisista syistä ja usein seurausta samoista taustalla olevista sosiaalisista, psyykkisistä ja ympäristötekijöistä, jotka vaikuttavat muidenkin väkivallan lajien esiintymiseen.

Kakki luvut noudattavat samaa rakennetta. Aluksi määritellään lyhyesti kulloinkin käsiteltävään väkivallan erityistyyppiin liittyvät käsitteet. Sen jälkeen tarkastellaan lyhyesti, mitä jo tiedetään ongelman laajuudesta eri puolilla maailmaa. Mahdollisuuksien mukaan esitellään yksittäisiä maita koskevia tietoja samoin kuin aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tuloksia. Sitten kuvataan väkivallan syitä ja seurauksia, esitellään lyhyesti kokeiltuja ratkaisumalleja ja tehdään suosituksia tulevaa tutkimusta ja toimintaa varten. Taulukoiden ja kuvioiden avulla valaistetaan epidemiologisia malleja ja tutkimustuloksia. Tehdyistä ehkäisevistä toimenpiteistä kerrotaan esimerkkejä, ja kiinnitetään huomiota

tiettyihin erityiskysymyksiin.

Raportin loppuosa koostuu tilastoliitteestä ja internet-osoitteistosta. Tilastoliite sisältää koko maailman kattavia, alueellisia ja maakohtaisia tietoja, jotka on saatu WHO:n kuoleisuus- ja kuolinsyytietokannasta sekä WHO:n vuonna 2000 tehdystä kansainvälisestä projektista. Liite sisältää lähteiden ja menetelmien kuvauksen, josta selviää, miten tiedot on kerätty ja analysoitu.

Internet-osoitteisto sisältää väkivallan tutkimisen ja ehkäisemisen parissa työskentelevien organisaatioiden kotisivujen osoitteet.

Miten raportti on syntynyt

Tämä raportti on syntynyt yli 160 asiantuntijan yhteistyönä, pienen toimituskunnan kokoamana. Kaikkien WHO-alueiden edustajista ja WHO:n työntekijöistä koostuva neuvonantajaryhmä tarjosi apua toimituskunnalle raportin kirjoittamisen eri vaiheissa.

Kunkin luvun ovat tarkistaneet eri puolilta maailmaa kotoisin olevat tutkijat. Heiltä pyydettiin kommentteja paitsi luvun tieteellisestä sisällöstä myös sen relevanssista heidän oman kulttuurinsa kannalta.

Raportin edistyessä siitä keskusteltiin WHO:n aluetoimistojen edustajien ja eri asiantuntijaryhmien palaverissa eri puolilla maailmaa. Osallistujat kävivät läpi luonnokset, laativat yleiskatsauksen oman alueensa ongelmista ja tekivät ehdotuksia alueellista väkivallan ehkäisytyötä silmälläpitäen.

Miten tästä eteenpäin

Tämä raportti, ensimmäinen lajissaan, on laaja-alaisuudestaan huolimatta vasta alkua. Toivottavasti se herättää keskustelua paikallisella, kansallisella ja kansainvälisellä tasolla ja tarjoaa toimintaohjelman väkivallan ehkäisemisponnisteluille.

I. Väkivalta - globaali terveysongelma

Taustaa

Väkivalta lienee aina ollut osa ihmiselämää. Sen aiheuttamat haitat ovat eri muodoissaan nähtävissä kaikkialla maailmassa. Joka vuosi yli miljoona ihmistä menettää henkensä ja vielä useampi saa vähäisempiä vammoja itse aiheutetun, ihmisten välisen tai kollektiivisen väkivallan seurauksena. Väkivalta on koko maailmassa yksi 15-44-vuotiaiden keskeisiä kuolinsyitä.

Väkivallan taloudellisia kustannuksia on vaikea arvioida tarkkaan, mutta yksistään sen aiheuttamat vuotuiset terveysmenot nousevat maailmanmitassa miljardeihin dollareihin. Lisäksi tulevat kansantaloudelliset kustannukset: menetetyt työpäivät, julkisen hallinnon kustannukset ja toteutumatta jääneet investoinnit.

Näkyvä ja näkymätön

Inhimillisiä kustannuksia - surua ja tuskaa - ei voi edes mitata. Niin paljon jää piiloon. Satelliittiteknologian myötä tietyn tyyppinen väkivalta kuten terrorismi, sodat, kapinat ja levottomuudet ovat televisiossa päivittäin kaikkien nähtävillä, mutta vielä suurempi on sen väkivallan määrä, joka tapahtuu näkymättömissä. Sitä esiintyy kodeissa, työpaikoilla ja jopa ihmisten hoivaamista varten rakennetuissa sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksissa. Uhreista monet ovat liian nuoria, heikkoja tai sairaita puolustautuakseen. Jotkut vaikenevat kokemuksistaan sosiaalisen paineen tai sovinnaisuuden vuoksi.

Seurausten tavoin myös osa syistä on helposti nähtävillä, osa taas on kietoutunut syväälle sosiaalisiiin, kulttuurisiin ja taloudellisiin rakenteisiin. Nykyisen tutkimustiedon mukaan biologiset ja muut yksilölliset tekijät selittävät osittain taipumusta aggressiivisuuteen, mutta yleisimmin nämä tekijät luovat yhdessä perheen, yhteisön ja kulttuuristen ja muiden ulkoisten tekijöiden kanssa tilanteen, jossa väkivallan esiintyminen tulee todennäköiseksi.

Ongelma on ehkäistävissä

Siitä huolimatta että väkivaltaa on aina esiintynyt, maailman ei tarvitse hyväksyä sitä väistämättömäksi osaksi ihmiselämää. Yhtä kauan kuin on ollut väkivaltaa on ollut myös uskonnollisia, filosofisia, oikeudellisia ja yhteisöllisiä järjestelmiä, joilla sitä on ehkäisty ja rajoitettu. Mikään niistä ei ole onnistunut täydellisesti, mutta ne kaikki ovat olleet tärkeitä sivistyksen rakentajia. 1980-luvun alkupuolelta lähtien kansanterveystiede on ollut yhä tärkeämpi voimavara tässä työssä.

Väkivaltaa voidaan vähentää ja sen seurauksia lievittää aivan samoin kuin julkisella terveydenhuollolla on vähennetty synnytykseen liittyviä komplikaatioita, työtaturmia,

tarttuvien tautien leviämistä sekä saastuneen ruuan ja veden aiheuttamia sairauksia monissa maissa. On mahdollista vaikuttaa niihin tekijöihin, jotka edistävät väkivaltaista reagoimista. Nämä tekijät voivat liittyä asenteisiin ja käyttäytymiseen tai laajempiin sosiaalisiin, taloudellisiin, poliittisiin ja kulttuurisiin oloihin.

Väkipalta on ehkäistävissä. Tämä ei ole uskonkappale, vaan näyttöön perustuva toteutus. Esimerkkejä onnistumisesta voi löytää kaikkialta maailmasta. Ne vaihtelevat pienimuotoisista yksittäisten ihmisten tai yhteisöjen ponnistuksista kansallisiin poliittisiin ja lainsäädännöllisiin aloitteisiin.

Kansanterveydellisen näkökulman merkitys

Kansanterveydessä on määritelmän mukaan kyse muusta kuin yksittäisistä potilaista. Painopiste on sairauksissa ja terveydentilaan vaikuttavissa oloissa ja ongelmassa, ja päämääränä on tuottaa mahdollisimman suuri hyöty mahdollisimman suurelle ihmismäärälle. Tämä ei merkitse yksittäisten ihmisten hoitamisen vähättelyä. Kysymys on terveysongelmiensa ehkäisemisestä ja paremman hoivan ja turvan takaamisesta koko väestölle.

Tietyn ongelman tarkasteleminen kansanterveysnäkökulmasta käsin on tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa ja tieteidenvälistä. Se käyttää hyväkseen monien tieteidenalojen, lääketieteen, epidemiologian, sosiologian, psykologian, kriminologian, kasvatustieteen ja taloustieteen, tuottamaa tietoa. Monitieteellisen lähestymistavan ansiosta alalla on pystytty innovatiivisuuteen ja löytämään ratkaisuja laajaan tautien, sairauksien ja vammojen kirjoon eri puolilla maailmaa.

Kansanterveysnäkökulma korostaa kollektiivisen toiminnan merkitystä. On monesti osoitettu, että pelkästään ”lääketieteellisinä” pidettyjen ongelmien ratkaiseminen edellyttää eri sektorien kuten terveydenhuollon, koulutuksen, sosiaalitoimen ja oikeustoimen välistä yhteistyötä. Jokaisella sektorilla on tärkeä tehtävä ongelman ratkaisemisessa, ja yhdessä niiden ponnistukset voivat saada aikaan merkittävää väkivallan vähenemistä (ks. laatikko 1).

Kansanterveysnäkökulma väkivaltakysymyksessä perustuu tieteellisten tutkimusmenetelmien vaatimusten tarkkaan noudattamiseen. Ongelmasta edetään ratkaisuun neljän vaiheen kautta:

- Mahdollisimman laajojen perustietojen hankkiminen väkivallan kaikista puolista keräämällä järjestelmällisesti tietoa väkivallan laajuudesta, alasta, ominaispiirteistä ja seurauksista paikallisella, kansallisella ja kansainvälisellä tasolla.
- Sen selvittäminen, miksi väkivaltaa esiintyy:
 - mistä väkivalta johtuu ja minkä seikkojen kanssa se korreloi
 - väkivallan riskiä lisäävät ja vähentävät tekijät ja
 - tekijät, joihin on mahdollista vaikuttaa.
- Väkivallan ehkäisykeinojen etsiminen edellä mainittuja tietoja hyväksikäyttäen menetelmien suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja kehittämisen avulla.
- Soveltamalla lupaaviksi osoittautuneita menetelmiä useissa erilaisissa tilanteissa ja vertailemalla eri ohjelmien kustannustehokkuutta, mikä edellyttää laajaa tietojenvaihtoa.

Kansanterveytyössä ensisijaista on ennaltaehkäisyn korostaminen. Lähtökohtana on väkivallan hyväksymisen tai siihen reagoimisen sijasta vahva luottamus väkivallaisen käyttäytymisen ja sen seurausten ennalta ehkäistävyteen.

Laatikko 1.1

Kansanterveysnäkökulma käytännössä: Kolumbian DESEPAZ

Vuonna 1992 kolumbiaalaisessa Calin kaupungissa pormestari, itse terveysalan ammattilainen, tuki rikollisuuden korkean tason laskemiseen tähtäävän laajan ohjelman laatimista. Henkirikosluvut olivat nousseet voimakkaasti tässä noin 2 miljoonan asukkaan kaupungissa: kun vuonna 1983 tehtiin 23 murhaa tai tappoa 100 000 asukasta kohti, niin vuonna 1991 luku oli 85. Ohjelman nimeksi annettiin DESEPAZ, mikä tulee sanoista Desarrollo, Seguridad, Paz (kehitys, turvallisuus, rauha).

Ohjelman ensi vaiheessa tehtiin epidemiologisia tutkimuksia väkivallan suurimpien riskitekijöiden kartoittamiseksi ja ensisijaisten kohteiden määrittelemiseksi. Poliisia, oikeuslaitosta ja paikallista ihmisoikeusvirastoa vahvistettiin erityisbudjettien avulla.

DESEPAZ suuntasi ihmisoikeusvalistusta niin poliisille kuin myös suurelle yleisölle.

Televisiossa esitettiin parhaaseen katselu-aikaan mainoksia, joissa korostettiin itsehillintää ja suvaitsevaisuutta muita ihmisiä kohtaan. Yhdessä paikallisten kansalaisjärjestöjen kanssa järjestettiin sarja kulttuuri- ja koulutustilaisuuksia, joilla edistettiin kouluissa ja perheissä käytävää keskustelua väkivallasta ja ihmisten välisten konfliktien ratkaisemisesta. Alkoholin myynnille asetettiin rajoituksia. Käsiaseiden kantaminen kiellettiin viikonloppuisin ja yleisö-tapahtumissa.

Ohjelmaan liittyen käynnistettiin erityisprojekteja ansaitsemismahdollisuuksien ja turvallisten vapaa-ajanviettopaikkojen tarjoamiseksi nuorille. Pormestari ja hänen työryhmänsä keskustelivat ongelmien ratkaisuehdotuksista asukkaiden kanssa. Kaupungin hallinto piti huolta siitä, että paikalliset asukkaat olivat koko ajan mukana ja sitoutuneita toimintaan.

Ohjelman toteuttamisen aikana henkirikosaste laski Calissa vuoden 1994 kaikkien aikojen huippuluvusta 124/100 000 asukasta vuoden 1997 86:een/100 000 asukasta. Vähennystä oli 30 prosenttia. Vuosina 1994-1997 tapahtui noin 600 henkirikosta vähemmän kuin edellisellä kolmivuotiskautena, minkä ansiosta poliisin ja oikeuslaitoksen niukkoja voimavaroja pystyttiin kohdentamaan enemmän järjestäytyneen rikollisuuden vastaiseen taisteluun.

Ohjelman saavutuksena oli myös yleisessä mielipiteessä tapahtunut muutos passiivisesta väkivaltaan suhtautumisesta äänekkääksi ehkäisevien toimien vaatimiseksi.

Väkivallan määrittely

Väkivallan kattavan erittelyn tulee aina lähteä väkivallan eri muotojen määrittelystä tavalla, joka mahdollistaa niiden tieteellisen mittaamisen. Väkivallan määrittelytapoja on useita. Maailman terveysjärjestön WHO:n käyttämän määritelmän mukaan väkivalta on fyysisen voiman tai vallan tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista, joka kohdistuu ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään tai yhteisöön ja joka johtaa tai joka voi hyvin todennäköisesti johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vammaan syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen tai perustarpeiden tyydyttymättä jäämiseen.

WHO:n määritelmässä väkivalta yhdistetään nimenomaan itse tekon eikä sen lopputulokseen. Määritelmän ulkopuolelle jäävät tahattomat tapaukset kuten suurin osa liikenneonnettomuuksista ja palovammoista.

”Vallan” sisällyttäminen määritelmään ”fyysisen voimankäytön” ohella laajentaa väkivaltaisen teon luonnetta. Tavanomainen väkivallan mieltäminen laajennetaan koskemaan tekoja, uhkauksia ja pelottelua, jotka johtuvat valtasuhteesta. Tätä kautta mukaan tulevat ilmeisimpien väkivaltaisten tekojen ohella myös laiminlyönti ja tekemättä jät-

täminen. Näin ollen ”fyysisen voiman tai vallan käytön” käsite on ymmärrettävä niin, että se sisältää laiminlyönnin ja kaikenlaisen fyysisen, seksuaalisen ja psykologisen hyväksikäytön samoin kuin itsemurhan ja muun itsetuhoisen käytöksen.

Tämä määritelmä kattaa laajan kirjon seurauksia, myös psyykkisen vamman, perustarpeiden tyydyttämättä jäämisen ja kehityksen häiriytymisen. Tämä kuvaa tutkijoiden piirissä yhä yleisemmäksi käyvää käsitystä siitä, että väkivaltaa on sellainenkin toiminta, joka ei välttämättä johda vammautumiseen tai kuolemaan, mutta joka merkitsee kuitenkin olennaista rasitusta yksilöille, perheille, yhteisöille tai terveydenhuoltojärjestelmälle. Esimerkiksi monet naisiin, lapsiin tai vanhuksiin kohdistuvat väkivallan muodot voivat synnyttää fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia, jotka eivät välttämättä johda loukkaantumiseen, vammautumiseen tai kuolemaan. Nämä seuraukset voivat olla välittömiä tai piileviä, ja ne voivat kestää vuosia väärinkäytön jälkeen. Määritelmän rajoittaminen koskemaan vain vammautuminen ja kuolemantapaukset rajoittaisi väkivallan yksilöihin, yhteisöihin ja koko yhteiskuntaan kohdistuvien todellisten vaikutusten ymmärtämistä.

Tahallisuus

Määritelmään sisältyvä tahallisuuden käsite on monimutkaisempi. On huomattava kaksi seikkaa. Ensinnäkin, vaikka väkivalta erotetaan vammoja aiheuttavista tahattomista tapauksista, väkivallan käytön tahallisuus ei välttämättä merkitse aikomusta aiheuttaa vahinkoa. Tarkoitettua käytöksen ja tarkoitettua seurauksen välillä voi olla huomattava ero. Rikoksen tekijä saattaa tehdä tarkoituksellisesti teon, jota objektiivisesti tarkastellen on pidettävä vaarallisena ja hyvin todennäköisesti negatiivisia seurauksia aiheuttavana, mutta jota tekijä ei koe sellaiseksi.

Esimerkiksi nuori voi osallistua tappeluun toisen nuoren kanssa. Nyrkin käyttäminen päähän kohdistuvassa iskussa tai aseensa käyttäminen riidan yhteydessä lisää varmasti vakavan vamman tai kuoleman riskiä, vaikka kumpikaan seuraus ei olisi tarkoituksellinen. Vanhempi saattaa ravistaa itkevää lasta voimakkaasti yrittäessään hiljentää tätä. Teko saattaa kuitenkin aiheuttaa aivovamman. Väkivallan käyttö on ilmeistä, mutta vamman aiheuttaminen ei ole tarkoituksellista.

Toinen tahallisuuteen liittyvä seikka koskee eron tekemistä vahingoittamisen tarkoituksen ja ”väkivallan käytön” tarkoituksen välillä. Väki­valta on Walters & Parken mukaan kulttuurisesti mää­rätynyt. Jotkut ihmiset aiheuttavat tarkoituksellisesti vahinkoa toisille, mutta eivät kulttuuristen taustojen ja uskomusten mukaan miellä tekojaan väkivaltaisiksi. WHO:n käyttämässä määritelmässä väkivalta kuitenkin määritellään suhteessa yksilöiden terveyteen tai hyvinvointiin. Tietty käyttäytymistapa, esimerkiksi puolison lyöminen, voi joidenkin ihmisten mielestä olla hyväksyttävää. Sitä on kuitenkin pidettävä väkivaltaisena tekona, koska se aiheuttaa yksilölle terveydellisiä seuraamuksia.

Määritelmä sisältää, vaikkakaan ei julkilausutusti, muitakin väkivallan puolia. Siihen sisältyvät implisiittisesti esimerkiksi kaikki väkivaltaiset teot riippumatta siitä ovatko ne yhteisön vai yksityisten ihmisten suorittamia, reagointia aikaisempiin tapahtumiin kuten provokaatioon vai ennakoivia, omaa etua tavoittelevia tai rikollisia vai ei-rikollisia. Nämä ovat tärkeitä väkivallan syiden ymmärtämisen kannalta sekä ehkäisevien ohjelmien suunnittelua ajatellen.

Väkivallan typologia

Maailman terveysjärjestön vuoden 1996 yleiskokouksen päätöslauselman (WHA49.25) mukaan väkivalta on keskeinen kansanterveysongelma. Järjestö sai tehtäväkseen kehittää väkivallan luokittelun, joka luonnehtisi väkivallan tyyppisiä ja niiden välisiä yhteyksiä. Toistaiseksi on olemassa vain harvoja tyyppijärjestelmiä, eikä mikään niistä ole kovin kattava.

Väkivallan tyypit

Tässä hahmoteltu typologia jakaa väkivallan kolmeen laajaan luokkaan väkivaltaisen teon suorittajan ominaisuuksien mukaan:

- ihmisen itseensä kohdistama väkivalta
- ihmisten välinen väkivalta
- kollektiivinen väkivalta.

Tässä alustavassa luokittelussa erotetaan ihmisen itselleen aiheuttama väkivalta, toisen yksilön tai pienen ihmisryhmän aiheuttama väkivalta sekä suurempien ryhmien kuten valtioiden tai järjestäytyneiden poliittisten, sotilaallisten tai terroristiryhmien tuottama väkivalta.

Itse aiheutettu väkivalta

Itse aiheutettu väkivalta jaetaan itsemurhakäyttäytymiseen ja itsensä vahingoittamiseen. Itsemurhakäyttäytyminen käsittää itsemurha-ajatukset, itsemurhayritykset (joita kutsutaan myös itsetuhokäyttäytymiseksi) sekä toteutetut itsemurhat. Toinen ryhmä käsittää esimerkiksi itsensä viiltämisen.

Ihmisten välinen väkivalta

Ihmisten välinen väkivalta jaetaan kahteen alaryhmään:

- Perhe- ja parisuhdeväkivalta eli perheen jäsenten ja lähisuhteessa elävien välinen, yleensä, joskaan ei yksinomaan, kodeissa tapahtuva väkivalta.
- Yhteisöllinen väkivalta eli yleensä kodin ulkopuolella tapahtuva väkivalta ihmisten välillä, jotka eivät ole sukua toisilleen ja jotka saattavat tuntea toisensa tai olla tuntematta toisiaan.

Edelliseen ryhmään sisältyy sellaisia väkivallan muotoja kuin lasten hyväksikäyttö, parisuhdeväkivalta ja vanhusten kaltoinkohtelu. Jälkimmäiseen ryhmään sisältyy nuorisoväkivalta, umpimähkäiset väkivallanteot, tuntemattomien suorittamat raiskaukset ja seksuaalinen väkivalta sekä instituutioiden piirissä, esimerkiksi kouluissa, työpaikoilla, vankeiloissa ja hoitolaitoksissa esiintyvä väkivalta.

Kollektiivinen väkivalta

Kollektiivinen väkivalta jaetaan sosiaaliseen, poliittiseen ja taloudelliseen väkivaltaan. Toisin kuin kaksi muuta luokkaa, kollektiivisen väkivallan alaryhmät antavat viitteen väkivallan tekijöinä olevien suurempien ihmisryhmien tai valtioiden mahdollisista motiiveista. Kollektiivinen väkivalta, joka aiheutetaan tietyn sosiaalisen päämäärän edistämiseksi, sisältää esimerkiksi organisoitujen ryhmien vihan synnyttämiä rikoksia, terroristitekoja ja häirintää. Poliittiseen väkivaltaan sisältyy sotia ja niiden kaltaisia väkivaltaisia konflikteja, valtiollista väkivaltaa ja vastaavia suurten ryhmien suorittamia toimia. Taloudelliseen väkivaltaan sisältyy taloudellista hyötyä tavoittelevien suurten ryhmien

Väkivallan ja sen seurausten mittaaminen

Tutkimusaineistot

Eri tarkoituksiin tarvitaan erilaisia tutkimusaineistoja. Nämä voidaan ryhmitellä näkökulmittain:

- väkivallan laajuuden ja sen haittojen kuvailu
- väkivallan uhriksi tai tekijäksi joutumisen riskitekijöiden ymmärtäminen
- väkivallan ehkäisyyn tähtäävien ohjelmien vaikuttavuuden tunteminen.

Näitä aineistoja ja tietolähteitä kuvataan taulukossa 1.1.

Taulukko 1.1

<u>Tiedon tyyppi</u>	<u>Tietolähteet</u>	<u>Esimerkkejä kerätyistä tiedoista</u>
Kuolleisuus	Kuolintodistukset, väestöttilastot, lääkärin tai kuolemansyöntutkijan lausunnot	Vainajan ominaisuudet, kuolinsyy, paikka, aika ja kuolintapa Sairastavuus ja muut ter-
veystiedot	Sairaaloiden, klinikoiden ja muun terveydenhuollon rekisterit	Sairaudet, vammat ja fyysistä tai psyykkistä terveyttä tai lisääntymisterveyttä koskevat tiedot
Ihmisten omat ilmoitukset	Haastattelut ja kyselyt, erikoistutkimukset, kohderyhmät, media	Asenteet, uskomukset, käyttäytymisen, kulttuuriset tavat, uhriksi tai rikoksen tekijäksi valikoituminen, alttius väkivallalle kotona tai yhteisössä
Yhteisöä koskevat	Väestötilastot, paikallishallinnon tilastot, muut julkisen vallan ylläpitämät tilastot	Väestönlaskenta, väentiheys, tulo- ja koulutustaso, työttömyysaste, avioeroaste
Rikollisuus	Poliisin rekisterit, oikeuslaitoksen rekisterit, rikostutkimuslaboratorio	Rikoksen tyyppi, tekijät ominaisuudet, uhrin ja tekijän keskinäinen suhde, tapahtumatilanne
Talous	Julkisen vallan tai tutkimuslaitosten tilastot, erikoistutkimukset	Julkiset terveys-, asumis- tai sosiaalipalvelumenot, väkivallan aiheuttaminen vammojen hoitamisen kustannukset, palvelujen käyttö
Hallinto, lainsäädäntö	Valtion hallinnon ja oikeuslaitoksen rekisterit	Lait, politiikka, hallinnollinen käytäntö

Kuolleisuustilastot

Tiedot tappavasta väkivallasta antavat varsinkin henkirikosten, itsemurhien ja sotien osalta hyvää osviittaa tietyn yhteisön tai valtion tilanteesta. Niitä voidaan verrata muihin kuolinsy­tyilastoihin, jolloin saadaan tietoa väkivallan osuudesta. Näitä aineistoja voidaan käyttää myös ajallisen kehityksen seurannassa, riskiryhmien ja –yhteisöjen tunnistamisessa sekä maan sisäisten ja maiden välisten vertailujen tekemisessä.

Muut aineistot

Kuolleisuusluvut ovat kuitenkin vain yksi ongelman laajuuden kuvailemisessa käytetty aineisto. Kuolemaan johtaneet tapaukset muodostavat vähemmistön väkivallan käyttötapauksista. Tietty väkivaltatyyppit eivät myöskään tule riittävästi esille kuolleisuustilastoissa. Siksi tarvitaan myös muita tietolähteitä, jotka auttavat ymmärtämään teko­tilanteita sekä yksilöiden ja yhteisöjen terveydentilalle aiheutuvia seurauksia koko laajuudessaan. Näitä aineistoja ovat:

- sairauksia, vammoja ja muuta terveydentilaa koskevat terveydenhuollon rekisterit
- ihmisten omiin kertomuksiin pohjautuvat tiedot, jotka kuvaavat asenteita, uskomuksia, käyttäytymistä, kulttuurisia malleja, uhriksi joutumista ja alttiutta väkivallalle
- väestön ominaisuuksia, tulotasoa, koulutusta ja työllisyyttä koskevat aineistot
- rikostilastot, jotka koskevat väkivaltatapausten ominaispiirteitä, tapahtumayhteyttä sekä rikoksente­kijöitä
- hoitokustannuksia ja sosiaalipalveluja koskevat aineistot
- tilastot, jotka kuvaavat terveydenhuoltojärjestelmälle aiheutunutta taloudellista rasitusta ja ehkäisevien ohjelmien mahdollisesti tuottamaa säästöä
- poliittinen päätöksenteko ja lainsäädäntö.

Tietolähteet

Erityyppistä tietoa voidaan saada seuraavista lähteistä:

- yksittäisiltä ihmisiltä
- julkisista tilastoista
- paikallisohjelmista
- kunnallisista ja valtiollisista rekistereistä
- väestö- ja muista tutkimuksista
- erikoistutkimuksista.

Taulukossa 1.1 lueteltujen tietojen lisäksi lähes kaikki aineistot sisältävät demografiset perustiedot, kuten henkilöiden iän ja sukupuolen. Joihinkin lähteisiin, esimerkiksi terveydenhuollon ja poliisin rekistereihin ja kuolintodistuksiin sisältyy väkivallantekoa tai vammaa eritteleviä tietoja. Esimerkiksi ensiapuklinikoiden rekistereistä saadaan tietoa vamma­luonteesta ja syntyvästään sekä siitä missä ja miten tapaus on sattunut. Poliisilta kerätyistä tiedoista voidaan saada selvyyttä uhrin ja rikoksente­kijän suhteesta, onko tilanteeseen liittynyt ase, millainen tilanne ylipäättään on ollut kyseessä.

Tutkimuksista voidaan saada yksityiskohtaista tietoa uhrin ja rikoksente­kijän taustasta, asenteista, käyttäytymisestä ja mahdollisista aikaisemmista väkivaltakokemuksista. Nämä lähteet saattavat tuoda esiin poliisille tai muille viranomaisille ilmoittamatta jääneitä tapauksia. Esimerkiksi Etelä-Afrikassa tehdyssä kotitaloustiedustelussa kävi ilmi, että 50-80 prosenttia väkivallan uhreista oli saanut lää­kärin­hoitoa väkivaltatilanteessa saatuaan vammaan ilman että tapauksesta olisi tehty ilmoitusta poliisille. Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan 46 prosenttia ensiapua hakeneista uhreista ei tehnyt rikosilmoitusta.

Tietojen keruun ongelmia

Väkivallan tyyppien vertailemiseen sopivien tietojen saatavuudessa, laadussa ja käytökelpoisuudessa on suurta vaihtelua niin maiden sisällä kuin niiden välilläkin. Tietojen keruumahdollisuudet ovat varsin eritasoisia maailman eri maissa.

Tietojen saatavuus

Kuolleisuustilastot ovat yleisimmin kerättyjä ja parhaiten saatavilla olevia tietolähteitä. Monissa maissa ylläpidetään syntyvyys- ja kuolleisuustilastoja, samoin tilastoidaan henkirikokset ja itsemurhat. Näistä peruslaskennoista ei kuitenkaan aina päästä laskemaan prosenttiosuuksia, koska väestötilastot ovat usein puutteellisia tai epäluotettavia. Näin on erityisesti seuduilla, joissa väestön muuttoliike on suurta, kuten alueilla, jotka kärsivät konflikteista tai joilla kokonaiset väestöryhmät siirtyvät jatkuvasti paikasta toiseen. Väestön laskeminen on vaikeaa myös tiheään asutuilla ja hyvin syrjäisillä seuduilla.

Useimmissa maissa puuttuvat järjestelmällisesti kerätyt tiedot muista kuin kuolemaan johtaneiden väkivallantekojen seurauksista. Nämä järjestelmät ovat tosin parhaillaan kehitteillä. Viime vuosina on myös julkaistu joukko artikkeleita ja asiakirjoja, joissa annetaan ohjeita eri väkivaltatyyppien mittaamiseen eri oloissa.

Tietojen laatu

Silloinkin kun tiedot ovat saatavilla, niiden laatu voi olla riittämätön tutkimustarkoituksiin ja ehkäisystrategioiden kehittämiseen. Koska laitokset ja elimet pitävät rekistereitä omien tarkoitustensa palvelemiseksi ja noudattavat omia sisäisiä rekisteröintimenetelmiään, niiden tiedot voivat olla epätäydellisiä tai niistä voi puuttua se tieto, jota väkivallan kunnollinen ymmärtäminen edellyttäisi.

Esimerkiksi terveydenhuollon laitokset keräävät tietoa, joka on niille tarpeellista mahdollisimman hyvän hoidon tarjoamiseksi. Rekisterit saattavat sisältää diagnostista tietoa vammasta ja sen hoidosta, mutta eivät vamman saamiseen liittyvistä seikoista. Tällaiset tiedot saattavat myös olla luottamuksellisia, niin että ne eivät ole tutkijoiden käytössä. Kysely- ja haastattelututkimukset sisältävät yksityiskohtaisempia tietoja ihmisistä, heidän taustastaan ja osallisuudestaan tapahtumaan. Niiden rajoituksena ovat kuitenkin ihmisten vaillinaiset muistikuvat ja kertomukset tapahtumista. Tuloksiin vaikuttaa myös se, miten kysymykset esitetään, kuka ne esittää ja milloin, missä ja miten hyvin haastattelu tehdään.

Muita rajoituksia

Eri lähteistä peräisin olevien tietojen yhdistäminen on väkivallan tutkimisen vaikeimpia ongelmia. Tiedot saadaan yleensä suuresta määrästä itsenäisesti toimivia organisaatioita. Lääkärien kuolinsyytutkimusten tietoja ei tavallisesti pystytä yhdistämään poliisilta kerättyihin tietoihin. Tietojen keruutavat ovat myös siinä määrin epäyhtenäisiä, että eri maiden ja yhteisöjen välinen vertailu on vaikeaa.

Ongelman tarkempi erittely on rajattu tämän julkaisun ulkopuolelle, mutta todettakoon lyhyesti keräämiseen liittyvän useita ongelmia:

- vaikeus kehittää mittareita, jotka soveltuvat väestön alaryhmien tutkimiseen ja erilaisiin kulttuurisiin yhteyksiin
- uhrien intimitteettisuojaan ja turvallisuuden varmistaminen
- väkivallan tutkimiseen liittyvät monet muut eettiset näkökohdat.

Katsaus tämänhetkiseen tietämukseen

Väkivallan ehkäiseminen alkaa kansanterveydellisen lähestymistavan mukaan ongelman laajuuden ja seurausten kuvailulla. Tässä kappaleessa käydään läpi tämän hetkistä tietämystä, joka koskee globaaleja väkivallan malleja. Aineistoina käytetään tätä raporttia varten WHO:n kuolleisuustietokannasta ja vuoden 2000 Burden of Disease (sairausten taakka) -projektista koottuja tietoja. Lisäksi käytetään hyväksi väkivalta- ja muiden tutkimusten tuloksia.

Kuolleisuusarviot

Vuonna 2000 arvioidaan 1,6 miljoonan ihmisen kuolleen maailmassa itse aiheutetun, ihmisten välisen tai kollektiivisen väkivallan seurauksena. Ikävakiointuna tämä merkitsee 28,8 ihmistä 100 000 asukasta kohti (ks. taulukko 1.2). Valtaosa näistä kuolemantapauksista sattui pieni- ja keskituloisissa maissa. Alle 10 prosenttia kaikista väkivaltaisista kuolemista sattui hyvinvälisissä maissa.

Lähes puolet näistä 1,6 miljoonasta väkivaltaisesta kuolemasta oli itsemurhia, miltei yksi kolmasosa murhia tai tappoja ja noin yksi viidesosa sodan oloissa tapahtuneita.

Kuolleisuus sukupuolen ja iän mukaan

Monien muiden terveysongelmien tavoin väkivalta jakautuu epätasaisesti eri sukupuoli- ja ikäryhmissä. Vuonna 2000 tehtiin noin 520 000 murhaa tai tappoa, mikä tarkoittaa ikävakiointuna 8,8 tapausta 100 000 asukasta kohti (ks. taulukko 1.2). Miesten osuus kaikista tapauksista oli 77 prosenttia, kolminkertainen määrä naisiin verrattuna (murha-aste miehillä 13,6 ja naisilla 4,0 / 100 000 asukasta; ks. taulukko 1.3). Murha-aste on korkein 15-29-vuotiaiden miesten ryhmässä (19,4 / 100 000). Hyvin lähellä on 30-44-vuotiaiden miesten ryhmä (18,7 / 100 000).

Itsemurhat vaativat koko maailmassa vuonna 2000 noin 815 000 ihmisen hengen, mikä on 14,5 ihmistä 100 000 kohti (ks. taulukko 1.2). Miesten osuus oli yli 60 prosenttia; yli puolet näistä tapauksista sattui ikäryhmässä 15-44 -vuotta. Niin miesten kuin naistenkin osalta itsemurha-aste kasvaa iän mukana. Se on suurin yli 60-vuotiaiden ryhmässä (ks. taulukko 1.3). Itsemurha-asteet ovat kuitenkin yleensä korkeampia miehillä kuin naisilla (18,9 miehillä, 10,6 naisilla / 100 000 asukasta). Tämä pätee erityisesti vanhimmissa ikäryhmissä. Koko maailmassa miesten itsemurha-aste yli 60-vuotiailla on kaksi kertaa niin korkea kuin samanikäisillä naisilla (miehillä 44,9, naisilla 22,1 / 100 000).

TAULUKKO 1.2

Väkivaltaisten kuolemien arvioitu määrä koko maailmassa v. 2000

Väkivallan tyyppi	Lukumäärä *	Määrä 100 000 ** asukasta kohti	Osuus kaikista (%)
Murhat ja tapot	520 000	8,8	31,3
Itsemurhat	815 000	14,5	49,1
Sotien aiheuttamat	310 000	5,2	18,6
Yhteensä ***	1659 000	28,8	100,0
Pieni- ja keskituloiset maat	1510 000	32,1	91,1
Korkean tulotason maat	149 000	14,4	8,9

* Pyöristetty lähimpään 1000:een.

** Ikävakiointu.

*** Sisältää 14 000 järjestysvallan toimista johtuvaa tarkoituksellisesti aiheutetusta vammasta seurannutta kuolemaa.

TAULUKKO 1.3

Henkirikos- ja itsemurha-aste ikäryhmittäin koko maailmassa (arvio) v. 2000

Ikäryhmä (v)	Henkirikosaste		Itsemurha-aste	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
0-4	5,8	4,8	0,0	0,0
5-14	2,1	2,0	1,7	2,0
15-29	19,4	4,4	15,6	12,2
30-44	18,7	4,3	21,5	12,4
45-59	14,8	4,5	28,4	12,6
60-	13,0	4,5	44,9	22,1
Yhteensä*	13,6	4,0	18,9	10,6

* Ikävakioitu

Kuolleisuus maan tulotason ja sijainnin mukaan

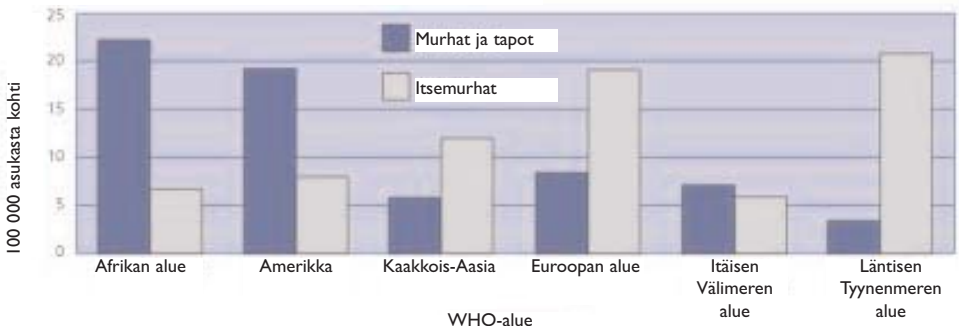
Kuolleisuusasteet vaihtelevat maan tulotason mukaan. Vuonna 2000 se oli pieni- ja keskituloissa maissa 32,1 väestön 100 000 asukasta kohti, mikä oli yli kaksinkertainen verrattuna korkean tulotason maiden lukuun 14,4 (ks. taulukko 1.2).

Kuolleisuusasteessa on myös huomattavia alueellisia eroja. Nämä erot ovat selviä esimerkiksi WHO:n alueilla (ks. kuvio 1.2). Afrikassa ja Amerikassa henkirikosluvut ovat lähes kolminkertaisia itsemurhalukuihin verrattuna. Euroopassa ja Kaakkois-Aasiassa itsemurha-aste on yli kaksinkertainen verrattuna henkirikoksiin (19,1 ja 8,4 Euroopassa, 12,0 ja 5,8 Kaakkois-Aasiassa) ja Läntisen Tyynenmeren alueella lähes kuusinkertainen (20,8 ja 3,4 100 000 asukasta kohti).

Alueiden sisällä on myös suuria eroja eri maiden välillä. Esimerkiksi vuonna 1994 henkirikoskuolleisuus oli kolumbialaisten miesten keskuudessa 146,5/100 000, kun vastaava luku oli Kuubassa 12,6 ja Meksikossa 32,3. Maiden sisällä on suuria eroja myös kaupunki- ja maaseutuväestön välillä, rikkaiden ja köyhien välillä sekä eri rotuihin kuuluvien ja eri etnisten ryhmien välillä. Esimerkiksi Yhdysvalloissa afroamerikkalaisten 15-24-vuotiaiden nuorten henkirikoskuolleisuus oli yli kaksinkertainen (38,6) samanikäiseen latinalaisamerikkalaiseen väestöön (17,3) ja yli 12-kertainen aasialaisväestöön (3,1) verrattuna.

KUVIO 1.2

Henkirikos- ja itsemurha-asteet WHO-alueittain v. 2000



Muun kuin kuolemaan johtavan väkivallan määrä

Edellä esitetyt kuolleisuusluvut aliarvioivat varmasti väkivallan aiheuttamaa räsitudä. Kuolemantapaukset ovat kaikkialla maailmassa vain jäävuoren huippu. Fyysistä ja seksuaalista pahoinpitelyä esiintyy päivittäin, vaikka määrästä ei olekaan tarkkoja kansallisia eikä kansainvälisiä arvioita. Pahoinpitely ei aina aiheuta lääkärintoitoa edellyttäviä vammoja. Vakavienkin vammojen osalta raportointijärjestelmät ovat monissa maissa puutteellisia tai vasta kehitteillä.

Suuri osa olemassa olevasta tiedosta on peräisin kansallisista kysely- ja haastattelututkimuksista sekä tiettyihin väestöryhmiin kohdistuvista erikoistutkimuksista. Kansallisissa kysely- ja haastattelututkimuksissa kumppaninsa pahoinpitelemäksi joutuneiden naisten määrä (naisten oman kertoman mukaan) on vaihdellut Paraguayn ja Filippiinien 10 prosentista Yhdysvaltojen 22,1:een, Kanadan 29,0:aan ja Egyptin 34,4:ään prosenttiin. Maailman eri kaupungeissa ja maakunnissa tehdyissä tutkimuksissa raiskauksen (tai sen yrityksen) kohteeksi joutuneiden naisten määrä on vaihdellut Kanadan Toronton 15,3 prosentista Nicaraguan Leónin 21,7:ään, Lontoon 23,0:aan ja erään Zimbabwen maakunnan 25,0:aan prosenttiin. Keskiastetta käyvästä koulupojista kertoi joutuneensa kuluneen vuoden aikana tappeluun Ruotsissa 22,0 prosenttia, Yhdysvalloissa 44,0 prosenttia ja Israelissa 76,0 prosenttia.

On huomattava, että nämä luvut perustuvat ihmisten omaan ilmoitukseen. On vaikea sanoa, yli- vai aliarvioivatko ne todellista tilannetta. Maissa, joissa on vahva kulttuurinen paine pitää väkivalta ”suljettujen seinien sisällä” tai joissa sitä pidetään yksinkertaisesti ”luonnollisena”, ilmoitetut luvut ovat todennäköisesti liian pieniä. Uhrin ovat haluttomia puhumaan kokemuksistaan sekä häpeän, aiheen kielletyn luonteen että pelon vuoksi. Joissakin maissa väkivaltatilanteeseen joutumisen, esimerkiksi raiskatuksi tulemisen myöntäminen saattaa johtaa kuolemaan. Joissakin kulttuureissa perheen kunnian säilyttämiseen on perinteisesti ollut syy raiskatuksi tulleiden naisten murhaamiseen (niin sanottu ”kunniamurhat”).

Väkivallan kustannukset

Väkipalta vaatii kansakunnilta veronsa niin inhimillisesti kuin taloudellisestikin. Se aiheuttaa joka vuosi miljardien dollarien kustannukset terveydenhuollon ja oikeuslaitoksen menoina, töistä poissaoloina ja tuottavuuden laskuna. Yhdysvalloissa arvioitiin vuonna 1992 tehdyssä tutkimuksessa ampuma-aseiden aiheuttamien vammojen vuotuisiksi kustannuksiksi 126 miljardia dollaria. Viilto- ja pistohaavojen kustannukset olivat lisäksi 51 miljardia. Vuonna 1996 Kanadan New Brunswickin provinssissa tehdyssä tutkimuksessa laskettiin itsemurhan keskimääräiseksi kokonaiskustannuksiksi yli 849 000 USD. Välittömät ja välilliset kustannukset, joihin sisältyivät terveydenhuollon, ruumiinavausten, poliisitutkimusten ja ennenaikaisesta kuolemasta aiheutuvasta tuottavuuden laskusta tulevat kustannukset, olivat lähes 80 miljoonaa USD.

Väkivallan kustannukset eivät ole korkeat ainoastaan Kanadassa ja Yhdysvalloissa. Vuosina 1996 ja 1997 Amerikan kehityspankki rahoitti kuudessa Latinalaisen Amerikan maassa tehtyjä väkivallan laajuutta ja taloudellisia vaikutuksia koskeneita tutkimuksia. Jokaisessa niistä selvitettiin väkivallan terveyspalveluille, hallinnolle ja oikeuslaitokselle aiheuttamia kustannuksia sekä aineettomia kustannuksia ja varainsiirtotappioita. Bruttokansantuotteen prosentiosuoksina ilmaistuna terveydenhuollolle vuonna 1997 aiheutetut kustannukset olivat Brasiliassa 1,9 %, Kolumbiassa 5,0 %, El Salvadorissa 4,3 %, Meksikossa 1,3 %, Perussa 1,5 % ja Venezuelassa 0,3 %.

Kaikentyypipisen väkivallan terveydenhuoltojärjestelmälle aiheuttamaa räsitusä samoin kuin taloudellisen tuottavuuden laskua on vaikea arvioida täsmällisesti. Käytettävissä olevat tutkimustulokset osoittavat, että perhe- ja seksuaalisen väkivallan uhreilla on elämänsä aikana enemmän terveysongelmia, huomattavasti suuremmat terveysmenot ja enemmän poliklinikkakäyntejä kuin niillä, jotka eivät ole kärsineet tällaisesta väkivallasta. Sama pitää paikkansa pahoinpidelyihin ja laiminlyötyihin lapsiuhreihin (ks. luku 3). Nämä kustannukset kasvattavat merkittävästi terveydenhuollon vuosittaisia menoja.

Koska kansalliset kustannuslaskelmat puuttuvat yleensä myös muiden terveysongelmien kuten masennuksen, tupakoinnin, alkoholin ja huumeiden käytön, epätoivottujen raskauksien, hiv/aidsin ja muiden seksuaaliteitse tarttuvien sekä muiden infektioautien osalta (joiden on pienimuotoisissa tutkimuksessa todettu olevan yhteydessä väkivaltaan), ei tällä hetkellä ole mahdollista laskea näiden ongelmien aiheuttamaa taloudellista räsitusta koko maailmassa eikä väkivallan osuutta näiden kustannusten aiheuttajana.

Väkivallan juurien tutkiminen: ekologinen malli

Mikään yksittäinen tekijä ei selitä sitä, miksi jotkut yksilöt käyttäytyvät väkivaltaisesti toisia kohtaan tai miksi väkivaltaa esiintyy toisissa yhteiskunnissa enemmän kuin toisissa. Väkivalta on yksilöllisten, ihmisten välisiin suhteisiin liittyvien, sosiaalisten, kulttuuristen ja ympäristöllisten tekijöiden monimutkaisen yhteisvaikutuksen tulosta. Sen ymmärtäminen, mikä on näiden tekijöiden suhde väkivaltaan, on tärkeimpiä askelia muodostettaessa kansanterveysnäkökulmaa väkivallan ehkäisyyn.

Monitasoisuus

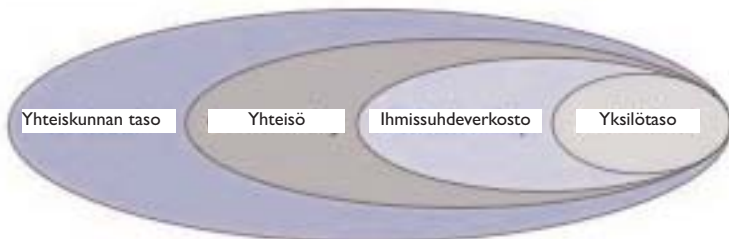
Tämän raportin luvuissa sovelletaan ekologista mallia, jonka avulla on mahdollista ymmärtää väkivallan monisyinen luonne. 1970-luvun lopulla käyttöön otettua ekologista mallia sovellettiin ensimmäiseksi lapsiin kohdistuvan väkivallan ja seuraavaksi nuorisoväkivallan tutkimisessa. Viime aikoina sitä on käytetty myös parisuhdeväkivallan ja vanhusien kaltoinkohtelun tutkimisessa. Malli selvittää yksilöllisten ja ympäristötekijöiden suhdetta ja tarkastelee väkivaltaa monitasoisten käyttäytymiseen kohdistuvien vaikutusten tuotteena.

Yksilötaso

Ekologisen mallin ensimmäinen taso pyrkii tunnistamaan ne biologiset ja henkilöhistoriaan liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat yksilön käyttäytymiseen. Biologisten ja

KUVIO 1.3

Väkivallan ymmärtämisen ekologinen malli



Laatikko 1.2

Globalisaation vaikutukset väkivallan ehkäisyyn

Tieto, ideat, tavarat ja palvelut liikkuvat maasta toiseen jatkuvasti nopeammin. Globalisaatio on murtaanut ihmiset kansallisvaltioiden sisään eristäneet toiminnalliset ja poliittiset rajat. Toisaalta tämä on merkinnyt maailmankaupan voimakasta kasvua ja siihen liittyen taloudellisen tuottavuuden kasvun vaatimusta. On syntynyt miljoonia työpaikkoja, ja joissakin maissa elintaso on noussut tavalla, jota ei aiemmin osattu kuvitella. Toisaalta globalisaation seuraukset ovat jakautuneet maailmassa epätasaisesti. Joissakin osissa maailmaa se on joutanut tuloerojen kasvuun ja myötävaikuttanut ihmisten keskinäiseltä väkivallalta suojelleen sosiaalisen koheesoin tuhoutumiseen.

Globalisaation eduista ja haitoista väkivallan ehkäisyyn kannalta voidaan esittää seuraava yhteenveto.

Myönteiset vaikutukset

Globalisaation aikaansaama valtava tietojenvaihdon lisääntyminen on tuottanut uusia kansainvälisiä verkostoja ja yhteistyöryhmiä. Niiden ansiosta väkivaltaa koskevan tiedon määrä on lisääntynyt ja laatu parantunut. Siellä, missä globalisaatio on nostanut elintasoja ja auttanut vähentämään eriarvoisuutta, on saatu lisää voimavaroja käytettäväksi jännityksen ja konfliktien lievittämiseen sekä valtioiden sisällä että niiden välillä. Globalisaatio on myös luonut uusia tapoja käyttää hyväksi maailmanlaajuisia mekanismeja:

- Väkipalitatutkimus, joka koskee yli valtioiden rajojen vaikuttavia sosiaalisia, taloudellisia ja poliittisia tekijöitä.
- Väkipalitan ehkäisytoimet alueellisella ja globaalilla tasolla.
- Väkipalitan vähentämiseen tähtäävien kansainvälisten lakien ja sopimusten aikaansaaminen.
- Väkipalitan ehkäisytoimien tukeminen erityisesti niissä maissa, joilla on itsellä rajalliset voimavarat.

Negatiiviset vaikutukset

Yhteiskunnissa, joissa eriarvoisuus on ennestään suurta ja joissa rikkaiden ja köyhien välinen ero edelleen kasvaa globalisaation seurauksena, ihmisten keskinäinen väkivalta todennäköisesti lisääntyy. Kun voimakkaaseen ulkoiseen paineeseen reagoidaan nopealla sosiaalisella muutoksella, aiemmin toiminut käyttäytymisen sosiaalinen kontrolli voi romahtaa, jolloin tilanne on otollinen väkivallan voimakkaalle lisääntymiselle. Näin on käynyt esimerkiksi joissakin entisen Neuvostoliiton valtioissa. Markkinoiden sääntelyn poisto ja globalisaation seurauksena syntynyt voitontavoittelun lisääntyminen voi johtaa esimerkiksi vapaampaan alkoholin, huumeiden ja pienaseiden saatavuuteen, vaikka niiden käyttöä väkipalitatilanteissa pyrittäisiin ehkäisemään.

Tarvitaan globaaleja toimia

Väkipalitan vastustaminen ei voi olla enää pelkästään kansallisen politiikan asia, vaan se edellyttää myös voimakkaita globaaleja toimia. Toimijoina voivat olla valtioryhmiä, kansainväliset elimet sekä kansainväliset valtiollisten ja kansalaisjärjestöjen verkostot. Näissä pyrkimyksissä tulee käyttää hyväksi globalisaation positiivisia puolia ja pyrkiä rajoittamaan sen negatiivisia seurauksia.

demografisten tekijöiden ohella tarkastellaan esimerkiksi impulsiivisuutta, heikkoa koulumenestystä, päihteiden väärinkäyttöä ja aikaisempaa aggressiivisuutta ja hyväksi käytyksi tulemisen kokemuksia. Toisin sanoen tämä ekologisen mallin taso keskittyy yksilön niihin ominaisuuksiin, jotka lisäävät todennäköisyyttä joutua väkivallan uhriksi tai tekijäksi.

Sosiaaliset suhteet

Ekologisen mallin toinen taso tutkii sitä, millä tavoin lähipiirin sosiaaliset suhteet, esimerkiksi suhteet puolisoon, kumppaniin tai perheenjäseniin, lisäävät väkivallan uhriksi tai tekijäksi joutumisen riskiä. Esimerkiksi parisuhdeväkivalta- ja lasten pahoinpitelytapauksissa se, että henkilö on lähes päivittäin kanssakäymisissä tai asuu yhdessä hyväksikäyttäjän kanssa saattaa lisätä mahdollisuutta väkivaltaisten tilanteiden syntymiseen. Kahden ihmisen ollessa sidottuja jatkuvaan keskinäiseen suhteeseen uhri joutuu todennäköisesti toistuvasti hyväksikäytetyksi. Nuorten keskinäisen väkivallan tutkijat ovat havainneet, että todennäköisyys ryhtyä harjoittamaan negatiivista käytöstä on paljon suurempi silloin kun kaveripiiri hyväksyy sen tyyppisen käyttäytymisen. Parisuhteen osapuolet ja perheenjäsenet pystyvät muovaamaan yksilön käyttäytymistä ja kokemuspäiriä.

Yhteisö

Ekologisen mallin kolmas taso tutkii niitä yhteisöllisiä yhteyksiä, esimerkiksi koulua, työpaikkaa ja naapurustoa, joissa sosiaaliset suhteet kehittyvät, ja pyrkii löytämään niiden sellaiset ominaispiirteet, jotka liittyvät uhrina tai väkivallan tekijänä olemiseen. Asunnon tiheä vaihtaminen, väestön suuri heterogeenisuus eli yhteisöjä toisiinsa sitovan sosiaalisen ”liiman” vähäisyys sekä suuri väestöntiheys ovat esimerkkejä näistä ominaisuuksista, jotka on yhdistetty väkivaltaisuuteen. Niin ikään yhteisöissä, joita leimaavat huumekauppa, korkea työttömyysaste tai laaja sosiaalinen eristyneisyys (kun ihmiset eivät esimerkiksi tunne naapureitaan eivätkä ole tekemisissä paikallisyhteisön kanssa) väkivallan todennäköisyys on suurempi. Väkivaltatutkimukset osoittavat, että väkivallan mahdollisuus on suurempi tietyissä yhteisöllisissä oloissa, esimerkiksi köyhillä tai fyysisesti rappeutuneilla alueilla tai kun yhteisöllinen tuki on heikkoa.

Yhteiskunta

Ekologisen mallin neljäs ja viimeinen taso tutkii väkivaltaisuuden asteeseen vaikuttavia laajempia yhteiskunnallisia tekijöitä. Näihin kuuluvat ne tekijät, jotka synnyttävät väkivallan hyväksyvän ilmapiirin, ne jotka vähentävät asenteellisia esteitä ja ne jotka luovat ja ylläpitävät yhteiskuntaryhmien välisiä kuiluja tai ryhmien tai maiden välisiä jännitteitä. Yhteiskunnallisia tekijöitä ovat

- kulttuuriset normit, jotka hyväksyvät väkivallan käytön konfliktien ratkaisemisen tapana
- asenteet, jotka pitävät itsemurhaa yksilöllisenä valintana ehkäistävissä olevan väkivaltaisen teon sijasta
- normit, jotka asettavat vanhempien oikeudet lasten hyvinvoinnin yläpuolelle
- normit, jotka ovat vakiinnuttaneet miesten ylivalan suhteessa naisiin ja lapsiin
- normit, jotka tukevat poliisin liiallista voimankäyttöä kansalaisia kohtaan
- normit, jotka toimivat poliittisia konflikteja tukevin.

Yhteiskunnallisiin tekijöihin kuuluu niin ikään sellainen terveys-, koulutus-, talous- ja sosiaalipolitiikka, joka ylläpitää suurta yhteiskunnallisten ryhmien välistä taloudellista tai

sosiaalista eriarvoisuutta (ks. laatikko 1.2).

Ekologinen viitekehys valaisee väkivallan moninaisia syitä ja perheessä, yhteisössä ja sosiaalisissa, kulttuurisissa sekä taloudellisissa oloissa vaikuttavien riskitekijöiden toisiinsa kietoutumista. Liitettyä kehitykselliseen tarkasteluun malli auttaa ymmärtämään myös eri tekijöiden vaikutusta eri elämänvaiheissa.

Monimutkaiset yhteydet

Jollekin väkivallan tyyppille saattavat olla tunnusomaisia vain jotkin riskitekijät, mutta yleensä väkivallan eri lajeille ovat ominaisia useat yhteiset riskitekijät. Vallitsevat kulttuuriset normit, köyhyys, sosiaalinen eristyneisyys ja esimerkiksi alkoholin väärinkäyttö, päihteiden käyttö ja pienaseiden saatavuus ovat usean eri väkivallan lajin riskitekijöitä. Niinpä ei olekaan epätavallista, että jotkut riskiryhmiin kuuluvat yksilöt kokevat useamman tyyppistä väkivaltaa. Naiset, joilla on riski joutua kumppaninsa pahoinpitelemiksi, ovat myös vaarassa tulla raiskatuiksi.

Tutkimuksissa on myös havaittu yhteyksiä eri väkivaltatyyppien välillä. Alttius perheväkivallalle liittyy lapsuudessa tai nuoruudessa koettuun väkivallan uhrin tai tekijän rooliin. Lapsilla, jotka ovat joutuneet vanhempiensa hylkäämiksi, heitteille jättämiksi tai saaneet osakseen välinpitämättömtä kohtelua, on suurempi aggressiivisen ja epäsosiaalisen käyttäytymisen riski samoin kuin riski itse käyttää aikuisena toisia hyväkseen. On myös todettu yhteys itsetuhoisen käyttäytymisen ja useiden eri väkivallan muotojen kuten lasten pahoinpitelyn, parisuhdeväkivallan, raiskausten ja vanhusten huonon kohtelun välillä. Sri Lankassa todettiin itsemurha-asteen laskeneen sodan aikana ja nousseen jälleen konfliktin päätyttyä. Monissa väkivaltaisista konflikteista kärsineissä maissa ihmisten keskinäinen väkivalta on pysynyt korkealla tasolla vihollisuuksien lakattuakin. Syitä siihen ovat muiden muassa väkivallan sosiaalisen hyväksynnän lisääntyminen sekä aseiden helppo saatavuus.

Väkivallan ja yksilöllisten sekä laajempien sosiaalisten, kulttuuristen ja taloudellisten tekijöiden välisen yhteyden olemassaolo viittaa siihen, että ekologisen mallin eri tasoilla ilmeneviin väkivallan riskitekijöihin vaikuttaminen saattaa edistää samanaikaisesti useamman väkivallan lajin vähenemistä.

Miten väkivaltaa voidaan ehkäistä?

Kansanterveysmallin kaksi ensimmäistä vaihetta antavat tärkeää tietoa väestöryhmittä, joihin on tarpeen kohdistaa toimenpiteitä samoin kuin niistä riski- ja suojaavista tekijöistä, joihin on kiinnitettävä huomiota. Tämän tiedon muuttaminen käytännön toimiksi on julkisen terveydenhuollon keskeinen tehtävä.

Ehkäisevä toiminta

Kansanterveydelliset toimet jaetaan yleensä kolmen tason toimenpiteisiin:

- Ensijajaiset toimet - väkivallan ehkäiseminen ennen sen syntymistä.
- Toissijajaiset toimet - välitön reagointi väkivaltaan, esimerkiksi sairaalahoitoa edeltävä hoito, ensiapupalvelut ja raiskauksen jälkeinen sukupuoliteitse tarttuvien tautien hoito.
- Kolmannella sijalla olevat toimet - pitkäaikaishoito, esimerkiksi kuntoutus ja yhteiskuntaan sopeuttaminen ja yritykset lievittää väkivallan aiheuttamaa traumaattista kokemusta tai pitkäaikaista vammauttavaa vaikutusta.

Näiden kolmen tason määrittely tapahtuu ajallisin perustein: ehkäisy tapahtuu ennen väkivallan esiintymistä, välittömästi sen jälkeen tai pitkän ajanjakson kuluessa. Näitä toimia sovelletaan yleensä väkivallan uhreihin, ja toiminta tapahtuu terveydenhuollon piirissä. Toissijaisten ja kolmannella sijalla olevien toimien on kuitenkin ajateltu sopivan myös väkivallan tekijöihin, ja soveltaminen on tapahtunut oikeustoimen piirissä.

Väkivallan ehkäisyn tutkijat ovat siirtyneet yhä yleisemmin käyttämään ehkäisyn määritelmää, jossa painopiste on kohderyhmässä. Tämän määritelmän mukaan toimenpiteet jaetaan seuraavasti:

- Yleiset toimet kohdistuvat kokonaisuin ryhmiin tai koko väestöön yksilöllistä riskiä huomioon ottamatta; esimerkkejä ovat väkivallan ehkäisemiseen tähtäävät, koulujen kaikille oppilaille tarkoitettut oppikurssit tai tietyn ikäisille lapsille koko yhteisössä suunnatut mediakampanjat.
- Valikoidut toimet suunnataan niihin, joiden arvellaan kuuluvan riskiryhmään (yhden tai useamman riskitekijän vuoksi); esimerkiksi vanhemmuuteen liittyvien taitojen opettaminen pienituloisille yksinhuoltajille.
- Toimenpiteeseen osoittaminen: Väkivaltaiseen käyttäytymiseen, esimerkiksi perheväkivaltaan, syyllistyneiden hoitoonohjaus.

Suuri osa toimenpiteistä sekä teollisuus- että kehitysmaissa on keskittynyt toisen ja kolmannen tason puuttumiseen. On ymmärrettävää, että etusijalle asetetaan usein väkivallan välittömiin seurauksiin puuttuminen, uhrien tukeminen ja tekijöiden rankaiseminen. Ne ovatkin tärkeitä ja niitä on edelleen kehitettävä, mutta lisäksi on saatava suurempi panostus ensisijaiseen ehkäisyyn. Kokonaisvaltainen reagointi väkivaltaan paitsi suojelee ja tukee uhria, myös edistää väkivallattomuutta, vähentää väkivallan läsnäoloa yhteiskunnassa ja muuttaa niitä rakenteita, jotka synnyttävät väkivaltaa.

Reagoiminen monella tasolla

Koska väkivalta on monitasoinen ongelma, jonka juuret ovat biologisia, psykologisia, sosiaalisia ja ympäristöön liittyviä, siihen on puututtava yhtäaikaaisesti eri tasoilla. Ekologisesta mallista on tässä mielessä kaksinkertaista hyötyä: jokainen mallin taso edustaa yhtä riskitasoa, ja jokaista tasoa voidaan myös pitää puuttumisen avainkohtana.

Väkivaltaan puuttuminen usealla tasolla edellyttää kaikkia seuraavista:

- Yksilöllisten riskitekijöiden huomioon ottaminen ja yksilöiden riskikäyttäytymiseen vaikuttaminen.
- Läheisiin ihmissuhteisiin vaikuttaminen ja toiminta terveiden perheolojen aikaansaamiseksi sekä ammattiavun ja tuen tarjoaminen vaikeuksista kärsiville perheille.
- Tilanteen seuraaminen julkisissa tiloissa kuten kouluissa, työpaikoilla ja asuinympäristössä ja puuttuminen ongelmiin, jotka saattavat johtaa väkivaltaan.
- Puuttuminen sukupuolten väliseen eriarvoisuuteen ja kulttuurille ominaisiin vihamielisiin asenteisiin ja käytäntöihin.
- Väkivaltaisuutta edistäviin laajempiin kulttuurisiin, sosiaalisiin ja taloudellisiin tekijöihin puuttuminen, esimerkiksi rikkaiden ja köyhien välisen kuilun kaventaminen ja tasa-arvoisen tavaroiden ja palvelusten saannin ja yhdenvertaisten mahdollisuuksien turvaaminen.

Vaikuttavien toimenpiteiden dokumentointi

Kansanterveydellisen väkivallan tutkimuksen perussääntö on kaikkien, niin suurten kuin pientenkin, ponnistusten huolellinen arviointi. Kaikkien toimien dokumentointi ja

tarkkaan tieteelliseen arviointiin kannustaminen on arvokasta kaikkien osapuolten kannalta. Erityisen tärkeää se on niille, jotka pyrkivät valitsemaan tietynlaiseen tilanteeseen parhaiten soveltuvia keinoja.

Kaikkien tutkimustulosten ja kokemusten kokoaminen on myös äärimmäisen hyödyllistä pyrittäessä vaikuttamaan poliittisiin päätöksentekijöihin, koska siten voidaan osoittaa, että jotain on tehtävissä. Kokemusten perusteella voidaan päätellä, millaisin keinoin väkipalvaa pystytään parhaiten vähentämään.

Kansanterveystyön tasapainottaminen

Tieteellinen tutkimus vie aikaa. Halu sijoittaa ainoastaan hyväksi osoittautuneisiin toimintatapoihin ei saisi olla este lupaavilta vaikuttavien menetelmien tukemiselle. Lupaavia ovat lähestymistavat, joita on tutkittu, mutta jotka vaativat lisää testaamista erilaisissa yhteyksissä ja eri väestöryhmien parissa.

On myös järkevää kokeilla useita eri ohjelmia sekä käyttää paikallisyhteisöstä tulleita aloitteita ja ideoita. Väkipalva on niin polttava ongelma, että toimenpiteitä ei voi viivyttää täydellistä tietämystä odotellessa.

Kulttuurisiin normeihin puuttuminen

Väkipalvaa säilyttäviä sosiaalisia käytäntöjä puolustellaan joskus eri puolilla maailmaa todeten niiden olevan kulttuurisia ominaispiirteitä tai perinteitä. Naisten sorto on yleisin esimerkki, mutta ei ainoa.

Kulttuurisiin normeihin on suhtauduttava varovaisesti ja kunnioittavasti aina kun ryhdytään väkipalvan ehkäisytoimiin. Ihmiset ovat usein voimakkaasti kiintyneitä perinteisiinsä. Kulttuuri on usein myös suoja väkipalvaa vastaan. Kokemus on osoittanut, että on tärkeää käydä jatkuvasti ja jo ensi vaiheista alkaen vuoropuhelua uskonnollisten ja perinteisten johtajien ja yhteisön merkkihenkilöiden, esimerkiksi kansanparantajien, kanssa, kun väkipalvan vastaisia ohjelmia suunnitellaan ja toteutetaan.

Toimintaa väkipalvaa vastaan kaikilla tasoilla

Pysyvien tulosten saavuttaminen riippuu suuressa määrin kokonaisvaltaisen lähestymistavan soveltamisesta kaikilla eri tasoilla.

Paikallistaso

Paikallistasolla kumppaneina saattavat olla terveydenhuollon työntekijät, poliisi, opettajat, sosiaalityöntekijät, työnantajat ja valtion virkamiehet. Väkipalvan ehkäisemiseksi on paljon tehtävissä tällä tasolla. Pienimuotoiset pilottiohjelmat ja tutkimusprojektit voivat tarjota uusien ideoiden kokeilukentän. Ehkä yhtä tärkeää on, että eri toimijat tottuvat täten yhteistyöhön keskenään. Työryhmät tai muut elimet, jotka kokoavat yhteen eri sektoreita ja luovat niin virallisia kuin epävirallisiakin kontakteja, ovat äärimmäisen tärkeitä työn onnistumisen kannalta.

Kansallinen taso

Kumppanuuden luominen eri sektoreiden kesken on erittäin toivottavaa myös kansallisella tasolla. Väkipalvan ehkäisyyn voivat antaa oman merkittävän panoksensa monet eri hallinnonalat, muutkin kuin oikeus-, sosiaali- ja terveysviranomaiset. Opetusministeriö on itsestään selvä yhteistyökumppani kouluissa tehtävän ehkäisevän työn tärkeyden vuoksi. Työministeriö voi yhdessä ammattiyhdistysten ja työnantajien kanssa tehdä paljon väki-

vallan vähentämiseksi työpaikoilla (ks. laatikko 1.3). Puolustusministeriö voi muovata suurten valvonnassaan olevien nuorten miesten joukkojen asenteita edistämällä kurinalaisuutta ja kunniallista käytöstä sekä levittämällä tietoisuutta aseiden tappavuudesta. Uskonnolliset johtajat ja järjestöt vaikuttavat oman työnsä kautta. Ne saattavat olla myös sopivia välittäjiä tietyissä ongelmatilanteissa.

Globaali taso

Esimerkiksi kansainvälinen aidsin vastainen työ ja katastrofiapu ovat osoituksena siitä, miten suurta hyötyä maailmanlaajuisesta järjestöjen yhteistyöstä ja tietojenvaihdosta voi olla aivan samaan tapaan kuin paikallisesta ja kansallisesta yhteistyöstä. WHO:lla YK:n terveydenhuollosta vastaavana elimenä on varmasti tässä suhteessa keskeinen merkitys. Kuitenkin myös muilla kansainvälisillä elimillä on hyvin paljon annettavaa omilla erikoisaloillaan. Näitä ovat esimerkiksi YK:n ihmisoikeuskomissaarin toimisto (ihmisoikeuskysymyksissä), YK:n pakolaiskomissaari (pakolaisasioissa), YK:n lastenavun rahasto (lasten hyvinvointiin liittyen), YK:n naisten kehitysrahasto (naisten terveydenhuoltoon liittyen), YK:n kehitysohjelma (kehityskysymyksissä), YK:n alueidenvälinen rikos- ja oikeustutkimuslaitos UNICRI (rikosasioissa) sekä Maailmanpankki (rahoitus- ja hallintokysymyksissä). Väkivallan ehkäisytyössä ovat mukana jo nyt lukuisat kansainväliset rahoittajat, kahdenväliset avustusohjelmat, kansalaisjärjestöt ja uskonnolliset yhteisöt.

Kansallisen päätöksenteon ongelmia

Jos väkivalta kerran on suurelta osin ehkäistävissä, mieleen nousee kysymys: miksi sen eteen ei tehdä enemmän työtä erityisesti valtioiden sisällä?

Hyvin suuren esteen muodostaa yksinkertaisesti tiedon puute. Monet päätöksentekijät eivät ole tulleet ajatelleeksi väkivaltaa terveydellisenä ongelmana vaan heille se on jotain lähes päinvastaista: rikosoikeudellinen kysymys. Monet väkivallan muodot, erityisesti lasten, naisten ja vanhusten kaltoinkohtelu, ovat piilossa olevia ongelmia. Myös ennalta-ehkäistävyys on päätöksentekijöille uusi asia. Virkatehtäviään suorittavat eivät edes kuvittele voitavan päästä väkivallattomaan yhteiskuntaan; tietty ”hyväksyttävä” väkivallan taso vaikuttaa paljon realistisemmalla tavoitteella ottaen huomioon kaiken kaduilla nähtävän väkivallan. Toisten mielestä taas, paradoksaalista kyllä, turvallisuus on vallitseva asiointila. Tapahtuuhan väkivallasta suuri osa heiltä näkymättömissä, jossain muualla, eikä se ole jatkuvaa. Aivan samoin kuin puhdasta ilmaa pidetään itsestään selvyutenä kunnes taivas täytyy savusumusta, myös väkivaltaan tarvitsee puuttua vain kun se saapuu omalle kynnykselle. Ei olekaan yllättävää, että innovatiivisimmat ratkaisut löydetään usein paikallistasolla, missä ongelmat joudutaan kohtaamaan päivittäin.

Toinen ongelma liittyy vaihtoehtoisten keinojen käyttökelpoisuuteen. Tarpeeksi monella poliittisella päättäjällä ei ole tietoa väkivallan eri muotojen ehkäisemisen mahdollisuudesta. Liian monen mielestä perinteiset rikosoikeudelliset keinot ovat ainoita toimivia. Tällainen näkemys jättää ottamatta huomioon väkivallan monimuotoisuuden. Se ylläpitää keskittymistä tiettyihin hyvin näkyviin väkivallan muotoihin, erityisesti nuorisoväkivaltaan. Kovin vähän huomiota saavat osakseen esimerkiksi parisuhdeväkivalta sekä lasten ja vanhusten kaltoinkohtelu, joiden osalta oikeuslaitoksen reagointi ei ole yhtä herkkää eikä tehokasta.

Kolmas ongelma on päättäväisyyden puute. Väkivalta on äärimmäisen tunnepitoinen asia. Monissa maissa ollaan hyvin haluttomia tarttumaan aloitteisiin, jotka kyseenalaista-

Laatikko 1.3

Kokonaisvaltainen lähestymistapa työpaikkaväkivallan ehkäisemiseen

Työpaikoilla tapahtuva väkipalta on merkittävä kuolemantapausten ja vammojen aiheuttaja kaikkialla maailmassa. Yhdysvalloissa tapot ja murhat ovat virallisten tilastojen mukaan miesten toiseksi yleisin ja naisten yleisin kuolinsyy työpaikoilla liikenneonnettomuuksien jälkeen. Euroopan Unionin alueella noin kolme miljoonaa työntekijää (2 % työvoimasta) on joutunut fyysisen väkivallan kohteeksi työssään. Naispuolisia filippiiniläisiä siirtotyöläisiä koskeneet tutkimukset ovat osoittaneet, että monet kotitalouksissa tai viihdeteollisuudessa työskentelevät naiset joutuvat paljon keskimääräistä useammin väkivallan uhreiksi työssään. Työpaikkaväkipalta pitää sisällään paitsi fyysisen myös psykologisen käyttäytymisen. Monet työntekijät joutuvat kiusaamisen, seksuaalisen ahdistelun, uhkausten, pelottelun tai muunlaisen psyykkisen väkivallan kohteeksi. Brittiläisten tutkimusten mukaan 53 prosenttia työntekijöistä on joutunut kiusatuiksi ja 78 prosenttia on havainnut sellaista käyttäytymistä työpaikallaan. Etelä-Afrikassa on todettu, että vihamielisyysien esiintyminen työpaikoilla on ”epätavallisen yleistä”. Tuoreen tutkimuksen mukaan 78 prosenttia työntekijöistä oli joskus kokenut kiusaamista.

Toistuvat väkivaltaiset teot, olipa kyse kiusaamisesta, seksuaalisesta ahdistelusta tai yrityksistä nöyryyttää ja alistaa työntekijöitä, saattavat aikaa myöten johtaa hyvin vakaviin ongelmiin. Ruotsissa niillä arvioidaan olleen osuutta 10-15 prosentissa kaikista itsemurhista.

Kustannukset

Työpaikoilla tapahtuva väkipalta aiheuttaa välitöntä ja usein pitkäaikaista kitkaa ihmisten väliin suhteisiin ja työskentelyoloihin kokonaisuudessaan. Väkipallan kustannukset koostuvat seuraavista ryhmistä:

- Välittömät kustannukset, jotka aiheutuvat esimerkiksi
 - onnettomuuksista
 - sairauksista
 - vammautumisesta ja kuolemantapauksista
 - työstä poissaolosta
 - henkilöstön vaihtuvuudesta.
- Välilliset kustannukset, joihin kuuluvat
 - työtehon alentuminen
 - tuotteiden ja palvelujen laadun heikkeneminen ja tuotannon hidastuminen
 - kilpailukyyn lasku.
- Aineettomat kustannukset, esimerkiksi
 - organisaation imagon kärsiminen
 - motivaation ja työmoraalin lasku
 - organisaatiokollisuuden lasku
 - luovuuden väheneminen
 - työnteolle vähemmän otollisen ilmapiirin syntyminen.

Ratkaisumallit

Myös työpaikkaväkivallan ehkäiseminen edellyttää kokonaisvaltaista lähestymistapaa. Se ei ole pelkästään yksittäisten ihmisten ongelma, joka kuuluu osana työelämään, vaan rakenteellinen ongelma, jonka taustalla ovat paljon laajemmat sosiaaliset, taloudelliset, kulttuuri-

set ja organisaatioiden rakenteeseen liittyvät syyt.

Työpaikkaväkivaltaan reagoidaan perinteisesti pelkästään sääntöjen tiukentamisella, jolloin tilanteiden moninaisuus jää ottamatta huomioon. Kokonaisvaltaisempi lähestymistapa keskittyy väkivallan syihin. Siinä on tavoitteena ottaa työntekijöiden terveys, turvallisuus ja hyvinvointi kiinteäksi osaksi organisaation kehittämistä.

Yhä suurempaa suosiota saavuttanut systemaattinen, kohdennettu työpaikkaväkivallan ehkäisy koostuu seuraavista osista:

- työntekijöiden ja työnantajien järjestöjen aktiivinen yhteistyö selkeiden väkivallan vastaisen ohjelmien muotoilemiseksi
- kansallinen lainsäädäntö ja hallinnollinen ohjaus valtiollisella ja paikallisella tasolla
- tapaustutkimuksista saaduista kokemuksista tiedottaminen
- työoloissa, johtamistavoissa ja työn organisoinnissa tehtävä parannukset
- paremmat koulutusmahdollisuudet
- väkivallan kohteeksi joutuneiden tukeminen ja neuvonta.

Liittämällä terveyden ja turvallisuuden osaksi organisaation johtamista ja kehittämistä tämä lähestymistapa tarjoaa nopean ja kestävä menetelmän työpaikkaväkivallan poistamiseen.

vat vanhat asenteet ja käytännöt. Saattaa vaatia suurta poliittista rohkeutta kokeilla uusia menetelmiä nimenomaan poliisitoimen ja yleisen turvallisuuden aloilla.

Kaikissa näissä kolmessa kysymyksessä julkisen terveydenhuollon piirissä työskentelevillä, akateemisilla laitoksilla, kansalaisjärjestöillä ja kansainvälisillä järjestöillä on tärkeä tehtävä lisätä käyttökelpoisten ratkaisumallien tuntemusta ja luottamusta niihin hallinnon piirissä. Osaksi tämä tehtävä on painostustyötä, jossa käytetään apuna koulutusta ja tutkimustietoa. Toinen puoli tehtävää on toimia kumppanina tai konsulttina politiikan ja väkivaltaan puuttumisen keinojen muotoilussa.

Johtopäätöksiä

Kansanterveystyö on koko väestön terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimista. Väkivalta merkitsee valtavaa räsitusta tuolle hyvinvoinnille. Kansanterveyden päämääränä koko maailmassa on luoda turvallisia ja terveitä yhteisöjä. Tämän hetken keskeinen tehtävä on saada kaikki sektorit sitoutumaan tähän tavoitteeseen niin globaalilla, kansallisella kuin yhteisöjenkin tasolla. Julkisen terveydenhuollon työntekijät voivat tehdä paljon sen hyväksi, että valtiot ryhtyvät laatimaan kansallisia väkivallan ehkäisy suunnitelmia ja -ohjelmia. He voivat rakentaa yhteistyötä eri sektorien välille ja pitää huolta siitä, että tähän työhön ohjataan riittävästi resursseja.

Valtiollista terveyspolitiikkaa johtavien ei tarvitse eivätkä he voikaan ohjata kaikkia väkivallan vastaisia toimia, mutta merkittävä heidän roolinsa on. Heillä on runsaasti kokemusta terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta sekä tutkimustiedon avulla saatua näkemystä, ja he ovat sitoutuneet etsimään toimivia vastauksia. Terveystieteiden kenttä voi siten antaa suuren panoksen väkivallan ehkäisytyöhön maailmanlaajuisesti.

References

1. Mercy JA et al. Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, 1993, 12:7-29.
2. WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Geneva, World Health

- Organization, 1996 (document WHO/EHA/ SPI.POA.2). 3. Walters RH, Parke RD. Social motivation, dependency, and susceptibility to social influence. In: Berkowitz L, ed. *Advances in experimental social psychology*. Vol. 1. New York, NY, Academic Press, 1964:231–276.
4. Dodge KA, Coie JD. Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, 53:1146–1158.
5. Foege WH, Rosenberg ML, Mercy JA. Public health and violence prevention. *Current Issues in Public Health*, 1995, 1:2–9.
6. Kruger J et al. A public health approach to violence prevention in South Africa. In: van Eeden R, Wentzel M, eds. *The dynamics of aggression and violence in South Africa*. Pretoria, Human Sciences Research Council, 1998:399–424.
7. Houry D et al. Emergency department documentation in cases of intentional assault. *Annals of Emergency Medicine*, 1999, 34:715–719.
8. WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/FCH/GWH/02.01).
9. Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Geneva, World Health Organization (published in collaboration with the United States Centers for Disease Control and Prevention), 2001 (document WHO/NMH/VIP/01.02).
10. Sethi D, Krug E, eds. *Guidance for surveillance of injuries due to landmines and unexploded ordnance*. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/NMH/PVI/00.2).
11. Saltzman LE et al. *Intimate partner surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0*. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1999.
12. *Uniform data elements for the national fatal firearm injury reporting system*. Boston, MA, Harvard Injury Control Research Center, Harvard School of Public Health, 2000.
13. *Data elements for emergency departments*. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1997.
14. Dahlberg LL, Tool SB, Behrens CB. *Measuring violence-related attitudes, beliefs, and behaviors among youths: a compendium of assessment tools*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 1998.
15. *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/FCH/GWH/01.01).
16. *World health statistics annual 1996*. Geneva, World Health Organization, 1998.
17. Anderson RN. Deaths: leading causes for 1999. *National Vital Statistics Reports*, 2001, 49:1–87.
18. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
19. Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC, National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
20. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1–22.
21. El-Zanaty F et al. *Egypt demographic and health survey, 1995*. Calverton, MD, Macro International, 1996.
22. Randall M et al. *Sexual violence in women's lives: findings from the women's safety project, a community-based survey*. *Violence Against Women*, 1995, 1:6–31.
23. Ellsberg MC et al. *Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua*. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:1595–1610.
24. Mooney J. *The hidden figure: domestic violence in north London*. London, Middlesex University, 1993.
25. Watts C et al. *Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women*. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:57–65.
26. Grufman M, Berg-Kelly K. *Physical fighting and associated health behaviours among Swedish adolescents*. *Acta Paediatrica*, 1997, 86:77–81.
27. Kann L et al. *Youth risk behavior surveillance: United States, 1999*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49:1–104 (CDC Surveillance Summaries, SS-5).
28. Gofin R, Palti H, Mandel M. *Fighting among Jerusalem adolescents: personal and school-related factors*. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:218–223.
29. Miller TR, Cohen MA. *Costs of gunshot and cut/stab wounds in the United States, with some Canadian comparisons*. *Accident Analysis and Prevention*, 1997, 29:329–341.
30. Clayton D, Barcel A. *The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996*. *Chronic Diseases in Canada*, 1999, 20:89–95.
31. Buvinic M, Morrison A. *Violence as an obstacle to development*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:1–8 (Technical Note 4: Economic and social consequences of violence).
32. Kaplan SJ et al. *Adolescent physical abuse: risk for adolescent psychiatric disorders*. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:954–959.
33. Kaslow NJ et al. *Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African-American women*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, 66:533–540.
34. Pederson W, Skrondal A. *Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls*. *Addiction*, 1996, 91:565–581.
35. Holmes MM et al. *Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175:320–325.
36. Kakar F et al. *The consequences of landmines on public health*. *Prehospital Disaster Medicine*, 1996, 11:41–45.
37. Toole MJ. *Complex emergencies: refugee and other populations*. In: Noji E, ed. *The public health consequences of disasters*. New York, NY, Oxford University Press, 1997:419–442.

38. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604-616.
39. Bronfenbrenner V. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1979.
40. Garbarino J. *Adolescent development: an ecological perspective*. Columbus, OH, Charles E. Merrill, 1985.
41. Tolan PH, Guerra NG. What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.
42. Chaulk R, King PA. *Violence in families: assessing prevention and treatment programs*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
43. Heise LL. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 1998, 4:262-290.
44. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:79-103.
45. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. New York, NY, Springer, 2000.
46. Reiss AJ, Roth JA, eds. *Violence in families: understanding and preventing violence*. Panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 1. Washington, DC, National Academy Press, 1993:221-245.
47. Thornberry TP, Huizinga D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. In: Howell JC et al., eds. *Sourcebook on serious, violent and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995:213-237.
48. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:86-105.
49. Maxfield MG, Widom CS. The cycle of violence: revisited 6 years later. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1996, 150:390-395.
50. Farrington DP. The family backgrounds of aggressive youths. In: Hersov LA, Berger M, Shaffer D, eds. *Aggression and antisocial behavior in childhood and adolescence*. Oxford, Pergamon Press, 1978:73-93.
51. McCord J. A forty-year perspective on the effects of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1983, 7:265-270.
52. Widom CS. Child abuse, neglect, and violent criminal behavior. *Criminology*, 1989, 27:251-272.
53. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 2001, 135:17-36.
54. Brown J et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 38:1490-1496.
55. Stark E, Flitcraft A. Killing the beast within: woman battering and female suicidality. *International Journal of Health Services*, 1995, 25:43-64.
56. Bristowe E, Collins JB. Family-mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:45-54.
57. Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:65-74.
58. Somasundaram DJ, Rajadurai S. War and suicide in Northern Sri Lanka. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995, 91:1-4.
59. Tolan PH, Guerra NG. Prevention of juvenile delinquency: current status and issues. *Journal of Applied and Preventive Psychology*, 1994, 3:251-273.

LUKU 2

NUORISOVÄKIVALTA

Taustaa

Nuorisoväkivalta on yksi yhteiskunnan näkyvimpiä väkivallan muotoja. Koko maailman lehdistössä ja sähköisissä tiedotusvälineissä kerrotaan joka päivä nuorisojengeistä ja nuorten kouluissa ja kaduilla suorittamista väkivallanteoista. Niissä ovat niin uhreina kuin tekijöinäkin lähinnä nuoret sekä nuoret aikuiset. Tapot ja pahoinpitelyt ovat nuorten ennen­aikaisen kuolemien, loukkaantumisten ja vammautumisten keskeisiä syitä.

Nuorisoväkivalta aiheuttaa suurta vahinkoa paitsi uhreille myös heidän perheilleen, ystävilleen ja lähiyhteisölle. Sen haitat ilmenevät kuolemantapausten ja loukkaantumisten ohella elämän laadun heikkenemisenä. Se aiheuttaa terveydenhuollon ja hyvinvointipalvelujen kustannusten kasvua, alentaa tuottavuutta ja omaisuuden arvoa, horjuttaa monia peruspalveluja ja murentaa yhteiskuntarakennetta monin tavoin.

Nuorisoväkivaltaa ei voi tarkastella irrallaan muusta ongelmakäyttäytymisestä. Väki­valtaisille nuorille on aina ollut tyypillistä, että he syyllistyvät moniin erilaisiin rikoksiin. Niihin liittyy usein muita ongelmia, esimerkiksi koulupinnausta ja koulun keskeyttämistä, päihteiden väärinkäyttöä, pakonomaista valehtelemistä, autohurjastelua ja runsasta sukupuolitautilien esiintyvyyttä. Kaikilla väki­valtaisilla nuorilla ei kuitenkaan ole muita erityisongelmia eivätkä kaikki nuoret, joilla on ongelmia, ole välttämättä väki­valtaisia.

Nuorisoväkivallan ja muiden väkivallan muotojen välillä on kiinteä yhteys. Esimerkiksi väkivallan näkeminen kotona tai pahoinpitelyn tai seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi joutuminen saattaa altistaa lapsia ja nuoria pitämään väki­valtaa hyväksyttävänä ongelmanratkaisutapana. Pitkäaikainen eläminen sodan oloissa voi myös synnyttää yleisen pelon ilmapiirin, joka lisää nuorisoväkivallan esiintyvyyttä. Niiden tekijöiden ymmärtäminen, jotka lisäävät nuorten ihmisten riskiä joutua väkivallan uhriksi tai tekijäk-

si, on ensisijaisen tärkeää tehokkaiden ehkäisevien menetelmien kehittämisen kannalta.

Tässä raportissa käytetty nuorison määritelmä kattaa ikävuodet 10-29. Korkeat rikoksentekijä- ja uhriluvut ulottuvat kuitenkin usein 30-35 –vuotiaisiin asti, minkä vuoksi tämä nuorten aikuisten ryhmä olisi myös otettava huomioon nuorisorikollisuuden tutkimuksessa ja ehkäisyssä.

Ongelman laajuus

Henkirikosten määrä

Vuonna 2000 koko maailmassa tehtiin arviolta 199 000 nuuriin kohdistuvaa henkirikosta (9,2 tapausta 100 000 asukasta kohti). Toisin sanoen keskimäärin 565 iältään 10-29-vuotiaista lasta, nuorta tai nuorta aikuista kuolee joka päivä ihmisten välisen väkivallan seurauksena. Henkirikosaste vaihtelee huomattavasti alueen mukaan, Euroopan ja joidenkin Aasian ja Tyynen meren korkean tulotason maiden 0,9:stä/100 000 asukasta Afrikan 17,6:een ja Latinalaisen Amerikan 36,4:ään /100 000 asukasta.

Myös erot yksittäisten maiden välillä ovat suuria (ks. taulukko 2.1). Niistä maista, joiden osalta WHO:n tietoja on saatavilla, luvut ovat korkeimmat Latinalaisessa Amerikassa (esimerkiksi Kolumbiassa 84,4 ja El Salvadorissa 50,2), Karibian alueella (esimerkiksi Puerto Ricossa 41,8), Venäjällä (18,0) ja joissakin Kaakkois-Euroopan maissa (esimerkiksi Albaniassa 28,2). Yhdysvaltoja lukuun ottamatta, jossa luku on 11,1, useimmat 10,0:n rajan ylittävät maat ovat joko kehitysmaita tai maita, joissa tapahtuu nopeita sosiaalisia ja taloudellisia muutoksia.

Alhaisimmat nuorten väkivaltaisten kuolemien suhteelliset osuudet ovat Länsi-Euroopassa, esimerkiksi Ranskassa 0,6, Saksassa 0,8, Iso-Britanniassa 0,9 sekä Aasiassa, esimerkiksi Japanissa 0,4. Useissa maissa tapauksia on alle 20 vuodessa.

Lähes kaikissa maissa luvut ovat korkeampia poikien ja miesten kuin tyttöjen ja naisten osalta. Toisin sanoen miessukupuoli on vahva demografinen riskitekijä. Ero on suurin maissa, joissa miehiä kuvaavat luvut ovat korkeimmat. Esimerkiksi Kolumbiassa suhde on 13,1:1, El Salvadorissa 14,6:1, Filippiineillä 16,0:1 ja Venezuelassa 16,5:1. Maissa joissa nämä luvut ovat alhaisia, suhdekin on yleensä alhaisempi, esimerkiksi Unkarissa 0,9:1 ja Koreassa 1,6:1. Tyttöjen väkivaltakuolleisuus vaihtelee maasta toiseen huomattavasti vähemmän kuin poikien.

Epidemiologiset tutkimustulokset ovat niukkoja maissa ja alueilla, joiden osalta WHO:n kuolleisuustilastot puuttuvat kokonaan tai ovat epätäydellisiä. Edellä kuvatut mallit toistuvat kuitenkin niissä tutkimuksissa, joita on tehty. Esimerkiksi Afrikassa on tehty tutkimuksia Nigeriassa, Etelä-Afrikassa ja Tansaniassa, Aasian ja Tyynen meren alueella Kiinassa. Toisin sanoen kaikkialla

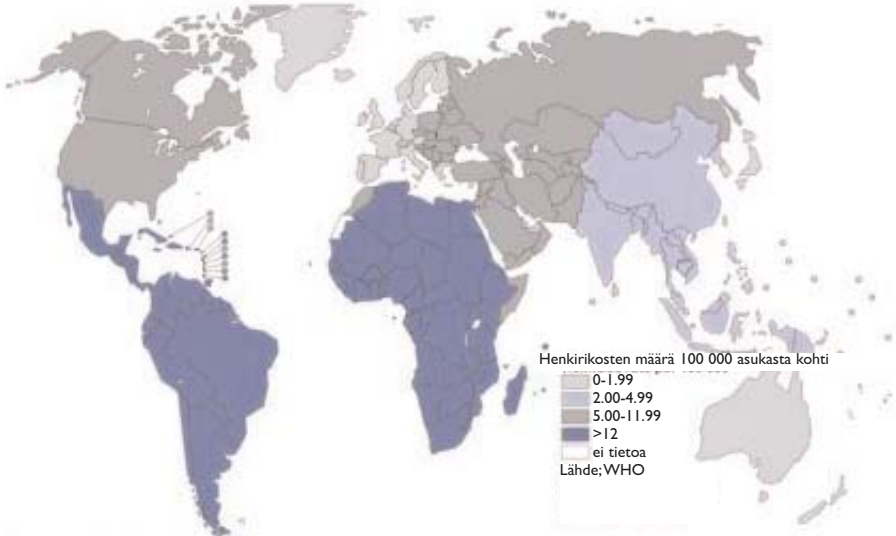
- miespuolisten uhrien määrä on selvästi suurempi kuin naispuolisten ja
- maiden ja alueiden väliset erot ovat huomattavia.

Mitä suuntauksia nuorten väkivaltaisissa kuolemissa on havaittavissa

Vuosina 1985-1994 nuorten henkirikosluvut kasvoivat monissa osissa maailmaa, erityisesti 10-24-vuotiaiden ikäryhmässä. Erot sukupuolten, samoin maiden ja alueiden, välillä olivat merkittäviä. Yleensä suhteellinen osuus 15-19 ja 20-24-vuotiaiden ryhmissä kasvoi enemmän kuin 10-14-vuotiaiden ryhmässä. Miespuolisten väkivallan uhrien osuudet kasvoivat naisten osuuksia enemmän (ks. kuvio 2.2). Kasvu oli selvempää kehi-

Kuvio 2.1

Arvio henkirikosasteesta 10-29-vuotiaiden ikäryhmässä v.



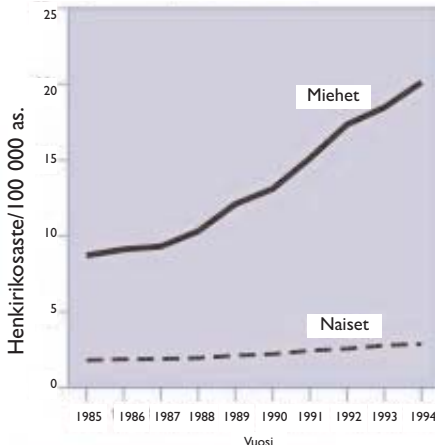
* Suhteet on laskettu WHO-alueittain maan tulotason mukaan ja sitten ryhmitelty suuruuden mukaan.

tyksissa ja maissa, joissa talouden muutokset olivat nopeita. Kasvu myös liittyi usein ampuma-aseen yleisyyden lisääntymiseen väkivallan teon välineenä (ks. kuvio 2.3).

Nuorten väkivaltaiset kuolemat lisääntyivät dramaattisesti Itä-Euroopassa ja entisen Neuvostoliiton alueella sosialismin romahtamisen myötä 1980-90 -lukujen vaihteessa. Länsi-Euroopassa ne pysyivät alhaisella tasolla. Venäjällä ikäryhmässä 10-24 tapahtunut

Kuvio 2.2

Nuorten, 10-24-vuotiaiden miesten ja naisten henkirikosasteen kehityssuunnat v. 1985-1994*



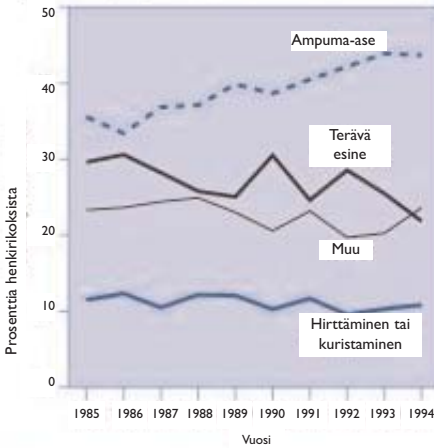
*Perustuu WHO:n 66 maan kuolleisuustilastoihin.

muutos oli vuosina 1985-1994 yli 150 % (7,0:sta 18,0:aan/100 000). Latviassa kasvu oli 125 % (4,4:stä 9,9:ään /100 000). Samana aikana monissa näistä maista ampuma-aseiden aiheuttamien kuolemantapausten osuus kasvoi jyrkästi. Azerbaidzanissa, Latviassa ja Venäjällä se yli kaksinkertaistui.

Iso-Britanniassa kasvu oli samana kymmenvuotiskautena 10-24-vuotiaiden ryhmässä 37,5 % (0,8:sta 1,1:een /100 000). Ranskassa lisäystä oli 28,6 % (0,7:stä 0,9:ään /100 000). Saksassa tapahtui vuosina 1990-1994 kasvua 12,5 % (0,8:sta 0,9:ään /100 000). Kasvusta huolimatta niiden tapausten osuus, joihin liittyi ampuma-aseen käyttöä, pysyi entisellään, noin 30 prosentissa.

Kuvio 2.3

Muutokset henkirikoksissa käytetyissä välineissä ikäryhmissä 10-24 v. 1985-1994



*Perustuu WHO:n 66 maan kuolleisuustilastoihin.

aseen käyttöä) ja Venezuelassa 132 % (lisäys 10,4:stä 24,1:een /100 000).

Australiassa tapahtui laskua vuoden 1985 luvusta 2,0 vuoden 1994 1,5:een /100 000, kun viereisessä Uudessa Seelannissa kuolemantapaukset yli kaksinkertaistuivat samana ajanjaksona (0,8:sta 2,2:een /100 000). Japanissa taso pysyi alhaisena (noin 0,4 /100 000).

Muu väkivalta

Joistakin maista on saatavilla tietoa myös muista kuin kuolemaan johtaneista väkivaltatapauksista. Tällaisten vertailujen avulla saadaan tarkempi kuva nuorista väkivallan uhreina. Tutkimusten mukaan jokaista kuolemantapausta kohti on noin 20-40 uhria, jotka saavat sairaalahoitoa. Joissakin maissa, esimerkiksi Israelissa, Uudessa Seelannissa ja Nicaraguassa, suhde on vielä suurempi. Israelissa alle 18-vuotiaista saa vuosittain väkivallan aiheuttamien vammojen vuoksi hoitoa ensiapuasemalla 196 henkilöä /100 000, kun kuolemantapausten osuudet ovat miespuolisilla 1,3 ja naispuolisilla 0,4 /100 000.

Kuten kuolemantapaustenkin kohdalla enemmistö sairaalassa hoidetuista vammoja saaneista on miespuolisia, vaikka sukupuolten välinen ero vammojen osalta ei olekaan yhtä suuri. Esimerkiksi Eldoretissa Keniassa tehdyssä tutkimuksessa miespuolisten ja naispuolisten uhrien suhde oli 2,6:1. Jamaikassa tehdyssä tutkimuksessa päädyttiin suhteeseen 3:1 ja Norjassa suhteeseen 4:5.

Vammoja saaneiden määrät nousevat yleensä dramaattisesti ikäryhmittäin. Esimerkiksi Johannesburgissa Etelä-Afrikassa kodeissa tehty haastattelu paljasti, että väkivallan uhreista 3,5 % oli alle 14-vuotiaita. 14-21-vuotiaiden osuus oli 21,9 % ja 22-35-vuotiaiden osuus 52,3 %. Myös Jamaikassa, Keniassa, Mosambikissa ja monissa Brasilian, Chilen, Kolumbian, Costa Rican, El Salvadorin ja Venezuelan kaupungeissa tehdyissä tutkimuksissa teini-ikäisten ja nuorten aikuisten osuuden on todettu olevan suurempi kuin nuorempien ikäryhmien.

Ei-kuolemaan johtaneissa tapauksissa pienaseiden käyttö on merkittävästi vähäisempää kuin kuolemaan johtaneissa tapauksissa ja vastaavasti muiden välineiden kuten veitsien ja keppien sekä nyrkkien ja jalkojen käyttö yleisempää. Hondurasissa 52 prosentissa

Amerikan mantereella eri maiden väliset erot olivat huomattavia ajanjaksona 1985-1994. Kanadassa, jossa noin kolmasosaan tapauksista liittyy ampumaseiden käyttöä, väkivallan uhrien määrä väheni 9,5 % (2,1:stä 1,9:ään /100 000). Yhdysvalloissa kehitys oli täysin päinvastainen. Yli 70 prosenttiin tapauksista liittyy ampumaseiden käyttöä, ja kasvua tapahtui samana aikana 77 % (8,8:sta 15,6:een/100 000). Chilessä osuus pysyi entisellä alhaisella tasolla (noin 2,4). Meksikossa aseet selittävät noin 50 % tapauksista, ja luvut pysyivät vakaina ja korkeina (nousua 14,7:stä 15,6:een /100 000). Kolumbiassa nuorten tapot lisääntyivät 159 % (36,7:stä 95,0:aan /100 000; jakson lopussa 80 prosenttiin tapauksista liittyy ampumaseiden käyttöä).

Taulukko 2.1**10-29-vuotiaiden nuorten tekemät henkirikokset maittain tai alueit-
tain**

(viimeisimmät saatavilla olevat tiedot)

Valtio tai alue	Vuosi	Kuolemantapauksia yhteensä		Henkirikosten määrä /100 000 10-29-vuotiaista nuorta		
				Yhteensä	Miehet	Naiset
Alankomaat	1999	60	1,5	1,8	1,2	1,6
Albania	1998	325	28,2	53,5	5,5	9,8
Argentiina	1996	628	5,2	8,7	1,6	5,5
Armenia	1999	26	1,9	3,1	_b	_c
Australia	1998	88	1,6	2,2	1,0	2,3
Azerbaid_an	1999	194	6,7	12,1	_b	_c
Belgia	1995	37	1,4	1,8	_b	_c
Bosnia ja Hertsegovina	1991	2	_b	_b	_b	_c
Brasilia	1995	20 386	32,5	59,6	5,2	11,5
Bulgaria	1999	51	2,2	3,2	_b	_c
Chile	1994	146	3,0	5,1	_b	_c
Costa Rica	1995	75	5,5	8,4	_b	_c
Ecuador	1996	757	15,9	29,2	2,3	12,4
El Salvador	1993	1 147	50,2	94,8	6,5	14,6
Espanja	1998	96	0,8	1,2	0,4	2,9
Etelä-Korea	1997	282	1,7	2,1	1,3	1,6
Filippiinit	1993	3 252	12,2	22,7	1,4	16,0
Georgia	1992	4	_b	_b	_b	_c
Irlanti	1997	10	_b	_b	_b	_c
Iso-Britannia	1999	139	0,9	1,4	0,4	3,9
Englanti ja Wales	1999	91	0,7	1,0	0,3	3,4
Pohjois-Irlanti	1999	7	_b	_b	_b	_c
Skotlanti	1999	41	3,1	5,3	_b	_c
Israel	1997	13	_b	_b	_b	_c
Italia	1997	210	1,4	2,3	0,5	4,5
Itävalta	1999	7	_b	_b	_b	_c
Jamaika	1991	2	_b	_b	_b	_c
Japani	1997	127	0,4	0,5	0,3	1,7
Kanada	1997	143	1,7	2,5	0,9	2,7
Kazakstan	1999	631	11,5	18,0	5,0	3,6
Kiina						
Hongkong	1996	16	_b	_b	_b	_c
Valitut maas. ja kaup. alueet	1999	778	1,8	2,4	1,2	2,1
Kirgisia	1999	88	4,6	6,7	2,4	2,8
Kolumbia	1995	12 834	84,4	156,3	11,9	13,1
Kreikka	1998	25	0,9	1,4	_b	_c
Kroatia	1999	21	1,6	_b	_b	_c
Kuuba	1997	348	9,6	14,4	4,6	3,2
Kuwait	1999	14	_b	_b	_b	_c
Latvia	1999	55	7,8	13,1	_b	_c
Liettua	1999	59	5,4	8,4	_b	_c
Makedonia	1997	6	_b	_b	_b	_c
Mauritius	1999	4	_b	_b	_b	_c
Meksiko	1997	5 991	15,3	27,8	2,8	9,8

Taulukko 2.1 (jatkuu)

Valtio tai alue	Vuosi	Kuolemantapauksia yhteensä	Henkirikosten määrä /100 000 10-29-vuotiasta nuorta			
			Yhteensä	Miehet	Naiset	Miesten ja naisten suhde
Moldova	1999	96	7,7	12,8	_b	_c
Nicaragua	1996	139	7,3	12,5	_b	_c
Norja	1997	11	_b	_b	_b	_c
Panama	1997	151	14,4	25,8	_b	_c
Paraguay	1994	191	10,4	18,7	_b	_c
Portugali	1999	37	1,3	2,1	_b	_c
Puerto Rico	1998	538	41,8	77,4	5,3	14,5
Puola	1995	186	1,6	2,3	0,8	2,7
Ranska	1998	91	0,6	0,7	0,4	1,9
Romania	1999	169	2,3	3,5	1,1	3,1
Ruotsi	1996	16	_b	_b	_b	_c
Saksa	1999	156	0,8	1,0	0,6	1,6
Singapore	1998	15	_b	_b	_b	_c
Slovakia	1999	26	1,5	2,4	_b	_c
Slovenia	1999	4	_b	_b	_b	_c
Suomi	1998	19	_b	_b	_b	_c
Sveitsi	1996	17	_b	_b	_b	_c
Tadzikistan	1995	124	5,5	9,7	_b	_c
Tanska	1996	20	1,5	_b	_b	_c
Thaimaa	1994	1 446	6,2	10,0	2,2	4,4
Trinidad ja Tobago	1994	55	11,4	15,4	_b	_c
Tshekin tv.	1999	36	1,2	1,4	_b	_c
Turkmenistan	1998	131	6,9	12,4	_b	_c
Ukraina	1999	1 273	8,7	13,0	4,3	3,1
Unkari	1999	41	1,4	1,4	1,5	0,9
Uruguay	1990	36	3,6	4,5	_b	_c
Uusi Seelanti	1998	20	1,8	_b	_b	_c
Uzbekistan	1998	249	2,6	3,8	1,3	3,0
Valkovenäjä	1999	267	8,8	13,2	4,3	3,1
Venezuela	1994	2 090	25,0	46,4	2,8	16,5
Venäjä	1998	7 885	18,0	27,5	8,0	3,4
Viro	1999	33	7,7	13,3	_b	_c
Yhdysvallat	1998	8 226	11,0	17,9	3,7	4,8

a viimeisin saatavilla oleva tieto vuosilta 1990-2000 yli miljoonan asukkaan valtioista
 b ilmoitettujen tapausten määrän alittaessa 20 suhdetta ei laskettu
 c suhdetta ei laskettu jos ilmoitettuja tapauksia jommassakummassa ryhmässä alle 20

tapauksista käytettiin muitakin kuin ampuma-aseita. Kolumbiassa tehdyn tutkimuksen mukaan vain viidessä prosentissa ei-kuolemaan johtaneista tapauksista käytettiin ampu-
 ma-asetta, kun henkirikoksista 80 prosenttiin liittyi pieneseen käyttö. Etelä-Afrikassa
 ampuma-aseiden aiheuttamien vammojen osuus on noin 16 % kaikista sairaalassa hoidet-
 tavista pahoinpitelyvammoista, kun tappojen ja murhien kohdalla osuus on 46 %.
 Terveystieteiden rekisterien tietojen pohjalta tehty suora vertailu eri maiden ja eri väes-
 toryhmien välillä voi olla kuitenkin harhaanjohtava. Ensiapuusommitella hoidettavien ampu-
 ma-asevammojen erilainen osuus voi johtua myös siitä, että ensihoidon ja poliklinikka-
 hoidon organisointi vaihtelee alueellisesti.

Riskikäyttäytyminen

Tappeluihin ja kiusaamiseen osallistuminen sekä aseiden kantaminen ovat tärkeitä nuorisoväkivallan riskitekijöitä. Useimmissa tällaista käytöstä koskeneissa tutkimuksissa kohderyhmänä ovat olleet peruskoululaiset, jotka poikkeavat huomattavasti koulun päätäneistä tai keskeyttäneistä lapsista ja nuorista. Näiden tutkimustulosten sovellettavuus nuoriin, jotka eivät enää käy koulua, onkin todennäköisesti melko vähäinen.

Tappeluun osallistuminen on kouluikäisten lasten keskuudessa varsin yleistä eri puolilla maailmaa. Kolmasosa ilmoittaa osallistuneensa tappeluun; pojista 2-3 kertaa useampi kuin tytöistä. Kiusaamista esiintyy myös paljon. Kouluikäisten lasten parissa 27 maassa tehdyn terveystutkimuksen mukaan enemmistö useimpien maiden 13-vuotiaista oli osallistunut kiusaamiseen ainakin jonkin aikaa. Tappelut ja kiusaaminen ovat aggression purkamisen muotoja, mutta ne voivat myös johtaa vakavampiin väkivallan muotoihin.

Aseen kantaminen on sekä tärkeä riskikäyttäytymistekijä että valtaosin poikien käyttäytymiseen liittyvä piirre nuorilla koululaisilla. Nuorten aseiden kantamisessa esiintyy kuitenkin hyvin suuria eroja. Kapkaupungissa Etelä-Afrikassa 9,8 prosenttia peruskoulua käyvistä pojista ja 1,3 prosenttia tytöistä kertoi vieneensä kouluun veitsen viimeksi kuluneiden neljän viikon kuluessa. Skotlannissa 34,1 prosenttia 11-16 -vuotiaista koulupojista ja 8,6 prosenttia samanikäisistä tytöistä kertoi vieneensä aseensa mukanaan kouluun ainakin kerran kouluaikanaan, huumeita käyttävistä merkittävästi suurempi osa kuin ei-huumeita käyttävistä. Alankomaissa 21 prosenttia peruskoululaisista myönsi omistavansa aseensa, ja 8 prosenttia oli tuonut aseita joskus kouluun. Yhdysvalloissa kansallisessa tutkimuksessa, jonka kohderyhmänä olivat vuosiluokat 9-12, todettiin 17,3 prosentin oppilaisista kantaneen asetta edeltävän kuukauden aikana ja 6,9 prosentin tuoneen aseensa mukanaan kouluun.

Nuorisoväkivallan dynamiikka

Käyttäytymismallit kuten väkivaltaisuus muuttuvat ihmisen elämän kuluessa. Nuoruus ja nuori aikuisikä ovat elämänvaiheita, jolloin väkivaltaisuus muiden käyttäytymispiirien tavoin ilmenee usein kärjistyneimmillään. Sen ymmärtäminen, milloin ihmisen kehityskaareissa ja missä oloissa väkivaltaista käyttäytymistä esiintyy, voi auttaa kehittämään kriittisimpiin ikäryhmiin suunnattuja väkivaltaan puuttumisen keinoja.

Miten nuorisoväkivalta saa alkunsa?

Nuorisoväkivalta voi kehittyä eri tavoin. Jotkut lapset osoittavat jo varhaislapsuudessa ongelmakäyttäytymistä, joka kehittyy vähitellen vakavammaksi aggressiivisuudeksi ennen nuoruutta ja nuoruudessa. 20-45 prosentilla pojista ja 47-69 prosentilla tytöistä, jotka syyllistyvät 16-17-vuotiaana vakaviin väkivallantekoihin, on kyseessä elinikäinen pysyvä kehityskulku. Tähän ryhmään luokiteltavat nuoret suorittavat vakavimmat teot ja jatkavat väkivaltaista käytöstä usein aikuisinakin.

Pitkittäistutkimuksissa on tarkasteltu sitä, millä tavoin aggressiivisuus voi jatkua lapsuudesta nuoruuteen ja nuoruudesta aikuisuuteen, niin että syntyy pysyviä, jopa elinikäisiä väkivallan käyttäytymisen malleja. Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että lapsuuden aggressiivisuus on hyvä nuoruuden ja varhaisaikuisuuden väkivallan käyttäytymisen ennustaja. Örebrossa Ruotsissa noin tuhannen väkivaltaista käytöstä 26 vuoden ikään saakka osoittaneen nuoren miehen otoksesta kaksi kolmasosaa oli jo 10-13 -ikäisinä aggressiivisuusasteikon yläpäässä. Samanlaisia tuloksia saatiin Jyväskylässä tehdyssä

Taulukko 2.2**Koulukiusaaminen alle 13-vuotiaiden keskuudessa v. 1997-1998**

Valtio	Onko osallistunut kiusaamiseen kuluvan lukuvuoden aikana?		
	Ei ole %	Joskus %	Kerran viikossa %
Belgia (flaamink. al.)	52,2	43,6	4,1
Englanti	85,2	13,6	1,2
Grönlanti	33,0	57,4	9,6
Irlanti	74,2	24,1	1,7
Israel	57,1	36,4	6,6
Itävalta	26,4	64,2	9,4
Kanada	55,4	37,3	7,3
Kreikka	76,8	18,9	4,3
Latvia	41,2	49,1	9,7
Liettua	33,3	57,3	9,3
Norja	71,0	26,7	2,3
Pohjois- Irlanti	78,1	20,6	1,3
Portugali	57,9	39,7	2,4
Puola	65,1	31,3	3,5
Ranska	44,3	49,1	6,6
Ruotsi	86,8	11,9	1,2
Saksa	31,2	60,8	7,9
Skotlanti	73,9	24,2	1,9
Slovakia	68,9	27,3	3,9
Suomi	62,8	33,3	3,8
Sveitsi	42,5	52,6	5,0
Tanska	31,9	58,7	9,5
Tshekin tv.	69,1	27,9	3,0
Unkari	55,8	38,2	6,0
Viro	44,3	50,6	5,1
Wales	78,6	20,0	1,4
Yhdysvallat	57,5	34,9	7,6

lähes 400 nuoren seurattututkimuksessa: sijoittuminen aggressiivisuusasteikolla 8 ja 14 vuoden iässä ennusti väkivaltaisuutta 20 vuoden iässä.

Tutkimuksellista näyttöä on myös aggressiivisen käytöksen jatkuvuudesta nuoruudesta aikuisuuteen. Columbuksessa Ohiossa tehdyn tutkimuksen mukaan 59 % väkivallanteon vuoksi ennen 18 vuoden ikää pidätetyistä joutui uudestaan pidätetyksi aikuisina. 42 % näistä aikuisista rikoksenteijöistä sai syytteen ainakin yhdestä vakavasta väkivaltarikoksesta (taposta tai murhasta, raa'asta pahoinpitelystä tai raiskauksesta). Nuorina vakavista väkivaltarikoksista pidätetyistä joutui suurempi osa uudelleen pidätetyksi aikuisina kuin lievempiin väkivaltaisuuksiin syyllistyneistä nuorista. Cambridgessa Englannissa tehdyssä rikollisuuden kehittymistä koskevassa tutkimuksessa todettiin, että kolmasosa nuorista miehistä, jotka oli alle 20-vuotiaina tuomittu rikoksista joihin liittyi väkivallan käyttöä, tuomittiin uudelleen ikäkautena 21-40, kun niistä jotka eivät olleet syyllistyneet rikoksiin teinikäisinä, kahdeksan prosenttia tuomittiin väkivaltaisista rikoksista.

Elinikäinen pysyvä kehityskulku auttaa selittämään aggressiivisen ja väkivaltaisen käyttäytymisen jatkuvuutta. Tämä

merkitsee sitä, että tietyillä yksilöillä on suurempi piilevä taipumus aggressiiviseen tai väkivaltaiseen käyttäytymiseen kuin toisilla. Toisin sanoen ne, jotka ovat suhteellisesti aggressiivisempia tietyssä iässä, ovat taipuvaisempia suurempaan aggressiivisuuteen myöhemmässä iässä, vaikkakin väkivaltaisuuden absoluuttinen taso voi vaihdella.

Ajan kuluessa voi myös tapahtua siirtymistä yhdestä aggressiivisuuden lajista toiseen. Esimerkiksi Pittsburghissa Pennsylvaniassa tehdyssä pitkäaistutkimuksessa seurattiin yli 1 500 poikaa 7, 10 ja 13 vuoden iässä. Lasten aggressiivisuus kehittyi yleensä jengitapetuiksi ja myöhemmin nuorisoväkivallaksi.

Elinikäiset rikoksenteijät ovat kuitenkin vain pieni osa väkivaltaan syyllistyneistä. Useimmat väkivaltaiset nuoret harjoittavat väkivaltaista käytöstä vain paljon lyhyempiä aikoja. Tällöin on kyseessä ”nuoruuteen kuuluva väkivalta”. Yhdysvalloissa tehdyn kansallisen nuorisotutkimuksen tulokset osoittavat, että vaikka pieni osa syyllistyi edelleen aikuisina väkivaltarikoksiin, noin kolme neljäsosaa vakaviin väkivaltarikoksiin syyllistyneistä ei enää 1-3 vuoden kuluttua käyttäytynyt väkivaltaisesti. Otoksen nuoret olivat vuonna 1976 11-17-vuotiaita. Heitä seurattiin 27-33 vuoden ikään asti. Enemmistöllä

väkipaltaisista nuorista rikollisuus rajoittuu nuoruuteen eikä heillä ole esiintynyt ollenkaan tai vain hyvin vähän aggressiivisuutta tai muuta ongelmakäyttäytymistä lapsuudessa.

Tilannesidonaiset tekijät

Tietyt tilannesidonaiset tekijät saattavat olla hyvin merkittäviä väkipaltaisen käyttäytymisen aiheuttajina. Tilanneanalyysi, joka selittää oletetun tekijän ja uhrin suhdetta tiettyssä tilanteessa, kuvaa potentiaalisesti väkipaltaisen tilanteen kehittymistä todellisesti väkipaltaiseksi. Tilannesidonaisiin tekijöihin kuuluvat:

- väkipaltaisen käyttäytymisen motiivit
- tapahtumapaikka
- onko tilanteessa läsnä alkoholia tai aseita
- onko uhrin ja tekijän ohella läsnä muita ihmisiä
- liittyykö tapahtumaan muuta toimintaa (esimerkiksi murtovarkaus), joka saattaa edesauttaa väkipallan syntymistä.

Nuorisoväkipallan motiivit vaihtelevat siihen osallistuvien iän mukaan ja sen mukaan, onko läsnä muita ihmisiä. Montrealissa Kanadassa tehty nuorisorikollisuustutkimus osoitti, että tekijöiden ollessa teini-ikäisiä tai parikymppisiä puolet toiseen henkilöön kohdistuvista väkipallanteoista johtui seikkailun etsimisestä. Väkipalta kohdistui usein rikoskumppaniin. Puolet väkipallanteoista tehtiin rationaalista syistä tai hyötymistarkoituksessa. Kaikkien rikosten pääasialliset motiivit muuttuivat teini-ikäisten jännityksen etsinnästä kaksikymppisten hyödyntävoitteluun, jolloin niihin liittyi etukäteissuunnittelua, psykologista pelottelua ja aseiden käyttöä.

Yhdysvalloissa tehdyssä kansallisessa nuorisotutkimuksessa kävi ilmi, että väkipalta oli useimmiten kosta aikaisemmin tapahtuneelle hyökkäykselle tai provokaation tai vihan synnyttämää. Edellä mainitussa Cambridgessa tehdyssä tutkimuksessa tappelujen motiivit riippuivat siitä, toimiko poika yksin vai joukon mukana. Kahden välisessä tappelessa poika joutui tavallisesti toisen provosoimaksi, suuttui ja löi joko loukatakseen vastustajaansa tai purkaakseen stressiään. Joukkotappelussa pojat liittyivät usein mukaan kavereitaan auttaakseen tai koska heidän kimppuunsa käytiin. Suuttumus oli syynä harvoissa tapauksissa. Joukkotappelut olivat kuitenkin yleensä vakavampia. Ne lähtivät usein kehittymään vähäisistä baarissa tai kadulla sattuneesta tapauksesta. Niissä oli useammin mukana aseita, ja ne johtivat vammoihin ja poliisin väliintuloon.

Juopumus on tärkeä välitön tilannetekijä, joka voi edistää väkipaltaisuutta. Ruotsalaisessa tutkimuksessa noin kolme neljäsosaa väkipaltarikollisista ja noin puolet väkipallan uhreista oli päihtyneitä tapauksen sattuessa. Cambridgen tutkimuksen mukaan monet pojista tappelivat nautittuaan alkoholia.

Mielenkiintoinen nuorille väkipallantekijöille tyypillinen piirre, joka saattaa lisätä heidän todennäköisyyttään sotkeutua väkipalltaan johtaviin tilanteisiin, on se, että he syyllistyvät varsin monentyyppisiin rikoksiin ja että heillä on myös muuta ongelmakäyttäytymistä. Nuoret väkipaltarikolliset ovat yleensä monipuolisia eivätkä tiettyihin rikostyypeihin erikoistuneita. Heillä on tyypillisesti kontrollaan enemmän ei-väkipaltaisia kuin väkipaltarikoksia. Cambridgen tutkimuksessa tuomituilla alle 22-vuotiailla nuorisorikollisilla oli lähes kolme kertaa niin paljon tuomioita ei-väkipaltaisista kuin väkipaltarikoksisista.

Mitkä ovat nuorisoväkivallan riskitekijät?

Yksilölliset tekijät

Yksilötasolla väkivaltaiseen käyttäytymiseen vaikuttavat tekijät koostuvat biologisista, psykologisista ja käyttäytymiseen liittyvistä ominaisuuksista. Nämä tekijät saattavat ilmetä jo lapsuudessa tai nuoruudessa. Vaihtelevassa määrin niihin saattavat vaikuttaa perhe, kaverit sekä sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät.

Biologiset tekijät

Biologisista tekijöistä on tutkittu raskauteen ja synnytykseen liittyviä vammoja ja komplikaatioita, sillä niiden on oletettu voivan aiheuttaa neurologisia vaurioita, jotka puolestaan saattavat johtaa väkivaltaisuuteen. Kööpenhaminalaisessa tutkimuksessa Kandel ja Mednik seurasivat yli kahtasataa vuosina 1959-1961 syntynyttä lasta. Tutkimus osoitti, että synnytyksen aikaiset komplikaatiot ennustivat väkivallasta johtuvia pidätyksiä 22 vuoden ikään saakka. 80 prosentilla väkivaltarikoksista pidätetyistä oli suuri synnytyksen aikaisten komplikaatioiden esiintyvyys, kun vastaava osuus omaisuusrikoksista pidätyillä oli 30% ja nuorilla, joilla ei ollut rikosrekisteriä, 47 %. Raskauden aikaiset komplikaatiot eivät merkittävästi ennustaneet väkivaltaisuutta.

Kiinnostavaa on, että synnytyksen aikaiset komplikaatiot liittyivät voimakkaasti tulevaan väkivaltaisuuteen silloin, kun nuoren vanhempien menneisyydessä oli psykiatrasta sairautta. Näissä tapauksissa 32 % pojista, joiden syntymään liittyi merkittäviä komplikaatioita, pidätettiin väkivallan vuoksi ja vain 5% niistä joiden syntymään liittyi vain vähäisiä tai ei ollenkaan komplikaatioita. Nämä tulokset eivät valitettavasti saaneet vahvistusta Philadelphian biososiaalisesta projektista, joka käsitti lähes 1 000 afroamerikkalaista lasta. Onkin mahdollista, että raskaus- ja synnytykskomplikaatiot ennustavat väkivaltaisuutta vain tai pääasiassa esiintyessään yhdessä muiden perheen sisäisten ongelmien kanssa.

Alhainen sydämen lyöntitiheys, jota on tutkittu lähinnä pojilla, liittyy elämysten tavoitteluun ja riskinottoon. Nämä kaksi ominaisuutta saattavat altistaa pojat aggressiivisuudelle ja väkivaltaisuudelle heidän pyrkiessään nostamaan stimulaatiotasoaan. Korkea sydämen lyöntitiheys taas liittyy erityisesti vauvoilla ja lapsilla ahdistuneisuuteen, pelkoon ja estoihin.

Psykologiset ja käyttäytymiseen liittyvät ominaispiirteet

Keskeiset nuorisoväkivaltaa mahdollisesti ennustavat persoonallisuus- ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät ovat yliaktiivisuus, impulsiivisuus, huono käyttäytymisen hallinta sekä tarkkaavaisuusongelmat. Hermostuneisuuden ja ahdistuneisuuden suhde väkivaltaisuuteen on sen sijaan negatiivinen. Dunedinissa Uudessa Seelannissa tehdyssä yli 1 000 lapsen seuranta tutkimuksessa väkivaltaisesta teosta ennen 18 vuoden ikää tuomittujen poikien todennäköisyys sijoittua 3-5 -vuoden iässä käyttäytymisen hallintaa mittaavan asteikon alapäähän oli merkittävästi suurempi kuin pojilla, joilla ei ollut tuomioita tai joilla oli tuomioita muista kuin väkivaltarikoksista. Samassa tutkimuksessa pidättyvyyttä (esimerkiksi varovaisuutta ja jännityksen välttämistä) ja kielteisiä tunteita (hermostuneisuutta ja vieraantuneisuutta) ilmaisevat käyttäytymispiirteet korreloivat käänteisesti väkivaltarikostuomioiden kanssa 18 vuoden iässä.

Kööpenhaminassa, Örebrossa, Cambridgessa ja Pittsburghissa tehdyt pitkittäistutkimukset ovat myös vahvistaneet yhteyden näiden persoonallisuudenpiirteiden ja sekä tuo-

mioiden että henkilöiden omien kertomusten perusteella mitatun väkivaltaisuu- den välillä. Hyperaktiivisuus, uhkarohkeus, riskinotto sekä keskittymiskyvyn puute ja tarkkaavai- suusvaikeudet ennustivat väkivaltaisuu- ta varhaiseen aikuisikään saakka. Ahdistuneisuuden ja hermostuneisuuden korkea taso korreloivat negatiivisesti väkivaltai- suuden kanssa englantilaisessa ja yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa.

Alhainen älykkyystaso ja suoritustaso koulussa ovat useiden tutkimusten mukaan yhteydessä nuorisoväkivaltaan. Philadelphialaisessa tutkimusprojektissa alhainen älyk- kyysosamäärä verbaalisissa ja suoritustesteissä neljän ja seitsemän vuoden iässä sekä alhaiset pistemäärät koulusuoriutumista mittaavissa testeissä 13-14 –vuoden iässä lisäsi- vät todennäköisyyttä joutua pidätetyksi väkivallanteosta alle 23 vuoden iässä. Kööpenhaminalaisen 12 000:een vuonna 1953 syntyneeseen poikaan kohdistuneen tutki- muksen mukaan alhainen älykkyysosamäärä 12 vuoden iässä ennusti merkitsevästi polii- sin rekisteröimää väkivaltaista käyttäytymistä 15-22 –vuoden iässä. Alhaisen älykkyys- osamäärän ja väkivallan yhteys oli voimakkain alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuu- luneiden poikien keskuudessa.

Impulsiivisuus, tarkkaavaisuusongelmat, alhainen älykkyystaso ja huono koulumenes- tys saattavat kaikki liittyä etuaivohlokkoihin sijoittuviin aivojen toiminnallisiin puutteelli- suuksiin. Näihin toimintoihin kuuluvat tarkkaavaisuuden ja keskittyneisyyden ylläpito, abstrakti päättely ja käsitteenmuodostus, tavoitteenasettelu, ennakointi ja suunnittelu, tehokas itsetarkkailu ja tietoisuus omasta käyttäytymisestä sekä epäso- pivan ja impulsiivi- sen käytöksen pidikkeet. On mielenkiintoista, että Montrealissa tehdyssä tutkimuksessa, jossa ensimmäisen kerran kuuden vuoden iässä tutkittua yli 1 100 lasta seurattiin kymme- nen vuoden iästä eteenpäin, kognitiivis-neuropsykologisilla tutkimuksilla mitattu toimin- nan ohjaus tuotti merkitsevän erotteluväliseen 14 vuoden iässä väkivaltaisten ja ei-väki- valtaisten poikien välillä. Yhteys oli riippumaton perhetaustasta kuten sosioekonomisesta asemasta, vanhempien iästä ensimmäisen lapsen syntyessä, vanhempien koulutustasosta tai avioerosta.

Ihmisuuhdetekijät

Edellä kuvatun kaltaiset nuorisoväkivallan yksilölliset riskitekijät eivät esiinny muista riskitekijöistä irrallaan. Nuorten ihmisuhteisiin, perheeseen, ystäviin ja vertaisryhmiin, liittyvät tekijät voivat myös vaikuttaa voimakkaasti aggressiivisen ja väkivaltaisen käyt- täytymisen syntyyn. Ne voivat myös muovata persoonallisuutta piirteitä, jotka vuoro- taan lisäävät käyttäytymisen väkivaltaisuu- ta. Perheen vaikutus on yleensä suurin lapsuu- dessa, kun taas nuoruudessa ystävien ja ikätoverien merkitys kasvaa.

Perheen vaikutus

Vanhempien käytös ja perheympäristö ovat keskeisiä tekijöitä nuorten väkivaltaisen käytöksen kehittymisen kannalta. Lasten kehityksen seurannan ja valvonnan laiminlyön- ti sekä ankarien fyysisten rangaistusten käyttäminen ennustavat vahvasti väkivaltaisuu- ta nuoruudessa ja aikuisiässä. 250 bostonilaispoikaa käsittäneessä tutkimuksessa McCord havaitsi, että vanhempien kymmenvuotiaisiin kohdistama vähäinen valvonta, aggressiivi- suus ja ankara kuri lisäsivät riskiä syyllistyä väkivaltarikokseen aina 45 vuoden ikään saakka.

Eron, Huesmann & Zelli seurasivat lähes 900 newyorkilaislasta. He totesivat, että van- hempien käyttämät ankarat fyysiset rangaistukset kahdeksan vuoden iässä ennustivat pidätyksiä väkivallan vuoksi aina 30 vuoden ikään asti. Poikien osalta ne ennustivat myös

näiden omiin lapsiinsa kohdistamien rangaistusten ankaruutta ja vaimoihinsa kohdistamia pahoinpitelyjä. Tutkimuksessa, jossa oli mukana yli 900 pahoinpideltyä lasta ja 700 lapsen vertailuryhmä, Widom osoitti, että viranomaisille ilmoitettu lapseen kohdistunut fyysinen väkivalta ja laiminlyödyksi tuleminen ennusti myöhempiä väkivaltateoista johtuvia pidätyksiä riippumatta muista tekijöistä kuten sukupuolesta, iästä ja etnisestä ryhmästä. Muissa tutkimuksissa on saatu vastaavia tuloksia.

Nuorten ja aikuisten väkivaltaisuuksella on osoitettu olevan myös vahva yhteys vanhempien ja lasten välisiin konflikteihin sekä huonoon vanhempien ja lasten väliseen kiinnittymiseen. Muita tekijöitä ovat lasten suuri määrä perheessä, ensimmäisen lapsen syntyminen äidin ollessa nuori, mahdollisesti teini-ikäinen, sekä perheen sisäisen koheesion heikkous. Monet näistä tekijöistä liittyneenä muun sosiaalisen tuen puuttumiseen voivat vaikuttaa lasten sosiaaliseen ja emotionaaliseen toimintaan ja käyttäytymiseen. McCordin tutkimus osoitti, että väkivaltarikosten tekijät olivat muihin rikoksiin syyllistyneitä harvemmin saaneet osakseen vanhempien kiintymystä ja myönteistä kuria ja ohjausta.

Perherakenne on myös tärkeä myöhempään aggressiivisuuteen ja väkivaltaisuuksien vaikuttava tekijä. Uudessa Seelannissa, Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa tehtyjen tutkimusten tulokset osoittavat, että yksinhuoltajaperheissä kasvaneilla lapsilla on suurempi väkivaltariski. Esimerkiksi Englannissa, Skotlannissa ja Walesissa tehdyn 5 300 lasta käsittäneen tutkimuksen mukaan vanhempien eron kokeminen syntymän ja 10 vuoden iän välillä lisäsi väkivaltarikostuomion todennäköisyyttä 21 vuoden ikään asti. Dunedinissä Uudessa Seelannissa eläminen yksinhuoltajan kanssa 13 vuoden iässä oli väkivaltatuomiota ennustava 18 vuoden ikään asti. Tuen ja taloudellisten resurssien vähäisempi määrä näissä tilanteissa saattavat olla syitä siihen, miksi vanhemmuus kärsii ja riski joutua mukaan väkivaltaisiin tekoihin kasvaa.

Yleisesti ottaen perheen alempi sosioekonominen asema liittyy myöhempään väkivaltaikäytymiseen. Esimerkiksi Yhdysvalloissa tehdyn nuorten kansallisen kyselytutkimuksen mukaan pahoinpitelyihin ja ryöstöihin oman ilmoituksensa mukaan osallistuneiden alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvien nuorten määrä oli kaksinkertainen keskiluokkaisuun nuorin verrattuna. Limassa Perussa havaittiin äidin alhaisen koulutustason ja asumisahtauden liittyvän nuorisoväkivaltaan. Sao Paulossa Brasiliassa nuorten aikuisten parissa tehty tutkimus osoitti, että sukupuoli ja ikä vakioiden riski joutua väkivallan uhriksi oli merkittävästi korkeampi alempien sosiaaliryhmien nuorilla. Samanlaisia tuloksia on saatu Tanskassa, Uudessa Seelannissa ja Ruotsissa tehdyissä tutkimuksissa.

Ottaen huomioon vanhempien ohjauksen, perherakenteen ja taloudellisen aseman merkityksen olisi odotettavissa, että nuorten väkivalta on yleistynyt siellä, missä sodat, epidemiat tai nopea sosiaalinen muutos on hajottanut perheitä. Esimerkiksi noin 13 miljoonaa lasta eri puolilla maailmaa on menettänyt toisen tai molemmat vanhempansa aidsin vuoksi, heistä yli 90 % Saharan eteläpuolisessa Afrikassa, jossa lisäksi miljoonat jäävät todennäköisesti orvoiksi lähivuosina. Aidsin voimakas leviäminen hedelmällisessä iässä olevien ihmisten parissa tuottaa orpoja sellaista vauhtia, että monet yhteisöt eivät enää voi luottaa perinteisten rakenteiden huolehtivan näistä lapsista. Aids-epidemialla onkin todennäköisesti vakavia kielteisiä seurauksia erityisesti Afrikassa, jossa nuorisoväkivallan aste on jo ennestään äärimmäisen korkea.

Vertaisryhmien vaikutus

Vertaisryhmien vaikutusta pidetään yleensä myönteisenä ja merkittävänä ihmissuhteen kehittymisen kannalta. Vaikutukset voivat kuitenkin olla myös kielteisiä. Esimerkiksi

se, että kaveripiiriin kuuluu nuorisorikollisia, on yhteydessä nuoren väkivaltaisuuteen. Teollisuusmaissa tehtyjen tutkimusten tulokset ovat yhteneviä Limassa tehdyn tutkimuksen kanssa, jossa todettiin korrelaatio väkivaltaisen käytöksen ja ystävien huumeidenkäytön kanssa. Tämän korrelaation kausaalisuhde - tulevatko rikolliset ystävät ensin vai sen jälkeen kun nuori on suorittanut rikoksen - ei kuitenkaan ole selvä. Elliott & Menard tulivat tutkimuksessaan siihen johtopäätökseen, että rikollisuus aiheutti vertaisryhmään sitoutumista ja samaan aikaan tuo side rikollisista koostuvan vertaisryhmän jäseniin aiheutti rikollisuutta.

Yhteisölliset tekijät

Yhteisöt, joissa nuoret elävät, vaikuttavat hyvin suuresti heidän perheisiinsä, vertaisryhmien luonteeseen ja siihen, miten he altistuvat väkivaltaan johtaville tilanteille. Yleisesti ottaen kaupunkialueilla asuvien poikien todennäköisyys sekaantua väkivaltaisuuksiin on suurempi kuin maaseudulla asuvien. Kaupunkialueille todennäköisyys on suurempi sellaisilla asuinalueilla asuvilla, joilla rikollisuus on suurta kuin muilla asuinalueilla.

Jengit, aseet ja huumeet

Jengit (ks. laatikko 2.1), aseet ja huumeet muodostavat asuinalueella voimakkaan sekoituksen, joka lisää väkivallan todennäköisyyttä. Esimerkiksi Yhdysvalloissa näiden kolmen tekijän yhteisvaikutus näyttäisi selittävän, miksi henkirikoksista pidätettyjen nuorten määrä on yli kaksinkertaistunut vuosina 1984-1993 (5,4:stä /100 000 14,5:een /100 000). Blumstein esittää tämän kasvun liittyvän samaan aikaan tapahtuneeseen aseiden kantamisen yleistymiseen, jengien määrän kasvuun ja crackin myynnistä käytyjen tappeleiden lisääntymiseen. Edellä mainitun Pittsburghissa tehdyn tutkimuksen mukaan huumeiden myyntiin ryhtyminen yleistyi samaan aikaan kuin aseiden kantaminen. 80 prosenttia 19-vuotiaista nuorista, jotka myivät kovia huumeita kuten kokaiinia, myös kantoi asetta. Rio de Janeirossa, jossa enemmistö uhreista ja henkirikoksiin syyllistyneistä on 25-vuotiaita tai nuorempia, huumekauppa on vastuussa suuresta osasta henkirikoksista, konflikteista ja vammoista. Muissa Latinalaisen Amerikan ja Karibian saariston valtioissa huumekauppaan sekaantuneiden jengien on myös todettu syyllistyvän väkivaltaisiin tekoihin useammin kuin muiden nuorten.

Sosiaalinen integraatio

Yhteisön sosiaalisen integraation aste vaikuttaa myös nuorisoväkivallan määrään. Sosiaalinen pääoma on käsite, joka pyrkii mittaamaan yhteisön integraatioastetta. Se viittaa sääntöihin, normeihin, velvoitteisiin, vastavuoroisuuteen ja luottamukseen, jotka valitsevat sosiaalisissa suhteissa ja instituutioissa. Sosiaalisen pääoman puutteesta kärsivillä alueilla asuvat nuoret suorituvat koulunkäynnistä keskimääräistä huonommin ja päätyvät todennäköisemmin pudokkaiksi.

Moser & Holland tutkivat viittä köyhää jamaikalaisista kaupunkiyhteisöä. He havaitsivat syklisen yhteyden väkivallan ja sosiaalisen pääoman murentumisen välillä. Yhteisöllisen väkivallan esiintymisen myötä fyysinen liikkuvuus kyseisellä asuinalueella tuli rajoittuneemmaksi, työllistymis- ja koulutusmahdollisuudet vähenivät, liike-elämä tuli haluttomaksi investoimaan alueelle ja paikalliset ihmiset rakensivat vähemmän uusia taloja eivätkä korjanneet kiinteistöjään. Sosiaalisen pääoman väheneminen - infrastruktuurin tuhoutumisesta ja viihtyisyyden ja mahdollisuuksien vähenemisestä johtuva epä-

Laatikko 2.1

Jengiprofiili

Nuorisojengejä esiintyy joka puolella maailmaa. Vaikka ne vaihtelevat suuresti kooltaan ja luonteeltaan - sosiaalisesta yhdessäolosta järjestäytyneeseen rikollisuuteen - ne tuntuvat kaikki täyttävän nuoren ryhmään kuulumisen ja sosiaalisen identiteetin rakentamisen perustarpeen.

Etelä-Afrikan Western Capen alueella on noin 90 000 jengin jäsentä, kun taas Guamin alueella laskettiin vuonna 1993 noin 110 pysyvää jengiä, joista kolmisenkymmentä ammattitaidottomien työttömien nuorten muodostamaa jengiä. Port Moresbyssä Papua Uusi Guineassa on todettu neljä suurta rikollisryhmää lukuisine alaryhmineen. El Salvadorissa on arviolta 30 000 – 35 000 jengiin kuuluvaa, Hondurasissa saman verran. Yhdysvalloissa toimi vuonna 1996 noin 31 000 jengiä yhteensä noin 4 800 kaupungissa. Euroopassa jengejä on vaihtelevassa määrin joka puolella. Yleisimpiä ne ovat siirtymävaiheen talouden maissa kuten entisen Neuvostoliiton alueella.

Jengiytyminen on ennen kaikkea poikien ilmiö, vaikka esimerkiksi Yhdysvalloissa tytötkin muodostavat omia jengejään. Jengin jäsenten ikä voi vaihdella seitsemästä kolmeenkymmeneenviiteen vuoteen, mutta suurin osa on teini-ikäisiä tai parikymppisiä. Enemmistö tulee taloudellisesti huonosti menestyneiltä alueilta, alhaisen tulotason työläiskaupunginosista ja lähiöistä. Jengin jäsenistä monet ovat koulupudokkaita ja työskentelevät vähän ammattitaitoa vaativissa matalapalkkatöissä. Korkean ja keskitulotason maiden jengit koostuvat usein etnisistä tai rodullisista, toisinaan hyvin marginalisoituneista vähemmistöistä.

Jengiytymisellä on yhteys väkivaltaiseen käytökseen. Tutkimusten mukaan nuoret muuttuvat jengeihin liittyessään väkivaltaisemmiksi ja joutuvat mukaan riskialttiisiin, usein laittomiin puuhiin. Guamissa yli 60 % poliisin tietoon tulleista väkivaltarikoksista oli nuorten tekemiä, suuri osa niistä työttömien nuorten ryhmien. Bremenissä Saksassa jengeihin kuuluvien osuus poliisille ilmoitetuista väkivallanteoista on lähes puolet. Rochesterissa New Yorkin osavaltiossa tehdyssä pitkittäistutkimuksessa, joka käsitti lähes 1 000 nuorta, noin 30 % otoksesta oli jengien jäseniä, mutta heidän osuutensa väkivaltarikoksista (nuorten tutkimuksessa ilmoittamien tietojen mukaan) samoin kuin huumekaupasta oli noin 70 %.

Nuorten päätös liittyä jengiin riippuu monimutkaisesta eri tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Jengit näyttävät kukoistavan paikoissa, joissa vakiintunut sosiaalinen järjestys on häiriintynyt ja joissa puuttuu vaihtoehtoisia yhteisen kulttuurisen käyttäytymisen muotoja. Muita sosioekonomisia, yhteisöllisiä ja persoonallisuustekijöitä, jotka edistävät jengeihin liittymistä, ovat:

- sosiaalisen tai taloudellisen liikkuvuuden mahdollisuuden puuttuminen yhteiskunnassa, joka on voimakkaasti kulutussuuntautunut
- paikallisen järjestyksenpidon ja lainvalvonnan heikkous
- koulunkäynnin keskeyttäminen yhdistyneenä ammattitaidottomien töiden alhaiseen palkkatasoon
- vanhempien ja muiden perheenjäsenten ohjauksen, valvonnan ja tuen puuttuminen
- kotona tapahtuva ankara ruumiillinen kuritus tai syyllistäminen
- kavereiden kuuluminen jengeihin.

Näihin taustalla oleviin tekijöihin liittymällä ja turvallisten vaihtoehtojen mahdollisuuksien tarjoamisella jengien potentiaalisille jäsenille voidaan estää merkittävä osa jengien ja yleensä nuorten ihmisten tekemistä väkivaltarikoksista.

luottamuksen kasvu - lisäsi väkivaltaisen käyttäytymisen todennäköisyyttä erityisesti nuorison parissa. Vuosina 1980-1994 tehdyssä suuren joukon maita käsittäneessä tutkimuksessa todettiin, että yhteisön jäsenten keskinäisen luottamuksen asteella oli voimakas vaikutus väkivaltarikosten esiintyvyyteen. Wilkinson, Kavachi & Kennedy osoittivat, että vähäistä sosiaalista koheesiota ja korkeita ihmisten välisen epäluottamuksen tasoja heijastaneet sosiaalisen pääoman indikaattorit olivat yhteydessä sekä korkeisiin henkirikosluokkiin että suurempaan taloudelliseen eriarvoisuuteen.

Rakenteelliset tekijät

Useat yhteiskunnan rakenteelliset tekijät saattavat luoda nuorisoväkivallalle otollisen ilmapiiriin. Suuri osa näitä tekijöitä koskevista tutkimustuloksista perustuu kuitenkin poikakeikkauks- ja ekologisiin tutkimuksiin. Ne ovatkin käyttökelpoisia lähinnä tärkeiden yhteyksien, ei niinkään suoranaisten syiden löytämisen kannalta.

Demografiset ja sosiaaliset muutokset

Nopeat nuorisoväestön demografiset muutokset, modernisaatio, maahanmuutto, kaupungistuminen ja sosiaalipolitiikan muutokset ovat kaikki yhteydessä nuorisoväkivallan kasvuun. Taloudellisista kriiseistä ja niitä seuranneista rakennesopeutusohjelmista kärsineillä alueilla erityisesti Afrikassa ja joissakin Latinalaisen Amerikan maissa reaali-palkat ovat saattaneet laskea voimakkaasti, työntekijöiden suojelemiseen tarkoitettuja lakeja on heikennetty tai niitä ei ole noudatettu ja perusinfrastruktuurissa ja sosiaalipalveluissa on tapahtunut olennaisia heikentymistä. Köyhyys on kasautunut voimakkaasti suurkaupungeissa, joissa nuorten osuus väestöstä on kasvanut suuresti.

Afrikkalaisen nuorison demografisessa analyysissä Lauras-Locoh ja Lopez-Escartin väittävät, että jännite nopeasti kasvavan nuorisoväestön ja rappeutuvan infrastruktuurin välillä on johtanut koulu- ja opiskelijamellakoihin. Diallo Co-Trung havaitsi samoin opiskelijalakkoja ja kapinointia Senegalissa, jossa alle 20-vuotiaiden määrä kaksinkertaistui vuosina 1970-1988, jolloin koettiin taloudellinen lama ja toteutettiin rakennesopeutuspolitiikkaa. Algerialaisiin nuoriin kohdistuneessa tutkimuksessa Rarbo havaitsi, että nopea väestönkasvu ja kaupungistuminen loivat tilanteen, jolle olivat ominaisia työttömyys ja huutava asutuspula. Tämä johti vuorostaan nuorten keskuudessa äärimmäiseen turhautumiseen, vihaan ja patoutuneeseen jännitykseen. Sen seurauksena nuorten pikkurikollisuuteen ja väkivaltaisiin tekoihin syyllistymisen todennäköisyys kasvoi erityisesti milloin siihen liittyi vertaisryhmän vaikutus.

Papua Uusi Guineassa Dinnen kuvaa ”raskolismien” (rikollisjengien) muodostumista liittäen sen laajempaan yhteiskunnalliseen yhteyteen. Kolonialismin päättymisen jälkeen tapahtui nopea sosiaalinen ja poliittinen muutos; talouskasvu ei kyennyt vastamaan väestönkasvun nopeuteen. Vastaavia esimerkkejä on entisistä sosialistisista talouksista. Työttömyyden huima kasvu ja hyvinvointijärjestelmien leikkaukset ovat johtaneet laillisien toimeentulon hankkimismahdollisuuksien heikkenemiseen. Koulunsa päättäneet ovat jääneet työtä etsiessään vaille sosiaalietuuksia, ja osa nuorista on turvautunut rikoksiin ja väkivaltaan.

Tuloerot

Tutkimuksin on osoitettu talouskasvun ja väkivallan samoin kuin tuloerojen ja väkivallan välillä vallitseva yhteys. Gartnerin vuosina 1950-1980 tekemä tutkimus käsitti 18 teollisuusmaata. Hän havaitsi, että (Gini-kertoimella mitaten) tuloerojen ja henkirikosten

määrän välillä oli merkitsevä positiivinen korrelaatio. Fajnzylber, Lederman ja Loayza olivat saaneet saman tuloksen 45 teollisuus- ja kehitysmaata kattaneessa tutkimuksessaan vuosina 1965-1995. Bruttokansantuotteen kasvunopeuden ja henkirikosten määrän välillä oli myös merkitsevä negatiivinen korrelaatio, mutta tämän vaikutuksen kumosi monissa tapauksissa tuloerojen kasvu. Unnithan ja Whitt tulivat samanlaisiin johtopäätöksiin: tuloerot korreloivat voimakkaasti henkirikosten määrän kanssa, joka taas laskee, kun BKT henkeä kohti kasvoi.

Poliittiset rakenteet

Hallinnon laatu, joka kattaa sekä lainsäädännön ja oikeusjärjestelmän että sosiaaliturvan järjestämisen, on tärkeä väkivaltaa määrittävä tekijä. Erityisesti se missä määrin yhteiskunta huolehtii väkivallantekojen koskevan lainsäädännön toimeenpanosta pidättämällä ja syyttämällä rikoksentekejiä voi toimia pelotteena. Fajnzylber, Lederman ja Loayza havaitsivat, että henkirikokseen syyllistyneiden pidätysprosentti vaikutti selvästi näiden tekojen määrään. Hallinnon objektiiviset mittarit kuten pidätysosuudet korreloivat negatiivisesti rikosasteen kanssa, kun taas subjektiiviset mittarit, esimerkiksi oikeuslaitosta kohtaan tunnettu luottamus ja se, millaiseksi hallinto koettiin, korreloivat rikosasteen kanssa ainoastaan heikosti.

Hallinnolla voi olla vaikutusta väkivaltarikoksiin erityisesti nuorten osalta. Noronha päätteli brasilialaisen Salvadorin kaupungin eri etnisiä ryhmiä koskeneessa tutkimuksessaan, että tyytymättömyys poliisiin, oikeusjärjestelmään ja vankiloihin lisäsi epäviralliseen oikeudenkäyttöön turvautumista. Rio de Janeirossa de Souza Minayo havaitsi poliisin olevan suurimpia nuoriin kohdistuvan väkivallan käyttäjiä. Poliisin toimet erityisesti nuoria alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvia miehiä kohtaan sisälsivät fyysistä väkivaltaa, seksuaalista hyväksikäyttöä, raiskauksia ja lahjontaa. Sanjuánin mukaan tunne, että oikeus riippui sosiaaliryhmästä, oli tärkeä tekijä väkivaltakulttuurin syntymisessä Caracasin syrjäytettyjen nuorten parissa Venezuelassa. Myös Aitchinson päätteli, että ihmisoikeusrikkomuksiin syyllistyneiden tuomitsematta jättäminen ja poliisin kyvyttömyys muuttaa toimintatapojaan riittävästi ovat vaikuttaneet yleiseen turvattomuuden tunteeseen ja lisänneet väkivaltaa sisältäneiden oikeuden ulkopuolella tapahtuvien toimien määrää.

Valtion antama sosiaalinen suojelu on toinen tärkeä hallinnon aspekti. Pampel ja Gartner mittasivat kansallisten kollektiivisesta sosiaalisesta suojelusta vastaavien instituutioiden tasoa. Heidä kiinnosti saada selville, miksi eri maissa, joissa 15-29-vuotiaiden määrä oli lisääntynyt yhtä nopeasti tietynä aikana, heidän suorittamansa henkirikokset lisääntyivät eri vauhtia. He päättelivät, että vahvalla sosiaaliturvalla oli henkirikosten määrää laskeva vaikutus. Sosiaaliturvajärjestelmän avulla pystyttiin estämään näiden rikosten määrän kasvu 15-29-vuotiaiden ikäryhmässä, jossa sekä uhrien että rikoksiin syyllistyvien osuus on perinteisesti korkea.

Messner ja Rosenfeld tutkivat, mikä merkitys on haavoittuvien väestönsien suojaamiseen tähtäävillä toimilla, esimerkiksi markkinavoimien vaikutuksilta suojaamisella taloudellisen laman aikana. Korkeiden julkisten sosiaalimenojen todettiin olevan yhteydessä henkirikosten vähenemiseen. Tämä viittaa siihen, että yhteiskunnissa, joissa on taloudelliset turvaverkot, tapahtuu vähemmän henkirikoksia. Briggs ja Cutright totesivat vuosina 1965-1988 tekemässään 21 maata käsittäneessä tutkimuksessa negatiivisen korrelaation sosiaalivakuutusmenojen bruttokansantuoteosuuden ja alle 14-vuotiaiden lasten tappojen välillä.

Kulttuuriset vaikutukset

Kulttuuri, joka ilmenee yhteiskunnan perittyinä normeina ja arvoina, auttaa määrittämään sitä, miten ihmiset reagoivat ympäristön muuttumiseen. Kulttuuriset tekijät voivat vaikuttaa väkivallan määrään yhteiskunnassa esimerkiksi sitä kautta, että väkivalta hyväksytään luonnolliseksi konfliktien ratkaisun menetelmäksi ja että nuoret omaksuvat normeja ja arvoja, jotka tukevat väkivaltaista käyttäytymistä.

Yksi tärkeä väkivaltaisista mielikuvia, normeja ja arvoja edistävä väline on media. Lasten ja nuorten altistuminen medialle on lisääntynyt dramaattisesti viime vuosina. Uudet välineet kuten videot, videopelit ja internet ovat moninkertaistaneet nuorten väkivallalle altistumismahdollisuudet. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että television tulon on eri maissa liittynyt väkivallan tason kasvu. Näissä tutkimuksissa ei tosin ole yleensä otettu huomioon muita tekijöitä, jotka ovat saattaneet samaan aikaan vaikuttaa väkivallaisuuteen. On kuitenkin valtavasti tutkimustietoa siitä, että altistuminen televisioväkivallalle lisää välittömän aggressiivisen käyttäytymisen todennäköisyyttä ja että sillä on vakavaa väkivaltaa synnyttävä pitkäaikaisvaikutus, jota ei tunneta. Tutkimustulokset uusien välineiden vaikutuksista eivät ole vielä riittäviä.

Kulttuureissa, jotka eivät tarjoa väkivallattomia konfliktinratkaisumalleja, näyttää esiintyvän enemmän nuorisoväkivaltaa. Bedoya Marín ja Jaramillo Martínez kuvaavat kolumbialaisen Medellinin kaupungin jengeihin kohdistuneessa tutkimuksessaan väkivaltakulttuurin vaikutusta pienituloisiin nuoriin koko yhteiskunnassa ja omassa asuinyhteisössä. Heidän mukaansa väkivaltakulttuuria ruokkii yhteisön tasolla ”helpon rahan” mielikuvan leviäminen (joka liittyy suurelta osin huumekauppaan): mitä tahansa tarvittavia keinoja on hyväksyttyä käyttää. Samanlainen vaikutus on poliisin, oikeuslaitoksen, armeijan ja paikallishallinnon piirissä esiintyvällä korruptiolla.

Valtioiden rajat ylittävät kulttuuriset vaikutukset on myös yhdistetty nuorisoväkivallan lisääntymiseen. Latinalaisen Amerikan ja Karibian saarten maissa nuorisojengejä tutkinut Rodgers osoitti, että Pohjois- ja Lounais-Meksikon kaupunkeihin, joissa maahanmuutto Yhdysvalloista on suurinta, on syntynyt Los Angelesin mallin mukaisia väkivaltaisia jengejä. Samanlainen prosessi on nähty El Salvadorissa, jonne on karkotettu paljon maan kansalaisia Yhdysvalloista vuoden 1992 jälkeen; monet karkotetuista olivat olleet jengien jäseniä Yhdysvalloissa.

Miten nuorisoväkivaltaa voidaan ehkäistä?

Kansallisten nuorisoväkivallan ehkäisyhankkeiden suunnittelussa on tärkeää puuttua yksilöllisten kognitiivisten, sosiaalisten ja käyttäytymistekijöiden ohella näitä tekijöitä muovaaviin sosiaalisiin järjestelmiin.

Taulukot 2.3 ja 2.4 kuvaavat esimerkkejä nuorisoväkivallan ehkäisystrategioista matriiseina yhdistäen eri tasot, joilla väkivallan ehkäisy voi tapahtua ja eri kehitysvaiheet varhaislapsuudesta nuoreen aikuisikään, jolloin väkivaltainen käyttäytyminen tai sen riski todennäköisesti syntyy. Näissä taulukoissa esitetyt keinot eivät ole tyhjentiäviä eivätkä välttämättä edusta vaikuttaviksi osoittautuneita menetelmiä. Matriisien tarkoituksena on lähinnä kuvata mahdollisten ratkaisujen laajaa kirjoa ja korostaa, miten monia, eri kehitysvaiheisiin suunnattuja keinoja tarvitaan.

Laatikko 2.2

Median vaikutus nuorisoväkivaltaan

Lapset ja nuoret ovat merkittävä joukkotiedotuksen, viihteen ja mainonnan kuluttajaryhmä. Yhdysvalloissa tehdyt tutkimukset osoittavat televisionkatselun alkavan usein jo kahden vuoden iässä ja 8-18-vuotiaiden nuorten näkevän vuodessa keskimäärin noin 10 000 väkivallantekoa. Medialle altistuminen ei ole välttämättä yhtä yleistä muualla maailmassa, varsinkin maissa, joissa televisio ja elokuvat eivät ole yhtä yleisiä. Joka tapauksessa on selvää, että lasten ja nuorten altistus joukkotiedotusvälineille on kaikkialla huomattavaa ja kasvavaa. Sen takia on tärkeää tutkia sitä mahdollisena nuorten väkivaltaista käyttäytymistä aiheuttavana riskitekijänä

Median vaikutusta aggressiiviseen ja väkivaltaiseen käytökseen on tutkittu yli 40 vuoden ajan. Useissa näistä tutkimuksista tehdyissä meta-analyysseissä on päätelty mediaväkivallalle altistumisen korreloivan positiivisesti muita ihmisiä kohtaan tunnetun aggressiivisuuden kanssa. Näyttää sen vaikutuksesta henkirikoksiin ja muihin vakaviin väkivaltatapauksiin ei kuitenkaan ole.

Vuonna 1991 tehdyssä meta-analyysissä, joka käsitti 28 vapaassa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa havainnoitujen lasten ja nuorten mediaväkivallalle altistumista koskevaa tutkimusta, pääteltiin, että altistuminen mediaväkivallalle lisäsi aggressiivista käyttäytymistä ystäviä, luokkatovereita ja vieraita ihmisiä kohtaan. Toisessa meta-analyysissä vuodelta 1994 käytiin läpi 217 vuosina 1957-1990 tehtyä mediaväkivallan vaikutusta aggressiiviseen käytökseen koskenutta tutkimusta. 85 % otoksesta oli 6-21-vuotiaita. Kirjoittajat päättelivät, että mediaväkivallalle altistumisen ja aggressiivisen käytöksen välillä on merkitsevä positiivinen korrelaatio, iästä riippumatta.

Monet näihin analyysikatsauksiin sisältyneistä tutkimuksista olivat joko satunnaistettuja kokeita (laboratorio- ja kenttäkokeita) tai poikkileikkauksellisia tutkimuksia. Kokeellisten tutkimusten tulokset osoittavat, että lyhyt altistuminen televisio- tai elokuvaväkivallalle, erityisesti dramaattisille väkivaltakuvauksille, tuottaa aggressiivisen käyttäytymisen lyhytaikaisen lisääntymisen. Vaikutukset näyttävät olevat suurempia lapsissa ja nuorissa, joilla on taipumusta aggressiiviseen käyttäytymiseen, samoin jos heitä on ärsytetty tai provosoitu. Tulokset eivät välttämättä kuitenkaan ole yleistettävissä todelliseen elämään. Todellisen elämäntilanteisiin sisältyy usein vaikutuksia, joita ei voida "kontrolloida" kuten kokeissa tapahtuu. Nämä vaikutukset saattavat lieventää aggressiivista ja väkivaltaista käyttäytymistä. Poikkileikkaustutkimusten tulokset osoittavat myös positiivisen korrelaation mediaväkivallan ja eri aggressiivisuuden mittareiden välillä. Mittareina on käytetty esimerkiksi asenteita ja uskomuksia, käyttäytymistä ja tunteita, kuten vihaa. Mediaväkivallan vaikutukset vakavampiin väkivaltaisen käyttäytymisen muotoihin kuten pahoinpitelyihin ja henkirikoksiin ovat enimmilläänkin melko pieniä ($r=0,06$). Kokeellisissa ja pitkittäistutkimuksissa kausaalisuuden toteaminen olisi helpompaa, mutta poikkileikkaustutkimuksissa ei ole mahdollista päätellä mediaväkivallalle altistumisen aiheuttavan aggressiivista tai väkivaltaista käyttäytymistä.

On tehty myös pitkittäistutkimuksia, jotka ovat tarkastelleet television katselun ja muutamaa vuotta myöhemmin ilmenevän ihmisten välisen aggressiivisuuden yhteyttä.

Kolmivuotisessa Australiassa, Israelissa, Puolassa, Suomessa ja Yhdysvalloissa tehdyssä 7-9-vuotiaisiin kohdistuneessa pitkittäistutkimuksessa saatiin ristiriitaisia tuloksia. Vuonna 1992 Alankomaissa tehdyssä saman ikäisiin lapsiin kohdistuneessa tutkimuksessa ei havaittu minäänlaista vaikutusta aggressiiviseen käyttäytymiseen. Yhdysvalloissa on kuitenkin seurattava lapsia pitempään (10-15 vuotta) todettu positiivista korrelaatiota lapsuudenaikaisen television katselun ja nuoruudessa ilmenevän aggression välillä.

Tutkittaessa henkirikoslukujen ja television tulon välistä yhteyttä (ensisijaisesti tarkastelemalla maan henkirikoslukuja ennen ja jälkeen television tuloa) on myös havaittu positiivista korrelaatiota näiden kahden välillä. Näissä tutkimuksissa ei kuitenkaan ole kontrolloitu väliintulevia muuttujia, esimerkiksi taloudellisia eroja, sosiaalista ja poliittista muutosta ja monia muita henkirikoslukuihin mahdollisesti vaikuttavia tekijöitä.

Tieteellinen näyttö mediäväkivallan ja nuorisoväkivallan välisestä suhteesta on näin ollen pitävä lyhytaikaisen aggressiivisuutta lisäävän vaikutuksen osalta. Tulokset ovat kuitenkin keskeneräisiä pitkäaikaisvaikutusten samoin kuin vakavamman väkivaltaisen käyttäytymisen osalta, ja lisätutkimusta tarvitaan. On tutkittava paitsi sitä, missä määrin mediäväkivalta on välitön vakavan fyysisen väkivallan aiheuttaja, myös sitä, miten media vaikuttaa ihmisten väliin suhteisiin ja yksilöllisiin piirteisiin kuten vihamielisyyteen, tunteettomuuteen, välinpitämättömyyteen, kunnioituksen puutteeseen ja kyvyttömyyteen samaistua toisten ihmisten tunteisiin.

Yksilöllisiä lähestymistapoja

Yleisimmät nuorisoväkivaltaan puuttumisen menetelmät pyrkivät nostamaan yksilöllisiin taitoihin, asenteisiin ja uskomuksiin liittyvien suojaavien tekijöiden tasoa.

Yksi varhaislapsuuteen soveltuva menetelmä, vaikka sitä ei yleensä siksi mielletäkään, on koulun vaatimia taitoja kartuttavan esiopetuksen käyttöönotto. Sen avulla lapsia ohjataan jo varhain hankkimaan koulussa menestymisen edellyttämät taidot ja siten parannetaan mahdollisuuksia tulevissa opinnoissa. Tällaisella opetuksella voidaan vahvistaa lasten siteitä kouluun ja parantaa itseluottamusta ja saavutustasoa. Esikouluohjelmien pitkäaikaisseurantatutkimukset ovat osoittaneet, että niillä on saatu aikaan positiivisia vaikutuksia, mukaan lukien väkivaltaisen ja muun rikollisen käyttäytymisen väheneminen.

Lasten epäsosiaalista ja aggressiivista käytöstä ja nuorten väkivaltaisuutta vähentämään pyrkivissä sosiaalisissa kehityshankkeissa käytetään hyvin monia menetelmiä. Niissä pyritään yleensä parantamaan kielellisiä ja sosiaalisia taitoja vertaisryhmien parissa ja edistämään positiivista, ystävällistä ja yhteistyöhakuista käytöstä. Hankkeet voidaan suunnata koko ikäluokalle tai kohdistaa riskiryhmiin. Useimmiten ne toteutetaan koulun yhteydessä. Ne keskittyvät tavallisesti yhteen tai useampaan seuraavista:

- vihan hallinta
- käyttäytymisen muuttaminen
- sosiaalisen suhtautumistavan omaksuminen
- moraalinen kehitys
- sosiaalisten taitojen rakentaminen
- sosiaalisten ongelmien ratkaiseminen
- ristiriitojen ratkaiseminen.

On näyttöä siitä, että nämä sosiaaliset kehityshankkeet voivat olla tehokkaita nuorisoväkivallanvähentämisessä ja sosiaalisten taitojen parantamisessa. Hankkeet, jotka korostavat sosiaalisia taitoja ja kielellisiä kykyjä, näyttävät olevan vaikuttavimpia nuorisoväkivallan ehkäisemisstrategioita. Ne näyttävät myös olevan tehokkaampia suunnattuina esi-koulu- ja ala-asteikäisiin kuin vanhempiin koululaisiin.

Yksi esimerkki käyttäytymistekniikoita koululuokassa soveltavasta hankkeesta on Bergenin peruskouluissa kiusaamisen estämiseksi kehitetty menetelmä. Tämän menetel-

Taulukko 2.3

Väkivallan ehkäisystrategioita lapsen kehitysvaiheen ja ekologisen kontekstin mukaan

Ekologinen konteksti	Kehitysvaihe		
	Imeväisikä (0-3 vuotta)	Varhaislapsuus (3-5 vuotta)	Keskilapsuus (6-11 vuotta)
Yksilö	<ul style="list-style-type: none"> •Epätoivottujen raskauksien ehkäiseminen • Synnytystä edeltävän ja sen jälkeisen äitiyshuollon saatavuuden parantaminen 	<ul style="list-style-type: none"> •Sosiaaliset kehitysohjelmat •Esikouluohjelmat* 	<ul style="list-style-type: none"> •Sosiaaliset kehitysohjelmat* •Huumevalistusohjelmat**
Ihmisten väliset suhteet (mm. perhe, ikätoverit)	<ul style="list-style-type: none"> •Kotikäynnit* •Vanhemmuuteen harjaannuttaminen* 	<ul style="list-style-type: none"> •Vanhemmuuteen harjaannuttaminen* 	<ul style="list-style-type: none"> •Mentori-ohjelmat •Koulujen ja vanhempien yhteistoiminta
Yhteisö	<ul style="list-style-type: none"> •Lyijypitoisuuksien valvonta ja myrkyllisten kemikaalien poistaminen kodeista •Lastenhoitopalvelujen saatavuuden ja laadun parantaminen 	<ul style="list-style-type: none"> •Lyijypitoisuuksien valvonta ja myrkyllisten kemikaalien poistaminen kodeista •Esikouluohjelmien saatavuuden ja laadun parantaminen 	<ul style="list-style-type: none"> •Turvallisten reittien luominen koulu- ja vapaa-ajan matkoja varten •Kouluympäristön, esim. koulun turvallisuuden, parantaminen •Koulun iltapäivätoiminnan järjestäminen aikuisten valvonnassa • Opetusohjelman ulkopuolinen toiminta
Yhteiskunta	<ul style="list-style-type: none"> • Köyhyyden keskittymisen estäminen • Tuloerojen vähentäminen 	<ul style="list-style-type: none"> •Köyhyyden keskittymisen estäminen •Tuloerojen vähentäminen • Mediäväkivallan vähentäminen • Julkiset valistuskampanjat 	<ul style="list-style-type: none"> • Köyhyyden keskittymisen estäminen • Tuloerojen vähentäminen • Mediäväkivallan vähentäminen • Julkiset valistuskampanjat • Koulutusjärjestelmien uudistaminen

* Osoitettu vaikuttavan nuorisoväkivallan vähentämiseen tai nuorisoväkivallan riskitekijöihin.

** Osoittanut tehottomaksi nuorisoväkivallan vähentämisessä tai nuorisoväkivallan riskitekijöihin vaikuttamisessa.

män avulla kiusaaminen saatiin vähenemään puoleen kahdessa vuodessa. Menetelmää on käytetty Englannissa, Saksassa ja Yhdysvalloissa vastaavin tuloksin.

Muita yksilöihin suunnattuja puuttumistapoja, joista saattaa olla hyötyä, ovat esimerkiksi seuraavat (lisätutkimus on tarpeen niiden väkivaltaista ja aggressiivista käyttäytymistä ehkäisevän vaikutuksen todentamiseksi):

- epätoivottujen raskauksien ehkäisyohjelmat, jotka vähentävät lasten pahoinpitelyä ja myöhemmän väkivaltaisen käytöksen riskiä
- odottaviin ja synnyttäneisiin äiteihin kohdistuvat terveydenhuollon hankkeet (samasta syystä kuin edellä)
- teoreettiset valmennusohjelmat
- väkivaltarikoksiin syyllistymisen riskiryhmiin kuuluvien nuorten kannustaminen peruskoulun loppuun suorittamiseen ja opintojensa jatkamiseen
- epäedullisessa asemassa olevien nuorten ja nuorten aikuisten ammatillinen harjoittelu.

Hankkeita, joilla ei ilmeisesti ole vaikutusta nuorisoväkivallan vähentämisen kannalta, ovat mm.:

- yksilöllinen neuvonta

- aseiden turvallisen käytön opastaminen
- koetusai­ka- ja ehdonalaisohjelmat, joi­hin sisältyy vankilaelämän kovuudesta kerto­vien vankien tapaamisia
- nuorten rikoksentekijöiden asian käsittely yleisessä tuomioistuimessa
- ohjelmat, joissa nuori otetaan sisään psykiatriseen laitokseen tai kasvat­uslaitokseen
- huumeiden väärinkäytöstä valistaminen.

Nuorille rikoksentekijöille suunnattujen sotilaskoulutusmallin mukaan suunniteltujen hankkeiden (”saapasleirien”) on joissakin tutkimuksissa todettu johtaneen uusintarikol­lisuuden kasvuun.

Ihmissuhdetaso

Toinen yleinen nuorisoväkivallan ehkäisemisstrategia pyrkii vaikuttamaan siihen, minkälais­ten ihmisten kanssa nuoret ovat säännöllisesti kanssakäymisissä. Näissä hank­keissa puututaan sen tyyppisiin ongelmiin kuin vanhempien ja lasten tunnesiteiden puut­tu­minen, vertaisryhmien taholta tuleva voimakas paine väkivaltaiseen käyttäytymiseen ja vahvan ihmissuhteen puuttuminen välittävän aikuisen ihmisen kanssa.

Kotikäynnit

Kotikäynnit ovat perheiden tasolla tehtävää nuorisoväkivallan ehkäisytyötä. Niillä tar­koitetaan terveydenhoitajan tai muun terveysalan ammattilaisen säännöllisiä käyntejä lap­sen kotona ikävuosina 0-3. Tätä sovelletaan useissa maissa eri puolilla maailmaa, esimer­kiksi Australiassa, Etelä-Afrikassa, Israelissa, Kanadassa, Kiinassa (ja Hongkongissa), Tanskassa, Virossa ja Yhdysvalloissa. Tarkoituksena on antaa neuvontaa ja tukea, suorit­taa seurantaa ja ohjata hakemaan tarvittaessa apua ulkopuolelta. Kohderyhmänä ovat pie­nituloiset äidit, ensisynnyttäjät sekä perheet, joiden riski lasten huonoon kohteluun on suuri tai joilla on terveysongelmia. Kotikäyntiohjelmilla on todettu olevan merkittäviä pitkäaikaisvaikutuksia väkivallan ja rikollisuuden vähentämisessä. Saavutettu hyöty näyt­taa muodostuvan sitä suuremmaksi, mitä nuorempiin lapsiin ohjelma kohdistetaan ja mitä pitempikesto­nen se on.

Vanhemmustaitojen opettaminen

Vanhemmustaitojen opettamishankkeet tähtäävät perhesuhteiden ja lastenkasvat­us­menetelmien parantamiseen ja sitä kautta nuorisoväkivallan vähentämiseen. Niiden tavoitteena on auttaa vanhempien ja lasten välisten tunnesiteiden kehittämisessä, rohkaista vanhempia käyttämään johdonmukaisia kasvat­usmenetelmiä ja kehittämään itsehillin­ttä.

Yksi esimerkki vanhempiin suunnatuista hankkeista on Australiassa käytetty Triple-P -positiivinen vanhemmuusohjelma. Siihen sisältyy koko väestölle suunnattu mediakam­panja, jolla pyritään tavoittamaan kaikki vanhemmat. Terveystuho­lojärjestelmän osuu­tena ovat lastenlääkärinkonsultaatit, jotka tähtäävät vanhemmuustaitojen kohentamiseen. Vanhemmille ja perheille, joiden lapsilla on suuri vakavien käyttäytymisongelmien riski, järjestetään tehostettua ohjausta. Tätä ohjelmaa tai sen osia on toteutettu tai toteutetaan parhaillaan myös Iso-Britanniassa, Kiinassa, Saksassa, Singaporessa ja Uudessa Seelannissa.

Useissa arviointitutkimuksissa vanhempiin kohdistettujen hankkeiden on todettu olleen onnistuneita. Jonkin verran on näyttöä myös niiden epäsosiaalista käytöstä vähen­tävästä vaikutuksesta. Vakavia rikollisuuden muotoja ehkäisemään suunnatun varhaisen

puuttumisen kustannustehokkuuden tutkimuksessa Kaliforniassa arvioitiin, että aggressiivista käytöstä osoittaneiden lasten vanhempiin suunnattu hanke esti 157 vakavaa rikosta (murhaa, raiskausta, tuhopolttoa tai ryöstöä) jokaista käytettyä miljoonaa dollaria kohti. Vanhempien opettamisen arvioitiin olevan kolme kertaa niin kustannustehokasta kuin Kaliforniassa voimassa olevan lain, joka määrää ankaria rangaistuksia uusintarikollisille.

Mentori-ohjelmat

Nuoren lämpimän suhteen tukea antavaan, positiivisen roolimallin tarjoavaan aikuisen uskotaan olevan nuorisoväkivallalta suojeleva tekijä. Tälle teorialle perustuvissa mentori-ohjelmissa nuorelle henkilölle, yleensä nuorelle jolla on suuri epäsosiaalisen käyttäytymisen riski tai joka kasvaa yksinhuoltajaperheessä, järjestetään tukihenkilöksi välittävä, perheen ulkopuolinen aikuinen, mentori. Mentorit voivat olla vanhempia koulutovereita, opettajia, opinto-ohjaajia, poliiseja tai muita yhteisön jäseniä. Näiden hankkeiden tarkoituksena on auttaa nuoria kehittämään taitojaan ja tarjota kestävä suhde ihmiseen, joka toimii roolimallina ja ohjaajana. Vaikka tätä menetelmää ei olekaan arvioitu yhtä laajasti kuin joitakin muita nuorisoväkivallan ehkäisymenetelmiä, on osoitettu, että positiivinen mentori-suhde voi vähentää merkittävästi koulupinnausta, parantaa koulu-suorituksia, ehkäistä huumeiden käytön aloittamista, parantaa suhteita vanhempiin ja vähentää nuorten omien ilmoitusten pohjalta arvioitua epäsosiaalista käytöstä.

Terapeuttisia ja muita lähestymistapoja

Myös terapeuttisia lähestymistapoja on käytetty perheiden keskuudessa nuorisoväkivallan ehkäisemiseksi. Terapiamuotoja on useita, mutta yhteisenä tavoitteena niissä on parantaa vanhempien ja lasten välistä kommunikaatiota ja kanssakäymistä ja ratkaista syntyvät ongelmat. Joissakin hankkeissa pyritään myös auttamaan vanhempia käsittelemään epäsosiaalista käytöstä edistäviä ympäristötekijöitä ja käyttämään paremmin hyväksi yhteisön voimavaroja. Perheterapiaohjelmat ovat usein kalliita, mutta on vahvaa näyttöä niiden vaikuttavuudesta perheiden toiminnan parantamisessa ja lasten käyttäytymisongelmien vähentämisessä. Toiminnallinen perheterapia ja monijärjestelmäterapia ovat kaksi Yhdysvalloissa käytettyä menetelmää, joilla on osoitettu olevan positiivisia pitkäaikaisia vaikutuksia väkivallan vähentämisessä ja nuorten rikoksentekijöiden rikollisen käytöksen ehkäisemisessä halvemmallalla kuin muilla hoitomenetelmillä.

Muita nuorten aikuissuhteisiin liittyviä hankkeita, jotka saattavat olla tehokkaita nuorisoväkivallan ehkäisyssä, ovat mm.:

- kodin ja koulun yhteistyön lisääminen edistämällä vanhempien osallistumista
- korvaava kasvatusta, esimerkiksi aikuisten tutorien käyttö.

Menetelmiä, jotka eivät ole osoittautuneet vaikuttaviksi, ovat olleet:

- vertaisryhmän kuuluvien toimiminen välittäjinä (eli opiskelijoiden käyttäminen toisten opiskelijoiden keskinäisten riitojen ratkaisemisessa)
- vertaisryhmän jäsenten toimiminen ohjaajina
- nuorten käyttäytymisen ohjaaminen ja vertaisryhmän normien muuttaminen - näissä menetelmissä pyritään ohjaamaan riskiryhmiin kuuluvia nuoria konventionaalisen toiminnan pariin, mutta niillä on osoitettu olevan kielteisiä vaikutuksia asenteisiin, saavutuksiin ja käyttäytymiseen.

Taulukko 2.4

Väkivallan ehkäisystrategioita nuoren kehitysvaiheen ja ekologisen kontekstin mukaan

Ekologinen konteksti	Kehitysvaihe	
	Nuoruus (12-19 vuotta)	Varhainen aikuisikä (20-29 vuotta)
Yksilö	<ul style="list-style-type: none"> • Sosiaaliset kehitysohjelmat* • Peruskoulun suorittamisen kannustimien tarjoaminen nuorille, joiden väkivaltariski on suuria • Yksilöllinen neuvonta** • Ehdonalaisen tuomion saaneille tai ehdonalaisesti vapautetuille järjestetyt tapaamiset vankien kanssa, jotka kuvailevat vankilaelämän kovuutta** • Ohjelmat, joissa nuori otetaan sisään psykiatriseen tai kasvatustieteeseen** • Huumevalistusohjelmat** • Turvallisen aseiden käytön opastus** • Armeijan mallin mukaiset koulutusohjelmat** • Nuorten rikoksentehtävien syyttäminen yleisissä tuomioistuimissa** 	<ul style="list-style-type: none"> • Kannustimien tarjoaminen yliopistollisten kurssien suorittamiseen • Ammatillinen koulutus
Ihmisten väliset suhteet (mm. perhe, ikätoverit)	<ul style="list-style-type: none"> • Mentori-ohjelmat • Vertaisryhmään kuuluvien toimien soveltajoina tai neuvojina** • Tilapäiset sijaishoito-ohjelmat vakaviin tai toistuviin rikoksiin syyllistyneille nuorille • Perheterapiaa 	<ul style="list-style-type: none"> • Ohjelmat, jotka tiukentavat perhe- ja työpaikkasiteitä ja vähentävät väkivaltaisuuksiin sekaantumista
Yhteisö	<ul style="list-style-type: none"> • Turvallisten reittien luominen koulu- vapaa-ajan matkoja varten • Kouluympäristön, esimerkiksi opetuskäytäntöjen ja koulun turvallisuuden, parantaminen • Opetusohjelman ulkopuolinen toiminta • Jengiytymisen ehkäisemisohjelmat** • Terveydenhuollon työntekijöiden kouluttaminen tunnistamaan riskiryhmiin kuuluvat nuoret • Lähipoliisijärjestelmä • Alkoholin saatavuuden huonontaminen • Ensiavun, traumahoidon ja terveyspalvelujen saatavuuden parantaminen • Aseiden takaisinosto** 	<ul style="list-style-type: none"> • Aikuisille suunnatut vapaa-ajanvietto-ohjelmat* • Lähipoliisijärjestelmä • Alkoholin saatavuuden huonontaminen • Ensiavun, traumahoidon ja terveyspalvelujen saatavuuden parantaminen • Aseiden takaisinosto**
Yhteiskunta	<ul style="list-style-type: none"> • Köyhyyden keskittymisen estäminen • Tuloerojen vähentäminen • Valistuskampanjat • Mediaväkivallan vähentäminen • Lainsäädäntö, joka estää laittomien aseiden myynnin nuorille • Ampuma-aseiden turvallisen ja varman varastoinnin edistäminen • Poliisin ja oikeusjärjestelmän vahvistaminen • Koulutusjärjestelmien uudistaminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Köyhyyden keskittymisen estäminen • Tuloerojen vähentäminen • Pitkäaikaistyöttömien työllistämishjelmat • Valistuskampanjat • Poliisin ja oikeusjärjestelmän vahvistaminen

* Osoitettu vaikuttavaksi menetelmäksi nuorisoväkivallan vähentämisessä tai sen riskitekijöihin puuttumisessa.

** Osoitettanut tehottomaksi nuorisoväkivallan vähentämisessä tai sen riskitekijöihin vaikuttamisessa.

Yhteisöhankkeet

Yhteisötason tekijöihin kohdistuvissa hankkeissa pyritään muuttamaan ympäristöä, jossa nuoret ovat kanssakäymisissä keskenään. Yksinkertainen esimerkki on katuvalaistuksen parantaminen alueilla, joilla keho valaistus saattaa lisätä väkivaltaisten tekojen esiintymistä. Valitettavasti yhteisöllisten strategioiden vaikuttavuudesta tiedetään kuitenkin vähemmän kuin yksilöllisiin tai ihmissuhdetekijöihin keskittyvistä strategioista.

Lähipoliisitoiminta

Järjestelmästä, jossa poliisi keskittyy tiettyyn yhteisöön tai tiettyyn ongelmaan, on tullut tärkeä nuorisoväkivallan ja muiden rikosongelmien ratkaisun menetelmä monissa maailman maissa. Sen muoto voi vaihdella, mutta keskeisenä sisältönä on yhteisöllisten kumppanuussuhteiden rakentaminen ja yhteisön ongelmien ratkaiseminen. Poliisit saattavat esimerkiksi toimia yhteistyössä mielenterveystyöntekijöiden kanssa auttaen väkivaltaa todistaneita, kokeneita tai tehneitä nuoria. Tämä järjestelmä perustuu siihen, että poliisit joutuvat päivittäin tekemisiin nuorten väkivallan uhrien ja tekijöiden kanssa. Poliiseille annetaan erikoiskoulutusta ja heidät saatetaan yhteistyöhön mielenterveystyöntekijöiden kanssa, jotka toimivat lasten ja nuorten parissa. Menetelmä näyttää olevan hyödyllinen, mutta sen vaikuttavuutta ei ole vielä osoitettu.

Lähipoliisijärjestelmää on toteutettu jossain määrin menestyksellisesti Rio de Janeirossa Brasiliassa ja San Joséssa Costa Ricassa. Costa Ricassa ohjelmaa arvioitaessa havaittiin yhteys sekä rikollisuuden että koetun henkilökohtaisen turvattomuuden vähenemiseen. Näitä hankkeita on arvioitava tarkemmin, mutta ne antavat selvästi asukkaille parempaa suojaa ja korvaavat tavanomaisten poliisipalvelujen puutetta.

Alkoholin saatavuus

Yksi yhteisötason keino toiminnassa rikosten ja väkivallan vähentämiseksi on alkoholin saatavuuden heikentäminen. Kuten aiemmin todettiin, alkoholi on tärkeä väkivaltaisuutta kiihdyttävä tilannetekijä. Alkoholin saatavuuden heikentämisen vaikutusta rikosten määrään tutkittiin nelivuotisessa pitkäaikaistutkimuksessa pienessä Uuden Seelannin maakunnassa. Vakavien rikosten kuten murhien ja raiskausten sekä omaisuus- ja liikenneriikosten määrää verrattiin kahdessa koalueen kaupungissa ja neljässä vertailuryhmän kaupungissa. Molemmat rikostyytit vähenivät koalueen kaupungeissa ja lisääntyivät koko maan tilannetta vastaavasti vertailualueen kaupungeissa. Rikosten määrät laskivat merkittävästi kahden vuoden ajan alueilla, joilla alkoholin saatavuutta rajoitettiin. Ei ole kuitenkaan selvää, missä määrin toimenpide vaikutti nuorten väkivaltakäyttäytymiseen tai miten hyvin se tehoaisi toisenlaisessa ympäristössä.

Nuorten vapaa-ajantoimintamahdollisuudet

Mahdollisuus harrastaa jotakin koulun ulkopuolella, olipa se sitten urheilua ja liikuntaa, taidetta, musiikkia, teatteria tai vaikka uutislehtisten toimittamista, voi antaa nuorille tilaisuuden osallistua ryhmätoimintaan ja saada tunnustusta. Monissa yhteisössä tällainen mahdollisuus kuitenkin puuttuu. Harrastusten edellyttämä liikkuminen kouluajan jälkeen voi myös olla turvatonta. Koulun iltapäivätoiminta on yksi tapa lisätä harrastusmahdollisuuksia. Ollakseen vaikuttavia vapaa-aikahankkeiden tulisi olla

- kattavia; kattaa kaikki nuorisoväkivallan ja –rikollisuuden riskitekijät
- nuorten kehityksen mukaisia
- pitkäkestoisia.

Maputossa Mosambikissa toteutettu ”Essor”-ohjelma on esimerkki nuorisorikollisuuden ehkäisyhankkeesta. Se toteutetaan kahdella asuinalueella, ja hankkeen kohderyhmänä ovat 13–18-vuotiaat nuoret. Se tarjoaa urheilu- ja muuta vapaa-ajanviettoa toimintaa ja edistää siten itseilmaisua ja ryhmähengen rakentamista. Hanketyöntekijät pitävät myös yhdyttää nuoriin vieraillemalla säännöllisesti näiden kotona. Hankkeen arvioinnissa todettiin, että nuorten myönteisessä käytöksessä ja vuorovaikutuksessa vanhempiinsa tapahtui merkittävää edistymistä 18 kuukauden kuluessa. Myös epäsosiaalinen käytös väheni.

Jengiväkivallan hillitseminen

Jengiväkivallan ehkäisemiseen tähtäävät yhteisölliset hankkeet ovat olleet monimuotoisia. Jengitoiminnan hillitsemisellä ja väkivallasta kärsivien yhteisöjen organisoimilla on pyritty ohjaamaan nuorisoujoukkoja pois rikollisesta toiminnasta. Kuntouttavat ja ohjaavat toimet ovat koostuneet jengien jäseniin suunnatusta hakevasta toiminnasta ja neuvonnasta sekä ohjelmista, jotka ovat pyrkineet kanavoimaan jengien toimintaa sosiaalisesti rakentavaan suuntaan. Jengien kieltämisen tai hakevien tai neuvontapalvelujen tarjoamisen vaikuttavuudesta ei ole juurikaan näyttöä. Nicaraguassa vuonna 1997 tapahtunut laajamittainen poliisioperaatioin suoritettu jengitoiminnan tukahduttaminen tuotti vain väliaikaisen tuloksen ja saattoi loppujen lopuksi pahentaa ongelmaa. Myös Yhdysvalloissa Bostonissa ja Chicagossa tapahtunut yhteisön organisoituminen on epäonnistunut jengiväkivallan vähentämisessä. Syynä saattaa olla se, että yhteisöt eivät ole olleet riittävän kiinteitä ylläpitääkseen järjestäytyneitä toimintaa. Näiden hankkeiden epätoivottuna ja yllättävänä tuloksena on ollut jengien sisäisen koheesion lisääntyminen. Medellínissä Kolumbiassa on onnistuttu kannustamaan jengien jäseniä paikallistason poliittiseen toimintaan ja sosiaalisiin kehityshankkeisiin, kun taas Nicaraguassa ja Yhdysvalloissa vastaavien ohjelmien tulokset ovat olleet vaatimattomia.

Muita strategioita

Yhteisöön kohdistuvia muita mahdollisesti vaikuttavaksi osoittautuvia strategioita ovat;

- lyijytasojen seuranta ja toksiinien poistaminen kotiympäristöstä lasten aivovammariskin pienentämiseksi
 - lastenhoitomahdollisuuksien ja esiopetusohjelmien saatavuuden ja laadun parantaminen, millä edistetään tervettä kehitystä ja edesautetaan menestymistä koulussa
 - pyrkimykset parantaa kouluympäristöä mukaan lukien opetuskäytäntöjen ja koulun toimintatapojen ja sääntöjen muuttaminen sekä turvallisuuden parantaminen (esimerkiksi asentamalla metallinpaljastimia ja turvakameroita)
 - turvallisten reittien luominen lapsille koulumatkoilla ja vapaa-ajan liikkumisessa.
- Terveydenhuoltojärjestelmän merkitys sekä väkivallan seurauksien hoidossa että nuorisoväkivallan ehkäisemisessä on suuri, koska se voi
- parantaa hätäpalvelujen suorituskykyä
 - parantaa terveyspalvelujen saatavuutta
 - kouluttaa alan työntekijät tunnistamaan ja auttamaan riskiryhmiin kuuluvia nuoria.

Ilmeisesti tehottomia nuorisoväkivallan vähentämisessä ovat sellaiset ohjelmat, jossa tarjotaan rahaa korvauksena pienaseiden luovuttamisesta poliisille tai muille viranomaisille (eli aseiden takaisinosto-ohjelmat). On näyttöä siitä, että aseet, joita luovutetaan, eivät ole sen tyyppisiä aseita joita nuorten tekemissä henkirikoksissa yleensä käytetään.

Yhteiskunnalliset uudistukset

Sosiaalisen ja kulttuurisen ympäristön muuttaminen on nuorisoväkivallan ehkäisyssä harvimminkin käytetty strategia. Siinä pyritään vähentämään kehityksen taloudellisia ja sosiaalisia esteitä esimerkiksi työllisyysohjelmien ja rikosoikeudellisen järjestelmän vahvistamisen avulla tai muuttamaan väkivaltaa synnyttäviä vakiintuneita kulttuurisia normeja ja arvoja.

Köyhyyden vähentäminen

Toimenpiteet, joilla pyritään estämään köyhyyden keskittyminen kaupunkialueille, saattavat olla tehokkaita nuorisoväkivallan ehkäisyssä. Tämän osoitti Yhdysvaltain Marylandissa toteutettu asunnonhankinta- ja muuttokokeilu. Ohjelman vaikuttavuuden tutkimiseksi Baltimoren kaupungin köyhimpien asuinalueiden perheet jaettiin kolmeen ryhmään:

- perheet, jotka olivat saaneet avustuksia, neuvontaa ja muuta apua nimenomaan jotta he muuttaisivat vähemmän köyhille alueille
- perheet, jotka olivat ainoastaan saaneet avustuksia, mutta eivät rajoituksia asuinalueen valinnan suhteen
- perheet, jotka eivät olleet saaneet mitään erityisavustuksia.

Tutkimus osoitti, että nuorten väkivaltainen käyttäytyminen väheni huomattavasti, kun perheille tarjottiin mahdollisuus muuttaa vähemmän köyhälle asuinalueelle. On kuitenkin tarpeen tutkia lähemmin niitä mekanismeja, joilla naapurusto ja vertaisryhmät vaikuttavat nuorisoväkivaltaan, ennen kuin näiden tulosten merkitystä voidaan täysin tulkita.

Aseelliseen väkivaltaan puuttuminen

Sosiaalisen ympäristön muuttaminen niin, että käsiaseet ja muut tappavat aseet pidetään poissa lasten ja ilman valvontaa olevien nuorten ulottuvilta, saattaa olla toteuttamiskelpoinen menetelmä nuorisoväkivallan aiheuttamien kuolemantapauksien vähentämiseksi. Nuoret ja muut ihmiset, joiden ei pitäisi omistaa aseita, saavat niitä väistämättä käsiinsä. Toiset hankkivat niitä rikoksentehtämissä, toisilta puuttuu, usein alkoholin tai huumeiden vaikutuksesta johtuen, aseiden hallussapidon edellyttämä huolellisuus ja vastuu.

Monissa maissa nuorten aseidenhankintatavat ovat jo nyt laittomia. Tällöin olemassa olevien aseiden laitonta kauppaa säätelevien lakien tiukempi valvonta voi johtaa aseellisen nuorisoväkivallan vähenemiseen. Tämän menetelmän vaikuttavuudesta tiedetään kuitenkin hyvin vähän.

Toinen tapa on säätää ampuma-aseiden turvallista säilytystä koskevia lakeja. Tämä saattaa rajoittaa suoraan asiointia aseiden hankkimista, kun nuoret eivät niin helposti saa aseita käsiinsä kotoaan sekä epäsuorasti vaikeuttamalla asevarkauksia. Varkaudet ovat laittomien markkinoiden tärkeä lähde, ja nuorten hankkimat aseet ovat viime kädessä varastettuja. Pitkän aikavälin strategia lasten ja nuorten luvattoman asehankinnan estämiseksi olisi kehittää ”älykkäitä” aseita, jotka eivät toimi, jos joku muu kuin niiden laillinen käyttäjä yrittää käyttää niitä. Tällaiset aseet voisivat toimia tunnistamalla omistajansa kämmenen jäljen tai vaatimalla tietyn kotelon mukanaolon.

Muitakin menetelmiä aseiden väärinkäytön valvomiseksi on kehitetty. Vuonna 1977 Washingtonissa säädettiin laki, joka kieltää käsiaseiden omistuksen muilta kuin poliiseilta, vartijoilta ja aseiden jo omistavilta. Lain seurauksena pienaseiden aiheuttamat henkirikokset vähenivät 25 prosenttia. Tämän lain vaikutusta nimenomaan nuorten aseelliseen väkivaltaan ei kuitenkaan tunneta. Calissa ja Bogotassa Kolumbiassa kiellettiin aseiden kantaminen aikoina, joina tiedettiin tapahtuvan paljon henkirikoksia. Näitä olivat muun muassa palkkapäivien jälkeiset viikonloput, lomakausiin liittyvät viikonloput sekä vaalipäivät. Henkirikosten määrän todettiin jääneen pienemmäksi aikoina, jolloin kiello oli voimassa. Tutkimuksen tekijät esittivät, että kaupunginlaajuiset ajoittaiset kiellot saattaisivat olla hyödyllisiä erityisesti sellaisilla alueilla eri puolilla maailmaa, joissa henkirikokset ovat yleisiä.

Muita lähestymistapoja

Muita sosioekonomisiin ja kulttuurisiin tekijöihin vaikuttavia strategioita, joiden vaikuttavuutta ei ole kuitenkaan riittävästi tutkittu, ovat:

- julkiset valistuskampanjat, joilla pyritään vaikuttamaan sosiaalisiin normeihin ja muuttamaan käyttäytymistä sosiaalisemmaksi
- mediäväkivallan vähentämiseen tähtäävät pyrkimykset
- tuloerojen pienentäminen
- nopeiden sosiaalisten muutosten aiheuttamien haittojen pienentämiseen tähtäävät toimet
- poliisin ja oikeusjärjestelmän vahvistaminen ja kehittäminen
- koulutusjärjestelmän uudistus.

Riskitekijöiden ja ehkäisevien strategioiden kartoituksen pohjalta on selvää, että nuorisoväkivalta on moninaisten tekijöiden monimutkaisen yhteisvaikutuksen synnyttämää. Sen olennainen vähentäminen edellyttää monitasoista lähestymistapaa. Edellä on käynyt ilmi, että monet tekijät, joista osa on yksilöllisiä, osa perheeseen ja osa sosiaaliseen ympäristöön liittyviä, lisäävät aggressiivisuuden ja väkivallan esiintymistä lapsuudessa, nuoruudessa ja varhaisessa aikuisiässä. Parhaimpia ovat ohjelmat, joissa nuoriin vaikutetaan samanaikaisesti eri tasoilla (yksilöllisesti, perheen, yhteisön ja yhteiskunnan kautta) ja joissa toiminta on jatkuvaa kattaen lapsen ja nuoren kehityksen eri vaiheet. Nämä hakkeet voivat suuntautua usein yhdessä esiintyviin riskitekijöihin kuten huonoon kulumenestykseen, teinraskauksiin, turvattomaan seksiin ja päihteiden käyttöön, jolloin ne vastaavat nuorten tarpeita monilla elämänalueilla.

Suosituksia

Nuorisoväkivallan aiheuttamat kuolemantapaukset ja vammat muodostavat monissa maailman maissa merkittävän terveysongelman. Ongelman laajuus vaihtelee eri maiden välillä ja myös niiden sisällä huomattavasti. Nuorisoväkivallan ehkäisyneuvoja on laaja, ja joidenkin vaikuttavuus on tutkimuksissa osoitettu erittäin hyväksi. Mikään yksittäinen strategia ei ole yksinään kuitenkaan riittävä. Tarvitaan monia rinnakkaisia lähestymistapoja, ja niiden täytyy soveltua juuri kulloiseenkin paikkaan. Esimerkiksi Tanskassa menestyksellinen keino ei välttämättä ole vaikuttava Kolumbiassa tai Etelä-Afrikassa.

Kahden viime vuosikymmenen kuluessa on opittu paljon nuorisoväkivallan luonteesta ja ehkäisemisestä. Vaikka tämä tieto pohjautuu pääasiassa teollisuusmaissa tehtyihin tutkimuksiin, se tarjoaa pohjan menestyksellisten hankkeiden kehittämiselle. Opittavaa on kuitenkin paljon. Nykyisen tietämyksen mukaan toimeenpanemalla suositukset, jotka esitellään seuraavassa, olisi mahdollista ymmärtää nuorisoväkivaltaa paremmin ja ehkäistä sitä.

Tietojenkeruujärjestelmien luominen

Väkivallan ehkäisytyöskentelyn pohjaksi tulisi kehittää väkivaltaisen käyttäytymisen, vammojen ja kuolemantapauksien kehitystä rutiinomaisesti seuraava tietojärjestelmä. Nämä aineistot tarjoavat arvokasta tietoa nuorisoväkivallan ehkäisyhankkeiden toteutusta ja arviointia varten. Tarvitaan yksinkertaisia menetelmiä, joita voidaan soveltaa hyvin monissa erilaisissa kulttuuriympäristöissä. Priorisoinnissa keskeisiä ovat:

- Väkipallan seuranta- ja järjestelmiä varten on kehitettävä yhtenäiset standardit nuoriso-

väkivallan määrittelemiseksi ja mittaamiseksi. Niihin tulisi sisältyä ikäryhmittäinen tarkastelu, joka kuvaa erilaisia riskejä.

- Ensi sijassa on kehitettävä järjestelmiä, joiden avulla voidaan seurata väkivaltaisten kuolemien määrää alueilla, joilta tiedot puuttuvat tällä hetkellä kokonaan tai ovat epätodellisia. Näitä alueita ovat Afrikka, Kaakkois-Aasia, itäinen Välimeri sekä Amerikan ja läntisen Tyynen meren alueen tietyt, erityisesti köyhimmät osat.

- Seurannan lisäksi on tehtävä erikoistutkimuksia, jotta saadaan selville kuolemaan johtaneiden ja muiden väkivaltatapauksen keskinäinen suhde ja ryhmittely tekotavan, iän ja uhrin sukupuolen mukaan. Näiden tietojen avulla voidaan arvioida nuorisoväkivaltaongelman laajuutta alueilla, joissa on saatavilla vain yhdenlaista tietoa kuten kuolleisuustietoja.

- Kaikkia maita ja alueita olisi rohkaistava perustamaan keskuksia, joissa terveystalvelupisteistä, poliisilta ja muilta viranomaisilta saatavissa olevaa rutiini-informaatiota voidaan koota ja vertailla. Tämä on suureksi avuksi ehkäisyohjelmien suunnittelussa ja toteutuksessa.

Lisää tieteellistä tutkimusta

Tieteellinen näyttö, niin kvalitatiivinen kuin kvantitatiivinenkin tutkimus nuorisoväkivallan malleista ja syistä, on välttämätöntä rationaalisten ja vaikuttavien ongelmanratkaisujen kehittämiseksi. Ilmiön ymmärtäminen on edistynyt suuresti, mutta jäljellä olevien suurten aukkojen täyttämiseksi tarvittaisiin seuraavanlaista lisätutkimusta:

- kulttuurien välinen tutkimus nuorisoväkivallan syistä, kehitymisestä ja ehkäisystä, jotta voitaisiin selittää väkivallan tason suuri maantieteellinen vaihtelu
- virallisten rekisterien, sairaaloiden rekisterien ja kyselytutkimusten validiteetti ja suhteelliset edut nuorisoväkivallan mittaamisessa
- väkivaltarikoksia tekevien nuorten vertailu sekä muita rikoksia tekeviin nuoriin että nuoriin, jotka eivät syyllisty väkivaltaiseen eivätkä rikolliseen käyttäytymiseen
- niiden riskitekijöiden määrittely, jotka erottelevat väkivallan tekojen jatkamisen, kiihtymisen, vähenemisen ja loppumisen eri ikävaiheissa
- nuorisoväkivallalta suojelevien tekijöiden tunnistaminen
- tyttöjen väkivaltaisuus
- kulttuurien välinen rakenteellisten ja kulttuuristen vaikutusten tutkimus
- pitkäaikaistutkimukset, jotka mittaavat laajaa riski- ja suojaavien tekijöiden joukkoa, jotta saadaan lisää tietoa nuorisoväkivallan johtavista kehityspoluista
- tutkimus, joka auttaa paremmin ymmärtämään, miten sosiaalisiin ja kansantaloudellisiin tekijöihin vaikuttamalla voidaan tehokkaasti vähentää nuorisoväkivaltaa.

Muita tutkimustarpeita ovat:

- nuorisoväkivallan yhteiskunnallisten kokonaiskustannusten arviointi, joka helpottaa ehkäisy- ja hoito-ohjelmien kustannustehokkuuden laskemista
- globaalin tutkimuksen organisoimista, koordinoimista ja rahoituksesta vastaavien laitosten perustaminen.

Ehkäisystrategioiden kehittäminen

Tähän päivään asti suurin osa ehkäisyyn osoitetuista resursseista on käytetty testattomissa ohjelmissa. Useat niistä ovat perustuneet kyseenalaisille oletuksille, ja ne on toteutettu jossain määrin epäjohdonmukaisesti tai puutteellisesti kontrolloituina. Jotta nuorisoväkivaltaa voitaisiin ehkäistä tehokkaasti, tarvitaan ennen kaikkea siihen puuttu-

misen järjestelmällistä arviointia. Paljon lisätutkimusta edellyttävät erityisesti seuraavat:

- pitkittäisleikkaustutkimukset, jotka arvioivat varhaislapsuudessa ja lapsuudessa suoritet­ tujen puuttumistapojen vaikutusta
- yhteiskunnallisiin tekijöihin (tuloerot, köyhyyden keskittyminen) vaikuttamisen arviointi
- ehkäisyhankkeiden kustannustehokkuuden tutkiminen.

Ohjelmien ja hankkeiden vaikuttavuuden arviointiin tulee kehittää yhdenmukaiset standardit. Standardeja tarvitaan erityisesti seuraavista:

- kokeellisen tutkimuksen suorittaminen
- näyttö tilastollisesti merkitsevistä väkivaltaisen käyttäytymisen tai väkivallan aiheut­ tami­ en vammojen vähentymisestä
- toistettavuus eri paikoissa ja erilaisissa kulttuurisissa yhteyksissä
- näyttö vaikutuksen pitkäaikaisuudesta.

Tiedon levittäminen

On lisättävä ponnisteluja nuorisoväkivallan syistä ja sen ehkäisystä hankitun tiedon levittämiseksi. Tällä hetkellä tiedon levittämisessä ammattilaisille ja päätöksentekijöille on suuria vaikeuksia, jotka johtuvat ennen kaikkea huonosta tiedonvälitysjärjestelmästä.

Suurempaa huomiota on kiinnitettävä erityisesti seuraaviin:

- Tarvitaan tietojen vaihtoon, koulutukseen ja tekniseen apuun keskittyvien organisaatioiden verkostojen kehittämisen globaalia koordinoitua.
- Internet-tek­nologian käyttöönottoon on ohjattava voimavaroja. Maissa, joissa tämä tuottaa ongelmia, on edistettävä muita, ei-elektronisia tiedonvälityksen muotoja.
- On perustettava kansainvälisiä tietokeskuksia, jotka keräävät ja kääntävät relevanttia tietoa eri puolilta maailmaa, erityisesti huonosti tunnetuista lähteistä.
- Tarvitaan tutkimusta nuorisoväkivallan ehkäisymenetelmien parhaista toteutustavoista. Pelkäämään tietoa siitä, mitkä menetelmät ovat osoittautuneet vaikuttaviksi, ei riitä takaamaan toteutuksen onnistumista.
- Nuorisoväkivallan ehkäisyohjelmat olisi aina kun se on mahdollista koordinoitava muiden lapsiin kohdistuvien ja perheväkivallan ehkäisyyn tähtäävien ohjelmien kanssa.

Johtopäätöksiä

Tiedon määrä nuorisoväkivallan syistä ja ehkäisemisestä lisääntyy nopeasti, samoin tämän tiedon kysyntä koko maailmassa. Kysynnän tyydyttäminen edellyttää merkittävää panostusta kansanterveyden seuranta­järjestelmien parantamiseksi, vaadittavan tieteellisen tutkimuksen suorittamiseksi ja globaalien tiedonvälitysjärjestelmien rakentamiseksi. Jos maailma kykenee vastaamaan haasteeseen ja tarjoamaan vaadittavat voimavarat, nuorisoväkivaltaa voidaan hyvinkin pian pitää ehkäistävissä olevana ongelmana.

Kirjallisuus

1. Reza A, Krug EG, Mercy JA. Epidemiology of violent deaths in the world. *Injury Prevention*, 2001, 7:104–111.
2. Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. Investing in health research and development. Geneva, World Health Organization, 1996 (document TDR/ GEN/96.1).
3. Youth violence: a report of the Surgeon General. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 2001.
4. Fagan J, Browne A. Violence between spouses and intimates: physical aggression between women and men in intimate relationships. In: Reiss

- AJ, Roth JA, eds. Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior. Vol. 3. Social influences. Washington, DC, National Academy Press, 1994:114–292.
5. Widom CS. Child abuse, neglect, and violent criminal behavior. *Criminology*, 1989, 244:160–166.
 6. Gartner R. The victims of homicide: a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55:92–106.
 7. Briggs CM, Cutright P. Structural and cultural determinants of child homicide: a cross-national analysis. *Violence and Victims*, 1994, 9:3–16.
 8. Smutt M, Miranda JLE. El Salvador: socialización y violencia juvenil. [El Salvador: socialization and juvenile violence.] In: Ramos CG, ed. *América Central en los noventa: problemas de juventud*. [Central America in the 90s: youth problems.] San Salvador, Latin American Faculty of Social Sciences, 1998:151–187.
 9. Kahn K et al. Who dies from what? Determining cause of death in South Africa's rural north-east. *Tropical Medicine and International Health*, 1999, 4:433–441.
 10. Campbell NC et al. Review of 1198 cases of penetrating trauma. *British Journal of Surgery*, 1997, 84:1737–1740.
 11. Phillips R. The economic cost of homicide to a South African city [Dissertation]. Cape Town, University of Cape Town, 1999.
 12. Wygton A. Firearm-related injuries and deaths among children and adolescents in Cape Town, 1992–1996. *South African Medical Journal*, 1999, 89:407–410.
 13. Amakiri CN et al. A prospective study of coroners' autopsies in University College Hospital, Ibadan, Nigeria. *Medicine, Science and Law*, 1997, 37:69–75.
 14. Nwosu SE, Odesanmi WO. Pattern of homicides in Nigeria: the Ile-Ife experience. *West African Medical Journal*, 1998, 17:236–268.
 15. Pridmore S, Ryan K, Blizzard L. Victims of violence in Fiji. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1995, 29:666–670.
 16. Lu TH, Lee MC, Chou MC. Trends in injury mortality among adolescents in Taiwan, 1965–94. *Injury Prevention*, 1998, 4:111–115.
 17. Challmers DJ, Fanslow JL, Langley JD. Injury from assault in New Zealand: an increasing public health problem. *Australian Journal of Public Health*, 1995, 19:149–154.
 18. Tercero F et al. On the epidemiology of injury in developing countries: a one-year emergency room-based surveillance experience from León, Nicaragua. *International Journal for Consumer and Product Safety*, 1999, 6:33–42.
 19. Gofin R et al. Intentional injuries among the young: presentation to emergency rooms, hospitalization, and death in Israel. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:434–442.
 20. Lerer LB, Matzopoulos RG, Phillips R. Violence and injury mortality in the Cape Town metropole. *South African Medical Journal*, 1997, 87:298–301.
 21. Zwi KJ et al. Patterns of injury in children and adolescents presenting to a South African township health centre. *Injury Prevention*, 1995, 1:26–30.
 22. Odera WO, Kibosia JC. Incidence and characteristics of injuries in Eldoret, Kenya. *East African Medical Journal*, 1995, 72:706–760.
 23. Mansingh A, Ramphal P. The nature of interpersonal violence in Jamaica and its strain on the national health system. *West Indian Medical Journal*, 1993, 42:53–56.
 24. Engeland A, Kopjar B. Injuries connected to violence: an analysis of data from the injury registry. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 2000, 120:714–717.
 25. Tercero DM. Características de los pacientes con lesiones de origen violento, atendidos en Hospital Mario Catarino Rivas. [Characteristics of patients with intentional injuries, attended to in the Mario Catarino Rivas Hospital.] San Pedro Sula, Honduras, Secretary of Health, 1999.
 26. Kuhn F et al. Epidemiology of severe eye injuries. United States Eye Injury Registry (USEIR) and Hungarian Eye Injury Registry (HEIR). *Ophthalmology*, 1998, 95:332–343.
 27. Butchart A, Kruger J, Nell V. Neighbourhood safety: a township violence and injury profile. *Crime and Conflict*, 1997, 9:11–15.
 28. Neveis O, Bagus R, Bartolomeos K. Injury surveillance at Maputo Central Hospital. Abstract for Xth Day of Health, June 2001. Maputo, 2001.
 29. Cruz JM. La victimización y no por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. [Victimization through violence: levels and associated factors in Latin American and Spanish towns.] *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1999, 5:4–5.
 30. National Referral Centre for Violence. Forensis 1999: datos para la vida. Herramienta para la interpretación y no, intervención y no prevención del hecho violento en Colombia. [Forensis 1999: data for life. A tool for interpreting, acting against and preventing violence in Colombia.] Santa Fe de Bogotá, National Institute of Legal Medicine and Forensic Science, 2000.
 31. Peden M. Non-fatal violence: some results from the pilot national injury surveillance system. *Trauma Review*, 2000, 8:10–12.
 32. Kann L et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49:3–9 (CDC Surveillance Summaries, 55-5).
 33. Rossow I et al. Young, wet and wild? Associations between alcohol intoxication and violent behaviour in adolescence. *Addiction*, 1999, 94:1017–1031.
 34. Clewley A. Violence and incivility at school: the situation in Switzerland. In: Debarbieux E, Blaya C, eds. *Violence in schools: ten approaches in Europe*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier, 2001:163–179.
 35. Guffman M, Berg-Kelly K. Physical fighting and associated health behaviours among Swedish adolescents. *Acta Paediatrica*, 1997, 86:77–81.
 36. Gofin R et al. Fighting among Jerusalem adolescents: personal and school-related factors. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:218–223.
 37. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Violence among schoolchildren in Alexandria. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 1999, 5:282–298.
 38. Parrilla IC et al. Internal and external environment of the Puerto Rican adolescent in the use of alcohol, drugs and violence. *Boletín Asociado de Medicina de Puerto Rico*, 1997, 89:146–149.
 39. O'Moore AM et al. Bullying behaviour in Irish schools: a nationwide study. *Irish Journal of Psychology*, 1997, 18:141–169.

40. Currie C, ed. *Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study*. Bergen, University of Bergen, 1998.
41. Loeber R et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:103–133.
42. Flisher AJ et al. Risk-taking behaviour of Cape Peninsula high-school students. Part VII: violent behaviour. *South African Medical Journal*, 1993, 83:490–494.
43. McKeganey N, Norrie J. Association between illegal drugs and weapon carrying in young people in Scotland: schools' survey. *British Medical Journal*, 2000, 320:982–984.
44. Mooij T. Veilige scholen en (pro)sociaal gedrag: evaluatie van de campagne 'De veilige school' in het voortgezet onderwijs. [Safe schools and positive social behaviour: an evaluation of the "Safe schools" campaign in continuing education.] Nijmegen, Institute for Applied Social Sciences, University of Nijmegen, 2001.
45. Dahlberg LL, Potter LB. Youth violence: developmental pathways and prevention challenges. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 20(1S):3–14.
46. D'Unger AV et al. How many latent classes of delinquent/criminal careers? Results from a mixed Poisson regression analysis. *American Sociological Review*, 1998, 103:1593–1620.
47. Huizinga D, Loeber R, Thornberry TP. Recent findings from a program of research on the causes and correlates of delinquency. Washington, DC, United States Department of Justice, 1995.
48. Nagin D, Tremblay RE. Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development*, 1999, 70:1181–1196.
49. Patterson GR, Yoerger K. A developmental model for late-onset delinquency. *Nebraska Symposium on Motivation*, 1997, 44:119–177.
50. Stattin H, Magnusson M. Antisocial development: a holistic approach. *Development and Psychopathology*, 1996, 8:617–645.
51. Loeber R, Farrington DP, Waschbusch DA. Serious and violent juvenile offenders. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:13–29.
52. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 1993, 100:674–701.
53. Tolan PH. Implications of onset for delinquency risk identification. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1987, 15:47–65.
54. Tolan PH, Gorman-Smith D. Development of serious and violent offending careers. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:68–85.
55. Stattin H, Magnusson D. The role of early aggressive behavior in the frequency, seriousness, and types of later crime. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:710–718.
56. Pulkkinen L. Offensive and defensive aggression in humans: a longitudinal perspective. *Aggressive Behaviour*, 1987, 13:197–212.
57. Hamparian DM et al. *The young criminal years of the violent few*. Washington, DC, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1985.
58. Farrington DP. Predicting adult official and self-reported violence. In: Pinard GF, Pagani L, eds. *Clinical assessment of dangerousness: empirical contributions*. Cambridge, Cambridge University Press, 2001:66–88.
59. Loeber R et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:103–133.
60. LeBlanc M, Frechette M. *Male criminal activity from childhood through youth*. New York, NY, Springer-Verlag, 1989.
61. Agnew R. The origins of delinquent events: an examination of offender accounts. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 1990, 27:267–294.
62. Farrington DP. Motivations for conduct disorder and delinquency. *Development and Psychopathology*, 1993, 5:225–241.
63. Wikstro ? mPOH. *Everyday violence in contemporary Sweden*. Stockholm, National Council for Crime Prevention, 1985.
64. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior*. Vol. 3. Social influences. Washington, DC, National Academy Press, 1994:377–570.
65. Brennan P, Mednick S, John R. Specialization in violence: evidence of a criminal subgroup. *Criminology*, 1989, 27:437–453.
66. Hamparian DM et al. *The violent few: a study of dangerous juvenile offenders*. Lexington, MA, DC Heath, 1978.
67. Kandel E, Mednick SA. Perinatal complications predict violent offending. *Criminology*, 1991, 29:519–529.
68. Brennan PA, Mednick BR, Mednick SA. Parental psychopathology, congenital factors, and violence. In: Hodgins S, ed. *Mental disorder and crime*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:244–261.
69. Denno DW. *Biology and violence: from birth to adulthood*. Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
70. Raine A. *The psychopathology of crime: criminal behavior as a clinical disorder*. San Diego, CA, Academic Press, 1993.
71. Kagan J. Temperamental contributions to social behavior. *American Psychologist*, 1989, 44:668–674.
72. Wadsworth MEJ. Delinquency, pulse rates, and early emotional deprivation. *British Journal of Criminology*, 1976, 16:245–256.
73. Farrington DP. The relationship between low resting heart rate and violence. In: Raine A et al., eds. *Biosocial bases of violence*. New York, NY, Plenum, 1997:89–105.
74. Henry B et al. Temperamental and familial predictors of violent and nonviolent criminal convictions: age 3 to age 18. *Developmental Psychology*, 1996, 32:614–623.
75. Caspi A et al. Are some people crime-prone? Replications of the personality-crime relationship across countries, genders, races, and methods. *Criminology*, 1994, 32:163–195.
76. Klinteberg BA et al. Hyperactive behavior in childhood as related to subsequent alcohol problems and violent offending: a longitudinal study of male subjects. *Personality and Individual Differences*, 1993, 15:381–388.

77. Farrington DP. Predictors, causes, and correlates of male youth violence. In: Tonry M, Moore MH, eds. *Youth violence*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1998:421–475.
78. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:86–105.
79. Moffitt TE, Henry B. Neuropsychological studies of juvenile delinquency and juvenile violence. In: Milner JS, ed. *Neuropsychology of aggression*. Boston, MA, Kluwer, 1991:131–146.
80. Seguin J et al. Cognitive and neuropsychological characteristics of physically aggressive boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 1995, 104:614–624.
81. Dahlberg L. Youth violence in the United States: major trends, risk factors, and prevention approaches. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:259–272.
82. McCord J. Some child-rearing antecedents of criminal behavior in adult men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979, 37:1477–1486.
83. Eron LD, Huesmann LR, Zelli A. The role of parental variables in the learning of aggression. In: Pepler DJ, Rubin KJ, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1991:169–188.
84. Widom CS. The cycle of violence. *Science*, 1989, 244:160–166.
85. Malinosky-Rummell R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 1993, 114:68–79.
86. Smith C, Thornberry TP. The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology*, 1995, 33:451–481.
87. McCord J. Family as crucible for violence: comment on Gorman-Smith et al. (1996). *Journal of Family Psychology*, 1996, 10:147–152.
88. Thornberry TP, Huizinga D, Loeber R. The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. In: Howell JC et al., eds. *Sourcebook on serious, violent, and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995:213–237.
89. Morash M, Rucker L. An exploratory study of the connection of mother's age at childbearing to her children's delinquency in four data sets. *Crime and Delinquency*, 1989, 35:45–93.
90. Nagin DS, Pogarsky G, Farrington DP. Adolescent mothers and the criminal behavior of their children. *Law and Society Review*, 1997, 31:137–162.
91. Gorman-Smith D et al. The relation of family functioning to violence among inner-city minority youths. *Journal of Family Psychology*, 1996, 10:115–129.
92. Wadsworth MEJ. Delinquency prediction and its uses: the experience of a 21-year follow-up study. *International Journal of Mental Health*, 1978, 7:43–62.
93. Elliott DS, Huizinga D, Menard S. *Multiple problem youth: delinquency, substance use, and mental health problems*. New York, NY, Springer-Verlag, 1989.
94. Perales A, Sagi C. Conductas violentas en adolescentes: identificación ? n de factores de riesgo para diseñar ? o de programa preventivo. [Violent behaviour among adolescents: identifying risk factors to design prevention programmes.] In: Pimentel Sevilla C, ed. *Violencia, familia y nin ? ez en los sectores urbanos pobres. [Violence, the family and childhood in poor urban sectors.]* Lima, Cecosam, 1995:135–154.
95. Gianini RJ, Litvác J, Neto JE. Agressão ?of? ?sica e classe social. [Physical violence and social class.] *Revista de Saude Pu ?blica*, 1999, 33:180–186.
96. Høgh E, Wolf P. Violent crime in a birth cohort: Copenhagen 1953–1977. In: van Dusen KT, Mednick SA, eds. *Prospective studies of crime and delinquency*. Boston, Kluwer-Nijhoff, 1983:249–267.
97. Hawkins JD et al. A review of predictors of youth violence. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:106–146.
98. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), UNICEF, National Black Leadership Commission on AIDS. *Call to action for "children left behind" by AIDS*. Geneva, UNAIDS, 1999 (available on the Internet at <http://www.unaids.org/publications/documents/children/index.html#young>).
99. Reiss AJ, Farrington DP. Advancing knowledge about co-offending: results from a prospective longitudinal survey of London males. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1991, 82:360–395.
100. Elliott DS, Menard S. Delinquent friends and delinquent behavior: temporal and developmental patterns. In: Hawkins JD, ed. *Delinquency and crime: current theories*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996:28–67.
101. Howell JC. *Juvenile justice and youth violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1997.
102. Farrington DP, Loeber R. Major aims of this book. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998:1–9.
103. Blumstein A. Youth violence, guns and the illicit drug industry. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1995, 86:10–36.
104. van Kammen WB, Loeber R. Are fluctuations in delinquent activities related to the onset and offset in juvenile illegal drug use and drug dealing? *Journal of Drug Issues*, 1994, 24:9–24.
105. de Souza Minayo MC. Fala, galera: juventude, violência e cidadania. [Fast talker, show-off: youth, violence and citizenship.] Rio de Janeiro, Garamond, 1999.
106. Rodgers D. Youth gangs and violence in Latin America and the Caribbean: a literature survey. Washington, DC, World Bank, 1999 (LCR

- Sustainable Development Working Paper, No. 4).
107. Lederman D, Loayza N, Mene ?ndez AM. Violent crime: does social capital matter? Washington, DC, World Bank, 1999.
108. Ayres RL. Crime and violence as development issues in Latin America and the Caribbean. Washington, DC, World Bank, 1998.
109. Moser C, Holland J. Urban poverty and violence in Jamaica. In: World Bank Latin American and Caribbean studies: viewpoints. Washington, DC, World Bank, 1997:1-53.
110. Wilkinson RG, Kawachi I, Kennedy BP. Mortality, the social environment, crime and violence. *Sociology of Health and Illness*, 1998, 20:578-597.
111. Ortega ST et al. Modernization, age structure, and regional context: a cross-national study of crime. *Sociological Spectrum*, 1992, 12:257-277.
112. Schneidman M. Targeting at-risk youth: rationales, approaches to service delivery and monitoring and evaluation issues. Washington, DC, World Bank, 1996 (LAC Human and Social Development Group Paper Series, No. 2).
113. Lauras-Loch T, Lopez-Escartin N. Jeunesse et de ?mographie en Afrique. [Youth and demography in Africa.] In: d'Almeida-Topor H et al. Les jeunes en Afrique: e ?volution et ro? le (XIX e-XXe sie`cles). [Youth in Africa: its evolution and role (19th and 20th centuries).] Paris, L'Harmattan, 1992:66-82.
114. A picture of health? A review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries. Geneva, World Health Organization (in collaboration with the United Nations Children's Fund), 1995 (document WHO/FHE/ADH/95.14).
115. Diallo Co-Trung M. La crise scolaire au Se ?ne gal: crise de l'e ?cole, crise de l'autorite ?? [The school crisis in Senegal: a school crisis or a crisis of authority?] In: d'Almeida-Topor H et al. Les jeunes en Afrique: e ?volution et ro? le (XIX e-XXe sie`cles). [Youth in Africa: its evolution and role (19th and 20th centuries).] Paris, L'Harmattan, 1992:407-439.
116. Rarbo K. L'Alge ?rie et sa jeunesse: marginalisations sociales et de ?sarroi culturel. [Algeria and its youth: social marginalization and cultural confusion.] Paris, L'Harmattan, 1995.
117. Dinnen S. Urban raskolism and criminal groups in Papua New Guinea. In: Hazlehurst K, Hazlehurst C, eds. Gangs and youth subcultures: international explorations. NewBrunswick, NJ, Transaction, 1998.
118. United Nations Children's Fund. Children at risk in Central and Eastern Europe: perils and promises. Florence, International Child Development Centre, 1997 (The Monee Project, Regional Monitoring Report, No. 4).
119. Messner SF. Research on cultural and socioeconomic factors in criminal violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 1988, 11:511-525.
120. Fajnzylber P, Lederman D, Loayza N. Inequality and violent crime. Washington, DC, World Bank, 1999.
121. Unnithan NP, Whitt HP. Inequality, economic development and lethal violence: a cross-national analysis of suicide and homicide. *International Journal of Comparative Sociology*, 1992, 33:182-196.
122. Noronha CV et al. Violencia, etnia e cor: um estudo dos diferenciais na regia ?o metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil. [Violence, ethnic groups and skin color: a study on differences in the metropolitan region of Salvador, Bahia, Brazil.] *Pan American Journal of Public Health*, 1999, 5:268-277.
123. Sanjua ?n AM. Juventude e violencia em Caracas: paradoxos de um processo de perda da cidadania. [Youth and violence in Caracas: the paradoxes of a loss of citizenship.] In: Pinheiro PS, ed. Sa ?o Paulo sem medo: um diaigno ? stico da violencia urbana. [Sa ?o Paulo without fear: a diagnosis of urban violence.] Rio de Janeiro, Garamond, 1998:155-171.
124. Aitchinson J. Violencia e juventude na A ?frica do Sul: causas, lic ?o ? es e soluc ?o ? es para uma sociedade violenta. [Violence and youth in South Africa: causes, lessons and solutions for a violent society.] In: Pinheiro PS, ed. Sa ?o Paulo sem medo: um diaigno ? stico da violencia urbana. [Sa ?o Paulo without fear: a diagnosis of urban violence.] Rio de Janeiro, Garamond, 1998:121-132.
125. Pampel FC, Gartner R. Age structure, socio-political institutions, and national homicide rates. *European Sociological Review*, 1995, 11:243-260.
126. Messner SF, Rosenfeld R. Political restraint of the market and levels of criminal homicide: a crossnational application of institutional-anomie theory. *Social Forces*, 1997, 75:1393-1416.
127. Centerwall BS. Television and violence: the scale of the problem and where to go from here. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:3059-3063.
128. Centerwall BS. Exposure to television as a cause of violence. *Public Communication and Behaviour*, 1989, 2:1-58.
129. Centerwall BS. Exposure to television as a risk factor for violence. *American Journal of Epidemiology*, 1989, 129:643-652.
130. Joy LA, Kimball MM, Zabrack ML. Television and children's aggressive behavior. In: Williams TM, ed. The impact of television: a natural experiment in three communities. NewYork, NY, Academic Press, 1986:303-360.
131. Williams TM. The impact of television: a natural experiment in three communities. New York, NY, Academic Press, 1986.
132. Wood W, Wong FY, Chachere G. Effects of media violence on viewers' aggression in unconstrained social interaction. *Psychological Bulletin*, 1991, 109:307-326.
133. Paik H, Comstock G. The effects of television violence on antisocial behavior: a meta-analysis. *Communication Research*, 1994, 21:516-546.
134. Huesmann LR, Eron LD, eds. Television and the aggressive child: a cross-national comparison. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1986.
135. Wiegman O, Kuttshreuter M, Baarda B. A longitudinal study of the effects of television viewing on aggressive and antisocial behaviours. *British Journal of Social Psychology*, 1992, 31:147-164.
136. Bedoya Mar? ?n DA, Jaramillo Mar? ?nez J. De la barra a la banda. [From football supporter to gang member.] Medelb: ?n, El Propio Bolsillo, 1991.
137. Kellermann AL et al. Preventing youth violence: what works? *Annual Review of Public Health*, 1998, 19:271-292.

138. Johnson DL, Walker T. Primary prevention of behavior problems in Mexican-American children. *American Journal of Community Psychology*, 1987, 15:375-385.
139. Berrueta-Clement JR et al. Changed lives: the effects of the Perry preschool program on youth through age 19. Ypsilanti, MI, High/Scope, 1984.
140. Schweinhart LJ, Barnes HV, Weikart DP. Significant benefits: the High/Scope Perry preschool project study through age 27. Ypsilanti, MI, High/Scope, 1993.
141. Tolan PH, Guerra NG. What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1994.
142. Richards BA, Dodge KA. Social maladjustment and problem-solving in school-aged children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1982, 50:226-233.
143. Guerra NG, Williams KR. A program planning guide for youth violence prevention: a risk-focused approach. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1996.
144. Hawkins JD et al. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1999, 153:226-234.
145. Howell JC, Bilchick S, eds. Guide for implementing the comprehensive strategy for serious violent and chronic juvenile offenders. Washington, DC, United States Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, 1995.
146. Thornton TN et al. Best practices of youth violence prevention: a sourcebook for community action. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
147. Olweus D, Limber S, Mihalic S. Bullying prevention program. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1998 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 9).
148. Williams KR, Guerra NG, Elliott DS. Human development and violence prevention: a focus on youth. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1997.
149. Lally JR, Mangione PL, Honig AS. The Syracuse University Family Development Research Project: long-range impact of an early intervention with low-income children and their families. In: Powell DR, ed. Annual advances in applied developmental psychology: parent education as an early childhood intervention. Norwood, NJ, Ablex, 1988:79-104.
150. Seitz V, RosenbaumLK, Apfel NH. Effects of a family support intervention: a 10-year follow-up. *Child Development*, 1985, 56:376-391.
151. Olds DL et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1238-1244.
152. Farrington DP, Welsh BC. Delinquency prevention using family-based interventions. *Children and Society*, 1999, 13:287-303.
153. Sanders MR. Triple-P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1999, 2:71-90.
154. Triple-P-Positive Parenting Program. *Triple P News*, 2001, 4:1.
155. Patterson GR, Capaldi D, Bank L. An early starter model for predicting delinquency. In: Pepler DJ, Rubin KH, eds. The development and treatment of childhood aggression. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1991:139-168.
156. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. *Antisocial boys*. Eugene, OR, Castalia, 1992.
157. Hawkins JD, Von Cleve E, Catalano RF. Reducing early childhood aggression: results of a primary prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1991, 30:208-217.
158. Tremblay RE et al. Parent and child training to prevent early onset of delinquency: the Montreal longitudinal experimental study. In: McCord J, Tremblay RE, eds. Preventing antisocial behavior: interventions from birth through adolescence. New York, NY, Guilford, 1992:117-138.
159. Greenwood PW et al. Diverting children from a life of crime: measuring costs and benefits. Santa Monica, CA, Rand, 1996.
160. Mihalic SF, Grotzpetter JK. Big Brothers/Big Sisters of America. Boulder, CO, University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence, 1997 (Blueprints for Violence Prevention Series, Book 2).
161. Grossman JB, Garry EM. Mentoring: a proven delinquency prevention strategy. Washington, DC, United States Department of Justice, Office of Justice Programs, 1997 (Juvenile Justice Bulletin, No. NCJ 164386).
162. Shadish WR. Do family and marital psychotherapies change what people do? A meta-analysis of behavior outcomes. In: Cook TD et al., eds. Meta-analysis for explanation: a casebook. New York, NY, Russell Sage Foundation, 1992:129-208.
163. Hazelrigg MD, Cooper HM, Borduin CM. Evaluating the effectiveness of family therapies: an integrative review and analysis. *Psychological Bulletin*, 1987, 101:428-442.
164. Klein NC, Alexander JF, Parsons BV. Impact of family systems intervention on recidivism and sibling delinquency: a model of primary prevention and program evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45:469-474.
165. Aos S et al. The comparative costs and benefits of programs to reduce crime: a review of national research findings with implications for Washington state. Olympia, WA, Washington State Institute for Public Policy, 1999 (Report No. 99-05-1202).
166. Henggler SW et al. Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents. New York, NY, Guilford, 1998.
167. Goldstein H. *Policing of a free society*. Cambridge, MA, Ballinger, 1977.
168. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Bridging the child welfare and juvenile justice systems. Washington, DC, National Institute of Justice, 1995.
169. Marens S, Schaefer M. Community policing, schools, and mental health. In: Elliott DS, Hamburg BA, Williams KR, eds. Violence in American

schools. Cambridge, Cambridge University Press, 1998:312–347.

170. Buvinic M, Morrison A, Shifter M. Violence in Latin America and the Caribbean: a framework for action. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999.

171. Jarquin E, Carrillo F. La econo ? mica pol: ?tica de la reforma judicial. [The political economy of judicial reform.] Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1997.

172. Kraushaar K, Alsop B. A naturalistic alcohol availability experiment: effects on crime. Washington, DC, Educational Resources Information Center, 1995 (document CG 026 940).

173. Chaiken MR. Tailoring established after-school programs to meet urban realities. In: Elliott DS, Hamburg BA, Williams KR, eds. Violence in American schools. Cambridge, Cambridge University Press, 1998:348–375.

174. Chaiken MR, Huizinga D. Early prevention of and intervention for delinquency and related problem behavior. *The Criminologist*, 1995, 20:4–5.

175. Babotim F et al. Avaliac ?a ?o1998dotrabalho realizado pela Essor com os adolescentes de dois bairros de Maputo/Moc ?ambique. [1998 Evaluation of work undertaken by Essor with adolescents from two districts in Maputo, Mozambique.] Maputo, Essor, 1999.

176. Rodgers D. Living in the shadow of death: violence, pandillas and social disorganization in contemporary urban Nicaragua [Dissertation]. Cambridge, University of Cambridge, 1999.

177. Finestone H. Victims of change: juvenile delinquency in American society. Westport, CT, Greenwood, 1976.

178. Klein MW. A structural approach to gang intervention: the Lincoln Heights project. San Diego, CA, Youth Studies Center, 1967.

179. Salazar A. Young assassins in the drug trade. *North American Conference on Latin America*, 1994, 27:24–28.

180. Painter KA, Farrington DP. Evaluating situational crime prevention using a young people's survey. *British Journal of Criminology*, 2001, 41:266–284.

181. Ludwig J, Duncan GJ, Hirschfield P. Urban poverty and juvenile crime: evidence from a randomized housing-mobility experiment. *Quarterly Journal of Economics*, 2001, 116:655–680.

182. Sheley JF, Wright JD. Gun acquisition and possession in selected juvenile samples. Washington, DC, United States Department of Justice, 1993.

183. Cook PJ, Moore MH. Guns, gun control, and homicide. In: Smith MD, Zahn MA eds. Studying and preventing homicide: issues and challenges. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999:246–273.

184. Teret SP et al. Making guns safer. *Issues in Science and Technology*, 1998, Summer:37–40.

185. Loftin C et al. Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New England Journal of Medicine*, 1991, 325:1615–1620.

186. Villaveces A et al. Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in two Colombian cities. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283:1205–1209.

LUKU 3

VANHEMPIEN LAPSIIN KOHDISTAMA VÄKIVALTA JA LAIMINLYÖNTI

Lasten kaltoinkohtelua on aina ja kaikkialla kuvattu kirjallisuudessa, taiteessa ja tie-teessä. Kertomuksia lapsenmurhasta, silpomisista, hylkäämisistä ja muista väkivallan muodoista esiintyy jo antiikin ajoista lähtien. Historia on täynnä tarinoita vanhempien oman onnensa nojaan sysäämistä, heikoista ja aliravituista samoin kuin seksuaalisesti hyväksikäytetyistä lapsista.

Kauan on myös ollut hyväntekeväisyysryhmiä ja muita lasten hyvinvoinnista huolestuneita ihmisiä, jotka ovat puhuneet lastensuojelun puolesta. Kysymykseen ei kuitenkaan kiinnitetty laajaa huomiota lääketieteen ammattilaisten eikä suuren yleisön piirissä ennen vuonna 1962 ilmestynyttä Kempen julkaisua *The battered child syndrome*.

Battered child, pahoinpidelty lapsi –käsite kehitettiin kuvaamaan vakavan fyysisen väkivallan kliinisiä ilmentymiä nuorissa lapsissa. Nyt, neljä vuosikymmentä myöhemmin, on osoitettu, että lapsiin kohdistuva väkivalta on maailmanlaajuinen ongelma. Se ilmenee useissa eri muodoissa ja on juurtunut syvälle kulttuurisiin, taloudellisiin ja sosiaalisiin käytäntöihin. Tämän globaalin ongelman ratkaiseminen edellyttää kuitenkin paljon parempaa ymmärrystä sen esiintymisestä eri elinympäristöissä samoin kuin sen kulloiseenkin tilanteeseen liittyvistä syistä ja seurauksista.

Lapsiin kohdistuvan väkivallan ja lasten laiminlyönnin määrittely

Kulttuurisia kysymyksiä

Globaalissa lapsiin kohdistuvan väkivallan tarkastelussa on otettava huomioon, että maailman kulttuurien kirjo sisältää myös hyvin erilaisia vanhemmuutta koskevia vaatimuksia ja odotuksia. Kulttuuri on yhteiskunnan yhteinen uskomusten ja käyttäytymistapojen varasto. Se sisältää myös käsityksiä siitä, miten ihmisten tulee toimia. Nämä käsitykset määrittelevät, mitkä teot tai tekemättä jättämiset ovat pahoinpitelyä tai laiminlyöntiä. Toisin sanoen kulttuuri auttaa määrittelemään yleisesti hyväksytyt lasten kasvatuksen ja hoidon periaatteet.

Eri kulttuureissa on erilaiset hyväksyttävän vanhemmuuden säännöt. Joidenkin tutkijoiden käsityksen mukaan lasten kasvatusta koskevat näkemykset saattavat poiketa siinä määrin, että voi olla erittäin vaikeaa päästä yhteisymmärrykseen siitä, milloin on kyseessä kaltoinkohtelu tai laiminlyönti. Eri kulttuurien väliset määrittelyerot koskevat kuitenkin enemmän tiettyjen vanhemmuuden puolien korostamista. Monille eri kulttuureille näyttää olevan yhteistä, että lasten väkivaltaista kohtelua ei pidetä sallittavana. Kaikkialla ollaan yksimielisiä siitä, että hyvin ankara kuritus ja seksuaalinen hyväksikäyttö ovat kiellettyjä.

Väkivallan muodot

International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect –järjestö vertaili äskettäin väkivaltaisen kohtelun määritelmiä 58 maassa ja löysi tiettyä yhtäläisyyttä. Vuonna 1999 WHO:n asiantuntijakokous esitti seuraavan määritelmän:

”Lapsiin kohdistuva väkivalta tai kaltoinkohtelu sisältää kaikki vastuuseen, luottamukseen tai valtaan perustuvassa suhteessa ilmenevät fyysisen ja/tai emotionaalisen huonon kohtelun, seksuaalisen hyväksikäytön, laiminlyönnin tai kaupallisen tai muun hyväksikäytön muodot, jotka johtavat todellisen tai potentiaalisen vahingon aiheuttamiseen lapsen terveydelle, elämälle, kehitykselle tai arvokkuudelle.”

Toiset määritelmät keskittyvät aikuisten käyttäytymiseen tai menettelytapoihin, kun taas toiset tarkastelevat lapselle aiheutettua vahinkoa tai sen uhkaa. Eron tekeminen seurauksista riippumattoman käyttäytymisen ja seurauksen tai vahingon välillä saattaa aiheuttaa sekaannusta, jos vanhempien aikomus sisältyy määritelmään. Eräiden asiantuntijoiden mielestä väkivaltaisuus on kyseessä myös vanhempien aiheuttaessa toiminnallaan tahattomasti vahinkoa lapselle, kun taas toisten mielestä edellytetään tahallista vahingon tuottamista. Osassa kirjallisuutta luetaan mukaan lapsiin laitoksissa ja kouluissa kohdistuva väkivalta.

Edellä esitetty määritelmä kattaa laajan kirjon tapauksia. Tässä luvussa keskitytään ensi sijassa vanhempien tai hoivaajien lapselle vahinkoa tuottaviin tekoihin ja tekemättä jättämissiin. Erityisesti tutkitaan lasten huonon kohtelun neljän eri muodon esiintyvyyttä, syitä ja seurauksia. Nämä ovat:

- fyysinen väkivalta
- seksuaalinen hyväksikäyttö
- emotionaalinen kaltoinkohtelu
- laiminlyönti ja heitteille jättö.

Fyysinen väkivalta määrittellään hoivaajan tarkoitukselliseksi teoksi, jotka aiheuttavat

tai saattavat aiheuttaa todellisia fyysisiä vammoja. Seksuaalinen hyväksikäyttö määritellään teoksi, joissa hoivaaja käyttää lasta oman seksuaalisen tyydytyksensä välineenä.

Emotionaalisella kaltoinkohtelulla tarkoitetaan sitä, että hoivaaja ei tarjoa lapselle asianmukaista, kannustavaa ympäristöä. Se sisältää teot, joilla on haitallinen vaikutus lapsen emotionaaliselle terveydelle ja kehitykselle. Näihin tekoihin kuuluvat lapsen liikkumisen rajoittaminen, solvaaminen, pilkanteko, uhkaaminen ja pelottelu, syrjintä, hylkääminen ja muut vihamielisen kohtelun ei-fyysiset muodot.

Laiminlyönti viittaa siihen, että vanhempi jättää huolehtimatta lapsen kehityksestä josakin suhteessa (terveyden, koulutuksen, emotionaalisen kehityksen, ravinnon, suojan, elinympäristön turvallisuuden suhteen), vaikka hänen valtassaan olisi huolehtia siitä. Laiminlyönti on siis eri asia kuin eläminen köyhissä oloissa, jolloin laiminlyöntinä pidetään vain tapauksia, joissa perheellä tai hoivaajalla olisi kohtuulliset resurssit huolenpidon tarjoamiseen.

Näiden pahoinpitelyn muotojen näkyviä merkkejä tarkastellaan lähemmin laatikossa 3.1.

Ongelman laajuus

Kuolemaan johtava pahoinpitely

Tiedot joka vuosi väkivallan seurauksena kuolevien lasten määrästä saadaan pääasiassa kuolinsyy- ja kuolleisuustilastoista. Maailman terveysjärjestön mukaan vuonna 2000 kuoli henkirikoksen uhrina arviolta 57 000 alle 15-vuotiasta lasta. Globaalien arvioiden mukaan suurimmassa vaarassa ovat vauvat ja pienimmät lapset; 0–4-vuotiaiden suhteellinen kuolleisuus oli yli kaksinkertainen 5–14 –vuotiaisiin verrattuna (ks. tilastoliite).

Tappavan väkivallan riski vaihtelee maan tulotason ja maantieteellisen alueen mukaan. Alle 5-vuotiaiden korkean tulotason maissa elävien poikien kuolleisuusaste on 2,2/100 000 asukasta ja tyttöjen 1,8 /100 000 asukasta. Pieni- ja keskituloisissa maissa suhteelliset osuudet ovat 2–3-kertaisia: pojilla 6,1 ja tytöillä 5,1. Alle 5–vuotiaiden lasten korkeimmat väkivaltakuolleisuusluvut ovat WHO-alueista Afrikassa: pojilla 17,9 ja tytöillä 12,7. Alhaisimmat luvut ovat korkean tulotason maissa WHO:n Euroopan, Itäisen Välimeren ja Läntisen Tyynenmeren alueella.

Monet lasten kuolemat jäävät kuitenkin rutiinomaisesti tehtävien selvitysten ja kuolinsyytutkimusten ulkopuolelle, mikä vaikeuttaa väkivallan aiheuttamien kuolemien tarkan määrän arviointia jossakin tietyssä maassa. Jopa vauraissa maissa on ongelmia tapausten tunnistamisessa ja niiden esiintyvyyden mittaamisessa. Kuolintodistuksissa ilmoitettujen kuolinsyyden luokittelussa on havaittu merkittäviä virheitä esimerkiksi useissa Yhdysvaltojen osavaltioissa. Uusintatutkimuksissa on usein havaittu, että henkiriikostapauksissa lasten kuolinsyyksi on ilmoitettu jokin muu, esimerkiksi kätkeytuolema tai onnettomuus.

On ilmeistä, että luokitteluvirheitä esiintyy laajasti. Jokaisessa maassa, jossa on tutkittu lapsikuolemia, on todettu, että pahoinpitelyn aiheuttamat kuolemantapaukset ovat paljon yleisempiä kuin virallisista tilastoista käy ilmi. Yleisin kuolinsyy on päävamma, seuraavaksi yleisin suolistovamma. Hyvin yleisesti kuolinsyyksi on ilmoitettu myös tukehduttaminen.

Laatikko 3.1

Lasten pahoinpitelyn, laiminlyönnin ja seksuaalisen hyväksikäytön merkkejä

Huoltajan lapselle aiheuttamat vammat voivat ilmetä monissa eri muodoissa. Vakava vamma tai kuolema on useimmiten seurausta pään tai sisäelinten vahingoittumisesta. Pahoinpitelyn tuottama päävamma on yleisin pienten lasten kuolinsyy. Kaikkein haavoittuvimpia ovat alle 2-vuotiaat lapset. Koska ruumiiseen kohdistettu voima kulkee ihon kautta, vahingoittamisen merkit voivat näkyä iholla. Pahoinpitelyn merkkejä luustossa ovat erityyppiset murtumat eri paranemisvaiheissa. Pahoinpitelystä kertovat murtumat luissa, jotka normaalisti hyvin harvoin menevät poikki. Kylläiluiden ja pitkien luiden murtumat ovat myös tyyppisiä.

Shaken infant (shaken baby), ns. ravisteltu lapsi

Ravistaminen on yleinen aivan pienten lasten pahoinpitelyn muoto. Enemmistö shaken infant –lapsista on alle yhdeksän kuukauden ikäisiä vauvoja. Useimmat tällaiseen pahoinpitelyyn syyllistyneistä ovat miehiä. Tämä ei kuitenkaan johdu välttämättä siitä, että miehet ravistelisivat lapsia useammin kuin naiset, vaan koska miehet ovat keskimäärin naisia voimakkaampia, ravistelu on rajumpaa.

Pahoinpidelty lapsi

Pahoinpidelty lapsi –termiä käytetään yleensä lapsista, joilla on toistuvasti laajoja vammoja iholla, selkärangassa tai hermostossa. Sitä käytetään myös lapsista, joilla on lukuisia luunmurtumia eri ikäisenä, päävamma tai vakavia sisäelinvammoja, mikä osoittaa tapausten toistuvuuden. Onneksi tämä oire on harvinainen, vaikkakin tapaukset ovat traagisia.

Seksuaalinen hyväksikäyttö

Kun lapsia tuodaan hoitoon fyysisten tai käyttäytymisongelmien vuoksi, tarkemmassa tutkimuksessa saattaa paljastua syyksi seksuaalinen hyväksikäyttö. On yleistä, että hyväksikäytyillä lapsilla on oireina infektioita, sukupuolielinten vammoja, vatsakipua, ummetusta, kroonisia tai uusiutuvia virtsatietulehduksia tai käyttäytymisongelmia. Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön havaitsemisen edellytyksenä on, että hoitava henkilö osaa epäillä sitä ja tietää, miten hyväksikäyttö ilmenee lapsen puheessa, käytöksessä tai kehossa.

Laiminlyönti

Lapsen laiminlyönnin merkkejä on useita, esimerkiksi terveydenhoito-ohjeiden noudattamatta jättäminen, asianmukaiseen terveydenhoitoon hakeutumisen laiminlyönti, ravinnon vähäisyys niin että lapsi näkee nälkää ja lapsen fyysisen kasvun häiriöt. Muita huolestuttavia merkkejä ovat lapsen altistuminen huumeille ja ympäristön vaaroille. Hylkäämistä, valvonnan riittämättömyyttä, huonoa hygieniää ja koulunkäynnin epäämistä on myös pidetty osoituksina laiminlyönnistä.

Muu kuin kuolemaan johtava pahoinpitely

Muusta kuin kuolemaan johtavasta lasten pahoinpitelystä ja laiminlyönnistä saadaan tietoja useista lähteistä, muun muassa virallisista tilastoista, tapausilmoituksista ja koko väestön survey- (kysely- tai haastattelu-) tutkimuksista. Näiden lähteiden hyödyllisyys ongelman koko laajuuden kuvailemisessa kuitenkin vaihtelee.

Viralliset tilastot kertovat usein hyvin vähän lasten pahoinpitelyn malleista. Tämä johdattaa osittain siitä, että monista maista puuttuu oikeus- ja sosiaalijärjestelmä, jonka nimenomaisella vastuulla olisi väkivalta- ja laiminlyöntitapausten kirjaaminen (saati niihin puuttuminen). Eri maissa on lisäksi poikkeavat juridiset ja kulttuuriset väkivallan ja laiminlyönnin määritelmät. On myös näyttöä siitä, että vain pieni osa lasten pahoinpitelytapauksista ilmoitetaan viranomaisille, vaikka laki siihen velvoittaisikin.

Tapaussarjoja on julkaistu monissa maissa. Ne ovat tärkeitä paikallistoiminnan ohjaamisessa ja suuren yleisön ja ammattilaisten tietoisuuden ja huolestuneisuuden herättäjänä. Ne voivat paljastaa samankaltaisuuksia eri maissa saatujen kokemusten välillä ja auttaa uusien hypoteesien etsimisessä. Niistä ei kuitenkaan ole kovin suurta apua arvioitaessa mahdollisten vaara- tai suojatekijöiden suhteellista merkitystä eri kulttuurisissa yhteyksissä.

Väestötutkimukset ovat aivan olennaisia lapsiin kohdistuvan väkivallan todellisen laajuuden määrittelyssä. Viime aikoina näitä tutkimuksia on tehty monissa maissa, muun muassa Australiassa, Brasiliassa, Chilessä, Costa Ricassa, Egyptissä, Etelä-Koreassa, Etiopiassa, Filippiineillä, Intiassa, Italiassa, Kanadassa, Kiinassa, Meksikossa, Nicaraguassa, Norjassa, Romaniassa, Uudessa Seelannissa, Zimbabwessa ja Yhdysvalloissa.

Fyysinen pahoinpitely

Koko väestöön kohdistuvista tutkimuksista saadut arviot lasten pahoinpitelytapauksista vaihtelevat huomattavasti. Vuonna 1995 Yhdysvalloissa tehdyssä kyselyssä vanhemmilta tiedusteltiin heidän käyttämistään kurinpitomenetelmistä. Tässä tutkimuksessa päätettiin lukuun 49 fyysistä pahoinpitelyä 1 000 lasta kohden, kun mukaan otettiin seuraavanlainen käyttäytyminen: lapsen lyöminen esineellä muualle kuin takamukseen, lapsen potkaiseminen, hakkaaminen ja lapsen uhkaaminen veitsellä tai ampuma-aseella.

Tehtyjen tutkimusten perusteella voidaan päätellä, että monien muiden maiden luvut eivät ole sen alhaisempia, saattavatpa ne olla korkeampiakin kuin fyysisen pahoinpitelyn arviot Yhdysvalloissa. Eri puolilla maailmaa tehdyissä tutkimuksissa on viime aikoina käynyt ilmi seuraavanlaisia seikkoja:

- Egyptiläisten lasten poikkileikkaustutkimuksessa 37 % lapsista ilmoitti vanhempien lyöneen heitä tai sitoneen heidät ja 26 % ilmoitti lyömisestä tai sitomisesta seuranneen fyysisiä vammoja kuten murtumia, tajunnan menetys tai pysyvä vamma.
- Etelä-Koreassa tehdyssä tuoreessa tutkimuksessa vanhemmilta kysyttiin lasten kohTELUSTA. Kaksi kolmasosaa vanhemmista ilmoitti läimäyttelevänsä lastaan ja 45 % ilmoitti lyöneensä, potkineensa tai hakanneensa lapsiaan.
- Romaniassa tehdyssä kotitaloustiedustelussa 4,6 % lapsista ilmoitti kärsivänsä vakavasta ja usein toistuvasta fyysisestä pahoinpitelystä kuten esineellä lyömisestä, polttamisesta tai ruuan epämisestä. Lähes puolet romanialaisista vanhemmista myönsi lyövänsä lapsiaan ”säännöllisesti” ja 16 % lyövänsä lapsiaan esineillä.
- Etiopiassa 21 % kaupungissa asuvista ja 64 % maaseudun koululaisista ilmoitti, että heillä oli ruhjeita tai turvotusta kehossaan vanhempien kuritustoimien seurauksena.

Taulukko 3.1**Ankaran tai kohtuullisen ruumiillisen kurituksen yleisyys viimeksi kulu-
neina kuutena kuukautena äidin ilmoituksen mukaan (WorldSAFE-tutki-
mus)**

Kurituksen tyyppi	Esiintyvyys (%)				
	Chile	Egypti	Intia* [*]	Filippiinit	Yhdysvallat
Ankara ruumiillinen kuritus					
Löi lasta esineellä (ei takamukseen)	4	26	36	21	4
Potkaisi lasta	0	2	10	6	0
Aiheutti lapsen palovamman	0	2	10	6	0
Hakkasi lasta	0	25	_* ^{**}	3	0
Uhkasi lasta veitsellä tai ampuma-aseella	0	0	1	1	0
Kuristi lasta	0	1	2	1	0
Kohtuullinen ruumiillinen kuritus					
Löi takamuksille (kädellä)	51	29	58	75	47
Löi takamuksille (esineellä)	18	28	23	51	21
Läimäytti lapsen kasvoja tai päättä	13	41	58	21	4
Tukisti lasta	24	29	29	23	_* ^{**}
Ravisti lasta ^{***}	39	59	12	20	9
Löi lasta rystysillä	12	25	28	8	_* ^{**}
Nipisti lasta	3	45	17	60	5
Väänsi lapsen korvaa	27	31	16	31	_* ^{**}
Pakotti lapsen polvilleen tai epämuokavaan asentoon	0	6	2	4	_* ^{**}
Pani lapsen suuhun väkevää pippuria	0	2	3	1	_* ^{**}

* maaseutu

** ei kysytty

*** 2-vuotiaat ja vanhemmat lapset

Paremmiin vertailukelpoisia tietoja on saatu WorldSAFE (World Studies of Abuse in the Family Environment) –projektista, joka on kansainvälinen yhteistutkimus. Chileläiset, egyptiläiset, filippiiniläiset ja intialaiset tutkijat pitivät yhteistä pöytäkirjaa väestötökseen perustuvasta äitien ryhmästä jokaisessa maassa vertailukelpoisten ankaran ja kohtuullisen kurin esiintyvyyden mittareiden laatimista varten. Tutkijat mittasivat vanhempien harjoittamaa kuritusta käyttäen vanhemman ja lapsen konfliktitaktiikka –asteikkoa (nimitämättä ankaraa kuria pahoinpitelyksi). Tutkimuksissa kerättiin myös muut riski- ja suojatekijöiden määrittelemiseksi tarvittavat taustatiedot.

Neljässä maassa suoritetun tutkimuksen tulokset vanhempien ilmoittamasta kurinpitokäyttäytymisestä esitellään taulukossa 3.1. Jokaisessa maassa käytettiin samalla tavalla muotoiltuja kysymyksiä. On selvää, että vanhempien käyttämät ankarat rangaistukset eivät rajoitu maailmassa harvoin paikoille tai yhdelle ainoalle alueelle. Tutkimuksia verrataan Yhdysvalloissa tehtyyn kansalliseen survey–tutkimukseen samaa menetelmään

käyttäen. Egyptiläiset, filippiiniläiset ja Intian maaseudulla asuvat vanhemmat ilmoittivat yleisesti rankaisseensa lapsiaan lyömällä näitä esineellä muuhun ruumiinosaan kuin takamukseen ainakin kerran viimeksi kuluneina kuutena kuukautena. Samanlaista käyttäytymistä ilmoittivat chileläiset ja yhdysvaltalaiset vanhemmat, mutta paljon pienempi osa heistä. Voimakkaampia väkivallan muotoja kuten kuristamista, polttamista tai veitsellä tai aseella uhkaamista ilmoitettiin paljon harvemmin.

Samanlaiset vanhempien omat ilmoitukset muista maista, milloin vain asiaa on tutkittu, vahvistavat, että vanhemmat käyttävät ankaraa ruumiillista kuritusta varsin paljon. Italiassa vakavan väkivallan esiintyvyys on konfliktitaktiikka-asteikolla mitattuna kahdeksan prosenttia. Tangin tutkimuksen mukaan Kiinassa kohdistui vakavaa väkivaltaa vuoden aikana 461 lapseen tuhannesta.

Toisessa, ala-asteen koululaisiin Kiinassa ja Etelä-Koreassa kohdistuneessa tutkimuksessa käytettiin samaa asteikkoa, mutta kysymykset esitettiin vanhempien sijasta lapsille. Kiinassa väkivaltaista kohtelua ilmoitti kokeneensa 22,5 % ja Etelä-Koreassa 51,3 % lapsista.

WorldSAFE –tutkimuksen tulokset valaisevat myös hyvin ”kohtuullisemman” ruumiillisen kurituksen malleja eri maissa (ks. taulukko 3.1). Kohtuullista kuritusta ei yleisesti lasketa väkivallaksi, vaikka joidenkin asiantuntijoiden ja vanhempien mielestä se ei ole hyväksyttävää. Sen osalta WorldSAFE –tutkimuksessa ilmeni suurempi yhteiskuntien ja kulttuurien välinen ero. Selkäsauna oli yleisin kuritustoimi kaikissa maissa Egyptiä lukuun ottamatta, jossa käytettiin yleisimmin lasten ravistelua, nipistelyä ja kasvoihin lyömistä. Intian maaseutualueilla asuvat vanhemmat ilmoittivat lyövänsä lapsiaan kasvoille yhtä usein kuin takamukselle, kun taas muissa maissa iskut kasvoihin tai päähän olivat harvinaisempia.

Vakavat ja lievemmät kuritusmuodot eivät rajoitu perheeseen eivätkä kotiympäristöön. Huomattavan paljon ankaria rangaistuksia käytetään kouluissa ja muissa laitoksissa opettajien ja muitten lapsista vastuussa olevien ihmisten käsissä.

Seksuaalinen hyväksikäyttö

Arviot seksuaalisen hyväksikäytön esiintyvyydestä vaihtelevat suuresti riippuen käytetystä määritelmästä ja tietojenkeruutavasta. Osa kyselyistä ja haastatteluista kohdistuu lapsiin, osa nuoriin tai aikuisiin, jotka kertovat lapsuudestaan, osassa taas tiedustellaan vanhemmilta heidän lastensa mahdollisista kokemuksista. Nämä kolme eri menetelmää saattavat tuottaa hyvin erilaisia tuloksia. Esimerkiksi edellä mainitusta Romaniassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että 0,1 % vanhemmista myönsi käyttäneensä lapsiaan seksuaalisesti hyväkseen, kun taas 9,1 % lapsista ilmoitti joutuneensa seksuaalisesti hyväksikäytetyksi. Tätä eroa saattaa osittain selittää se, että lapsia pyydettiin ottamaan huomioon myös muut aikuiset kuin omat vanhemmat.

Aikuisten lapsuusaikaisista kokemuksista julkaistuissa tutkimuksissa lapsena seksuaalisesti hyväksikäytettyjen osuus vaihtelee miesten osalta yhdestä yhdeksääntoista prosenttiin sen mukaan käytetäänkö suppeaa määritelmää, jossa hyväksikäytöllä tarkoitetaan seksuaaliseen kontaktiin pakottamista, vai väljempää määritelmää. Lapsena hyväksikäytön kohteiksi joutuneiden naisten osuus vaihtelee 0,9 prosentista (hyväksikäytön määritelmänä raiskaus) 45 prosenttiin. Vuodesta 1980 alkaen tehdyissä kansainvälisissä tutkimuksissa lapsuudenaikaisen seksuaalisen hyväksikäytön esiintyvyys on naisilla keskimäärin 20 % ja miehillä 5-10 %.

Julkaistujen esiintyvyyssarvioiden suuri vaihtelu saattaa johtua joko todellisista eri

Laatikko 3.2

Ruumiillinen kuritus

Ruumiillinen kuritus - lyöminen, iskeminen nyrkillä, potkaiseminen tai piekseminen - on sosiaalisesti hyväksyttyä ja laillista useimmissa maissa. Monissa maissa se on yleinen ilmiö kouluissa ja muissa laitoksissa samoin kuin nuorten rikoksenteekijöiden rankaisujärjestelmässä.

YK:n lasten oikeuksien julistuksessa valtioiden edellytetään suojelevan lapsia ”fyysisen ja henkisen väkivallan kaikilta muodoilta” näiden ollessa vanhempiansa tai jonkun muun aikuisen hoivissa. YK:n lasten oikeuksien komitea on korostanut, että ruumiillinen kuritus ei ole sopimuksen hengen mukaista.

Vuonna 1979 Ruotsi kielsi ensimmäisenä maana maailmassa lasten kaikenlaisen ruumiillisen kurituksen. Sen jälkeen ainakin kymmenen muuta maata on kieltänyt sen. Ylimmistä oikeusistuimista on myös saatu ruumiillisen kurituksen käytön kouluissa ja rangaistusjärjestelmissä kieltäviä päätöksiä esimerkiksi Namibiassa, Etelä-Afrikassa ja Zimbabwessa. Vuonna 2000 Israelin korkein oikeus julisti kaiken ruumiillisen rangaistuksen olevan laitonta.

Etiopian vuoden 1994 perustuslaissa säädetään lapsille oikeus olla vapaita ruumiillisesta kurituksesta kouluissa ja hoitolaitoksissa. Se on kiellettyä myös Uuden Seelannin, Etelä-Korean, Thaimaan ja Ugandan kouluissa.

Ruumiillinen rangaistus on kuitenkin tutkimusten mukaan laillista ainakin 60 maassa nuorten rikoksenteekijöiden osalta ja ainakin 65 maassa kouluissa ja muissa laitoksissa. Lasten ruumiillinen kuritus kotona on laissa sallittua ainoastaan 11 maassa. Maissa, joissa käytäntöä ei ole sitkeästi vastustettu lakiuudistusten ja koulutuksen avulla, se on harvojen asiasta tehtyjen tutkimusten mukaan säilynyt erittäin yleisenä.

Ruumiillinen kuritus on vaarallista lapselle. Se tappaa välittömästi tuhansia lapsia joka vuosi ja vahingoittaa ja vammauttaa monia muita. Pitkällä aikavälillä se aiheuttaa monien tutkimusten mukaan väkivaltaisen käyttäytymisen syntymistä ja on yhteydessä moniin muihin niin lapsuusaikaisten kuin aikuisiässäkin ilmenevien ongelmiin.

kulttuurien välisistä eroista tai tutkimusmenetelmien välisistä eroista. Jos mukaan luetaan vanhempien ohella myös ikätoverit, esiintyvyys nousee 9 %, ja jos mukaan otetaan tapaukset, joihin ei sisälly fyysisistä kontakteja, luvut nousevat noin 16 %.

Emotionaalinen ja psykologinen väkiältä

Lapsiin kohdistuvaan psykologiseen hyväksikäyttöön on kiinnitetty vieläkin vähemmän huomiota kuin fyysiseen pahoinpitelyyn ja seksuaaliseen hyväksikäyttöön. Kulttuurisilla tekijöillä näyttää olevan vahva vaikutus siihen, mitä ei-fyysisiä lasten kurinpitomenetelmiä vanhemmat valitsevat. Joukossa on menetelmiä, joita toisissa kulttuureissa pidettäisiin psykologisesti vahingollisina. Psykologisen väkivallan määrittely onkin hyvin vaikeaa. Määrittelytavasta riippumatta seuraukset myös todennäköisesti vaihtelevat suuresti riippuen tilanteesta ja lapsen iästä.

Tutkimusten mukaan lapsille huutaminen on yhteinen vanhempien reagoitintapa monissa maissa. Panettelu ja nimittely näyttävät vaihtelevan enemmän. WorldSAFE-tutkimuksen viidestä maasta alhaisin lasten nimittelyn esiintyvyyssprosentti (tarkastelujakson ollessa puoli vuotta) oli 15. Tapa uhata lapsia hylkäämisellä tai kotiin tulon kieltämisellä vaihteli hyvin suuresti. Esimerkiksi Filippiineillä äidit ilmoittivat yleisesti käyttävänsä kurinpitotoimenä hylkäämisellä uhkaamista. Kiinassa osuus oli paljon pienempi, noin

Taulukko 3.2

Sanallisen tai psykologisen rangaistuksen käyttö viimeksi kuluneina kuutena kuukautena äidin ilmoituksen mukaan (WorldSAFE-tutkimus)

Verbaalinen tai psykologinen rangaistus	Esiintyvyys (%)				
	Chile	Egypti	Intia*	Filippiinit	Yhdysvallat
Huusi lapselle	84	72	70	82	85
Nimitteli lasta	15	44	29	24	17
Kirosi lasta	3	51	.*	0	24
Kieltäytyi puhumasta lapselle	17	48	31	15	-b
Uhkasi heittää lapsen ulos	5	0	.*	26	6
Uhkaili hylkäämisellä	8	10	20	48	.*
Uhkaili pahoilla hengillä	12	6	20	48	.*
Lukitsi lapsen ulos kotoa	2	1	.*	12	.*

* maaseutu

** ei kysytty

kahdeksan prosenttia.

Vanhempien käyttämistä väkivallattomista kurinpitomenetelmistä on hyvin vähän tietoa eri kulttuureista ja eri maista. WorldSAFE-projektin rajallisen aineiston mukaan enemmistö vanhemmista käyttää väkivallattomia kurinpitokeinoja. Näihin kuuluvat muun muassa, että lapselle selitetään, miksi hänen käyttäytymisensä on väärä ja käsketään lopettaa, peruutetaan lapselle annettuja etuoikeuksia tai yritetään muulla tavoin muuttaa ongelmakäyttäytymistä. Muualla, esimerkiksi Costa Ricassa, vanhemmat myönsivät käyttävänsä ruumiillista kuritusta, mutta ilmoittavat pitävänsä sitä vähiten suosimanaan menetelmänä.

Laiminlyönti

Monet tutkijat sisällyttävät väkivaltaisen kohtelun määritelmään vanhempien, huoltajien tai muiden lasten hoidosta vastuussa olevien aikuisten puutteellisen hoidon ja sen seuraukset. Laiminlyönnin määritelmään sisällytetään joskus myös lapsen kasvuolot, esimerkiksi nälkä ja köyhyys. Koska määritelmät vaihtelevat ja koska väkivallan ilmoitusvelvollisuudesta säättävät lait eivät aina sisällä laiminlyönnin ilmoittamispakkoa, ongelman laajuutta koko maailman mitassa on vaikea arvioida tai verrata eri maiden tilannetta asianmukaisesti keskenään. Hyvin vähän on tutkittu esimerkiksi, miten lasten ja vanhempien tai muiden lasten hoidosta vastuussa olevien aikuisten käsitykset siitä, mikä on laiminlyöntiä, eroavat toisistaan.

Keniassa tehdyssä tutkimuksessa aikuiset mainitsivat yleisimmäksi lasten pahoinpitelyn muodoksi hylkäämisen ja laiminlyönnin. 21,9 % lapsista ilmoitti vanhempiensa laiminlyöneen heitä. Kanadassa ilmeni kansallisessa tutkimuksessa, että laiminlyönnin takia tehdyistä lastensuojeluilmoituksista 19:ssä prosentissa oli kyse fyysisestä laiminlyönnistä, 12:ssa prosentissa hylkäämisestä, 11:ssä prosentissa kasvatuksen laiminlyönnistä ja 48:ssä prosentissa fyysisestä haitasta, joka aiheutui lapsen puutteellisesta silmälläpidosta.

Lasten pahoinpitelyn ja laiminlyönnin riskitekijät

Perheissä tapahtuvan väkivallan esiintyvyyden selittämiseksi on kehitetty suuri jouk-

Taulukko 3.3

Väkivallattomien kurinpitotoimien yleisyys viimeksi kuluneina kuutena kuukautena äidin ilmoituksen mukaan (WorldSAFE-tutkimus)

Väkivallaton rankaisu	Esiintyvyys (%)				
	Chile	Egypti	Intia*	Filippiinit	Yhdysvallat
Selitti, miksi lapsi käyttäytyi väärin	91	80	94	50	94
Peruutti etuoikeuksia	60	27	43	3	77
Käski lapsen lopettaa	88	69	..**	91	..**
Antoi lapselle muuta tekemistä	71	48	27	66	75
Käski lapsen pysyä paikallaan	37	50	5	58	75

* maaseutu

** ei kysytty

ko teorioita ja malleja. Laajimmin omaksuttu selitysmalli on ekologinen malli, joka esiteltiin luvussa 1. Lapsiin kohdistuvaan tutkimukseen sovellettu ekologinen malli tarkastelee useita tekijöitä, esimerkiksi lapsen ja hänen perheensä, huoltajan tai rikoksenteijän ominaisuuksia, paikallisyhteisön luonnetta ja sosiaalista, taloudellista ja kulttuurista ympäristöä.

Aiheesta tehdyn melko vähäisen tutkimuksen perusteella tietyt riskitekijät vaikuttavat varsin yhteneviltä eri maissa. On tärkeää kuitenkin huomata, että nämä tekijät ovat ehkä ainoastaan tilastollisesti eivätkä kausaalisesti yhteen liittyviä.

Lapsen haavoittuvuutta lisäävät tekijät

Useissa, lähinnä teollisuusmaissa tehdyissä tutkimuksissa on todettu lasten tiettyjen ominaisuuksien lisäävän väkivallan kohteeksi joutumisen vaaraa.

Ikä

Alttius tulla hyväksikäytetyksi, kaltoinkohdeksi tai laiminlyödyksi riippuu osittain lapsen iästä. Kuolemaan johtavat fyysiset pahoinpitelyt ovat yleisimpiä imeväisiässä. Esimerkiksi Fidzissä, Saksassa, Senegalissa ja Suomessa tehtyjen selvitysten mukaan enemmistö uhreista oli alle 2-vuotiaita.

Pienillä lapsilla on myös suurin vaara joutua muun kuin kuolemaan johtavan pahoinpitelyn kohteeksi. Ikäryhmähuiput vaihtelevat kuitenkin maittain. Esimerkiksi Kiinassa huippu osuu 3-6-vuotiaisiin, Intiassa 6-11-vuotiaisiin ja Yhdysvalloissa 6-12-vuotiaisiin. Seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi joutuneiden osuudet sen sijaan yleensä nousevat puberteetti-ikään tultaessa, ja luvut ovat korkeimmat nuoruusiässä. Seksuaalinen hyväksikäyttö voi kuitenkin kohdistua myös pieniin lapsiin.

Sukupuoli

Useimmissa maissa tyttöjen riski joutua henkirikoksen, seksuaalisen hyväksikäytön, koulutuksellisen tai ravitsemuksen laiminlyönnin tai prostituutioon pakottamisen kohteeksi on suurempi kuin poikien (ks. myös luku 6). Useiden kansainvälisten tutkimusten

tulokset osoittavat seksuaalisen hyväksikäytön olevan tytöillä 1,5-3 kertaa niin yleistä kuin pojilla. Koko maailmassa on yli 130 miljoonaa 6-11-vuotiasta lasta, jotka eivät käy koulua. Heistä 60 % on tyttöjä. Joissakin maissa tyttöjen ei joko sallita saavan koulutusta tai heidät pidetään kotona hoitamassa nuorempia sisarusia tai he joutuvat työskentelemään avustukseen perheen elannon hankkimisessa.

Pojilla näyttää olevan monissa maissa suurempi riski joutua ankaran ruumiillisen rangaistuksen kohteeksi. Ei ole selvää, miksi poikiin kohdistetaan ankarampia rangaistuksia, vaikka tyttöjen kuolemanriski on monin paikoin suurempi. On mahdollista, että rankaisemista pidetään valmentautumisena aikuisen rooliin ja vastuuseen tai että poikien arvellaan tarvitsevan enemmän fyysistä kuria. On selvää, että eri yhteiskuntien väliset kulttuuriset kluulut, jotka koskevat naisten roolia ja poikiin ja tyttöihin liitettyjä arvoja saattavat selittää monia näistä eroista.

Erityisominaisuudet

Keskosina syntyneillä, kaksosilla ja fyysisesti vammaisilla lapsilla on todettu olevan kasvanut riski joutua fyysisen väkivallan ja laiminlyönnin kohteeksi. Tutkimustulokset psyykkisen kehitysvamman merkittävydestä riskitekijänä vaihtelevat. Lapsen alhaisen syntymäpainon, keskosuuden, sairauden ja fyysisen tai psyykkisen kehitysvamman uskotaan haittaavan lapsen ja vanhemman välisen kiinnittymisen syntymistä ja siten tekevän lapsesta mahdollisesti alttiimman pahoinpitelylle. Nämä ominaisuudet eivät kuitenkaan näytä olevan suuria vaaratekijöitä, jos otetaan huomioon muut tekijät kuten vanhemmuuteen liittyvät ja yhteiskunnalliset muutujat.

Lasta hoitavien aikuisten ja perheen ominaisuudet

Tutkimuksissa on havaittu yhteyksiä huoltajien samoin kuin perheympäristön tiettyjen ominaisuuksien ja lasten kaltointohtelun välillä. Osa tekijöistä, esimerkiksi demografiset tekijät, liittyvät riskin vaihteluun, toiset liittyvät huoltajan psyykkisiin ja käyttäytymispiirteisiin tai perheympäristön ominaisuuksiin, jotka saattavat vaarantaa vanhemmuuden ja aiheuttaa väkivaltaisuutta.

Sukupuoli

Se, onko pahoinpitelijä tai hyväksikäyttäjä mies vai nainen, riippuu osittain siitä, minkä tyypisestä väkivallasta on kyse. Chilessä, Intiassa, Kiinassa, Suomessa ja Yhdysvalloissa tehdyt tutkimukset viittaavat siihen, että naiset käyttävät oman ilmoituksensa mukaan enemmän fyysistä kuria kuin miehet. Myös kenialaiset lapset ilmoittavat äitien käyttävän väkivaltaa isää enemmän. Miehet kuitenkin ovat yleisimmin syyllisiä hengenvaarallisten päävammojen, luunmurtumien ja muiden vakavien vammojen aiheuttamiseen.

Lapsia seksuaalisesti hyväksikäyttävät vanhemmat ovat monissa maissa valtaosin miehiä. Tutkimukset ovat osoittaneet yhtäpitävästi, että tyttöihin kohdistuvissa hyväksikäyttötapaauksissa yli 90 % tekijöistä on miehiä ja poikiin kohdistuvissa tekijöistä on miehiä 63-86 %.

Perherakenne ja varallisuus

Fyysiseen väkivaltaan syyllistyvät vanhemmat ovat keskimääräistä todennäköisemmin nuoria, naimattomia, köyhiä ja työttömiä. Sekä kehitys- että teollisuusmaissa köyhät, nuoret yksinhuoltajaäidit ovat yksi väkivaltaa lapsiaan kohtaan käyttävien riskiryhmä.

Esimerkiksi Yhdysvalloissa yksinhuoltajaäidit käyttävät oman ilmoituksensa mukaan kolme kertaa niin usein ankaraa ruumiillista kuritusta kuin kahden huoltajan perheiden äidit. Samanlaisia tuloksia on saatu Argentiinassa.

Myös Bangladeshissa, Italiassa, Keniassa, Kolumbiassa, Ruotsissa, Thaimaassa ja Yhdysvalloissa tehdyissä tutkimuksissa on havaittu alhaisen koulutustason ja perheen tarpeita vastaamattomien tulojen kasvattavan lapsiin kohdistuvan fyysisen väkivallan riskiä. Myös poikkeuksia tästä mallista on havaittu. Palestiinalaisperheiden parissa tehdyssä tutkimuksessa rahojen riittämättömyys lasten tarpeiden tyydyttämiseen oli tärkeimpiä vanhempien ilmoittamia henkisen väkivallan syitä.

Perheen koko ja talouden rakenne

Perheen koko voi myös lisätä väkivallan riskiä. Esimerkiksi kiinalaisia vanhempia tutkittaessa havaittiin, että perheissä, joissa oli vähintään neljä lasta, lapsiin kohdistuva väkivalta oli kolme kertaa niin yleistä kuin perheissä, joiden lapsiluku oli pienempi. Perheen koko ei kuitenkaan aina ole yksinään ratkaiseva asia. Useista maista saadut tutkimustulokset osoittavat, että asumisahtaus lisää lasten pahoinpitelyn riskiä. Epävakaaat perheym­päristöt, joissa talouden koostumus vaihtuu usein perheen jäsenten muuttaessa pois ja takaisin, ovat erityisen tyypillisiä jatkuvan laiminlyönnin esiintymistapauksissa.

Persoonallisuus- ja käyttäytymispiirteet

Monissa tutkimuksissa lapsiin kohdistuvaan ja laiminlyöntiin on yhdistetty lukuisia persoonallisuus- ja käyttäytymispiirteitä. Vanhemmilla, jotka todennäköisemmin pahoin­pitelevät lapsiaan fyysisesti, on heikko itsetunto, huono itsehillintä, mielenterveydellisiä ongelmia ja asosiaalista käyttäytymistä. Lasten hoidon laiminlyö­villä vanhemmilla on monia näistä samoista ongelmista. Heillä saattaa myös olla vaikeuksia tärkeiden elämä­vaiheiden suunnittelussa, esimerkiksi naimisiin menossa, lasten hankkimisessa tai työn­haussa. Monet näistä ominaisuuksista vaarantavat vanhemmuuden ja liittyvät sosiaalisten suhteiden epävakaisuuteen, huonoon stressinhallintakykyyn ja vaikeuteen turvautua sosiaaliin tukijärjestelmiin.

Väki­valtaiset vanhemmat saattavat myös olla huonosti asioista perillä, ja heillä saattaa olla epärealistisia odotuksia lapsen kehityksestä. Tutkimusten mukaan väki­valtaiset vanhemmat reagoivat ärtyneemmin lapsen mielialaan ja käyttäytymiseen, tukevat lapsiaan vähemmän, eivät ole niin helliä, leikkisiä eivätkä herkästi reagoivia. He ovat myös auto­ritarisempia ja vihamielisempia.

Vanhempien omat kokemukset

Lapsina kaltoin kohdelluilla vanhemmilla on suurempi riski pahoinpidellä omia lapsi­aan. Yhteys on kuitenkin monimutkainen, ja joidenkin tutkimusten mukaan enemmistö väki­valtaisista vanhemmista ei ole itse joutunut lapsena pahoinpidellyksi. Vaikka empi­risen aineiston mukaan suhde on olemassa, tämän riskitekijän merkitystä on saatettu lii­oitella. Muut lasten pahoinpitelyyn yhdistetyt tekijät, kuten vanhempien nuori ikä, stres­si, eristyneisyys, asumisahtaus, päihteiden väärinkäyttö ja köyhyys, saattavat ennustaa väki­valtaisuutta paremmin.

Perheväkivalta

Entistä enemmän huomiota on alettu kiinnittää parisuhdeväkivaltaan ja sen ja lapsiin kohdistuvan väkivallan väliseen yhteyteen. Maantieteellisesti ja kulttuurisesti toisilleen kaukaisissa maissa Filippiineillä, Egyptissä, Etelä-Afrikassa, Intiassa, Kiinassa,

Kolumbiassa, Meksikossa ja Yhdysvalloissa on kaikissa todettu voimakas korrelaatio näiden kahden väkivallan muodon välillä. Intiassa havaittiin hiljattain perheväkivallan kaksinkertaistavan lasten pahoinpitelyriskin. Tunnetuista lasten väkivaltatapauksista vähintään 40:ssä prosentissa esiintyi kodissa myös perheväkivaltaa. Todellisuudessa suhde saattaa olla vahvempikin, koska monet lastensuojeluviranomaiset eivät kerää automaattisesti tietoja muista perheessä esiintyvistä väkivallan muodoista.

Muut ominaisuudet

Stressi ja vanhemman sosiaalinen eristyneisyys on myös yhdistetty väkivaltaan ja laiminlyöntiin. Työpaikan vaihdoksesta, tulojen menetyksestä, terveysongelmista tai muista perheympäristötekijöistä johtuvan stressin uskotaan voivan lisätä perheen ristiriitoja ja heikentää perheenjäsenen kykyä selviytyä tai löytää tukea. Ne, jotka pystyvät paremmin löytämään sosiaalista tukea, eivät yhtä todennäköisesti pahoinpitele lapsiaan silloinkaan kun muut riskitekijät ovat olemassa. Esimerkiksi Buenos Airesissa Argentiinassa tehdystä tapaus-verrokkitutkimuksessa yksinhuoltajaperheissä asuvilla lapsilla oli huomattavasti suurempi riski tulla pahoinpidellyiksi kuin kahden vanhemman perheen lapsilla. Riski oli kuitenkin alempi niillä, jotka kykenivät paremmin hankkimaan sosiaalista tukea.

Lasten pahoinpitely on monissa tutkimuksissa yhdistetty myös päihteiden väärinkäyttöön. Lisätutkimus on kuitenkin tarpeen päihteiden väärinkäytön suoran vaikutuksen erottamiseksi siihen liittyvistä köyhydestä, ahtaasti asumisesta, mielenterveyshäiriöistä ja terveysongelmista.

Yhteisölliset tekijät

Köyhyys

Lukuisat eri maissa tehdyt tutkimukset vahvistavat köyhyden ja lasten väkivaltaisen kohtelun välisen yhteyden. Väkivaltaisuus on yleisempää yhteisöissä, joissa työttömyysaste on korkea ja köyhyys keskittynyttä. Näille yhteisöille on tunnusomaista myös väestön suuri vaihtuvuus ja asumisahtaus. Tutkimukset osoittavat, että krooninen köyhyys vaikuttaa haitallisesti lapsiin vanhempien käyttäytymisen ja yhteisöllisten voimavarojen saatavuuden kautta. Yhteisöissä, joissa on korkea köyhyysaste, on yleensä mureneva fyysinen ja sosiaalinen infrastruktuuri ja vähemmän resursseja ja suotuisia tekijöitä kuin vauraimmissa yhteisöissä.

Sosiaalinen pääoma

Sosiaalinen pääoma kuvastaa yhteisössä vallitsevaa koheesion ja solidaarisuuden astetta. Sellaisilla alueilla asuvilla lapsilla, joiden sosiaalinen pääoma ja sosiaaliset investoinnit ovat vähäisempiä, näyttää olevan suurempi vanhempien väkivallan kohteeksi joutumisen riski ja enemmän psykologisia ja käyttäytymisongelmia. Toisaalta sosiaalisten verkostojen ja naapuruussuhteiden on osoitettu suojaavan lapsia. Tämä pätee myös niiden lapsien kohdalla, joilla on lukuisia riskitekijöitä kuten köyhyys, väkivaltaisuus, päihteiden väärinkäyttö ja vanhempien huono koulumenestys. Sosiaalisen pääoman korkea taso muodostaa suojaavan tekijän.

Yhteiskunnalliset tekijät

Monien koko yhteiskunnan tason tekijöiden katsotaan vaikuttavan suuresti lasten ja perheiden hyvinvointiin. Näitä tekijöitä, joita toistaiseksi on tutkittu lasten pahoinpitelyn

riskitekijöinä vain harvoissa maissa, ovat muun muassa:

- kulttuuristen arvojen ja talouden vaikutus siihen, mitä valintoja perheillä on käytettävissään ja miten ne valitsevat
- sukupuolten välinen eriarvoisuus ja tuloerot. Näiden tekijöiden on todettu vaikuttavan väkivallan muiden muotojen esiintyvyyteen, ja ne liittyvät todennäköisesti myös lasten pahoinpitelyyn.
- sukupuolirooleja, vanhempien ja lasten välistä suhdetta ja perheen yksityisyyttä koskevat kulttuuriset normit
- perhepolitiikka, esimerkiksi vanhempainlomaan, äitien työsuhdeturvaan ja lastenhoidtojärjestelyihin liittyvät asiat
- lasten ehkäisevän terveydenhuollon luonne ja laajuus, joka vaikuttaa lasten pahoinpitely- ja hyväksikäyttötapausten havaitsemiseen
- sosiaalisen hyvinvointijärjestelmän vahvuus, ts. lasten ja perheiden turvaverkon tarjoavien tukien kokonaisuus
- sosiaalisen suojelun luonne ja laajuus ja rikosoikeudellisen järjestelmän toimivuus
- laajemmat sosiaaliset konfliktit ja sodat.

Monet näistä laajemmista yhteiskunnallisista tekijöistä voivat vaikuttaa vanhempien kykyyn huolehtia lapsistaan. Ne joko lisäävät tai helpottavat perhe-elämän stressiä ja vaikuttavat perheiden käytettävissä oleviin resursseihin.

Lapsiin kohdistuvan väkivallan ja seksuaalisen hyväksikäytön seuraukset

Vaikutukset terveyteen

Lapsiin kohdistetun väkivallan aiheuttama terveyden heikentyminen muodostaa merkittävän osan maailmanlaajuisesta sairaustaakasta. Terveydellisistä seurauksista osaa on tutkittu, osaan, esimerkiksi mielen terveyden häiriöihin ja itsetuhoikäyttämiseen, on alettu kiinnittää huomiota vasta viime aikoina. Tärkeää on ollut saada näyttöä siitä, että aikuisten yleiset sairaudet, muun muassa sepelvaltimotauti, syöpä, krooninen keuhkotauti, ärtyneen paksusuolen syndrooma ja fibromyalgia, ovat yhteydessä lapsuuden aikaisiin pahoinpitely- ja inestikokemuksiin. Näitä tuloksia selittävä mekanismi on erilaisten käyttäytymisen riskitekijöiden, esimerkiksi tupakoinnin, alkoholin väärinkäytön, huonon ruokavalion ja liian vähäisen liikunnan, omaksuminen. Tutkimus on myös osoittanut merkittäviä akuutteja ja pitkäaikaisseurauksia.

Monissa tutkimuksissa on todettu niin ikään lyhyt- ja pitkäaikaisia mielen terveydellisiä vaikutuksia. Toisilla lapsilla on oireita, jotka eivät ole kliinisesti huolta aiheuttavia, toisten oireet ovat kliinistä tasoa mutta eivät niin suuria kuin hoitoympäristössä yleensä nähdyllä lapsilla. Joillakuilla on vakavia mielen terveysoireita kuten masennusta, ahdistuneisuutta, päihteiden väärinkäyttöä, aggressiivisuutta, häpeää tai kognitiivisia puutteita. Osa lapsista täyttää kaikki psyykkisen sairauden kriteerit, esimerkiksi posttraumaattisen stressihäiriön, vakavan masennuksen, tuskaisuushäiriön ja unihäiriöiden kriteerit. Christchurchissä Uudessa Seelannissa hiljattain tehdyssä kohorttitutkimuksessa löydettiin merkittävä yhteys lapsuudenaikaisen seksuaalisen hyväksikäytön ja myöhempien mielen terveysongelmien - masennuksen, ahdistusoireiden ja itsemurha-ajatusten ja -käyttäytymisen - välillä.

Fyysiset, emotionaaliset ja käyttäytymishäiriöt vaihtelevat riippuen lapsen kehitysvaiheesta teon tapahtuessa, teon vakavuudesta, tekijän ja lapsen välisestä suhteesta, pahoin-

Taulukko 3.4

Lasten pahoinpitelyn, hylkäämisen ja seksuaalisen hyväksikäytön terveyshaitat

Fyysiset

Suolisto- ja rintaontelovammat
Aivovammat
Ruhjeet ja piiskanjäljet
Palovammat
Keskushermostovauriot
Ruumiinvamma
Murtumat
Naarmut ja hiertymät
Silmävammat
Seksuaaliset
Suvunjatkamisongelmat

Masennus ja ahdistuneisuus
Kehityksen viivästyminen
Syömis- ja unihäiriöt
Häpeän ja syyllisyyden tunne
Yliaktiivisuus
Huonot ihmissuhteet
Huono kouluosuoriutuminen
Huono itsetunto
Posttraumaattinen stressihäiriö
Psykosomaattiset häiriöt
Itsemurhakäyttäytyminen ja itsensä vahingoittaminen

Seksuaaliset häiriöt

Seksuaaliteitse tarttuvat sairaudet, myös hiv/aids
Epätoivottu raskaus

Muut pitkäaikaiset seuraukset

Syöpä
Krooninen keuhkotauti
Fibromyalgia
Ärtyneen paksusuolen oireyhtymä
Sepelvaltimotauti
Maksasairaus
Lisääntymisterveyden ongelmat, esimerkiksi hedelmättömyys

Psykologiset ja käyttäytymiseen liittyvät

Alkoholin ja huumeiden väärinkäyttö
Kognitiiviset häiriöt
Rikollinen, väkivaltainen tai muu riskinotto-käyttäytyminen

pitelyn tai hyväksikäytön kestoista sekä muista lapsen ympäristötekijöistä.

Taloudellinen rasitus

Uhrien lyhyt- ja pitkäaikaisen hoidon aiheuttamat taloudelliset kustannukset muodostavat merkittävän osan lapsiin kohdistetun väkivallan ja lasten seksuaalisen hyväksikäytön tuottamasta kokonaisrasituksesta. Laskelmiin on otettu mukaan hoitoon liittyvät välittömät kustannukset, sairaala- ja lääkärikäynnit sekä muut terveyspalvelut. Erilaisia välillisiä kustannuksia aiheuttavat tuottavuuden menetykset, vammat, elämän laadun heikkeneminen ja ennenaikaiset kuolemat. Kustannuksia, joita aiheutuu rikosoikeusjärjestelmälle ja muulle hallinnolle ovat mm.:

- tekijöiden kiinniottoon ja syyttämiseen liittyvät kustannukset
- lasten huonoa kohtelua koskevien sosiaalitoimelle tehtyjen ilmoitusten tutkiminen ja lastensuojelutoimenpiteet
- sijaishoitokustannukset
- koululaitokselle aiheutuvat kustannukset
- työstä poissaolon ja tuottavuuden laskun aiheuttamat kustannukset.

Käytettävissä olevat tiedot muutamista teollisuusmaista valaisevat taloudellisen rasituksen mahdollista suuruutta. Vuonna 1996 lasten pahoinpitelyn ja laiminlyönnin taloudelliseksi kustannukseksi Yhdysvalloissa arvioitiin noin 12,4 miljardia USD. Tähän lukuun

sisältyivät arviot tulevista ansionmenetyksistä, koulutuskustannuksista ja aikuisten mielenterveyspalveluista. Iso-Britanniassa on esitetty arviona vajaa 1,2 miljardia USD, joka sisältää pelkästään välittömät hyvinvointi- ja oikeudellisten palvelujen kustannukset. Yksilöille, perheille ja yhteiskunnalle aiheutuvat lyhyt- ja pitkäaikaiset kokonaiskustannukset tulevat todennäköisesti ehkäiseviä toimia moninkertaisesti kalliimmiksi.

Miten lapsiin kohdistuvaa väkivaltaa voidaan ehkäistä?

Vaikka miltei kaikkialla maailmassa lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisy on todettu tärkeäksi sosiaalipoliittiseksi kysymykseksi, ehkäisevien toimien tehokkuutta on tutkittu yllättävän vähän. Joitakin menetelmiä, esimerkiksi terveydenhoitajien kotikäyntejä, on tutkittu huolellisesti, mutta monien muiden menetelmien arviointi on ollut riittämätöntä.

Suurin osa ohjelmista keskittyy väkivallanteen uhreihin tai tekijöihin. Hyvin harvoin etusijalle on asetettu pahoinpitelyn, laiminlyönnin tai hyväksikäytön tapahtumisen estäminen. Seuraavassa esitellään yleisimmin käytetyt lähestymistavat.

Perhetukiohjelmat

Vanhemmukseen harjaannuttaminen

On kehitetty koko joukko vanhemmuustaitojen parantamiseen ja perheiden tukemiseen tähtäviä menetelmiä. Tällaisilla ohjelmilla annetaan yleensä vanhemmille tietoa lapsen kehityksestä ja autetaan heitä kehittämään lasten käyttäytymisen hallinnan taitoja. Useimmiten nämä ohjelmat on kohdistettu riskiperheille tai perheille, joissa ongelmia on jo esiintynyt. Yhä yleisemmin ollaan kuitenkin sitä mieltä, että opin ja harjoittelun antaminen kaikille vanhemmille ja tuleville vanhemmille voi olla hyödyksi. Esimerkiksi Singaporessa vanhemmuuden taitojen opettaminen alkaa peruskoulussa ”vanhemmuuteen valmentautumisen” tunneilla. Oppilailta opetetaan lasten hoitoa ja kehitystä, ja he saavat harjoitella esikouluissa ja päiväkodeissa.

Perheissä, joissa väkivaltaa on jo esiintynyt, ensisijaisena tavoitteena on estää sen jatkuminen sekä sen negatiiviset seuraukset lapselle, kuten tunneongelmien synty ja kehityksen viivästyminen. Vanhemmuuteen harjaannuttamisohjelmien lupaavia tuloksia nuorisoväkivallan vähentämisessä on arvioitu, mutta hyvin vähän on tutkittu niiden vaikutusta lasten kaltoinkohtelu- ja laiminlyöntitapausten määrään. Asiaan läheisesti liittyviä seikkoja kuten vanhemmuustaitoja, vanhemman ja lapsen ristiriitatilanteita ja vanhempien mielenterveyttä, on sen sijaan käytetty ohjelmien tehokkuuden arviointimittareina.

Wolfe arvioi erästä erityisesti riskiryhmään kuuluviksi katsotuille perheille suunnattua vanhemmuuteen opastavaa ohjelmaa. Äiti-lapsi –parit nimettiin satunnaisesti kahteen ryhmään, joista toiseen kohdistettiin toimenpiteitä ja toinen toimi vertailuryhmänä. Äideillä, jotka saivat opastusta, ilmoittivat vähemmän lasten käytösongelmia kuin vertailuryhmän äidit. Seurantatutkimus osoitti lisäksi, että opastusta vanhemmuuteen saaneilla äideillä oli alhaisempi riski käyttää väkivaltaa.

Kotikäynnit ja muut perhetukiohjelmat

Kotikäyntiohjelmat tuovat yhteisön voimavaroja perheille omaan kotiin. Tällaisen toiminnan on todettu olevan lupaavimpia tapoja ehkäistä monia negatiivisia seurauksia, esimerkiksi nuorisoväkivaltaa ja lasten pahoinpitelyä ja insestiä. Kotikäyntien aikana tarjotaan tietoa, tukea ja muita perheen toimintaa parantavia palveluja. Kotikäyntimalleja on

kehitetty lukuisia, ja niitä on myös tutkittu. Käyntejä saatetaan tarjota kaikille perheille riippumatta riskien esiintymisestä tai saatetaan keskittyä riskiryhmän perheisiin, esimerkiksi ensimmäisen lapsensa saaneisiin tai yksinhuoltajiin ja teinivanhempiin, jotka asuvat köyhimmillä alueilla.

Wasik & Roberts tutkivat 1 900 kotikäyntiohjelmaa. 224:ssä niistä tarjottiin palveluja pääasiassa kaltoinkohdelluille ja laiminlyödyille lapsille. Vanhemmuustaitojen ja vanhempien selviytymiskyvyn parantamista pidettiin näissä tärkeimpinä palveluina; seuraavana tuli emotionaalinen tuki. Perheissä käytiin yleensä viikoittain tai joka toinen viikko, ja palveluja tarjottiin 6 kk – 2 vuoden ajan.

Esimerkki tällaisesta ohjelmasta on vanhempien keskuksen Kapkaupungissa Etelä-Afrikassa toteuttama hanke. Kotikäyntien suorittajat ovat yhteisön jäseniä, jotka keskus kouluttaa ja joita sosiaalityöntekijät valvovat. Perheissä käydään kuukausittain ennen syntymistä, kerran viikossa ensimmäisen kahden kuukauden ajan synnytyksen jälkeen ja sitten kerran kuussa, kunnes vauva täyttää 6 kuukautta. Sosiaalityöntekijä päättää, jatketaanko käyntejä siitä eteenpäin. Tarpeen mukaan perheitä neuvotaan hakeutumaan muiden palvelujen käyttäjiksi.

Kotikäyntien pitkäaikaisvaikutuksista lasten kaltoinkohteluun ja laiminlyöntiin on tehty vain harvoja tutkimuksia. Oldsin mukaan naiset, joiden luona kävi terveydenhoitaja raskauden ja vauvaiän aikana, tekivät 15 vuoden seurantajakson aikana vähemmän lapsen kohdistuvia väkivaltaisia tekoja kuin ne naiset, joiden luona ei käyty.

Intensiiviohjelmat perheiden koossapitämiseksi

Tämä palvelu on suunniteltu pitämään perheitä koossa ja ehkäisemään lasten sijoituksia. Se suunnataan perheisiin, joissa on todettu lasten kaltoinkohtelua. Puuttuminen on lyhytaikaista (muutamia viikkoja tai kuukausia) ja tehostettua, jolloin yhdelle perheelle omistetaan yleensä 10-30 tuntia viikossa joko kotona tai muussa lapselle tutussa ympäristössä. Palvelujen kirjo on tavallisesti laaja. Perheen tarpeiden mukaan siihen voi sisältyä erimuotoista terapiaa ja käytännöllisempiä palveluja kuten tilapäistä vuokratukea.

Yhdysvalloissa toteutetusta tällaisesta ohjelmasta on esimerkkinä ”Homebuilders”, intensiivinen perhekriiseihin puuttumis- ja kasvatusohjelma. Valtiolliset työntekijät ohjaavat siihen perheitä, joissa yksi tai useampia lapsia on välittömässä vaarassa tulla sijoitetuksi. Perheet saavat neljän kuukauden ajan tehostettuja, 24 tuntia vuorokaudessa käytettävissä olevia terapiapalveluja. Palvelujen laaja kirjo vaihtelee perustarpeiden tyydyttämisestä kuten ruuan ja asunnon tarjoamisesta uusien taitojen opettamiseen.

Tämän tyyppisen puuttumisen arviointi on ollut vähäistä eivätkä tutkimusten tulokset ole olleet täysin vakuuttavia, mikä johtuu lähinnä siitä, että ohjelmat tarjoavat hyvin monenlaisia palveluja ja vertailuryhmä on yleensä puuttunut. On jonkin verran näyttöä siitä, että perheen koossa pitämiseen tähtäävät ohjelmat saattavat auttaa välttämään lapsen sijoittamisen ainakin lyhyellä aikavälillä. On kuitenkin hyvin vähän näyttöä siitä, että ongelman taustalla olevat häiriöt perheen toimivuudessa voitaisiin ratkaista tällaisilla lyhytaikaisilla intensiivipalveluilla. Eräässä useiden intensiiviohjelmien meta-analyysissä todettiin, että parhaita tuloksia saatiin aikaan sellaisilla ohjelmilla, jossa perheiden osallistuminen oli voimakasta ja niiden omia vahvuuksia käytettiin hyväksi ja joihin sisältyi sosiaalisen tuen tarjoaminen.

Terveydenhuollolliset lähestymistavat

Terveystarkastukset

Terveydenhuollon ammattilaisilla on ratkaiseva asema kaltoinkohtelu- ja laiminlyöntitapausten tunnistamisessa ja hoitamisessa samoin kuin epäiltyjen tapausten ilmoittamisessa asianomaisille viranomaisille. On äärimmäisen tärkeää, että väkipalta havaitaan varhain, jotta seuraukset lapsen kannalta jäävät mahdollisimman pieniksi ja jotta voidaan käynnistää tarpeelliset palvelut mahdollisimman nopeasti.

Terveystarkastukset ovat vanha keino tunnistaa terveysongelma ennen kuin sen merkkejä tai oireita ilmaantuu. Lasten kaltoinkohtelu- ja laiminlyöntitapauksissa tämä voi olla vaikeaa, koska se edellyttäisi suoraan tekijältä tai tilannetta seuraavilta saatuihin tietoihin luottamista. Tämä vuoksi kirjallisuudessa on kuvattu suhteellisen harvoja terveystarkastusmalleja. Enimmäkseen ne ovat keskittyneet lapsiin kohdistuvan väkivallan tai laiminlyönnin varhaiseen toteamiseen pääasiassa koulutuksen ja opetuksen tason noston avulla.

Terveydenhuollon ammattilaisten koulutus

Useissa maissa tehdyt tutkimukset ovat tuoneet esiin tarpeen kouluttaa jatkuvasti terveydenhuollon ammattilaisia tunnistamaan lapsiin kohdistuvan väkivallan ja laiminlyönnin varhaiset merkit ja oireet ja tekemään nopeasti ilmoitus viranomaisille. Monet terveydenhuolto-organisaatiot ovatkin kehittäneet koulutusohjelmia parantaakseen sekä lapsiin kohdistuvan väkivallan ja laiminlyöntien havaitsemista että niistä ilmoittamista samoin kuin ammattilaisten tietoja saatavilla olevista yhteiskunnan palveluista. Esimerkki Yhdysvalloissa Amerikan lääkäriyhdistys ja Amerikan lastenlääkäriakatemia ovat julkaisseet lapsiin kohdistuvan väkivallan ja seksuaalisen hyväksikäytön diagnosointi- ja hoito-ohjeiston. New Yorkin osavaltiossa terveydenhuollon ammattilaisilta vaaditaan kahden tunnin kurssi lasten pahoinpitelyn, laiminlyönnin ja seksuaalisen hyväksikäytön tunnistamisessa ja ilmoituksen tekemisessä edellytyksenä toimiluvan saamiselle. Useissa Euroopan maissa ja myös muualla on myös ryhdytty lisäämään vastaavanlaista koulutusta.

Pahoinpitelyn ja laiminlyönnin havaitseminen ei kuitenkaan aina ole yksinkertaista. Yleensä tarvitaan erityisiä haastattelutekniikoita ja fyysistä tutkimista. Ammattihenkilöstön on myös oltava valpas havaitsemaan perheen tai muita riskitekijöitä, jotka saattavat viitata väkivallankäyttöön.

Jotkut tutkijat ovat ehdottaneet koulutuksen jatkuvuuden säilyttämiseksi moniosaisia, strukturoituja opintovaatimuksia sen mukaan, miten paljon kyseinen työntekijä joutuu tekemisiin asian kanssa. Tämä ehdotuksen mukaan kehitettäisiin erillisiä mutta integroituja kursseja toisaalta lääketieteen opiskelijoille ja harjoittelua suorittaville lääkäreille ja toisaalta niille, jotka ovat aiheesta erityisen kiinnostuneita.

Koulutusohjelmien arviointitutkimukset ovat keskittyneet pääasiassa terveydenhuollon työntekijöiden tietoihin lasten pahoinpitelystä ja käyttäytymisestä. Opetusohjelmien vaikutusta tuloksiin, esimerkiksi hoidon parantumiseen tai lasten hoitoon ohjaamiseen, ei tunneta.

Terapeuttiset lähestymistavat

Lasten pahoinpitelyn ja laiminlyönnin vaatimat toimet riippuvat monista tekijöistä, kuten lapsen iästä ja kehitysvaiheesta sekä ympäristön stressitekijöistä. Tämän vuoksi on kehitetty laaja kirjo terapiapalveluja. Terapiaohjelmia on käynnistetty kaikkialla maail-

massa, mm. Argentiinassa, Kiinassa, Kreikassa, Panamassa, Senegalissa, Slovakiassa ja Venäjällä.

Uhrien käytettävissä olevat palvelut

Fyysistä väkivaltaa kokeneiden lasten hoito-ohjelmista tehdyssä selvityksessä todettiin, että suosituinta oli terapeuttiivinen päivähoito, jossa korostetaan tiedollisten ja kehitystaitojen parantamista. Terapeuttista päivähoitoa on suositeltu hyvin monissa samankaltaisissa tilanteissa, esimerkiksi tunne-elämän, käyttäytymisen tai kiinnittymisen ongelmissa ja kognitiivisissa ja kehitysviivästymisissä. Se yhdistää terapian ja erityishoitomuotoja lapsen päivittäisiin toimiin päiväkodissa. Useimpiin tämääntyyppisistä ohjelmista sisältyy myös vanhemmille suunnattu terapia ja koulutus.

Esimerkin sosiaalisesti vetäytyvien, pahoinpideltyjen lasten erityishoitomenetelmästä on kuvannut Fantuzzo. Pahoinpideltyt esikouluikäiset lapset, jotka olivat erittäin vetäytyneitä sosiaalisesti, sijoitettiin leikkiryhmiin yhdessä sosiaalisessa toiminnassa korkeammalla tasolla olevien lasten kanssa. Paremmiin toimivia lapsia opetettiin toimimaan roolimalleina vetäytyville lapsille ja rohkaisemaan näitä osallistumaan leikkeihin. Heidän tehtävänä oli lähestyä vetäytyneitä lapsia sopivin sanallisin ja toiminnallisin muodoin, esimerkiksi leluja ojentamalla. Vetäytyneiden lasten sosiaalisessa käyttäytymisessä havaittiin edistystä, vaikka menetelmän pitkäaikaisvaikutuksia ei arvioitu. Useimmista muistaakaan katsauksessa mainituista hoito-ohjelmista ei ole tehty arviointitutkimuksia.

Lapsina väkivaltaa kokeneille aikuisille suunnatut palvelut

Lukuisissa tutkimuksissa on todettu yhteys lapsena pahoinpitelyn tai seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi joutumisen historian ja monien elämäntilanteiden, esimerkiksi päihteiden väärinkäytön, mielenterveysongelmien ja alkoholiriippuvuuden, välillä. Lapsiuhreja ei myöskään välttämättä tunnisteta ennen kuin myöhemmässä elämänvaiheessa, ja oireiden ilmaantuminen voi kestää hyvinkin kauan. Näistä syistä viime vuosina on lisätty palvelujen tarjontaa lapsena väkivallan kohteeksi joutuneille aikuisille, erityisesti ohjaamista mielenterveyspalveluihin. Valitettavasti aikuisiin suunnattujen toimien vaikutusta on tutkittu hyvin vähän. Useimmat tutkimukset koskevat isiensä seksuaalisesti hyväksikäyttämiä tyttöjä.

Juridiset keinot

Pakottava ja vapaaehtoinen ilmoittaminen

Terveysalan ammattilaisilla on lain määräämä velvollisuus ilmoittaa lasten pahoinpitelystä, laiminlyönnistä ja hyväksikäytöstä useissa maissa, esimerkiksi Argentiinassa, Espanjassa, Etelä-Koreassa, Israelissa, Kirgisiassa, Ruandassa, Sri Lankassa, Suomessa ja Yhdysvalloissa. Suhteellisen harvoissa maissa lain määräykset ovat kuitenkin pakottavia. Tuoreen maailmanlaajuisen kyselyn mukaan 58:sta vastanneesta maasta 33:lla oli pakottava ilmoitusvelvollisuus ja 20:lla vapaaehtoinen.

Pakottavasta ilmoitusvelvollisuudesta säätävien lakien perusteluissa on todettu väkivallan varhaisen havaitsemisen auttavan vammojen estämisessä, lisäävän uhrien turvallisuutta vapauttamalla heidät ilmoituksen tekopakosta sekä vahvistaa oikeuslaitoksen, terveydenhuollon ja muiden palvelujen koordinoitua.

Brasiliassa on pakottava velvollisuus ilmoittaa tapauksista viisijäseniselle lautakunnalle. Kahdeksi vuodeksi valittavilla lautakunnan jäsenillä on velvollisuus suojella uhreja

kaikin sosiaalipoliittisin keinoin, esimerkiksi tilapäisen sijaishoidon ja sairaalanoton avulla. Juridiset seikat kuten tekijöiden syyttäminen ja vanhempien oikeuksien peruuttaminen eivät kuulu lautakunnan toimivaltaan.

Pakottavat lait saattavat olla hyödyllisiä tietojen keruun kannalta, mutta niiden tehokkuutta väkivallan, laiminlyönnin ja hyväksikäytön ehkäisyssä ei tunneta. Kriitikot ovat esittäneet useita huolenaiheita, esimerkiksi pystyvätkö riittämättömin varoin toimivat sosiaaliviranomaiset auttamaan lasta ja hänen perhettään ja voiko käydä niin, että lait aiheuttavat enemmän haittaa kuin hyötyä herättämällä turhia toiveita.

Erimuotoisia vapaaehtoisia ilmoitusjärjestelmiä on käytössä monissa maissa, esimerkiksi Barbadosella, Japanissa, Kamerunissa, Kroatiassa, Romaniassa ja Tansaniassa. Alankomaissa epäilyistä voidaan ilmoittaa vapaaehtoisesti jommallekummalle kahdesta itsenäisestä virastosta, joko lasten huolto- ja suojelulautakunnalle tai lääkärin ylläpitämälle vastaavalle elimelle. Näiden molempien tehtävä on suojella lapsia väkivallalta, laiminlyönniltä ja hyväksikäytöltä, ja ne tutkivat epäilyistä tapauksista tehdyt ilmoitukset. Ne eivät tarjoa hoitopalveluja lapsille eivätkä perheille, vaan ohjaavat nämä eteenpäin.

Lastensuojelupalvelut

Lastensuojeluviranomaiset tutkivat ja yrittävät todistaa epäilyjä koskevat ilmoitukset. Ilmoitukset ovat peräisin monista lähteistä kuten terveydenhuoltohenkilöstöltä, poliisilta, opettajilta ja naapureilta.

Jos ilmoitus osoitetaan oikeaksi, lastensuojeluviranomaisten on tehtävä päätös sopivasta hoidosta ja hoitoonohjauksesta. Nämä päätökset ovat usein vaikeita, koska on löydettävä tasapaino useiden mahdollisesti kilpailevien vaatimusten välillä, esimerkiksi lapsen suojelemisen tarpeen ja perheen koossa pitämisen pyrkimyksen välillä. Lapsille ja perheille tarjotut palvelut vaihtelevat suuresti. Toistaiseksi on hyvin vähän tutkimuksia lastensuojelun tehokkuudesta lapsiin kohdistuvan väkivallan vähentämisessä, vaikka jonkin verran onkin julkaistu tutkimuksia hoitoonohjaukseen liittyvästä päätöksenteosta sekä sen nykyisistä puutteista. On esimerkiksi todettu, että tarvitaan pysyvät kriteerit riskiryhmään kuuluvien perheiden ja lasten tunnistamiseksi.

Lapsikuolemien tutkintaryhmät

Yhdysvalloissa lisääntynyt tietoisuus vakavan väkivallan kohdistumisesta lapsiin on johtanut monissa osavaltioissa erityisten ryhmien perustamiseen lapsikuolemien tutkimiseksi. Nämä monen alan asiantuntijoista koostuvat ryhmät tutkivat kuolemantapauksia poliisilta, syyttäjiltä, terveydenhuollosta, lastensuojelusta ja kuolinsyytutkijoilta saatujen tietojen perusteella ja yhteistyössä näiden kanssa. Tutkijat ovat todenneet näiden asiantuntijaryhmien pystyvän havaitsemaan lapsen kohdistuvan väkivallan merkit paremmin kuin ilman asianomaista koulutusta toimivien. Tämän toiminnan yhtenä tavoitteena onkin parantaa lapsikuolemien luokittelun tarkkuutta.

Luokittelun tarkkuus voi puolestaan parantaa syytteiden laatua näytön keräämisen kautta. Georgian osavaltiossa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin asiantuntijaryhmien onnistunein parhaiten sekä pahoinpitelystä että kätkytkuolemasta johtuvien lapsikuolemien selvittelyssä. Asiantuntijaryhmän tutkimuksessa luokiteltiin tarkasteluvuoden aikana kaksi prosenttia alun perin muusta syystä johtuviksi katsotuista kuolemantapauksista huonon kohtelun aiheuttamiksi.

Asiantuntijaryhmien tarkoituksena on myös ehkäistä väkivaltaisia kuolemia selvittämällä, analysoimalla ja toteuttamalla korjaavia toimia sekä parantamalla eri viranomais-

ten ja tieteenalojen yhteistyötä.

Pidätyksessä ja syyttämisessä noudatettavat menettelytavat

Rikosoikeudelliset toimintatavat vaihtelevat suuresti kuvastaen oikeusjärjestelmän roolia koskevia erilaisia näkemyksiä. Päätös siitä, syytetäänkö lapsen väkivaltaisesta koh- telusta epäiltyä, riippuu useista tekijöistä kuten teon vakavuudesta, näytön vahvuudesta, siitä pystyykö lapsi esiintymään vakuuttavasti todistajana ja onko muita keinoja käytettä- vissä. Eräässä lasten seksuaalista hyväksikäyttöä tarkastelevassa katsauksessa todettiin, että kahden vuoden aikana kirjatusta 451 syytöksestä 72 prosenttia pidettiin todennäköisi- nä hyväksikäyttötapauksina. Muodollinen syyte nostettiin kuitenkin vain reilussa puoles- sa tapauksista. Eräässä toisessa tutkimuksessa syyttäjien todettiin hyväksyneen 60 % heil- le tuoduista tapauksista.

Rikoksentehtijöiden pakottava hoito

Tuomioistuimen päätöksellä tapahtuva hoitoonohjaus lastensuojelurikoksen perusteel- la on käytössä monissa maissa. Tutkijat ovat kuitenkin erimielisiä siitä, onko se vapaaeh- toista hoitoon hakeutumista parempi järjestelmä. Pakottava hoitoonohjaus perustuu siihen käsitykseen, että juridisten seuraamusten puuttuessa jotkut kieltäytyvät hoidosta. Toisaalta on esitetty näkemys, että oikeuden päätöksellä toteutettu pakkohoito saattaa aiheuttaa vastarintaa teon tekijässä ja siksi vapaaehtoisuus on edellytys hoidon onnistumi- selle.

Yhteisölliset toimet

Yhteisölliset toimet keskittyvät usein valikoituihin väestöryhmiin tai toteutetaan tie- tyssä ympäristössä kuten koulussa. Niitä voidaan toteuttaa myös laajempina, tiettyjä väes- töryhmiä tai jopa koko väestön kattavina, jolloin monet yhteiskunnan sektorit toimivat yhteistyössä.

Kouluissa toteutettavat ohjelmat

Lasten seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisemiseen tähtäävät kouluissa toteutettavat ohjelmat ovat laajimmin käytettyjä ehkäiseviä strategioita. Useissa maissa ne ovat kiinteä osa opetusohjelmaa. Esimerkiksi Irlannissa toteutetaan lähes kaikissa ala-asteen kouluis- sa Stay Safe –ohjelmaa, jota tukevat Opetusministeriö ja uskonnolliset johtajat.

Näissä ohjelmissa lapsia opetetaan yleensä tunnistamaan uhkaavat tilanteet ja suojele- maan itseään hyväksikäyttöä vastaan. Ne perustuvat sen korostamiseen, että lapset omis- tavat oman kehonsa ja voivat määrätä sen koskettamisesta ja että fyysistä kosketusta on monenlaista. Lapsille opetetaan, miten he voivat ilmaista aikuiselle pitävänsä heille esi- tettyä pyyntöä epämiellyttävänä. Kouluissa toteutettavat ohjelmat ovat varsin vaihtelevia sisällöltään ja toteutustavaltaan. Usein niihin osallistuvat myös vanhemmat tai huoltajat.

Vaikka tutkijat ovat yhtä mieltä siitä, että lapset pystyvät oppimaan itsesuojelun edel- lyttämiä tietoja ja taitoja, epäselvää on kuitenkin, säilyvätkö nämä taidot ajan kuluessa ja onko niistä apua hyväksikäyttötilanteessa varsinkaan silloin kun hyväksikäyttäjä on lap- selle tuttu ihminen, johon hän luottaa. Irlantilaisen Stay Safe –ohjelman arviointitutki- muksen mukaan lapset saavuttivat merkittävää edistymistä tiedoissa ja taidoissa. Taidot olivat jäljellä kolmen kuukauden seurantajakson päättyessä.

Eräässä tuoreessa meta-analyysissä pääteltiin, että ohjelmat, joilla tähdätään uhriksi joutumisen ehkäisemiseen, olivat melko toimivia käsitteiden ja taitojen opettamisessa.

Myös tiedon muistissa pysyminen oli tyydyttävää. Tutkijoiden mukaan ohjelmien lopullisen vaikuttavuuden todistaminen edellyttäisi, että voitaisiin osoittaa opittujen taitojen siirtyminen todellisiin tilanteisiin.

Ehkäisy- ja valistuskampanjat

Ehkäisy- ja valistuskampanjat perustuvat käsitykseen, että kun suuren yleisön tietämys ja ymmärrys ilmiöstä lisääntyy, lasten huono kohtelu vähenee. Tämä tapahtuisi joko suoraan teon tekijän tunnistaessa käyttäytymisensä olevan väärää ja loukkaavaa ja hakeutuesssa hoitoon tai epäsuorasti entistä useampien uhrien tai kolmansien osapuolten tunnistaessa ongelman ja tehdessä ilmoituksen.

Alankomaissa toteutettiin vuosina 1991–1992 valistuskampanja, jonka tavoitteena oli lisätä lasten kaltoinkohtelun julkituloa joko uhrien tai lapsiin läheisessä yhteydessä olevien aikuisten, esimerkiksi opettajien, kautta. Kampanja sisälsi televisiossa esitetyn dokumentin, lyhyt­filmejä ja mainoksia, radio-ohjelman, sanomalehti­artikkeleita sekä julisteita, tarroja, lehtisiä ja muuta painettua aineistoa. Opettajille pidettiin alueellisia koulutus­tilaisuuksia. Hoefnagels & Baartman päättelivät kampanjan lisä­neen tapausten julkituloa mitattuna kansalliseen palvelupuhelimeen ennen ja jälkeen kampanjaa tulleilla yhteyden­otoilla. Julkitulon lisääntymisen vaikutusta väkivaltatapausten määrään ja uhrien mielenterveyteen on kuitenkin tutkittava tarkemmin.

Yhteisön asenteiden ja käyttäytymisen muuttamiseen tähtäävät toimet

Lapsiin kohdistuvaa väkivaltaa, laiminlyöntiä ja seksuaalista hyväksikäyttöä pyritään ehkäisemään myös yhteisön asenteisiin ja käyttäytymiseen tähtäävillä eri sektorit kattavilla toimilla. Yksi esimerkki tällaisesta ohjelmasta on Keniassa toteutettu kokonaisvaltainen lasten pahoinpitelyn ja laiminlyönnin ehkäisyohjelma (ks. laatikko 3.3).

Zimbabweassa Koulutus- ja tutkimus­kikeskus käynnisti osallistuvan, monisektorisen ohjelman lasten seksuaalisen hyväksikäytön ehkäisemiseksi. Keskus kokosi työryhmän, jossa oli mukana maaseudun ja kaupunkien asukkaita eri puolilta maata sekä asiantuntijoita. Roolileikkejä, draamaa, maalaus­ja keskustelua käytettiin lasten seksuaaliseen hyväksikäyttöön liittyvien kokemusten ja havaintojen esille tuomiseen ja ongelman havaitsemis- ja ehkäisy­tapojen pohtimiseen.

Ensi vaiheen jälkeen osanottajaryhmä suunnitteli ja toteutti kaksi toimintaohjelmaa. Ensimmäinen, joka oli yhdessä opetus- ja kulttuuriministeriön kanssa kehitetty kouluihin suunnattu ohjelma, koostui harjoittelusta, toimintakyvyn kehittämisestä sekä aineiston tuottamista koulupsykologeille, opettajille, hallintohenkilöstölle ja lapsille. Toinen oli oikeusministeriön kanssa toteutettu juridisia seikkoja käsittelevä ohjelma, joka oli suunnattu terveydenhoitajille, kansalaisjärjestöjen työntekijöille, poliisille ja muille oikeus­hallinnon virkamiehille. Se koostui kurseista, joilla opetettiin seksuaalirikoksiin syyllistyneiden nuorten käsittelyä. Koulutuksessa käsiteltiin myös oikeuslaitosten kehittämistä pystyviksi käsittelemään haavoittuvia todistajia. Niin ikään laadittiin ohjeet ilmoituksen tekoa varten.

Yhteiskunnan taso

Kansallinen politiikka ja kansalliset ohjelmat

Useimmat lasten huonon kohtelun ehkäisytoimet keskittyvät uhreihin ja tekijöihin puuttumatta välttämättä ongelman perussyihin. Uskotaan kuitenkin, että köyhyyden

Laatikko 3.3

Lasten pahoinpitelyn ja laiminlyönnin ehkäisyohjelma Keniassa

Vuonna 1996 Keniassa muodostettiin yhteenliittymä, jonka tarkoituksena oli lisätä ihmisten tietoisuutta lasten pahoinpitelystä ja laiminlyönnistä ja parantaa uhreille tarkoitettuja palveluja. Maassa oli aikaisemmin tehty tutkimus neljällä alueella ja todettu ilmiön olevan suhteellisen yleinen. Yhteenliittymän ensimmäiset jäsenet olivat tärkeimpien ministeriöiden sekä yhteisöohjelmien parissa työskentelevien kansalaisjärjestöjen edustajia. Myöhemmin mukaan liittyivät yksityisen sektorin, poliisin, oikeuslaitoksien ja suurimpien sairaaloiden edustajat.

Kaikki yhteenliittymän jäsenet saivat koulutusta. Perustettiin kolme työryhmää, yksi koulutusta, toinen edunvalvontaa ja kolmas lastensuojelua varten. Jokainen työryhmä oli yhteistyössä valtion elinten ja kansalaisjärjestöjen kanssa. Esimerkiksi koulutustyöryhmä oli yhteistyössä opetus-, terveys-, sisäasiain- ja työministeriön kanssa ja järjesti työpajoja koulujen työntekijöille, terveydenhuollon ammattilaisille, juristeille, sosiaalityöntekijöille ja poliiseille. Edunvalvontaryhmä oli yhteistyössä informaatio- ja viestintäministeriön ja lukuisten kansalaisjärjestöjen kanssa. Se tuotti radio- ja televisio-ohjelmia ja toimi myös yhteistyössä maakuntalehdistön kanssa.

Tärkeää oli, että lapset otettiin mukaan projektiin näytelmä-, musiikki- ja kirjoituskilpailujen kautta. Niitä pidettiin ensin paikallistasolla ja sitten alue-, maakunta- ja valtakunnallisella tasolla. Nämä kilpailut ovat nyt säännöllinen osa kenialaista koulunkäyntiä.

Yhteenliittymä pyrki myös parantamaan lapsiin kohdistuvien väkivaltatapausten ilmoittamista ja hoitoa. Se auttoi sisäministeriön lapsiosastoa asiaa koskevan tietokannan rakentamisessa ja auttoi luomaan pahoinpideltyjen lasten oikeudellisen verkoston ("Children Legal Action Network"). Vuonna 1998 ja 1999 yhteenliittymä järjesti valtakunnallisia ja alueellisia konferensseja edistääkseen vuorovaikutusta tutkijoiden ja alan työntekijöiden välillä.

Näiden ponnistelujen seurauksena monet kenialaiset tuntevat nyt ongelman, ja maahan on luotu järjestelmä uhrien ja heidän perheidensä auttamiseksi.

vähentämisellä, koulutustason nostamisella, työllisyysmahdollisuuksien parantamisella ja lastenhoidon laadun parantamisella lasten pahoinpitelyä, laiminlyöntiä ja seksuaalista hyväksikäyttöä voidaan vähentää merkittävästi. Useissa Länsi-Euroopan maissa samoin kuin Kanadassa ja Kolumbiassa sekä joissakin Aasian ja Tyynen meren alueen maissa tehdyt tutkimukset viittaavat siihen, että korkealaatuiset varhaislapsuuteen suunnatut ohjelmat voivat tasoittaa sosiaalista ja taloudellista eriarvoisuutta ja pienentää lapsille koituvia haittoja. Puuttuu kuitenkin näyttöä näiden ohjelmien suorasta yhteydestä lasten huonoon kohteluun. Ohjelmista tehdyt tutkimukset ovat yleensä mitanneet lasten kehitystä, koulumenestystä ja vastaavantyyppisiä tuloksia.

Lasten kaltoinkohtelun määrään voidaan vaikuttaa epäsuorasti myös lisääntymisestymisen vaikuttavalla politiikalla. On esitetty, että liberaali politiikka antaa perheille tunteen, että ne voivat itse vaikuttaa perheen kokoon, ja tämä koituu naisten ja lasten hyödyksi. Tämä politiikka on esimerkiksi antanut mahdollisuuden suurempaan joustavuuteen äitiysvapaiden käytössä ja lasten hoitojärjestelyissä.

Ratkaisevaa on kuitenkin myös, miten tätä politiikkaa toteutetaan. Jotkut tutkijat ovat väittäneet, että perheiden koon rajoittamisella, esimerkiksi Kiinan yhden lapsen politiikalla, on ollut välillinen väkivaltaa ja laiminlyöntejä vähentävä vaikutus. Jotkut taas ovat todenneet hylättyjen lasten määrän kasvun Kiinassa olevan osoitus politiikan päinvastai-

sesta vaikutuksesta.

Kansainväliset sopimukset

YK:n yleiskokous hyväksyi marraskuussa 1989 lapsen oikeuksien sopimuksen. Sopimuksen johtava ajatus on, että lapset ovat yksilöitä, joilla on samat oikeudet kuin aikuisilla. Koska lapset ovat kuitenkin riippuvaisia aikuisista, heidän mielipiteensä otetaan harvoin huomioon hallitusten määrittellessä politiikkaansa. Lapset ovat usein samanaikaisesti haavoittuvin ryhmä, mitä tulee julkisesti tuettuihin ympäristöön, elinoloihin, terveydenhuoltoon ja ravitsemukseen liittyviin toimintoihin. Lapsen oikeuksien sopimus asettaa selkeät vaatimukset ja velvoitteet lastensuojelusta kaikille allekirjoittajavaltioille.

Yleissopimus lapsen oikeuksista on laajimmin ratifioituja kansainvälisiä sopimuksia. Sen vaikutus lasten suojelemiseksi väkivaltaiselta kohtelulta ei ole kuitenkaan vielä tunnolla toteutunut (ks. laatikko 3.4).

Suosituksia

On useita keskeisiä toimintaloikoja, joilla tarvitaan hallitusten, tutkijoiden, terveydenhuollon ammattilaisten, sosiaalityöntekijöiden, opettajien, juristien sekä kansalaisjärjestöjen ja muiden lasten suojelemisesta kiinnostuneiden ryhmien panosta.

Seurannan ja arvioinnin kehittäminen

Hallitusten tehtävänä on tutkia lasten pahoinpitely-, laiminlyönti- ja hyväksikäyttötapauksia ja niiden seurauksia. Seuranta saattaa koostua tapausraporttien keräämisestä ja ajoittaisten survey- tai muiden tarkoitukseen sopivien tutkimusten tekemisestä. Niiden työtä auttavat tutkimuslaitokset, terveydenhuoltojärjestelmä sekä kansalaisjärjestöt. Koska monissa maissa ammatillaiset eivät saa aiheesta koulutusta eikä hallituksilla useinkaan ole asiaankuuluvia ohjelmia, julkisiin raporteihin turvautuminen ei yleensä riitä suuren yleisön kiinnostuksen herättämiseksi. Sen sijaan tarvittaneen tietyn väliajoin tehtäviä koko väestöön kohdistuvia survey-tutkimuksia.

Lastensuojelujärjestelmien kehittäminen

On äärimmäisen tärkeää, että maassa on toimiva järjestelmä väkivaltatapauksiin reagoimista varten. Esimerkiksi Filippiineillä yksityiset ja julkiset sairaalat hoitavat ensimmäisen vaiheen, sitten tulee mukaan rikosoikeusjärjestelmä. On olennaista, että lapset saavat asiantuntevaa ja huomaavaista palvelua joka vaiheessa. Poliisikuulustelujen, lääkärintarkastusten, terveydenhuollon ja mielenterveyspalvelujen, lastensuojelutoimien ja juridisten palvelujen on oltava ehdottoman turvallisia lapsille ja perheille. Maissa, joissa näitä palveluja tarjoavat perinteisesti yksityiset lastenapuyhdistykset, saattaa pelkkä valvonta riittää. On kuitenkin tärkeää, että valtio takaa palvelujen laadun ja saatavuuden ja tuottaa niitä silloin, kun muuta palveluntarjoajaa ei ole.

Poliittiset kehittämistoimet

Keskushallinnon tehtävänä on avustaa paikallisia viranomaisia tehokkaiden lastensuojelutoimien toteuttamisessa. Uutta politiikka saatetaan tarvita

- koulutetun henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi
- eri alojen tietämyksen hyväksikäyttämiseksi

Laatikko 3.4

Lapsen oikeuksien sopimus

Yleissopimus lapsen oikeuksista tunnustaa lasten oikeudet ja velvoittaa kunnioittamaan niitä. 19. artikla velvoittaa nimenomaan valtioita ryhtymään lainsäädännöllisiin, hallinnollisiin, sosiaalisiin ja kasvatuksellisiin toimiin suojellakseen lasta kaikenlaiselta ruumiilliselta ja henkiseltä väkivallalta, pahoinpitelyltä, laiminlyönniltä ja hyväksikäytöltä, myös seksuaaliselta hyväksikäytöltä.

On kuitenkin vaikea arvioida sopimuksen täsmällistä vaikutusta lasten pahoinpitelyyn ja hyväksikäyttöön. Useimmissa maissa lasten suojeleminen väkivallalta on sisällytetty perhelainsäädäntöön, mikä vaikeuttaa yksityiskohtaisen tiedon saamista sopimuksen allekirjoittajamaissa tapahtuneesta edistymisestä. Sopimuksen vaikutuksen arvioimiseksi ei ole tehty yhtään maailmanlaajuista tutkimusta.

Joka tapauksessa sopimus on vauhdittanut lainsäädäntötyötä ja lapsen oikeuksia valvovien lakisäätteisten elinten perustamista. Latinalainen Amerikka on ollut edelläkävijä sopimuksen ratifoinnissa ja lainsäädännön uudistamisessa; parlamentit ovat säätäneet lakeja, joiden mukaan lapsia tulee suojella vaaratilanteilta, mukaan lukien laiminlyönti, väkivalta ja hyväksikäyttö. Kansallisen lain mukauttaminen sopimuksen vaatimuksiin on merkinnyt perheen keskeisen merkityksen tunnustamista lasten kehityksessä ja hoivaamisessa. Lapsen huonon kohtelun tapauksissa se merkinnyt siirtymistä lasten laitoksiin sijoittamisesta perheelle annetun tuen lisäämiseen ja teon tekijän poistamiseen perheymäristöstä.

Euroopassa Puola on yksi niistä maista, jotka ovat sisällyttäneet sopimuksen määräykset omaan lainsäädäntöönsä. Paikallisviranomaisten tehtäväksi on tullut tarjota lapsille sosiaalista, mielenterveydellistä ja juridista apua. Afrikan maista Ghana on muuttanut rikosoikeussäännöstöään, tiukentanut rangaistuksia raiskauksesta ja ahdistelusta ja poistanut mahdollisuuden sovittaa seksuaalinen väkivalta sakoilla. Hallitus on myös järjestänyt valistuskampanjoita lapsen oikeuksista, myös väkivaltaisesta kohtelusta.

Kuitenkin vain harvoissa maissa lainsäädäntö kattaa kaikki lapsiin kohdistuvat väkivallan muodot. Lisäksi muun muassa eri ministeriöiden ja valtakunnallisen ja paikallistason viranomaisten koordinoimien puutteen vuoksi sovitutkin toimenpiteet ovat toteutuneet vain vaillinaisesti. Esimerkiksi Ecuadorissa on perustettu kansallinen elin alaikäisten suojelemiseksi, mutta lasten oikeuksien voimaansaattaminen käytännössä edellyttää lastensuojelujärjestelmän uudistusta. Ghanassa lakiuudistusten merkitys jää vähäiseksi tiedonlevitykseen ja koulutukseen tarvittavien määrärahojen puuttuessa.

Kansalaisjärjestöjen panos lapsen oikeuksien hyväksi on ollut huomattava. Ne ovat voimakkaasti kampanoineet yleissopimuksen puolesta. Monien maiden, esimerkiksi Gambian, Pakistanin ja Perun, lastensuojeluelimet ovat käyttäneet yleissopimusta hyväksi perustellesaan valtiollisen lisärahoituksen tarvetta ja korostaessaan, miten tärkeä sekä valtion että kansalaisyhteiskunnan panos on kaikessa lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyssä.

Pakistanissa toimiva lasten oikeuksien yhteenliittymä kouluttaa paikallisia aktivisteja ja tekee tutkimusta maan luoteisessa maakunnassa. Omien kokemustensa ja sopimuksen tarjoaman lainsäädännöllisen viitekehyksen pohjalta se yrittää saada muut yhdyskuntatyötä tekevät organisaatiot tarttumaan ongelmaan.

Tarvitaan vielä useampien maiden mukaantuloa. Lapsen oikeudet on saatettava osaksi sosiaalipolitiikkaa, ja paikallisviranomaisille on annettava valta oikeuksien toimeenpanoon. Väkivallan ehkäisymenetelmistä tarvitaan täsmällistä tietoa, tarvitaan seurantatutkimuksia nykyisistä ohjelmista, ja on kehitettävä uusia menetelmiä.

- vaihtoehtoisten sijoituspaikkojen tarjoamiseksi lapsille
- terveydenhuollon palvelujen saatavuuden turvaamiseksi
- tarvittavien resurssien tarjoamiseksi perheille.

Yksi tärkeä politiikan lohko, johon on kiinnitettävä huomiota, on oikeusjärjestelmän sopeuttaminen ottamaan huomioon kaltoinkohtelun, laiminlyönnin ja hyväksikäytön kohteeksi joutuneet lapset. Joissakin maissa on suunnattu resursseja nuorisotuomioistuinten toiminnan parantamiseen, etsitty keinoja vähentää minimiin lasten todistajina esiintymisen tarve ja turvattu tukea antavien henkilöiden paikalla olo silloin, kun lapsi joutuu esiintymään oikeudessa.

Tietojen laadun parantaminen

Tapausten määrää ja lasten kaltoin kohtelun aiheuttamia seurauksia koskevan kunnollisen tiedon puuttuminen on viivästyttänyt korjaavien toimien kehittämistä useimmissa maailman maissa. Ilman riittäviä tietoja on vaikea oppia tuntemaan ongelmaa ja kehittää siihen puuttumisen vaatimaa asiantuntemusta terveydenhuollon, oikeuslaitoksen ja sosiaalitoimen parissa. Vaikkakin jokaisessa maassa tarvitaan järjestelmällistä tutkimusta, tutkijoita tulee kannustaa käyttämään mittaustekniikoita, joita on jo onnistuneesti käytetty muualla, jotta voidaan tehdä luotettavia kulttuurien välisiä vertailuja ja tutkia maiden välillä esiintyvää vaihtelua.

Lisätutkimuksen tarve

Tieteelliset käytännöt

Eri kulttuureissa käytetyn hyväksytyyn kurituksen määritelmän erojen selvittämiseksi tarvitaan lisätutkimusta. Kulttuurisen vaihtelun mallit voivat auttaa kaikkia maita kehittämään toimivat pahoinpitelyn ja hyväksikäytön määritelmät. Kulttuurien väliset erot saatavat olla syynä lääketieteellisessä kirjallisuudessa esiintyneisiin epätavallisiin lasten huonon kohtelun ilmenemismuotoihin. Edellä jo viitattiin siihen, että eri kulttuureissa on luultua yhdenmukaisempi näkemys siitä, millaiset lasten kurinpidon muodot eivät ole hyväksyttävissä. Tarvitaan kuitenkin lisätutkimusta siitä, vallitseeko laaja yhteisymmärrys myös hyvin ankaran kurituksen määrittelystä.

Laiminlyönti

Hyvin tärkeää on myös tutkia tarkemmin lasten laiminlyönnin ongelmaa. Koska laiminlyönti liittyy niin läheisesti alhaiseen koulutus- ja tulotasoon, on tärkeää selvittää, miten voidaan parhaiten tehdä ero vanhempien aiheuttaman laiminlyönnin ja köyhydestä johtuvan tarpeiden tyydyttämättä jäämisen välillä.

Riskitekijöitä

Monet riskitekijät vaikuttavat olevan kaikille yhteiskunnille yhteisiä, mutta muutamit, lisätutkimusta edellyttävät tekijät ovat ilmeisesti kulttuurisidonnaisia. Väkivallan riskin ja lapsen iän välillä on selvä yhteys, mutta fyysisen pahoinpitelyn huippuluvut esiintyvät eri maissa eri ikäryhmissä. Tämä ilmiö vaatii lisätutkimusta. Erityisesti on tarpeen ymmärtää, miten vanhempien odotukset lapsen käyttäytymisen suhteet vaihtelevat eri kulttuureissa samoin kuin mikä merkitys on lapsen ominaisuuksilla.

Lisätutkimusta edellyttävät myös muut mahdollisina riski- tai suojatekijöinä pidetyt tekijät, esimerkiksi stressi, sosiaalinen pääoma, sosiaalinen tuki, sukulaisten lastenhoito-

avun tarjolla olo, perheväkivalta ja päihteiden väärinkäyttö.

Yhtä välttämätöntä on ymmärtää paremmin laajempien sosiaalisten, kulttuuristen ja taloudellisten tekijöiden vaikutus perhe-elämään. Näiden uskotaan vaikuttavan yhdessä yksilöllisten ja perheiden ominaisuuksien kanssa väkivaltaisen käyttäytymisen syntyyn. Useimmat niistä on kuitenkin yleensä jätetty tutkimuksessa lähes vaille huomiota.

Tehokkaiden menetelmien dokumentointi

Ehkäisyohjelmien vaikuttavuudesta on tehty suhteellisen vähän tutkimuksia. Niiden arviointi onkin kiireellinen tehtävä sekä teollisuus- että kehitysmaissa. Arviointia kaipaavat myös monien muiden kuten lapsilisä-, äitiyspäiväraha- ja äitiyslomajärjestelmien merkitys lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisemisen näkökulmasta. Uusia menetelmiä on myös kehitettävä ja testattava.

Ammattityöntekijöiden koulutus

Terveydenhuollon ja opetusalan työntekijöiden vastuu on ensisijainen. Lääketieteen ja kansanterveyden tutkijoilla täytyy olla osaamista pahoinpitely- ja hyväksikäyttötutkimusten suunnittelussa ja toteuttamisessa. Aihe olisi sisällytettävä lääkärin, sairaanhoitajien, sosiaali- ja käyttäytymistieteiden sekä opettajien opintovaatimuksiin. Kaikkien näiden alojen johtavien asiantuntijoiden olisi tehtävä työtä varojen hankkimiseksi opetuksen asianmukaiseen toteuttamiseen.

Johtopäätöksiä

Lasten pahoinpitely, hylkääminen ja seksuaalinen hyväksikäyttö ovat vakavia globaaleja terveysongelmia. Vaikka asiaa on tutkittu lähinnä teollisuusmaissa, on vakuuttavaa näyttöä siitä, että ilmiö on maailmanlaajuinen.

Ongelmalle voidaan ja pitää tehdä paljon enemmän. Monissa maissa sen tuntemus on varsin vähäistä suuren yleisön ja terveydenhuollon ammattilaisten parissa. Tehokas ehkäisy edellyttää ongelman tiedostamista, mutta se ei vielä riitä. Ehkäisyohjelmien on suuntauduttava suoraan lapsiin, heidän huoltajiinsa ja elinympäristöönsä, jotta kaltoinkohtelua voidaan ehkäistä ja jotta voidaan toimia tehokkaasti, kun väkivaltaa, laiminlyöntiä tai hyväksikäyttöä on tapahtunut. Tarvitaan eri sektorien yhdessä suunnittelemlia ja toteuttamia toimenpiteitä. Kansanterveystutkijat ja alan ammattilaiset voivat olla tämän työn johtamisessa ratkaisevassa asemassa.

Kirjallisuus

1. Ten Bensel RW, Rheinberger MM, Radbill SX. Children in a world of violence: the roots of child maltreatment. In: Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD, eds. *The battered child*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1997:3-28.
2. Kempe CH et al. The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 1962, 181:17-24.
3. Estroff SE. A cultural perspective of experiences of illness, disability, and deviance. In: Henderson GE et al., eds. *The social medicine reader*. Durham, NC, Duke University Press, 1997:6-11.
4. Korbin JE. Cross-cultural perspectives and research directions for the 21st century. *Child Abuse & Neglect*, 1991, 15:67-77.
5. Farchin P et al. *European strategies on child protection: preliminary report*. Padua, Epidemiology and Community Medicine Unit, University of Padua, 1998.
6. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC, National Academy of Sciences Press, 1993.
7. Bross DC et al. *World perspectives on child abuse: the fourth international resource book*. Denver, CO, Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine, 2000.
8. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva. Geneva, World Health Organization, 1999 (docu-

ment WHO/HSC/PVI/99.1).

9. Straus MA. Manual for the Conflict Tactics Scales. Durham, NH, Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 1995.
10. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 1979, 41:75-88.
11. Straus MA, Hamby SL. Measuring physical and psychological maltreatment of children with the Conflict Tactics Scales. In: Kantor K et al., eds. *Out of the darkness: contemporary perspectives on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1997:119-135.
12. Straus MA et al. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:249-270.
13. Straus MA, Gelles RJ, eds. *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ, Transaction Publishers, 1990.
14. Ketsela T, Kedebe D. Physical punishment of elementary school children in urban and rural communities in Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 1997, 35:23-33.
15. Madu SN, Peltzer K. Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (South Africa). *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:259-268.
16. Shumba A. Epidemiology and etiology of reported cases of child physical abuse in Zimbabwean primary schools. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:265-277.
17. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence: parental use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:959-973.
18. Kirschner RH, Wilson H. Pathology of fatal child abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:467-516.
19. Reece RM, Kraus HF. Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:517-543.
20. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1543-1555.
21. Kotch JB et al. Morbidity and death due to child abuse in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 1993, 17:233-247.
22. Meadow R. Unnatural sudden infant death. *Archives of Disease in Childhood*, 1999, 80:7-14.
23. Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:47-80.
24. Vock R et al. Lethal child abuse through the use of physical force in the German Democratic Republic (1 January 1985 to 2 October 1990): results of a multicentre study. *Archiv für Kriminologie*, 1999, 204:75-87.
25. Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics*, 1999, 104:168-177.
26. Hahm H, Guterman N. The emerging problem of physical child abuse in South Korea. *Child Maltreatment*, 2001, 6:169-179.
27. Larner M, Halpren B, Harkavy O. *Fair start for children: lessons learned from seven demonstrations*. New Haven, CT, Yale University Press, 1992.
28. Menick DM. Les contours psychosociaux de l'infanticide en Afrique noire: le cas du Sénégal. [The psychosocial features of infanticide in black Africa: the case of Senegal.] *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1557-1565.
29. Menick DM. La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbrroglio d'un double paradoxe: l'exemple du Cameroun. [The problems of sexually abused children in Africa, or the imbrroglio of a twin paradox: the example of Cameroon.] *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:109-121.
30. Oral R et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:279-290.
31. Schein M et al. The prevalence of a history of sexual abuse among adults visiting family practitioners in Israel. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:667-675.
32. Shalhoub-Kevrkian N. The politics of disclosing female sexual abuse: a case study of Palestinian society. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1275-1293.
33. Runyan DK. Prevalence, risk, sensitivity and specificity: a commentary on the epidemiology of child sexual abuse and the development of a research agenda. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:493-498.
34. Browne K et al. *Child abuse and neglect in Romanian families: a national prevalence study 2000*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
35. Bendixen M, Muss KM, Schei B. The impact of child sexual abuse: a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:837-847.
36. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. I: Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35:1355-1364.
37. Frias-Armenta M, McCloskey LA. Determinants of harsh parenting in Mexico. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1998, 26:129-139.
38. Goldman JD, Padayachi UK. The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:489-498.
39. Bardi M, Borgognini-Tari SM. A survey of parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:839-853.
40. Hunter WM et al. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. *Journal of Pediatric Psychology*, 2000, 25:435-447.
41. Kim DH et al. Children's experience of violence in China and Korea: a transcultural study. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1163-1173.

42. Krugman S, Mata I, Krugman R. Sexual abuse and corporal punishment during childhood: a pilot retrospective survey of university students in Costa Rica. *Pediatrics*, 1992, 90:157–161.
43. Tang CS. The rate of child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:381–391.
44. Pederson W, Skrandal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565–581.
45. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:823–832.
46. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:409–417.
47. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:31–53.
48. Fergusson DM, Mullen PE. *Childhood sexual abuse: an evidence-based perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
49. Russell DEH. *The secret trauma: incest in the lives of girls and women*. New York, NY, Basic Books, 1986.
50. Lopez SC et al. Parenting and physical punishment: primary care interventions in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pu ? blica*, 2000, 8:257–267.
51. Awareness and views regarding child abuse and child rights in selected communities in Kenya. Nairobi, African Network for the Prevention and Protection against Child Abuse and Neglect, 2000.
52. Sumba RO, Bwibo NO. Child battering in Nairobi, Kenya. *East African Medical Journal*, 1993, 70: 688–692.
53. Wolfe DA. Child abuse: implications for child development and psychopathology, 2nd ed. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
54. Troeme ? NH, Wolfe D. Child maltreatment in Canada: selected results from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect. Ottawa, Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.
55. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604–616.
56. Belsky J. Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 1980, 35:320–335.
57. Dubowitz H, Black MB. Child neglect. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:339–362.
58. Hunter RS et al. Antecedents of child abuse and neglect in premature infants: a prospective study in a newborn intensive care unit. *Pediatrics*, 1978, 61:629–635.
59. Haapasalo J, Petäjä S. Mothers who killed or attempted to kill their child: life circumstance, childhood abuse, and types of killings. *Violence and Victims*, 1999, 14:219–239.
60. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based anonymous survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579–1589.
61. Equality, development and peace. New York, NY, United Nations Children's Fund, 2000.
62. Hadi A. Child abuse among working children in rural Bangladesh: prevalence and determinants. *Public Health*, 2000, 114:380–384.
63. Leventhal JM. Twenty years later: we do know how to prevent child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:647–653.
64. Vargas NA et al. Parental attitude and practice regarding physical punishment of schoolchildren in Santiago de Chile. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:1077–1082.
65. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 1992, 16:823–832.
66. Jenny C et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:621–626.
67. Klevens J, Bayo ? n MC, Sierra M. Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogota ?, Colombia. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:323–332.
68. Starling SP, Holden JR. Perpetrators of abusive head trauma: comparison of two geographic populations. *Southern Medical Journal*, 2000, 93:463–465.
69. Levesque RJR. *Sexual abuse of children: a human rights perspective*. Bloomington, IN, Indiana University Press, 1999.
70. MacIntyre D, Carr A. The epidemiology of child sexual abuse. *Journal of Child Centred Practice*, 1999:57–86.
71. Finkelhor D. A sourcebook on child sexual abuse. London, Sage, 1986. 72. Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:54–69.
73. Zununegui MV, Morales JM, Mart ? nez V. Child abuse: socioeconomic factors and health status. *Anales Espan ? oles de Pediatría*, 1997, 47:33–41.
74. Isaranurug S et al. Factors relating to the aggressive behavior of primary caregiver toward a child. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2001, 84:1481–1489.
75. Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the "Children of the Nineties": a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1177–1200.
76. Lindell C, Svedin CG. Physical abuse in Sweden: a study of police reports between 1986 and 1996. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001, 36:150–157.
77. Khamis V. Child psychological maltreatment in Palestinian families. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1047–1059.
78. Larraín S, Vega J, Delgado I. Relaciones familiares y maltrato infantil. [Family relations and child abuse.] Santiago, United Nations Children's Fund, 1997.
79. Tadele G, Tefera D, Nasir E. Family violence against children in Addis Ababa. Addis Ababa, African Network for the Prevention of and Protection against Child Abuse and Neglect, 1999.
80. Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD, eds. *The battered child*. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1997.

81. Egeland B. A history of abuse is a major risk factor for abusing the next generation. In: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:197–208.
82. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *Lancet*, 2000, 356:814–819.
83. Widom CS. Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989, 106:3–28.
84. Children's Bureau. *The national child abuse and neglect data system 1998*. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 1999.
85. Runyan DK et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics*, 1998, 101:12–18.
86. Cawson P et al. *The prevalence of child maltreatment in the UK*. London, National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2000.
87. De Paul J, Milner JS, Mugica P. Childhood maltreatment, childhood social support and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:907–920.
88. Bagley C, Mallick K. Prediction of sexual, emotional and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal study of 290 adolescent women. *Child Maltreatment*, 2000, 5:218–226.
89. Gillham B et al. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty: their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:79–90.
90. Coulton CJ et al. Community-level factors and child maltreatment rates. *Child Development*, 1995, 66:1262–1276.
91. Coulton CJ, Korbin JE, Su M. Neighborhoods and child maltreatment: a multi-level study. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1019–1040.
92. McLoyd VC. The impact of economic hardship on black families and children: psychological distress, parenting, and socioeconomic development. *Child Development*, 1990, 61:311–346.
93. Korbin JE et al. Neighborhood views on the definition and etiology of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 12:1509–1527.
94. Bifulco A, Moran A. *Wednesday's child: research into women's experience of neglect and abuse in childhood, and adult depression*. London, Routledge, 1998.
95. Briere JN. *Child abuse trauma: theory and treatment of lasting effects*. London, Sage, 1992.
96. Lau JT et al. Prevalence and correlates of physical abuse in Hong Kong Chinese adolescents: a population-based approach. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:549–557.
97. Fergusson DM, Horwood MT, Lynskey LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. II: Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35:1365–1374.
98. Trowell J et al. Behavioural psychopathology of child sexual abuse in schoolgirls referred to a tertiary centre: a North London study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 8:107–116.
99. Anda R et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1652–1658.
100. Felitti V et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245–258.
101. McBeth J et al. The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences. *Arthritis and Rheumatism*, 1999, 42:1397–1404.
102. Cooperman DR, Merten DF. Skeletal manifestations of child abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:123–156.
103. Wattam C, Woodward C. "... And do I abuse my children? No!" Learning about prevention from people who have experienced child abuse. In: *Childhood matters: the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse*. Vol. 2. London, Her Majesty's Stationery Office, 1996.
104. National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse. *Childhood matters: the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse*. Vol. 1. London, Her Majesty's Stationery Office, 1996.
105. Olds D et al. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 1986, 78:65–78.
106. Olds D et al. Long-termeffects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:637–643.
107. The David and Lucile Packard Foundation. *Home visiting: recent program evaluations*. The Future of Children, 1999, 9:1–223.
108. MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 163:1451–1458.
109. Wolfe DA et al. Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:40–47.
110. Wasik BH, Roberts RN. Survey of home visiting programs for abused and neglected children and their families. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18:271–283.
111. Kinney J et al. The homebuilder's model. In: Whittaker JK et al. *Reaching high-risk families: intensive family preservation in human services*. Modern applications of social work. New York, NY, Aldine de Gruyter, 1990:31–64.
112. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1127–1149.
113. Alpert EJ et al. Family violence curricula in US medical schools. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:273–278.
114. Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery: will the doctor suspect and report? *Physician attitudes towards and*

- reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:159–169.
115. Vulliamy AP, Sullivan R. Reporting child abuse: pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1461–1470.
116. Child maltreatment. Washington, DC, American Medical Association, updated periodically (available on the Internet at <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4663.html>).
117. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*, 1999, 103:186–191.
118. Reiniger A, Robison E, McHugh M. Mandated training of professionals: a means for improving the reporting of suspected child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:63–69.
119. Kutlesic V. The McColgan case: increasing the public awareness of professional responsibility for protecting children from physical and sexual abuse in the Republic of Ireland: a commentary. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1999, 8:105–108.
120. LeBihan C et al. The role of the national education physician in the management of child abuse. *Sante ? Publique*, 1998, 10:305–310.
121. D. ?az Huertes JA et al. Abused children: role of the pediatrician. *Anales Espan ? oles de Pediatría*, 2000, 52:548–553.
122. Finkel MA, DeJong AR. Medical findings in child sexual abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:207–286.
123. Jenny C. Cutaneous manifestations of child abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:23–45.
124. Leventhal JM. Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:481–491.
125. Giardino AP, Brody RM, Sugarman JM. Residency training in child sexual abuse evaluation. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:331–336.
126. Oates RK, Bross DC. What we have learned about treating child physical abuse: a literature review of the last decade. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:463–473.
127. Fantuzzo JW et al. Effects of adult and peer social initiations on the social behavior of withdrawn, maltreated preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:34–39.
128. Finkelhor D, Berliner L. Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. *Journal of the Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1995, 34:1408–1423.
129. O'Donohue WT, Elliott AN. Treatment of the sexually abused child: a review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1992, 21:218–228.
130. Vargo B et al. Child sexual abuse: its impact and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1988, 33:468–473.
131. Beutler LE, Williams RE, Zetzer HA. Efficacy of treatment for victims of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:156–175.
132. Groves BM. Mental health services for children who witness domestic violence. *The Future of Children*, 1999, 9:122–132.
133. Pelcovitz D, Kaplan SJ. Child witnesses of violence between parents: psychosocial correlates and implications for treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1994, 3:745–758.
134. Pynoos RS, Eth S. Special intervention programs for child witnesses to violence. In: Lystad M, ed. *Violence in the home: interdisciplinary perspectives*. Philadelphia, PA, Brunner/Mazel, 1986:193–216.
135. Jaffe P, Wilson S, Wolfe D. Promoting changes in attitudes and understanding of conflict among child witnesses of family violence. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 1986, 18:356–380.
136. Wagor JM, Rodway MR. An evaluation of a group treatment approach for children who have witnessed wife abuse. *Journal of Family Violence*, 1995, 10:295–306.
137. Dube SR et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286:3089–3096.
138. Cahill C, Llewelyn SP, Pearson C. Treatment of sexual abuse which occurred in childhood: a review. *British Journal of Clinical Psychology*, 1991, 30:1–12.
139. Hyman A, Schillinger D, La B. Laws mandating reporting of domestic violence: do they promote patient well-being? *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1781–1787.
140. Roelofs MAS, Baartman HEM. The Netherlands. Responding to abuse: compassion or control? In: Gilbert N, ed. *Combating child abuse: international perspectives and trends*. New York, NY, Oxford University Press, 1997:192–211.
141. Durfee MJ, Gellert GA, Tilton-Durfee D. Origins and clinical relevance of child death review teams. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:3172–3175.
142. Luallen JJ et al. Child fatality review in Georgia: a young system demonstrates its potential for identifying preventable childhood deaths. *Southern Medical Journal*, 1998, 91:414–419.
143. Myers JEB. *Legal issues in child abuse and neglect practice*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.
144. Martone M, Jaudes PK, Cavins MK. Criminal prosecution of child sexual abuse cases. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:457–464.
145. Cross TP, Whitcomb D, DeVos E. Criminal justice outcomes of prosecution of child sexual abuse: a case flow analysis. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:1431–1442.
146. MacIntyre D, Carr A. Evaluation of the effectiveness of the Stay Safe primary prevention programme for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:1307–1325.
147. Rispens J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:975–987.
148. Hoefnagels C, Mudde A. Mass media and disclosures of child abuse in the perspective of secondary prevention: putting ideas into practice. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1091–1101.

149. Hoefnagels C, Baartman H. On the threshold of disclosure: the effects of a mass media field experiment. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:557-573.
150. Boocock SS. Early childhood programs in other nations: goals and outcomes. *The Future of Children*, 1995, 5:94-114.
151. Hesketh T, Zhu WX. Health in China. The one-child family policy: the good, the bad, and the ugly. *British Medical Journal*, 1997, 314:1685-1689.
152. Ramiro L, Madrid B, Amarillo M. The Philippines WorldSAFE Study (Final report). Manila, International Clinical Epidemiology Network, 2000.
153. Socolar RRS, Runyan DK. Unusual manifestations of child abuse. In: Reece RM, Ludwig S, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001:453-466.

LUKU 4

PARISUHDEVÄKIVALTA

Tausta

Yksi yleisimpiä naisiin kohdistuvan väkivallan muotoja on aviomiehen tai kumppanin harjoittama parisuhdeväkivalta. Tilanne on täysin päinvastainen kuin miehillä, joilla on paljon suurempi todennäköisyys joutua vieraan ihmisen tai tuttavan kuin läheisimpään piiriinsä kuuluvan ihmisen aggression kohteeksi. Se, että naiset ovat usein emotionaalisesti kiinnittyneitä teon tekijään ja tästä taloudellisesti riippuvaisia, on tärkeä sekä väkivallan dynamiikkaan että sen ehkäisyyn vaikuttava tekijä.

Parisuhdeväkivaltaa esiintyy kaikissa maissa, uskonnosta ja kulttuurista riippumatta. Sitä esiintyy kaikissa sosiaaliryhmissä. Vaikka naisetkin saattavat olla väkivaltaisista miehiä kohtaan ja vaikka väkivaltaa esiintyy joskus myös samaa sukupuolta olevien välisissä parisuhteissa, ylivoimaisen osan parisuhdeväkivallan taakasta kantavat miesten kaltoinkohtelemat naiset. Sen vuoksi tässä luvussa käsitellään miesten naispuolisiin kumppaneihinsa kohdistamaa väkivaltaa.

Naisjärjestöt ovat kaikkialla maailmassa kiinnittäneet huomiota naisiin kohdistuvaan väkivaltaan, erityisesti silloin, kun sitä ilmenee parisuhteessa. Näiden ponnistelujen ansiosta kysymys on noussut kansainvälisen huomion kohteeksi. Alun perin sitä on tarkasteltu lähinnä ihmissoikeuskysymyksenä, mutta yhä paremmin ymmärretään myös sen merkittävyys kansanterveysongelmana.

Ongelman laajuus

Parisuhdeväkivallalla tarkoitetaan kaikkea parisuhteessa tapahtuvaa käyttäytymistä, joka aiheuttaa fyysisistä, psyykkistä tai seksuaalista vahinkoa suhteen osapuolille. Tällaista käyttäytymistä ovat:

- fyysiset aggressiiviset teot kuten läimäyttäminen, lyöminen, potkiminen ja hakkaa-

Taulukko 4.1**Parisuhdeväkivalta otoksiin perustuvien väestötutkimusten mukaan v. 1982-1999**

Valtio tai alue	Tutkimusvuosi	Maantieteellinen kattavuus	Otos		Parisuhdeväkivaltaa kokeneiden naisten osuus (%)		
			Koko/Tutkimusväestö	/lkä (v.)	Viimeksi/parisuhteessa vuoden aikana	Koko elinaikana	
Afriikka							
Etelä-Afriikka	1998	Itä-Kapkaupunki	396	III	18-49	11	27
		Mpumalanga	419	III	18-49	12	28
		Pohjoinen maakunta	464	III	18-49	5	19
		Koko maa	10190	III	15-49	6	13
Etiopia	1995	Meskanena Woreda	673	II	> 15	10 ^b	45
Kenia 1984	-1987	Kisii	612	VI	>15		42
Nigeria	1993	ei ilmoitettu	1000	I	-		31 ^c
Zimbabwe	1996	Midlands	966	I	>18		17 ^d
Latinalainen Amerikka ja Karibian alue							
Antigua	1990	Koko maa	97	I	29-45		30 ^d
Barbados	1990	Koko maa	264	I	20-45		30 ^{c,e}
Bolivia	1998	3 aluetta	289	I	> 20		17 ^c
Chile	1993	Santiago maakunta	1000	II	22-55		26/11 ^f
	1997	Santiago	310	II	15-49	23	
Kolumbia	1995	koko maa	6 097	II	15-49		19
Meksiko	1996	Guadalajara	650	III	> 15		27
		Monterrey	1064	III	> 15	17	
Nicaragua	1995	León	360	III	15-49	27/20 ^f	52/37
	1997	Managua	378	III	15-49	33/28	69
	1998	Koko maa	8507	III	15-49	12/8 ^f	28/21 ^f
Paraguay	1995-1996	Koko maa (paitsi Chaco)	5940	III	15-49		10
Peru	1997	Metro Lima	359	II	17-55	31	
		(keski- ja pienituloisten asuinalue)					
Puerto Rico	1995-1996	koko maa	4755	III	15-49		13 ^g
Uruguay	1997	kaksi aluetta	545	II ^h	22-55	10	
Pohjois-Amerikka							
Kanada	1991-1992	Toronto	420	I	18-64		27 ^c
	1993	koko maa	12300	I	> 18	3 ^{d,e}	29 ^{d,e}
Yhdysvallat	1995-1996	koko maa	8000	I	> 18	1,3 ^c	22 ^c
Aasia ja Läntisen Tyynenmeren alue							
Australia	1996	koko maa	6300	I	-	3 ^d	8 ^d
Bangladesh	1992	koko maa (kylät)	1225	II	< 50	19	47
	1993	2 maaseutualuetta	10368	II	15-49		42
Etelä-Korea	1989	koko maa	707	II	>20	38/12 ^f	
Filippiinit	1993	koko maa	8481	V	15-49		10
	1998	Cagayan de Oro ja Bukidnonin maakunta	1660	II	15-49		26 ^j
Intia	1993-1994	Tamil Nadu	859	II	15-39		37
	1993-1994	Uttar Pradesh	983	II	15-39		45
	1995-1996	Uttar Pradesh, 5 aluetta	6695	IV	15-65		30
	1998-1999	koko maa	89199	III	15-49	11 ⁱ	19 ⁱ
	1999	6 osavaltiota	9938	III	15-49	14	40/26

Valtio tai alue	Tutkimusvuosi	Maantieteellinen kattavuus	Otos		Parisuhdeväkivaltaa kokeneiden naisten osuus (%)		
			Koko/Tutkimusväestö	/lkä (v.)	Viimeksi/Nykyisessä/Koko elinaikana kuluneen/ parisuhteessa vuoden aikana		
Kambodza	1996	6 aluetta	1374	III	-	16	
Papua Uusi Guinea	1982	koko maa,	628	IIIh	-	67	
Thaimaa	1994	Bangkok	619	IV	-	20	
Eurooppa							
Alankomaat	1986	koko maa	989	I	20-60		21/11 ^{cf}
Iso-Britannia	1993	Pohjois-Lontoo	430	I	> 16	12 ^c	30
Moldova	1997	koko maa	4790	III	15-44	> 7	> 14
Norja	1989	Trondheim	111	III	20-49	18	
Sveitsi	1994-1996	koko maa	1500	II	20-60	6 ^e	21 ^e
Turkki	1998	Itä- ja kaakkois-Anatolia	599	I	14-75		58 ^c
Itäisen Välimeren alue							
Egypti	1995-1996	koko maa	7121	III	15-49	16 ⁱ	34 ^g
Israel	1997	arabiväestö	1826	II	19-67	32	
Länsiranta ja Gaza	1994	palestiinalaisväestö	2410	II	17-65	52/37 ^f	

a Tutkimusväestö I = kaikki naiset; II = tällä hetkellä parisuhteessa elävät naiset; III = joskus parisuhteessa eläneet naiset; IV = naimisissa olevien miesten oma ilmoitus puolison väkivaltaisesta kohtelusta; V = raskaaksi tulleet naiset; VI = puolet naisista tullut raskaaksi, puolet ei

b Viimeksi kuluneiden kolmen kuukauden aikana.

c Otokseen sisältyi naisia, joilla ei ollut koskaan ollut kumppania eikä näin ollen parisuhdeväkivallan riskiä.

d Vaikka otos sisältää kaikki naiset, väkivaltaa kokeneiden osuudet on laskettu naisista, joilla on joskus ollut kumppani (lukumäärää ei ilmoitettu).

e Fyysinen tai seksuaalinen väkivalta.

f Kaikki fyysinen väkivalta/vain vakava fyysinen väkivalta

g väkivaltaa kokeneiden osuus naisista, joilla on joskus ollut kumppani

h Käytetty ei-satunaisotantekniikkaa.

i Mukana muitakin tekijöitä kuin oma kumppani.

j Teon tekijä puoliso, perheen jäsen tai läheinen ystävä.

minen

- psyykinen väkivalta kuten pelottelu, jatkuva vähättely ja nöyryyttäminen
- sukupuoliyhteyteen pakottaminen ja muut seksuaaliset pakottamisen muodot
- erilaiset kontrollointimuodot, kuten henkilön eristäminen perheestään ja ystävistään, heidän liikkumisensa valvominen ja tiedon tai avun saannin rajoittaminen.

Kun samassa suhteessa ilmenee toistuvasti väkivaltaa, käytetään usein termiä ”battering”.

Eri puolilla maailmaa tehdyssä 48:ssa koko väestöön kohdistuvassa kysely- tai haastattelututkimuksessa 10-69 % ilmoitti joutuneensa kumppaninsa käyttämän fyysisen väkivallan kohteeksi jossain elämänsä vaiheessa (ks. taulukko 4.1). Niiden naisten osuus, jotka olivat joutuneet väkivallan uhriksi viimeisen vuoden aikana vaihteli Australian, Kanadan ja Yhdysvaltojen korkeintaan kolmesta prosentista nicaragualaisen Leónin 27 prosenttiin (naisista, joilla oli joskus ollut intiimi kumppani), Etelä-Korean 38 prosenttiin (sillä hetkellä naimisissa olevista naisista) ja Länsirannan ja Gazan palestiinalaisten (sillä hetkellä naimisissa olevien) naisten 52 prosenttiin. Monien kohdalla ei ollut kyse yksittäi-

sestä tapahtumasta, vaan jatkuvasta käyttäytymismallista.

Tutkimustulokset viittaavat siihen, että parisuhteessa esiintyvään fyysiseen väkivaltaan liittyy usein psyykkistä väkivaltaa ja yhdessä kolmasosassa tai jopa yli puolessa tapauksista seksuaalista väkivaltaa. Esimerkiksi 613 japanilaisesta naisesta, jotka olivat kokeneet parisuhdeväkivaltaa ainakin kerran, 57 %:iin oli kohdistunut kaikki kolme - fyysisen, henkisen ja seksuaalisen - väkivallan muotoa. Pelkästään fyysisen aggression kohteeksi heistä oli joutunut ainoastaan 10 %. Vastaavasti Monterreyssä Meksikossa 52 % fyysisesti pahoinpidellyistä naisista oli joutunut myös kumppaninsa seksuaalisen pakottamisen kohteeksi. Kuvio 4.1 kuvaa näiden kolmen väkivallan muodon päällekkäisyyttä Leónissa Nicaraguassa.

Useimmat naiset, joita pahoinpidellään fyysisesti, kokevat yleensä jatkuvaa väkivaltaista kohtelua. Esimerkiksi viimeisen vuoden aikana pahoinpitelyn uhriksi joutuneista leónilaisista naisista 60 % oli joutunut uhriksi useammin kuin kerran ja 20 % vakavan pahoinpitelyn uhriksi yli 6 kertaa. 70 % naisista, jotka ilmoittivat tulleen pahoinpidellyiksi, ilmoitti sen olleen vakavaa. Sillä hetkellä väkivaltaisessa parisuhteessa elävät naiset olivat edellisen vuoden aikana joutuneet fyysisen pahoinpitelyn uhriksi lontoolaisen tutkimuksen mukaan keskimäärin seitsemän kertaa, yhdysvaltalaisen, vuonna 1996 tehdyn valtakunnallisen tutkimuksen mukaan kolme kertaa.

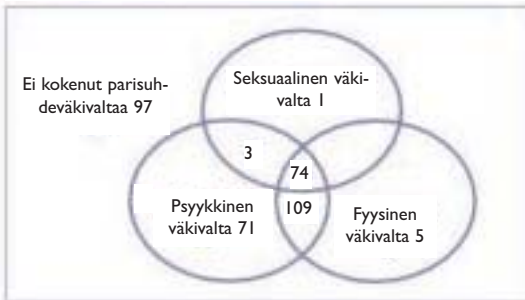
Samassa parisuhteessa esiintyy usein rinnakkain useita väkivallan muotoja. Perheväkivallan esiintyvyytutkimukset ovat kuitenkin suhteellisen uusi tutkimusalue eikä tietoja parisuhdeväkivallan eri muodoista fyysistä pahoinpitelyä lukuun ottamatta ole yleensä vielä saatavilla. Taulukon 4.1 kuviot viittaavatkin yksinomaan fyysiseen väkivaltaan. Metodologisten erojen vuoksi edes näiden hyvin suunniteltujen tutkimusten tulokset eivät ole suoraan vertailukelpoisia. Ilmoitettujen tapausten määrä riippuu suuresti kulloinkin käytetystä määritelmästä, kysymysten esittämistavasta, yksityisyyden asteesta haastattelutilanteesta ja tutkittavan väestön luonteesta. Eri maiden väliset erot, varsinkin vähäiset erot, saattavatkin johtua enemmän menetelmien kuin todellisen esiintyvyyden välisistä eroista.

Parisuhdeväkivallan mittaaminen

Väestötutkimuksissa naisilta kysytään tavallisesti, ovatko he kokeneet mitään luettelossa mainituista väkivaltaisista teoista: onko heitä läimäytetty tai lyöty, potkittu, hakattu tai uhattu aseella. Tutkimuksissa on todettu, että spesifit käyttäytymistä koskevat kysymykset kuten ”Oletteko koskaan joutunut pakotetuksi sukupuoliyhteyteen?” tuottavat suurempia myönteisten vastausten osuuksia kuin kysymys, onko koskaan tullut ”hyväksikäytetyksi tai ”raiskatuksi”. Spesifit kysymykset myös tekevät tutkijalle mahdolliseksi arvioida teon vakavuutta ja toistuvuutta.

Kuvio 4.1

Naisten kokeman seksuaalisen, fyysisen ja psyykkisen väkivallan päällekkäisyys Leónissa Nicaraguassa (N=360 joskus parisuhteessa elänyt-



koskevat kysymykset kuten ”Oletteko koskaan joutunut pakotetuksi sukupuoliyhteyteen?” tuottavat suurempia myönteisten vastausten osuuksia kuin kysymys, onko koskaan tullut ”hyväksikäytetyksi tai ”raiskatuksi”. Spesifit kysymykset myös tekevät tutkijalle mahdolliseksi arvioida teon vakavuutta ja toistuvuutta. Fyysiset teot, jotka ovat vakavampia kuin läimäyttämisen, tönäiseminen tai esineellä

Laatikko 4.1

Parisuhdeväkivaltilastojen saattaminen vertailukelpoisiksi

Useat tekijät vaikuttavat parisuhdeväkivaltilastojen laatuun ja vertailtavuuteen, muun muassa

- määritelmät eivät ole yhtäpitäviä
- tutkimukseen osallistuvien valikointiperusteet vaihtelevat
- lähdeaineistosta johtuvat erot
- vastaajien halukkuus kertoa avoimesti ja rehellisesti väkivaltakokemuksistaan.

Näistä tekijöistä johtuen eri tutkimusten parisuhdeväkivallan esiintyvyyttä kuvaavat luvut eivät ole yleensä keskenään vertailukelpoisia. Kaikissa tutkimuksissa ei esimerkiksi erotella väkivallan eri lajeja, jolloin ei ole mahdollista erottaa toisistaan fyysisistä, psyykkistä ja seksuaalista väkivaltaa. Toisissa tutkimuksissa väkivaltaisten tekojen esiintymistä tarkastellaan vain vuoden tai viiden vuoden aikajaksolla, toisissa taas mitataan koko elämän aikaisia kokemuksia.

Myös tutkimuspopulaatio vaihtelee suuresti. Monesti kohderyhmänä ovat kaikki tietyn ikäryhmän naiset, joskus taas joko sillä hetkellä naimisissa olevat tai joskus naimisissa olleet naiset. Sekä ikä että aviosäätty liittyvät naisen riskiin joutua parisuhdeväkivallan uhriksi.

Osanottajien valintaperusteet voivatkin vaikuttaa huomattavasti arvioon väkivallan esiintyvyydestä väestössä.

Esiintyvyyssarviot vaihtelevat todennäköisesti myös tietolähteen mukaan. Useissa kansallisissa tutkimuksissa on saatu huomattavasti alhaisempia lukuja kuin pienemmissä syvähaastatteluisissa, joissa toimii vuorovaikutus haastattelijan ja haastateltavien välillä ja jotka kattavat aihepiirin paljon yksityiskohtaisemmin. Näiden kahden tutkimustyyppin tuottamat arviot saattavat vaihdella myös aikaisemmin mainituista syistä kuten tutkimuspopulaatiosta ja väkivallan määrittelystä johtuen.

Avoimuuden lisääminen

Väkivallan samoin kuin muiden arkojen aiheiden tutkimisessa on aina ongelmana, miten saada ihmiset kertomaan avoimesti intiimeistä asioista. Onnistuminen riippuu osittain kysymysten muotoilusta ja esittämistavasta samoin kuin siitä, miten mukavaksi haastateltavat kokevat olonsa haastattelun aikana. Viimeksi mainittu seikka riippuu sen tyyppisistä tekijöistä kuin haastattelijan sukupuoli, haastattelun kesto, onko muita ihmisiä läsnä sekä miten kiinnostuneelta ja neutraalisti asennoitavalta haastattelijalta vaikuttaa.

Avoimuutta voidaan parantaa mm. seuraavin keinoin:

- Antamalla haastateltavalle haastattelun aikana useita mahdollisuuksia tuoda esiin väkivalta.
- Käyttämällä spesifejä käyttäytymistä eritteleviä kysymyksiä subjektiivisten ”Onko teitä koskaan pahoinpidelty?” –tyyppisten kysymysten sijasta.
- Valitsemalla haastateltajat huolellisesti ja kouluttamalla heidät luomaan hyvä suhde haastateltaviin.
- Tarjoamalla tukea haastateltavalle ja auttamalla tätä välttämään väkivaltaisen kumppanin tai perheenjäsenen kosto.

Sekä haastateltavien että haastattelijoiden turvallisuus on aina otettava huomioon väkivaltatutkimuksen menetelmien kehittämisessä.

WHO on hiljattain julkaissut ohjeet, jotka koskevat naiseen suuntautuvan väkivallan tutkimisen turvallisuuskysymyksiä. Aineistojen vertailtavuuden parantamiseen pyritään kehitteillä olevalla parisuhdeväkivallan määrittelyä ja mittaamista koskevilla ohjeistolla. Ohjeet ovat osittain jo käytettävissä.

heittäminen määritellään yleensä tutkimuksissa ”vakavaksi väkivallaksi”, vaikka jotkut tutkijat vastustavatkin vakavuuden määrittelemistä pelkästään teon perusteella.

Huomion kiinnittäminen pelkästään tekoihin voi myös katkea näkyvistä sen pelon ilmapiiriin, joka toisinaan hallitsee väkivaltaisista suhteista. Kanadassa tehdyssä valtakunnallisessa survey-tutkimuksessa kolmasosa kumppaninsa pahoinpitelemiksi joutuneista naisista sanoi pelänneensä henkensä puolesta jossain suhteensa vaiheessa. Vaikka kansainvälisissä tutkimuksissa onkin keskitytty helpommin määriteltävään ja mitattavaan fyysiseen väkivaltaan, kvalitatiiviset tutkimukset viittaavat siihen, että jotkut naiset pitävät henkistä väkivaltaa ja häpäisemistä vielä sietämättömämpänä.

Parisuhdeväkivalta ja henkirikokset

Useiden maiden tiedot viittaavat siihen, että parisuhdeväkivalta selittää merkittävän osan henkirikosten aiheuttamista naisten kuolemantapauksista. Australiassa, Etelä-Afrikassa, Israelissa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa tehtyjen tutkimusten mukaan 40-70 %:ssa tapauksista surmaajana oli naisen aviomies tai miesystävä. Useissa tapauksissa väkivalta oli jatkunut jo pitkään. Tämä on jyrkässä ristiriidassa miespuolisiin henkirikosten uhreihin verrattuna. Esimerkiksi Yhdysvalloissa vain neljä prosenttia vuosina 1976-1996 tapetuista miehistä joutui vaimonsa, entisen vaimonsa tai naisystävänsä surmaamaksi. Australiassa luku oli 8,6 % (v. 1989-1996).

Kulttuuriset tekijät ja aseiden saatavuus määrittelevät parisuhdemurhaajien profiilin eri maissa. Yhdysvalloissa tehdään enemmän murhia ampuma-aseilla kuin kaikenlaisilla muilla aseilla yhteensä. Intiassa aseet ovat harvinaisia, mutta lyöntien ja polttamisen aiheuttamat kuolemat yleisiä. Usein naisen päälle valellaan paloöljyä, ja hänen väitetään kuolleen ”keittiötapaturmassa”. Intian terveysviranomaiset epäilevät, että monet naisten murhat jäävät virallisissa tilastoissa piiloon ”tapaturmaisina palamiskuolemina”. 1980-luvun puolivälissä tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että Suur-Bombayn ja muilla Maharashan osavaltion kaupunkialueilla viidesosassa 15-44 -vuotiaiden naisten kuolemantapauksista syyksi oli merkitty ”tapaturmainen palamiskuolema”.

Perinteisiä miehen kunnian käsityksiä

Monin paikoin perinteinen käsitys miehen kunniaa ja naisen siveydestä saattaa naiset vaaran alaisiksi. Esimerkiksi itäisen Välimeren eri osissa miehen kunnia yhdistetään usein suvun naisten koettuun seksuaaliseen ”puhtauteen”. Jos nainen joutuu seksuaaliseen ”liatukseksi” joko raiskauksen tai vapaaehtoisen avioliiton ulkopuolisen suhteen kautta, hänen ajattelunsa häpäisevän perheen kunnian. Joissakin yhteiskunnissa ainoa tapa puhdistaa perheen kunnia on tappaa ”kunniaa loukkaava” nainen tai tyttö. Aleksandriassa Egyptissä tehdyssä naisten henkirikoksia koskevassa tutkimuksessa todettiin, että 47 %:ssa tapauksista naisen oli murhannut sukulainen hänen tultuaan raiskatuksi.

Parisuhdeväkivallan dynamiikka

Viimeaikainen teollisuusmaissa tehty tutkimus viittaa siihen, että parisuhdeväkivallan muodot eivät ole samoja kaikkien väkivaltaisista konflikteista kokevien pariskuntien kohdalla. Malleja näyttää olevan ainakin kaksi:

- Vakava, syvenevä väkivaltaisuus, jolle ovat luonteenomaisia pahoinpitelyn, pelotellun ja uhkailun monimuotoisuus ja tekijän yhä omistavammaksi ja kontrolloivammaksi muuttuva käyttäytyminen.

Taulukko 4.2**Fyysisen väkivallan käytön parisuhteessa hyväksyvien prosentuaalinen osuus (v. 1995-1999)**

Valtio tai alue	Vuosi	Vastaaja	Fyysisen väkivallan käytön perustelu				
			Vaimo laiminlyö tai kodin hoidon	lasten	Vaimo kieltäytyy seksistä	Mies epäilee uskottomuudesta	Vaimo väittää vastaan tai on tottelematon
Brasilia (Salvador, Bahia)	1999	M	-	-	-	19 ^a	-
		N	-	-	-	11 ^a	-
Chile (Santiago)	1999	M	-	-	-	12 ^a	-
		N	-	-	-	14 ^a	-
Egypti	1996	N (kaup.)	40	-	57	-	59
		N (maas.)	61	-	81	-	78
El Salvador (San Salvador)	1999	M	-	-	-	5 ^a	-
		N	-	-	-	9 ^a	-
Ghanab	1999	M	-	-	43	-	-
		N	-	-	33	-	-
Intia (Uttar Pradesh)	1996	M	-	-	-	-	10-50
Kolumbia (Cali)	1999	M	-	-	-	14 ^a	-
		N	-	-	-	13 ^a	-
Länsiranta ja Gazag	1996	Mh	-	-	28	71	57
Nicaraguae	1999	N (kaup.)	15	-	5	22	-
		N (maas.)	25	-	10	32	-
Singapore	1996	M	-	-	5	33 ^f	4
Uusi Seelanti	1995	M	1	-	1	5 ^c	1 ^d
Venezuela (Caracas)	1999	M	-	-	-	8 ^a	-
		F	-	-	-	8 ^a	-

M = mies; N = nainen; - = ei kysytty

a "Uskoton nainen ansaitsee tulla lyödyksi."

b 51 % miehistä ja 43 % naisista oli samaa mieltä myös väitteestä "miehellä on oikeus lyödä naista, jos tämä käyttää perhesuunnitellua miehen tietämättä".

c "Mies löytää vaimonsa sängystä toisen miehen kanssa."

d "Hän ei tee kuten käsketään."

e 11 % kaupungissa ja 23 % maaseudulla asuvista naisista oli samaa mieltä myös väitteestä "miehellä on oikeus lyödä vaimoaan, jos tämä menee ulos ilman lupaa".

f "Vaimolla on seksuaalinen suhde toisen miehen kanssa."

g 23 % miehistä oli samaa mieltä myös väitteestä "on oikein lyödä vaimoa, jos tämä ei kunnioita miehen sukulaisia".

h palestiinalaisväestö

- Vähemmän väkivaltainen suhde, jossa jatkuva turhautuminen ja viha purkautuvat ajoittain fyysiseksi aggressioksi.

Tutkijat olettavat, että väestötutkimukset sopivat paremmin toiseen ryhmään kuuluvien tapausten kuin vakavan väkivallan tunnistamiseen. Tämä saattaa osaltaan selittää sitä, miksi survey-tutkimuksissa on teollisuusmaissa usein todettu huomattavan paljon naisten fyysistä aggressiivista käyttäytymistä siitä huolimatta, että valtaosa palvelun tarjoajien (esimerkiksi turvakeskusten), poliisin tai oikeuslaitoksen tietoon tulevista uhreista on naisia. Vaikka teollisuusmaissa on näyttöä naisten osallisuudesta yleiseen parisuhteessa esiintyvään väkivaltaan, on hyvin vähän viitteitä siitä, että naiset altistaisivat miehiä samanlaiselle vakavalle ja jatkuvasti pahenevalle väkivallalle, jota nähdään usein klinisissä hakattujen naisten otoksissa.

Tutkimukset viittaavat siihen, että parisuhdeväkivallan seuraukset samoin kuin siihen syyllistymisen motiivit ovat erilaisia miehillä ja naisilla. Kanadalaiset ja yhdysvaltalaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että naisten todennäköisyys saada pahoinpitelyvammoja on paljon suurempi kuin miesten ja että naiset kokevat vakavampia väkivallan muotoja. Kanadassa parisuhdeväkivallan uhreista naiset saavat vammoja kolme kertaa niin todennäköisesti ja pelkäävät henkensä puolesta viisi kertaa niin todennäköisesti kuin miehet. Naisten harjoittama väkipalja on suuremmalla todennäköisyydellä itsepuolustusta.

Perinteisissä yhteiskunnissa vaimon hakkaamista pidetään paljon seurauksena miehen oikeudesta kurittaa vaimoaan ruumiillisesti. Tämän osoittavat varsin erilaisissa maissa - Bangladeshissa, Intiassa, Kambodzassa, Meksikossa, Nigeriassa, Pakistanissa, Papua Uusi Guineassa, Tansaniassa ja Zimbabwessa - tehdyt tutkimukset. Kulttuuriset väkivallan oikeudet ovat usein seurausta miesten ja naisten rooleja koskevista perinteisistä käsityksistä. Naisten oletetaan huolehtivan kodista ja lapsista ja osoittavan miestään kohtaan kunnioitusta ja tottelevaisuutta. Jos mies tuntee vaimon epäonnistuneen roolissaan tai ylittäneen rajansa vaikkapa vain pyytämällä talousrahaa tai korostamalla lasten tarpeita, mies voi reagoida väkivaltaisesti. Pakistanilainen tutkija toteaa: ”Vaimon lyömistä hänen rankaisemisekseen tai oikaisemisekseen pidetään kulttuurisesti ja uskonnollisesti oikeutettuna... Koska miesten ajatellaan ”omistavan” vaimonsa, on tarpeen näyttää hänelle, kuka on pomo, jotta tulevat synnit voidaan estää.”

Hyvin monissa sekä teollisuus- että kehitysmaissa tehdyissä tutkimuksissa on saatu huomattavan yhtäläinen luettelo tapahtumista, joiden sanotaan laukaisevan parisuhdeväkivallan. Näihin kuuluvat mm.:

- vaimo ei tottele miestä
- vaimo sanoo vastaan miehelleen
- vaimo ei tarjoa ruokaa ajallaan
- vaimo ei huolehdi riittävästi lapsista tai kodista
- vaimo kyselee mieheltä raha-asioista tai naissuhteista
- vaimo menee jonnekin ilman miehen lupaa
- vaimo kieltäytyy seksistä
- mies epäilee vaimoa uskottomuudesta.

Monissa kehitysmaissa naiset ovat samaa mieltä siitä, että miehillä on oikeus kurittaa vaimoaan tarpeen vaatiessa väkivaltaisesti. Egyptin maaseudulla yli 80 % naisista on sitä mieltä, että lyöminen on oikeutettua joissakin tilanteissa. On merkittävää, että yksi syy, jonka naiset useimmin mainitsevat väkivallan oikeutukseksi, on seksistä kieltäytyminen. Ei olekaan yllättävää, että seksistä kieltäytymisen naiset sanovat olevan yksi yleisimpiä hakkaamisen syitä. Tällä on ilman muuta seurauksia naisen mahdollisuudelle suojata itseään ei-toivotulta raskaudelta ja sukupuoliteitse tarttuvilta taudeilta.

Yhteiskunnassa tehdään usein ero väkivallan ”oikeutettujen” ja ”epäoikeutettujen” syiden samoin kuin väkivallan ”hyväksyttävän” ja ”ei-hyväksyttävän” tason välillä. Tällä tavoin joillekin yksilöille, yleensä aviomiehille tai suvun vanhemmille jäsenille, annetaan oikeus rangaista naista fyysisesti joistakin teoista. Muut ihmiset tulevat väliin vain, jos mies ylittää nämä rajat esimerkiksi ryhtymällä liian väkivaltaiseksi tai lyömällä naista ilman hyväksytyä syytä.

Tällainen käsitys ”oikeutetusta syystä” esiintyy monissa kehitysmaissa kerätyissä kvalitatiivisissa aineistoissa. Eräs Meksikon alkuperäisväestöön kuuluva nainen totesi: ”Ajattelen, että jos nainen on syyllinen, aviomiehellä on oikeus lyödä häntä...Jos olen tehnyt jotain väärin...ei kenenkään pidä puolustaa minua. Mutta jos en ole tehnyt mitään

väärää, minulla on oikeus tulla puolustetuksi.” Samanlaisia tuntemuksia esiintyi Pohjois- ja Etelä-Intiassa tehdyssä haastattelussa. ”Jos virhe on suuri”, eräs nainen Tamil Nadussa totesi, ”niin miehellä on oikeus lyödä vaimoaan. Miksi ei olisi? Ei lehmä tottele ilman lyöntejä.”

Silloinkin kun kulttuuri sallii miehelle naisen käyttäytymisen valvonnan, pahoinpitelevät miehet ylittävät yleensä normin. Nicaraguan väestö- ja terveystutkimuksen tilastot esimerkiksi osoittavat, että fyysisesti pahoinpideltyjen naisten aviomiiehistä 32 % sijoittui ”aviollisen kurinpidon” asteikon yläpäähän, kun niiden naisten aviomiiehistä, joita ei pahoinpidelty, vastaavan tuloksen sai vain kaksi prosenttia. Asteikko koostui joukosta miehen toimintatapoja, muun muassa vaimon jatkuva syyttäminen uskottomaksi ja hänelle asetetut rajoitukset sukulaisten ja ystävien tapaamisen suhteen.

Miten naiset reagoivat väkivaltaan?

Kvalitatiiviset tutkimukset ovat vahvistaneen oletuksen, että useimmat pahoinpidellyt naiset eivät ole passiivisia uhreja, vaan he omaksuvat aktiivisia strategioita taatakseen oman ja lastensa turvallisuuden mahdollisimman hyvin. Jotkut naiset tekevät vastarintaa, jotkut pakenevat; jotkut yrittävät säilyttää rauhan myöntymällä miehen vaatimuksiin. Se, mikä ulkopuolisesta saattaa näyttää positiivisen reagoinnin puutteelta, saattaa itse asiassa olla harkittua käytöstä avioliitossa jaksamista ja omaa ja lasten turvallisuutta ajatellen.

Naisen reagointia rajoittavat usein käytettävissä olevat vaihtoehdot. Yhdysvalloissa, Afrikassa, Latinalaisessa Amerikassa, Aasiassa ja Euroopassa tehty kvalitatiiviset tutkimukset osoittavat, että useat tekijät saattavat pitää naisen väkivaltaisessa suhteessa. Yleisiä tällaisia syitä ovat koston pelko, toimeentulon hankkimisen vaihtoehtojen puuttuminen, huoli lapsista, emotionaalinen riippuvuus, perheen ja ystävien tuen puuttuminen sekä jatkuva toive miehen muuttumisesta. Kehitysmaissa naiset ilmoittavat väkivaltaisessa suhteessa pysymisen syyksi myös naimattomien naisten leimaamisen.

Taulukko 4.3

Apua hakeneiden fyysisesti pahoinpideltyjen naisten osuus väestötutkimusten mukaan

Valtio tai alue	Otoksen suuruus (N)	Niiden naisten osuus jotka eivät ole ottaneet ovat		ovat kertoneet	
		kertoneet asiasta kenellekään (%)	yhteyttä poliisiin (%)	kertoneet ystävälle (%)	perheenjäsenelle (%)
Australia ^a	6 300	18	19	58	53
Bangladesh	10 368	68	-	-	30
Chile	1 000	30	16	14	32 ^b /215 ^c
Egypti	7 121	47	-	3	44
Irlanti	679	-	20	50	37
Iso-Britannia	430	38	22	46	31
Kambodza	1 374	34	1	33	22
Kanada	12 300	22	26	45	44
Moldova	4 790	-	6	30	31
Nicaragua	8 507	-	6	30	31

a Viimeksi kuluneen vuoden aikana pahoinpitelyn kohteeksi joutuneet naiset.

b Viittaa perheelleen kertoneiden naisten osuuteen.

c Viittaa miehensä perheelle kertoneiden naisten osuuteen.

Sosiaalisen eristämisen pelko estää usein naisia hakemasta apua. Tutkimusten mukaan 20-70 % pahoinpidellyistä naisista ei ollut ennen tutkimushaastattelua koskaan kertonut asiasta kenellekään. Apua hakeneet ovat kääntyneet lähinnä sukulaisten ja ystävien, eivätkä institutionaalisten auttajien, puoleen. Vain harvat ottivat koskaan yhteyttä poliisiin.

Esteistä huolimatta monet naiset jättävät kumppaninsa, joskus vasta vuosien kuluttua, kun lapset ovat kasvaneet aikuisiksi. Esimerkiksi Leónissa Nicaraguassa tehdyn tutkimuksen mukaan 70 % naisista jätti lopulta väkivaltaisen kumppaninsa. Keskimäärin naiset pysyivät väkivaltaisessa suhteessa kuusi vuotta; nuoret naiset lähtivät suuremmalla todennäköisyydellä nopeammin. Syyt, jotka saavat naiset jättämään miehensä pysyvästi, ovat yhdenmukaisia. Useimmiten näin käy väkivallan muuttuessa niin vakavaksi, että nainen tajuaa, että mies ei muutu, tai kun tilanne alkaa selvästi vaikuttaa haitallisesti lapsiin. Naiset ovat maininneet myös perheen ja ystävien emotionaalisen tuen ja tilapäisen majoipaikan tarjoamisen olleen hyvin tärkeitä päätöksenteossa.

Tutkimusten mukaan väkivaltaisesta suhteesta lähteminen on prosessi, ei ”kerrasta poikki” –tapahtuma. Useimmat naiset lähtevät ja palaavat useita kertoja ennen kuin lopulta päättävät lopettaa suhteen. Prosessi sisältää tosiasioiden kieltämisen, itsesyytösten ja kärsimyksen jaksoja, ennen kuin naiset lopulta tunnustavat väkivallan olevan todellisuutta ja samaistuvat muihin vastaavassa tilanteessa oleviin naisiin. Tuona hetkenä alkaa väkivaltaisesta suhteesta irrottautuminen ja toipuminen. Prosessin luonteen tajuaminen auttaa muita ihmisiä suhtautumaan ymmärtäväisemmin ja vähemmän tuomitsevasti naisiin, jotka palaavat väkivaltaisiin suhteisiin.

Valitettavasti väkivaltaisesta suhteesta lähteminen ei vielä aina takaa turvallisuutta. Väkiältä voi jatkua ja jopa kiihtyä naisen jätettyä kumppaninsa. Australiassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa merkittävä osa naisten murhista tapahtuu juuri naisen yrittäessä irrottautua kumppanistaan.

Mitkä ovat parisuhdeväkivallan riskitekijät?

Tutkijat ovat vasta viime aikoina alkaneet etsiä yksilö- ja yhteisötason tekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa parisuhdeväkivallan yleisyyteen. Vaikka naisiin kohdistuvaa väkivaltaa esiintyy lähes kaikkialla, on havaittu, että joissakin esiteollisissa yhteiskunnissa se on lähes tuntematonta. Nämä yhteiskunnat ovat todisteena siitä, että sosiaaliset suhteet on mahdollista organisoida niin, että naisiin kohdistuva väkivalta minimoidaan.

Monissa maissa perheväkivallan esiintyvyys vaihtelee vierekkäisillä alueilla. Paikalliset erot ovat usein suurempia kuin maiden väliset erot. Esimerkiksi Intian Uttar Pradeshin osavaltiossa niiden miesten osuus, jotka myönsivät lyövänsä vaimoaan, vaihteli Naintalin alueen 18 %:sta Bandan alueen 45 %:iin. Niiden miesten osuus, jotka fyysisesti pakottivat vaimonsa sukupuoliyhteyteen, vaihteli alueittain 14:sta 36 prosenttiin. Nämä vaihtelut herättävät kiinnostavan ja väistämättömän kysymyksen: mikä tekijä ympäristössä voi selittää näin suuren eron fyysisen ja seksuaalisen väkivallan esiintyvyydessä?

Viime aikoina tapahtuneesta tutkijoiden kiinnostuksen lisääntymisestä huolimatta käytettävissä ei vielä ole riittävästi tietoa, jota ongelman ratkaisemiseen edellyttäisi. Tietomme parisuhdeväkivaltaan vaikuttavista tekijöistä pohjautuvat suureksi osaksi Pohjois-Amerikassa tehtyihin tutkimuksiin, jotka eivät välttämättä ole relevantteja muissa ympäristöissä. Kehitysmaissa on tehty lukuisia väestötutkimuksia, mutta niiden käyttökelpoisuutta riski- ja suojelehtekijöiden tutkimisessa rajoittaa niiden poikkileikkauksellisuus ja

Taulukko 4.4

Miesten asenteiden ja väkivallan käytön välinen suhde Intian Uttar Pradeshin osavaltion eräillä alueilla v. 1995-1996

Alue	Otoksen koko (N)	Niiden miesten osuus jotka			
		myöntävät pakottaneensa vaimonsa on sukupuoliyhdyttyään (%)	lyövät vaimoa, myöntävät jos tämä lyöneensä vaimoaan vaimoaan kuluneen tottelematon (%)	ovat lyöneet lyöneensä vaimoaan vaimoaan kuluneen (%)	vuoden aikana (%)
Aligarh	323	31	15	29	17
Banda	765	17	50	45	33
Gonda	369	36	27	31	20
Kanpur Nagar	256	14	11	22	10
Naintal	277	21	10	18	11

ennustavien tekijöiden vähäisyys. Nykyinen tutkimus on yleensä vinoutunut painottaessaan enemmän yksilöllisiä kuin yhteisöllisiä tai yhteiskunnallisia tekijöitä.

Vaikka nykyään myönnetään yhä yleisemmin, että väkivallan aiheuttaa yksilöllisten, sosiaalisten, kulttuuristen ja tilannetekijöiden yhteisvaikutus, edelleen on käytettävissä liian vähän tietoa siitä, mitkä tekijät ovat tärkeimmät. Taulukossa 4.5 esitetään yhteenveto tekijöistä, joiden on esitetty liittyvän kumppaniin kohdistuvan väkivallan riskitekijöihin. Tietoja on kuitenkin pidettävä sekä epätäydellisinä että hyvin alustavina. Taulukosta saattaa puuttua useita tärkeitä tekijöitä, koska niiden merkitystä ei ole tutkittu. Osa niistä saattaa osoittautua pelkästään kumppanin aggressiivisuuden kanssa korreloiviksi eikä aidosti kausaaliseksi tekijöiksi.

Yksilölliset tekijät

Pohjoisamerikkalaisesta yhteiskuntatieteellisestä fyysisen parisuhdeväkivallan tutkimuksesta äskettäin tehdyssä meta-analyysissä otettiin mukaan vain tutkimukset, joita tekijät (Black & al.) pitivät metodologisesti luotettavina ja joissa oli käytetty joko edustavaa väestöotosta tai kliinistä otosta vertailuryhmineen. Tässä analyysissä nousi esiin useita väestöllisiä, henkilöhistoriaan liittyviä ja persoonallisuustekijöitä, jotka olivat yhteydessä miehen todennäköisyyteen käyttää fyysistä väkivaltaa kumppaniaan kohtaan. Väestöllisiin, eri tutkimuksissa yhtäpitävästi todettuihin tekijöihin kuuluivat mm. nuoruus ja pienituloisuus.

Joissakin tutkimuksissa on havaittu yhteys fyysisen väkivallan ja sosioekonomisen aseman sekä koulutustason yhdistettyjen mittareiden välillä. Uuden Seelannin Dunedinissa on tehty yksi harvoista parisuhdeväkivaltaa tarkastelevista pitkittäisleikkauksellisista kohorttitutkimuksista. Siinä todettiin, että lapsuudenperheen köyhyys, huono teoreettinen koulumenestys ja väkivaltarikollisuus 15 vuoden iässä olivat kaikki tekijöitä, jotka ennustivat miesten fyysistä väkivaltaisuutta parisuhteessa 21 vuoden iässä. Tämä tutkimus oli yksi harvoja, jossa arvioitiin, olivatko aggressiivisuuden riskitekijät samoja naisilla ja miehillä.

Perheen väkivaltahistoria

Henkilöhistoriaan kuuluvista tekijöistä lapsuudenperheen väkivaltaisuus on noussut esiin erityisen voimakkaana parisuhdeväkivallan riskitekijänä miehillä. Brasiliassa,

Taulukko 4.5

Tekijät, jotka ovat yhteydessä miehen riskiin pahoinpidellä kumppaniaan

Yksilölliset tekijät	Ihmissuhdetekijät	Yhteisölliset tekijät	Yhteiskunnalliset tekijät
<ul style="list-style-type: none"> • nuoruus • runsas alkoholin käyttö • masennus • persoonallisuushäiriöt • huono koulumenestys • pienituloisuus • väkivallan todistaminen tai kokeminen lapsena 	<ul style="list-style-type: none"> • aviollinen epäsopu • aviollinen epävakaus • miehen hallitseva asema perheessä • taloudellinen stressi • perheen huono toimivuus 	<ul style="list-style-type: none"> • perheväkivallan vähäinen sanktiointi • köyhyys • alhainen sosiaalinen pääoma 	<ul style="list-style-type: none"> • perinteiset sukupuolinormit • väkivaltaa tukevat sosiaaliset normit

Chilessä, Costa Ricassa, El Salvadorissa, Espanjassa, Indonesiassa, Kambodzassa, Kanadassa, Kolumbiassa, Nicaraguassa, Venezuelassa ja Yhdysvalloissa tehdyissä tutkimuksissa on todettu, että väkivaltaa kokevat yleisemmin ne naiset, joiden miehiä joko on pahoinpidelty lapsina tai jotka ovat joutuneet näkemään äitinsä kokevan väkivaltaa. Vaikka miehillä, jotka pahoinpitelevät vaimoaan fyysisesti, on usein väkivaltainen tausta, kaikista pojista, jotka näkevät tai kokevat väkivaltaa ei tule aikuisina väkivaltaisia. Tärkeä teoreettinen kysymys on: mikä erottaa miehet, jotka kykenevät muodostamaan terveen, väkivallattoman suhteen lapsuuden kokemuksista huolimatta niistä miehistä, joista tulee väkivaltaisia?

Miesten alkoholinkäyttö

Toinen eri elinympäristöissä erityisen pysyvältä vaikuttava parisuhdeväkivallan riskitekijä on miesten alkoholin käyttö. Aiemmin mainitussa Blackin meta-analyysissä jokaisessa alkoholinkäyttöä tai liiallista juomista parisuhdeväkivallan riskitekijänä tarkastelleessa tutkimuksessa havaittiin merkitsevä yhteys (korrelaatiokertoimien vaihdella välillä $r = 0,21$ ja $r = 0,57$).

Brasiliassa, Chilessä, Costa Ricassa, El Salvadorissa, Espanjassa, Indonesiassa, Kambodzassa, Kanadassa, Kolumbiassa, Nicaraguassa, Venezuelassa ja Yhdysvalloissa tehdyissä väestötutkimuksissa havaittiin myös yhteys naisen väkivallan uhriksi joutumisen ja kumppanin juomatapojen välillä.

On kuitenkin paljon keskusteltu siitä, mikä on alkoholinkäytön ja väkivaltaisuuden todellinen suhde; onko se itse asiassa kausaalista. Monien tutkijoiden käsityksen mukaan alkoholi toimii tilannemuuttujana, joka lisää väkivallan todennäköisyyttä estojä vähentämällä sekä heikentämällä arviointikykyä ja tapahtumien kulun kontrollointikykyä. Liiallinen juominen voi lisätä väkivaltaa myös ruokkimalla pariskunnan välisiä riitoja. Toisten mielestä väkivallan ja alkoholin välinen yhteys on kulttuurisesti määräytyvää ja esiintyy vain ympäristöissä, joissa juomisen yleisesti ajatellaan aiheuttavan tai oikeuttavan tietynlaista käyttäytymistä. Esimerkiksi Etelä-Afrikassa miehet puhuvat alkoholin käyttämisestä tarkoituksellisenä keinona kerätä rohkeutta vaimonsa pieksämiseen sillä tavoin kuin arvelevat heiltä odotettavan.

Alkoholin väärinkäytön kausaalista merkitystä koskevista vastakkaisista käsityksistä huolimatta on näyttöä siitä, että naisilla, jotka asuvat alkoholin suurkuluttajien kanssa, on paljon suurempi parisuhdeväkivallan riski ja että juodessaan miehet aiheuttavat vakavampia pahoinpitelyvammoja. Esimerkiksi Kanadassa tehdyn survey-tutkimuksen mukaan paljon alkoholia käyttävien miesten kanssa elävien naisten todennäköisyys joutua kump-

paninsa pahoinpitelemiksi oli viisinkertainen verrattuna naisiin, joiden kumppanit eivät käyttäneet alkoholia.

Persoonallisuushäiriöt

Lukuisissa tutkimuksissa on yritetty selvittää, liittyvätkö tietyt persoonallisuustekijät tai -häiriöt ristiriidattomasti parisuhdeväkivaltaan. Kanadalaiset ja yhdysvaltalaiset tutkimukset osoittavat, että vaimoiaan pahoinpitelevät miehet ovat todennäköisemmin emotionaalisesti riippuvaisia, epävarmoja ja heidän itsekunnioituksensa samoin kuin kykynsä kontrolloida impulsivejaan on huono. He myös ilmaisevat väkivallattomasti käyttäytyviin verrattuna voimakkaampaa vihaa ja vihamielisyyttä, kärsivät useammin masennuksesta sekä sijoittuvat korkeammalle tietyillä persoonallisuushäiriöasteikoilla (mm. asosiaalisuus-, aggressiivisuus- ja rajatilahäiriöt). Vaikka psykopatologialuvut ovat yleensä korkeampia vaimoiaan pahoinpitelevillä miehillä, eivät kaikki fyysisesti väkivaltaiset miehet ole psyykkisesti häiriytyneitä. Psykopatologiaan yhteydessä olevien tapausten osuus on todennäköisesti suhteellisen alhainen yhteisöissä, joissa parisuhdeväkivalta on yleistä.

Ihmissuhdetekijät

Ihmissuhdetekijöistä eri tutkimusten mukaan yhtäpitävimmän parisuhdeväkivaltaa määräävä tekijä on aviollinen konflikti tai epäsuhteisuus. Avioliiton riitaisuus on kohtalaisesti tai voimakkaasti yhteydessä miesten väkivaltaiseen käytökseen kaikissa Blackin katsaukseen kuuluvissa tutkimuksissa. Samanlaisia tuloksia on saatu myös Etelä-Afrikassa tehdyssä naisiin ja miehiin kohdistuvassa väestötutkimuksessa samoin kuin Bangkokissa tehdyssä naimisissa olevien miesten edustavaan otokseen perustuvassa tutkimuksessa. Thaimaalaisessa tutkimuksessa sanallisen perheriidan yhteys vaimon pahoinpitelyyn pysyi merkitsevänä myös sosioekonomisen aseman, miehen stressitason ja muiden avioliiton ominaisuuksien kuten toveruuden ja vakauden kontrolloinnin jälkeenkin.

Yhteisölliset tekijät

Korkean sosioekonomisen aseman on yleensä todettu antavan suojaa fyysisistä parisuhdeväkivaltaa vastaan, vaikkakin poikkeuksia esiintyy. Hyvin erilaisissa elinoloissa tehdyt tutkimukset osoittavat, että vaikka fyysinen parisuhdeväkivalta läpäisee kaikki sosioekonomiset ryhmät, köyhien naisten osuus uhreista on heidän suhteellista määräänsä suurempi.

On toistaiseksi epäselvää, miksi köyhyys lisää väkivallan riskiä: johtuuko se tulojen pienuudesta sinänsä vai joistakin köyhyyteen kytkeytyvistä tekijöistä, esimerkiksi asumisahtaudesta tai toivottomuudesta? Joillakin miehillä köyhyydessä eläminen aiheuttaa stressiä, turhautumista tai riittämättömyyden tunnetta, kun he eivät yllä heihin kohdistuvan elättäjän roolin vaatimusten täyttämiseen. Köyhyys saattaa vaikuttaa myös sitä kautta, että se tuottaa helposti riidanaiheita tai tekee naiselle vaikeammaksi irrottautua väkivaltaisesta tai muuten epätydyttävästä suhteesta. Olipa täsmällinen mekanismi mikä hyvänsä, köyhyys on todennäköisesti ”osoitin” useista sosiaalisista tekijöistä, jotka yhdes- sä lisäävät naisiin kohdistuvaa riskiä.

Se, miten yhteisö reagoi parisuhdeväkivaltaan, saattaa vaikuttaa sen kokonaistason kyseisessä yhteisössä. 16 yhteiskunnan vertailevassa tutkimuksessa Counts, Brown ja Campbell havaitsivat, että parisuhdeväkivallan taso oli alhaisin yhteiskunnissa, joissa yhteisöllä oli sanktioita sitä vastaan ja joissa pahoinpidellyillä naisilla oli käytettävissään turvapaikka (joko turvakoteja tai sukulaisten tuki). Yhteisön sanktiot tai kiellot saattoivat

olla joko muodollisia juridisia sanktioita tai naapurien moraalinen velvoite puuttua asiaan. Tässä viitekehyksessä on syntynyt hypoteesi, että parisuhdeväkivaltaa esiintyy eniten yhteiskunnissa, joissa naisen asema on muuttumassa. Kun naisen asema on hyvin alhainen, väkivaltaa ”ei tarvita” miehen auktoriteetin pönkittämiseen. Toisaalta aseman ollessa hyvä naiset ovat todennäköisesti jo saavuttaneet kollektiivisesti riittävästi valtaa muutakseen perinteisiä sukupuolirooleja. Parisuhdeväkivalta on niin ollen yleensä suurinta silloin, kun naiset alkavat omaksua ei-perinteisiä rooleja tai siirtyä työvoimaan.

On tuotu esiin useita muitakin yhteisötason tekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa parisuhdeväkivallan esiintyvyyteen, mutta harvoja niistä on testattu empiirisesti. Meneillään olevassa kahdeksan maata (Bangladesh, Brasilia, Japani, Namibia, Peru, Samoa, Tansania ja Thaimaa) käsitävässä WHO:n rahoittamassa tutkimuksessa kerätään tietoa lukuisista yhteisötason tekijöistä mahdollisen yhteyden selvittämiseksi. Näitä tekijöitä ovat mm.:

- muiden väkivaltarikosten yleisyys
- sosiaalinen pääoma (ks. luku 2)
- perheiden yksityisyyteen liittyvät sosiaaliset normit
- yhteisön normit, jotka koskevat miesten auktoriteettiasemaa.

Tutkimus tuo valaistusta yksilöllisten ja yhteisötason tekijöiden merkitykseen parisuhdeväkivallan esiintyvyyden kannalta.

Yhteiskunnalliset tekijät

Kulttuurien väliset rajat ylittävät tutkimukset ovat tuottaneet tietoa yhteiskunnallisista ja kulttuurisista tekijöistä, jotka saattavat synnyttää korkeita väkivaltataseja. Esimerkiksi Levinson käytti 90 maan etnografisten aineistojen koosteen tilastollista analyysiä tutkiesaan vaimon pahoinpitelyn kulttuurisia malleja. Hän tutki, mitkä tekijät erottavat ne yhteiskunnat, joissa pahoinpitely on yleistä, niistä joissa se on harvinaista tai joissa sitä ei esiinny lainkaan. Levinsonin analyysin mukaan pahoinpitely on yleisempää yhteiskunnissa, joissa miehillä on taloudellinen valta ja päätöksentekovalta perheessä, joissa naisilla ei ole mahdollisuutta avioeroon ja joissa aikuiset turvautuvat yleisesti väkivaltaan riitoja ratkaistessaan. Toiseksi vahvimmin vaimon pahoinpitelyä ennustava tekijä oli pelkästään naisista koostuvien työyhteisöjen puuttuminen. Levinson esittää hypoteesin, että naisten työyhteisöt suojaavat pahoinpitelyä vastaan, koska ne tarjoavat naisille pysyvän sosiaalisen tuen lähteen sekä taloudellisen riippumattomuuden miehistä ja suvusta.

Useat tutkijat ovat esittäneet joukon muita tekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa parisuhdeväkivallan yleisyyteen. On esimerkiksi väitetty, että parisuhdeväkivalta on yleisempää paikoissa, joissa on käynnissä tai on hiljattain ollut sota tai muita konflikteja tai sosiaalisia mullistuksia. Kun väkivallasta on tullut jokapäiväistä ja ihmisten saatavilla on aseita, sosiaaliset suhteet murenevat helposti, niin myös miesten ja naisten väliset suhteet. Taloudellisen ja sosiaalisen hajaannuksen aikana naiset itsenäistyvät ja ottavat enemmän taloudellista vastuuta. Miehet taas eivät pysty entiseen tapaan täyttämään heihin kohdistuvia suojelijan ja perheen elättäjän rooliodotuksia. Tällaiset tekijät saattavat lisätä parisuhdeväkivaltaa. Tätä oletusta ei ole kuitenkaan pystytty todistamaan kuin yksityistapauksien avulla.

On myös esitetty, että rakenteelliset eriarvoisuudet miesten ja naisten välillä, jäykät sukupuoliroolit ja käsitykset, joissa miehekkyyks liitetään hallitsevuuteen, miehen kunniaan ja aggressiivisuuteen, lisäävät parisuhdeväkivallan riskiä. Vaikka nämä hypoteesit vaikuttavat järkeviltä, ei niitäkään ole pystytty pitävästi osoittamaan oikeiksi.

Parisuhdeväkivallan seuraukset

Väkivallan seuraukset ovat syväisiä, yksilöiden terveydestä ja onnellisuudesta aina kokonaisten yhteisöjen hyvinvointiin. Väkivaltaisessa suhteessa eläminen vaikuttaa naisen itsekunnioitukseen ja kykyyn osallistua yhteiskunnan elämään. Tutkimuksin on osoitettu, että pahoinpidellyillä naisilla on yleisesti vähäisemmät mahdollisuudet saada tietoa ja palveluja, osallistua julkiseen elämään ja saada emotionaalista tukea ystäviltä ja sukulaisilta. Yllättävä tieto ei ole se, että nämä naiset ovat usein kyvyttömiä huolehtimaan kunnon itsestään ja lapsistaan tai hoitamaan työtään.

Vaikutus terveyteen

Yhä enemmän on tutkittua tietoa siitä, että väkivaltaisen kumppanin kanssa elämisellä on suuri vaikutus naisen terveyteen. Väkivalta on liitetty suureen joukkoon erilaisia terveydellisiä seurauksia, sekä välittömiä että pitkän ajan kuluessa ilmeneviä. Taulukossa 4.6 esitetään yhteenveto tutkimuksissa havaituista parisuhdeväkivallan terveydellisistä vaikutuksista. Sen lisäksi, että väkivallalla voi olla suoria terveyshaittoja, esimerkiksi vamman aiheuttaminen, väkivallan kohteeksi joutuminen lisää myös naisen terveyden heikkenemisen riskiä. Väkivallan uhrina oleminen on verrattavissa tupakan ja alkoholin käyttöön: sitä voidaan pitää useiden sairauksien ja terveydentilan heikkenemisen riskitekijänä.

Tutkimusten mukaan naiset, jotka ovat lapsina tai aikuisina kokeneet fyysisistä pahoinpitelyä tai seksuaalista hyväksikäyttöä, kärsivät keskimääräistä useammin heikosta terveydestä mitä tulee fyysiseen toimintakuntoon, psyykkiseen hyvinvointiin ja riskikäyttäytymiseen (esimerkiksi tupakointi, fyysinen passiivisuus, alkoholin ja huumeiden väärinkäyttö). Väkivaltaa kokeneella naisella on kohonnut

- masennuksen
- itsemurhayritysten
- kroonisten kiputilojen
- psykosomaattisten oireiden
- fyysisten vammojen
- ruuansulatushäiriöiden
- ärtyneen paksusuolen oireen ja
- lisääntymisterveyden häiriöiden riski.

Olemassa olevan tutkimustiedon perusteella voidaan esittää seuraavat yleiset johtopäätökset:

- Väkivallan vaikutukset voivat jatkua pitkään sen jälkeenkin, kun väkivalta on loppunut.
- Mitä vakavampaa väkivalta on, sitä suurempi vaikutus sillä on naisen fyysiseen ja mielenterveyteen.
- Näyttää siltä, että useiden väkivallan muotojen ja useiden väkivaltajaksojen kokemisen vaikutus on kumulatiivinen.

Lisääntymisterveys

Naiset, jotka elävät väkivaltaisen kumppanin kanssa, kokevat kovia pyrkiessään suojautumaan ei-toivotulta raskaudelta ja taudeilta. Väkivalta voi johtaa ei-toivottuun raskauteen tai sukupuolitautiin sairastumiseen suoraan seksiin pakottamisen kautta tai välillisesti, kun puututaan naisen mahdollisuuteen suojautua esimerkiksi kondomin avulla. Tutkimukset osoittavat yhtäpitävästi, että perheväkivalta on yleisempää perheissä, joissa

Taulukko 4.6 Parisuhdeväkivallan terveyshaitat

fyysiset

Vatsan alueen ja rintakehän vammat
Mustelmat ja raapimisjäljet
Krooninen kipuoireyhtymä
Invaliditeetti
Fibromyalgia
Murtumat
Ruuansulatushäiriöt
Ärtynyt suoli
Ruhjeet ja hiertymät
Silmävammat
Alentunut toimintakyky

Seksuaali- ja lisääntymisterveys

Hedelmättömyys
Sisäsynnytintulehdus
Raskauskomplikaatiot/keskenmenot
Seksuaaliset häiriöt
Sukupuolitaudit, myös hiv/aids
Ei-turvallinen abortti
Ei-toivottu raskaus

Psyykkiset ja käyttäytymishäiriöt

Alkoholin ja huumeiden väärinkäyttö
Masennus ja ahdistuneisuus
Syömis- ja unihäiriöt
Häpeän ja syyllisyyden tunteet
Fobiat ja paniikkihäiriö
Huono itsetunto
Posttraumaattinen stressioireyhtymä
Psykosomaattiset häiriöt
Tupakointi
Itsetuhoinen käyttäytyminen
Seksuaalinen riskikäyttäytyminen

Kuolemaan johtavat seuraukset

Aids-kuolleisuus
Äitiyskuolleisuus
Henkirikokset
Itsemurhat

on monta lasta. Tutkijat ovat pitkään olettaneet, että lasten aiheuttama stressi lisää väkivallan riskiä, mutta äskettäin Nicaraguassa tehdyn tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että suhde saattaa olla päinvastainen. Siinä kävi ilmi, että väkivalta alkoi yleensä ennen kuin lapsia oli useita (80 %:lla väkivalta alkoi neljän ensimmäisen avioliittovuoden aikana), mikä viittaa siihen, että väkivalta saattaa olla monilapsisuuden riskitekijä.

Väkivaltaa esiintyy myös raskausaikana, millä on seurauksia paitsi naiselle myös kehittyvälle sikiölle. Chilessä, Egyptissä, Kanadassa ja Nicaraguassa tehdyissä väestötutkimuksissa todettiin, että 6-15 % naisista, jotka olivat joskus asuneet kumppanin kanssa, oli kokenut fyysisistä tai seksuaalista pahoinpitelyä raskauden aikana. Pahoinpitelijä oli yleensä oma kumppani. Yhdysvalloissa arvioidaan 3-11 %:n aikuisista naisista ja jopa 38 %:n pienituloisista teiniäideistä joutuneen väkivallan uhriksi raskauden aikana.

Raskaudenaikaiseen väkivaltaan liittyvät

- keskenmenot
- myöhäinen äitiyshuollon asiakkaaksi tulo
- lapsen syntyminen kuolleena
- ennenaikainen synnytys
- sikiövauriot
- alhainen syntymäpaino, joka on merkittävä lasten kuolinsyy kehitysmaissa.

Parisuhdeväkivalta selittää merkittävän, mutta tarkemmin määrittelemättömän osan odottavien äitien kuolemantapauksista. Äskettäin Punesissa Intiassa tehdyssä 400 kylää ja seitsemän sairaalaa käsittäneessä tutkimuksessa todettiin, että 16 % kaikista raskauden aikaisista kuolemista oli parisuhdeväkivallan aiheuttamia. Tutkimus osoitti myös, että alu-

eella noin 70 % odottavien äitien kuolemantapauksista jäi tilastoimatta ja että 41 % tilastoituista tapauksista luokiteltiin väärin. Kumppanin tekemä surma on todettu merkittäväksi odottavien äitien kuolinsyiksi myös Bangladeshissa ja Yhdysvalloissa.

Parisuhdeväkivallalla on myös monia yhteyksiä aids-epidemian pahenemiseen. Esimerkiksi kuudessa Afrikan maassa eristetyksi tulemisen ja sitä seuraavan väkivallan pelko oli tärkeä syy raskaana olevien naisten hiv-testistä kieltäytymiselle (tai testitulosten hakematta jättämiselle). Ugandan maaseudulla äskettäin tehdyn hiv-infektion tarttumista heteroseksuaaleilla koskeneen tutkimuksen mukaan naisilla, jotka ilmoittivat joutuneensa pakotetuksi seksiin vastoin tahtoaan viimeksi kuluneen vuoden aikana, oli kahdeksankertainen riski saada hiv-tartunta.

Fyysinen terveys

Väkivalta voi johtaa vammoihin, joiden laatu vaihtelee haavoista ja murtumista pysyvään vammautumiseen ja kuolemaan. Väestötutkimusten mukaan 40-72 % kaikista kumppaninsa fyysisesti pahoinpitelemistä naisista saa vammoja jossakin elämänsä vaiheessa. Kanadassa 43 % loukkaantuneista naisista sai lääkärihoitoa ja 50 % joutui pitämään sairaalomaata.

Loukkaantuminen ei kuitenkaan ole yleisin parisuhdeväkivallan fyysinen seuraus. Yleisempiä ovat ”toiminnalliset häiriöt” eli joukko vaivoja, joilla ei ole selvää lääketieteellistä syytä, kuten ärtyneen paksusuolen oire, fibromyalgia, ruuansulatushäiriöt ja erilaiset krooniset kipuoireet. Nämä on eri tutkimuksissa yhdistetty yhtäpitävästi naisen fyysisen ja seksuaalisen väkivallan historiaan. Pahoinpidellyillä naisilla on myös alentunut fyysinen toimintakyky, enemmän fyysisiä oireita ja useampia sairauspäiviä kuin muilla naisilla.

Mielenterveys

Kumppaninsa pahoinpitelemät naiset kärsivät useammin masennuksesta, ahdistuneisuudesta ja peloista. Tämän osoittavat Australiassa, Nicaraguassa, Pakistanissa ja Yhdysvalloissa tehdyt tutkimukset. Samoin on osoitettu, että kumppaninsa pahoinpitelemillä naisilla on kohonnut itsemurha- ja itsemurhayritysten riski.

Terveyspalvelujen käyttö

Koska väkivallalla on pitkäaikainen vaikutus naisen terveyteen, sitä kokeneet naiset ovat keskimääräistä useammin terveyspalvelujen pitkäaikaisia käyttäjiä ja lisäävät näin terveydenhuollon menoja. Nicaraguassa, Zimbabwessa ja Yhdysvalloissa tehdyt tutkimukset osoittavat, että fyysisistä tai seksuaalista väkivaltaa joko lapsina tai aikuisina kokeneet naiset käyttävät terveyspalveluja keskimääräistä useammin. Väkivallan uhreilla on elämänsä aikana keskimääräistä enemmän lääkäriä käyneitä, leikkauksia, sairaalajaksoja, apteekissa käyntejä ja mielenterveyskonsultaatioita, vaikka mahdolliset sekoittavat tekijät suljettaisiin pois.

Väkivallan taloudelliset vaikutukset

Inhimillisten kustannusten ohella väkivalta tuottaa yhteiskunnalle valtavan taloudellisen rasituksen tuottavuuden laskun ja sosiaalipalvelujen käytön kasvun kautta. Nagpurissa Intiassa tehdyssä survey-tutkimuksessa todettiin, että 13 % naisista joutui luopumaan palkkatyöstä pahoinpitelyn vuoksi. He menettivät keskimäärin seitsemän työpäivää yhtä pahoinpitelykertaa kohti. 11 % naisista ei ollut pystynyt tekemään kotitöitä

pahoinpitelyn vuoksi.

Vaikka parisuhdeväkivalta ei yksiselitteisesti vaikuta naisen työssäkäyntiin, sillä näyttää olevan vaikutusta ansioihin ja kykyyn säilyttää työpaikka. Chicagossa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että parisuhdeväkivaltaa kärsineet naiset olivat keskimääräistä todennäköisemmin kokeneet työttömyysjaksoja ja heillä oli ollut enemmän fyysisiä ja mielen-terveyden ongelmia, jotka saattoivat vaikuttaa työsuorituksiin. Heillä oli myös pienemmät henkilökohtaiset tulot ja he saivat merkittävästi useammin sosiaaliavustusta kuin naiset, joilla ei ollut väkivaltahistoriaa. Myös Managuassa Nicaraguassa tehdyn tutkimuksen mukaan pahoinpidellyt naiset ansaitsivat 46 % vähemmän kuin naiset, jotka eivät ilmoittaneet kokeneensa väkivaltaa. Muut tuloihin mahdollisesti vaikuttavat tekijät oli tutkimuksessa vakioitu.

Vaikutus lapsiin

Lapset ovat usein läsnä perheirtoja käytäessä. Irlantilaisessa tutkimuksessa 64 % pahoinpidellyistä naisista sanoi lasten yleensä näkevän väkivaltilanteet. Vastaava luku Monterreysssä Meksikossa oli 50%.

Aviollista väkivaltaa todistamaan joutuvilla lapsilla on kohonnut riski saada monenlaisia emotionaalisia ja käyttäytymiseen liittyviä ongelmia. Näitä ovat muun muassa ahdistuneisuus, masennus, huono koulumenestys, alhainen itsekunnioitus, tottelemattomuus, painajaisunet ja fyysiset vaivat. Pohjoisamerikkalaisten tutkimusten mukaan vanhempiensa välistä väkivaltaa todistamaan joutuvat lapset kärsivät usein samoista käyttäytymisen ja mielen-terveyden häiriöistä kuin lapset, joita pahoinpidellään.

Tuoreen tutkimuksen mukaan väkivalta voi vaikuttaa suoraan tai epäsuorasti lapsikuolleisuuteen. Leónissa Nicaraguassa todettiin, että kun mahdolliset sekoittavat tekijät vakioitiin, kumppaninsa pahoinpitelemien naisten lasten riski kuolla ennen viiden vuoden ikää oli kuusinkertainen verrattuna lapsiin, joiden äitiä ei ollut pahoinpidelty. Parisuhdeväkivalta selitti peräti kolmanneksen alueen lasten kuolemantapauksista. Intiassa Tamil Nadun ja Uttar Pradeshin osavaltioissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että naiset, joita oli pahoinpidelty, olivat merkittävästi keskimääräistä useammin kokeneet lapsen kuoleman tai abortin, keskenmenon tai lapsen syntymisen kuolleena. Tutkimuksessa vakioitiin lapsikuolleisuuden yleisesti vaikuttavat tekijät kuten naisen ikä, koulutustaso ja aikaisemmat raskaudet, joista on syntynyt elävä lapsi.

Mitä parisuhdeväkivallan ehkäisemiseksi voidaan tehdä?

Parisuhdeväkivallan ehkäisytyötä ovat tähän asti johtaneet lähinnä naisjärjestöt, jotka ovat saaneet tilapäistä rahoitusta ja apua hallituksilta. Hallitukset ovat tulleet mukaan Australiassa, Latinalaisessa Amerikassa, Pohjois-Amerikassa ja osissa Eurooppaa yleensä kansalaisyhteiskunnan vaatimuksesta. Toiminnan ensimmäinen aalto on yleensä käsittänyt lainsäädännön uudistamista, poliisien kouluttamista ja uhrien palvelukeskusten perustamista. Kymmenissä maissa on nyt hyväksytty perheväkivaltalainsäädäntöä, vaikka monet virkamiehet eivät edelleenkään tunne sitä tai ovat haluttomia sen toimeenpantoon. Hallinnossa, esimerkiksi poliisi- ja oikeuslaitoksessa työskentelevillä on usein samat ennakkoluulot, jotka vallitsevat koko yhteiskunnassa. Kokemukset ovat toistuvasti osoittaneet, että ilman jatkuvia organisaatioiden kulttuurin ja käytäntöjen muutoksiin tähtääviä ponnistuksia useimpien juridisten ja poliittisten uudistusten merkitys jää vähäiseksi.

Siitä huolimatta, että naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisemiseksi on toimittu aktiivisesti yli 20 vuotta, huomattavan harvoista hankkeista on tehty arviointitutkimuksia. Tuoreessa yhdysvaltalaisessa katsauksessa kansallinen tutkimusneuvosto löysi vain 34 tutkimusta, joissa yritettiin arvioida parisuhdeväkivallan ehkäisyhankkeita. Niistä 19 keskittyi lain toimeenpanoon, mikä kuvastaa virkamiesten käyttävän väkivaltatapausten käsittelyssä ylivoimaisesti mieluummin rikosoikeusjärjestelmää. Kehityksessä toteutettuja ohjelmia on tutkittu vielä vähemmän. Arviointitutkimuksia on vain kourallinen. Yksi niistä on katsaus neljässä Intian osavaltiossa toteutettuun väkivallan ehkäisyohjelmaan. Sen lisäksi YK:n naisten kehitysrahasto on arvioinut seitsemää viidellä alueella toteutettua hanketta, joiden rahoittaja on YK:n Violence Against Women Trust Fund. Arviointitutkimuksen tavoitteena on levittää tietoa näiden hankkeiden kokemuksista.

Uhrien tukeminen

Teollisuusmaissa naisten kriisikeskukset ja turvakodit ovat olleet perheväkivallan uhrien suojelemisen kulmakiviä. Vuonna 1995 Yhdysvalloissa oli käynnissä noin 1 800 tällaista tukiohjelmaa. Niistä 1 200:ssa tarjottiin naisille ja lapsille hätämajoitusta emotionaalisen, juridisen ja aineellisen tuen ohella. Näiden keskusten palveluihin kuuluu yleensä yksilöllistä neuvontaa ja tukiryhmiä, työharjoittelua, toimintaa lapsille, apua asioinnissa sosiaalitoimen ja oikeuslaitoksen kanssa ja huumeiden ja alkoholin väärinkäyttäjien hoitoonohjausta. Useimmat eurooppalaiset ja yhdysvaltalaiset turvakodit ja kriisikeskukset ovat alun perin naisliikkeen aktivistien perustamia. Nykyään monet niistä ovat ammatillaisista ylläpitämiä ja saavat valtionavustusta.

1980-luvun alkupuolelta lähtien naisten turvakoteja ja kriisikeskuksia on syntynyt myös kehitysmaihin. Useimmissa maissa on ainakin muutama kansalaisjärjestö, joka tarjoaa erikoispalveluja väkivallan uhreille ja kampanjoi heidän puolestaan. Joissakin maissa tällaisia järjestöjä on satoja. Turvakotien ylläpitäminen on kuitenkin kallista, ja monet kehitysmaat ovatkin niiden sijasta perustaneet auttavia puhelimia ja kriisikeskuksia, jotka tarjoavat osan samoista palveluista asumista lukuun ottamatta.

Missä varsinaisen turvakodin pitäminen ei ole mahdollista, naiset ovat keksineet muita tapoja hoitaa hätätapauksia. Yksi mahdollisuus on panna pystyyn epävirallinen ”turvakotien” verkosto, jossa ahdinkoon joutuneet naiset voivat saada tilapäisen majapaikan naapurista. Joissakin yhteisöissä on osoitettu paikallinen kirkko tai muu paikka, jossa naiset voivat lapsineen yöpyä paetessaan juovuksissa olevaa väkivaltaista kumppaniaan.

Lainsäädännön ja oikeuslaitoksen uudistaminen

Pahoinpitelyn kriminalisointi

1980- ja 1990-luvulla syntyi runsaasti uutta parisuhdeväkivaltaa koskevaa lainsäädäntöä. Viimeisen kymmenen vuoden aikana esimerkiksi 24:ssä Latinalaisen Amerikan ja Karibian alueen maassa hyväksyttiin perheväkivaltaa koskevaa erityislainsäädäntöä. Yleisimmin uudistukset koskivat parisuhteessa tapahtuvan fyysisen, seksuaalisen ja henkisen väkivallan kriminalisointia. Se tapahtui joko uusien lakeja säätämällä tai korjaamalla voimassa olevaa rikosoikeussäännöstöä.

Lainsäädäntö sisältää viestin, että parisuhdeväkivalta on rikos eikä sitä siedetä yhteiskunnassa. Saattamalla väkivalta julkiseksi pyritään myös kumoamaan käsitys, että se on perheen yksityisasia. Uusien lakien säätämisen ja vanhojen lakien soveltamisalan laajentamisen ohella joissakin teollisuusmaissa on myös kokeiltu lainsäädännön tukemista eri-

tyistuomioistuimia perustamalla, poliisin ja oikeuslaitoksen virkamiehiä ja syyttäjiä kouluttamalla sekä tarjoamalla naisille apua heidän asioidessaan rikosoikeusjärjestelmässä. Näiden toimenpiteiden tieteellinen arviointi on toistaiseksi ollut vähäistä. Yhdysvaltojen kansallinen tiedeakatemia on julkaissut katsauksen toimenpiteistä, joilla yhteiskunta on puuttunut perheväkivaltaan. Katsauksessa todetaan: ”Julkaisematon aineisto viittaa siihen, että poliisihallinnon ja syyttäjänvirastojen kokonaisuudistukset ja erikoisyksiköt sekä erikoistuomioistuimet ovat parantaneet pahoinpideltyjen lasten ja naisten kokemuksia.”

Samanlaisia kokeiluja on käynnissä muuallakin. Esimerkiksi Intiassa osavaltioiden hallitukset ovat perustaneet oikeusapuyksiköitä, perheoikeuksia, kansan oikeuksia (lok adalat) ja naisten oikeuksia (mahilla lok adalat). Tuoreessa arviointitutkimuksessa todetaan, että nämä elimet ovat ensi sijassa sovittelumekanismeja, jotka turvautuvat yksinomaan välittäjänä toimivien ja neuvomiseen perheiden riitaisuuksien sovitellussa. On kuitenkin väitetty, että nämä instituutiot eivät ole tyydyttäviä edes sovittelumekanismina ja että sovittelijoilla on taipumus asettaa naisen hyvinvointi vähemmän tärkeälle sijalle kuin valtion halu pitää perheet koossa.

Pidätystä koskeva lainsäädäntö ja menettelytavat

Uhrien tukipalvelujen jälkeen yleisin perheväkivaltaan puuttumisen muoto on poliisin toimintatapojen uudistaminen. Alkuvaiheessa keskityttiin pelkästään poliisien kouluttamiseen. Kun pelkkä koulutus osoittautui suurelta osin tehottomaksi poliisien käytöksen muuttamisessa, ryhdyttiin tekemään pakottavia lakeja, jotka edellyttävät perheväkivaltaan syyllistyvien pidättämisestä ja velvoittavat poliisin toimimaan aktiivisesti.

Pidättämisestä perheväkivallan vähentämisen keinona tukee vuonna 1984 Minneapolisissa Yhdysvalloissa tehty kokeilu, jonka mukaan pidättäminen puolitti tulevien pahoinpitelyjen riskin seuraavan puolen vuoden aikana verrattuna siihen, että puolisot erotettiin toisistaan tai heitä neuvottiin hakemaan apua. Nämä tulokset julkaistiin laajalti, ja ne johtivat jyrkkään muutokseen poliisien suhtautumisessa perheväkivaltaan koko Yhdysvalloissa.

Yritykset monistaa Minneapolisin tulokset viidellä muulla alueella eivät kuitenkaan vahvistaneet pidätyksen pelotevaikutusta. Näissä uusissa tutkimuksissa kävi ilmi, että pidätys ei ollut sen tehokkaampi väkivallan vähentämiskeino kuin muutkaan poliisin toimet, esimerkiksi varoituukset tai haasteet, neuvonnan tarjoaminen pariskunnille tai heidän erottamisensa toisistaan. Näiden tutkimusten huolellinen analysointi tuotti muitakin kiinnostavia tuloksia. Kun väkivallan tekijä joko oli naimisissa tai kävi töissä tai näitä molempia, pidättäminen vähensi pahoinpitelyn uusiutumista, mutta niiden miesten osalta, jotka olivat työttömiä eivätkä eläneet parisuhteessa, pidätykset itse asiassa lisäsivät väkivaltaa joissakin kaupungeissa. Pidätyksen vaikutus myös vaihteli asualueittain. Alueilla, joilla työttömyys oli vähäistä, pidätys toimi väkivaltaa ehkäisevästi riippumatta yksilön omasta työtilanteesta; korkean työttömyyden alueilla asuvat epäilyksenalaiset sen sijaan olivat väkivaltaisempia pidätyksen jälkeen kuin saatuaan pelkän varoituksen. Nämä tulokset ovat saaneet jotkut kyseenalaistamaan pakottavan pidätyksen järkevyyden alueilla, joilla köyhyys on kasautunutta.

Vaihtoehtoiset rangaistukset

Pidätyksen vaihtoehtona on kokeiltu myös muita ehkäiseviä menetelmiä. Yksi siviilioikeudellinen menettely on kieltää miestä tuomioistuimen päätöksellä ottamasta yhteyttä kumppaniinsa, pahoinpitelemästä tätä, määrätä mies muuttamaan pois kotoa, velvoittaa

mies maksamaan elatusapua tai lapsen elatustukea tai vaatia miestä hakeutumaan neuvontaan tai hoitoon päihteiden väärinkäytön vuoksi.

Tutkijat ovat havainneet, että vaikka uhrin yleensä pitävät suojelumääräyksiä hyödyllisinä, näyttö niiden vaikuttavuudesta on kirjavaa. Yhdysvalloissa Denverin ja Boulderin kaupungeissa tekemässään tutkimuksessa Harrell & Smith havaitsivat suojelumääräysten estävän perheväkivallan uusiutumisen ainakin vuoden ajan verrattuna vastaaviin tilanteisiin, joissa suojelumääräystä ei ollut. Tutkimusten mukaan pidätykset suojelumääräysten rikkomisen vuoksi ovat kuitenkin harvinaisia, mikä vähentää niiden vaikuttavuutta väkivallan ehkäisyssä. Toisten tutkimusten mukaan suojelumääräykset parantavat naisen itsekunnioitusta, mutta niillä on vain vähän vaikutusta miehiin, joilla on vakava rikollistausta.

Eri yhteisöissä on kokeiltu monia menetelmiä: julkista häpäisyä, pahoinpitelijän kodin tai työpaikan vartiointia tai yhdyskuntapalvelua rangaistuksena väkivaltaisesta käytöksestä. Intialaiset aktivistit panevat usein toimeen dharnan, joka on eräänlainen julkinen häpäisy tai vastalause, väkivaltaisen miehen asunnon tai työpaikan edessä.

Poliisiasemat, joiden koko henkilökunta on naisia

Joissakin maissa on kokeiltu poliisiasemia, joiden koko henkilökunta on naisia. Ensimmäiseksi niitä perustettiin Brasiliassa, mistä käytäntö levisi koko Latinalaiseen Amerikkaan ja joihinkin osiin Aasiaa. Vaikka aloite on teoriassa suositeltava, käytännössä kokeilu on kohdannut monia vaikeuksia. Vaikka pelkästään naistyöntekijöiden voimin toimivan poliisiaseman olemassaolo lisää pahoinpideltyjen naisten esiintuloa, heidän tarvitsemansa palvelut, kuten oikeusapu ja –neuvonta, puuttuvat usein asemalta. Aina eivät naispoliisit ole myöskään oletusten mukaisesti osoittautuneet uhreja kohtaan ymmärtäväisemmiksi. Paikoin näiden naisille tarkoitettujen erikoisyksikköjen luominen on tehnyt muille poliisiyksiköille helpommaksi jättää naisten tekemät valitukset ottamatta käsiteltäväksi. Intialainen tutkija toteaa: ”Naisuhrit joutuvat matkustamaan pitkän matkan tehdäkseen ilmoituksensa erikoisasemalle, kun he eivät voi olla varmoja, että saavat oman alueensa poliisilta nopeasti suojelua.” Jotta strategia olisi käyttökelpoinen, siihen täytyy liittää poliisien sensitiivisyyskoulutusta, työn kannustimia sekä laajempi palvelujen valikoima.

Pahoinpitelijöiden hoito

Parisuhdeväkivaltaan syyllistyneiden hoito on uudistus, joka on levinnyt Yhdysvalloista Australiaan, Eurooppaan, Kanadaan ja moniin kehitysmaihiin. Useimmissa hoito-ohjelmissa menetelmänä on ryhmätyö. Ryhmissä keskustellaan sukupuolirooleista ja opitaan taitoja, esimerkiksi stressin ja vihan hallintaa, ottamaan vastuuta omista tekemisistä ja osoittamaan tunteita muita ihmisiä kohtaan.

Viime vuosina näitä ohjelmia on pyritty arvioimaan, mutta esteenä ovat olleet metodologiset vaikeudet, jotka tuottavat ongelmia tulosten tulkinalle. Yhdysvaltalaiset tutkimukset viittaavat siihen, että enemmistö (53-85 %) hoito-ohjelman suorittaneista miehistä pysyy väkivallattomina kaksi vuotta; pitemmissä seurantajaksoissa osuus on pienempi. Näitä osuuksia on kuitenkin tarkasteltava siinä valossa, että ohjelman keskeyttäneiden osuus on suuri, yhdestä kolmasosasta puoleen. Monet ohjelmaan osoitetuista eivät edes aloita sitä. Arvioitaessa Iso-Britannian lippulaivana pidettyä väkivallan ehkäisyohjelmaa todettiin, että 65 % miehistä jätti saapumatta ensimmäiseen kokoontumiseen, 33 % oli mukana alle kuusi kertaa ja vain 33 % jatkoi toiseen vaiheeseen asti.

Ohjelman arviointi neljässä Yhdysvaltojen kaupungissa osoitti, että useimmat pahoinpidellyt naiset tunsivat olonsa paremmaksi ja turvallisemmaksi kumppaninsa mentyä hoitoon. Osoittautui kuitenkin, että 30 kuukauden kuluttua lähes puolet miehistä oli syyllistynyt uudestaan väkivaltaiseen käytökseen kerran ja 23 % toistuvasti vakavia vammoja aiheuttaen. 21 % ei ollut väkivaltaisia fyysisesti eikä puheissaan. 60 % pariskunnista oli eronnut ja 24 % ei ollut enää yhteydessä keskenään.

Pohjois-Lontoon yliopiston tutkijoiden vastikään tekemän kansainvälisen katsauksen mukaan arviointitutkimuksissa on osoitettu parhaiten toimiviksi ohjelmat, jotka

- ovat pitempikestoisia
- muuttavat miesten asenteita siinä määrin, että heidän käytöksestään on mahdollista keskustella
- tukevat osallistujia ohjelmassa pysymisessä
- työskentelevät rinnakkain rikosoikeusjärjestelmän kanssa, jolla on tarkat säännöt menettelytavoista ohjelman ehtoja rikottaessa.

Esimerkiksi Pittsburghissa Yhdysvalloissa poissaoloprosentti laski 36:sta kuuteen vuosien 1994 ja 1997 välisenä aikana, kun alettiin antaa pidätysmääräyksiä miehille, jotka eivät saapuneet ensimmäiseen kokoontumiseen.

Terveydenhoitojärjestelmä

Viime vuosina huomio on kääntynyt pahoinpitelyn uhreille terveyspalveluja tarjoavien työn kehittämiseen. Useimmat naiset joutuvat tekemisiin terveydenhuollon kanssa jossakin vaiheessa, esimerkiksi hakiessaan raskauden ehkäisyä, synnyttäessään tai tarvittaessaan lastenhoitoa. Tämä tekee terveydenhuollosta tärkeän ympäristön, jossa pahoinpitelystä kärsivät naiset voidaan tunnistaa, heitä voidaan tukea ja ohjata tarvittaessa erikoispalveluihin. Valitettavasti tutkimukset osoittavat, että useimmissa maissa lääkärit ja hoitajat tiedustelevat harvoin naisilta pahoinpidelläneitä heitä ja jättävät jopa tarkistamatta väkivaltan ilmeiset merkit.

Terveydenhuollon työntekijöiden koulutuksessa painotetaan ongelman tunnistamista ja pahoinpitelymahdollisuuden rutiininomaisen tarkastamisen tärkeyttä. Pilottihankkeita, joissa terveydenhuollon henkilöstöä koulutetaan tunnistamaan pahoinpitely ja reagoimaan siihen, on käynnistetty yhä useammassa maissa, esimerkiksi Brasiliassa, Etelä-Afrikassa, Filippiineillä, Irlannissa, Malesiassa, Meksikossa ja Nicaraguassa. Useiden Latinalaisen Amerikan maiden terveydenhuollossa on otettu käyttöön ohjeisto perheväkivaltaan puuttumiseksi.

Tutkimukset viittaavat siihen, että hoitokäytäntöjen muutokset - kuten asianomaisen kohdan ruksaaminen potilaan hoitokortissa tai kysymyksen lisääminen normaaliin sisään-tulolomakkeeseen - vaikuttaa eniten terveydenhuollon henkilöstön käytökseen.

Syvään juurtuneiden uskomusten ja asenteiden kyseenalaistaminen on myös tärkeää. Etelä-Afrikassa Agisanangin perheväkivallan ehkäisy- ja koulutusprojekti on kehittänyt yhteistyössä Witwatersrandin yliopiston terveydenhuoltojärjestelmän kehittämissyksikön kanssa sairaanhoitajille lisääntymisterveyden kurssin, jossa perheväkivallalla on merkittävä osuus. Näillä kursseilla käytetään sananparsia, häälauluja ja roolileikkejä analysoitaessa yleisiä käsityksiä väkivallasta ja miesten ja naisten rooleista. Harjoituksen jälkeen keskustellaan sairaanhoitajien vastuusta ammattilaisina. Yhden tällaisen kurssin jälkeen tehdyn survey-tutkimuksen analyysissä havaittiin, että osallistujat eivät enää uskoneet naisen lyömisen olevan oikeutettua ja että useimmat myönsivät aviomiehen voivan raiskata vaimonsa.

Pahoitelymahdollisuuden ottamista terveystarkastuksen osaksi kysymällä potilailta, ovatko he kokeneet parisuhdeväkivaltaa, pidetään yleensä hyvänä käytäntönä. Vaikka useat tutkimukset ovat osoittaneet, että naiset pitävät neutraaleja kysymyksiä väkivallasta hyvinä, on hyvin vähän arvioitu systemaattisesti sitä, voidaanko tällaisilla terveystarkastuksilla lisätä naisten turvallisuutta tai avun hakemista ja jos voidaan, millä edellytyksillä niin tapahtuu.

Yhteisölliset toimenpiteet

Hakeva työ

Hakeva työ on ollut kansalaisjärjestöjen työn keskeisintä sisältöä parisuhdeväkivaltaan reagoinnissa. Työntekijät, jotka ovat usein vertaiskasvattajia, käyvät väkivallan uhrien luona kodeissa ja yhteisöissä. Kansalaisjärjestöt rekrytoivat vertaistyöntekijöiksi kouluttavat usein entisten asiakkaiden, parisuhdeväkivallan uhrien, parista.

Sekä hallitusten että kansalaisjärjestöjen hankkeissa käytetään ”asianajajina” ihmisiä, jotka neuvovat ja auttavat pahoitpideltyjä naisia varsinkin oikeudenkäyntiin liittyvissä pulmissa ja sosiaaliturvauksien anomisessa. Nämä ihmiset perehtyvät väkivallan uhrien oikeuksiin ja hoitavat asioita moninaisissa instansseissa poliisilaitoksesta ja syyttäjänvirastosta sairaalaan.

Useita hakevan työn hankkeita on evaluoitu. Lontoon Islingtonissa perheväkivaltaprojektissa sijoitettiin paikallisille poliisiasemille maallikkoasianajajia, joiden tehtävänä oli ottaa yhteyttä kaikkiin parisuhdeväkivallan uhriin 24 tunnin kuluessa poliisiasemalla käynnistä. Vastaavanlaisessa projektissa Lontoon Hammersmithissä ja Fulhamissa yhdistettiin väkivaltaisten miesten koulutusohjelma ja kumppaneille suunnatut asianmukaiset toimenpiteet. Hiljattain tehdyssä näiden ohjelmien arviointitutkimuksessa todettiin, että Islingtonin projektin ansiosta uusintakäynnit poliisiasemalle vähenivät ja perheväkivalta tästä päätellen uusiutui harvemmin. Samaan aikaan naiset käyttivät enemmän uusia palveluja kuten turvakoteja, oikeudellista neuvontaa ja tukiryhmiä. Toinen projekti onnistui tavoittamaan suuremman määrän etnisiin vähemmistöihin kuuluvia ammatissa toimivia naisia kuin muut perheväkivallan uhreille tarkoitetut palvelut.

Yhteisön toimenpiteiden koordinointi

Koordinoivat neuvostot ja hallinnon yhteistyöfoorumi ovat yhä suosittumia keinoja valvoa ja parantaa parisuhdeväkivaltaan puuttumista yhteisön tasolla. Niiden tarkoituksena on:

- vaihtaa tietoa
- tunnistaa ja ratkaista palvelujen tarjonnassa ilmeneviä ongelmia
- edistää hyvää hallintokäytäntöä koulutuksen ja ohjeistuksen avulla
- jäljittää tapauksia ja panna toimeen julkisia kuulemistilaisuuksia eri elinten toiminnan arvioimiseksi
- edistää yhteisön tietoisuutta sekä ehkäisevää työtä.

Tämäntyyppinen työ on levinnyt Kalifornian, Massachusettsin ja Minnesotan osavaltioiden pilottihankkeista kaikkialle Yhdysvaltoihin samoin kuin Kanadaan, Iso-Britanniaan ja joihinkin Latinalaisen Amerikan maihin.

Pan American Health Organisation on käynnistänyt pilottiprojekteja16:ssa Latinalaisen Amerikan maassa testatakseen tätä menetelmää sekä kaupunki- että maaseutu ympäristössä. Maaseudulla koordinoivan neuvoston jäsenenä on esimerkiksi paikallinen

pappi, kunnanjohtaja, ylimpiä viranomaisia, terveydenhoitajia ja naisryhmien edustajia. Koko projekti sai alkunsa La Ruta Crítica –nimellä tunnetusta kvalitatiivisesta tutkimuksesta, jossa selvitettiin, mitä tapahtuu maaseudun apua hakeville naisille. Tulosten yhteen-
veto on laatikossa 4.2.

Tämän tyyppisestä yhteisöllisestä puuttumisesta on harvoja arviointitutkimuksia. Yhdessä tutkimuksessa todettiin, että hankkeen käynnistämisen jälkeen tapahtui tilastollisesti merkitsevää kasvua pidätykseen johtaneiden poliisiasemalla käyntien osuudessa samoin kuin syytteeseen johtaneiden pidätyksen osuudessa. Tutkimuksessa todettiin myös merkitsevää kasvua jokaisen asuinalueen pakolliseen neuvontaan lähetettyjen miesten osuudessa, vaikkakin on epäselvää, mikä vaikutus sillä oli pahoinpitelylukuihin tai oliko vaikutusta ylipäänsä ollenkaan.

Kvalitatiivisissa arvioissa on todettu, että monet näistä hankkeista keskittyvät lähinnä turvapaikkojen ja rikosoikeusjärjestelmän koordinointiin, uskonnollisten yhteisöjen, koulujen, terveydenhuollon ja sosiaalitoimen mukaantulon jäädessä vähemmälle. Vastikään Iso-Britanniassa tehdyssä yhteistyöfoorumeja koskevassa katsauksessa päätellään, että huolimatta naisille ja lapsille tarjottujen palvelujen laadun mahdollisesta paranemisesta foorumit voivat toisaalta pimentää näkyvistä sen tosiasian, että juuri mikään ei oikeastaan muutu. Katsauksessa ehdotetaan selvien asiakastyytyväisyys- ja toimintatapojen muutoksia kuvaavien kriteerien kehittämistä organisaation oma-arviointia varten.

Väkivallan ehkäisykampanjat

Naisjärjestöt ovat jo pitkään käyttäneet tiedotuskampanjoita sekä pienimuotoisia media- ja muita tapahtumia tehdäkseen parisuhdeväkivaltakysymystä tunnetuksi ja muut-
taakseen ihmisten käyttäytymistä. On näyttöä siitä, että näillä kampanjoilla tavoitetaan suuri joukko ihmisiä, mutta niiden vaikuttavuutta asenteiden ja käyttäytymisen muuttajina on tutkittu vähän. 1990-luvulla naisryhmäverkosto käynnisti Nicaraguassa vuotuisen joukkotiedotuskampanjan, jonka tavoitteena oli lisätä tietoisuutta väkivallan seurauksista naisille. Erilaisten iskulauseiden avulla (Quiero vivir sin violencia - Haluan elää ilman väkivaltaa) kampanja mobilisoi yhteisöjä väkivallan vastustamiseen. Myös YK:n Naisten kehitysrahasto on rahoittanut yhdessä useiden muiden YK:n elinten kanssa sarjan alueellisia kampanjoita naisiin kohdistuvaa väkivaltaa vastaan. Niiden iskulauseena on ollut: ”Meillä on oikeus elää ilman väkivallan pelkoa”. Yksi evaluoiduista tiedotushankkeista on Etelä-Afrikassa toteutettu ”Soul City” –projekti, jossa käytettiin parhaaseen katseluaikaan esitettyjä televisionäytelmiä ja radiokuunnelmia sekä muita kasvatuksellisia aktiviteetteja. Yksi osa kampanjasta kohdistui nimenomaan perheväkivaltaan (ks. laatikko 9.1 luvussa 9). Arviointitutkimuksessa todettiin, että kampanja lisäsi tietoa, paransi perheväkivallan tunnistamista, muutti asenteita ja normeja ja lisäsi yleisön halukkuutta ryhtyä asianmukaiseen toimintaan.

Kouluissa toteutetut hankkeet

Nuoriin kohdistetaan entistä enemmän väkivallan ehkäisyohjelmia, mutta niissä kosketellaan harvoin nimenomaisesti parisuhdeväkivaltaa. On kuitenkin hyvät mahdollisuudet yhdistää parisuhdetta, sukupuolirooleja ja sukupuolista pakottamista koskevaa materiaalia olemassa oleviin ohjelmiin, joilla tähdätään kouluväkivallan ja –kiusaamisen, rikollisuuden ja muun ongelmakäyttäytymisen vähentämiseen. Sitä voidaan yhdistää myös sukupuolivalistukseen.

Nuorille suunnatut parisuhdeväkivaltaohjelmat ovat yleensä itsenäisiä aloitteita, jotka

Laatikko 4.2

La Ruta Crítica: tutkimus perheväkivaltaan puuttumisesta

Vuonna 1995 Pan American Health Organisation käynnisti yhteisötutkimuksen kymmenessä Latinalaisen Amerikan maassa (Belizessä, Boliviassa, Costa Ricassa, Ecuadorissa, El Salvadorissa, Guatemalassa, Hondurasissa, Nicaraguassa, Panamassa ja Perussa). Sen tarkoituksena oli kirjata prosessi, jonka perheväkivaltaa kokenut nainen käy läpi päätettyään lopettaa väkivaltojen ja etsiä apua. Tämän prosessin espanjankielinen nimi on La Ruta Crítica, kriittinen polku. Se viittaa siihen päätösten ja toimien sarjaan, joka syntyy naisen ryhtyessä panemaan loppua väkivaltaiselle tilanteelle, sekä niihin reaktioihin, joita hän kokee apua etsiessään. Jokainen naisen toimi ja päätös tuolla polulla vaikuttaa toisten ihmisten, myös palvelujen tarjoajien ja yhteisön jäsenten, käyttäytymiseen. Näiden toiminta vaikuttaa puolestaan naisen seuraavaan askeleeseen.

Tutkittavat kysymykset koskivat naisen avunhakemispäätöksen seurauksia, sitä mistä hän lähti etsimään apua, hänen motiivejaan sekä niin institutionaalisten palvelun tarjoajien kuin yksityisten ihmistenkin asenteita ja reaktioita. Kvalitatiivinen tutkimus käsitti yli 500 pahoinpidellyn naisen syvähaastattelun ja yli 1000 palveluntarjoajan haastattelun. Lisäksi pidettiin noin 50 ryhmäistuntoa.

Väkivallan uhreiksi joutuneet naiset tunnistivat useita tekijöitä, jotka saattoivat antaa sysäyksen apuun hakeutumiselle. Yksi tekijä oli väkivallan muuttuminen vakavammaksi tai useammin toistuvaksi, mikä sai naisen ymmärtämään, ettei mies muuttuisi. Tärkeä toimintaan motivoiva seikka oli se, että nainen tajusi oman tai lastensa hengen olevan vaarassa. Yhtä lailla kuin toimintaa vauhdittavat tekijät myös apuun hakeutumista estävät tekijät olivat moninaisia ja sidoksissa toisiinsa.

Tutkimuksessa huomattiin, että taloudellisilla seikoilla tuntui olevan enemmän painoa kuin emotionaalisilla. Monet naiset olivat huolissaan siitä, pystyisivätkö elättämään itsensä ja lapsensa. Haastatellut naiset ilmaisivat myös usein syyllisyyttä; he syyttivät itseään tai ajattelivat olevansa epänormaaleja. He mainitsivat myös oikeuslaitoksessa ilmenevän korruption ja sukupuoliset stereotyyptit. Suurin estävä tekijä oli kuitenkin pelko siitä, että seuraukset saattaisivat olla vielä pahemmat, jos asiasta kertoisi jollekulle tai jos lähtisi pois kuin jos jäs suhteeseen.

La Ruta Crítica –tutkimuksen perusteella on selvää, että useilla sekä sisäisillä että ulkoisilla tekijöillä on vaikutusta pahoinpidellyn naisen päätökseen lopettaa väkivalta. Prosessi on usein pitkä, joskus jopa vuosien mittainen, ja siihen sisältyy useita yrityksiä hakea apua eri tahoilta. Toiminnan pontimena on harvoin yksi ainoa tapahtuma. Tulokset osoittavat, että valtavista esteistä huolimatta naiset ovat usein neuvokkaita löytämään apua ja keksimään keinoja heihin kohdistuvan väkivallan lievittämiseksi.

ovat naiseen kohdistuvan väkivallan lopettamisen puolesta työskentelevien elinten rahoittamia. Arviointitutkimuksia on tehty vain harvoja. Yhdessä Kanadassa ja kahdessa Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa, joissa käytettiin koeasetelmaa, havaittiin positiivista muutosta sekä tiedontasossa että asenteissa. Yhdysvaltalaistutkimuksista toisessa osoitettiin väkivallan olevan vähäisempää kuukauden kuluttua. Vaikka vaikutus käyttäytymiseen oli hävinnyt vuoden kuluttua, vaikutus normeihin, konfliktinratkaisutaitoihin ja tietoihin oli säilynyt.

Laatikko 4.3

Väkivallattomuuden edistäminen: esimerkkejä ennalta ehkäisevistä ohjelmista

Seuraavassa on muutamia esimerkkejä eri puolilla maailmaa toteutetuista lukuisista innovatiivisista parisuhdeväkivallan ehkäisyohjelmista.

Nigerilaisen Calabarin Girl's Power –aloite on suunnattu nuorille tytöille. Tytöt tapaavat joka viikko kolmen vuoden ajan ja keskustelevat avoimesti erilaisista seksuaalisuuteen, naisen terveyteen ja oikeuksiin, ihmissuhteisiin ja perheväkivaltaan liittyvistä asioista.

Erytisaiheita, joiden tavoitteena on rakentaa tytön itsetuntoa ja opettaa itsesuojelutaitoja, ovat olleet muun muassa yhteiskunnassa vallitsevat asenteet, jotka lisäävät raiskatuksi tulemisen riskiä sekä rakkauden ja ihastumisen erottaminen toisistaan.

Torontossa Kanadassa toteutetaan Education Wife Assault –ohjelmaa maahanmuuttaja- ja pakolaisnaisten parissa. Heitä autetaan työpajatyöskentelyn avulla luomaan omiin kulttuuriin yhteisöihinsä sopivia väkivallan ehkäisykampanjoita. Education Wife Assault –ohjelma tarjoaa teknistä apua naisille, jotka suunnittelevat omia kampanjoitaan. Se myös antaa naisille henkistä tukea. Perheväkivaltaa vastaan kampanjoihin naiseen suunnataan nimittäin usein syrjintää, koska heidät koetaan uhkaksi yhteisön koossapysymiselle.

Meksikossa Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población –niminen kansalaisjärjestö on perustanut nuorille työpajan, jonka tarkoituksena on estää väkivaltaisuutta seurustelusuhteessa ja kaverien kesken. ”Väkivallan kasvoiksi ja naamioiksi” –nimetty projekti käyttää osallistuvaa menetelmää, jossa nuoret pohtivat rakkauteen, himoon ja seksiin liittyviä odotuksiaan ja tunteitaan ja oppivat ymmärtämään, miten sukupuoliroolit voivat aiheuttaa estoja niin miesten kuin naistenkin käyttäytymiselle.

Trinidadissa ja Tobagossa SERVOL (Service Volunteered for All) –kansalaisjärjestö järjestää nuorille 14 viikon mittaisia työpajoja, joissa he oppivat terveiden ihmissuhteiden luomista ja vanhemmuustaitoja. Projekti auttaa näitä nuoria ymmärtämään, miten heidän saamansa kasvatusta on muovannut heidät sellaisiksi kuin he ovat ja opettaa heitä olemaan toistamatta vanhempiensa ja muiden aikuisten tekemiä kasvatuserheitä. Ryhmän jäsenet oppivat tunnistamaan ja hallitsemaan tunteitaan ja ymmärtämään, miten lapsuusaikaiset fyysiset ja psyykkiset traumat voivat johtaa aggressiiviseen käytökseen myöhemmin elämässä.

Hyvän käytännön periaatteita

Monet palveluntarjoajat, aktivistit ja tutkijat ovat vuosien varrella koonneet suuren määrän tietoa parisuhdeväkivallasta. Siltä pohjalta voidaan esittää joukko periaatteita ”hyvän käytännön” oppaaksi. Näihin periaatteisiin kuuluvat:

- Väkivaltaohjelmia on toteutettava sekä valtakunnallisella että paikallisella tasolla.
- Naisten osallistuminen hankkeiden kehittämiseen ja toteuttamiseen ja naisten turvallisuus ovat kaikkea suunnittelua ohjaavia periaatteita.
- Poliisi-, terveydenhuolto- ja oikeustoimen uudistusten on ulotuttava organisaatiokulttuurin uudistumiseen, pelkkä koulutus ei riitä.
- Väkivaltaan puuttumisen on oltava eri sektorien koordinoitua yhteistyötä.

Toimintaa kaikilla tasoilla

Tärkeä opetus, jonka väkivallan ehkäisyronnistelut ovat meille antaneet, on se, että toimintaa on toteutettava sekä valtakunnan että paikallisella tasolla. Valtakunnallisen

tason ensisijaisiin toimiin kuuluvat naisen aseman parantaminen, asianmukaisten normien, menettelytapojen ja lakien aikaansaaminen sekä sellaisen sosiaalisen ilmapiirin luominen, joka suosii väkivallasta pidättymistä ihmissuhteissa.

Monissa sekä teollisuus- että kehitysmaissa on todettu hyödylliseksi perustaa muodollinen mekanismi kehittämään ja toteuttamaan kansallisia toimintasuunnitelmia. Näillä suunnitelmilla on oltava selkeät tavoitteet, vastuunjaot ja aikataulut samoin kuin riittävä rahoitus.

Kokemus osoittaa kuitenkin, että kansalliset toimet ovat yksinään riittämättömiä. Jopa teollisuusmaissa, joissa parisuhdeväkivaltaa vastustavat liikkeet ovat toimineet yli neljännesvuosisadan ajan, väkivaltaisesti kohdellun naisen käytettävissä olevat vaihtoehdot ja poliisin ja muiden viranomaisten suhtautuminen vaihtelevat yhä suuresti paikkakuntakohtaisesti. Pahoinpitelyn uhrien osa on paljon parempi yhteisöissä, joissa on tehty väkivallan ehkäisytyötä ja joissa toimii vakiintuneita virallisten laitosten toimintaa ohjaavia ja valvovia ryhmiä.

Naisten osallistuminen

Väkivaltaan puuttumisen on tapahduttava yhteistyössä naisten itsensä kanssa, jotka ovat yleensä oman tilanteensa parhaita arvioijia, sekä heidän päätöksensä kunnioittaen. Esimerkiksi monet Intian Gujaratin, Karnatakan, Madhya Pradeshin ja Maharashtran osavaltiossa toteutetut perheväkivaltaohjelmat ovat yhtäpitävästi osoittaneet, että hankkeen menestyminen tai epäonnistuminen riippuu suuresti järjestäjien asenteesta parisuhdeväkivaltaa kohtaan ja kiinnostuksesta kuunnella naisten mielipiteitä toiminnan suunnittelun ja toteutuksen yhteydessä.

Naisten turvallisuutta on toimintaa suunniteltaessa pohdittava tarkasti. Ohjelmat, joissa naisten turvallisuus ja itsemääräämisoikeus asetetaan etusijalle, menestyvät yleensä parhaiten. Huolta ovat aiheuttaneet esimerkiksi lait, jotka velvoittavat terveydenhuollon työntekijät ilmoittamaan epäillyt pahoinpitelytapaukset poliisille. Tällainen puuttuminen riistää naiselta oikeuden hallita tilannetta ja on osoittautunut yleensä hedelmättömäksi. Naisen turvallisuus saattaa vaarantua, ja hoitoon hakeutumisen todennäköisyys pienenee. Tällaiset lait myös tekevät terveydenhuollon työntekijöistä oikeusjärjestelmän jatkeen ja toimivat vastoin sitä periaatetta, että terveydenhuollon tulee tarjota asiakkaalle emotionaalista suojaa.

Organisaatiokulttuurien muutos

Lyhytaikaisella hankkeella, jossa viranomaisia koulutetaan havaitsemaan ongelma, on yleensä varsin vähän pysyvää vaikutusta, ellei samaan aikaan pyritä muuttamaan koko organisaatiokulttuuria. Johtamistapa, työsuoritusten arviointi- ja palkitsemismenettely ja syvälle juurtuneet kulttuuriset ennakkoluulot ja uskomukset ovat ensiarvoisen tärkeitä tässä suhteessa. Terveydenhuollon käytäntöjen uudistamisessa koulutus on harvoin yksinään riittänyt muuttamaan käyttäytymistä väkivallan uhreja kohtaan. Vaikka koulutus voi lyhytaikaisesti parantaa tietämystä ja käytäntöjä, sen vaikutus häviää yleensä nopeasti, ellei siihen liity muutoksia koko organisaation toimintatavoissa.

Monisektorinen lähestymistapa

Parisuhdeväkivaltaongelman ratkaisemisessa on kehitettävä eri sektorien, kuten poliisin, terveydenhuollon, oikeuslaitoksen ja sosiaalitoimen yhteistyötä. Hankkeet ovat perinteisesti keskittyneet pääasiassa yhteen ainoaan sektoriin, mikä on kokemuksen mukaan

osoittautunut yleensä huonoja tuloksia tuottavaksi.

Suosituksia

Tutkimukset osoittavat, että naiseen kohdistuva parisuhdeväkivalta on vakava ja yleinen ongelma kaikkialla maailmassa. Kaiken aikaa kertyy myös lisää todisteita sen naisen fyysiselle ja mielenterveydelle sekä yleiselle hyvinvoinnille aiheuttamista haitoista. Keskeiset toimitus­suositukset ovat:

- Hallituksia ja muita lahjoittajia tulisi rohkaista investoimaan paljon enemmän parisuhdeväkivallan tutkimiseen seuraavien kymmenen vuoden aikana.
- Hankkeissa tulisi painottaa enemmän perheiden, ystävien ja yhteisöjen, esimerkiksi uskonnollisten yhteisöjen, mahdollisuuksia puuttua ongelmaan.
- Hankkeet olisi sovittava yhteen muiden, esimerkiksi nuorisoväkivaltaan, teiniraskauksiin, päihteiden väärinkäyttöön ja muihin perheväkivallan muotoihin puuttuvien hankkeiden kanssa.
- Hankkeiden olisi keskityttävä enemmän parisuhdeväkivallan ennalta ehkäisyyn.

Parisuhdeväkivaltatutkimus

Parisuhdeväkivallan syiden ja sen ja muiden ihmisten välisen väkivallan muotojen kunnollisen teoreettisen ymmärtämisen puute on estänyt tehokkaiden maailmanlaajusten toimien toteuttamisen. Tarvitaan vielä tutkimuksia mm. seuraavista:

- parisuhdeväkivallan esiintyvyyden, seurausten sekä riski- ja suojatekijöiden tutkiminen erilaisissa kulttuuriympäristöissä standardoituja menetelmiä käyttäen
- parisuhdeväkivallan ajallisen kehittymisen pitkittäistutkimukset, joissa selvitetään myös eroja muuhun väkivaltaiseen käyttäytymiseen verrattuna
- sen tutkiminen, miten väkivalta vaikuttaa eri elämänvaiheissa, miten sen eri muotojen vaikutus terveyteen ja hyvinvointiin vaihtelee ja ovatko nämä vaikutukset kumulatiivisia
- niiden ihmisten elämänhistorian tutkiminen, jotka elävät terveissä, väkivallattomissa suhteissa huolimatta kokemuksista, joiden tiedetään lisäävän parisuhdeväkivallan vaaraa.

Lisäksi tarvitaan paljon lisää tutkimusta ehkäisyhankkeista, jotta voitaisiin vaikuttaa poliittisiin päätöksentekijöihin lisärahoituksen saamiseksi ja jotta voidaan parantaa hankkeiden suunnittelua ja toteutusta. Seuraavina vuosina on asetettava etusijalle

- eri puolilla maailmaa käytettyjen strategioiden ja ohjelmien dokumentointi
- parisuhdeväkivallan taloudellisten kustannusten arviointi
- parisuhdeväkivallan ehkäisyyn ja siihen puuttumiseen tähtäävien hankkeiden lyhyt- ja pitkäaikaisvaikutusten arviointi ja koulujen opetusohjelmien, lainsäädännön ja politiikan uudistusten, väkivallan uhreille suunnattujen palvelujen, väkivallan tekijöille suunnattujen ohjelmien ja yleisten asenteiden ja käyttäytymisen muutoksiin tähtäävien kampanjoiden arviointi.

Epävirallisten tukiverkoston vahvistaminen

Läheskään kaikki naiset eivät etsi apua käytettävissä olevista palvelujärjestelmistä. Sen vuoksi on äärimmäisen tärkeää lisätä epävirallisia tukiverkostoja, jotka saattavat koostua naapureista ja ystäväistä, uskonnollisista ja muista yhteisöllisistä ryhmistä sekä työtovereista. Se miten nämä epäviralliset ryhmät ja yksilöt reagoivat, riippuu siitä, onko

väkivallan uhri itse aktiivinen vai vetäytykö ja eristäytykö hän itseään syytellen.

On paljon mahdollisuuksia kehittää ohjelmia, joihin sisältyy sukulaisten ja ystävien antama apu. Esimerkiksi Iztacalossa Meksikossa toteutettiin ohjelma, jossa käytettiin paikallisia tapahtumia, pienimuotoista tiedottamista (julisteita, pamfletteja ja äänikasetteja) sekä työpajoja, joissa uhrit saattoivat keskustella kokemuksistaan ja ilmaista ystävilleen ja sukulaisilleen miten nämä voivat auttaa.

Kaikkien saaminen mukaan yhteiskunnan ohjelmiin

Ongelmakäyttäytymisen eri muotojen riskiä lisäävät tekijät menevät suuressa määrin päällekkäin. Näyttää myös siltä, että lapsuusaikaisen aggressiivisen käyttäytymisen ja erilaisten nuoruuden ja varhaisen aikuisiän ongelmakäyttäytymisen muotojen välillä vallitsee jatkumo. Niistä saadut tutkimustulokset menevät myös päällekkäin. On selvää, että korkean riskitason perheiden tilanteeseen on puuttettava varhain ja tarjottava tukea ja muita palveluja ennen kuin ongelmakäyttäytymisen mallit juurtuvat perheessä ja muokkaavat maaperää väkivaltaiselle käyttäytymiselle nuoruudessa ja aikuisiässä.

Koordinointi nuorisoväkivaltaa, lapsiin kohdistuvaa väkivaltaa, päihteiden väärinkäyttöä ja parisuhdeväkivaltaa koskevien hankkeiden ja tutkimusohjelmien välillä on toistaiseksi ollut valitettavan vähäistä huolimatta siitä, että nämä kaikki ongelmat esiintyvät yleensä yhdessä. Jos halutaan saada aikaan todellista edistymistä, huomiota on kiinnitettävä aggressiivisten käyttäytymismallien kehittymiseen, joka alkaa usein lapsuudessa. Kokonaisvaltainen puuttuminen, jossa otetaan huomioon väkivallan eri muotojen väliset yhteydet, sisältää merkittäviä mahdollisuuksia.

Panostaminen ennalta ehkäisyyn

Parisuhdeväkivallan ennalta ehkäisyyn tärkeys jää usein sen varjoon, että ohjelmissa ymmärrettävistä syistä keskitytään yleensä väkivallan lukuisten välittömien seurausten hoitoon.

Sekä poliittisten päättäjien että aktivistien on kiinnitettävä enemmän huomiota eittämättä valtavaan tehtävään luoda sellainen sosiaalinen ympäristö, joka edistää tasa-arvoisten ja väkivallattomien ihmissuhteiden syntymistä. Sellaisen ympäristön perustana voi olla vain uusi sukupolvi. Lasten täytyy kasvaa aikuisiksi paremmin ihmissuhde- ja konfliktinratkaisutaidoin varustettuina kuin heidän vanhempansa ovat kasvaneet, heillä tulee olla paremmat tulevaisuudennäkymät ja oikeampi käsitys siitä, miten miehet ja naiset voivat olla tekemisissä toistensa kanssa ja jakaa valtaa.

Johtopäätöksiä

Parisuhdeväkivalta on merkittävä kansanterveysongelma. Sen ratkaiseminen vaatii yhteisötason, kansallisen tason ja kansainvälisen tason toimijoiden yhteistä panosta. Joka tasolla toimenpiteisiin tulee sisältyä naisten ja tyttöjen omien voimavarojen vahvistaminen, miesten mukaan saaminen, uhrien tarpeisiin vastaaminen ja rangaistusten kiristäminen. On äärimmäisen tärkeää, että toimenpiteet kohdistuvat myös lapsiin ja nuoriin ja että pyritään muuttamaan yhteisön ja yhteiskunnan normeja. Kaikki edistysaskeleet, joita jollakin näistä osa-alueista saavutetaan, ovat osa parisuhdeväkivallan ongelman ratkaisua.

Kirjallisuus

1. Crowell N, Burgess AW. Understanding violence against women. Washington, DC, National Academy Press, 1996.
2. Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden. Washington, DC, World Bank, 1994 (Discussion Paper No. 255).
3. Koss MP et al. No safe haven: male violence against women at home, at work, and in the community. Washington, DC, American Psychological Association, 1994.
4. Butchart A, Brown D. Non-fatal injuries due to interpersonal violence in Johannesburg-Soweto: incidence, determinants and consequences. *Forensic Science International*, 1991, 52:35–51.
5. Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington, DC, National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000 (NCJ 183781).
6. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
7. Violence against women: a priority health issue. Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/FRH/WHO/97.8).
8. Yoshihama M, Sorenson SB. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experiences of women in Japan. *Violence and Victims*, 1994, 9:63–77.
9. Ellsberg MC et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:1595–1610.
10. Leibrich J, Paulin J, Ransom R. Hitting home: men speak about domestic abuse of women partners. Wellington, New Zealand Department of Justice and AGB McNair, 1995.
11. Granados Shiroma M. Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género. [Reproductive health and violence against women: a gender perspective.] *Nuevo Leo ? n, Asociacio ?n Mexicana de Poblacio ? n, Consejo Estatal de Poblacio ? n*, 1996.
12. Ellsberg MC et al. Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:241–244.
13. Mooney J. The hidden figure: domestic violence in north London. London, Middlesex University, 1993.
14. Ellsberg M et al. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Studies in Family Planning*, 2001, 32:1–16.
15. Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/FCH/GWH/01.01).
16. Saltzman LE et al. Intimate partner surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 1999.
17. Ellsberg M, Heise L, Shrader E. Researching violence against women: a practical guide for researchers and advocates. Washington, DC, Center for Health and Gender Equity, 1999.
18. Smith PH, Smith JB, Earp JAL. Beyond the measurement trap: a reconstructed conceptualization and measurement of battering. *Psychology of Women Quarterly*, 1999, 23:177–193.
19. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1–22.
20. Cabaraban M, Morales B. Social and economic consequences for family planning use in southern Philippines. Cagayan de Oro, Research Institute for Mindanao Culture, Xavier University, 1998.
21. Cabrejos MEB et al. Los caminos de las mujeres que rompieron el silencio: un estudio cualitativo sobre la ruta cr: ?tica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. [Paths of women who broke the silence: a qualitative study of help-seeking by women affected by family violence.] Lima, Proyecto Violencia Contra las Mujeres y las Niñ ? as and World Health Organization, 1998.
22. Mouzos J. Femicide: the killing of women in Australia 1989–1998. Canberra, Australian Institute of Criminology, 1999.
23. Juristat. Homicide in Canada. Ottawa, Statistics Canada, 1998.
24. Gilbert L. Urban violence and health: South Africa 1995. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:873–886.
25. Bailey JE et al. Risk factors for violent death of women in the home. *Archives of Internal Medicine*, 1997, 157:777–782.
26. Fox JA, Zawitz MW. Homicide trends in the United States. Washington, DC, Bureau of Justice Statistics, United States Department of Justice, 1999.
27. Carcach C, James M. Homicide between intimate partners in Australia. Canberra, Australian Institute of Criminology, 1998.
28. When men murder women: an analysis of 1996 homicide data. Washington, DC, Violence Policy Center, 2000.
29. Karkal M. How the other half dies in Bombay. *Economic and Political Weekly*, 24 August 1985:1424.
30. Mercy JA et al. Intentional injuries. In: Mashaly AY, Graitcer PL, Youssef ZM, eds. Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem. Cairo, Rose El Youssef New Presses, 1993.
31. Johnson MP. Patriarchal terrorism and common couple violence: two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 1995, 57:283–294.
32. Johnson MP, Ferraro KJ. Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 2000, 62:948–963.
33. Kantor GK, Jasinski JL. Dynamics and risk factors in partner violence. In: Jasinski JL, Williams LM, eds. Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research. Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.
34. Morse BJ. Beyond the conflict tactics scale: assessing gender differences in partner violence. *Violence and Victims*, 1995, 10:251–272.
35. Brush LD. Violent acts and injurious outcomes in married couples: methodological issues in the national survey of family and households. *Gender and Society*, 1990, 4:56–67.

36. Canadian Centre for Justice Statistics. Family violence in Canada: a statistical profile. Ottawa, Statistics Canada, 2000.
37. Saunders DG. When battered women use violence: husband-abuse or self-defense? *Violence and Victims*, 1986, 1:47-60.
38. DeKeseredy WS et al. The meanings and motives for women's use of violence in Canadian college dating relationships: results from a national survey. *Sociological Spectrum*, 1997, 17:199-222.
39. Schuler SR et al. Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:1729-1742.
40. Zimmerman K. Plates in a basket will rattle: domestic violence in Cambodia. A summary. Phnom Penh, Project Against Domestic Violence, 1995.
41. Michau L. Community-based research for social change in Mwanza, Tanzania. In: Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington, DC, 9-11 January 1998. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:4-9.
42. Armstrong A. Culture and choice: lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe. Harare, Violence Against Women in Zimbabwe Research Project, 1998.
43. Gonzalez Montes S. Domestic violence in Cuetzalan, Mexico: some research questions and results. In: Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington, DC, 9-11 January 1998. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:36-41.
44. Osakue G, Hilber AM. Women's sexuality and fertility in Nigeria. In: Petchesky R, Judd K, eds. *Negotiating reproductive rights*. London, Zed Books, 1998:180-216.
45. Hassan Y. The haven becomes hell: a study of domestic violence in Pakistan. Lahore, Shirkat Gah Women's Resource Centre, 1995.
46. Bradley CS. Attitudes and practices relating to marital violence among the Tolai of East New Britain. In: *Domestic violence in Papua New Guinea*. Boroko, Papua New Guinea Law Reform Commission, 1985:32-71.
47. Jejeebhoy SJ. Wife-beating in rural India: a husband's right? *Economic and Political Weekly*, 1998, 33:855-862.
48. El-Zanaty F et al. *Egypt demographic and health survey 1995*. Calverton, MD, Macro International, 1996.
49. Rosales J et al. *Encuesta Nicaraguense de demografía y salud, 1998*. [1998 Nicaraguan demographic and health survey.] Managua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 1999.
50. David F, Chin F. Economic and psychosocial influences of family planning on the lives of women in Western Visayas. Iloilo City, Central Philippines University and Family Health International, 1998.
51. Bawah AA et al. Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender relations in northern Ghana. *Studies in Family Planning*, 1999, 30:54-66.
52. Wood K, Jewkes R. Violence, rape, and sexual coercion: everyday love in a South African township. *Gender and Development*, 1997, 5:41-46.
53. Khan ME et al. *Sexual violence within marriage*. Seminar (New Delhi), 1996:32-35.
54. Jenkins C for the National Sex and Reproduction Research Team. National study of sexual and reproductive knowledge and behaviour in Papua New Guinea. Goroka, Papua New Guinea Institute of Medical Research, 1994.
55. Heise L. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women* 1998, 4:262-290.
56. Rao V. Wife-beating in rural South India: a qualitative and econometric analysis. *Social Science and Medicine*, 1997, 44:1169-1179.
57. Johnson H. *Dangerous domains: violence against women in Canada*. Ontario, International Thomson Publishing, 1996.
58. Romero M. *Violencia sexual y doméstica: informe de la fase cuantitativa realizada en el centro de atención a adolescentes de San Miguel de Allende*. [Sexual and domestic violence: report from the qualitative phase from an adolescent center in San Miguel de Allende.] Mexico City, Population Council, 1994.
59. Campbell J et al. Voices of strength and resistance: a contextual and longitudinal analysis of women's responses to battering. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, 13:743-762.
60. Dutton MA. Battered women's strategic response to violence: the role of context. In: Edelson JL, Eisikovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. London, Sage, 1996:105-124.
61. Sagot M. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países. [The critical path followed by women victims of domestic violence in Latin America: case studies from ten countries.] Washington, DC, Pan American Health Organization, 2000.
62. O'Conner M. Making the links: towards an integrated strategy for the elimination of violence against women in intimate relationships with men. Dublin, Women's Aid, 1995.
63. Short L. Survivor's identification of protective factors and early warning signs in intimate partner violence. In: Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington, DC, 9-11 January 1998. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:27-31.
64. George A. Differential perspectives of men and women in Mumbai, India on sexual relations and negotiations within marriage. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:87-95.
65. Ellsberg M et al. Women's strategic responses to violence in Nicaragua. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, 55:547-555.
66. Bunge VP, Levett A. Family violence in Canada: a statistical profile. Ottawa, Statistics Canada, 1998.
67. Campbell JC, Soeken KL. Women's responses to battering: a test of the model. *Research in Nursing and Health*, 1999, 22:49-58.
68. Campbell JC. Abuse during pregnancy: progress, policy, and potential. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:185-187.
69. Landenburger KM. The dynamics of leaving and recovering from an abusive relationship. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal*

Nursing, 1998, 27:700-706.

70. Jacobson NS et al. Psychological factors in the longitudinal course of battering: when do the couples split up? When does the abuse decrease? *Violence and Victims*, 1996, 11:371-392.

71. Campbell J. Assessing dangerousness: violence by sexual offenders, batterers, and child abusers. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995.

72. Wilson M, Daly M. Spousal homicide. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1-15.

73. Counts DA, Brown J, Campbell J. Sanctions and sanctuary: cultural perspectives on the beating of wives. Boulder, CO, Westview Press, 1992.

74. Levinson D. Family violence in cross-cultural perspective. Thousand Oaks, CA, Sage, 1989.

75. Dutton DG. The domestic assault of women: psychological and criminal justice perspectives. Vancouver, University of British Columbia Press, 1995.

76. Black DA et al. Partner, child abuse risk factors literature review. National Network of Family Resiliency, National Network for Health, 1999 (available on the Internet at <http://www.nnh.org/risk>).

77. Moffitt TE, Caspi A. Findings about partner violence from the Dunedin multi-disciplinary health and development study, New Zealand. Washington, DC, National Institutes of Justice, 1999.

78. Larrain SH. *Violencia puertas adentro: la mujer golpeada*. [Violence behind closed doors: the battered women.] Santiago, Editorial Universitaria, 1994.

79. Nelson E, Zimmerman C. Household survey on domestic violence in Cambodia. Phnom Penh, Ministry of Women's Affairs and Project Against Domestic Violence, 1996.

80. Hakimi M et al. Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java, Indonesia. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.

81. Moreno Marb 2n F. La violencia en la pareja. [Intimate partner violence.] *Revista Panamericana de Salud P ublica*, 1999, 5:245-258.

82. Caeser P. Exposure to violence in the families of origin among wife abusers and maritally nonviolent men. *Violence and Victims*, 1998, 3:49-63.

83. Parry C et al. Alcohol attributable fractions for trauma in South Africa. *Curationis*, 1996, 19:2-5.

84. Kyriacou DN et al. Emergency department-based study of risk factors for acute injury from domestic violence against women. *Annals of Emergency Medicine*, 1998, 31:502-506.

85. McCauley J et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123:737-746.

86. International Clinical Epidemiologists Network (INCLEN). Domestic violence in India. Washington, DC, International Center for Research on Women and Centre for Development and Population Activities, 2000.

87. Jewkes R et al. The prevalence of physical, sexual and emotional violence against women in three South African provinces. *South African Medical Journal*, 2001, 91:421-428.

88. Flanzer JP. Alcohol and other drugs are key causal agents of violence. In: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:171-181.

89. Gelles R. Alcohol and other drugs are associated with violence - they are not its cause. In: Gelles RJ, Loseke DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:182-196.

90. MacAndrew D, Edgerton RB. *Drunken comportment: a social explanation*. Chicago, IL, Aldine, 1969.

91. Abrahams N, Jewkes R, Laubsher R. I do not believe in democracy in the home: men's relationships with and abuse of women. Tyberberg, Centre for Epidemiological Research in South Africa, Medical Research Council, 1999.

92. Hoffman KL, Demo DH, Edwards JN. Physical wife abuse in a non-Western society: an integrated theoretical approach. *Journal of Marriage and the Family*, 1994, 56:131-146.

93. Martin SL et al. Domestic violence in northern India. *American Journal of Epidemiology*, 1999, 150:417-426.

94. Gonzales de Olarte E, Gavilano Llosa P. Does poverty cause domestic violence? Some answers from Lima. In: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:35-49.

95. Straus M et al. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family*, 1986, 48:465-479.

96. Byrne CA et al. The socioeconomic impact of interpersonal violence on women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:362-366.

97. Golding JM. Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples. *Research in Nursing and Health*, 1996, 19:33-44.

98. Leserman J et al. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, 1996, 58:4-15.

99. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151:342-347.

100. Walker E et al. Adult health status of women HMO members with histories of childhood abuse and neglect. *American Journal of Medicine*, 1999, 107:332-339.

101. McCauley J et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:1362-1368.

102. Dickinson LMet et al. Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. *Archives of Family Medicine*,

- 1999, 8:35–43.
103. Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245–258.
104. Koss MP, Woodruff WJ, Koss PG. Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence, incidence, and physician usage. *Behavioral Science and Law*, 1991, 9:85–96.
105. Follette V et al. Cumulative trauma: the impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 1996, 9:25–35.
106. Heise L, Moore K, Toubia N. *Sexual coercion and women's reproductive health: a focus on research*. New York, NY, Population Council, 1995.
107. Najera GP, Gutierrez M, Bailey P. Bolivia: follow-up to the 1994 Demographic and Health Survey, and women's economic activities, fertility and contraceptive use. Research Triangle Park, NC, Family Health International, 1998.
108. Ballard TJ et al. Violence during pregnancy: measurement issues. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:274–276.
109. Campbell JC. Addressing battering during pregnancy: reducing low birth weight and ongoing abuse. *Seminars in Perinatology*, 1995, 19:301–306.
110. Curry MA, Perrin N, Wall E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. *Obstetrics and Gynecology*, 1998, 92:530–534.
111. Gazmararian JA et al. Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association*, 1996, 275:1915–1920.
112. Newberger EH et al. Abuse of pregnant women and adverse birth outcome: current knowledge and implications for practice. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:2370–2372.
113. Bullock LF, McFarlane J. The birth-weight/battering connection. *American Journal of Nursing*, 1989, 89:1153–1155.
114. Murphy C et al. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 2001, 164:1567–1572.
115. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics and Gynecology*, 1994, 84:323–328.
116. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre LH. Domestic violence during pregnancy and its relationship with birth weight. *Salud Publica Mexicana*, 1996, 38:352–362.
117. Valladares E et al. Physical abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight [Dissertation]. Umea ?, Department of Epidemiology and Public Health, Umea ? University, 1999.
118. Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too far, too little, too late: a community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 76:591–598.
119. Fauveau V et al. Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976–85. *Bulletin of the World Health Organization*, 1988, 66:643–651.
120. Dannenberg AL et al. Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1995, 172:1557–1564.
121. Harper M, Parsons L. Maternal deaths due to homicide and other injuries in North Carolina: 1992–1994. *Obstetrics and Gynecology*, 1997, 90:920–923.
122. Brown D. In Africa, fear makes HIV an inheritance. *Washington Post*, 30 June 1998, Section A:28.
123. Quigley M et al. Case-control study of risk factors for incident HIV infection in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2000, 5:418–425.
124. Romkens R. Prevalence of wife abuse in the Netherlands: combining quantitative and qualitative methods in survey research. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12:99–125.
125. Walker EA et al. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 1997, 59:572–577.
126. Walker EA et al. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150:1502–1506.
127. Delvaux M, Denis P, Allemant H. Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls: results of a multicentre inquiry. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 1997, 9:345–352.
128. Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health*, 1998, 4:41–70.
129. Roberts GL et al. How does domestic violence affect women's mental health? *Women's Health*, 1998, 28:117–129.
130. Ellsberg M et al. Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women. *American Psychologist*, 1999, 54:30–36.
131. Fikree FF, Bhatti LI. Domestic violence and health of Pakistani women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1999, 65:195–201.
132. Danielson KK et al. Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: evidence from an epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:131–133.
133. Bergman B et al. Suicide attempts by battered wives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 83:380–384.
134. Kaslow NJ et al. Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African-American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, 66:533–540.
135. Abbott J et al. Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1763–1767.

136. Amaro H et al. Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health*, 1990, 80:575-579.
137. Felitti VJ. Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *Southern Medical Journal*, 1991, 84:328-331.
138. Koss M. The impact of crime victimization on women's medical use. *Journal of Women's Health*, 1993, 2:67-72.
139. Morrison AR, Orlando MB. Social and economic costs of domestic violence: Chile and Nicaragua. In: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:51-80.
140. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. Health care utilization and history of trauma among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1997, 12:165-172.
141. IndiaSAFE Steering Committee. IndiaSAFE final report. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1999.
142. Browne A, Salomon A, Bassuk SS. The impact of recent partner violence on poor women's capacity to maintain work. *Violence Against Women*, 1999, 5:393-426.
143. Lloyd S, Taluc N. The effects of male violence on female employment. *Violence Against Women*, 1999, 5:370-392.
144. McCloskey LA, Figueroa AJ, Koss MP. The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development*, 1995, 66:1239-1261.
145. Edleson JL. Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, 14:839-870.
146. Jouriles EN, Murphy CM, O'Leary KD. Interspousal aggression, marital discord, and child problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:453-455.
147. Jaffe PG, Wolfe DA, Wilson SK. *Children of battered women*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1990.
148. Jejeebhoy SJ. Associations between wife-beating and fetal and infant death: impressions from a survey in rural India. *Studies in Family Planning*, 1998, 29:300-308.
149. A? sling-Monemi K et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*, in press.
150. Chalk R, King PA. *Violence in families: assessing prevention and treatment programs*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
151. Spindel C, Levy E, Connor M. *With an end in sight: strategies from the UNIFEM trust fund to eliminate violence against women*. New York, NY, United Nations Development Fund for Women, 2000.
152. Plichta SB. Identifying characteristics of programs for battered women. In: Leinman JM et al., eds. *Addressing domestic violence and its consequences: a policy report of the Commonwealth Fund Commission on Women's Health*. New York, NY, The Commonwealth Fund, 1998:45.
153. Ramos-Jimenez P. *Philippine strategies to combat domestic violence against women*. Manila, Task Force on Social Science and Reproductive Health, Social Development Research Center, and De La Salle University, 1996.
154. Mehrotra A. *Gender and legislation in Latin America and the Caribbean*. New York, United Nations Development Programme Regional Bureau for Latin America and the Caribbean, 1998.
155. Mitra N. *Best practices among response to domestic violence: a study of government and non-government response in Madhya Pradesh and Maharashtra [draft]*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1998.
156. Sherman LW, Berk RA. The specific deterrent effects of arrest for domestic assault. *American Sociological Review*, 1984, 49:261-272.
157. Garner J, Fagan J, Maxwell C. Published findings from the spouse assault replication program: a critical review. *Journal of Quantitative Criminology*, 1995, 11:3-28.
158. Fagan J, Browne A. Violence between spouses and intimates: physical aggression between women and men in intimate relationships. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence: panel on the understanding and control of violent behavior*. Vol. 3. *Social influences*. Washington, DC, National Academy Press, 1994:115-292.
159. Marciniak E. *Community policing of domestic violence: neighborhood differences in the effect of arrest*. College Park, MD, University of Maryland, 1994.
160. Sherman LW. The influence of criminology on criminal law: evaluating arrests for misdemeanor domestic violence. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 1992, 83:1-45.
161. National Institute of Justice and American Bar Association. *Legal interventions in family violence: research findings and policy implications*. Washington, DC, United States Department of Justice, 1998.
162. Grau J, Fagan J, Wexler S. Restraining orders for battered women: issues of access and efficacy. *Women and Politics*, 1984, 4:13-28.
163. Harrell A, Smith B. Effects of restraining orders on domestic violence victims. In: Buzawa ES, Buzawa CG, eds. *Do arrests and restraining orders work?* Thousand Oaks, CA, Sage, 1996.
164. Buzawa ES, Buzawa CG. *Domestic violence: the criminal justice response*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1990.
165. Keilitz S et al. *Civil protection orders: victims' views on effectiveness*. Washington, DC, National Institute of Justice, 1998.
166. Littell K et al. *Assessing the justice system response to violence against women: a tool for communities to develop coordinated responses*. Pennsylvania, Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence, 1998 (available on the Internet at <http://www.vaw.umn.edu/Promise/PP3.htm>).
167. Larrain S. *Curbing domestic violence: two decades of activism*. In: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:105-130.
168. Poonacha V, Pandey D. *Response to domestic violence in Karnataka and Gujarat*. In: Duvvury N, ed. *Domestic violence in India*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1999:28-41.
169. Estremadoyro J. *Violencia en la pareja: comisar: 2as de mujeres en el Peru ?*. [Violence in couples: police stations for women in Peru.] Lima, Ediciones Flora Tristan, 1993.
170. Hautzinger S. *Machos and policewomen, battered women and anti-victims: combatting violence against women in Brazil*. Baltimore, MD,

Johns Hopkins University, 1998.

171. Mesquita da Rocha M. Dealing with crimes against women in Brazil. In: Morrison AR, Biehl L, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:151–154.
172. Thomas DQ. In search of solutions: women's police stations in Brazil. In: Davies M, ed. *Women and violence: realities and responses worldwide*. London, Zed Books, 1994:32–43.
173. Corsi J. Treatment for men who batter women in Latin America. *American Psychologist*, 1999, 54:64.
174. Cervantes Islas F. Helping men overcome violent behavior toward women. In: Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1999:143–147.
175. Axelson BL. Violence against women: a male issue. *Choices*, 1997, 26:9–14.
176. Edleson JL. Intervention for men who batter: a review of research. In: Stith SR, Staus MA, eds. *Understanding partner violence: prevalence, causes, consequences and solutions*. Minneapolis, MN, National Council on Family Relations, 1995:262–273.
177. Gondolf E. A 30-month follow-up of courtmandated batterers in four cities. Indiana, PA, Mid-Atlantic Addiction Training Institute, Indiana University of Pennsylvania, 1999 (available on the Internet at <http://www.iup.edu/maati/publications/30MonthFollowup.shtm>).
178. Gondolf EW. Batterer programs: what we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12:83–98.
179. Mullender A, Burton S. *Reducing domestic violence: what works? Perpetrator programmes*. London, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
180. Sugg NK et al. Domestic violence and primary care: attitudes, practices, and beliefs. *Archives of Family Medicine*, 1999, 8:301–306.
181. Caralis PV, Musialowski R. Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *Southern Medical Journal*, 1997, 90:1075–1080.
182. Friedman LS et al. Inquiry about victimization experiences: a survey of patient preferences and physician practices. *Archives of Internal Medicine*, 1992, 152:1186–1190.
183. Ruta CR. ¿Ica que siguen las mujeres v? ctimas de violencia intrafamiliar: ana ?lisis y resultados de investigacio ?n. [Help-seeking by victims of family violence: analysis and research results.] Panama City, Pan American Health Organization, 1998.
184. Cohen S, De Vos E, Newberger E. Barriers to physician identification and treatment of family violence: lessons from five communities. *Academic Medicine*, 1997, 72(1 Suppl.):S19–S25.
185. Fawcett G et al. Deteccio ? n y manejo de mujeres v? ctimas de violencia dome ?stica: desarrollo y evaluacio ? n de un programa dirigido al personal de salud. [Detecting and dealing with women victims of domestic violence: the development and evaluation of a programme for health workers.] Mexico City, Population Council, 1998.
186. Watts C, Ndlovu M. Addressing violence in Zimbabwe: strengthening the health sector response. In: *Violence against women in Zimbabwe: strategies for action*. Harare, Musasa Project, 1997:31–35.
187. d'Oliveira AFL, Schraiber L. Violence against women: a physician's concern? In: *Fifteenth FIGO World Congress of Gynaecology and Obstetrics*, Copenhagen, Denmark, 3–8 August 1997. London, International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 1997:157–163.
188. Leye E, Githaniga A, Temmerman M. Health care strategies for combating violence against women in developing countries. Ghent, International Centre for Reproductive Health, 1999.
189. Como atender a las mujeres que viven situaciones de violencia dome ?stica? Orientaciones ba ?sticas para el personal de salud. [Care of women living with domestic violence: orientation for health care personnel.] Managua, Red de Mujeres Contra la Violencia, 1999.
190. Achievements of project "Toward a comprehensive model approach to domestic violence: expansion and consolidation of interventions coordinated by the state and civil society". Washington, DC, Pan American Health Organization, 1999.
191. Olson L et al. Increasing emergency physician recognition of domestic violence. *Annals of Emergency Medicine*, 1996, 27:741–746.
192. Freund KM, Bak SM, Blackhall L. Identifying domestic violence in primary care practice. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:44–46.
193. Kim J. Health sector initiatives to address domestic violence against women in Africa. In: *Health care strategies for combating violence against women in developing countries*. Ghent, International Centre for Reproductive Health, 1999:101–107.
194. Davison L et al. *Reducing domestic violence: what works? Health services*. London, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
195. Kelly L, Humphreys C. *Reducing domestic violence: what works? Outreach and advocacy approaches*. London, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
196. Gamache DJ, Edleson JS, Schock MD. Coordinated police, judicial, and social service response to woman battering: a multiple baseline evaluation across three communities. In: *Hotaling GT et al., eds. Coping with family violence: research and policy perspectives*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1988:193–209.
197. Hague G. *Reducing domestic violence: what works? Multi-agency fora*. London, Policing and Crime Reduction Unit, Home Office, 2000.
198. Ellsberg M, Liljestrand J, Winkvist A. The Nicaraguan Network of Women Against Violence: using research and action for change. *Reproductive Health Matters*, 1997, 10:82–92.
199. Mehrotra A et al. *A life free of violence: it's our right*. New York, NY, United Nations Development Fund for Women, 2000.
200. Jaffe PG et al. An evaluation of a secondary school primary prevention program on violence in intimate relationships. *Violence and Victims*, 1992, 7:129–146.
201. Foshee VA et al. The Safe Dates program: one-year follow-up results. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1619–1622.
202. Krajewski SS et al. Results of a curriculum intervention with seventh graders regarding violence in relationships. *Journal of Family Violence*, 1996, 11:93–112.
203. Lavioe F et al. Evaluation of a prevention program for violence in teen dating relationships. *Journal of*

Interpersonal Violence, 1995, 10:516–524.

204. Heise L. Violence against women: global organizing for change. In: Edleson JL, Eisikovits ZC, eds. Future interventions with battered women and their families. Thousand Oaks, CA, Sage, 1996:7–33.

205. Domestic violence in India. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1999.

206. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion: mandatory reporting of domestic violence. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 1998, 62:93–95.

207. Hyman A, Schillinger D, Lo B. Laws mandating reporting of domestic violence: do they promote patient well-being? Journal of the American Medical Association, 1995, 273:1781–1787.

208. Jezierski MB, Eickholt T, McGee J. Disadvantages to mandatory reporting of domestic violence. Journal of Emergency Nursing, 1999, 25:79–80.

209. Bradley J et al. Whole-site training: a new approach to the organization of training. New York, NY, AVSC International, 1998.

210. Cole TB. Case management for domestic violence. Journal of the American Medical Association, 1999, 282:513–514.

211. McLeer SV et al. Education is not enough: a systems failure in protecting battered women. Annals of Emergency Medicine, 1989, 18:651–653.

212. Tilden VP, Shepherd P. Increasing the rate of identification of battered women in an emergency department: use of a nursing protocol. Research in Nursing Health, 1987, 10:209–215.

213. Harwell TS et al. Results of a domestic violence training program offered to the staff of urban community health centers. American Journal of Preventive Medicine, 1998, 15:235–242.

214. Kelly L. Tensions and possibilities: enhancing informal responses to domestic violence. In: Edleson JL, Eisikovits ZC, eds. Future interventions with battered women and their families. Thousand Oaks, CA, Sage, 1996:67–86.

215. Fawcett GM et al. Changing community responses to wife abuse: a research and demonstration project in Iztacalco, Mexico. American Psychologist, 1999, 54:41–49.

216. Carter J. Domestic violence, child abuse, and youth violence: strategies for prevention and early intervention. San Francisco, CA, Family Violence Prevention Fund, 2000.

LUKU 5

VANHUSTEN KALTOINKOHTELU

Taustaa

Vanhusten kaltoinkohtelu ei ole uusi ilmiö. Se pysyi yksityisasiana ja piilossa julkisuudelta aina siihen saakka, kunnes 1900-luvun viimeisellä neljänneksellä käynnistettiin aloitteita lasten pahoinpitelyyn ja perheväkivaltaan puuttumiseksi. Vanhusten kaltoinkohtelua pidettiin muiden perheväkivallan muotojen tavoin alun perin sosiaalisen hyvinvoinnin kysymyksenä ja ikääntymisongelmana. Vähitellen sitä on alettu tarkastella terveydenhuollon ja rikosoikeusjärjestelmään piiriin kuuluvana kysymyksenä. Nämä kaksi sektoria ovatkin olleet keskeisesti määrittelemässä sitä, miten ongelmaa lähestytään. Tässä luvussa keskitytään vanhusten kaltoinkohteluun, johon syyllistyvät perheenjäsenet tai muut tutut ihmiset joko kotona tai vanhainkodeissa tai muissa laitoksissa. Siinä ei käsitellä vanhuksiin mahdollisesti kohdistuvaa muuta väkivaltaa, jossa tekijöinä ovat ulkopuoliset (kaduilla tapahtuva väkivalta, jengien toiminta, sotilaalliset konfliktit).

Vanhusten kaltoinkohtelua kuvattiin ensimmäisen kerran brittiläisissä tieteellisissä julkaisuissa vuonna 1975 termillä ”granny battering”. Sosiaalisena ja poliittisena kysymyksenä siihen tarttui ensimmäisenä Yhdysvaltain kongressi ja sen jälkeen tutkijat ja alan ammattilaiset. 1980-luvulla tehdyistä tutkimuksista ja hallitusten toimenpiteistä on tietoa Australiasta, Kanadasta, Kiinasta (ja Hongkongista), Norjasta, Ruotsista ja Yhdysvalloista ja seuraavalta vuosikymmeneltä Argentiinasta, Brasiliasta, Chilestä, Etelä-Afrikasta, Intiasta, Israelista, Japanista sekä Iso-Britanniasta ja muista Euroopan maista. Vanhusten kaltoinkohtelu tuli ensin esiin teollisuusmaissa. Niissä on tehty tutkimuksista valtaosa, mutta julkaisemattomat aineistot ja raportit kehitysmaista osoittavat sen olevan maailmanlaajuinen ilmiö. Se, että asiaan suhtaudutaan nykyään paljon entistä vakavammin, heijastaa ihmisoikeus- ja tasa-arvokysymyksiä kohtaan tunnetun kiinnos-

tuksen lisääntymistä samoin kuin perheväkivallasta ja väestön ikääntymisestä johtuvaa huolta.

”Vanhuuden” alkamista ei ole määritelty täsmällisesti, mikä vaikeuttaa eri tutkimusten ja eri maiden välistä vertailua. Länsimaissa vanhuuden katsotaan yleensä alkavan eläkeikästä, 60-65 vuoden iästä. Useimmissa kehitysmaissa tällä sosiaalisesti rakentuneella eläkeikäen perustuvalla käsitteellä on varsin vähän merkitystä. Näissä maissa ovat tärkeimpiä roolit, joita ihmiselle osoitetaan eri elämänvaiheissa. Vanhuutena pidetäänkin sitä aikaa elämästä, jolloin ihminen ei fyysisen kunnon heikkenemisen vuoksi enää kykene selviytymään perhe- tai työroolistaan.

Vanhusten kaltoinkohtelusta tunnettua huolta on lisännyt tietoisuus siitä, että tulevana vuosikymmeninä sekä teollisuus- että kehitysmaissa entistä suurempi osa väestöstä kuluu vanhuksiin, niin sanottuun kolmanteen ikään (le troisième âge). Ennustetaan, että vuoteen 2025 mennessä 60-vuotiaiden tai sitä vanhempien määrä koko maailmassa yli kaksinkertaistuu verrattuna vuoteen 1995 eli nousee 542 miljoonasta 1,2 miljardiin (ks. kuvio 5.1). Myös kehitysmaiden vanhusten määrä yli kaksinkertaistuu vuoteen 2025 mennessä (850 miljoonaan), mikä on 12 % kehitysmaiden koko väestöstä. Joissakin maissa, esimerkiksi Indonesiassa, Keniassa, Kolumbiassa ja Thaimaassa kasvun odotetaan olevan yli nelinkertaista. Koko maailmassa joka kuukausi miljoona ihmistä saavuttaa 60 vuoden iän; heistä 80 % asuu kehitysmaissa.

Naiset elävät miehiä vanhemmiksi lähes kaikissa maailman maissa, niin rikkaissa kuin köyhissäkin. Tämä ikäkuilu on kuitenkin huomattavasti pienempi kehitysmaissa, mikä johtuu lähinnä korkeasta äitiyskuolleisuudesta ja viime aikoina myös aids-epidemiasta.

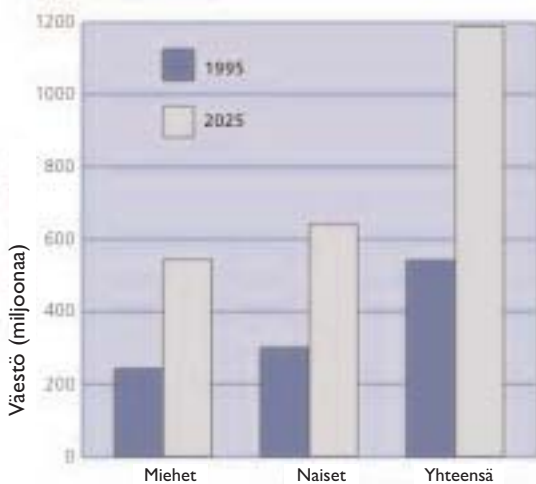
Nämä väestömuutokset tapahtuvat kehitysmaissa samaan aikaan, kun liikkuvuus kasvaa ja perherakenteet muuttuvat. Teollistuminen murentaa sukupolvien välisen riippuvuuden ikaikaisia malleja, mistä monissa tapauksissa seuraa vanhusten joutuminen ahdin-

koon sekä taloudellisesti että emotionaalisesti. Kulkutaudin lailla leviävä aids vaikuttaa merkittävästi myös vanhusten elämään. Esimerkiksi Saharan eteläpuolisissa maissa suuri määrä lapsia jää orvoiksi vanhempien kuollessa aidiin. Vanhukset, jotka olivat odottaneet saavansa ikääntyessään tukea lapsiltaan, huomaavatkin olevansa lastenlastensa pääasiallisia huoltajia ja vailla perhettä, joka auttaisi heitä.

Vain 30 prosenttia maailman väestöstä on eläkejärjestelmien piirissä. Esimerkiksi Itä-Euroopassa ja entisen Neuvostoliiton maissa monet ihmiset ovat suunnitelmataloudesta markkinatalouteen siirtäessä jääneet ilman eläketuloja

Kuvio 5.1

Ennakoitu maapallon vanhusväestön (65-v.-) kasvu v. 1995-2025



ja terveyst- ja sosiaalipalveluja, jotka aikaisempi hallinto oli taannut heille. Sekä teollisuus- että kehitysmaissa rakenteelliset eriarvoisuudet ovat aiheuttaneet matalapalkkaisuutta, korkeaa työttömyyttä, terveyspalvelujen huonoa saatavuutta, koulutusmahdollisuuksien puuttumista ja naisiin kohdistuvaa syrjintää. Kaikki nämä tekijät ovat olleet omiaan lisäämään vanhusväestön köyhyyttä ja haavoittuvuutta.

Kehitysmaiden vanhuksilla on yhä merkittävä riski sairastua tarttuviin tauteihin. Eliniän odotteen kasvaessa näissä maissa vanhukset ovat alttiina samoille vanhuuteen liittyville pitkäaikaisille, usein parantumattomille ja invalidisoiville sairauksille, jotka ovat yleisimpiä teollisuusmaissa. He kohtaavat myös vaaroja ympäristössään ja väkivallan uhkaa yhteiskunnassa. Lääketieteen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistyminen takaa kuitenkin monille vanhuksille pitempiä terveen vanhuuden jaksoja. Sairauksia voidaan ehkäistä tai niiden seurauksia lievittää. Vanhukset ovat mahtava kokemus- ja tietovarasto, ja heidän suuresta määrästään tulee yhteiskunnalle siunaus.

Miten vanhusten kaltoinkohtelu määritellään?

Yleisesti ollaan yhtä mieltä siitä, että vanhusten kaltoinkohtelu voi olla joko teko tai tekemättä jättäminen (jolloin kyseessä on laiminlyönti) ja että se voi olla joko tarkoitukSELLISTA tai tahatonta. Väkivalta voi olla luonteeltaan fyysistä, henkistä (emotionaalista tai sanallista aggressiota) tai se voi sisältää taloudellista tai muuta aineellista kaltoinkohtelua.

Olipa väkivalta muodoltaan millaista hyvänsä, se aiheuttaa aina tarpeetonta kärsimystä, tuskaa tai vammautumista, ihmisoikeuksien menetystä tai loukkausta ja vanhuksen elämän laadun heikkenemistä. Se kutsutaanko käyttäytymistä väkivallaksi, laiminlyönniksi vai hyväksikäytöksi, riippuu todennäköisesti huonon kohtelun toistumistiheydestä, sen kestosta, vakavuudesta ja seurauksista sekä ennen kaikkea kulttuurisesta yhteydestä. Esimerkiksi Yhdysvaltojen navajo-heimon keskuudessa vallitseva tapa, että vanhusten omaisuus on perheen jäsenten käytettävissä, näytti ulkopuolisesta tutkijasta taloudelliselta hyväksikäytöltä, mutta oli heimon vanhempien mielestä heidän velvollisuutensa, jopa etuoikeutensa. Toisten intiaanheimojen keskuudessa vanhusten hyväksikäyttöä pidettiin yhteisöllisenä eikä yksilöllisenä ongelmana.

Iso-Britanniassa toimiva Action on Elder Abuse on kehittänyt seuraavan määritelmän, jonka on omaksunut myös kansainvälinen verkosto International Network for the Prevention of Elder Abuse: ”Vanhusten kaltoinkohtelu on kerrallinen tai jatkuva teko tai asiaankuuluvan teon laiminlyöminen, joka tapahtuu missä tahansa luottamuksen varassa toimivassa suhteessa ja joka aiheuttaa vanhukselle vahinkoa tai ahdinkoa.” Tavallisesti erotellaan viisi eri kategoriaa:

- Fyysinen väkivalta: kivun tai vamman aiheuttaminen, fyysinen pakottaminen ja fyysisesti tai lääkkeillä aiheutettu vapaudenriisto.
- Henkinen tai emotionaalinen väkivalta: henkisen tuskan aiheuttaminen.
- Taloudellinen tai aineellinen väkivalta: vanhuksen varojen tai omaisuuden laiton tai epäasianmukainen käyttö tai riisto.
- Seksuaalinen väkivalta: kaikenlainen muu kuin suostumukseen perustuva seksuaalinen kontakti.
- Laiminlyönti: hoivavelvollisuuden täyttämisen laiminlyönti tai siitä kieltäytyminen. Se saattaa sisältää tai olla sisältämättä tietoista tai tarkoituksellista pyrkimystä aiheuttaa vanhukselle fyysistä tai emotionaalista hättää.

Tähän määritelmään on voimakkaasti vaikuttanut se työ, jota on tehty Iso-

Britanniassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa. Etelä-Afrikassa, Intiassa, Irlannissa, Israelissa, Kiinassa, Kreikassa, Norjassa, Puolassa ja Suomessa tehdyissä tutkimuksissa aihetta on lähestytty selvästi erilaisin tavoin. Esimerkiksi norjalaiset tutkijat puhuvat ”väkivallan kolmiosta”, joka sisältää uhrin, tekijän sekä muut ihmiset, jotka tarkkailevat päärooleissa olevia suoraan tai välillisesti. Kiinassa ja muissa maissa, jossa perhesopu ja vanhusten kunnioitus on suuresti arvostettua, vanhuksen hoidon laiminlyöntiä pidetään pahoinpitelynä. Laiminlyöntinä pidetään myös sitä, että sukulaiset eivät täytä heille kuuluvaa velvollisuutta antaa vanhukselle ruokaa ja asunto.

Perinteiset yhteiskunnat

Monissa perinteisissä yhteiskunnissa perhesopua pidettiin tärkeänä perheenjäsenten välisiä suhteita säätelävänä tekijänä. Tätä keskinäisen kunnioituksen perinnettä vahvistivat niin filosofia kuin politiikkakin. Kiinalaisessa yhteiskunnassa se oli osa arvojärjestelmää, joka korosti kuuliaisuutta vanhempia kohtaan. Vanhuksiin kohdistuvaa väkivaltaa ei myönnetty esiintyvän, ainakin siitä vaiettiin visusti. Nämä perinteet vaikuttavat yhä. Yhdysvaltalaiset asennetutkimukset osoittavat, että arvioitaessa, onko tietty käytös väkivaltaista vai ei, korealaista alkuperää olevat kansalaiset pitävät perhesopua tärkeämpänä kuin yksilön hyvinvointia. Myös japanilaista alkuperää olevat pitävät ”ryhmää” tärkeämpänä, niin että yksilön hyvinvointi tuli uhrata ryhmän edun vuoksi.

Vanhusten syrjäyttäminen perheenpään roolista ja heidän itsenäisyytensä riistäminen rakkauden ja kiintymyksen nimissä ovat kulttuurisia normeja maissa, joissa perhe on keskeinen instituutio ja vanhempien kunnioitus hallitseva mielipide. Vanhuksen kohtelu lapsena ja ylisuojelu voi aiheuttaa masennusta, eristäytymistä ja itsekkyyden häviämistä, ja sitä voidaan pitää väkivallan yhtenä muotona. Joissakin perinteisissä yhteiskunnissa leskeksi jääneet vanhuksat hylätään ja heidän omaisuutensa takavarikoitaan. Osissa Afrikkaa ja Intiaa leskien sururiitteihin sisältyy käytäntöjä, joita muualla pidettäisiin varmasti julmina, esimerkiksi seksuaalista väkivaltaa, lankousavioliittopakko (miehen velvollisuus naida veljensä lapseton leski) ja karkotus kotoa. Tietyin paikoin yksinäisiin, vanhoihin naisiin kohdistetaan syytöksiä noituudesta erityisesti silloin, kun yhteisössä tapahtuu jotakin selittämätöntä, esimerkiksi kuolemantapaus tai kato. Saharan eteläpuolisessa Afrikassa noituussyytökset ovat ajaneet monia vanhoja naisia kodeistaan ja yhteisöstään elämään köyhinä kaupungissa. Tansaniassa arvioidaan murhattavan vuosittain 500 noituudesta syytettyä vanhaa naista. Näistä väkivallanteoista on tullut syvään juurtuneita sosiaalisia tapoja, jotka eivät paikallisen käsityksen mukaan merkitse ”vanhusten kaltoinkohtelua” (ks. laatikko 5.1).

Etelä-Afrikassa vuonna 1992 pidetyssä vanhuksiin kohdistuvaa väkivaltaa käsittelevässä seminaarissa tehtiin ero kaltoinkohtelun (esimerkiksi sanallisten loukkausten, passiivisen ja aktiivisen laiminlyönnin, taloudellisen hyväksikäytön ja liiallisen lääkitsemisen) ja väkivallan (fyysisen, psyykkisen ja seksuaalisen väkivallan ja varkauden) välillä. Sittemmin on työryhmissä, joihin ovat osallistuneet kolmesta historiallisesti ”mustasta” kaupungista mukaan kutsutut vanhuksat, tutkittu näiden yhteisöjen vanhuksiin kohdistuvan väkivallan tiedostamisen tasoa. Tyypillisen länsimaisen kaavan lisäksi, joka koostuu fyysisestä, sanallisesta, taloudellisesta ja seksuaalisesta väkivallasta, osanottajat ovat halunneet lisätä määritelmään kolme kohtaa:

- vanhusten kunnioituksen häviäminen; se samaistettiin laiminlyöntiin
- syytökset noituudesta ja
- terveydenhuollon ja hallinnon järjestelmissä esiintyvä kaltoinkohtelu.

Ryhmätyö tuotti seuraavat määritelmät:

- Fyysinen väkivalta: lyöminen ja fyysinen pahoimpitely.
- Emotionaalinen ja sanallinen väkivalta: iän perusteella tapahtuva syrjintä, loukkaukset ja mielen pahoittaminen, panettelu, pelottelu, väärät syytökset, henkinen tuska ja häätä.
- Taloudellinen väkivalta: eläkerahojen kiristys tai eläkkeen käytön valvonta, omaisuuden varastaminen, vanhusten pakottaminen huolehtimaan lapsenlapsista.

Laatikko 5.1

Noituus: väkivallan uhka Tansaniassa

Tansaniassa murhataan vuosittain noin 500 iäkästä vanhusta noituudesta syytettyinä.

Ongelma on erityisen vakava maan pohjoisosassa sijaitsevassa Sukumalandissa. Suuri joukko iäkkäitä naisia pakenee kodeistaan ja yhteisöistään pelätessään noituussyytöksiä ja päätyy elämään puutteellisina kaupungissa.

Usko noituuteen on vuosisatoja vanha ilmiö Sukumalandissa, mutta siihen liittyvä väkivalta on lisääntynyt valtavasti viime vuosina. Se saattaa osittain johtua köyhyydestä, joka on kasvanut, kun liian monta ihmistä saa toimeentulosta liian pienestä maapalasta. Osasyynä voi olla myös koulutuksen puute. Kun köyhät, koulua käymättömät ihmiset yrittävät löytää selitystä heitä kohdanneelle epäonnelle - sairaudelle ja kuolemalle, kadolle ja kaivojen kuivumiselle - he etsivät syntipukkia. Noituus tuntuu selittävän tapahtumia, joita ei voi muuten ymmärtää eikä hallita.

Uskosta syytetään joskus myös miehiä, mutta naisen alempi yhteiskunnallinen asema tekee heistä syytösten pääkohteen. Niihin erityisiin tapoihin, joilla syytökset liittyvät tällä alueella, kuuluvat muun muassa:

- Maakiistat ovat yleinen leskiin kohdistuvien noituussyytösten taustalla oleva tekijä. Perintölakien mukaan leski saa asua aviomiehensä maalla omistamatta tilaa. Lesken kuoltua maasta tulee aviomiehen poikien omaisuutta. Noituussyytöksiä käytetäänkin, jotta päästäisiin eroon maata asuttavasta leskestä.
- Perinteiset parantajat esittävät usein perheenjäsenten tai naapurien kehotuksesta noituussyytöksiä naisia kohtaan. Eräs nuori poika tappoi äitinsä, kun parantaja oli sanonut äidin olevan hänen ongelmiansa aiheuttaja.
- Noitien ulkonäköön liittyvät myytit, esimerkiksi että heillä on punaiset silmät, synnyttävät myös usein syytöksiä noituudesta. Monien vanhojen naisten silmät ovat punaiset, koska he ovat koko ikänsä laittaneet ruokaa savuisen lieden äärellä, samoin kuin silmäsairauksien vuoksi.

Sukumalandin johtajat ovat esittäneet vetoamuksia maan hallitukselle. Heistä yksi on sanonut: ”Ongelma johtuu koulutuksen puutteesta. Maan muissa osissa, missä ihmiset saavat käydä koulua, tätä ongelmaa ei ole.”

Viime aikoihin asti maan hallitus on ollut haluton myöntämään, että noituuteen uskotaan edelleen. Nyt aiheesta on ryhdytty keskustelemaan laajasti, ja se tuomitaan virallisesti.

Vuonna 1999 hallitus nosti noituiden kansainvälisen naisten päivän teemaksi.

Myös paikallinen kansalaisjärjestö sekä HelpAge International ovat ryhtyneet toimiin vanhojen naisten turvallisuuden parantamiseksi Tansaniassa. Heidän tavoitteenaan on muuttaa asenteita ja uskomuksia, jotka liittyvät noituuteen, ja puuttua niihin käytännön asioihin kuten köyhyyteen ja kehnoihin asumisoloihin, jotka ovat auttaneet pitämään nämä uskomukset hengissä.

- Seksuaalinen väkivalta: insesti, raiskaus ja muu seksuaalinen pakottaminen.
- Laiminlyönti: vanhusten kunnioituksen häviäminen, kiintymyksen osoittamisen laiminlyöminen, puutteellinen kiinnostus vanhuksen hyvinvointia kohtaan.
- Syytökset noituudesta: leimaaminen ja yhteisön ulkopuolelle sulkeminen.
- Järjestelmiin sisältyvä väkivalta: epäinhimillinen kohtelu, jota vanhuks­et joutuvat kokemaan terveydenhuollossa ja eläkeasioiden hoidossa sekä hallituksen vanhuksia syrjivä politiikka.

Nämä ryhmätyöhön osallistuneiden laatimat ja tutkijoiden luokittelemat määritelmät syntyivät tuloksena eteläafrikkalaisesta aloitteesta, jossa haluttiin hankkia tietoa suoraan vanhuksilta itseltään. Ne ovat myös ensimmäinen kehitysmaassa tehty yritys luokitella vanhuksiin kohdistuvaa väkivaltaa. Se pohjautuu länsimaiselle mallille, mutta tuo esille lisäksi muita tekijöitä, jotka ovat oleellisia alkuperäisväestön kannalta.

Ongelman laajuus

Kodit

Useimmissa kehitysmaissa on­gelma on tiedostettu vasta äskettäin Tiedot vanhusten kaltoinkohtelusta ovat perustuneet viiteen viime vuosikymmenellä viidessä kehitysmaassa tehtyyn väestötutkimukseen. Tulokset osoittavat vanhuksista 4–6 prosent­in kokeneen kaltonkohtelua, jos huomioon otetaan sekä fyysinen, henkinen ja taloudellinen väkivalta että laiminlyönti. Yksi tutkimusten välisten vertailujen tekemistä vaikeuttava seikka on niiden ajankohtien vaihtelevuus. Alankomaissa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa tehdyt tutkimukset viittaavat ”edelliseen vuoteen”. Suomalainen tutkimus kohdistui ”eläkkeelle jäännin jälkeiseen” aikaan, brittiläinen tutkimus ”viime vuosina” tapahtuneisiin väkivaltaisiin tekoihin. Ensimmäisissä, Alankomaissa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa tehdyissä tutkimuksissa, ei havaittu merkitseviä eroja väkivallan esiintyvyydessä iän tai sukupuolen mukaan. Suomalaisessa tutkimuksessa naispuolisten uhrien osuus oli suurempi kuin miespuolisten (7,0 % ja 2,5 %). Brittiläisessä tutkimuksessa iän ja sukupuolen mukaista jakoa ei esiintynyt. Koska näissä viidessä tutkimuksessa käytetyt menetelmät poikkesivat toisistaan ja tapausten lukumäärä oli suhteellisen pieni, ei ole mahdollista tehdä vertailevaa analyysiä.

Tuoreessa kanadalaisessa perheväkivaltatutkimuksessa todettiin, että 7 % vanhuksista oli kokenut jonkinlaista emotionaalista väkivaltaa, 1 % taloudellista väkivaltaa ja 1 % fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa lasten, hoivanantajien tai kumppanin taholta viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana. Miehet (9 %) ilmoittivat naisia (6 %) useammin kokeneensa emotionaalista tai taloudellista väkivaltaa. Näitä tuloksia ei ole mahdollista verrata maassa aiemmin tehtyyn tutkimukseen, koska kysymykset ja aikakehys poikkesivat toisistaan. Aiemmassa tutkimuksessa todettiin paljon pienempi emotionaalista väkivaltaa kokeneiden osuus (1,4 %) ja suurempi taloudellista väkivaltaa kokeneiden osuus (2,5 %).

Laitokset

Neljännesvuosisata sitten laitoksissa asuvien vanhusten määrä oli noussut teollisuusmaissa noin yhdeksään prosenttiin. Sen jälkeen suuntaus on kulkenut kohti kotihoidon lisäämistä ja avoimempia hoitokoteja. Hoitokodeissa asuvien vanhusten osuus vaihtelee neljästä seitsemään prosenttiin esimerkiksi Etelä-Afrikassa (4,5 %), Israelissa (4,4 %), Kanadassa (6,8 %) ja Yhdysvalloissa (4 %). Useimmissa Afrikan maissa vanhuksia sijoit-

tetaan pitkäaikaiseen sairaalahoitoon, vammaisten hoitolaitoksiin ja joissakin Saharan eteläpuolisissa maissa noitaleireihin. Osassa kehitysmaita on tapahtunut sellaista sosiaalista, taloudellista ja kulttuurista kehitystä, että perheiden kyky huolehtia heikoista sukulaisistaan on huonontunut ja laitoshoidon tarve siten lisääntynyt. Kiinassa on alettu lähes säännönmukaisesti edellyttää, että vanhuksille järjestetään laitoshoidoa. Taiwanissa laitoshoito on noussut nopeasti kotihoitoa yleisemmäksi.

Latinalaisessa Amerikassa vanhuksista on laitoshoidossa 1–4 %. Laitoshoito on nykyään hyväksytty tapa järjestää vanhuksen huolenpito. Valtion rahoituksen turvin toimivat isot asiloksi kutsutut muinaisia englantilaisia köyhäintaloja muistuttavat laitokset on muutettu pienemmiksi yksiköiksi, joissa työskentelee monen alan ammattilaisia. Myös maahanmuuttajaryhmien uskonnolliset yhteisöt pitävät hoitokoteja. Itä-Euroopan sosialistisissa maissa oli kiellettyä julkaista tietoja laitoshoidosta, joten kehityssuuntia ei ole mahdollista arvioida.

Siitä huolimatta, että laitoshoidon laadusta on kirjoitettu paljon ja että hallitusten selvitykset, väestötutkimukset ja henkilöhistoriat sisältävät runsaasti tietoa vanhusten kaltoinkohtelusta, sen yleisyydestä ei ole mitään kansallisia tilastoja, ainoastaan paikallisia pienimuotoisia tutkimuksia. Yhdysvaltalaisessa hoitokodin henkilöstöön kohdistuneessa tutkimuksessa 36 % hoito- ja hallintohenkilöstöstä oli todistanut ainakin kerran jonkun henkilökuntaan kuuluvan käyttäneen fyysistä väkivaltaa viimeksi kuluneen vuoden aikana. 10 % myönsi itse käyttäneensä fyysistä väkivaltaa ainakin kerran. Henkisen väkivallan käyttöä vanhusta kohtaan oli havainnut 81 %, ja 40 % myönsi itse syyllistyneensä siihen. Tulokset viittaavat siihen, että vanhusten kaltoinkohtelu laitoksissa saattaa olla luultakin yleisempää.

Seikä kotona että laitoksissa asuvien vanhusten kaltoinkohtelu lienee suurempaa kuin maiden yleisistä väkivaltatilastoista saatavien tietojen perusteella näyttäisi. Osa erosta selittyy sillä, että ongelma on tiedostettu vasta 1970-luvulla. Vanhusten kuolinsyyksi on niin kotona kuin laitoksissakin yleensä merkitty luonnolliset syyt, onnettomuus tai selvittämättä jääneet syyt, kun todellisuudessa kuolema on ollut seurausta väkivaltaisesta kohtelusta tai laiminlyönnistä.

Mitkä ovat vanhuksiin kohdistuvan väkivallan riskitekijät?

Vanhemmasta vanhuksiin kohdistuvan väkivallan tutkimuksesta suurin osa rajoittuu kotipiiriin ja teollisuusmaihin. Väkivallan syitä etsiessään tutkijat käyttivät lähteenään psykologista, sosiologista ja gerontologista kirjallisuutta ja perheväkivaltatutkimusta. Väkivallan monien juonteiden ja siihen yhteydessä olevien erilaisten tekijöiden paikalleen sovittamiseksi on sittemmin ryhdytty soveltamaan ekologista mallia, jota käytettiin ensimmäiseksi lapsiin kohdistuvan väkivallan tutkimisessa. Ekologisen mallin avulla pystytään ottamaan huomion useiden järjestelmien välinen vuorovaikutus. Kuten luvussa 1 kuvattiin, malli koostuu ympäristön nelitasoisesta sisäkkäin menevästä hierarkiasta. Nämä tasot ovat yksilö, ihmissuhteet, yhteisö ja yhteiskunta.

Yksilölliset tekijät

Aikaisemmin tutkijat sivuuttivat vähällä huomiolla yksilölliset persoonallisuushäiriöt perheväkivallan aiheuttajina ja painottivat sosiaalisia ja kulttuurisia tekijöitä. Viimeaikainen perheväkivaltatutkimus on kuitenkin osoittanut, että fyysisesti aggressiivisillä väkivallantekijöillä on normaaliväestöä enemmän persoonallisuushäiriöitä ja alkoholo-

liongelmia. Vanhuksiin kotona kohdistuvan väkivallan tutkijat ovat myös todenneet, että siihen syyllistyneillä on mielenterveys- ja päihdeongelmia suuremmalla todennäköisyydellä kuin niillä perheenjäsenillä ja vanhuksia hoitavilla henkilöillä, jotka eivät ole väkivaltaisia.

Varhaisimmissa riskitekijätutkimuksissa todettiin vahva yhteys kaltoin kohdeltujen vanhusten kognitiivisiin ja fyysisiin vajavaisuuksiin. Myöhemmässä tutkimuksessa, joka kohdistui sosiaali­toimen asiakkaisiin, osoitettiin kuitenkin, että kaltoin kohdellut eivät kärsineet vanhuudenheikkoudesta keskimääräistä enemmän, pikemminkin päinvastoin, erityisesti fyysisen ja sanallisen kaltoinkohtelun tapauksissa. Alzheimerin tautia sairastavien vertailututkimuksessa todettiin, että taudin aste ei ollut kaltoinkohtelun riskitekijä. Viranomaisille ilmoitetusta tapauksista suuri osa on kuitenkin yleensä hyvin iäkkäisiin ja heikkoihin vanhuksiin kohdistuneita.

Sukupuolta ovat jotkut tutkijat pitäneet selittävänä tekijänä sillä perusteella, että vanhat naiset ovat saattaneet olla alistettuja ja taloudellisesti heikommassa asemassa koko ikänsä. Väestöllisten esiintyvyydetutkimusten mukaan näyttää kuitenkin siltä, että vanhojen miesten riski joutua puolisonsa, aikuisten lastensa tai muiden sukulaisten kaltoinkohdelemaksi on suunnilleen sama kuin vanhojen naisten.

Vaikka vanhuksen tulotaso ei ollut erään yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan merkittävä tekijä, teon tekijän taloudelliset vaikeudet näyttivät olevan tärkeä riskitekijä. Joskus tämä liittyi aikuisen lapsen päihdeongelmaan, joka johti rahan kiristämiseen vanhemmalta. Perheenjäsen­ten katkeruus siitä, että he joutuvat käyttämään rahaa vanhuksen hoitoon, saattaa myös olla osatekijänä tämäntyypisessä hyväksikäytössä.

Inhmissuhdetekijät

Varhaisemmissa teoreettisissa malleissa vanhusta hoitavan henkilön uupumusta pidettiin sukulaisvanhuksen väkivaltaisen kohtelun riskitekijänä. Yleinen mielikuva riippuvaisesta uhrista ja stressaantuneesta hoitajasta ei kuitenkaan pidä paikkaansa. On kertynyt yhä enemmän näyttöä siitä, että kumpikaan näistä tekijöistä ei selitä kunnolla väkivalta­tapauksia. Vaikka tutkijat eivät täysin kiistä uupumuksen merkitystä, he ovat taipuvaisia tarkastelemaan siitä laajemmassa yhteydessä. Selittävänä tekijänä on henkilöiden keskinäisen suhteen luonne. Eräät tutkimukset, jotka koskevat hoitajan uupumusta, Alzheimerin tautia ja vanhusten kaltoinkohtelua, viittaavat siihen, että hoivaajan ja hoivattavan keskinäisen suhteen laatu ennen väkivallan ilmenemistä saattaa olla väkivaltaa ennustava tekijä. Nykyään uskotaankin, että uupumus saattaa olla myötävaikuttava tekijä, mutta se ei sinänsä selitä ilmiötä.

Työskentely dementia­potilaiden kanssa on osoittanut, että hoivattavan väkivaltaiset teot saattavat ”laukaista” vastavuoroisen väkivallan. Väki­valta voi olla tulosta useiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Näitä tekijöitä ovat ainakin uupumus, keskinäinen suhteen laatu, hoivattavan repivä ja aggressiivinen käytös sekä hoitajan masennus.

Asumisolot, erityisesti asumisahtaus ja yksityisyyden puute, on usein yhdistetty perhe­riitoihin. Vaikka kaltoinkohtelua saattaa esiintyä silloinkin, kun henkilöt asuvat erillään, riski on suurempi silloin kun vanhus asuu yhdessä häntä hoivaavan ihmisen kanssa.

Varhaisemmissa teorioissa pyrittiin myös yhdistämään riippuvuus riskin kasvamiseen. Aluksi korostettiin uhrin riippuvuutta hoitajasta tai väkivaltaan syyllistyneestä henkilöstä, sitten todettiin, että jotkut väkivaltaan syyllistyneet olivat riippuvaisia vanhuksesta. Tavallisesti kyseessä oli aikuisen lapsen riippuvuus vanhuksen kodinhoidollisesta tai taloudellisesta avusta. Joissakin tapauksissa oli selvästi havaittavissa ”riippuvuuksien verk-

ko”. Vahva molemminpuolinen emotionaalinen riippuvuus muodosti usein esteen tilanteeseen puuttumiselle.

Yhteisö- ja yhteiskunnan taso

Lähes kaikissa riskitekijätutkimuksissa nousee merkittäväksi vanhuksiin kohdistuvan väkivallan selittäjäksi sosiaalista eristäytymistä mittaava yhteisöllinen tekijä. Samalla tavoin kuin hakattujen naisten kohdalla, vanhusten eristyneisyys voi olla sekä väkivallan syy että sen seuraus. Monet vanhukset elävät eristyneinä sekä fyysisten että henkisten vajavaisuuksien vuoksi. Lisäksi ystävien ja perheenjäsenten menettäminen vähentää sosiaalisen vuorovaikutuksen mahdollisuuksia.

Vaikka vahvaa empiiristä näyttöä on toistaiseksi vain vähän, yhteiskunnallisia tekijöitä pidetään vanhuksiin kohdistuvan väkivallan merkittävänä riskitekijöinä. Aikaisemmin korostettiin yleensä yksilöllisiä ominaisuuksia ja ihmissuhteita mahdollisina selittävinä tekijöinä. Nyt tunnustetaan myös kulttuuristen normien ja perinteiden kuten ikä- ja sukupuoliserjynnän ja väkivaltakulttuurin olevan tärkeitä taustalla vaikuttavia seikkoja. Vanhukset nähdään usein hauraina, heikkoina ja riippuvaisina ja siksi vähemmän julkisia investointeja tai edes perheen hoivaa ansaitsevina kuin muut ryhmät. Näin he ovat myös helppoja hyväksikäytön kohteita.

Saharan eteläpuolisessa Afrikassa on tunnistettu seuraavia yhteisöllisiä ja yhteiskunnallisia vanhuksiin kohdistuvaa väkivaltaa aiheuttavia tekijöitä:

- patri- ja matrilineaarinen perintö- ja maanomistusoikeus, joka vaikuttaa vallanjakoon
- naisen roolia koskevat yhteiskunnalliset käsitykset
- sukupolvien välisten läheisten suhteiden mureneminen, joka johtuu maaltamuutosta ja koulunkäynnin lisääntymisestä
- modernisaation myötä vanhukset menettävät perinteisen roolinsa perheessä, juhlarituaaleissa ja sukulaisten riitojen sovittelussa.

Eteläafrikkalaisessa eri väestöryhmien edustajista koostuneessa työryhmytyöskentelelyssä, johon aiemmin viitattiin, väkivallan ja erityisesti perheväkivallan todettiin olevan seurausta sosiaalisesta kaaoksesta. Tilannetta pahensivat rikollisuus, alkoholinkäyttö ja huumeet. Samanlaisia johtopäätöksiä saatiin työryhmytyössä, jonka toteutti seitsemän eteläafrikkalaisen Tamahon uudisasukasleirin miespuolista johtajaa. Liittäen köyhyyden ja väkivallan suoraan yhteen he kuvasivat, miten riitaisa perhe-elämä, rahan riittämättömyys perustoimeentuloon ja koulutus- ja työmahdollisuuksien puuttuminen ovat yhdessä synnyttäneet tilanteen, jolle ovat ominaisia rikollisuus, huumeiden kaupustelu ja nuorisoprostitutio. Tällaisessa yhteiskunnassa vanhukset nähdään helppoina hyväksikäytettävänä, joiden haavoittuvuus johtuu eläkkeen ja työmahdollisuuksien puuttumisen aiheuttamasta köyhyydestä, huonosta hygieniasta, sairauksista ja aliravitsemuksesta.

Itä-Euroopan entisissä sosialistimaissa tapahtuneet poliittiset muutokset ovat niin ikään luoneet tilanteen, jossa vanhusten kaltoinkohtelu riski on kasvanut. Ihmisten, erityisesti vanhusten kaikinpuoliseen terveyteen ja psykososiaaliseen hyvinvointiin ovat vaikuttaneet seuraavat tekijät, jotka ovat myös lisänneet vanhusten alttiutta joutua kaltoinkohdelluiksi :

- suurten väestöryhmien köyhtyminen
- korkea työttömyys
- vakauden ja sosiaalisen turvallisuuden puuttuminen
- erityisesti nuorten keskuudessa esiintyvä aggressiivisuuden ilmaiseminen ulospäin.

Kiinalaisessa yhteiskunnassa on esitetty muun muassa seuraavien syiden aiheuttavan

vanhusten kaltoinkohtelua:

- nuoren sukupolven osoittama kunnioituksen puuttuminen
- perinteisten ja uusien perherakenteiden väliset jännitteet
- vanhusten perustukiverkkojen rakenteen muutokset
- nuorten parien muuttaminen uusiin kaupunkeihin ikääntyvien vanhempien jäädessä kaupunkien keskustoiden rappeutuville asuinalueille.

Vanhuksiin kohdistuvan väkivallan tutkijat ovat keskittyneet paljolti ihmissuhde- ja perheongelmiin. Integroitu malli, joka sisältää yksilö-, ihmissuhde-, yhteisö- ja yhteiskuntatason näkökulmat, sopii sen tarkasteluun kuitenkin paremmin. Sen avulla voidaan välttää joitakin aiempien tutkimusten selviä vinoutumia. Uusi malli ottaa huomion vanhusten, erityisesti vanhojen naisten, kohtaamat vaikeudet. He elävät usein köyhyydessä, ilman perustarpeiden tyydytystä ja ilman perheen tukea. Nämä tekijät lisäävät riskiä joutua väkivallan, laiminlyönnin ja hyväksikäytön kohteeksi.

Vanhuksiin kohdistuvan väkivallan seuraukset

Vanhuksille väkivallan seuraukset voivat olla erityisen vakavia. Vanhukset ovat fyysisesti heikompia ja haavoittuvampia kuin nuoret aikuiset, heidän luunsa ovat hauraampia ja toipuminen kestää pitempään. Suhteellisen pienikin vamma voi aiheuttaa vakavan ja pysyvän haitan. Monet vanhukset elävät pienten tulojen varassa, jolloin pieninkin rahausuman menettämisellä voi olla suuri merkitys. He saattavat olla eristyneitä, yksinäisiä ja sairauksien vaivaamia, mikä tekee heistä herkkiä järjestelmien väärinkäytöksille.

Seuraukset kotona

Väkivallan seurauksista on tehty hyvin vähän empiirisiä tutkimuksia, vaikka kliinisiä ja tapaustutkimuksia väkivaltaisten vanhusten kokemasta vakavasta emotionaalista kärsimyksestä on runsaasti. Teollisuusmaissa on saatu jonkin verran näyttöä siitä, että suurempi osa kaltoinkohdelluista vanhuksista kärsii masennuksesta tai psyykkisestä stressistä kuin vertaisryhmiin kuuluvista. Koska nämä ovat olleet poikkileikkaustutkimuksia, ei ole mahdollista sanoa, esiintyivätkö psyykkiset oireet jo aikaisemmin vai olivatko ne seurausta väkivallasta. Muita oireita, jotka on yhdistetty väkivaltatapauksiin, ovat avuttomuuden, vieraantumisen, syyllisyyden, häpeän, pelon, ahdistuneisuuden ja kieltäytyksen tunteet sekä posttraumaattinen stressi. Emotionaaliset vaikutukset mainittiin myös edellä mainitussa eteläafrikkalaisessa ryhmätutkimuksessa. Siinä tulivat myös esiin terveysongelmat, erään osanottajan sanoin ”sairas sydän”.

New Havenissa Yhdysvalloissa tehdystä laajassa vuotuisesta terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa, jossa oli edustava 2 812 vanhuksen otos, aineisto yhdistettiin paikallisen vastuullisen viranomaisen tiedostoihin viimeiseltä yhdeksältä vuodelta. Terveystutkimusaineiston keräsivät terveydenhoitajat, jotka tapasivat vanhuksen sairaalassa ensimmäisen vuoden tietojen keräämiseksi ja sen jälkeen joka kolmas vuosi. Muina vuosina tiedot kerättiin puhelimitse. Väkiältä ja laiminlyöntiä koskevien tietojen kerääjät käyttivät pahoinpitelyilmoitusten perusteella tehtyjä, yleensä kotikäynteihin pohjautuvia asiakirjoja. Yhdistetyn tietokannan avulla tutkijat saattoivat löytää ne otokseen kuuluvat, joiden todettiin yhdeksän vuoden tarkastelujaksolla kokeneen fyysisistä väkivaltaa tai laiminlyöntiä. Sen jälkeen laskettiin kuolleisuus kahdentoista vuoden ajalta sekä väkivaltaa kokeneiden että vertailuryhmän osalta. Todettiin, että kun oli kulunut 13 vuotta tutkimuksen alkamisesta, 40 % ei-väkiältä kokeneiden ryhmästä oli yhä elossa, kun väkiäl-

taa kokeneista elossa oli 9 %. Tutkijat päättelivät vakioituaan kaikki kuolleisuuteen mahdollisesti vaikuttavat tekijät (kuten iän, sukupuolen, tulotason, toiminnallisen ja kognitiivisen kunnan, sairausdiagnoosit ja sosiaalisen tuen määrän), että väkivalta aiheuttaa äärimmäisen suurta ihmissuhteisiin liittyvää ahdinkoa ja sitä kautta kuoleman riskin lisääntymisen.

Seuraukset laitoksissa

Vanhusten kaltoinkohtelua on todettu jatkuvaa hoitoa antavissa laitoksissa (kuten vanhainkodeissa, sairaaloissa ja päivähoitoyksiköissä) lähes kaikissa maissa, joissa näitä laitoksia on. Väkivallasta saattavat olla vastuussa eri ihmisryhmät: palkatut työntekijät, muut asukkaat, vapaaehtoistyöntekijät tai sukulaiset ja ystävät. Vanhuksen ja hoivaajan välinen väkivaltainen suhde ei välttämättä lakkaa laitoshoitoon menemisen myötä, vaan tilanne voi jatkua uudessa ympäristössä.

On tehtävä ero yksilöiden laitoksissa suorittamien väkivaltaisten tekojen ja institutionaalisen väkivallan välillä, jolloin laitos itse syöllistyy väkivaltaan tai laiminlyöntiin. Käytännössä on kuitenkin usein vaikea sanoa, johtuvatko laitoksissa todetut väkivaltaiset teot yksilöiden toimista vai instituutioiden puutteellisuuksista, koska usein nämä tekijät liittyvät toisiinsa.

Pahoinpitelyn ja laiminlyönnin kirjo on todella laaja. Sitä esiintyy muun muassa seuraavissa yhteyksissä:

- Hoivan tarjoaminen: haluttomuus ottaa käyttöön uusia geriatrisia lääkkeitä, yksilöllisyyden häivyttäminen hoidossa, ravinnon riittämättömyys ja puutteellinen terveydenhoito (ei esimerkiksi kiinnitetä huomiota makuuhaavoihin).
- Henkilöstöön liittyvät ongelmat: työhön liittyvä stressi ja henkilöstön uupuminen, huonot fyysiset työolot, riittämätön koulutus ja työntekijöiden väliset ongelmat.
- Vaikeudet laitoksessa asuvien vanhusten ja henkilökunnan kanssakäymisessä: puutteellinen kommunikaatio, vanhusten aggressiivisuus ja kulttuuriset erot.
- Ympäristö: yksityisyyden puuttuminen, laitoksen huono kunto, vapauden rajoittaminen, aistiärsykkeiden riittämättömyys ja tapaturmien yleisyys.
- Organisaation toimintatavat: vanhusten heikot mahdollisuudet vaikuttaa päivittäiseen elämään, byrokraattiset tai kylmäkiskoiset asenteet vanhuksia kohtaan, henkilökunnan vähäisyys tai suuri vaihtuvuus, omaisuuden tai rahan petkuttaminen vanhuksilta, asukas- tai omaisneuvoston puuttuminen.

Intialaiset julkaisemattomat tutkimustulokset viittaavat siihen, että institutionaalinen väkivalta muodostuu usein pysyväksi, kun kurin ja suojelun nimissä ei kyseenalaisteta hoitokäytäntöjä. Vanhusten riippuvaisuutta käytetään hyväksi. Tilannetta pahentaa ammatillisesti koulutetun johtajiston puuttuminen.

Tämän hetkisen tiedon perusteella on mahdotonta arvioida, miten laajalle levinneitä nämä ongelmat ovat. Yhdysvaltojen hallituksen vuonna 1997 tekemässä 15 000 hoitokodin survey-tutkimuksessa todettiin, että kymmenen suurinta puutetta liittyivät karkeasti ryhmiteltyinä seuraaviin:

1. Ruuanvalmistus (21,8%).
2. Hoidon kokonaistarpeen kirjallinen arviointi (lääkärinhoito, hoiva, sosiaalihuolto) (17,3%).
3. Kokonaishoitosuunnitelma eli yleensä kirjallinen erittely henkilön päivittäisistä hoitotarpeista ja niiden suorittamisesta vastuussa olevan työntekijän nimeäminen; sisältää huomiot edistymisestä ja tarvittavista muutoksista (17,1%).

4. Onnettomuudet (16,6%).
5. Makuuhaavat (16,1%).
6. Hoidon laatu (14,4%).
7. Vapauden rajoittaminen (13,3%).
8. Taloudenhoito (13,3%).
9. Vanhusten arvokkuuden riistäminen (13,2%).
10. Onnettomuuksien ehkäisy (11,9%).

Kaltoinkohtelua ja hyväksikäyttöä voi esiintyä monenlaisissa laitoksissa, jopa niissä, jotka näyttävät tarjoavan korkealaatuista hoitoa potilaille. Erään laitoshoidoskandaaleista tehtyjä ilmoituksia koskeneen selvityksen keskeinen tulos oli, että tyydyttävä tai hyvä hoito voi muuttua väkivaltaiseksi suhteellisen helposti ja nopeasti, ilman että tapahtuu mitään ulospäin näkyvää muutosta.

Mitä voidaan tehdä vanhuksiin kohdistuvan väkivallan ehkäisemiseksi?

Ikääntymisprosessi ja vanhuuden sairaudet voimistavat fyysisen ja henkisen väkivallan vaikutusta vanhuksen terveyteen. Vanhusten on iän yleensä mukanaan tuomien fyysisen ja tiedollisten vajavaisuuksien vuoksi vaikeampaa lähteä väkivaltaisesta suhteesta tai tehdä oikeita päätöksiä. Sukuvelvoitteet ja suurperheverkoston käyttö ongelmien ratkaisemisessa saattaa myös heikentää vanhusten, erityisesti naisten, mahdollisuutta paeta vaarallista tilannetta. Väkiäinen henkilö saattaa olla vanhuksen ainoa seuranlähte. Näistä ja monista muista seikoista johtuen vanhuksiin kohdistuvan väkivallan ehkäisemiseen liittyy paljon ongelmia, jotka ammattilaisten on pystyttävä ratkaisemaan. Useimmiten suurin pulma on löytää tasapaino vanhuksen itsemääräämisoikeuden ja väkivallan lopettamisen välttämättömyyden välillä.

Kansallisen tason toimenpiteet

Ponnistelut vanhuksiin kohdistuvan väkivallan ehkäisemiseen tähtäävän sosiaalisen toiminnan käynnistämiseksi ja lainsäädännön ja muiden poliittisten aloitteiden kehittämiseksi ovat varsin eri vaiheissa eri maissa. Prosessin vaiheita on kuvattu muun muassa Blumerin mallin avulla:

- ongelman havaitseminen
- ongelman legitimointi
- toiminnan käynnistäminen
- virallisen suunnitelman muotoileminen
- suunnitelman toteutus.

Yhdysvalloissa on edetty pisimmälle. Siellä on loppuun saakka kehitetty järjestelmä vanhusten pahoinpitelytapauksen ilmoittamista ja käsittelyä varten. Järjestelmä toimii osavaltiotasolla. Liittovaltion tuki rajoittuu kansallisen tukikeskuksen (National Center on Elder Abuse) ylläpitoon. Tukikeskus antaa teknistä apua ja jonkin verran rahoitusta osavaltioille. Kansallisella tasolla toimivat myös yleishyödyllinen vuonna 1988 perustettu järjestö National Committee for the Prevention of Elder Abuse ja vuonna 1989 perustettu National Association of State Adult Protective Services Administrators.

Eräät Australian ja Kanadan provinssit tai osavaltiot ovat luoneet järjestelmän vanhusten pahoinpitelytapauksen käsittelyä varten, mutta virallista valtakunnallista politiikkaa ei ole. Uudessa Seelannissa on käynnistetty sarja projekteja eri puolilla maata. Näissä kol-

nessa maassa toimii kussakin kansallinen työryhmä. Uudessa Seelannissa perustettiin 1990-luvun alkupuolella neuvoo-antava neuvosto (New Zealand National Elder Abuse and Neglect Advisory Council), jonka tehtävä on tuottaa kansallisen tason näkökulma vanhusten huoltoon ja suojeluun. Australiassa vuonna 1998 perustettu verkosto (Australian Network for the Prevention of Elder Abuse) toimii yhdyssteinä ja tiedon jakajana väkivaltaa kokeneiden vanhusten parissa työskenteleville. Vuonna 1999 perustettiin vastaava verkosto Kanadassa. Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse pyrkii kehittämään toimintatapoja, ohjelmia ja palveluja, joiden tavoitteena on saada vanhuksiin kohdistuva väkivalta loppumaan.

Brittiläisen Action on Elder Abuse –järjestön kiinnitettyä maan hallituksen huomion ongelmaan sosiaali- ja terveystieteiden tarkastusvirasto laati asiasta selvityksen. Pohjoismaista Norja on pisimmällä. Parlamentti on antanut hyväksymisensä Oslon palveluhankkeelle ja väkivallan tiedotus- ja tutkimuskeskukselle, jonka toteutuminen on suurelta osin kansalaisyhteiskunnan ansiota. Monet Euroopan maat, esimerkiksi Italia, Puola, Ranska ja Saksa ovat Blumerin mallin ”legitimointivaiheessa”. Toiminta rajoittuu näissä maissa lähinnä yksittäisiin tutkijoihin ja muutamiiin paikallisiin hankkeisiin.

Latinalaisen Amerikan vanhuksiin kohdistuvan väkivallan ehkäisykomitea on kampanjoinut aktiivisesti, jotta maanosassa alettaisiin kiinnittää ongelmaan huomiota. Komitea järjestää koulutusta alueellisella ja kansallisella tasolla. Joissakin maissa, esimerkiksi Kuubassa, Perussa, Uruguayssa ja Venezuelassa, ollaan vasta heräämässä ongelman havaitsemiseen. Toiminta koostuu lähinnä alan ammattilaisten kokoontumisista ja tutkimustyöstä. Muutamissa alueen maissa, esimerkiksi Argentiinassa, Brasiliassa ja Chilessä, on edetty legitimointi- ja toiminnan käynnistysvaiheeseen.

Argentiinan sosiaalisen hyvinvoinnin edistämisen ja vanhusasioiden hallinnon ohjelmista yksi on vuonna 1998 aloitettu ”Proteger”. Alan työntekijät saavat kuuden kuukauden mittaisen gerontologian koulutuksen, joka keskittyy lähinnä väkivallan ehkäisyyn ja ongelmatapauksiin puuttumiseen. Ohjelmaan sisältyy myös ilmainen palveluva puhelin.

Brasiliassa oikeus-, terveys- ja hyvinvointiministeriö on tukenut koulutuksen järjestämistä. Chilessä hyväksyttiin eri ministeriöiden edustajista koostuneen perheväkivallan ehkäisytoimikunnan työn tuloksena perheväkivallan vastainen laki vuonna 1994. Laki kattaa perheväkivallan kaikki muodot, myös vanhuksiin kohdistuvan väkivallan.

Aasiassa eteläkorealaiset, intialaiset, japanilaiset ja kiinalaiset tutkijat ovat nostaneet ongelman julkisuuteen, mutta toistaiseksi se ei ole johtanut mihinkään poliittisiin toimiin tai hankkeisiin.

Etelä-Afrikassa ensimmäiset raportit vanhuksiin kohdistuvasta väkivallasta tulivat julkisuuteen vuonna 1981. Valtio ja yksityissektori julkaisivat yhdessä institutionaalisen väkivallan ehkäisyohjelman vuonna 1994. Kansalaisaktivistit ovat ajaneet voimakkaasti ajatusta kansallisesta strategiasta, jota hallitus nyt harkitsee, samoin kuin vanhuksiin kohdistuvan väkivallan sisällyttämistä Maserussa Lesothossa joulukuussa 2000 pidetyn naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyä käsitelleen Etelä-Afrikan kehitysyhteisökonferenssin loppujulkilausumaan. Nigerianlainen koalitio vanhuksiin kohdistuvan väkivallan ehkäisemiseksi kokoaa kaikki asian parissa työskentelevät elimet ja ryhmät. Monissa Afrikan maissa tämä työ jää polttavammilta näyttävien ongelmien kuten konfliktien, köyhyyden ja valtion velan, varjoon.

Toiminnan laajentuu nopeasti eri puolilla maailmaa päätettiin vuonna 1997 perustaa kansainvälinen INPEA –verkosto (International Network for the Prevention of Elder Abuse), jossa on edustajat kaikista kuudesta maanosasta. INPEA:n tavoitteet ovat: lisätä

suuren yleisön tietämystä, edistää koulutusta, kampanjoida väkivaltaisesti kohdeltujen ja laiminlyötyjen vanhusten puolesta ja edistää vanhuksiin kohdistuvan väkivallan syiden, seurausten, hoidon ja ehkäisyn tutkimusta. Alkuvaiheessa seminaarit ovat olleet tärkein koulutusmuoto. Niitä on järjestetty ammatillisten kokousten yhteydessä Australiassa, Brasiliassa, Chilessä, Iso-Britanniassa, Kanadassa, Kuubassa ja Yhdysvalloissa. Lisäksi on perustettu neljännesvuosittain ilmestyvä tiedotuslehti ja kotisivut. Australian ja Kanadan verkostot ovat myös INPEA:n ideoimia.

Paikalliset toimenpiteet

Suurin osa vanhuksiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyhankkeista on toteutettu korkean tulotason maissa. Ne toimivat yleensä sosiaalitoimen, terveydenhuollon tai oikeushallinnon alaisina tai perheväkivaltaohjelmiin liittyvinä. Vaikka on osoitettu, että vanhuksiin kohdistuvaa väkivaltaa esiintyy myös useissa köyhissä ja keskituloisissa maissa, erityisohjelmat ovat harvinaisia. Näissä maissa tapaukset hoidetaan yleensä julkisten tai järjestöjen sosiaalipalvelujärjestelmien kautta, joilla ei aina ole riittävää asiantuntemusta. Costa Rica on poikkeus: siellä toimii voimakas paikallinen hanke. Kaikissa maissa ongelmaan puuttuminen ei kuulu kenellekään.

Sosiaalipalvelut

Tavallisesti maat, jotka tuottavat sosiaalipalveluja pahoinpidellyille, laiminlyödyille tai hyväksikäytetyille vanhuksille, ovat järjestäneet ne olemassa olevan terveys- tai sosiaalipalveluverkoston kautta. Tapauksiin sisältyy usein lääketieteellisiä, juridisia, eettisiä, psykologisia, rahoituksellisia, hallinnollisia ja ympäristöön liittyviä kysymyksiä. Työntekijöiden avuksi on kehitetty ohjeistoja, ja heille annetaan erikoiskoulutusta. Hoidon suunnittelu tapahtuu yleensä eri alojen edustajista kokoonpannussa työryhmässä. Palvelut tuotetaan läheisessä yhteistyössä asiantuntijaryhmän kanssa, jonka jäseninä ovat lakisääteisten elinten ja vapaaehtoisten, yksityisten ja hyväntekeväisyysjärjestöjen edustajat. Ne tarjoavat konsulttipalveluja, järjestävät koulutusta, kehittävät lainsäädäntömalleja ja tunnistavat järjestelmän heikkoja kohtia. Näihin järjestelmiin kuuluu yleensä palvelu puhelin, johon pahoinpitelytapaukset voidaan ilmoittaa. Se toimii tällä hetkellä Iso-Britanniassa ja joillakin paikkakunnilla Japanissa, Ranskassa ja Saksassa. Vain Yhdysvallat ja joukko Kanadan provinseja ovat luoneet järjestelmän yksinomaan aikuisiin kohdistuvaa väkivaltaa varten. Näissä aikuistensuojelupalveluissa, kuten niitä nimitetään, tutkitaan ja arvioidaan tapaus, suunnitellaan asianmukainen hoito-ohjelma ja seurataan tapausta siihen asti, kun se voidaan luovuttaa tavanomaisille vanhusten palvelujen tuottajille.

Yhä enemmän on noussut kiinnostusta ryhtyä tarjoamaan vanhuksille samantapaisia palveluja kuin pahoinpidellyille naisille. Erityisesti vanhuksille tarkoitettut turvakodit ja tukiryhmät ovat suhteellisen uusi ilmiö. Ne tarjoavat väkivallan uhreille paikan, jossa he voivat vaihtaa kokemuksia, kerätä voimia peloista, epäilyistä ja ahdistuksesta selviytymiseen ja nostaa itsekunnioitustaan. Esimerkkinä siitä, miten perheväkivaltaan kehitettyä toimintamallia on sovellettu vanhustyössä, on suomalaisen Ensi- ja turvakotien liiton yhteistyössä julkisen terveydenhuollon kanssa toteuttama hanke. Siihen sisältyy turvakotipaikkoja kuntoutuskeskuksessa, auttava puhelin, joka tarjoaa neuvontaa ja vanhuksille mahdollisuuden puhua ongelmistaan sekä kerran kahdessa viikossa kokoontuva uhrien tukiryhmä. Vanhusten turvakoteja on myös Japanissa, Kanadassa, Saksassa ja Yhdysvalloissa.

Laatikko 5.2

Japanin vanhuksiin kohdistuvan väkivallan ehkäisykeskus

Japanilaisen sosiaalityöntekijöiden ja tutkijoiden seuran (Society for the Study of Elder Abuse, SSEA) vuonna 1993 tekemä valtakunnallinen vanhainkotitutkimus vahvisti, että Japanissa esiintyy vanhusten kaltoinkohtelua. Tulosten perusteella seura päätti, että paras tapa puuttua ongelmaan olisi perustaa samanlainen auttava puhelin, jota Action on Elder Abuse pitää yllä Iso-Britanniassa.

Erään kansalaisjärjestön taloudellisen tuen turvin perustettiin vuonna 1996 vanhuksiin kohdistuvan väkivallan ehkäisykeskus, joka on vapaaehtoisten ylläpitämä puhelinneuvontapalvelu. Erään hoitokodin johtaja, joka on SSEA:n jäsen, järjesti hoitokodista huoneen neuvontapalvelun toimistoksi. Auttavaa puhelinta mainostettiin muun muassa sanomalehdissä ja tuki-keskuksissa.

Se tarjoaa tietoa laajalta alalta ja antaa lakiasian neuvontaa kaikille, esimerkiksi terveys- ja sosiaalitoimen työntekijöille.

Aluksi kaikki auttavan puhelimen työntekijät olivat SSEA:n jäseniä, mutta myöhemmin mukaan tuli kolme ulkopuolista vapaaehtoista. Joka päivä neuvontaa on antamassa yksi tai kaksi henkilöä. Uudet työntekijät saavat perusteellisen perehdyttämiskoulutuksen.

Tapaukset käydään läpi kerran kuussa pidettävässä kokouksessa, johon kaikki neuvojat osallistuvat. Tarvittaessa kutsutaan paikalle ulkopuolisia asiantuntijoita auttamaan erityistapauksien ratkaisemisessa.

Neuvontaa annetaan ainoastaan puhelimitse. Jos soittaja tarvitsee henkilökohtaista neuvontaa, hänet ohjataan oman paikkakuntansa palvelujen piiriin. Yksityisyys, luottamuksellisuus ja soittajien nimettömyys ovat keskeisiä toimintaperiaatteita.

Köyhissä maissa, joilta puuttuu tällaisten ohjelmien toteuttamiseen tarvittava sosiaalipalvelurakenne, voidaan paikallisilla hankkeilla auttaa vanhuksia kehittämään omia palvelujaan ja järjestää kampanjoita. Tämä toiminta antaa vanhuksille myös voimaa ja itsetuntoa. Esimerkiksi Guatemalassa sukulaisten kodeistaan karkottamat vanhukset muodostivat oman työryhmän, perustivat itselleen turvatalon ja panivat pystyyn paikallista käsi-työläisyyttä ja muuta tulonhankintaa talon rahoittamiseksi.

Terveystenhoito

Joissakin Latinalaisen Amerikan ja Euroopan maissa sekä Australiassa lääkärikunnalla on ollut johtava asema ongelman esiin nostamisessa. Sen sijaan esimerkiksi Kanadassa ja Yhdysvalloissa lääkärit ovat olleet useita vuosia sosiaalityöntekijöitä ja sairaanhoitajia jäljessä. Vain harvat vanhusten kaltoinkohtelun ehkäisyohjelmat on toteutettu sairaalassa. Niissä on silloin ollut yleensä kyse konsultointiryhmistä, jotka kokoontuvat, kun tulee ilmoitus epäilystä tapauksesta. Terveystenhoillon ammatillisilla on merkittävä asema ohjelmissa, jotka seuloivat ja toteavat väkivaltatapauksia.

Vaikka saattaisi ajatella, että lääkärit ovat parhaita väkivaltatapauksien tunnistajia jos senkin vuoksi, että useimmat vanhukset luottavat heihin, monet lääkärit eivät diagnosoi kaltoinkohtelua. Se ei kuulu heidän ammatilliseen koulutukseensa eikä esiinny heidän diagnoosilistallaan.

Vaikuttaa myös siltä, että poliklinikoilla vanhusten erityistarpeisiin kiinnitetään normaalisti tuskin ollenkaan huomiota. Työntekijät ovat usein omimmillaan nuorempien ihmisten hoitamisessa. Vanhusten tarpeet unohdetaan helposti. Ensiapu klinikoiden

lomakkeisiin ei yleensä sisälly kohtaa vanhusten kaltoinkohtelun tunnistamisesta ja hoidosta. Hyvin harvoin niissä on kysymyksiä, jotka koskevat mielensterveyttä tai väkivallan merkkejä käytöksessä, esimerkiksi masennusta, itsemurhayrityksiä tai päihteiden käyttöä.

Mahdollinen väkivallan esiintyminen olisi tutkittava aina, jos lääkäri tai muu terveydenhuollon työntekijä toteaa jonkin seuraavista merkeistä:

- viive hoitoon hakeutumisessa vammojen tai sairauden vuoksi
 - joko potilaan tai häntä hoitavan henkilön antama epäuskottava tai hatara selitys vamman tai sairauden syystä
 - usein toistuvat kroonisen tilan pahenemisesta johtuvat poliklinikkakäynnit huolimatta hoitosuunnitelmista ja mahdollisuuksista hoitaa vaiva kotona
 - toiminnallisesti vajavaiset vanhukset, jotka tulevat hoitoon yksin
 - laboratoriotulokset, jotka eivät ole yhtäpitäviä esitetyn sairaskertomuksen kanssa.
- Tutkimusta tehdessään lääkärin tai muun työntekijän tulee:
- haastatella potilas yksin, kysyä suoraan mahdollisesta fyysisestä väkivallasta, pakotetumisesta tai laiminlyönnistä
 - kiinnittää tarkkaa huomiota potilaan ja epäillyn väliseen suhteeseen ja käyttäytymiseen
 - tehdä kattava geriatrinen arvio potilaasta mukaan lukien lääketieteelliset, toiminnalliset, kognitiiviset ja sosiaaliset tekijät
 - kirjata muistiin potilaan sosiaalinen verkosto, sekä muodollinen että epämuodollinen.

Taulukko 5.1 sisältää luettelon mittareista, joista saattaa olla hyötyä väkivaltaepäilytutkimisessa. Minkään mittarin esiintymistä ei tule kuitenkaan pitää todisteena siitä, että väkivaltaa on todella esiintynyt.

Lainsäädäntö

Kiinnostuksen lisääntymisestä huolimatta useimmissa maissa ei ole säädetty vanhusväkivaltaa koskevaa erityislainsäädäntöä. Sen eri puolia säädellään yleensä rikosoikeudellisilla laeilla tai kansalaisten oikeuksia, omaisuuden suojaa, perheväkivaltaa tai mielensterveyttä koskevilla laeilla. Kattava erityislainsäädäntö merkitsisi paljon suurempaa sitoutumista ongelman kitkemiseen. Kuitenkin myös maissa joissa tällaisia lakeja on, syytteitä on nostettu harvoin. Tämä johtuu pääosin siitä, että vanhukset ovat tavallisesti haluttomia tai kyvyttömiä ajamaan kannetta perheenjäseniä vastaan. Vanhuksia pidetään niin ikään usein epäluotettavina todistajina. Lisäksi kaltoinkohtelu on luonteeltaan näkymätöntä. Niin kauan kuin sitä pidetään pelkästään hoitajan asiana, juridiset toimet eivät todennäköisesti ole tehokas tapa.

Ainoastaan Israelissa, Kanadan Atlantin rannikon provinseissa ja joissakin Yhdysvaltojen osavaltioissa on pakottavia vanhuksiin kohdistuvan väkivallan ilmoittamiseen velvoittavia lakeja. Yhdysvalloissa 43 osavaltiossa edellytetään vanhusten parissa työskentelevien tekemän ilmoituksen mahdollisista väkivaltatapauksista valtiolliselle elimelle, jos on ”syytä epäillä”, että on esiintynyt pahoinpitelyä, laiminlyöntiä tai hyväksikäyttöä. Ensimmäisessä osavaltiossa laki hyväksyttiin vuonna 1976, ja tuorein laki on vuodelta 1999. Newfoundlandissa aikuisten suojelulaki astui voimaan jo vuonna 1973 ja viimeisenä Kanadan Atlantin rannan neljästä osavaltiosta Prinssi Edwardin saarella vuonna 1988. Israelin laki on vuodelta 1989. Samoin kuin lapsiin kohdistuvasta ilmoitusvelvollisuudesta säättämisen myös näiden lakien tarkoituksena on estää väkivaltatapauksen piiloon jääminen. Pakottavaa ilmoittamista on pidetty arvokkaana välineenä erityisesti tilanteissa, joissa uhrin ovat kykenemättömiä ja alan työntekijät haluttomia viemään

tapauksia eteenpäin. Tutkimuksista ei vielä saa lopullista vastausta pakottavan ilmoittamisen vaikutuksesta, mutta näyttää siltä että se, tehdäänkö ilmoitus vai ei, ei riipu niinkään juridisista vaatimuksista kuin muista hallinnollisista, eettisistä, kulttuurisista ja ammatillisista tekijöistä.

Koulutus- ja valistuskampanjat

Koulutus- ja valistuskampanjat ovat olleet teollisuusmaissa äärimmäisen tärkeitä tiedon levittäjiä. Koulutus ei merkitse ainoastaan uuden tiedon opettamista, vaan myös asenteiden ja käyttäytymisen muutosta ja on näin ollen ehkäisystrategian keskeinen tekijä. Se voidaan toteuttaa monin tavoin. Voidaan järjestää kursseja, seminaareja, jatkuvia koulutusohjelmia, työpajoja sekä tieteellisiä kokouksia ja konferensseja. Kohderyhmään kuuluvat asianomaisten alojen ammattilaisten - lääkäreiden, psykiatrien, sairaanhoitajien,

Taulukko 5.1

Vanhusten kaltoinkohtelun indikaattorit

Vanhukseen liittyvät indikaattorit			Hoitajaan liittyvät indikaattorit	
Fyysiset <ul style="list-style-type: none"> • valitukset fyysisestä pahoinpitelystä • selittämättömät kaatumiset ja vammat • epätavanomaisilta näyttävät tai epätavallisissa paikoissa olevat palovammat ja mustelmat • haavat, sormenjäljet tai muut fyysisestä tarttumisesta kertovat jäljet • lääkkeiden liian tiheä uusiminen tai liian vähäinen käyttö • aliravitsemus tai elimistön kuivuminen, joka ei liity sairauteen • osoitukset riittämättömästä hoidosta tai huonosta hygieniasta • hakeutuminen useiden lääkäreiden tai terveysasemien hoitoon 	Käyttäytymiseen liittyvät ja emotionaaliset <ul style="list-style-type: none"> • ruokatarpeiden muutos ja unihäiriöt • pelot, sekavuus tai alistuneisuus • passiivisuus, vetäytyneisyys tai masennuksen lisääntyminen • avuttomuus, toivotonmuus tai ahdistuneisuus • puheessa tai muuten ilmenevät epäohdonmukaisuudet, jotka eivät johdu sekavuudesta • haluttomuus puhua avoimesti • vanhus välttää fyysistä, sanallista tai katsekontaktia hoitajaansa • vanhus eristäytyy muista ihmisistä 	Seksuaaliset <ul style="list-style-type: none"> • valitukset seksuaalisesta hyväksikäytöstä • seksuaalinen käytös, joka poikkeaa vanhuksen tavanomaisista suhteista ja aikaisemmasta persoonallisuudesta • selittämättömät käyttäytymisen muutokset, esimerkiksi aggressiivisuus, vetäytyneisyys ja itsensä vahingoittaminen • toistuvat valitukset vatsakivusta tai selittämättömät vaginaaliset ja anaaliset verenvuodot • uusiutuvat sukupuolielinten infektiot tai mustelmat rinnoissa tai genitaalialueella • rikkinäiset, tahrantumat tai veriset alusvaatteet 	Taloudelliset <ul style="list-style-type: none"> • oudot tai vanhuksen tavallisista käytännöistä poikkeavat tililtäotot • tililtäotot, jotka eivät ole vanhuksen rahavarojen mukaisia • testamentin muuttaminen asunnon tai muun omaisuuden jättämiseksi "uusille ystäville tai sukulaisille" • omaisuuden katoaminen • vanhus "ei löydä" koruja tai muuta henkilökohtaista omaisuutta • luottokorttitilin epäilyttävä käyttö • lahjojen antamatta jättäminen, vaikka vanhuksella olisi varaa niihin • hoitamattomat terveys- tai mielenterveysongelmat • hoidon laatu ei vastaa vanhuksen tuloja tai varoja 	<ul style="list-style-type: none"> • hoitaja vaikuttaa väsyneeltä tai uupuneelta • hoitaja on liian huolestunut tai välinpitämätön • hoitaja syyttää vanhusta esimerkiksi inkontinenssin vuoksi • hoitaja käyttäytyy aggressiivisesti • hoitaja kohtelee vanhusta epäinhimillisesti tai kuin lasta • hoitaja on käyttänyt päihteitä tai pahoinpidellyt toisia • oitaja ei halua vanhusta haastateltavan yksin • hoitaja vastaa kysymyksiin puolustautuen, joskus vihämielisesti tai välttelevästi • hoitaja on huolehtinut vanhuksesta pitkään.

sosiaalityöntekijöiden, rikosoikeusjuristien ja pappien - ohella tutkijat, opettajat, hallinnolliset virkamiehet ja poliittiset päättäjät. Useimmille ammattialoille sopiva perusopetus-sisältö koostuu aiheen esittelystä, väkivallan merkkien ja oireiden tunnistamisesta ja apua tarjoavien paikallisten organisaatioiden esittelystä. Erikoiskursseilla keskitytään kehittämään haastattelu- ja arviointitaitoja ja oppimaan ehkäisevien ohjelmien suunnittelua. Tarvitaan myös alan erikoisasantuntijoiden antamaa jatko-opetusta, joka käsittelee eettisiä ja juridisia kysymyksiä. Jatkokoulutusohjelmiin on sisällytetty myös työskentelyä muiden alojen ammattilaisten kanssa ja monen tieteenalan yhteistyöryhmissä työskentelyä koskeva kurssi.

Julkiset valistuskampanjat ovat yhtä tärkeitä väkivallan ja laiminlyönnin ehkäisyssä. Suurelle yleisölle kerrotaan kaltoinkohtelun eri muodoista, merkeistä jotka auttavat sen tunnistamisessa ja paikoista, joista voi saada apua. Sisältö on siis sama kuin lapsiin kohdistuvasta väkivallasta ja parisuhdeväkivallasta tiedottamisessa. Erityisenä kohderyhmänä ovat henkilöt, jotka ovat usein kanssakäymisissä vanhusten kanssa. Sukulaisten ja ystävien ohella heitä ovat posti- ja pankkitoimihenkilöt ja sähkö- ja kaasumittarin lukijat. Vanhuksiin itseensä suunnatut hankkeet ovat yleensä onnistuneimpia silloin, kun aihe liitetään osaksi laajempaa kokonaisuutta (esimerkiksi hyvä vanhuus, vanhusten terveydenhuolto). Vanhusjärjestöt, päiväkeskukset, päivähoito-ohjelmat, koulut (ks. laatikko 5.3) sekä oma-apu- ja tukiryhmät voivat auttaa tiedon levittämisessä.

Media on voimakas tietoisuuden herättäjä. Se, että vanhuutta kuvataan positiivisena asiana ja että esiintyjien joukossa on enemmän ikääntyneitä, voi vaikuttaa asenteiden muuttumiseen ja vähentää vallitsevia stereotyyppisiä käsityksiä vanhuksista.

Laatikko 5.3

Vanhusten kaltoinkohtelu koulujen opetusohjelmassa Kanadassa

Health Canada –kansalaisjärjestö on kehittänyt kaksiosaisen lapsille ja nuorille suunnatun kasvatushankkeen, jonka teemana on vanhusten kaltoinkohtelu. Hankkeen tarkoituksena on opettaa lapset ymmärtämään vanhuutta ja kaikkea mitä siihen liittyy. Koululaisille järjestetään mahdollisuuksia kanssakäymiseen eri ikäisten ihmisten kanssa. Vanhuksiin tutustumisen toivotaan lisäävän lasten ja nuorten kunnioitusta heitä kohtaan. Näin alttius väkivaltaisiin tekoihin vanhuksia kohtaan vähenisi niin nuoruudessa kuin myös vastaisuudessa. Hankkeen ensimmäisen osan muodostaa interaktiivinen 3-7-vuotiaille tarkoitettu paketti, joka sisältää pelejä ja kertomuksia. Se ei käsittele aihetta suoraan, vaan tarjoaa lapsille positiivisia mielikuvia vanhuudesta. Se on osoittautunut sopivan myös vanhemmille lapsille, jotka osaavat huonosti englantia.

Hankkeen toisen osan keskeisenä sisältönä on koulun virallinen oppikurssi aiheesta. Sen kehittälyssä ovat olleet mukana opettajat, nuorisotyöntekijät, uskonnolliset johtajat, terveydenhuollon työntekijät, vanhusten kanssa työskentelevät sekä nuoret ja vanhuksot itse. Oppikurssin tavoitteena on muuttaa syvään juurtuneita negatiivisia asenteita vanhuksia ja vanhenemista kohtaan ja vähentää kaltoinkohtelun esiintymistä. Kurssi soveltuu parhaiten ylemmille luokille.

Kanadassa on toteutettu myös toinen kouluihin liittyvä hanke. Ontariossa konfliktinratkaisu sisältyy koulujen opetusohjelmaan, ja opettajat ovat huomanneet vanhuksiin kohdistuvan väkivallan sopivan hyvin oppikurssin osaksi.

Eteläafrikkalaisessa työryhmätyöskentelyssä, jota kuvattiin edellä, osanottajat korostivat tiedotusvälineiden merkitystä yleisen tietoisuuden lisääjinä. He ehdottivat ongelman tuntemuksen lisäämistä myös valtion tukemien yhteisöissä toteutettavien työpajojen avulla. Muissa kehitysmaissa, joissa resurssit ovat niukkoja, paikalliset yhdistykset voivat jakaa perustietoutta terveydenhoidon yhteydessä.

Toistaiseksi vain harvoista hankkeista on tehty arviointitutkimus. Sen vuoksi ei voida sanoa, mitkä lähestymistavat ovat olleet onnistuneimpia. Ohjelmien toimivuuden arvioinnin esteenä ovat yhteisten määritelmien puuttuminen, teoreettisten selitysmallien moninaisuus, tiedeyhteisön kiinnostuksen vähäisyys sekä huolellisten tutkimusten vaatiman rahoituksen puuttuminen.

Kirjallisuuskatsauksen mukaan vuosina 1989-1998 julkaistiin englannin kielellä 117 arviointitutkimusta. Yhdessäkään niistä ei ollut vertailuryhmää, eivätkä ne täyttäneet evaluaatiotutkimuksen normaaleja validiteettikriteerejä. Näiden tulosten pohjalta katsauksen kirjoittajat eivät nähneet näyttöä riittäväksi minkään tietyn strategian paremmuuden osoittamiseen. Tutkimuksista kuusi erottui lähinnä kriteerit täyttäväiksi, mutta niissäkin oli vakavia metodologisia heikkouksia. Näiden kuuden tutkimuksen mukaan tietyillä väkivaltaan puuttumisen menetelmillä pystyttiin ratkaisemaan 22-75 % tapauksista.

Suosituksia

Siitä huolimatta, että sukulaisten, vanhuksia hoitavien henkilöiden ja muiden ihmisten vanhuksiin kohdistama väkivalta ymmärretään nykyään paremmin kuin 25 vuotta sitten, tarvitaan vahvempi tietopohja hallintoa, suunnittelua ja ohjelmien toteuttamista varten. Edelleen puuttuu tietoa ongelman syistä ja seurauksista ja jopa sen laajuudesta. Ehkäisevien ohjelmien tehokkuudesta ei ole juurikaan saatavilla käyttökelpoisia tai luotettavia tutkimustuloksia.

Ehkä petollisimman väkivallan muodon muodostavat vanhuksiin ja ikääntymisprosessiin kohdistuvat negatiiviset asenteet ja stereotypiat. Asenteissa heijastuu jatkuva nuoruuden ihannointi. Niin kauan kuin vanhoja ihmisiä aliarvostetaan ja marginalisoidaan yhteiskunnassa, he kärsivät identiteettiongelmista ja ovat hyvin alttiita syrjinnälle ja kaikenlaiselle kaltoinkohtelulle ja laiminlyönnille.

Ongelmaan puuttuminen edellyttää ennen kaikkea

- ongelman parempaa tuntemista
- tiukempia lakeja ja hallintoa
- tehokkaampia ehkäisyohjelmia.

Tiedon lisääminen

Tiedon lisääminen on ykkösasia kaikkialla maailmassa. Vuonna 1990 Euroopan neuvosto sopi laaja-alaisen konferenssin järjestämisestä, jonka tehtävänä oli kehittää määritelmiä, tilastointia, lainsäädäntöä, ehkäisyä ja hoitoa sekä kerätä lisää tietoa. Kaikkia näitä aiheita tarkastelemaan oli määrä nimittää maailmanlaajuinen työryhmä. Muun muassa oli määrä kerätä tiedot ja laatia standardit maailmanlaajuisista tilastointia varten samoin kuin luoda vaatimukset yhteistä raportointimuotoa varten. Niin ikään piti tutkia ja selittää kulttuurien välisiä eroja.

Tehokas puuttuminen ongelmaan edellyttää nopeaa tutkimuksen lisäämistä. On selvítettävä, miten vanhuksat voisivat osallistua ehkäisyohjelmien suunnitteluun ja toteutukseen. Tämäntyyppistä työtä on jo käynnistetty Kanadassa. Tämä olisi erityisen tärkeää

kehityksissä. Mukanaolo ohjelmien suunnittelussa ja toteutuksessa voi lisätä vanhusomien oikeuksien tuntemusta, poistaa sosiaalisen syrjäyttämisen ongelmia ja lisätä heidän omia voimavarojaan.

Tutkimukselta on edellytettävä tiukempaa tieteellisten vaatimusten täyttämistä. Tehdyissä tutkimuksissa on liian usein käytetty pieniä otoksia, ja niissä on ilmennyt metodologisia puutteita. Seurauksena on ollut tulosten ristiriitaisuutta. Joidenkin tutkimusten mukaan väkivaltaisen teon tekijän psyykinen tila ja pähteiden käyttö ovat riskitekijöitä. Ei ole kuitenkaan tutkittu, miksi nämä tekijät toisinaan johtavat pahoinpitelyyn tai laiminlyöntiin, mutta toisinaan eivät. Lisätutkimus on tarpeen myös niiden ristiriitaisten tulosten tarkentamiseksi, ovatko vanhusomien kognitiiviset ja fyysiset vajavuudet riskitekijöitä.

Väkivallan syitä

Tarvitaan lisää tutkimusta aiemmin väkivallan suurimpana syynä pidetyn vanhusomien hoidon henkilön uupumuksen merkityksestä. Alzheimerin taudin yleistyessä kaikkialla maailmassa ja väkivaltaisen käytöksen lisääntyessä perheissä, joissa on tätä tautia sairastava perheenjäsen, olisi kiinnitettävä enemmän huomiota vanhuksen ja häntä hoitavan henkilön väliseen suhteeseen. Vaikka saattaa näyttää ilmeiseltä, että sosiaalinen eristyneisyys ja tuen puute voivat osaltaan edistää pahoinpitelyä ja laiminlyöntiä, uhrit ovat näissä tilanteissa yleensä haluttomia osallistumaan vanhusomien palvelukeskusten järjestämään tai muuhun toimintaan, jotka kannustavat sosiaaliseen kanssakäymiseen. Sen tutkiminen, keitä nämä uhrit ovat ja mikä heidän tilanteensa on, saattaisi tuottaa parempia ratkaisuja.

Ikääntyneiden asema yhteiskunnassa - ikäsyrjintä ja vanhusomien leimaaminen - on seikka, jonka merkitystä väkivallan syynä on tutkittava perusteellisesti. Jotkut asiantuntijat ovat sitä mieltä, että vanhusomien marginalisointi on myötävaikuttava tekijä. Kulttuurien väliset tutkimukset saattaisivat olla hyödyllisiä tämän vaikutuksen ymmärtämiseksi.

Joissakin kehityksissä on selvästi tiettyjä sosiaalisia ja kulttuurisia tekijöitä, jotka ovat suorassa yhteydessä väkivallan esiintymiseen, esimerkiksi usko noituuteen ja leskien hylkääminen. Muita tapoja, joita myös usein mainitaan merkittäviksi selittäviksi tekijöiksi, on tarpeen tutkia, koska väitteiden tueksi ei ole mitään tutkimustuloksia.

Muut kulttuuriset ja sosioekonomiset tekijät, esimerkiksi köyhyys, modernisaatio ja perimysjärjestelmät, saattavat olla väkivallan välillisiä syitä. Ekologisen mallin käyttö vanhusomien kaltoinkohtelun selittämisessä on edelleen uutta, ja tarvitaan lisätutkimusta mallin eri tasoilla vaikuttavista tekijöistä.

Kaltoinkohtelun seuraukset

Vanhuksiin kohdistuvan väkivallan tutkimuksessa ehkä vähimmälle huomiolle ovat jääneet sen seuraukset uhrin kannalta. Olisikin saatava pitkäaikaistutkimuksia, jotka jäljittelevät molempia osapuolia pitkän aikajakson kuluessa. Muutamissa tutkimuksissa on tarkasteltu väkivallan psyykkisiä vaikutuksia. Masennusta lukuun ottamatta seurauksista tiedetään hyvin vähän.

Ohjelmien arviointi

On kehitetty useita tapoja puuttua väkivaltaan: pakottava ilmoittaminen, suojaa tarjoavat palveluyksiköt, sosiaalitoimen seurantalomake, turvakodit, tuki- ja oma-apuryhmät ja konsultaatioryhmät. Harvoja näistä on kuitenkin testattu kokeellisesti. Korkealaatuista evaluointia tarvitaan välttämättä. Valitettavasti aihe ei ole kiinnostunut moniakaan tunnustettuja tutkijoita, joiden asiantuntemusta kuitenkin tarvittaisiin. Lisäresurssien ohjaami-

nen rohkaisisi tämän tutkimuksen tekemiseen.

Lainsäädännön tiukentaminen

Perusoikeudet

Vanhusten ihmisoikeudet on turvattava kaikkialla maailmassa. Tämän tavoitteen saattamisen edellytyksiä ovat:

- Voimassa olevat perheväkivaltalait on ulotettava koskemaan vanhuksia ryhmänä.
- Asiaa koskevien rikosoikeudellisten ja siviililakien tulee kattaa eksplisiittisesti vanhusten pahoinpity, laiminlyönti ja hyväksikäyttö.
- On säädettävä uusia, nimenomaan vanhuksia suojelevia lakeja.

Väkivaltaiset perinteet

Monet perinteet sisältävät vanhusten väkivaltaista kohtelua, esimerkiksi usko noituuteen ja tapa hylätä lesket. Näiden tapojen lopettaminen edellyttää monien ryhmien tiivistä yhteistyötä, jota saatetaan tarvita pitkään. Tämän prosessin tueksi tarvitaan seuraavia toimia:

- Paikallisella, alueellisella ja kansallisella tasolla olisi perustettava eri-ikäisistä ihmisistä koostuvia edunvalvontaryhmiä, jotka toimivat muutoksen puolesta.
- Valtiollisilla terveys- ja hyvinvointiohjelmilla on pyrittävä aktiivisesti lieventämään modernisaatioprosessien ja niiden seurausten vaikutusta vanhusten elämään.
- Maissa, joista puuttuu riittävä eläkejärjestelmä, on hallitusten tehtävä luoda se.

Ehkäisystrategioiden vaikuttavuuden parantaminen

Perustasolla on kiinnitettävä suurempaa huomiota ennalta ehkäisyyn. Tämä edellyttää yhteiskunnan kehittämistä siihen suuntaan, että vanhukset saavat elää arvokkaasti, että heidän perustarpeensa on tyydytetty ja että heillä on todelliset mahdollisuudet toteuttaa itseään. Köyhille yhteiskunnille tämä muodostaa valtavan haasteen.

Ehkäisy alkaa tiedostamisesta. Yksi hyvä keino nostaa niin suuren yleisön kuin alan ammattilaistenkin tietoisuuden tasoa on koulutus. Kunnissa ja laitoksissa työskentelevien terveys- ja sosiaalipalvelujen tuottajien olisi saatava perustiedot kaltoinkohtelun tunnistamisesta. Media on toinen vahva väline, joka voi levittää tietoa ongelmasta ja sen ratkaisumahdollisuuksista niin suurelle yleisölle kuin alan ammattilaisillekin.

Kodeissa esiintyvän vanhusten kaltoinkohtelun ehkäisyohjelmia, joissa vanhuksilla on itsellään johtava asema, on useita:

- vanhojen ihmisten värväminen ja kouluttaminen toimimaan yksinäisten vanhusten ystävinä ja seuralaisina
- väkivallan uhrien tukiryhmien perustaminen
- sosiaalista vuorovaikutusta ja vanhusten osallistumista edistävien yhteisöohjelmien perustaminen
- vanhojen ihmisten sosiaalisten verkostojen rakentaminen kylissä, naapurustoissa tai taloyhtiöissä
- vanhusten aktiivisuutta lisäävien ”oma-apuryhmien” perustamisen tukeminen.

Vanhuksiin kohdistuvan väkivallan ehkäisy auttamalla siihen syyllistyviä, esimerkiksi aikuisia lapsia, ratkaisemaan omat ongelmansa, on vaikea tehtävä. Mahdollisesti hyödyllisiä toimenpiteitä ovat muun muassa:

- mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon tarjoaminen

- työ- ja koulutusmahdollisuuksien tarjoaminen
 - uusien ristiriitojen ratkaisumenetelmien etsiminen erityisesti yhteiskunnissa, joissa aiemmin oli vanhusten tehtävä toimia riitojen ratkaisijana.
- On myös monia keinoja ehkäistä laitoksissa esiintyvää väkivaltaa:
- kokonaisvaltaisten hoito-ohjelmien kehittäminen ja toteuttaminen
 - henkilökunnan koulutus
 - henkilöstön työuupumuksen vähentämiseen tähtäävät toimintatavat ja ohjelmat.
 - laitoksen fyysisen ja sosiaalisen ympäristön parantaminen.

Johtopäätöksiä

Väkiältäongelman ratkaisu edellyttää vanhusten perustarpeiden - ravinnon, suojan, turvallisuuden ja terveydenhoidon tarpeen - tyydyttämistä. Maailman kansojen on luotava ympäristö, jossa ikääntyminen hyväksytään luonnolliseksi osaksi elämäntähtäystä, jossa vanhenemiseen negatiivisesti suhtautumista pidetään epäsuotavana, jossa vanhuksilla on oikeus arvokkaaseen elämään, vapaana väkivallasta ja hyväksikäytöstä ja jossa heille annetaan mahdollisuus osallistua täysipainoisesti koulutus-, kulttuuri-, talous- ja hengelliseen elämään.

Kirjallisuus

1. Baker AA. Granny-battering. *Modern Geriatrics*, 1975, 5:20-24.
2. Burston GR. "Granny battering". *British Medical Journal*, 1975, 3:592.
3. Randal J, German T. The ageing and development report: poverty, independence, and the world's people. London, HelpAge International, 1999.
4. Hudson MF. Elder mistreatment: a taxonomy with definitions by Delphi. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1991, 3:1-20.
5. Brown AS. A survey on elder abuse in one Native American tribe. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:17-37.
6. Maxwell EK, Maxwell RJ. Insults to the body civil: mistreatment of elderly in two Plains Indian tribes. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 1992, 7:3-22.
7. What is elder abuse? *Action on Elder Abuse Bulletin*, 1995, 11 (May-June).
8. Kosberg JI, Garcia JL. Common and unique themes on elder abuse from a worldwide perspective. In: Kosberg JI, Garcia JL, eds. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:183-198.
9. Moon A, Williams O. Perceptions of elder abuse and help-seeking patterns among African-American, Caucasian American, and Korean-American elderly women. *The Gerontologist*, 1993, 33:386-395.
10. Tomita SK. Exploration of elder mistreatment among the Japanese. In: Tataru T, ed. *Understanding elder abuse in minority populations*. Philadelphia, PA, Francis & Taylor, 1999:119-139.
11. Gilliland N, Picado LE. Elder abuse in Costa Rica. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2000, 12:73-87.
12. Owen M. *A world of widows*. London, Zed Books, 1996.
13. Gorman M, Petersen T. Violence against older people and its health consequences: experience from Africa and Asia. London, HelpAge International, 1999.
14. Witchcraft: a violent threat. *Ageing and Development*, 2000, 6:9.
15. Keikelame J, Ferreira M, Mpathekombi, ya bantu abadala: elder abuse in black townships on the Cape Flats. Cape Town, Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology, 2000.
16. Pillemer K, Finkelhor D. Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist*, 1988, 28:51-57.
17. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:5-58.
18. Kivela P, SL et al. Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:1-18.
19. Ogg J, Bennett GCJ. Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 1992, 305:998-999.
20. Comijs HC et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46:885-888.
21. Canadian Centre for Justice Statistics. *Family violence in Canada: a statistical profile 2000*. Ottawa, Health Canada, 2000.
22. Kane RL, Kane RA. Long-term care in six countries: implications for the United States. Washington, DC, United States Department of Health, Education and Welfare, 1976.
23. Pillemer KA, Moore D. Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1990, 2:5-30.
24. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604-616.

25. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:79–103.
26. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. New York, NY, Springer, 2000.
27. Gelles RJ. Through a sociological lens: social structure and family violence. In: Gelles RJ, Loeske DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:31–46.
28. O'Leary KD. Through a psychological lens: personality traits, personality disorders, and levels of violence. In: Gelles RJ, Loeske DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:7–30.
29. Wolf RS, Pillemer KA. *Helping elderly victims: the reality of elder abuse*. New York, NY, Columbia University Press, 1989.
30. Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 1990, 301:1359–1362.
31. Bristowe E, Collins JB. Family mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:45–54.
32. Pillemer KA. Risk factors in elder abuse: results from a case-control study. In: Pillemer KA, Wolf RS, eds. *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, MA, Auburn House, 1989:239–264.
33. Paveza GJ et al. Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 1992, 32:493–497.
34. Cooney C, Mortimer A. Elder abuse and dementia: a pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 1995, 41:276–283.
35. Aitken I, Griffin G. *Gender issues in elder abuse*. London, Sage, 1996.
36. Steinmetz SK. *Duty bound: elder abuse and family care*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1988.
37. Eastman M. *Old age abuse: a new perspective*, 2nd ed. San Diego, CA, Singular Publishing Group, Inc., 1994.
38. Reis M, Nahamish D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 1998, 38:471–480.
39. Hamel M et al. Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *The Gerontologist*, 1990, 30:206–211.
40. Nolan MR, Grant G, Keady J. *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham, Open University Press, 1996.
41. Pillemer KA, Suito J. Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, 1992, 47:S165–S172.
42. O'Loughlin A, Duggan J. Abuse, neglect and mistreatment of older people: an exploratory study. Dublin, National Council on Ageing and Older People, 1998 (Report No. 52).
43. Phillips LR. Theoretical explanations of elder abuse. In: Pillemer KA, Wolf RS, eds. *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, MA, Auburn House, 1989:197–217.
44. Grafstrom M, Nordberg A, Winblad B. Abuse is in the eye of the beholder. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1994, 21:247–255.
45. Kwan AY. Elder abuse in Hong Kong: a new family problem for the east? In: Kosberg JI, Garcia JL, eds. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:65–80.
46. Phillips LR. Abuse and neglect of the frail elderly at home: an exploration of theoretical relationships. *Advanced Nursing*, 1983, 8:379–382.
47. Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:65–74.
48. Booth BK, Bruno AA, Marin R. Psychological therapy with abused and neglected patients. In: Baumhover LA, Beall SC, eds. *Abuse, neglect, and exploitation of older persons: strategies for assessment and intervention*. Baltimore, MD, Health Professions Press, 1996:185–206.
49. Goldstein M. Elder mistreatment and PTSD. In: Ruskin PE, Talbot JA, eds. *Aging and post-traumatic stress disorder*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1996:126–135.
50. Lachs MS et al. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:428–432.
51. Bennett G, Kingston P, Penhale B. *The dimensions of elder abuse: perspectives for practitioners*. London, Macmillan, 1997.
52. Harrington CH et al. *Nursing facilities, staffing, residents, and facility deficiencies, 1991–1997*. San Francisco, CA, Department of Social and Behavioral Sciences, University of California, 2000.
53. Clough R. Scandalous care: interpreting public inquiry reports of scandals in residential care. In: Glendenning F, Kingston P, eds. *Elder abuse and neglect in residential settings: different national backgrounds and similar responses*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1999:13–28.
54. Leroux TG, Petrunik M. The construction of elder abuse as a social problem: a Canadian perspective. *International Journal of Health Services*, 1990, 20:651–663.
55. Bennett G, Kingston P. *Elder abuse: concepts, theories and interventions*. London, Chapman & Hall, 1993.
56. Blumer H. Social problems as collective behaviour. *Social Problems*, 1971, 18:298–306.
57. Mehrotra A. *Situation of gender-based violence against women in Latin America and the Caribbean: national report for Chile*. New York, United Nations Development Programme, 1999.
58. Eckley SCA, Vilakas PAC. Elder abuse in South Africa. In: Kosberg JI, Garcia JL, eds. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:171–182.
59. *Hearing the despair: the reality of elder abuse*. London, Action on Elder Abuse, 1997.
60. Yamada Y. A telephone counseling program for elder abuse in Japan. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:105–112.
61. Checkoway B. Empowering the elderly: gerontological health promotion in Latin America. *Ageing and Society*, 1994, 14:75–95.
62. Sanders AB. Care of the elderly in emergency departments: conclusions and recommendations. *Annals of Emergency Medicine*, 1992, 21:79–83.
63. Lachs MS, Pillemer KA. Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:437–443.

64. Jones JS. Geriatric abuse and neglect. In: Bosker G et al., eds. *Geriatric emergency medicine*. St Louis, MO, CV Mosby, 1990:533–542.
65. Elder mistreatment guidelines: detection, assessment and intervention. New York, NY, Mount Sinai/Victim Services Agency Elder Abuse Project, 1988.
66. Wolf RS. Elder abuse: mandatory reporting revisited. In: Cebik LE, Graber GC, Marsh FH, eds. *Violence, neglect, and the elderly*. Greenwich, CT, JAI Press, 1996:155–170.
67. Violence against elderly people. Strasbourg, Council of Europe, Steering Committee on Social Policy, 1991.

LUKU 6

SEKSUAALINEN VÄKIVALTA

Taustaa

Seksuaalista väkivaltaa esiintyy kaikkialla maailmassa. Useimmissa maissa sitä on tutkittu varsin vähän. Tulokset viittaavat kuitenkin siihen, että joissakin maissa miltei neljäsosa naisista kokee parisuhdeväkivaltaa ja että jopa kolmannes nuorista tytöistä joutuu oman ilmoituksensa mukaan pakotetuksi ensimmäiseen seksikokemukseensa.

Seksuaalisella väkivallalla on voimakas vaikutus fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Sen lisäksi, että se aiheuttaa fyysisiä vammoja, siihen liittyy monien seksuaali- ja raskausongelmien kasvanut riski sekä välittömine että pitkäaikaisine seurauksineen. Yhtä vakavia ja pitkäaikaisia saattavat olla mielenterveydelliset seuraukset. Seksuaalisen väkivallan jälkeiset kuolemantapaukset saattavat olla itsemurhan, hiv-infektion tai murhan aiheuttamia. Murhat tapahtuvat joko raiskauksen aikana tai jälkeinpäin ”kunniamurhina”. Seksuaalinen väkivalta voi vaikuttaa syvällisesti uhrien hyvinvointiin: he saattavat joutua perheensä ja yhteisönsä leimaamiksi ja hylkäämiksi.

Seksiin pakottaminen saattaa johtaa teon tekijän seksuaaliseen tyydyttymiseen, vaikka usein sen taustalla olevana motiivina on vallankäyttö: tekijä haluaa osoittaa hallitsevansa uhria. Usein miehet, jotka pakottavat vaimonsa seksiin, uskovat että heillä on siihen oikeus, koska he ovat naimisissa tämän kanssa.

Naisten ja miesten raiskaamista käytetään usein aseena sodassa, yhtenä viholliseen kohdistuvan hyökkäyksen muotona. Se toimii valloituksen ja naisten ja vangittujen miestaistelijoiden nöyryyttämisen symbolina. Sitä voidaan käyttää myös niiden naisten rankaisemiseen, jotka rikkovat esimerkiksi aviorikoksen tai juopumisen esiintymisen kieltävää sosiaalista tai moraalista normia. Naisia ja miehiä raiskataan myös poliisin suojissa ja vankilassa.

Vaikka seksuaalista väkivaltaa voidaan käyttää sekä miehiä että naisia vastaan, tässä luvussa keskitytään naisiin kohdistuvan seksuaalisen väkivallan muotoihin samoin kuin tyttöihin kohdistuvaan seksuaaliseen väkivaltaan, jossa syyllinen on muu henkilö kuin

huoltaja.

Miten seksuaalinen väki­valta määritellään?

Seksuaalista väki­valtaa on mikä tahansa seksuaalinen teko tai sen yritys, epätoivottu seksuaalinen huomautus tai ehdotus tai toimi, joka kohdistuu henkilön seksuaalisuuteen ja jossa käytetään pakottamista, tulipa se kenen henkilön taholta hyvänsä, tekijän ja uhrin välisestä suhteesta riippumatta ja tapahtuipa se missä yhteydessä tahansa, mukaan lukien koti ja työ.

Pakottamisen aste voi vaihdella suurestikin. Fyysisen voimankäytön ohella kyseessä voi olla psyykinen pelottelu, kiristys tai muu uhkailu, esimerkiksi uhkailu fyysisellä väki­vallalla, työstä erottamisella tai haetun työpaikan saamatta jäämisellä. Pakottamista voi esiintyä myös kun hyökkäyksen kohteena oleva henkilö on kykenemätön antamaan suostumustaan esimerkiksi juopumuksen, huumeiden vaikutuksen alaisena olemisen tai unitilan vuoksi tai koska hän on henkisesti kykenemätön ymmärtämään tilannetta.

Seksuaaliseen väki­valttaan sisältyy raiskaus, joka määritellään fyysisesti väkisin tehdyksi tai muuten tahdon vastaiseksi peniksen, muun ruumiinosan tai esineen avulla suoritetuksi vaikka kevyeksikin tunkeutumiseksi häpyyn tai peräaukkoon. Teon yritystä kutsutaan raiskauksen yritykseksi. Kahden tai useamman henkilön tekemää raiskausta kutsutaan joukkoraiskaukseksi.

Seksuaaliseen väki­valttaan voi sisältyä myös muunlaista pahoinpitelyä, joka kohdistuu sukuelimiin, esimerkiksi pakottaminen suun ja peniksen, hävyn tai peräaukon väliseen kontaktiin.

Seksuaalisen väki­vallan muodot ja esiintymistilanteet

Seksuaalisen väki­vallan muodot ovat moninaisia, samoin tilanteet, joissa sitä esiintyy. Näitä ovat esimerkiksi:

- raiskaus avioliitossa tai seurustelusuhteessa
- tuntemattoman henkilön suorittama raiskaus
- järjestelmällinen raiskaus aseellisen konfliktin aikana
- epätoivotut seksuaaliset ehdotukset tai seksuaalinen ahdistelu mukaan lukien seksin vaatiminen vastapalveluksi jostakin teosta
- henkisesti tai fyysisesti vammaisten ihmisten seksuaalinen hyväksikäyttö
- lasten seksuaalinen hyväksikäyttö
- avioliittoon tai yhdessä asumiseen pakottaminen, mukaan lukien lasten naittaminen
- ehkäisyn tai muun sukupuolitaudeilta suojautumistoimen käytön kieltäminen
- aborttiin pakottaminen
- naisen seksuaaliseen koskemattomuuteen kohdistuvat väki­vallanteot, mukaan lukien naisten sukuelinten silpominen ja väkisin suoritettu neitsyyden tarkistaminen
- prostituutioon pakottaminen ja seksuaaliseen hyväksikäyttöön tähtäävä ihmiskauppa.

Seksuaaliseen hyväksikäyttöön tähtäävälle ihmiskaupalle ei ole mitään yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Termillä ymmärretään ihmisten, yleensä naisten, järjestäytyneitä liikkumista maiden välillä tai maan sisällä seksityön tarpeisiin. Tähän kauppaan sisältyy myös maahanmuuttajan pakottaminen seksuaaliseen aktiin muuton sallimisen tai järjestämisen ehtona.

Seksuaalisessa ihmiskaupassa käytetään fyysisistä pakottamista, petosta ja pakkovelman kautta syntyvää sitoumusta. Usein naisille tai lapsille on luvattu kodinhoito- tai palvelu-

työtä, mutta sen sijaan heidän viedään bordelleihin, joissa heidän passinsa ja muut henkilöpaperinsa takavarikoidaan. Heitä saatetaan hakata tai heidät saatetaan lukita huoneeseen luvaten vapauttaa heidät vasta, kun he ovat ansainneet prostituutiolla ostohintansa ja matka- ja viisumikulunsa.

Ongelman laajuus

Käytettävissä olevat tietolähteet

Seksuaalista väkivaltaa koskevat tiedot ovat yleensä peräisin poliisilta, terveydenhoidon yksiköistä, kansalaisjärjestöistä ja tutkimuksista. Näiden lähteiden ja ongelman globaalin laajuuden välistä yhteyttä voidaan kuvata vedessä kelluvalla jäävuorella (ks. kuvio 6.1). Pieni näkyvä huippu edustaa poliisille ilmoitettuja tapauksia. Tutkimuksin ja kansalaisjärjestöjen työn kautta saadaan valaistusta tätä laajempaan kerrokseen. Pinnan alle jää vielä ongelmasta valtava osa, jonka laajuutta ei voida edes määritellä.

Seksuaalinen väkivalta on kaiken kaikkiaan laiminlyöty tutkimuskohde. Saatavissa olevat tiedot ovat niukkoja ja hajanaisia. Esimerkiksi poliisin tilastot ovat usein epätodellisia. Monet naiset jättävät ilmoituksen tekemättä, koska he ovat häpeissään tai pelkäävät, että heitä moititaan, ei uskota tai kohdellaan muuten huonosti. Oikeuslääketieteen klinikoiden tilastot saattavat toisaalta vääristää tilannetta sikäli, että niissä korostuvat väkivaltaisimmat tapaukset. Niiden naisten osuus, jotka hakeutuvat lääkäriin hoitoon seksuaalisen väkivallan aiheuttamien välittömien ongelmien vuoksi, on lisäksi suhteellisen pieni.

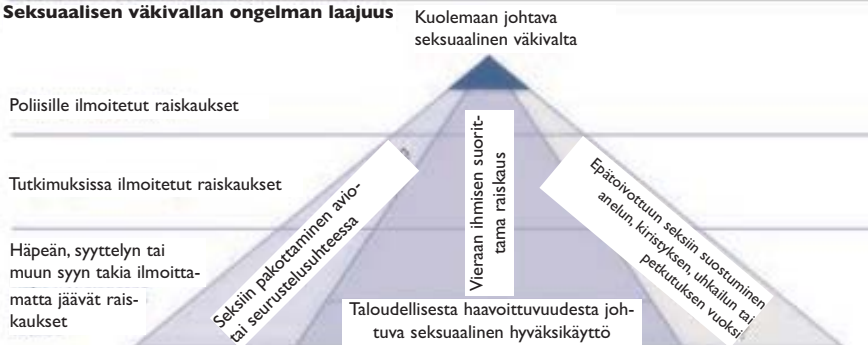
Ilmiön laajuuden mittaamisessa viime vuosikymmeninä tapahtuneesta edistymisestä huolimatta eri tutkimuksissa käytetyt määritelmät ovat vaihdelleet huomattavasti. Eri kulttuureissa on myös merkittäviä eroja sen suhteen, miten avoimesti seksuaalisesta väkivallasta kerrotaan tutkijoille. Seksuaalisen väkivallan esiintyvyyttä eri puolilla maailmaa vertailtaessa on siksi oltava varovainen.

Arvioita seksuaalisen väkivallan esiintyvyydestä

Rikosuhritutkimuksia on tehty monissa kaupungeissa ja maissa samaa metodologiaa käyttäen, mikä helpottaa niiden vertailtavuutta. Niihin on yleensä sisältynyt kysymyksiä seksuaalisesta väkivallasta. Taulukossa 6.1 on esitetty yhteenveto joistakin tutkimuksista, joissa on tarkasteltu seksuaalisen väkivallan esiintyvyyttä viimeksi kuluneiden viiden

Kuvio 6.1

Seksuaalisen väkivallan ongelman laajuus



Taulukko 6.1

16 vuotta täyttäneiden naisten prosentuaalinen osuus, jotka ovat oman ilmoituksensa mukaan joutuneet seksuaalisen väkivallan uhriksi edeltävän viiden vuoden kuluessa vuosina 1992-1997

Valtio	Tutkimusväestö	Vuosi	Otoksen koko	Raiskattujen 16 v.täyttäneiden naisten osuus (%)
<u>Afrikka</u>				
Botswana	Gaborone	1997	644	0,8
Egypti	Kairo	1992	1000	3,1
Etelä-Afrikka	Johannesburg	1996	1006	2,3
Tunisia	Suur-Tunis	1993	1087	1,9
Uganda	Kampala	1996	1197	4,5
Zimbabwe	Harare	1996	1006	2,2
<u>Latinalainen Amerikka</u>				
Argentiina	Buenos Aires	1996	1000	5,8
Bolivia	La Paz	1996	999	1,4
Brasilia	Rio de Janeiro	1996	1000	8,0
Costa Rica	San José	1996	1000	4,3
Kolumbia	Bogotá	1997	1000	5,0
Paraguay	Asunción	1996	587	2,7
<u>Aasia</u>				
Filippiinit	Manila	1996	1500	0,3
Indonesia	Jakarta ja Surabaya	1996	1400	2,7
Intia	Bombay	1996	1200	1,9
Kiina	Peking	1994	2000	1,6
<u>Itä-Eurooppa</u>				
Albania	Tirana	1996	1200	6,0
Liettua	Diailiai, Kaunas, Klaipeda, Panevezys, Vilna	1997	1000	4,8
Mongolia	Ulan Bator, Zuunmord	1996	1201	3,1
Unkari	Budapest	1996	756	2,0

vuoden aikana. Näiden tutkimusten mukaan niiden naisten osuus, jotka ovat ilmoittaneet joutuneensa seksuaalisen väkivallan uhriksi, vaihtelee alle kahdesta prosentista (Bolivian La Paz 1,4%, Botswanan Gaborone 0,8%, Kiinan Peking 1,6% ja Filippiinien Manila 0,3%) yli viiteen prosenttiin (Albanian Tirana 6,0%, Argentiinan Buenos Aires 5,8%, Brasilian Rio de Janeiro 8,0% ja Kolumbian Bogota 5,0%). On huomattava, että näissä luvuissa ei ole eroteltu sitä, onko raiskauksen suorittaja oma kumppani vai tuntematon henkilö. Tutkimuksissa, joissa ei eritellä raiskauksen suorittajia tai joissa tarkastellaan vain vieraiden henkilöiden suorittamia raiskauksia, aliarvioidaan tavallisesti huomattavasti seksuaalisen väkivallan esiintyvyyttä.

Rikosoikeudellisten tutkimusten lisäksi on tehty pieni määrä tutkimuksia, joissa on käytetty edustavia otoksia ja kysytty naisilta seksuaalisesta väkivallasta. Esimerkiksi Yhdysvalloissa tehdyssä kansallisessa tutkimuksessa 14,8% yli 17-vuotiaista naisista ilmoitti tulleeksi raiskatuksi joskus elämänsä aikana (lisäksi 2,8% naisista oli kokenut raiskauserityksen). 0,3% ilmoitti tulleensa raiskatuksi viimeksi kuluneen vuoden aikana. Kolmessa Etelä-Afrikan maakunnassa tehdyssä 18-49-vuotiaisiin naisiin kohdistuneessa

Taulukko 6.2

Parisuhdeväkivallan kohteeksi oman ilmoituksensa mukaan joutuneiden aikuisten naisten prosentuaalinen osuus, valikoidut väestötutkimukset, v. 1989-2000

Valtio	Tutkimusväestö	Vuosi	Otoksen koko	Viimeksi kuluneen vuoden aikana seksuaalista väkivaltaa kokeneiden osuus		
				Raiskauksen yritys tai raiskaus (%)	Raiskauksen yritys (%)	Raiskaus (%)
Brasilia ^a	Sao Paulo	2000	941 ^a	2,8	10,1	
	Pernambucco	2000	1 188 ^a	5,6	14,3	
Chile	Santiago	1997	310	9,1		
Indonesia	Keski-Jaava	1999-2000	765	13,0		22,0
Iso-Britannia	Englanti, Skotlanti ja Wales	1989	1 007			14,2 ^d
	Pohjois-Lontoo	1993	430	6,0 ^b	23,0 ^b	
Japania	Yokohama	2000	1 287 ^a	1,3	6,2	
Kanada	Koko maa	1993	12 300		8,0	
Länsiranta ja Palestiinalais-väestö	Gaza	1995	2 410	27,0		
	Palestiinalais-väestö					
Meksiko	Durango	1996	384		42,0	
	Guadalajara	1996	650	15,0	23,0	
Nicaragua	León	1993	360		21,7	
	Managua	1997	378	17,7		
Perua	Lima	2000	1 086 ^a	7,1	22,5	
Puerto Rico	Koko maa	1993-1996	7 079			5,7 ^b
Ruotsi	Teg, Uumaja	1991	251		7,5 ^c	
Suomi	Koko maa	1997-1998	7 051	2,5	5,9	
Sveitsi	Koko maa	1994-1995	1 500		11,6	
Thaimaa	Bangkok	2000	1 051 ^a	17,1	29,9	
Turkki	Itä- ja Kaakkois-Anatolia	1998	599			51,9 ^b
Yhdysvallat	Koko maa	1995-1996	8 000	0,2 ^b	7,7 ^b	
Zimbabwe	Midlandsin provinssi	1996	966		25,0	

a Perustuu WHO:n naisten terveyttä ja perheväkivaltaa koskevan tutkimuksen alustaviin tuloksiin vuodelta 2000. Otoksen koko viittaa väkivallan esiintyvyyteen eikä koko tutkimuksen otokseen.

b Otos sisälsi naisia, jotka eivät olleet koskaan olleet parisuhteessa eikä heillä siis ollut parisuhdeväkivaltariskiä.

c Tekijöiksi ilmoitettiin aviomies, poikaystävä tai tuttava.

d Painotettu arvio; ei-painotettu esiintyvyyttä oli 13,9%.

tutkimuksessa todettiin, että viimeksi kuluneen vuoden aikana 1,3% naisista oli pakotettu tahdonvastaiseen seksiin fyysisen väkivallan tai sanallisen uhkailun avulla. Tshekin tasavallassa tehdyssä väestötutkimuksessa 11,6% yli 15-vuotiaista naisista ilmoitti tulleen jossakin pakotetuksi seksuaaliseen kontaktiin. 3,4% ilmoitti kertoja olleen enemmän kuin yksi. Yleisin kontaktin muoto oli pakotus vaginaaliseen yhdyntään.

Parisuhdeväkivalta

Monissa maissa huomattava osa naisista, jotka kokevat fyysistä väkivaltaa, kokee myös seksuaalista hyväksikäyttöä. Meksikossa ja Yhdysvalloissa tehdyissä tutkimuksissa on arvioitu 40-52 prosentin kumppaninsa pahoinpitelemistä naisista joutuneen myös seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi. Joskus seksuaalista väkivaltaa esiintyy ilman fyysisiä

väkipalvaa. Intian Uttar Pradeshin osavaltiossa yli 6 000 miehen edustavasta otoksesta 7% ilmoitti käyttäneensä vaimoan kohtaan seksuaalista ja fyysistä väkipalvaa, 22% seksuaalista väkipalvaa ilman fyysistä väkipalvaa ja 17 % pelkäänsä fyysistä väkipalvaa.

Taulukossa 6.2 esitetään yhteenveto muutamista saatavilla olevista tiedoista, jotka koskevat kumppanin harjoittaman seksuaalisen pakottamisen esiintyvyyttä. Näiden tutkimusten tulokset osoittavat, että parisuhdeväkipalva ei ole harvinaista eikä rajoitu millekään maantieteelliselle alueelle. Esimerkiksi 23% pohjoisilontoolaisista naisista ilmoitti joutuneensa joskus kumppaninsa raiskauksen tai raiskausyrityksen kohteeksi. Samansuuruisia lukuja on saatu Guadalajarasta Meksikosta (23,0%), Leónista Nicaraguasta (21,7%), Limasta Perusta (22,5%) ja Midlandsin provinssista Zimbabwesta (25,0%). Parisuhdeväkipalvaa joskus kokeneiden naisten määrää on arvioitu myös joissakin kansallisissa väestötutkimuksissa. Esimerkkeinä mainittakoon Kanada (8,0%), Englanti, Wales ja Skotlanti (yhdessä 14,2%), Suomi (5,9%), Sveitsi (11,6%) ja Yhdysvallat (7,7%).

Pakottaminen ensimmäisen seksikokemuksen yhteydessä

Yhä uusissa tutkimuksissa erityisesti Saharan eteläpuolisessa Afrikassa on todettu, että tyttöjen ensimmäinen seksikokemus on usein vastoin heidän tahtoaan toteutettu. Esimerkiksi Etelä-Afrikan Kapkaupungissa tehdyn tapausverrokkitutkimuksen mukaan äitiysneuvolassa käyneistä 191 nuoresta työstä (keski-ikä 16,3 vuotta) 31,9 % ja kontrolliryhmän 353 samanikäisestä ja samalla asuinalueella asuvasta tai samaa koulua käyväästä ei-raskaana olevasta työstä 18,1% ilmoitti, että heidän ensimmäisen seksuaalisen kokemuksensa aikana oli käytetty väkipalvaa. Kysyttäessä seksistä kieltäytymisen seurauksista 77,9% tutkimusryhmästä ja 72,1% vertailuryhmästä kertoi pelkäävänsä hakatuksi tulemista, jos he kieltäytyisivät.

Pakottaminen ensimmäisen seksikokemuksen yhteydessä ja nuoruudessa on tullut ilmi monissa nuoriin naisiin ja miehiin kohdistuneissa tutkimuksissa (ks. taulukko 6.3 ja laatikko 6.1). Kun otos on sisältänyt sekä miehiä että naisia, ilmoitettujen raiskausten tai seksuaalisen pakottamisen esiintyvyys on ollut suurempi naisilla kuin miehillä. Esimerkiksi useassa Karibian alueen maassa lähes puolet seksuaalisesti aktiivisista naisista ilmoitti, että heidän ensimmäinen yhdyntänsä oli ollut tahdonvastainen. Miehillä vastaava osuus oli yksi kolmasosa. Perun Limassa nuorten naisten osuus oli lähes nelinkertainen (40%) verrattuna nuoriin miehiin (11%).

Joukkoraiskaus

Kahden tai useamman tekijän suorittama raiskaus on yleistä monissa osissa maailmaa. Systemaattista tietoa ongelman laajuudesta on kuitenkin hyvin niukasti. Johannesburgissa Etelä-Afrikassa tehdyssä oikeuslääketieteen klinikalla raiskauksen jälkeen käyneiden naisten seurantatutkimuksessa todettiin kolmasosan tapauksista olleen joukkoraiskauksia. Yhdysvaltojen kansalliset tiedot paljastavat, että noin yhdessä kymmenestä raiskauksesta tekijöitä on useampia. Useimmissa näistä tekijät ovat uhrille tuntemattomia henkilöitä. Tämä käyttäytymismalli poikkeaa Etelä-Afrikasta, jossa poikaistävät sekaantuvat usein joukkoraiskauksiin.

Seksuaalinen ihmiskauppa

Joka vuosi satojatuhansia naisia ja tyttöjä myydään ja ostetaan eri puolilla maailmaa prostituoiduiksi tai seksiorjiksi. Kirgisiassa tehdyssä tutkimuksessa arvioitiin, että maasta kuljetettiin vuonna 1999 noin 4 000 ihmistä. Suurin osa heistä vietiin Kiinaan, Saksaan,

Taulukko 6.3

Ensimmäiseen yhdyntään pakotettujen nuorten osuus, valikoituiden väestötutkimukset, v. 1993-1999

Valtio tai alue	Tutkimusväestö	Vuosi	Otos			Ensimmäiseen yhdyntään oman ilmoituksensa mukaan pakotettujen osuus (%)	
			Koko ^a	Ikäryhmä	Naiset	Miehet	
Etelä-Afrikka	Transkei	1994-95	1 975	15-18	28,4	6,4	
Ghana	3 kaupunkia	1996	750	12-24	21,0	5,0	
Kamerun	Bamenda	1995	646	12-25	37,3	29,9	
Karibia	9 valtiota ^b	1997-98	15 695	10-18	47,6 ^c	31,9 ^c	
Mosambik Maputo	1999	1 659	13-18	18,8	6,7		
Peru	Lima	1995	611	16-17	40,0	11,0	
Tansania	Mwanza	1996	892	12-19	29,1	6,9	
Uusi Seelanti	Dunedin	1993-94	935	syntymä-kohortti ^d	7,0	0,2	
Yhdysvallat	Koko maa 1995	2 042	15-24	9,1	-		

a Tutkittujen nuorten yhteismäärä. Osuudet laskettu niistä, joilla on ollut seksuaalista kanssakäymistä.

b Antigua, Bahama, Barbados, Brittiläiset Neitsytsaaret, Dominica, Grenada, Guayana, Jamaika ja Saint Lucia.

c Niiden nuorten osuus, jotka ilmoittivat ensimmäisen yhdynnän olleen tahdonvastainen tai "jossain määrin" tahdonvastainen.

d Pitkittäistutkimus vuonna 1972-1973 syntyneiden kohortista. Henkilöiltä kysyttiin 18 vuoden ja 21 vuoden iässä heidän nykyisestä ja aikaisemmasta seksuaalisesta käyttäytymisestään.

Kazakstaniin, Venäjälle, Turkkiin ja Yhdistyneisiin Arabiemiraatteihin. Kaupatuista ihmisistä 62% ilmoitti, että heidät oli pakotettu tekemään työtä ilman palkkaa ja 50% ilmoitti joutuneensa työnantajansa fyysisen pahoinpitelyn tai kidutuksen uhriksi. Kidutuksen vastainen järjestö World Organisation against Torture (OMTC) arvioi raportissaan, että vuosina 1990-1997 kaupattiin yli 200 000 bangladeshilaista naista. Noin 5 000 – 7 000 nepalilaista naista ja lasta myydään laittomasti Intiaan joka vuosi. Niin ikään on tietoja thaimaalaisten naisten myynnistä Japaniin. Joissakin maissa tapahtuu myös naisten myyntiä maan sisällä, yleensä maaseudulta kaupunkeihin.

Myös Pohjois-Amerikka on tärkeä kansainvälisen ihmiskaupan määränpäämaa. Yhdysvaltain tiedustelupalvelun CIA:n tekemän selvityksen mukaan Yhdysvaltoihin kaupataan vuosittain noin 45 000 – 50 000 naista ja lasta. Maan oikeusministeriö nosti vuosina 1996 – 1999 syytteen 150 tapauksessa. Ongelma esiintyy myös Euroopassa. Kansainvälinen siirtolaisuusjärjestö IOM arvioi, että Belgian tunnetusta 2 000 ulkomaisesta prostituoidusta 10-15% on myyty sinne ulkomailta vasten tahtoaan. Italian 19 000 – 25 000 ulkomaiseen prostituoituun kohdistuneessa tutkimuksessa arvioitiin, että heistä noin 2 000 oli ihmiskauppiaiden maahantuomia. Useimmat näistä naisista olivat alle 25-vuotiaita, monet 15-18-vuotiaita. Suurin osa oli kotoisin Keski- ja Itä-Euroopasta, erityisesti Albaniasta. Joukossa oli myös paljon kolumbialaisia, nigerialaisia ja perulaisia.

Seksityöläisiin kohdistuva seksuaalinen väkivalta

Niin kaupatuilla kuin muillakin seksityöläisillä on suuri riski joutua kokemaan sekä fyysistä että seksuaalista väkivaltaa erityisesti maissa, joissa seksityö on laitonta. Leedsissä Englannissa ja Glasgowssa ja Edinburghissa Skotlannissa tehty naispuolisiin seksityöntekijöihin kohdistunut tutkimus osoitti, että asiakas oli läimäissyt, lyönyt nyrkillä tai potkaissut 30%:a heistä, 13%:a oli hakattu, 11% oli raiskattu ja 22% oli kokenut raiskausyrityksen. Vain 34% väkivaltaa kärsineistä oli tehnyt ilmoituksen poliisille. Bangladeshilaisen tutkimuksen mukaan 49% seksityötä tekevästä naisista oli joutunut

Laatikko 6.1

Miehiin ja poikiin kohdistuva seksuaalinen väkivalta

Miehiin ja poikiin kohdistuva seksuaalinen väkivalta on merkittävä ongelma. Lasten hyväksikäyttöä lukuun ottamatta se on kuitenkin suurelta osin laiminlyöty tutkimuskohde.

Raiskauksia ja muita miehiin ja poikiin kohdistuvia seksuaalisen pakottamisen muotoja esiintyy kuitenkin monissa ympäristöissä: kodeissa, työpaikoilla, kouluissa, kaduilla, armeijassa ja sodan aikana, vankiloissa ja poliisin suojsissa.

Vankien keskinäinen seksiin pakottaminen saattaa olla tapa vakiinnuttaa hierarkian mukainen kunnioitus ja kuri. Monissa maissa esiintyy myös yleisesti vankilavirkailijoiden, poliisien ja sotilaiden harjoittamaa seksuaalista väkivaltaa. Se saattaa ilmetä vankien pakottamisena seksiin keskenään ikään kuin ”huvitukseksi” tai upseerien ja päällikkövirkamiesten hyväksikäyttönä. Toisaalta seksiä miesten kanssa harjoittavia miehiä saatetaan ”rangaista” raiskaamalla käyttäytymisestä, jonka katsotaan rikkovan sosiaalisia normeja.

Ongelman laajuus

Lähinnä teollisuusmaissa tehdyt tutkimukset osoittavat, että 5-10% miehistä ilmoittaa tulleet lapsena seksuaalisesti hyväksikäytetyiksi. Kehitysmaissa on tehty joitakin nuoriin kohdistuvia väestötutkimuksia, joissa seksuaalisen väkivallan uhriksi oman ilmoituksensa mukaan joutuneiden miesten määrä on vaihdellut Namibian 3,6%:sta ja Tansanian 13,4%:sta Perun 20%:iin. Sekä teollisuus- että kehitysmaissa tehdyt tutkimukset osoittavat myös, että ensimmäiseen yhdyntään pakottaminen ei ole harvinaista. Valitettavasti kouluissa, vankiloissa ja pakolaisleireillä raiskattujen poikien ja miesten määrästä on vähän luotettavia tilastoja. Useimmat asiantuntijat uskovat, että viralliset tilastot aliarvioivat suuresti raiskausten miespuolisten uhrien määrää. Saatavilla oleva näyttö viittaa siihen, että miehet saattavat olla naisiaikin haluttomampia tekemään tapauksesta ilmoitusta poliisille. Se johtuu useista syistä: häpeästä, syyllisyydestä, pelosta ettei tule uskotuksi tai että tulee itse syytetyksi. Myytit ja miesten seksuaalisuuteen liittyvät voimakkaat ennakkoluulot estävät myös miehiä astumasta esiin.

Seksuaalisen väkivallan seuraukset

Tutkimukset viittaavat siihen, että miesuhrin aivan samoin kuin naisetkin kärsivät todennäköisesti monenlaisista psyykkisistä seurauksista sekä välittömästi tapauksen jälkeen että pitkän ajan kuluessa. Näitä seurauksia ovat syyllisyys, viha, ahdistus, masennus, posttraumaattinen stressihäiriö, seksuaaliset häiriöt, somaattiset vaivat, inihäiriöt, vetäytyneisyys ihmissuhteissa ja itsemurhayritykset. Nuoriin miehiin kohdistuneissa tutkimuksissa on todettu myös yhteys raiskauksen ja päihteiden käytön, väkivaltaisen käyttäytymisen, varastelun ja koulupinnausten välillä.

Ehkäiseminen ja puuttuminen

Miehiin kohdistuvaan seksuaaliseen väkivaltaan puuttumisen ja sen ehkäisemisen on perustuttava ongelman, sen syiden ja tapahtumayhteyksien ymmärtämiseen. Monissa maissa ilmiötä ei ole otettu riittävästi huomioon lainsäädännössä. Miehen raiskausta ei usein myöskään käsitellä yhtä vakavana rikoksena kuin naisen raiskausta.

Miesten tukemisessa huomioon otettavat seikat ovat suurelta osin samat kuin raiskattujen naisten osalta: tervehtymisprosessin ymmärtäminen, heti raiskauksen jälkeen tehtävät kiireelliset toimenpiteet, tukipalvelujen tehokkuus. Joissakin maissa on edistytty miesten tuke-

misessa; on perustettu auttavia puhelimia, tarjotaan uhreille neuvontaa ja järjestetään tukiryhmiä ja muita palveluja. Monin paikoin palvelut kuitenkin puuttuvat joko kokonaan tai ovat hyvin vähäisiä. Usein keskitytään pelkästään naisiin, ja miesuhrien kanssa keskustelemaan tottuneet neuvojat ovat harvinaisia.

Useimmissa maissa on vielä pitkä matka siihen, että miehiin ja poikiin kohdistuvan seksuaalisen väkivallan ongelma tunnustetaan kunnolla ja siitä ryhdytään keskustelemaan ilman häpeää ja vähättelyä. Sellainen kehitys on kuitenkin tarpeen, jotta voidaan ryhtyä kattavammin ehkäisemään ongelmaa ja tukemaan uhreja paremmin.

poliisin raiskaamiksi ja 59% poliisin hakkaamiksi viimeksi kuluneen vuoden aikana; miesten osalta väkivaltaluvut olivat paljon pienempiä. Myös Etiopiassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin asiakkaiden käyttävän fyysistä ja seksuaalista väkivaltaa yleisesti erityisesti lapsityöläisiä kohtaan.

Seksuaalinen väkivalta oppilaitoksissa, terveydenhuollossa, aseellisten konfliktien yhteydessä ja pakolaisleireillä

Koulut

Monet nuoret naiset kokevat seksuaalista pakottamista ja ahdistelua nimenomaan koulussa. Yksi ääriesimerkki on Merusta Keniasta vuodelta 1991: luokkatoverit raiskasivat 71 teini-ikäistä tyttöä ja tappoivat 19 tyttöä sisäoppilaitoksessa. Tämän tyyppistä väkivaltaa on tutkittu paljon juuri Afrikassa. Epäselvää on, kuvastaako se suurempaa esiintyvyyttä vai pelkästään sitä, että ongelma on Afrikassa näkyvämpi kuin muualla maailmassa.

Poikien tyttöihin kohdistama seksuaalinen ahdistelu on mitä todennäköisimmin maailmanlaajuinen ongelma. Esimerkiksi Kanadassa 23% tytöistä oli kokenut seksuaalista ahdistelua koulussa. Afrikassa tehdyssä tutkimuksessa on kuitenkin korostunut opettajien osuus seksuaalisen pakottamisen sallimisesta tai siihen syöllistymisestä. Africa Rights kertoo raportissaan tapauksista, joissa opettaja yritti saada seksiä vastapalveluna hyvistä arvosanoista tai siitä, ettei reuttanut oppilaita. Tapauksia oli todettu Etelä-Afrikassa, Ghanassa, Kongon demokraattisessa tasavallassa, Nigeriassa, Sambiassa, Somaliassa, Sudanissa ja Zimbabwessa. Äskettäin Etelä-Afrikassa tehdyssä valtakunnallisessa survey-tutkimuksessa, joka sisälsi kysymyksiä raiskauskokemuksista ennen 15 vuoden ikää, todettiin, että opettajat olivat vastuussa 32%:sta paljastuneista lasten raiskauksista. Zimbabwessa tehdyssä takautuvassa kahdeksan vuoden ajanjaksona (1990-1997) ilmoitettuja lasten seksuaalisen hyväksikäytön tapauksia tarkastelleessa tutkimuksessa havaittiin, että tekijöistä muodostivat suuren ryhmän maaseudun ala-asteen koulujen opettajat. Monet uhreista olivat 11-13-vuotiaita tyttöjä. Yleisin seksuaalisen hyväksikäytön tyyppi oli väkisinmakaaminen.

Terveydenhoitolaitokset

Potilaisiin terveydenhoitolaitoksissa kohdistuvasta seksuaalisesta väkivallasta on tietoa ja monista maista. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa, joka kohdistui seksuaalirikoksista rangaistuksen saaneisiin lääkäreihin todettiin tapausten määrän lisääntyneen vuosina 1989 - 1996 42:sta 147:ään. Kaikista lääkäreihin kohdistetuista kurinpidollisista toimista niiden tapausten osuus, joissa oli kyse seksuaalisesta väkivallasta, lisääntyi 2,1%:sta

4,4%:iin. Tämä kasvu saattaa kuitenkin kuvastaa myös suurempaa alttiutta valitusten tekoon.

Muita dokumentoituja naispuolisiin potilaisiin kohdistuvia seksuaalisen väkivallan muotoja ovat terveydenhoitohenkilöstön osallistuminen klitoriksen silpomisen suorittamiseen Egyptissä, väkisin tehdyt gynekologiset tutkimukset ja pakkoabortin uhka Kiinassa sekä neitsyyden tarkastukset Turkissa. Seksuaalinen väkivalta on osa laajempaa naispotilaisiin kohdistuvan väkivallan ongelmaa, josta on tietoja monista maista ja joka viime aikoihin asti on jäänyt hyvin vähälle huomiolle. Niin ikään on raportoitu mieslääkäreiden naishoitajiin kohdistamasta seksuaalisesta ahdistelusta.

Aseelliset konfliktit ja pakolaisuus

Raiskaus on monissa sodissa käytetty strategia, aina toisen maailmansodan ajan Koreasta Bangladeshin itsenäisyysotaan. Sitä on käytetty monissa aseellisissa konflikteissa, esimerkiksi Algeriassa, Intiassa (Kashmirissa), Indonesiassa, Liberiassa, Ruandassa ja Ugandassa. Joskus, esimerkiksi Ruandassa ja entisen Jugoslavian valtioissa raiskaukset ovat olleet tietoisesti valittu strategia, jolla on pyritty yhteisöllisten siteiden tuhoamiseen ja sitä kautta vihollisen heikentämiseen. Raiskauksia on käytetty myös ”etnisen puhdistuksen” välineenä. Itä-Timorissa kerrottiin Indonesian armeijan laajasta naisiin kohdistuneesta seksuaalisesta väkivallasta.

Monroviassa Liberiassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että raiskausyrityksen ja seksuaalista pakottamista oli konfliktin aikana kokenut oman ilmoituksensa mukaan alle 25-vuotiaista naisista suurempi osa kuin sitä vanhemmista (osuudet olivat 18% ja 4%). Erityisen suuri riski oli niillä naisilla, jotka pakotettiin laittamaan ruokaa sotiville joukoille.

Yhtenä aseellisten konfliktien väistämättömänä seurauksena on myös taloudellinen ja sosiaalinen hajaannus, joka voi pakottaa suuren joukon ihmisiä prostituutioon. Tämä havainto pätee myös pakolaisten tilanteeseen riippumatta siitä, pakenevatko he aseellisia konflikteja vai tulvia, maanjäristyksiä, voimakkaita myrskyjä tai muita luonnonmullistuksia.

Konflikteja ja muita uhkaavia tilanteita pakenevat kohtaavat uudessa asuinpaikassaan suuren raiskatuksi tulemisen riskin. YK:n pakolaiskomissaarin toimiston mukaan esimerkiksi Vietnamin 1970-luvun lopun ja 1980-luvun alun naispuolisista venepakolaisista 39% joutui merirosvojen ryöstämiksi tai raiskaamiksi merimatkan aikana. Tämäkin luku on todennäköisesti liian pieni. Samoin monilla pakolaisleireillä, esimerkiksi Keniassa ja Tansaniassa, raiskausten on todettu olevan suuri ongelma.

Seksuaalisen väkivallan ”tavanomaisia muotoja”

Lapsiavioliitot

Avioliittoa käytetään usein legitimoimaan erilaisia naisiin kohdistuvan seksuaalisen väkivallan muotoja. Tapa näyttää pienet lapset, erityisesti tytöt, on käytössä eri puolilla maailmaa. Tämä käytäntö, joka on monissa maissa laillinen, on yksi seksuaalisen väkivallan muoto, koska kyseisillä lapsilla ei ole mahdollisuutta antaa tai pidättää suostumustaan. Suurin osa heistä tietää hyvin vähän tai ei mitään seksiä ennen kuin menevät naimisiin. He pelkäävätkin usein seksiä, ja heidän ensimmäisissä yhdynnöissään käytetään pakkoa.

Lasten naittaminen on yleisintä Afrikassa ja Etelä-Aasiassa, joskin sitä esiintyy myös Lähi-idässä ja Itä-Euroopassa. Etiopiassa ja osissa Länsi-Afrikkaa eivät 7-8-vuotiaiden

lasten avioliitot ole epätavallisia. Nigeriassa solmitaan ensimmäinen avioliitto keskimäärin 17 vuoden iässä, mutta pohjoisnigerialaisessa Kebbin osavaltiossa keskimääräinen ensimmäisen avioliiton solmimiskä on juuri ja juuri 11 vuotta. Lapsiavioliitot ovat yleisiä myös Kongon demokraattisessa tasavallassa, Malissa, Nigerissä ja Ugandassa.

Etelä-Aasiassa lapsiavioliitot ovat erityisen tavallisia maaseudulla. Nepalissa ensimmäinen avioliitto solmitaan keskimäärin 19 vuoden iässä. Kuitenkin seitsemän prosenttia tytöistä menee naimisiin 10-vuotiaina ja 40% 15-vuotiaina. Intiassa naisten keskimääräinen ensimmäisen avioliiton solmimiskä on 16,4 vuotta. Intian Rajasthanin osavaltiossa tehdyssä 5 000 naisen survey-tutkimuksessa havaittiin, että 56% naisista oli mennyt naimisiin ennen 15 vuoden ikää, heistä 17% ennen kuin täyttivät 10 vuotta. Madhya Pradeshin osavaltiossa tehdyssä survey-tutkimuksessa havaittiin, että 14% tytöistä meni naimisiin 10-14-vuotiaina.

Muualta, esimerkiksi Latinalaisesta Amerikasta, on tietoja alhaisesta ensimmäisen avioliiton solmimiskästä esimerkiksi Guatemalasta, Hondurasista, Kuubasta, Meksikosta ja Paraguayasta. Pohjois-Amerikassa ja Länsi-Euroopassa alle 19-vuotiaat solmivat alle 5% avioliitoista (esimerkiksi Kanadassa, Iso-Britanniassa ja Sveitsissä 1%, Belgiassa ja Saksassa 2%, Espanjassa 3% ja Yhdysvalloissa 4%).

Muita väkivaltaa synnyttäviä tapoja ja perinteitä

Monissa maissa on lapsiavioliittojen lisäksi muitakin tapoja, jotka synnyttävät naisiin kohdistuvaa seksuaalista väkivaltaa. Zimbabwelaisen ngozi-tavan mukaan pyttö voidaan antaa korvauksena perheelle, johon kuuluvan miehen kuoleman tytön perheenjäsen on aiheuttanut. Puberteetti-ikään tultuaan tytön odotetaan olevan sukupuolisessa kanssakäymisessä kuolleen henkilön veljen tai isän kanssa ja tuottavan siten pojan kuolleen tilalle. Chimutsa mapfiwa on tapa, joka tarkoittaa sitä, että kun naimisissa oleva nainen kuolee, hänen sisarensa velvollisuus on korvata hänet.

Mitkä ovat seksuaalisen väkivallan riskitekijät?

Naisiin kohdistuvan seksuaalisen väkivallan selittämisen tekee monimutkaiseksi sen esiintymismuotojen ja -yhteyksien moninaisuus. Seksuaalinen väkivalta ja parisuhdeväkivalta ovat huomattavassa määrin päällekkäisiä, ja monet syyt ovat samanlaisia kuin luvussa 4 on kuvattu. Tietyt tekijät lisäävät seksiin pakotetuksi tulemisen vaaraa, tietyt tekijät lisäävät yksittäisen miehen riskiä syyllistyä seksiin pakottamiseen ja tietyt tekijät sosiaalisessa ympäristössä, esimerkiksi vertaisryhmät ja perhe, vaikuttavat raiskauksen todennäköisyyteen ja siihen reagointiin. Tutkimukset viittaavat siihen, että useilla tekijöillä on additiivinen vaikutus, niin että mitä useampia tekijöitä on läsnä, sitä suurempi seksuaalisen väkivallan todennäköisyys on. Tietyn tekijän merkitys voi olla erisuuruinen eri elämänvaiheissa.

Naisen haavoittuvuutta lisäävät tekijät

Yksi yleisimpiä seksuaalisen väkivallan muotoja kaikkialla maailmassa on parisuhdeväkivalta. Voidaankin päätellä, että suurin riskitekijä naiselle on, että hän on naimisissa tai avioliitossa. Muita seksuaalisen väkivallan riskiä lisääviä tekijöitä ovat:

- nuori ikä
- alkoholin ja huumeiden käyttö
- on tullut aikaisemmin raiskatuksi tai seksuaalisesti hyväksikäytetyksi

- naisella on useita seksikumppaneita
- tekee seksityötä
- koulutuksen saaminen ja taloudellisesti omavaraisesti tuleminen (ainakin parisuhdeväkivallan osalta)
- köyhyys.

Ikä

Nuorten naisten riskin tulla raiskatuksi on todettu olevan yleensä suurempi kuin vanhempien naisten. Chilen, Malesian, Meksikon, Papua Uusi Guinean, Perun ja Yhdysvaltojen oikeuslaitosten ja kriisikeskusten tietojen mukaan yhdestä kahteen kolmasosa seksuaalisen väkivallan uhreista on 15-vuotiaita tai sitä nuorempia. Osa seksuaalisen väkivallan muodoista liittyy läheisesti nuoreen ikään, erityisesti kouluissa esiintyvä väkivalta ja seksuaalista hyväksikäyttöä palveleva ihmiskauppa.

Alkoholin ja huumeiden käyttö

Alkoholin ja huumeiden käyttö lisää naisten haavoittuvuutta. Se heikentää kykyä tulkita vaaran signaaleja ja toimia tehokkaasti, jolloin kyky suojautua heikkenee. Alkoholin nauttiminen saattaa myös viedä naisen paikkoihin, joissa hänellä on suurempi todennäköisyys kohdata potentiaalinen väkivaltaisen teon tekijä.

Aikaisemmat raiskaus- tai seksuaalisen hyväksikäytön kokemukset

On jonkin verran näyttöä siitä, että lapsuus- tai nuoruusaikaiset raiskaus- tai seksuaalisen hyväksikäytön kokemukset liittyvät riskiin joutua uhriksi aikuisena. Yhdysvalloissa todettiin naiseen kohdistuvaa väkivaltaa tutkittaessa, että niiden naisten todennäköisyys tulla raiskatuksi aikuisina, jotka olivat joutuneet raiskauksen uhriksi alle 18-vuotiaana, oli suurempi kuin niiden, joita ei ollut raiskattu lapsena (prosenttiosuudet olivat 18,3 ja 8,7). Lapsuudenaikaisen seksuaalisen hyväksikäytön seuraukset saattavat ulottua muihinkin aikuisiän uhriksi joutumisen ongelmiin. Australialaisessa seksuaalisen hyväksikäytön pitkäaikaisvaikutuksia selvittäneessä tapaus-verrokkitutkimuksessa havaittiin merkitsevä yhteys lapsuudenaikaisen seksuaalisen hyväksikäytön sekä raiskatuksi tulemisen, seksuaalisten ja mielenterveysongelmien, perheväkivallan ja muiden avio-ongelmien välillä. Yhteys säilyi erilaisten perhetaustaan liittyvien ominaisuuksien vakioinnin jälkeen. Seuraukset olivat kielteisempiä niiden kohdalla, joiden kokemuksiin sisältyi myös väkisinmakaaminen kuin muun tyyppisestä pakottamisesta kärsineiden kohdalla.

Seksuaalikumppaneiden suuri määrä

Nuorilla naisilla, joilla on monta sukupuolikumppania, on suurempi seksuaalisen väkivallan riski. On kuitenkin epäselvää, onko kumppaneiden suurempi määrä väkivallan syy vai seuraus. Esimerkiksi Leónissa Nicaraguassa tehdyssä otantatutkimuksessa todettiin, että naisilla, jotka olivat lapsina tai nuorina kokeneet raiskauksen tai sen yrityksen, oli suuremmalla todennäköisyydellä aikuisina suuri määrä seksikumppaneita kuin naisilla jotka eivät olleet kokeneet seksuaalista väkivaltaa ollenkaan tai olivat kokeneet sitä lievemmissä muodossa. Samanlaisia tuloksia on saatu Norjassa ja Uudessa Seelannissa tehdyissä nuorten naisten pitkittäistutkimuksissa.

Koulutustaso

Naisten riski joutua seksuaalisen hyväksikäytön samoin kuin parisuhdeväkivallankin uhriksi suurenee, jos he ovat koulutettuja ja siten vahvempia. Naisilla, joilla ei ole koulu-

Taulukko 6.4

Tekijöitä, jotka lisäävät miehen riskiä syyllistyä raiskaukseen

Yksilölliset tekijät	Ihmissuhdetekijät	Yhteisölliset tekijät	Yhteiskunnalliset tekijät
<ul style="list-style-type: none"> • alkoholin ja huumeiden käyttö • pakonomaiset seksuaalifantasiat ja muut asenteet ja uskomukset • impulsiivinen ja asosiaalinen käytös • epäpersoonallisen seksin suosiminen • vihamielinen suhtautuminen naisiin • tullut lapsena seksuaalisesti hyväksikäytetyksi • todistanut lapsena perheväkivaltaa 	<ul style="list-style-type: none"> • kaveripiirissä seksuaalisesti aggressiivisia henkilöitä ja rikollisia • perheympäristölle ominaista fyysinen väkivalta ja resurssien niukuus • vahvan patriarkaalinen parisuhde tai perheympäristö • tunnetasolla puutteellisesti tukea antava perheympäristö • perheen kunniaa pidetään tärkeämpänä kuin uhrin terveyttä ja turvallisuutta 	<ul style="list-style-type: none"> • köyhyys, joka välittyy miehen identiteetin kriiseinä • työmahdollisuuksien puute • poliisin ja oikeuslaitoksen tuen puuttuminen • yhteisössä vallitseva seksuaalisen väkivallan hyväksyntä • seksuaaliseen väkivaltaan syyllistyneiden vähäiset yhteisölliset sanktiot 	<ul style="list-style-type: none"> • seksuaalista väkivaltaa tukevat yhteiskunnalliset normit • miehen ylemmyyttä ja seksuaalista oikeuksia tukevat yhteiskunnalliset normit • seksuaalista väkivaltaa koskevan lainsäädännön heikkous • sukupuolten tasa-arvoa koskevan lainsäädännön heikkous • korkea väkivaltarikollisuuden ja muiden väkivallan muotojen taso

tusta, on eteläafrikkalaisen tutkimuksen mukaan paljon pienempi todennäköisyys joutua kokemaan seksuaalista väkivaltaa kuin naisilla, joiden koulutustaso on korkea. Zimbabwelaiset työssä käyvät naiset joutuvat paljon todennäköisemmin miehensä pakotamiksi kuin ei-työssä käyvät. Todennäköinen selitys on se, että naisen suuremmat voimavarat merkitsevät suurempaa patriarkaalisten normien vastustusta, jolloin mies saattaa turvautua väkivaltaan saadakseen tilanteen taas hallintaansa. Naisen omien voimavarojen kasvun ja fyysisen väkivallan välinen suhde on nurin käännetty U-muoto: suuremmat voimavarat lisäävät riskiä tiettyyn tasoon asti, jolloin siitä alkaa tulla suojaava tekijä. Ei kuitenkaan tiedetä, pitääkö tämä paikkansa myös seksuaalisen väkivallan osalta.

Köyhyys

Köyhien naisten ja tyttöjen riski tulla raiskatuksi päivittäisiä tehtäviään suorittaessaan saattaa olla suurempi kuin paremmin toimeentulevien esimerkiksi silloin, kun he kävelevät yksin kotiin töistä myöhään illalla tai työskentelevät pellolla tai keräävät puita yksin. Köyhien naisten lapsia valvotaan kouluajan ulkopuolella usein huonommin, koska äidit ovat töissä eikä heillä ole varaa lastenhoitoon. Lapset saattavat itsekin olla töissä ja alttiina seksuaaliselle hyväksikäytölle.

Köyhyys pakottaa monia naisia ja tyttöjä ammatteihin, joissa seksuaalisen väkivallan riski on suuri. Erityisesti näin on seksityössä. Se aiheuttaa myös valtavan paineen löytää tai säilyttää työpaikka, harjoittaa yritystoimintaa tai saada opiskellessaan hyviä arvosanoja. Kaikki nämä seikat lisäävät heidän alttiuttaan joutua niiden ihmisten harjoittaman seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi, jotka voivat luvata heille kyseisiä asioita. Köyhillä naisilla on myös suurempi riski joutua kokemaan parisuhdeväkivaltaa, joka on yksi seksuaalisen väkivallan ilmenemismuoto.

Tekijät, jotka lisäävät miehen riskiä syyllistyä raiskaukseen

Väkivaltaisia miehiä koskevat tutkimusaineistot ovat vähäisiä ja niissä painottuvat voimakkaasti taparaiskaajat lukuun ottamatta Yhdysvaltoja, joissa on tehty myös miespuolisiin yliopisto-opiskelijoihin kohdistuvia tutkimuksia. Vaikka seksuaalisesti väkivaltaisesti käyttäytyvistä miehistä onkin vain vähän tietoa, näyttää siltä, että seksuaalista väkivaltaa esiintyy lähes kaikissa maissa (esiintyvyys tosin vaihtelee), kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä ja kaikissa ikäryhmissä aina lapsista alkaen. Seksuaalisesti väkivaltaisesti käyttäytyviä miehiä koskevat tiedot osoittavat, että suurin osa heistä suuntaa toimintansa naisiin, jotka he tuntevat entuudestaan. Miehen raiskaukseen syyllistymisen riskiä lisäävät tekijät liittyvät asenteisiin ja uskomuksiin sekä käyttäytymiseen, joka saa alkunsa sellaisista tilanteista ja sosiaalisista oloista, jotka antavat mahdollisuuksia hyväksikäytölle ja tukevat sitä.

Alkoholin ja huumeiden käyttö

Alkoholilla ja joillakin huumeilla, erityisesti kokaiinilla, on todettu olevan pidäkkeitä vähentävä vaikutus jonkin tyyppisen seksuaalisen väkivallan osalta. Alkoholin psykofarmakologinen vaikutus vähentää estoja, hämärtää arvostelukykä ja heikentää kykyä tulkita tilanteen kehitystä. Alkoholin ja väkivallan biologinen yhteys on kuitenkin monimutkainen. Alkoholinkäytön sosiaaliantropologiset tutkimukset viittaavat siihen, että väkivallan, juomisen ja juopumuksen väliset yhteydet ovat pikemminkin sosiaalisesti opittuja kuin universaaleja. Muutamien tutkijoiden havaintojen mukaan alkoholi toimii kulttuuri-sena ”vapaahetkenä”, joka antaa tilaisuuden käyttäytyä asosiaalisesti. Näin ollen miesten todennäköisyys käyttäytyä väkivaltaisesti juovuksissa ollessa lisääntyy, koska he arvelevat, ettei heitä pidetä vastuussa käytöksestään. Myös jotkin joukkoväkivallan muodot liittyvät juomiseen. Alkoholin nauttiminen on tällöin teko, joka ilmaisee ryhmään kuulumista ja vähentää estoja kollektiivisesti, jolloin yksilön harkinta väistyy ryhmän harkinnan tieltä.

Psykologiset tekijät

Viime aikoina on tutkittu paljon kognitiivisten muuttujien roolia raiskaukseen mahdollisesti johtavien tekijöiden joukossa. Seksuaalisesti väkivaltaisten miesten on osoitettu todennäköisemmin pitävän uhria vastuussa raiskauksesta ja tuntevan huonommin raiskauksen vaikutusta uhreihin. Nämä miehet saattavat tulkita väärin naisten sosiaalisissa tilanteissa antamia viestejä, ja heiltä saattaa puuttua pidike, joka estää seksin ja aggression yhdistämisen. Heillä on pakonomaisia seksifantasioita, joita vahvistetaan pornografialla, ja he ovat kaiken kaikkiaan vihamielisempiä naisia kohtaan kuin miehet, jotka eivät ole seksuaalisesti väkivaltaisia. Näiden tekijöiden ohella seksuaalisesti väkivaltaisten miesten uskotaan poikkeavan muista miehistä impulsiivisuuden ja asosiaalisten taipumusten suhteen. Heillä on myös usein liioiteltu maskuliinisuuden tunne.

Seksuaalinen väkiältä liittyy myös epäpersoonallisten seksuaalisuhteiden asettamiseen tunnetason sitoutumisen edelle, samoin kumppaneiden monilukuisuuteen ja taipumukseen puolustaa henkilökohtaisia oikeuksiaan toisten kustannuksella. Se liittyy myös sukupuolten vastakkaisuutta korostaviin asenteisiin, joiden mukaan naiset ovat vastustajia, jotka on haastettava ja valloittava.

Vertaisryhmä ja perhe

Joukkoraiskaukset

Muutamiin seksuaalisen väkivallan muotoihin, esimerkiksi joukkoraiskauksiin, syylistyvät valtaosin nuoret miehet. Seksuaalinen aggressio on usein miehuutta määrittelevä ominaisuus ryhmässä ja se liittyy olennaisesti toiveeseen saada arvostusta. Nuorten miesten seksuaalisesti aggressiivinen käytös on yhdistetty jengin jäsenyyteen ja siihen, että kaveripiiriin kuuluu nuorisorikollisia. Tutkimukset viittaavat myös siihen, että miehet, joiden kaveripiiriin kuuluu rikollisia, harjoittavat seksuaalista pakottamista myös jengin ulkopuolella enemmän kuin miehet, joilla ei ole seksuaalisesti aggressiivisia kavereita.

Joukkoraiskauksiin syyllistyvät ja joskus muutkin miehet pitävät niitä oikeutettuina siinä mielessä, että niiden ajatellaan hillitsevän tai rankaisevan ”epämoraalisesti” käyttäytyviä naisia, jotka esimerkiksi käyttävät lyhyitä hameita tai käyvät usein kapakoissa. Tämän vuoksi tekijät eivät aina rinnasta tekoa rikokseen. Useilla alueilla Papua Uudessa Guineassa naisia voidaan rangaista julkisella joukkoraiskauksella, joka on usein yhteisön vanhimpien määräämä rangaistus.

Varhaislapsuuden kasvuympäristö

On näyttöä siitä, että seksuaalinen väkivalta, erityisesti lasten seksuaalinen hyväksikäyttö, on joillakin miehillä opittua käytöstä. Seksuaalisesti hyväksikäytettyjä poikia tutkittaessa on käynyt ilmi, että noin yksi viidestä käyttää myöhemmin itse lapsia seksuaalisesti hyväkseen. Tällaiset kokemukset voivat johtaa käyttäytymismalliin, jossa mies säännömukaisesti kieltää tehneensä mitään väärää, ja hänellä on valheellisia ja epäterveitä käsitteitä seksuaalisuudesta.

Lapsuuden kasvuympäristö, joka on fyysisesti väkivaltainen, joka ei tarjoa emotionaalista tukea ja jolle on ominaista niukuudesta johtuva kilpailu, on yhdistetty seksuaaliseen väkivaltaan. Esimerkiksi nuorten miesten seksuaalisesti aggressiivinen käytös on yhdistetty perheväkivallan todistamiseen ja emotionaalisesti etäisiin ja välinpitämättömiin isiin. Hyvin patriarkkaalisissa perheissä kasvaneet miehet ovat myös väkivaltaisempia, syyllistyvät raiskauksiin ja naisten seksuaaliseen pakottamiseen ja parisuhdeväkivaltaan kuin tasa-arvoisemmissa perheissä kasvaneet.

Perheen kunnia ja seksuaalinen puhtaus

Seksuaaliseen väkivaltaan yhteydessä oleviin sosiaalsiin suhteisiin kuuluu myös perheen reagointi, jossa syytetään naisia eikä rangaista miehiä vaan keskitytään palauttamaan perheen ”menetetty kunnia”. Tällainen reagointi luo ilmapiiriin, jossa raiskaus voi tapahtua ilman että siitä seuraa rangaistusta.

Perheet yrittävät usein suojella naisia raiskaukselta ja saattavat myös huolehtia tyttären raskauden ehkäisystä ehkäistäkseen mahdollisen raiskauksen seuraamuksia, mutta hyvin harvoin pyritään valvomaan nuoria miehiä tai opetetaan heille, että seksiin pakottaminen on väärin. Sen sijaan joissakin maissa perheen jäseniä kannustetaan tekemään kaikki mahdollinen - jopa murha - raiskauksen tai muuhun seksuaaliseen hyökkäykseen liittyvän ”häpeän” lievittämiseksi. Jordaniassa tutkittiin kaikki vuonna 1995 tehdyt kunniarikokset ja todettiin, että yli 60%:ssa tapauksista uhri kuoli useisiin ampumahaavoihin, useimmiten veljen käsiin. Tapauksissa, joissa uhri oli naimaton, raskaana oleva nainen, syyllinen joko vapautettiin syytteen tai sai lievennetyn tuomion.

Vaikka köyhyys on usein lapsiavioliittoihin ajava tekijä, perheet perustelevat niitä

usein myös sillä, että siten säilytetään työn seksuaalinen puhtaus ja suojellaan häntä esi-avioliselta seksiltä, hiv-infektioilta ja epätoivottavilta seksuaalisilta lähentelyiltä.

Yhteisölliset tekijät

Köyhyys

Köyhyys yhdistetään sekä seksuaalisen väkivallan tekemisen että sen uhriksi joutumisen riskiin. Useat kirjoittajat ovat väittäneet, että köyhyyden ja väkivaltaisen seksuaalisen käyttäytymisen suhdetta välittäviä tekijöitä ovat maskuliinisen identiteetin kriisin eri muodot. New Yorkin Itä-Harlemin elämästä kirjoittava Bourgois kuvaa, miten nuoret miehet kokivat paineena ”menestyneen” maskuliinisuuden mallit ja vanhempien ja isovanhempien sukupolvilta periytyneen perherakenteen yhdessä modernien miehuuden ihanteiden kanssa, jotka korostavat aineellista kulutusta. Slummeihin juuttuneet, työttömät tai alityöllistetyt miehet eivät todennäköisesti yllä mihinkään näistä maskuliinisen ”menestyksen” odotuksista tai malleista. Sellaisissa oloissa maskuliinisuuden ihanteet muotoutuvat naisvihaa, päihteiden käyttöä ja rikollista toimintaa suosiviksi. Muukalaisviha ja rasismi kuuluvat myös usein kuvaan. Joukkoraiskauksista ja seksuaalisista valloituksista tulee normaalia toimintaa: miehet kääntävät aggressionsa naisiin, joita he eivät enää pysty kontrolloimaan patriarkaalisesti eivätkä elättämään.

Fyysinen ja sosiaalinen ympäristö

Raiskauspelot liittyvät yleensä kodin ulkopuoliseen maailmaan, vaikka valtaosa seksuaalisesta väkivallasta tapahtuu uhrin tai tekijän kotona. Yleinen tilanne on kuitenkin myös raiskausta edeltävä vieraan henkilön suorittama naisen sieppaus, ja sen todennäköisyyteen vaikuttaa fyysinen ympäristö.

Yhteisössä vallitseva sosiaalinen ympäristö on kuitenkin yleensä tärkeämpi kuin fyysinen ympäristö. Se, miten syvään juurtuneita ovat käsitykset miehisestä ylemmydestä ja miehen oikeudesta seksiin, vaikuttavat suuresti seksuaalisen väkivallan esiintymisen todennäköisyyteen. Samanlainen vaikutus on sillä, miten yhteisö sietää seksuaalista väkivaltaa ja miten voimakkaita syyllisiin kohdistuvat sanktiot ovat ja onko niitä. Joissakin paikoissa raiskaus voi tapahtua julkisesti ilman että ohikulkijat puuttuvat siihen. Poliisi saattaa myös vähätellä raiskausvalitusta etenkin jos kyseessä ovat treffit tai uhrin aviomies. Tapauksissa joissa poliisitutkimus käynnistetään ja oikeusjuttu nostetaan, käsittely saattaa olla äärimmäisen hidasta tai korruptoitunutta; esimerkiksi paperit saattavat ”joutua hukkaan” korvauksena lahjuksesta.

Yhteiskunnalliset tekijät

Yhteiskuntatason tekijöitä, jotka vaikuttavat seksuaaliseen väkivaltaan, ovat miesten ja naisten tasa-arvoa yleensä ja seksuaalista väkivaltaa erityisesti koskeva lainsäädäntö ja valtiollinen politiikka sekä väkivallan käyttöä koskevat normit. Siitä huolimatta, että eri tekijät toimivat suurelta osin paikallisella tasolla, perheissä, kouluissa, työpaikoilla ja yhteisöissä, merkitystä on myös kansallisen ja jopa kansainvälisen tason laeilla ja normeilla.

Lainsäädäntö

Eri maiden seksuaalista väkivaltaa koskeva lainsäädäntö on hyvin kirjavaa. Joissakin maissa on kattava lainsäädäntö ja oikeuskäytäntö; raiskaus on määritelty laajasti niin että

avioliitossa tapahtuva väkivalta sisältyy siihen, rangaistukset ovat ankaria ja uhrien tukeminen on järjestetty hyvin. Sitoutuminen seksuaalisen väkivallan ehkäisyyn tai kontrollointiin heijastuu myös painotuksena poliisien koulutuksessa ja riittävien poliisiresurssien osoittamisessa. Raiskaustapausten tutkimista pidetään tärkeänä, ja varataan myös tarpeelliset resurssit uhrien tukemiseen ja oikeuslääketieteellisten palvelujen tarjoamiseen. Asteikon toisessa päässä ovat maat, joissa lainsäädäntö on paljon heikompaa. Väitetyt tekijän tuomitseminen ei ole mahdollista pelkästään naisen todistuksen perusteella, tietyt seksuaalisen väkivallan muodot tai tapahtumayhteydet on suljettu nimenomaisesti pois seksuaalisen väkivallan juridisesta määrittelystä, ja raiskauksen uhri voidaan saada luopumaan asian viemisestä oikeuteen pelotellen seurauksilla, joita koituu, jos näyttö jää riittämättömäksi.

Sosiaaliset normit

Miesten harjoittama seksuaalinen väkivalta on suurelta osin sidoksissa ideologioihin, jotka korostavat miehen oikeutta seksiin. Tällaiset ajatusrakennelmat antavat naisille hyvin vähän legitimejä mahdollisuuksia kieltäytyä seksuaalisesta lähentelystä. Monet miehet yksinkertaisesti sulkevat pois mahdollisuuden, että heidän seksuaalinen lähestymisensä torjuttaisiin tai että naisella on autonominen oikeus päättää haluaako lähteä mukaan. Monissa maissa myös naiset ovat sitä mieltä, että avioliitto säätää naiselle velvoitteen olla seksuaalisesti käytettävissä lähes rajattomasti lukuun ottamatta kulttuurisesti määräytyneitä kiellettyjä aikoja kuten synnytyksen jälkeinen aika ja kuukautisten aika.

Yhteiskunnan normit, jotka säätelevät väkivallan käyttöä keinona saavuttaa tietty päämäärä, on yhdistetty tiiviisti raiskauksien esiintyvyyteen. Yhteiskunnissa, joissa vallitsee vahva käsitys miehen ylemmydestä ja erityisesti miehen vallasta, fyysisestä voimasta ja miehen kunnia, raiskaukset ovat yleisempiä. Maissa, joissa on vallalla väkivaltakulttuuri tai joissa on käynnissä väkivaltainen konflikti, kaikki väkivallan muodot, myös seksuaalinen väkivalta, lisääntyvät.

Globaali kehitys ja taloudelliset tekijät

Monilla kansallisella tasolla vaikuttavilla tekijöillä on kansainvälinen ulottuvuus. Globaali kehitys, kuten vapaakaupan lisääntyminen, on tuonut mukanaan työtä, myös seksityötä etsivien naisten ja tyttöjen liikkumisen lisääntymisen. Kansainvälisten elinten kehittämät rakennesopeutusohjelmat ovat kasvattaneet köyhyyttä ja työttömyyttä monissa maissa ja lisänneet siten ihmiskaupan ja seksuaalisen väkivallan esiintymistä. Erityisesti tämä on ollut näkyvissä Keski-Amerikassa, Karibian alueella ja joissakin Afrikan maissa.

Seksuaalisen väkivallan seuraukset

Raiskauksessa ei välttämättä käytetä fyysistä voimaa eikä siitä seuraa aina fyysisiä vammoja. Tiedetään, että kuolemantapauksiakin sattuu, mutta niiden määrä vaihtelee suuresti maittain. Seksuaalisen väkivallan yleisemmät seuraukset liittyvät synnytykselinten sairauksiin, mielenterveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin.

Raskaus- ja gynekologiset komplikaatiot

Raiskaukset johtavat joskus raskauteen, mutta se miten yleisesti niin käy, riippuu tilanteesta ja erityisesti käytetystä ehkäisystä. Etiopiassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että

nuorista, jotka ilmoittivat tul­leensa raiskatuiksi, 17% tuli raskaaksi. Luku vastaa Meksikon kriisikeskusten keräämiä tieto­ja (15-18%). Yhdysvalloissa tehdyssä yli 4 000 naisen kolmen vuoden mittaisessa seuranta­tu­kimuksessa todettiin raiskauksista 5,0%:n johtaneen raskauteen; uhrien ikä oli 12-45 vuotta. Koko maassa alkoi näin ollen joka vuosi 32 000 raskautta raiskauksen seurauksena. Monissa maissa raiskatut naiset pakote­taan synnyttämään lapsi tai he joutuvat hen­kensä kaupalla turvautumaan puoskariin.

Nuorella iällä tahdonvastaisen seksin kokeminen vähentää naisen kykyä nähdä sek­su­aalisuutensa asiana, joka on hänen omassa hallinnassaan. Sen vuoksi seksiin pakotettu nuori tyttö käyttää kondomia tai muuta ehkäisyä vähemmän todennäköisesti, mikä lisää hänen raskaaksi tulemisen todennäköisyytään. Kapkaupungissa Etelä-Afrikassa todettiin teiniraiskauksiin liittyviä tekijöitä tutkittaessa, että väkisin tapahtunut ensimmäinen ehkäisymenetelmien käytön jälkeen. Seksiin pakottaminen voi johtaa ei-toivottuun ras­kauteen myös täysi-ikäisillä naisilla. Intialaisessa naimisissa oleviin miehiin kohdistu­neessa tutkimuksessa todettiin, että miehet, jotka myönsivät pakottaneensa vaimonsa sek­siin, aiheuttivat ei-toivotun raskauden 2,6 kertaa niin todennäköisesti kuin miehet, jotka eivät kertoneet sellaista tapahtuneen.

Gynekologiset komplikaatiot liittyvät kiinteästi raiskaukseen. Näitä ovat emättimen tulehdukset tai verenvuoto, sidekudoskasvaimet, seksuaalisen halun heikkeneminen, sukuelinten ärsytys, yhdynnän aikainen kipu, krooninen lantionalueen kipu ja virtsatie­tu­lehdukset. Naiset, jotka kärsivät kumppaninsa sekä seksuaalisesta että fyysisestä väki­val­lasta, ovat kaiken kaikkiaan suuremmassa vaarassa saada terveydellisiä ongelmia kuin pelkästään fyysisestä väkivallasta kärsivät.

Sukupuolitaudit

Hiv-infektio ja muut sukupuoliteitse tarttuvat taudit ovat raiskauksen tunnettuja seu­rauksia. Turvakodeissa tehdyt tutkimukset osoittavat, että parisuhteessa sekä seksuaalista että fyysistä väki­val­taa kokevilla naisilla on huomattavasti suurempi todennäköisyys saada sukupuolitauti. Seksityöläisiksi myydyillä naisilla hiv-infektion ja muiden suku­puolitautilien riski on todennäköisesti erityisen suuri. Hiv-infektion ja seksuaalisen väki­vallan yhteyksiä pohditaan laatikossa 6.2.

Mielenterveys

Seksuaalinen väki­valta on yhdistetty lukuisiin nuoruus- ja aikuisiän mielenterveydel­lisiin ja käyttäytymiseen liittyviin ongelmiin. Eräässä väestötutkimuksessa psykiatriseen häiriöön viittaavien oireiden tai merkkien esiintyvyys oli 33% naisilla, jotka olivat koke­neet aikuisina seksuaalista väki­val­taa, 15% naisilla, jotka olivat kokeneet kumppaninsa harjoittamaa fyysistä väki­val­taa ja 6% naisilla, jotka eivät olleet kokeneet väki­val­taa. Kumppanin harjoittama seksuaalinen väki­valta voimistaa fyysisen väki­vallan mielenter­veydellisiä seurauksia.

Naisilla, jotka ovat oman ilmoituksensa mukaan kokeneet seksiin pakottamista, on huomattavasti suurempi masennuksen ja posttraumaattisen stressihäiriön riski kuin naisil­la keskimäärin. Posttraumaattinen stressihäiriö on todennäköisempi silloin, kun raiskaus aiheuttaa fyysisen vamman tai jos naisella on menneisyydessä ollut masennusta tai alko­holin väärinkäyttöä. Ranskalaisiin nuoriin kohdistuneessa tutkimuksessa todettiin myös yhteys raiskatuksi tulemisen ja myöhempien univaikeuksien, deppiivisten oireiden, somaattisten vaivojen, tupakoinnin ja käyttäytymisongelmien (esimerkiksi aggressiivisen

Laatikko 6.2

Seksuaalinen väkivalta ja hiv/aids

Väkivaltainen seksi ja seksiin pakottaminen voi lisätä hiv-infektion tarttumiseriskiä. Väkin tapahtuvassa vaginaalisessa yhdynnässä syntyy usein hiertymiä ja haavaumia, jotka helpottavat mahdollisen viruksen pääsyä elimistöön. Nuorilla tytöillä riski on erityisen suuri väkisinmakaamisen yhteydessä ja myös yhdynnässä yleensä, koska heidän limakalvonsa eivät ole vielä kehittyneet yhtä tiiviiksi estämään viruksia kuin teini-ikä lopulla. Anaalisen raiskauksen uhrit, olivatpa he poikia, miehiä, tyttöjä tai naisia, ovat myös huomattavasti alttiimpia viruksen tarttumiselle väkivaltaisen seksin yhteydessä, koska kudosten vaurioiden vuoksi viruksen pääsy elimistön helpottuu.

Seksuaalisen väkivallan uhriksi joutumiseen ja hiv:lle altistumiseen liittyy useita riskitekijöitä. Lapsuuden tai nuoruuden aikainen seksuaalinen väkivalta lisää suojaamattoman seksin, kumppanien runsauden, seksityöläiseksi ryhtymisen ja päihteiden käytön todennäköisyyttä. Parisuhdeväkivaltaa kokevat ihmiset eivät mielellään keskustele kondomin käytöstä joko siksi että se voitaisiin käsittää epäluottamukseksi kumppania kohtaan tai vapaiden sukupuolisuhteiden hyväksymiseksi tai koska he pelkäävät kumppaninsa väkivaltaisuutta.

Seksuaalinen pakottaminen liittyy nuorilla ja aikuisilla alhaiseen itsetuntoon ja masennukseen. Nämä taas ovat seksuaalisen riskikäyttäytymisen moniin muotoihin liittyviä tekijöitä. Oma tai perheenjäsenen hiv-positiivisuus voi myös lisätä seksuaalisen väkivallan uhriksi joutumisen riskiä erityisesti naisilla. Hiv/aidsiin monissa maissa liittyvän leimaamisen vuoksi tartunnan saanut nainen voidaan karkottaa kodistaan. Lisäksi tautiin sairastuminen tai sen aiheuttama kuolemantapaus voi aiheuttaa köyhässä perheessä taloudellisen katastrofin. Naiset saatetaan pakottaa seksityöläisiksi, jolloin heidän tauti- ja väkivallan uhriksi joutumisen riski kasvaa. Aidsin takia orvoiksi jääneet lapset, jotka ovat köyhtyneet ja vailla huoltajia, saattavat joutua elämään kadulla, missä seksuaalisen hyväksikäytön riski on huomattavan suuri.

Sekä seksuaalisen väkivallan että hiv-infektioiden määrän vähentämisen keinoista kasvatus lienee ensisijainen. Ennen kaikkea nuorille on tarjottava kattavaa sukupuolikasvatusta oppilaitoksissa ja työpaikoilla tai muualla missä on nuorten ryhmiä. Koulujen opetusohjelmiin tulee sisältyä kaikki keskeiset seksuaalisen terveyden, parisuhteiden ja väkivallan aspektit. Nuorille on opetettava elämäntaitoja, joihin kuuluvat myös uhkaavien ja vaarallisten tilanteiden välttäminen (väkivaltaan, seksiin ja huumeisiin liittyen) ja turvallisen seksuaalisen käyttäytymisen omaksuminen.

Koko aikuisväestön saatavilla tulisi olla täydelliset tiedot seksuaalisesta terveydestä ja tiettyjen seksuaalisten käyttäytymistapojen seurauksista. Niin ikään tarvitaan hankkeita, jotka tähtäävät vahingollisten käyttäytymismallien ja sukupuoliasioista keskustelemisen estävien sosiaalisten normien muuttamiseen.

On tärkeää, että terveydenhuollon työntekijät ja muut palvelujen tarjoajat saavat aiheesta järjestelmällisesti suunniteltua koulutusta, johon sisältyy myös sukupuolistunut väkivalta ja sukupuolitaudit kuten hiv.

Raiskauksen uhreille on järjestettävä hiv-seulonta ja hoitoonohjaus. On myös harkittava altistumisen jälkeisen tartunnan ehkäisyn käyttöönottoa liitettynä raiskauksen jälkeiseen neuvontaan. Hiv-positiivisia naisia olisi seulottava mahdollisen seksuaalisen väkivallan historian toteamiseksi. Vapaaehtoisiiin hiv-neuvontaohjelmiin voitaisiin ajatella liitettäväksi väkivallan ehkäisy.

käytöksen, näpistelyn ja pinnaamisen) välillä. Jos traumaa ei hoideta, negatiivisen psykologisen vaikutuksen tiedetään kestävänsä ainakin vuoden raiskauksen jälkeen, kun taas fyysiset ongelmat ja oireet yleensä vähenevät sen ajan kuluessa. Myös puolella hoitoa saaneista naisista stressioireet säilyivät.

Itsetuhokäyttäytyminen

Seksuaalista väkivaltaa lapsena tai aikuisena kokeneilla naisilla on suurempi todennäköisyys yrittää itsemurhaa tai tehdä itsemurha kuin muilla naisilla. Yhteys säilyy myös iän, sukupuolen, koulutuksen, posttraumaattisen stressihäiriön oireiden ja psykiatristen häiriöiden vakioimisen jälkeen. Raiskauskokemus voi johtaa itsemurhaan jo nuoruudessa. Etiopiassa 6% raiskatuista koulutetuista kertoi yrittäneensä itsemurhaa. Brasilialaisella tutkimuksessa havaittiin aikaisemman seksuaalisen väkivallan olevan parhaiten nuorten tyttöjen erilaista terveydellistä riskikäyttäytymistä, esimerkiksi itsemurha-ajatuksia ja -yrityksiä selittävä tekijä.

Kokemukset vakavasta seksuaalisesta ahdistelusta voivat johtaa myös tunne-elämän häiriöihin ja itsetuhokäyttäytymiseen. Kanadalaisessa tutkimuksessa todettiin, että 15%:lla nuorista naisista, jotka joutuivat usein epätoivottuihin seksuaalisiin kontakteihin, oli edeltävän kuuden kuukauden aikana esiintynyt itsetuhoista käyttäytymistä verrattuna kahteen prosenttiin niistä, jotka eivät olleet kokeneet vastaavaa.

Sosiaalinen eristäminen

Monissa kulttuureissa vallitsee käsitys, että miehet eivät kykene kontrolloimaan seksuaalisia halujaan ja että naiset ovat vastuussa miehen seksuaalisen himon herättämisestä. Se miten perheet ja yhteisöt reagoivat raiskauksiin tällaisessa ympäristössä, juontuu seksuaalisuutta ja naisen asemaa koskevista vallitsevista käsityksistä.

Joissakin yhteiskunnissa raiskauksen kulttuurinen ”ratkaisu” on pakottaa nainen menemään raiskaajan kanssa naimisiin, jolloin naisen ja perheen kunnia säilytetään legitimoimalla syntynyt liitto. Tällainen ”ratkaisu” heijastuu joidenkin maiden lainsäädännössä, joka vapauttaa raiskauksen tehneen miehen syytteestä, jos hän menee uhrin kanssa naimisiin. Perhe saattaa myös painostaa naista, ettei tämä tekisi ilmoitusta poliisille tai nostaisi syytettä. Sen sijaan vaaditaan taloudellista ”vahingonkorvausta” raiskaajan perheeltä. Miehet saattavat hylätä raiskatuksi tulleen vaimonsa. Joissakin maissa, kuten aiemmin mainittiin, perheen menetetyt kunnian palauttaminen edellyttää naisen karkottamista tai äärimmäisissä tapauksissa murhaamista.

Mitä voidaan tehdä seksuaalisen väkivallan ehkäisemiseksi?

Seksuaaliseen väkivaltaan puuttumiseen tähtäävät aloitteet ovat vähälukuisia, ja vain harvoista on tehty arviointitutkimuksia. Useimmat hankkeet on suunniteltu ja toteutettu teollisuusmaissa. Niiden sovellettavuus muihin ympäristöihin on huonosti tunnettua. Hankkeet voidaan ryhmitellä seuraavalla tavalla.

Yksilötason puuttuminen

Psykologinen hoito ja tuki

Neuvonnasta, terapiasta ja tukiryhmistä on todettu olevan apua seksuaalisen väkival-

lan kohteeksi joutuneille erityisesti silloin, kun joko väkivaltaan tai toipumisprosessiin liittyy tekijöitä, jotka tekevät tilanteesta tavanomaista vaikeamman. On jonkin verran näyttöä siitä, että heti raiskauksen tapahduttua toteutettu lyhyt kognitiivinen käyttäytymisterapia voi nopeuttaa trauman synnyttämästä psyykkisestä vauriosta toipumista. Kuten jo mainittiin, seksuaalisen väkivallan uhrit syyttävät joskus itseään tapahtumasta. Tähän puuttumisen on todettu olevan psykologisessa terapiassa tärkeää toipumisen kannalta. Lyhytaikaisen neuvonnan ja hoidon käyttö vaatii kuitenkin tarkempaa arviointia.

Seksuaalisen väkivallan uhrien tukipalvelujen tarjoajana on ollut suurelta osin kolmas sektori, erityisesti raiskauskriisikeskukset ja naisjärjestöt. Niiden seksuaalisen väkivallan uhrien määrä, joiden saatavilla nämä palvelut ovat, on väistämättä pieni. Yksi palvelujen saantia parantava keino on auttavan puhelimen perustaminen. Parhaassa tapauksessa se on ilmainen. Kun Etelä-Afrikassa avattiin auttava puhelin, siihen tuli ensimmäisen viiden kuukauden kuluessa 150 000 yhteydenottoa.

Raiskaajille järjestettävät ohjelmat

Seksuaaliseen väkivaltaan syyllistyneille suunnatut harvat ohjelmat on yleensä tarkoitettu raiskauksesta tuomituille miehille. Niitä toteutetaan lähinnä teollisuusmaissa. Hankkeiden evaluointi on alkanut vasta äskettäin (ks. luku 4). Seksuaaliseen väkivaltaan syyllistyneet miehet kieltävät yleensä sekä olevansa vastuussa että käyttäneensä väkivaltaa. Ohjelman tehokkuuden ehtona on, että miehet saadaan myöntämään vastuunsa ja että heidän vastuunsa todetaan julkisesti. Yksi keino tämän saavuttamiseen on se, että seksuaaliseen väkivaltaan syyllistyneille suunnatut ohjelmat toimivat yhteistyössä uhrien tukipalvelujen ja seksuaalisen väkivallan ehkäisykampanjoiden kanssa.

Elämäntaidot ja muut kasvatusohjelmat

Viime vuosina useisiin seksuaalivalistuskampanjoihin, erityisesti aidsin vastaisiin kampanjoihin, on liitetty tasa-arvokysymyksiä ja alettu käsitellä naisiin kohdistuvaa seksuaalista ja fyysistä väkivaltaa. Kaksi huomionarvoista esimerkkiä ovat Afrikassa kehitetyt ja monissa kehitysmaissa käytetyt ”Stepping Stones” ja ”Men as Partners” –ohjelmat. Ne on suunniteltu toteutettaviksi miesten ja naisten vertaisryhmissä, jotka kokoontuvat useita kertoja ja käyttävät osallistuvan oppimisen menetelmää. Miehet, jotka saattaisivat olla haluttomia osallistumaan vain naisiin kohdistuvaa väkivaltaa koskevaan keskusteluun, saadaan tulemaan mukaan, kun aihepiirinä on väkivalta laajemmin. Huolimatta miesten roolista väkivallan aiheuttajina näissä ohjelmissa varotaan huolellisesti niiden nimeämistä miesten syyllisyyttä korostaviksi.

Afrikassa ja Aasiassa toteutetun Stepping Stones –ohjelman vaikutuksia tutkittaessa todettiin, että ne auttoivat miehiä ottamaan suuremman vastuun teoistaan, solmimaan sosiaalisia suhteita, kunnioittamaan naisia ja kommunikoimaan tehokkaammin. Ohjelman seurauksena todettiin naisiin kohdistuvan väkivallan vähentyneen Etelä-Afrikassa, Gambiassa, Kambodzassa, Tansaniassa ja Ugandassa. Arviointitutkimuksissa on kuitenkin käytetty enimmäkseen kvalitatiivisia menetelmiä Ohjelmien vaikuttavuuden testaaminen edellyttääkin lisätutkimuksia.

Kehityksellisiä lähestymistapoja

Tutkimuksessa on korostettu lasten kasvatuksen ja molempien vanhempien osallistumisen merkitystä seksuaalisen väkivallan ehkäisyssä. Schwartz on kehittänyt toimintamallin, joka soveltaa kehityksellistä lähestymistapaa. Siihen sisältyy toimia ennen synty-

mää, lapsuuden aikana, nuoruudessa ja varhaisessa aikuisiässä. Syntymää edeltävä jakso sisältää keskustelua vanhemmuustaidoista, sukupuolirooleja koskevista stereotyyppioista, vanhemmuuden paineista, ristiriitatilanteista ja väkivallasta. Lapsen ollessa pieni terveydenhoitajat jatkavat samoja teemoja ja lisäävät keskusteluaiheisiin lasten seksuaalisen hyväksikäytön ja lasten altistumisen mediaväkivallalle. He esittelevät myös kasvatusaineistoja, jotka eivät ole seksistisiä. Kun lapsi on isompi, pyrkimyksenä on muokata käyttäytymistä ja asenteita stereotyyppioita välttäväksi. Lapsia rohkaistaan erottamaan toisistaan ”hyvä” ja ”väärä” kosketus. Heidän itseluottamustaan ja kykyään hallita omaa ruumistaan vahvistetaan. Tässä yhteydessä on mahdollista keskustella myös seksuaalisesta aggressiosta. Nuorten ja nuorten aikuisten kanssa keskustellaan raiskausmyyteistä, rajojen asettamisesta seksuaalisuudelle ja seksin, väkivallan ja pakottamisen välisistä yhteyksistä. Schwartzin malli on suunniteltu teollisuusmaita varten, mutta osa periaatteista on sovellettavissa kehitysmaihin.

Terveydenhuollon toimet

Oikeuslääketieteelliset palvelut

Monissa maissa terveydenhuollon työntekijöiden velvollisuus on kerätä tehtyjen raiskausilmoitusten osalta lääketieteellistä ja juridista näyttöä, joka vahvistaa uhrien kertomuksia tai auttaa syyllisen tunnistamisessa. Kanadalaiset tutkimukset viittaavat siihen, että tämä voi lisätä tekijän pidätetyksi, syytetyksi ja tuomituksi tulemisen todennäköisyyttä. Yhden tutkimuksen mukaan fyysisen vamman dokumentointi, erityisesti vamman ollessa kohtalainen tai vakava, oli yhteydessä syyteennoton riippumatta potilaan tulo-
tasosta tai siitä, oliko raiskaaja uhrin tuttava, kumppani tai vieras henkilö. Nairobissa Keniassa tehdyssä tutkimuksessa, joka kohdistui sairaalassa raiskauksen jälkeen käyneisiin naisiin, korostettiin sitä seikkaa, että monissa maissa raiskauksien uhreja ei tutki sen paremmin gynekologi kuin kokenut poliisin asiantuntijakaan; sitä varten ei myöskään ole pöytäkirjamalleja eikä ohjeistoa.

Vakioöpöytäkirjojen ja –ohjeiden käyttö ja kerätty näyttö voivat parantaa huomattavasti hoidon ja uhreille annettavan tuen laatua. Naispuolisten seksuaalisen väkivallan uhrien tutkimiseen tulisi sisältyä

- tapauksen täydellinen kuvaus, mukaan lukien kokoon saatu näyttö
- uhrin gynekologinen ja ehkäisyn historia
- täydellisen fyysisen tutkimuksen tulosten kirjaaminen muistiin vakiomuodossa
- raskauden riskin arviointi
- sukupuolitautien, tarpeen mukaan myös hiv-infektion, testaus ja hoito
- jälkiehkäisyn tarjoaminen ja silloin kun se on laillista, aborttineuvonta
- psykologisen tuen ja hoidon järjestäminen.

Joissakin maissa pöytäkirja on osa laajempaa todistusaineistoa, johon kuuluvat myös ohjeet ja astiat näytteenottoa varten sekä asianmukaiset oikeudelliset lomakkeet ja asiapaaperit. Tutkinta on uhreille äärimmäisen raskasta. On osoitettu, että siihen sisältyvää ahdistusta voidaan vähentää näyttämällä heille video, joka selvittää menettelyn kulun ennakkolta.

Terveydenhuoltohenkilöstön koulutus

Seksuaalista väkivaltaa käsittelevät aiheet on sisällytettävä kaikkien terveydenhuollon työntekijöiden, myös psykiatrien ja terveydenhoitajien, koulutukseen. Niiden on oltava

osana sekä perus- että erikoistumiskoulutusta. Koulutuksen tehtävänä on ensisijaisesti lisätä työntekijöiden tietoja ongelmasta ja sen olemassaolosta ja parantaa heidän kykyään havaita ja käsitellä tapauksia hienovaraisesti, mutta tehokkaasti. Sen pitäisi myös vähentää seksuaalisen väkivallan esiintymistä terveydenhuollossa, joka voi olla merkittävä ongelma, vaikka sen olemassaoloa ei yleensä tunnisteta.

Filippiineillä lääkäreistä, sairaanhoitajista ja yhteiskuntatieteilijöistä koostuva terveysministeriön tuella toimiva asiantuntijaryhmä on tuottanut sairaanhoitaja- ja lääkäriopiskelijoille sukupuolistunutta väkivaltaa käsittelevän oppikursin. Sen tarkoituksena on:

- ymmärtää väkivallan kulttuurinen, sukupuolisidonnainen ja muu sosiaalinen perusta
- tunnistaa perhetilanteet, joissa väkivallan vaara on suuri ja joissa tarvittaisiin
- ensisijaista puuttumista, joka toteutetaan yhdessä muiden ammattilaisten kanssa
- toissijaista puuttumista, joka sisältää väkivallan uhrien tunnistamisen, keskeisten oikeusprosessien tuntemisen ja näytön hankkimisen, potilaiden hoitoonohjauksen ja seurannan ja uhrien yhteiskuntaan sopeuttamisen.

Nämä oppijaksot sisältyvät sekä sairaanhoitajien että lääkärien opintovaatimuksiin. Sairaanhoitajakoulutuksessa 11 opetusjaksoa sijoitetaan eri kohtiin neljän vuoden koulutusta ja lääkäreiden koulutuksessa viimeisen kolmen vuoden käytännön harjoitteluun.

HIV-tartunnan ehkäisy

HI-viruksen tarttumisen riski raiskauksen yhteydessä on suuri huolenaihe erityisesti maissa, joissa aidsin esiintyminen on hyvin yleistä. Antiretrovirusten käytön altistumisen jälkeen tiedetään olevan tietyissä tilanteissa suhteellisen tehokasta. Esimerkiksi zidovudiiniin (AZT:n) antamisen työssä tapahtuneen neulanpistolle altistumisen (saastuneen neulan läpäistessä ihon) jälkeen on todettu vähentävän hiv-infektion kehittymisen vaaraa 81%.

Keskimääräinen riski saada hiv-infektio yhdestä suojaamattomasta vaginaalisesta yhdynnästä hiv-positiivisen kanssa on suhteellisen pieni (noin 1-2 tuhannesta mieheltä naiselle ja noin 0,5-1 tuhannesta naiselta miehelle). Riski on suunnilleen sama kuin saastuneesta neulasta (noin kolme tuhannesta), jossa yhteydessä ehkäisy annetaan nykyään rutiininomaisesti. Suojaamattomassa anaalisessa yhdynnässä riski on huomattavasti suurempi, noin 5-30 tuhatta kohta. Raiskauksen yhteydessä riski kasvaa kuitenkin huomattavasti, koska siinä syntyy voimankäytön seurauksena useammin paljain silmin näkyviä tai mikroskooppisen pieniä repeytymiä limakalvoihin.

Ei ole mitään tietoa siitä, onko HIV-tartunnan ehkäisyn rutiininomainen tarjoaminen raiskauksen uhreille toteutettavissa tai kuinka kustannustehokasta se on maissa, joissa resurssit ovat niukat. Hiv-testaus raiskauksen jälkeen on joka tapauksessa hankalaa. Monet naiset eivät pysty välittömästi tapahtuman jälkeen ymmärtämään monimutkaista tietoa testauksesta ja riskeistä. Kunnollisen seurannan järjestäminen on myös vaikeaa, koska monet uhrin eivät tule jatkokäynneille, mikä liittyy ilmeisesti raiskauksen jälkeisiin psyykkisiin ongelmiin. Antiretrovirushoidon sivuvaikutukset saattavat myös olla suuria, minkä vuoksi kuuri voidaan jättää kesken. Kuitenkin ne, jotka ymmärtävät riskin suuruuden, noudattavat todennäköisemmin ohjeita.

Seksuaalisen väkivallan uhrien monipuolista hoitoa tarjoavat keskuksset

Lääkiripulan takia monissa maissa on käytetty erikoiskoulutuksen saaneita sairaanhoitajia seksuaalisen väkivallan uhrien auttamisessa. Kanadassa on erikoiskoulutettuja sairaanhoitajia, jotka antavat seksuaalisen väkivallan uhreille monipuolista hoitoa. He kir-

joittavat tarvittaessa lähetteen lääkärille. Ensimmäinen hoitokeskus avattiin Ontariossa vuonna 1984, ja sen jälkeen niitä on perustettu 26 lisää. Nämä keskuksat tarjoavat tai koordinoivat monenlaisia palveluja, ensiapua, seurantaa, neuvontaa, oikeuslääketieteellisen näytön keräämistä, oikeusapua sekä kursseja. Monissa maissa on perusteilla keskuksia, jotka tarjoavat seksuaalisen väkivallan uhreille monenlaisia palveluja. Ne sijoitetaan yleensä sairaalan tai poliisiaseman yhteyteen (ks. laatikko 6.3). Erikoistuneiden keskustusten etuna on se, että niissä on asianmukaisesti koulutettu ja kokenut henkilökunta. Toisaalta joillakin paikkakunnilla on keskuksia, jotka tarjoavat palveluja minkä tahansa tyyppistä väkivaltaa kokeneille ihmisille.

Yhteisöhankkeet

Ehkäisykampanjat

Yleisen mielipiteen muuttamiseen on tähdätty seksuaalista väkivaltaa käsittelevillä valistuskampanjoilla, jotka ovat koostuneet kaduille ja liikennevälineisiin sijoitetuista julisteista ja radion ja television tietoisuuksista. Televisiota on käytetty tehokkaasti Etelä-Afrikassa ja Zimbabwessa. Etelä-Afrikassa parhaaseen katselu aikaan esitetystä Soul City –sarjasta kerrotaan luvussa 9 laatikossa 9.1. Zimbabwessa Musasa-kansalaisjärjestö on levittänyt tietoa teatterin, yleisötilaisuuksien ja keskustelujen avulla ja tuottanut televisio-sarjan, jossa väkivallasta selviytyneet ihmiset kuvailevat kokemuksiaan.

Monissa maissa on toteutettu mediakampanjojen ohella muitakin hankkeita.

Laatikko 6.3

Täyden palvelun tarjoaminen raiskauksen uhreille malesialaisissa sairaaloissa

Vuonna 1993 perustettiin ensimmäinen ”yhden luukun” kriisikeskus pahoinpidellyille naisille Kuala Lumpurin sairaalan päivystys- ja ensiapuklinikalle. Sen tavoitteena oli tarjota väkivaltaa kokeneille naisille kaikki palvelut saman katon alla. Raiskauksen uhrin saavat siellä apua terveydellisiin, juridisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin ongelmiinsa. Alun perin keskus palveli vain perheväkivallan uhreja, mutta sitten toiminta laajennettiin koskemaan myös raiskauksen uhreja.

Kriisikeskus käsittelee kuukausittain noin 30 raiskaustapausta ja 70 perheväkivaltatapausta. Hoitotiimi saa asiantuntija-apua omasta sairaalasta ja naisryhmiltä, poliisilta, lääketieteellisen sosiaalityön virastolta, oikeusaputoimistosta ja islamilaiselta uskonnolliselta toimistolta.

Vuonna 1996 Malesian terveysministeriö päätti laajentaa tätä uutta terveydenhuollon strategiaa ja perustaa samanlaisia keskuksia maan jokaiseen julkiseen sairaalaan. Kolmessa vuodessa on perustettu 34 keskusta. Näissä keskuksissa psykiatrit, juristit ja sosiaalityöntekijät ottavat vastaan raiskauksen uhreja, ja asiakkaita siirtyy sairaalan psykiatrisen avo-osaston potilaiden. Koulutettujen sosiaalityöntekijöiden on oltava saatavilla ympäri vuorokauden. Ohjelmaa suunniteltaessa tuli esille useita ongelmia. Sairaalahenkilöstö oli koulutettava ymmärtämään paremmin seksuaalista väkivaltaa. Muutamien työntekijöiden todettiin syyttävän raiskauksen uhreja näiden kokeman väkivallan vuoksi, muutamat taas keskittyivät tuen antamisen sijasta uhrien tirkistelyyn. Oikeuslääkäreistä oli pulaa, eikä uhreille ollut riittävästi turvamajoitusta. Näiden ongelmien tunnistaminen oli tärkeä ensi askel toiminnan parantamiseen ja korkealaatuisen palvelun tarjoamiseen raiskauksen uhreille.

Montrealissa Kanadassa toimiva The Sisterhood is Global Institute on laatinut islamilaisissa yhteisöissä käytettäväksi sopivan käsikirjan, jonka tavoitteena on antaa tietoa ja herättää keskustelua sukupuolten tasa-arvoon liittyvistä kysymyksistä ja naisiin ja tyttöihin kohdistuvasta väkivallasta. Käsikirjaa on testattu pienillä ryhmillä Egyptissä, Jordaniassa ja Libanonissa. Sitä on käytetty myös Zimbabwessa muille kuin muslimeille sovelletussa muodossa.

YK:n eri elimet toteuttavat parhaillaan yhteistyössä naisväkivallan vastaista kampanjaa kuudessatoista Latinalaisen Amerikan ja Karibian maassa. Kampanjan tavoitteena on:

- antaa tietoa naisiin ja tyttöihin kohdistuvan väkivallan inhimillisistä, sosiaalisista ja taloudellisista kustannuksista
- auttaa hallituksia kehittämään tasa-arvolainsäädäntöä ja huolehtimaan sen toteutumisesta käytännössä
- vahvistaa julkisia ja yksityisiä verkostoja ja toteuttaa naisiin ja tyttöihin kohdistuvan väkivallan ehkäisyohjelmia.

Miesten aktiivisuutta lisäävät yhteisöaloitteet

Yksi tärkeä osa naisiin kohdistuvan seksuaalisen ja fyysisen väkivallan ehkäisemisessä on miesten kollektiivinen aktiivisuus. Perheväkivallan ja raiskauksen vastaisia miesryhmiä on perustettu Australiassa, Afrikassa, Latinalaisessa Amerikassa ja Aasiassa sekä monin paikoin Pohjois-Amerikassa ja Euroopassa. Näissä aloitteissa on lähtökohtana se, että miesten tulisi yksilöinä ryhtyä toimiin miesten harjoittaman väkivallan vähentämiseksi. Toiminta koostuu yleensä keskusteluryhmistä, valistuskampanjoista, seminaareista, väkivaltaisten miesten parissa tehtävästä työstä sekä kouluissa, vankiloissa ja työpaikoilla järjestettävistä työpajoista. Toiminta järjestetään usein yhteistyössä naisjärjestöjen kanssa, jotka tekevät väkivallan vastaista työtä ja tarjoavat palveluja pahoinpidellyille naisille.

Pelkästään Yhdysvalloissa on yli 100 tällaista miesryhmää, joista monet keskittyvät nimenomaan seksuaaliseen väkivaltaan. Esimerkiksi Washingtonissa toimiva ”Men Can Stop Rape” –ryhmä pyrkii edistämään vaihtoehtoisia maskuliinisuuden malleja, jotka suosivat väkivallattomuutta ja sukupuolten tasa-arvoa. Se on toteuttanut äskettäin myös koulukampanjoita, joita varten on tuotettu julisteita, tehty käsikirja opettajille ja ryhdytty julkaisemaan nuorten lehteä.

Oppilaitoksissa toteutettavat hankkeet

Kouluihin suunnattu toiminta on elintärkeää seksuaalisen ja muun väkivallan ehkäisyssä. Monissa maissa opettajan ja oppilaan välinen seksuaalisuhde ei ole vakava kurinpidollinen rike eikä kouluissa joko ole ohjeita siitä, miten seksuaaliseen ahdisteluun suhtaudutaan tai niitä ei noudateta. Viime vuosina joissakin maissa on kuitenkin kielletty lailla opettajien ja oppilaiden väliset seksuaalisuhteet. Se on hyvin tärkeää kouluissa tapahtuvan seksuaalisen ahdistelun torjunnassa. Samaan aikaan tarvitaan muitakin toimia, opettajien koulutuksen ja rekrytoinnin muutoksia ja opetusohjelmien uudistuksia, jotta voidaan vähentää kouluissa vallitsevaa sukupuolten eriarvoisuutta.

Poliittiset ja lainsäädännölliset toimenpiteet

Seksuaalisen väkivallan ilmoittamismenettely ja tapauksen käsittely

Monissa maissa on järjestelmä, joka kannustaa ihmisiä tekemään seksuaalisesta väki-

vallasta ilmoituksen poliisille ja parantaa tapausten oikeuskäsittelyn nopeutta ja hienotunteisuutta. Tämä tapahtuu luomalla perheväkivaltaan erikoistuneita yksiköitä, seksuaalirikosyksiköitä, poliisille ja oikeuslaitoksen virkamiehille annettavaa tasa-arvokoulutusta, poliisiasemia joissa kaikki virkailijat ovat naisia sekä erityisiä raiskausoukeuksia. Näitä mekanismeja on kuvattu luvussa 4.

Joskus aiheutuu ongelmia siitä, että lääketieteelliset asiantuntijat ovat haluttomia tulemaan oikeuteen. Se johtuu usein siitä, että aikataulut oikeudessa ovat ennalta arvaamattomia; käsittelyä saatetaan äkkiä lykätä ja todistajat joutuvat odottamaan pitkään lyhyen todistuksen antamista. Etelä-Afrikassa tämä asia on hoidettu niin, että tuomareita on opetettu keskeyttämään väkivaltatapausten käsittely, kun lääketieteellinen asiantuntija tulee paikalle, jotta hän voi esiintyä heti todistajana ja todistajia voidaan kuulustella välittömästi.

Lainsäädännölliset uudistukset

Monissa maissa on tehty lainsäädännöllisiä uudistuksia, joiden sisältö on ollut

- raiskauksen määritelmän laajentaminen
- rangaistuskäytäntöjen ja näytön hyväksyttävyyden uudistaminen
- uhrin kertomuksen vahvistusta koskevan vaatimuksen poistaminen.

Vuonna 1983 Kanadan raiskauslakia uudistettiin erityisesti siltä osin, että poistettiin vaatimus, jonka mukaan raiskausselonteko on vahvistettava. Tutkimuksen mukaan syyttäjät jättävät kuitenkin helposti tämän helpotuksen huomioon ottamatta, ja tapaukset menevät harvoin oikeuteen ilman oikeuslääkärin lausuntoa.

Filippiineillä ja useissa muissa Aasian maissa on säädetty äskettäin lainsäädäntöä, joka määrittelee raiskauksen radikaalilla tavalla uudelleen ja määrää uhreille annettavaksi oikeusapua. Sen seurauksena ilmoitettujen tapausten määrä on kasvanut merkittävästi. Lainsäädäntöuudistusten käytännön merkitys riippuu siitä, miten hyvin kansalaisille tiedotetaan heidän laillisista oikeuksistaan.

Entisen Jugoslavian kansainvälinen rikostuomioistuin määritteli epäolennaisten yksityiskohtien julkituksen välttämiseksi oikeuskäsittelyä varten säännöt, joita voitaisiin käyttää lakien ja prosessien mallisääntöinä. Sääntö numero 96 toteaa, että seksuaalista väkivaltaa koskevissa tapauksissa ei tarvita vahvistusta uhrin todistukselle ja ettei näyttöön pidä sisällyttää uhrien aikaisempaa seksuaalihistoriaa. Säännössä kosketellaan myös syytetyn mahdollista väitettä, joka koskee uhrin suostumusta tekoon. Siinä todetaan, että suostumusta ei sallita käytettäväksi puolustuksessa silloin, kun uhriin on kohdistettu tai uhattu kohdistaa fyysisistä tai psyykkistä väkivaltaa tai pakottamista tai hänellä on ollut syytä pelätä sellaista väkivaltaa tai pakottamista. Suostumusta ei sallita puolustukseksi myöskään silloin, kun uhrilla on ollut täysi syy uskoa, että joku toinen henkilö joutuu väkivaltaisesti kohdeksi, uhaksi tai pelotelluksi, jos hän kieltäytyy alistumasta. Silloinkin kun suostumusta saadaan käyttää puolustuksessa, syytetyn on saatava oikeus vakuuttuneeksi siitä, että väite on asianmukainen ja uskottava, ennen kuin tämä näyttö voidaan esittää.

Monissa maissa tuomarit antavat seksuaalisesta väkivallasta erityisen lyhyitä tuomioita. Yksi keino estää tämä on ollut minimirangaistuksen säätäminen raiskauksesta, jos ei voida osoittaa lieventäviä asianhaaroja.

Kansainväliset sopimukset

Kansainväliset sopimukset ovat tärkeitä, koska ne määrittelevät vaatimukset kansalli-

selle lainsäädännölle ja antavat pontta paikallisryhmien lakiuudistuksia vaativille kampanjoille. Seksuaalista väkivaltaa ja sen ehkäisemistä koskevia sopimuksia ovat seuraavat:

- Kaikkinaisen naisten syrjinnän poistamista koskeva yleissopimus (1979)
- Yleissopimus lapsen oikeuksista (1989) sekä siihen liittyvä valinnainen pöytäkirja, joka koskee lapsiprostitutiutiota ja lapsipornografiaa (2000)
- Kansainvälisen järjestäytyneen rikollisuuden vastainen yleissopimus (2000) sekä sen ihmiskaupan, erityisesti naisten ja lasten kaupan, ehkäisemistä, tukahduttamista ja rangaistamista koskeva lisäpöytäkirja (2000)
- Kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastainen yleissopimus (1984).

Joukko muita kansainvälisiä sopimuksia asettaa normit ja rajat käyttäytymiselle, esimerkiksi käyttäytymiselle konflikteissa, jotka edellyttävät lausekkeita kansallisessa lainsäädännössä. Esimerkiksi Kansainvälisen rikustuomioistuimen Rooman perussääntö vuodelta 1998 kattaa laajan kirjon tasa-arvorikoksia, esimerkiksi raiskauksen, seksiorjuuden, prostituutioon pakottamisen, pakkoraskauden ja pakkosteriloinnin. Se kattaa myös tietyt seksuaalisen väkivallan muodot, jotka merkitsevät vuoden 1949 Geneven sopimuksen rikkomista tai vakavaa loukkaamista samoin kuin muita seksuaalisen väkivallan muotoja, jotka ovat vakavuudeltaan verrattavissa ihmisyyttä vastaan tehtyihin rikoksiin. Näiden rikosten sisällyttäminen sopimuksen soveltamisalaan merkitsee tärkeää historiallista kehitystä kansainvälisessä lainsäädännössä.

Toiminta muiden seksuaalisen väkivallan muotojen ehkäisemiseksi

Ihmiskauppa

Seksuaalista hyväksikäyttöä palvelevassa tarkoituksessa tapahtuvan ihmiskaupan ehkäisemiseen tähtäävien aloitteet ovat pyrkineet

- luomaan taloudellisia ohjelmia maissa, joissa naisilla on vaara joutua ihmiskaupan uhreiksi
- levittämään tietoa ja nostamaan tietoisuutta, niin että mahdollisesti uhattuina olevat ihmiset tuntevat kaupan vaarat.

Lisäksi useat viranomaisohjelmat ja kansalaisjärjestöt kehittävät palveluja seksikaupan uhreille. Kyproksella maahanmuuttovirasto ottaa yhteyttä naisiin, jotka tulevat maahan työskentelemään viihde- tai kodinhoitoalalla. Naisille kerrotaan heidän oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan ja siitä, minkälaista suojaa on saatavilla väkivaltaa, hyväksikäyttöä ja prostituutioon pakottamista vastaan. EU:ssa ja Yhdysvalloissa ihmiskaupan uhrit, jotka ovat halukkaita yhteistyöhön oikeuslaitoksen kanssa kauppiaiden syytteeseen saamiseksi, voivat saada tilapäisen oleskeluluvan. Belgiassa ja Italiassa on perustettu turvakoteja ihmiskaupan uhreille. Mumbaissa Intiassa on perustettu ihmiskaupan vastainen keskus helpottamaan kauppiaiden pidättämistä ja syytteeseen saamista ja tarjoamaan apua ja neuvontaa uhreille.

Naisten sukuelinten silpominen

Seksuaalisesti väkivaltaisiin perinteisiin puuttuminen edellyttää niiden sosiaalisen, kulttuurisen ja taloudellisen yhteyden ymmärtämistä. Khafagin mukaan näitä perinteitä, kuten naisten sukuelinten silpomista, olisi pyrittävä ymmärtämään niitä suorittavien ihmisten näkökulmasta, ja tätä tietoa voitaisiin käyttää kyseiseen kulttuuriin sopivien

puuttumismuotojen kehittämiseen. Ugandassa Kapchorwan alueella on käytetty menestyksellisesti REACH-ohjelmaa naisten sukuelinten silpomisen vähentämisessä. Tämä Sabinyn vanhempainyhdistyksen johtama ohjelma pyrki hankkimaan yhteisön vanhimpien tuen naisten sukuelinten silpomistavan irrottamiseksi niistä kulttuurisista arvoista, joita sen oli tarkoitus palvella. Se korvattiin vaihtoehtoisilla toimilla, jotka säilyttivät alkuperäistä kulttuuriperinnettä. Laatikossa 6.4 kuvataan toista, Egyptissä toteutettua ohjelmaa.

Lapsiavioliitot

Lapsiavioliitoilla on kulttuurinen pohja ja ne ovat usein laillisia, joten niiden muuttaminen on varsin vaikea tehtävä. Tavasta ei päästä eroon pelkästään tekemällä ne laittomiksi. Monissa maissa syntyvien lasten rekisteröinti on niin epäsäännöllistä, että ensimmäisen avioliittonsa solmivien ikää ei tiedetä. Tuloksia saavutetaan todennäköisemmin lieventämällä köyhyyttä, joka on yksi tärkeä taustatekijä sekä kiinnittämällä huomiota koulutukseen, nuorten synnyttäjien terveysvaaroihin ja lasten oikeuksiin.

Aseellisten konfliktien aikana tapahtuvat raiskaukset

Aseellisten konfliktien aikainen seksuaalinen väkivalta on noussut hiljattain jälleen esille kansalaisjärjestöjen ansiosta. Kansanmurhan leskien yhdistys AVEGA on tukenut sotaleskiä ja raiskauksien uhreja Ruandassa, ja afrikkalaisten naiskasvattajien foorumi (Forum for African Women Educationalists) on tarjonnut terveydenhoitoa ja uhrien neuvontaa Sierra Leonessa.

Vuonna 1995 YK:n pakolaiskomissaarintoimisto antoi ohjeet pakolaisväestöön kohdistuvan seksuaalisen väkivallan ehkäisyä ja siihen puuttumista varten. Näissä ohjeissa on määräykset seuraavista:

- leirien suunnittelu niin, että väkivallan todennäköisyys vähenee
- tapausten kirjaaminen muistiin
- henkilöstön kouluttaminen tunnistamaan seksuaalista väkivaltaa, puuttumaan siihen ja ehkäisemään sitä
- terveydenhoito- ja muut tukipalvelut kuten uusien traumojen välttämiseksi tarvittavat toimet.

Ohjeisto kattaa myös suurelle yleisölle suunnatut valistuskampanjat, koulutustoimet ja naisryhmien perustamisen väkivallasta raportoimiseksi ja siihen puuttumiseksi.

Kansainvälinen pakolaiskomissio on kehittänyt Guineassa ja Tansaniassa tehdystä työstä saatuihin kokemuksiin pohjautuvan ohjelman pakolaisväestöön kohdistuvan seksuaalisen väkivallan ehkäisyä varten. Se koostuu osallistuvista menetelmistä, joilla arvioidaan seksuaalisen ja sukupuolisidonnaisen väkivallan esiintyvyyttä, yhdyskuntatyöntekijöiden kouluttamisesta ja käyttämisestä tapausten tunnistamisessa ja asianmukaisten ehkäisyjärjestelmien kehittämisessä sekä toimenpiteistä, joiden avulla yhteisön johtajat ja muut viranomaiset saadaan nostamaan syytteitä tekijöitä vastaan. Tätä ohjelmaa on käytetty monissa maissa, muun muassa Bosniassa ja Hertsegovinassa, Itä-Timorissa, Keniassa, Kongossa, Makedoniassa ja Sierra Leonessa.

Suosituksia

Seksuaalinen väkivalta on ollut varsin laiminlyöty tutkimuskohde lähes kaikissa maissa, vaikka se on selvästi erittäin laaja terveydellinen ongelma. On tehtävä paljon enem-

Laatikko 6.4

Piste naisten sukuelinten silpomiselle: Egyptin esimerkki

Naisten sukuelinten silpominen on erittäin tavallista naimisissa olevilla egyptiläisillä naisilla. Vuonna 1995 tehdyssä väestö- ja terveystutkimuksessa todettiin, että tapa oli yleisin 9-13-vuotiaiden ikäryhmässä. Naisten ympärileikkausten suorittajista lähes puolet oli lääkäreitä ja 32% kättilöitä tai sairaanhoitajia. Sosiologisten tutkimusten mukaan yleisimmiksi syiksi ympärileikkaukseen ilmoitettiin perinteen ylläpitäminen, naisten seksuaalisten halujen kontrolloiminen, naisten tekeminen ”puhtaiksi” ja ennen kaikkea naisten tekeminen avioliittoon sopiviksi.

Naisten sukuelinten silpomista vastustava laajapohjainen liike perustettiin suurelta osin Kairossa vuonna 1994 pidetyn kansainvälisen väestö- ja kehityskonferenssin aikaansaaman yleisen tietoisuuden heräämisen ansiosta.

Egyptin gynekologien ja synnytyslääkärien yhdistys ja Egyptin hedelmällisyshoitoyhdistys antoivat vuonna 1998 yhteisen julkilausuman, jossa naisten sukuelinten silpomisen todettiin olevan sekä hyödytön että vahingollinen toimenpide, joka merkitsi epäeettistä lääkärintoimintaa. Egyptin terveys- ja väestöministeri antoi säädöksen, jossa kiellettiin ketään tekemästä naisten sukuelinten silpomisoperaatiota.

Myös islamilaisen maailman uskonnolliset johtajat ilmaisivat vastustuksensa. Tähdennettiin, ettei Koraanissa ole mainintaa naisten ympärileikkauksesta ja ettei profeetta Muhammedin lausumasta ollut näyttöä. Vuonna 1998 islamilaisen maailman väestö- ja terveyskonferenssi hyväksyi suosituksen, jossa islamilaisia valtioita kehoitetaan toimii kaikenlaisen naiseen kohdistuvan väkivallan lopettamiseksi. Siinä muistutetaan, että islamilainen laki sharia ei velvoita ympärileikkaamaan naisia.

Egyptiläiset kansalaisjärjestöt ovat kampanjoineet laajasti levittäen tietoa naisten sukuelinten silpomisesta. Ne ovat ottaneet sen osaksi yhteisöjen kehitys-, terveysvalistus- ja muita ohjelmia. Toimintaa varten on muodostettu noin 60 kansalaisjärjestön edustajista koostuva työryhmä.

Useat kansalaisjärjestöt ovat ryhtyneet yhteistyössä miespuolisten yhteisöjohtajien kanssa järjestämään miehille suunnattua toimintaa. Miehille kerrotaan naisen sukuelinten silpomiseen liittyvistä vaaroista. Nuoria miehiä kannustetaan ilmoittamaan, että he menevät naimisiin ympärileikkaamattoman naisen kanssa.

Ylä-Egyptissä toteutetaan eri sosiaaliryhmille - mukaan lukien yhteisöjen johtajat, uskonnolliset johtajat ja alan ammattilaiset - suunnattua ohjelmaa, jossa heitä koulutetaan toimimaan kampanjan johtajina. Perheille, jotka harkitsevat tyttärien ympärileikkaamista jättämisestä, tarjotaan neuvontaa. Terveystieteiden työntekijät keskustelevat perheiden kanssa ja yritettävät saada nämä luopumaan ympärileikkauksesta.

män sekä ongelman ymmärtämiseksi että sen ehkäisemiseksi.

Lisää tutkimusta

Yhteisen määritelmän puuttuminen ja ongelman luonnetta ja laajuutta kuvaavan tiedon niukkuus ovat vaikuttaneet osaltaan siihen, että seksuaalinen väkivalta ei ole esiintynyt poliittisten päättäjien eikä rahoittajien esityslistalla. Tarvitaan huomattavan paljon lisätutkimusta lähes kaikista sen puolista, joita ovat esimerkiksi:

- seksuaalisen väkivallan esiintyvyys ja yleisyys eri ympäristöissä (tutkittuna yhdenmukaisin seksuaalisen pakottamisen mittaamisen menetelmin)

- uhriksi tai tekijäksi joutumisen riskitekijät
- seksuaalisen väkivallan eri muotojen terveydelliset ja sosiaaliset seuraukset
- tekijät, jotka vaikuttavat seksuaalisesta väkivallasta toipumiseen
- seksuaalisen väkivallan eri muotojen sosiaaliset yhteydet, muun muassa seksikauppa, sekä seksuaalisen ja muun väkivallan yhteys.

Puuttumisen tehokkuus

Puuttumiseen käytettyjä menetelmiä on tutkittava myös siksi, että ymmärrettäisiin, miten eri tilanteissa voidaan tehokkaasti ehkäistä seksuaalista väkivaltaa ja hoitaa ja tukea uhreja. Etusijalle on asetettava seuraavat:

- uhrien tukemiseen tai seksuaaliseen väkivaltaan syyllysteineiden kanssa työskenteilyyn tarkoitettujen hankkeiden ja palvelujen kirjaaminen ja arviointi
- sen määrittäminen, mitkä ovat parhaita terveydenhuoltosektorin toteuttamia hankkeita, esimerkiksi raiskauksen jälkeisen profylaktisen antiretrovirusohoidon merkitys. On etsittävä eri tilanteisiin sopivia, resursseja vastaavia peruspalvelupaketteja.
- sen arviointi, mikä on parasta psyykkistä tukea kulloisessakin ympäristössä ja tilanteessa
- seksuaalisen väkivallan ehkäisyyn tähtäävien yhteisö- ja muiden ohjelmien, erityisesti miehille suunnattujen ja kouluissa toteutettavien hankkeiden, evaluointi.
- lakiuudistusten ja rikosoikeudellisten rangaistusten vaikutuksen tutkiminen.

Suurempi huomio ennalta ehkäisyyn

Seksuaalisen väkivallan ennalta ehkäisy jää usein uhreille tarjottavien palvelujen varjoon. Poliittisten päättäjien, tutkijoiden, rahoittajien ja kansalaisjärjestöjen olisikin kiinnitettävä paljon enemmän huomiota tähän tärkeään toimintalohkoon.

Etusijalle olisi asetettava seuraavat:

- seksuaalisen väkivallan kaikkien muotojen ennalta ehkäisy yhteisöissä, kouluissa ja pakolaisten parissa toteutettavien ohjelmien avulla
- kulttuurin huomioon ottavien ja osallistuvien asenteiden ja käyttäytymisen muuttamiseen tähtäävien lähestymistapojen tukeminen
- ohjelmat, jotka kohdistuvat väkivallan taustalla oleviin sosioekonomisiin syihin kuten köyhyyteen ja puutteelliseen koulutukseen esimerkiksi tarjoamalla työmahdollisuuksia nuorille
- ohjelmat, joiden tavoitteena on parantaa lasten kasvatusta, vähentää naisten haavoittuvuutta ja edistää sukupuolten tasa-arvoa tukevia maskuliinisuuskäsityksiä.

Seksuaaliseen väkivaltaan puuttuminen terveydenhuollossa

Potilaisiin kohdistuu terveydenhuollossa monin paikoin seksuaalista väkivaltaa, mutta ongelmaa ei yleensä myönnetä. Tämän torjunnan voittaminen ja ongelmaan tarttuminen edellyttää monia toimia:

- sukupuolisidonnaisen ja seksuaalisen väkivallan alaan kuuluvien kysymysten, myös eettisten näkökohtien, liittäminen lääkärin, sairaanhoitajien ja muiden terveystyöntekijöiden perus- ja jatkokoulutukseen
- potilasväkivallan tunnistamisen ja sen mahdollisten syiden tutkimisen tapojen aktiivinen etsiminen
- lääkäreiden ja sairaanhoitajien ammatillisten kansainvälisten elinten sekä kansalaisjärjestöjen (esimerkiksi naisjärjestöjen) hyväksikäyttö väkivallan seurannassa ja näy-

tön kokoamisessa ja terveydenhuoltosektorin järjestämissä toimintakampanjoissa

- hyvien hallinto- ja valituskäytäntöjen aikaansaaminen ja väkivaltaan syyllistyyviin terveydenhuoltotyöntekijöihin kohdistettavat ankarat kurinpidolliset toimet.

Johtopäätöksiä

Seksuaalinen väkivalta on yleinen ja vakava kansanterveydellinen ongelma, josta kärsivät miljoonat ihmiset joka vuosi kaikkialla maailmassa. Sitä kiihdyttävät monet sosiaaliset, kulttuuriset ja taloudelliset tekijät. Naisiin kohdistuvan seksuaalisen väkivallan pohjimmainen syy on sukupuolten välinen eriarvoisuus.

Monissa maissa puuttuu tietoa seksuaalisen väkivallan eri puolista. Siksi tarvitaan kipeästi monipuolista tutkimusta. Yhtä tärkeää on väkivaltaan puuttuminen. Ohjelmia on kehitetty monenlaisia. Ensijaista on ehkäistä ennalta sekä naisiin että miehiin suuntautuvaa seksuaalista väkivaltaa, tukea uhreja, tehostaa raiskaajien kiinnijäämistä ja rankaisemista sekä muuttaa sosiaalisia normeja ja parantaa naisten asemaa. Äärimmäisen tärkeää on kehittää niihin yhteiskuntiin sopivia hankkeita, joiden taloudelliset resurssit ovat heikot. Niin ikään on välttämätöntä evaluoida sekä teollisuus- että kehitysmaissa toteutettuja ohjelmia.

Terveydenhuollon ammattilaisten merkitys raiskauksen uhrin sairaanhoidollisessa ja henkisessä tukemisessa ja oikeuskäittelyyn tarvittavan todistusaineiston keräämisessä on merkittävä. Terveydenhuollon sektori on huomattavasti tehokkaampi maissa, joissa on ohjeistot ja lomakkeet tapausten hoitoa ja todisteiden keräämistä varten, joissa henkilö-kunta on hyvin koulutettua ja joissa yhteistyö oikeuslaitoksen kanssa on toimivaa. Seksuaalisen väkivallan kitkeminen edellyttää viranomaisten ja kansalaisyhteiskunnan vahvaa sitoutumista ja kaikkien eri sektorien koordinoitua yhteistoimintaa.

Kirjallisuus

1. Hakim M et al. Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in central Java. Yogyakarta, Gadjah Mada University, 2001.
2. Ellsberg MC. Candies in hell: domestic violence against women in Nicaragua. Umea ?, Umea ? University, 1997.
3. Mooney J. The hidden figure: domestic violence in north London. London, Middlesex University, 1993.
4. Jewkes R et al. Relationship dynamics and adolescent pregnancy in South Africa. *Social Science and Medicine*, 2001, 5:733-744.
5. Matasha E et al. Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania: need for intervention. *AIDS Care*, 1998, 10:571-582.
6. Buga GA, Amoko DH, Ncayiyana DJ. Sexual behaviour, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. *South African Medical Journal*, 1996, 86:523-527.
7. Holmes MM et al. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175:320-324.
8. Eby K et al. Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 1995, 16:563-576.
9. Leserman J et al. Selected symptoms associated with sexual and physical abuse among female patients with gastrointestinal disorders: the impact on subsequent health care visits. *Psychological Medicine*, 1998, 28:417-425.
10. McCauley J et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123:737-746.
11. Coker AL et al. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:451-457.
12. Letourneau EJ, Holmes M, Chasendunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 1999, 9:115-120.
13. Plichta SB, Abraham C. Violence and gynecologic health in women less than 50 years old. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 174:903-907.
14. Campbell JC, Soeken K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5:1017-1035.

15. Collett BJ et al. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:87–92.
16. Boyer D, Fine D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy. *Family Planning Perspectives*, 1992, 24:4–11.
17. Briggs L, Joyce PR. What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:575–582.
18. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 2001, 31:1237–1247.
19. Cheasty M, Clare AW, Collins C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case-control study. *British Medical Journal*, 1998, 316:198–201.
20. Darves-Bornoz JM. Rape-related psychotraumatic syndromes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 1997, 71:59–65.
21. Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245–258.
22. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35:1365–1374.
23. Levitan RD et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship of neurovegetative features, mania, and gender. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:1746–1752.
24. Acierio R et al. Risk factors for rape, physical assault, and post-traumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13:541–563.
25. Miller M. A model to explain the relationship between sexual abuse and HIV risk among women. *AIDS Care*, 1999, 11:3–20.
26. Mercy JA et al. Intentional injuries. In: Mashaly AY, Graitcer PH, Youssef ZM, eds. *Injury in Egypt: an analysis of injuries as a health problem*. Cairo, Rose El Youssef New Presses, 1993:65–84.
27. Mollica RF, Son L. Cultural dimensions in the evaluation and treatment of sexual trauma: an overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 1989, 12:363–379.
28. Omaar R, de Waal A. Crimes without punishment: sexual harassment and violence against female students in schools and universities in Africa. *African Rights*, July 1994 (Discussion Paper No. 4).
29. Swiss S et al. Violence against women during the Liberian civil conflict. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:625–629.
30. Migration Information Programme. *Trafficking and prostitution: the growing exploitation of migrant women from central and eastern Europe*. Geneva, International Organization for Migration, 1995.
31. Chauzy JP. *Kyrgyz Republic: trafficking*. Geneva, International Organization for Migration, 20 January 2001 (Press briefing notes).
32. Dinan K. *Owed justice: Thai women trafficked into debt bondage in Japan*. New York, NY, Human Rights Watch, 2000.
33. *The economics of sex*. Geneva, International Labour Organization, 1998 (World of Work, No. 26).
34. Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. *Social Science and Medicine* (in press).
35. *The international crime victim survey in countries in transition: national reports*. Rome, United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute, 1998.
36. *Victims of crime in the developing world*. Rome, United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute, 1998.
37. Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC, National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000 (NCJ 183781).
38. Weiss P, Zverina J. Experiences with sexual aggression within the general population in the Czech Republic. *Archives of Sexual Behavior*, 1999, 28:265–269.
39. Campbell JC, Soeken KL. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women*, 1999, 5:1017–1035.
40. Granados Shiroma M. *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género*. [Reproductive health and violence against women: an analysis from the gender perspective.] *Nuevo Leo* ? n, *Asociación ? n Mexicana de Población* ? n, *Colegio de México*, 1996.
41. Martin SL et al. Sexual behaviour and reproductive health outcomes: associations with wife abuse in India. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1967–1972.
42. Watts C et al. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:57–65.
43. Gillioz L, DePuy J, Ducret V. *Domination et violences envers la femme dans le couple*. [Domination and violence against women in the couple.] Lausanne, Payot-Éditions, 1997.
44. Rodgers K. *Wife assault: the findings of a national survey*. *Juristat Service Bulletin*, 1994, 14:1–22.
45. Randall M et al. *Sexual violence in women's lives: findings from the women's safety project, a community-based survey*. *Violence Against Women*, 1995, 1:6–31.
46. Morrison A et al. *The socio-economic impact of domestic violence against women in Chile and Nicaragua*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1997.
47. Painter K, Farrington DP. *Marital violence in Great Britain and its relationship to marital and nonmarital rape*. *International Review of*

- Victimology, 1998, 5:257–276. 48. Puerto Rico: encuesta de salud reproductiva 1995–1996. [Puerto Rico: reproductive health survey 1995–1996.] San Juan, University of Puerto Rico and Centers for Disease Control and Prevention, 1998.
49. Risberg G, Lundgren E, Westman G. Prevalence of sexualized violence among women: a populationbased study in a primary healthcare district. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1999, 27:247–253.
50. Heiskanen M, Piispa M. Faith, hope and battering: a survey of men's violence against women in Finland. Helsinki, Statistics Finland, 1998.
51. Haj Yahia MM. The incidence of wife abuse and battering and some demographic correlates revealed in two national surveys in Palestinian society. Ramallah, Basir Centre for Research and Development, 1998.
52. Ilkkaracan P et al. Exploring the context of women's sexuality in Eastern Turkey. *Reproductive Health Matters*, 1998, 6:66–75.
53. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No.11).
54. Rwenge M. Sexual risk behaviours among young people in Bamenda, Cameroon. *International Family Planning Perspectives*, 2000, 26:118–123.
55. Estudo CAP nas escolas: conhecimento, atitudes, praticas e comportamento em saude sexual e reproductiva em uma era de SIDA. [A KAP study in schools: knowledge, attitudes, practices and behaviour regarding sexual and reproductive health during an AIDS era.] Maputo, Gerac ?a ?o Biz and Ministry of Youth and Sport, 1999.
56. Caceres CF, Vanoss M, Sid Hudes E. Sexual coercion among youth and young adolescents in Lima, Peru. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27:361–367.
57. Abma J, Driscoll A, Moore K. Young women's degree of control over first intercourse: an exploratory analysis. *Family Planning Perspectives*, 1998, 30:12–18.
58. Dickson N et al. First sexual intercourse: age, coercion, and later regrets reported by a birth cohort. *British Medical Journal*, 1998, 316:29–33.
59. Adolescents. (Programme brief on the findings from the Operations research and technical assistance, Africa Project II.) Nairobi, The Population Council, 1998.
60. Halco ? n L, Beuhring T, Blum R. A portrait of adolescent health in the Caribbean, 2000. Minneapolis, MN, University of Minnesota and Pan American Health Organization, 2000.
61. Swart L et al. Rape surveillance through district surgeons' offices in Johannesburg, 1996–1998: findings, evaluation and prevention implications. *South African Journal of Psychology*, 2000, 30:1–10.
62. Greenfeld LA. Sex offenses and offenders: an analysis of data on rape and sexual assault. Washington, DC, United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics (NCJ 163392).
63. Richard AO. International trafficking in women to the United States: a contemporary manifestation of slavery and organized crime. Washington, DC, Center for the Study of Intelligence, 1999.
64. Brown L. Sex slaves: the trafficking of women in Asia. London, Virago Press, 2001.
65. Benninger-Budel C et al. Violence against women: a report. Geneva, World Organization Against Torture, 1999.
66. Migration Information Programme. Trafficking in women to Italy for sexual exploitation. Geneva, International Organization for Migration, 1996.
67. Barnard M. Violence and vulnerability: conditions of work for streetworking prostitutes. *Sociology of Health and Illness*, 1993, 15:683–705.
68. Church S et al. Violence by clients towards female prostitutes in different work settings: questionnaire survey. *British Medical Journal*, 2001, 322:524–525.
69. Jenkins C. Street sex workers in Dhaka: their clients and enemies. In: The Proceedings of the International Conference on Violence Against Women and Children, Dhaka, Bangladesh, June 1998. Dhaka, 1998.
70. Ayalew T, Berhane Y. Child prostitution: magnitude and related problems. *Ethiopian Medical Journal*, 2000, 38:153–163.
71. Perlez J. For the oppressed sex: brave words to live by. *New York Times*, 6 June 1990.
72. Bagley C, Bolitho F, Bertrand L. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. *Adolescence*, 1997, 32:361–366.
73. Nhundu TJ, Shumba A. The nature and frequency of reported cases of teacher perpetrated child sexual abuse in rural primary schools in Zimbabwe. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25:1517–1534.
74. Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios pu ? blicos en el Peru ? . [Silence and complicity: violence against women in public services in Peru.] Lima, Committee of Latin America and the Caribbean for the Defense of the Rights of the Woman, and Center for Reproductive Law and Policy, 1998.
75. McPhedran M. Sexual abuse in the health professions: who's counting? *World Health Statistics Quarterly*, 1996, 49:154–157.
76. Dehlendorf CE, Wolfe SM. Physicians disciplined for sex-related offenses. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:1883–1888.
77. Thomasson GO. Educating physicians to prevent sexrelated contact with patients. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281:419–420.
78. Lamont JA, Woodward C. Patient–physician sexual involvement: a Canadian survey of obstetriciangynecologists. *Canadian Medical Association Journal*, 1994, 150:1433–1439.
79. Fary T, Fisher N. Sexual contact between doctors and patients: almost always harmful. *British Medical Journal*, 1992, 304:1519–1520.
80. Fayad M. Female genital mutilation (female circumcision). Cairo, Star Press, 2000.

81. Human rights are women's rights. London, Amnesty International, 1999.
82. Frank MW et al. Virginity examinations in Turkey: role for forensic physicians in controlling female sexuality. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:485–490.
83. d'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 2002, 359:1681–1685.
84. Sargent C, Rawlins J. Transformations in maternity services in Jamaica. *Social Science and Medicine*, 1992, 35:1225–1232.
85. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Science and Medicine*, 1998, 47:1781–1795.
86. Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K. Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Social Science and Medicine*, 1994, 39:767–780.
87. Jaffre Y, Prual AM. Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. *Social Science and Medicine*, 1994, 38:1069–1073.
88. Shaikh MA. Sexual harassment in medical profession: perspectives from Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2000, 50:130–131.
89. Kisa A, Dziegielewski SF. Sexual harassment of female nurses in a hospital in Turkey. *Health Services Management Research*, 1996, 9:243–253.
90. Chelala C. Algerian abortion controversy highlights rape of war victims. *Lancet*, 1998, 351:1413.
91. Asia Watch. Rape in Kashmir: a crime of war. New York, NY, Human Rights Watch, 1993.
92. Xiau W. Silent consent: Indonesian abuse of women. *Harvard International Review*, 1999, 21:16–17.
93. Swiss S, Giller JE. Rape as a crime of war: a medical perspective. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270:612–615.
94. Pacific Women Against Violence. Violence against East Timor women. *Pacific Women's Network Against Violence Against Women*, 2000, 5:1–3.
95. Morrell R, ed. Changing men in Southern Africa. Pietermaritzburg, University of Natal Press, 2001.
96. Nduga S, Goodyear L. Pain too deep for tears: assessing the prevalence of sexual and gender violence among Burundian refugees in Tanzania. Kibondo, International Rescue Committee, 1997.
97. George A. Sexual behavior and sexual negotiation among poor women and men in Mumbai: an exploratory study. Baroda, Sahaj Society for Health Alternatives, 1997.
98. Sharma V, Sujay R, Sharma A. Can married women say no to sex? Repercussions of the denial of the sexual act. *Journal of Family Welfare*, 1998, 44:1–8.
99. Early marriage: whose right to choose? London, Forum on Marriage and the Rights of Women and Girls, 2000.
100. UNICEF Innocenti Research Center. Early marriage: child spouses. *Innocenti Digest*, 2001, No. 7.
101. Kumari R, Singh R, Dubey A. Growing up in rural India: problems and needs of adolescent girls. New Delhi, Radiant Publishers, 1990.
102. Ahmed EM. Violence against women: the legal system and institutional responses. Lahore, AGHS Legal Aid Cell, 1998.
103. Indicators on marriage and marital status. In: 1997 Demographic yearbook, 49th ed. New York, NY, United Nations Statistics Division, 1999.
104. Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden. Washington, DC, World Bank, 1994 (Discussion Paper No. 255).
105. Crowell NA, Burgess AW, eds. Understanding violence against women. Washington, DC, National Academy Press, 1996.
106. Koss M, Dinero TE. Discriminant analysis of risk factors for sexual victimisation among a national sample of college women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57:242–250.
107. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviours and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:789–803.
108. Fleming J et al. The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23:145–159.
109. Pederson W, Skrandal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91:565–581.
110. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24:1579–1589.
111. Jewkes R, Penn-Kekana L, Levin J. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Social Science and Medicine* (in press).
112. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*, 2002, 359:1423–1429.
113. Omarodion FI, Olusanya O. The social context of reported rape in Benin City, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 1998, 2:37–43.
114. Faune MA. Centroamerica: los costos de la guerra y la paz. [Central America: the costs of war and of peace.] *Perspectivas*, 1997, 8:14–15.
115. International Clinical Epidemiologists Network. Domestic violence in India: a summary report of a multi-site household survey. Washington, DC, International Center for Research on Women, 2000.
116. Heise L, Moore K, Toubia N. Sexual coercion and women's reproductive health: a focus on research. New York, NY, Population Council, 1995.
117. Violence against women: a priority health issue. Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/FRH/WHO/97.8).
118. Miczek KA et al. Alcohol, drugs of abuse, aggression and violence. In: Reiss AJ, Roth JA, eds. Understanding and preventing violence. Vol. 3.

- Social influences. Washington, DC, National Academy Press, 1993:377–570.
119. Grisso JA et al. Violent injuries among women in an urban area. *New England Journal of Medicine*, 1999, 341:1899–1905.
120. Abby A, Ross LT, McDuffie D. Alcohol's role in sexual assault. In: Watson RR, ed. *Drug and alcohol reviews*. Vol. 5. Addictive behaviors in women. Totowa, NJ, Humana Press, 1995.
121. McDonald M, ed. *Gender, drink and drugs*. Oxford, Berg Publishers, 1994.
122. Drieschner K, Lange A. A review of cognitive factors in the aetiology of rape: theories, empirical studies and implications. *Clinical Psychology Review*, 1999, 19:57–77.
123. Dean KE, Malamuth NM. Characteristics of men who aggress sexually and of men who imagine aggressing: risk and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 72:449–455.
124. Malamuth NM, Addison T, Koss MP. Pornography and sexual aggression: are there reliable effects and how can we understand them? *Annual Review of Sex Research*, 2000, 11:26–91.
125. Malamuth NM. A multidimensional approach to sexual aggression: combining measures of past behavior and present likelihood. *Annals of the New York Academy of Science*, 1998, 528:113–146.
126. Ouimet PC, Riggs D. Testing a mediational model of sexually aggressive behavior in nonincarcerated perpetrators. *Violence and Victims*, 1998, 13:117–130.
127. Malamuth NMet al. The characteristics of aggressors against women: testing a model using a national sample of college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, 59:670–681.
128. Lisak D, Roth S. Motives and psychodynamics of self-reported, unincarcerated rapists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, 55:584–589.
129. Bourgois P. In search of respect: selling crack in El Barrio. Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
130. Petty GM, Dawson B. Sexual aggression in normal men: incidence, beliefs and personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 1989, 10:355–362.
131. Borowsky IW, Hogan M, Ireland M. Adolescent sexual aggression: risk and protective factors. *Pediatrics*, 1997, 100:E7.
132. Gwartney-Gibbs PA, Stockard J, Bohmer S. Learning courtship aggression: the influence of parents, peers and personal experiences. *Family Relations*, 1983, 35:276–282.
133. Jenkins C. Sexual behaviour in Papua New Guinea. In: Report of the Third Annual Meeting of the International Network on Violence Against Women, January 1998. Washington, DC, International Network on Violence Against Women, 1998.
134. Watkins B, Bentovim A. The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1992, 33:197–248.
135. Dobash E, Dobash R. *Women, violence and social change*. London, Routledge, 1992.
136. Wood K, Maepa J, Jewkes R. Adolescent sex and contraceptive experiences: perspectives of teenagers and clinic nurses in the Northern Province. Pretoria, Medical Research Council, 1997 (Technical Report).
137. Hadidi M, Kulwicki A, Jahshan H. A review of 16 cases of honour killings in Jordan in 1995. *International Journal of Legal Medicine*, 2001, 114:357–359.
138. Bourgois P. In search of masculinity: violence, respect and sexuality among Puerto Rican crack dealers in East Harlem. *British Journal of Criminology*, 1996, 36:412–427.
139. Wood K, Jewkes R. "Dangerous" love: reflections on violence among Xhosa township youth. In: Morrell R, ed. *Changing men in Southern Africa*. Pietermaritzburg, University of Natal Press, 2001.
140. Silberschmidt M. Disempowerment of men in rural and urban East Africa: implications for male identity and sexual behavior. *World Development*, 2001, 29:657–671.
141. Madge C. Public parks and the geography of fear. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 1997, 88:237–250.
142. Pain RH. Social geographies of women's fear of crime. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 1997, 22:231–244.
143. Rozepe PD. Forbidden or forgiven? Rape in crosscultural perspective. *Psychology of Women Quarterly*, 1993, 17:499–514.
144. Ariffin RE. Shame, secrecy and silence: study of rape in Penang. Penang, Women's Crisis Centre, 1997.
145. Bennett L, Manderson L, Astbury J. Mapping a global pandemic: review of current literature on rape, sexual assault and sexual harassment of women. Melbourne, University of Melbourne, 2000.
146. Sen P. *Ending the presumption of consent: nonconsensual sex in marriage*. London, Centre for Health and Gender Equity, 1999.
147. Buckley T, Gottlieb A. *Blood magic: the anthropology of menstruation*. Berkeley, CA, University of California, 1998.
148. Sanday P. The socio-cultural context of rape: a cross-cultural study. *Journal of Social Issues*, 1981, 37:5–27.
149. Gartner R. The victims of homicide: a temporal and cross-national comparison. *American Sociological Review*, 1990, 55:92–106.
150. Briggs CM, Cutright P. Structural and cultural determinants of child homicide: a cross-national analysis. *Violence and Victims*, 1994, 9:3–16.
151. Smut M, Miranda JLE. El Salvador: socialización ? ny violencia juvenil. [El Salvador: socialization and juvenile violence.] In: Ramos CG, ed. *América Central en los noventa: problemas de juventud*. [Central America in the 90s: youth problems.] San Salvador, Latin American Faculty of Social Sciences, 1998:151–187.
152. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 2002, 359:1232–1237.
153. Antrobus P. Reversing the impact of structural adjustment on women's health. In: Antrobus P et al., eds. *We speak for ourselves: population and development*. Washington, DC, Panos Institute, 1994:6–8.
154. Mulugeta E, Kassaye M, Berhane Y. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. *Ethiopian Medical Journal*,

- 1998, 36:167–174.
155. Evaluación de un proyecto para educación, capacitación y atención a mujeres y menores de edad en materia de violencia sexual, enero a diciembre 1990. [An evaluation of a project to provide education, training and care for women and minors affected by sexual violence, January–December 1990.] Mexico City, Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres, 1990.
156. Carpeta de información básica para la atención solidaria y feminista a mujeres violadas. [Basic information file for mutually supportive feminist care for women rape victims.] Mexico City, Centro de Apoyo a Mujeres Violadas, 1985.
157. Roosa MW et al. The relationship of childhood sexual abuse to teenage pregnancy. *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59:119–130.
158. Stock JL et al. Adolescent pregnancy and sexual risktaking among sexually abused girls. *Family Planning Perspectives*, 1997, 29:200–227.
159. Jenny C et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *New England Journal of Medicine*, 1990, 322:713–716.
160. Wingood G, DiClemente R, Raj A. Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 19:270–275.
161. Anteghini M et al. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 28:295–302.
162. Mullen PE et al. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet*, 1988, i:841–845.
163. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21:823–832.
164. Kimerling R, Calhoun KS. Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, 62:333–340.
165. Foa EB et al. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing post-traumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:194–200.
166. Tarrier N et al. Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder: twelve-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:571–575.
167. Kilpatrick DG, Edmonds CN, Seymour AK. Rape in America: a report to the nation. Arlington, VA, National Victim Center, 1992.
168. Davidson JR et al. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53:550–555.
169. Luster T, Small SA. Sexual abuse history and problems in adolescence: exploring the effects of moderating variables. *Journal of Marriage and the Family*, 1997, 59:131–142.
170. McCauley J et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:1362–1368.
171. Nagy S, Adcock AG, Nagy MC. A comparison of risky health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. *Pediatrics*, 1994, 93:570–575.
172. Romans SE et al. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152:1336–1342.
173. Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting. *Violence and Victims*, 1998, 13:3–9.
174. Statham DJ et al. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine*, 1998, 28:839–855.
175. Heise L. Violence against women: the missing agenda. In: Koblinsky M, Timyan J, Gay J, eds. *The health of women: a global perspective*. Boulder, CO, Westview Press, 1993.
176. Ahmad K. Public protests after rape in Pakistani hospital. *Lancet*, 1999, 354:659.
177. Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioural program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63:948–955.
178. Foa EB, Street GP. Women and traumatic events. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001, 62 (Suppl. 17):29–34.
179. Meyer CB, Taylor SE. Adjustment to rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, 50:1226–1234.
180. Christofides N. Evaluation of Soul City in partnership with the National Network on Violence Against Women (NNVAW): some initial findings. Johannesburg, Women's Health Project, University of the Witwatersrand, 2000.
181. Kelly L, Radford J. Sexual violence against women and girls: an approach to an international overview. In: Dobash E, Dobash R, eds. *Rethinking violence against women*. London, Sage, 1998.
182. Kaufman M. Building a movement of men working to end violence against women. *Development*, 2001, 44:9–14.
183. Welbourn A. *Stepping Stones*. Oxford, Strategies for Hope, 1995.
184. *Men as partners*. New York, NY, AVSC International, 1998.
185. Gordon G, Welbourn A. *Stepping Stones and men*. Washington, DC, Inter-Agency Gender Working Group, 2001.
186. Schwartz IL. Sexual violence against women: prevalence, consequences, societal factors and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 1991, 7:363–373.
187. Du Mont J, Parnis D. Sexual assault and legal resolution: querying the medical collection of forensic evidence. *Medicine and Law*, 2000, 19:779–792.
188. McGregor MJ et al. Examination for sexual assault: is the documentation of physical injury associated with the laying of charges? *Journal of the Canadian Medical Association*, 1999, 160:1565–1569.
189. Chaudhry S et al. Retrospective study of alleged sexual assault at the Aga Khan Hospital, Nairobi. *East African Medical Journal*, 1995, 72:200–202.

190. Harrison JM, Murphy SM. A care package for managing female sexual assault in genitourinary medicine. *International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 1999, 10:283–289.
191. Parris D, Du Mont J. An exploratory study of postsexual assault professional practices: examining the standardised application of rape kits. *Health Care for Women International* (in press).
192. Resnick H et al. Prevention of post-rape psychopathology: preliminary findings of a controlled acute rape treatment study. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13:359–370.
193. Ramos-Jimenez P. Philippine strategies to combat domestic violence against women. Manila, Social Development Research Center and De La Salle University, 1996.
194. Violence against women and HIV/AIDS: setting the research agenda. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/FCH/GWH/01.08).
195. Case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood: France, United Kingdom, and United States, January 1988 to August 1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1995, 44:929–933.
196. Ippolito G et al. The risk of occupational HIV in health care workers. *Archives of Internal Medicine*, 1993, 153:1451–1458.
197. Wiebe ER et al. Offering HIV prophylaxis to people who have been sexually assaulted: 16 months' experience in a sexual assault service. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 162:641–645.
198. Du Mont J, MacDonald S, Badgley R. An overview of the sexual assault care and treatment centres of Ontario. Toronto, The Ontario Network of Sexual Assault Care and Treatment Centres, 1997.
199. Njovana E, Watts C. Gender violence in Zimbabwe: a need for collaborative action. *Reproductive Health Matters*, 1996, 7:46–54.
200. Safe and secure: eliminating violence against women and girls in Muslim societies. Montreal, Sisterhood Is Global Institute, 1998.
201. Mehrotra A et al. A life free of violence: it's our right. New York, NY, United Nations Development Fund for Women, 2000.
202. Flood M. Men's collective anti-violence activism and the struggle for gender justice. *Development*, 2001, 44:42–47.
203. Du Mont J, Myhr TL. So few convictions: the role of client-related characteristics in the legal processing of sexual assaults. *Violence Against Women*, 2000, 6:1109–1136.
204. Further actions and initiatives to implement the Beijing Declaration and Platform for Action. New York, NY, Women, Peace and Development, United Nations, 2000 (Outcome Document, United Nations General Assembly Special Session, Women 2000: Beijing Plus Five).
205. Reproductive rights 2000: moving forward. New York, NY, Center for Reproductive Law and Policy, 2000.
206. Bedont B, Martinez KH. Ending impunity for gender crimes under the International Criminal Court. *The Brown Journal of World Affairs*, 1999, 6:65–85.
207. Coomaraswamy R. Integration of the human rights of women and the gender perspective. Violence against women. New York, NY, United Nations Economic and Social Council, Commission on Human Rights, 2000 (Report of the Special Rapporteur on violence against women).
208. Khafagi F. Breaking cultural and social taboos: the fight against female genital mutilation in Egypt. *Development*, 2001, 44:74–78.
209. Reproductive health effects of gender-based violence. New York, NY, United Nations Population Fund, 1998 (available on the Internet at <http://www.unfpa.org/about/report/report198/ppgenderbased.htm>.) (Annual Report 1998: programme priorities).
210. Sierra Leone: rape and other forms of sexual violence against girls and women. London, Amnesty International, 2000.
211. Sexual violence against refugees: guidelines on prevention and response. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 1995.
212. Sexual and gender-based violence programme in Guinea. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 2001.

Luku 7

ITSEMURHAT

Taustaa

Arvioidaan, että vuonna 2000 maailmassa kuoli 815 000 ihmistä itsemurhan uhrina. Koko maailman itsemurhakuolleisuus on näin ollen noin 14,5/100 000 asukasta - eli yksi kuolema joka 40. sekunti. Itsemurha on maailman kuolinsyystilastossa 13. sijalla (ks. tilastoliite). 15-44-vuotiaiden ikäryhmässä itse aiheutetut vammat ovat neljänneksi yleisin kuolinsyy ja kuudenneksi yleisin huonon terveydentilan ja työkyvyttömyyden aiheuttaja.

Itsemurhakuolemat ovat vain osa tätä hyvin vakavaa ongelmaa. Monet jäävät henkiin yritettyään ottaa itseltään hengen tai vahingoittaa itseään, mutta saavat hoitoa vaativia vammoja. Sitä paitsi jokainen itsemurhan tehnyt jättää jälkeensä monta ihmistä, perheenjäsentä ja ystäviä, joiden elämään se vaikuttaa niin emotionaalisesti, sosiaalisesti kuin taloudellisestikin. Itse aiheutettujen kuolemien ja vammojen vuotuisten kustannusten arvioidaan olevan miljardeja dollareita.

Miten itsemurha määritellään?

Itsetuhokäyttäytymisen aste vaihtelee pelkistä elämänsä päättämisajatuksista itsemurhasuunnitelman tekemiseen ja välineiden hankkimiseen, yritykseen surmata itsensä ja viimein teon suorittamiseen ("toteutettuun itsemurhaan").

Englannin kielen termi "suicide" viittaa itseen väkivaltaan ja aggressioon. Sanan sepitti ilmeisesti lääkäri ja filosofi Sir Thomas Browne teoksessaan *Religio medici*. Browne käytti siinä pohjana latinan kielen sanoja *sui* (itsensä) ja *caedere* (surmata). Uudella termillä haluttiin erottaa toisistaan itsensä ja toisen henkilön surmaaminen.

Hyvin tunnettu itsemurhan määritelmä on Shneidmanin vuoden 1973 *Encyclopedia Britannica*ssa esittämä: "ihmisen teko, jolla hän aiheuttaa itse oman elämänsä päättymisen". Jokaisessa itsemurhan määritelmässä tappamisen intentio, aikomus, on varmasti

olennainen osa. Mielikuvan muodostaminen itsemurhan tehneiden ihmisten ajatuksista on kuitenkin usein äärimmäisen vaikeaa, elleivät he ole ennen kuolemaansa kertoneet selvästi aikomuksistaan tai jättäneet jälkeensä itsemurhaviestä. Kaikki itsemurhayrityksestä selvinneet eivät halunneet jäädä henkiin, eivätkä kaikki itsemurhakuolemat ole suunniteltuja. Aikomuksen ja seurauksen yhdistäminen voikin olla ongelmallista. Monissa oikeusjärjestelmissä kuolema vahvistetaan itsemurhaksi, jos tekotilanne sopii itsemurhaan ja henkirikos, tapaturmainen kuolema ja luonnolliset syyt on suljettu pois.

Itsetuhokäyttäytymisen kuvaamiseen käytettävistä termeistä on kiistelty kovasti. Viime aikoina on ehdotettu käytettäväksi seurauksen mukaan määriteltäviä termejä ”kuolemaan johtava itsetuhokäyttäytyminen” ja ”ei-kuolemaan johtava itsetuhokäyttäytyminen”. Ei-kuolemaan johtavaa tekoa kutsutaan myös itsemurhayritykseksi tai tahalliseksi itsensä vahingoittamiseksi.

Teknisessä kielessä käytetään usein termiä SUICIDAL IDEATION ”itsetuhoajatukset”, mikä viittaa henkilön elämänsä päättämistä koskeviin ajatuksiin, jotka vaihtelevat sekä voimakkuudeltaan että sen suhteen, miten pitkälle kehittyneitä ne ovat. Kirjallisuudessa termi viittaa usein myös siihen, että ihminen tuntee olevansa väsynyt elämänsä, uskoo ettei elämä ole elämisen arvoista eikä halua herätä unesta. Vaikka nämä erilaiset tunteet ja kuvitelmat ovat vakavuudeltaan vaihtelevia, niiden välillä ei ole välttämättä jatkumoa. Sitä paitsi tarkoitus kuolla ei ole välttämättä itsemurhayrityksen tunnusmerkki.

Ihmissen itsensä kohdistaman väkivallan toinen yleinen muoto on itsensä vahingoittaminen. Se on ruumiin osien välitöntä ja tahallista turmelemista tai muuttamista ilman tietoisia itsemurha-aikomusta. Favazza on ehdottanut tämän jakamista kolmeen ryhmään:

- MAJOR SELF-MUTILATION vakava itsensä vahingoittaminen, mm. itsensä sokaiseminen ja sormien, käsien, jalkojen ja sukuelinten silpominen
- STEREOTYPICAL SELF-MUTILATION stereotyyppinen itsensä vahingoittaminen, mm. pään hakkaaminen, itsensä pureminen, kätensä lyöminen, silmiensä tai kurkunsaa kaivaminen tai hiuksiensa irti repiminen
- SUPERFICIAL-TO-MODERATE vähäinen tai kohtalaisen vakava itsensä vahingoittaminen, mm. ihon leikkaaminen, naarmuttaminen tai polttaminen, neurolojen pistely ihoon tai pakonomainen hiusten nyyppiminen.

Itsensä vahingoittamiseen sisältyy monia erilaisia itsetuhokäyttäytymisen muotoja. Niiden tarkastelu ei kuitenkaan kuulu tämän raportin piiriin.

Ongelman laajuus

Kuolemaan johtava itsetuhokäyttäytyminen

Itsemurhakuolleisuus vaihtelee huomattavasti maittain (ks. taulukko 7.1). Niistä maista, jotka toimittavat tiedot WHO:lle, itsemurhakuolleisuus on korkein Itä-Euroopassa (esimerkiksi Liettua 51,6/100 000, Valkovenäjällä 41,5/100 000, Venäjällä 43,1/100 000 ja Virossa 37,9/100 000). WHO:n Kaakkois-Aasian aluetoimiston mukaan luku on korkea myös Sri Lankassa (37/100 000). Itsemurhakuolleisuus on alhainen Latinalaisessa Amerikassa (erityisesti Kolumbiassa, 4,5/100 000, ja Paraguayssa, 4,2/100 000) ja joissakin Aasian maissa (esimerkiksi Filippiineillä 2,1/100 000 ja Thaimassa 5,6/100 000). Muut Euroopan maat, Pohjois-Amerikka ja osa Aasian ja Tyynen meren valtioista sijoituvat jonnekin näiden ääripäiden väliin (esimerkiksi Australia 17,9/100 000, Belgia

Taulukko 7.1

Ikävakioitu itsemurhakuolleisuus maittain, uusin käytettävissä oleva tietoa

Valtio tai alue	Vuosi	Itsemurhien kokonaismäärä	Itsemurhakuolleisuus 100 000 asukasta kohti				Miesten ja naisten välinen suhde
			Yhteensä	Miehet	Naiset	naisten	
Alankomaat	1999	1 517	11,0	15,2	7,1	2,1	
Albania	1998	165	7,1	9,5	4,8	2,0	
Argentiina	1996	2 245	8,7	14,2	3,9	3,6	
Armenia	1999	67	2,3	3,6	-b	-b	
Australia	1998	2 633	17,9	28,9	7,0	4,1	
Azerbaidzan	1999	54	1,1	1,7	-b	-b	
Belgia	1995	2 155	24,0	36,3	12,7	2,9	
Bosnia ja Hertsegovina	1991	531	14,8	25,3	4,2	6,1	
Brasilia	1995	6 584	6,3	10,3	2,5	4,1	
Bulgaria	1999	1 307	16,4	26,2	7,7	3,4	
Chile	1994	801	8,1	15,0	1,9	8,1	
Costa Rica	1995	211	8,8	14,4	3,0	4,7	
Ecuador	1996	593	7,2	10,4	4,1	2,5	
El Salvador	1993	429	11,2	16,3	6,8	2,4	
Espanja	1998	3 261	8,7	14,2	3,8	3,8	
Etelä-Korea	1997	6 024	17,1	25,3	10,1	2,5	
Filippiinit	1993	851	2,1	2,5	1,6	1,6	
Georgia	1992	204	5,3	8,7	2,5	3,4	
Irlanti	1997	466	16,8	27,4	6,3	4,3	
Iso-Britannia ja Wales	1999	4 448	9,2	14,6	3,9	3,8	
Englanti	1999	3 690	8,5	13,4	3,6	3,7	
Pohjois-Irlanti	1999	121	9,9	17,0	-b	-b	
Skotlanti	1999	637	15,7	25,3	6,3	4,0	
Israel	1997	379	8,7	14,6	3,3	4,4	
Italia	1997	4 694	8,4	13,4	3,8	3,5	
Itävalta	1999	1 555	20,9	32,7	10,2	3,2	
Japani	1997	23 502	19,5	28,0	11,5	2,4	
Kanada	1997	3 681	15,0	24,1	6,1	3,9	
Kazakstan	1999	4 004	37,4	67,3	11,6	5,8	
Kiina							
Hongkong	1996	788	14,9	19,5	10,4	1,9	
Valitut alueet	1999	16 836	18,3	18,0	18,8	1,0	
Kirgisia	1999	559	18,7	31,9	6,3	5,1	
Kolumbia	1995	1 172	4,5	7,4	1,8	4,1	
Kreikka	1998	403	4,2	6,7	1,8	3,7	
Kroatia	1999	989	24,8	40,6	11,6	3,5	
Kuuba	1997	2 029	23,0	32,1	14,2	2,3	
Kuwait	1999	47	2,0	2,2	-b	-b	

Valtio tai alue	Vuosi	Itsemurhien kokonaismäärä	Itsemurhakuolleisuus 100 000 asukasta kohti			
			Yhteensä	Miehet	Naiset naisten	Miesten ja naisten välinen suhde
Latvia	1999	764	36,5	63,7	13,6	4,7
Liettua	1999	1 552	51,6	93,0	15,0	6,2
Makedonia	1999	579	20,7	37,7	6,3	6,0
Mauritius	1999	174	19,2	26,5	12,1	2,2
Meksiko	1997	3 369	5,1	9,1	1,4	6,3
Moldova	1999	579	20,7	37,7	6,3	6,0
Nicaragua	1996	230	7,6	11,2	4,3	2,6
Norja	1997	533	14,6	21,6	8,0	2,7
Panama	1997	145	7,8	13,2	2,3	5,7
Paraguay	1994	109	4,2	6,5	1,8	3,6
Portugali	1999	545	5,4	9,0	2,4	3,8
Puerto Rico	1998	321	10,8	20,9	2,0	10,4
Puola	1995	5 499	17,9	31,0	5,6	3,8
Ranska	1998	10 534	20,0	31,3	9,9	3,2
Romania	1999	2 736	43,1	77,8	12,6	6,2
Ruotsi	1996	1 253	15,9	22,9	9,2	2,5
Saksa	1999	11 160	14,3	22,5	6,9	3,3
Singapore	1998	371	15,7	18,8	12,7	1,5
Slovakia	1999	692	15,4	27,9	4,3	6,5
Slovenia	1999	590	33,0	53,9	14,4	3,7
Suomi	1998	1 228	28,4	45,8	11,7	3,9
Sveitsi	1996	1 431	22,5	33,7	12,3	2,7
Tadzikistan	1995	199	7,1	10,9	3,4	3,2
Tanska	1996	892	18,4	27,2	10,1	2,7
Thaimaa	1994	2 333	5,6	8,0	3,3	2,4
Trinidad ja Tobago	1994	148	16,9	26,1	6,8	3,8
Tshekin tasavalta	1999	1 610	17,5	30,1	6,3	4,8
Turkmenistan	1998	406	13,7	22,2	5,4	4,1
Ukraina	1999	14 452	33,8	61,8	10,1	6,1
Unkari	1999	3 328	36,1	61,5	14,4	4,3
Uruguay	1990	318	12,8	22,0	4,8	4,6
Uusi Seelanti	1998	574	19,8	31,2	8,9	3,5
Uzbekistan	1998	1 620	10,6	17,2	4,4	3,9
Valkovenäjä	1999	3 408	41,5	76,5	11,3	6,7
Venezuela	1994	1 089	8,1	13,7	2,7	5,0
Venäjä	1998	51 770	43,1	77,8	12,6	6,2
Viro	1999	469	37,9	68,5	12,0	5,7
Yhdysvallat	1998	30 575	13,9	23,2	5,3	4,4

a Tuoreimmat tiedot vuodesta 1990 alkaen maista, joiden väkiluku on yli 1 miljoona.
b Ilmoitettujen kuolemantapausten määrä alle 20; kuolleisuutta ei laskettu.

24,0/100 000, Japani 19,5/100 000, Kanada 15,0/100 000, Ranska 20,0/100 000, Saksa 14,3/100 000, Suomi 28,4/100 000, Sveitsi 22,5/100 000 ja Yhdysvallat 13,9/100 000). Afrikan maista on valitettavasti saatavilla hyvin vähän tietoja.

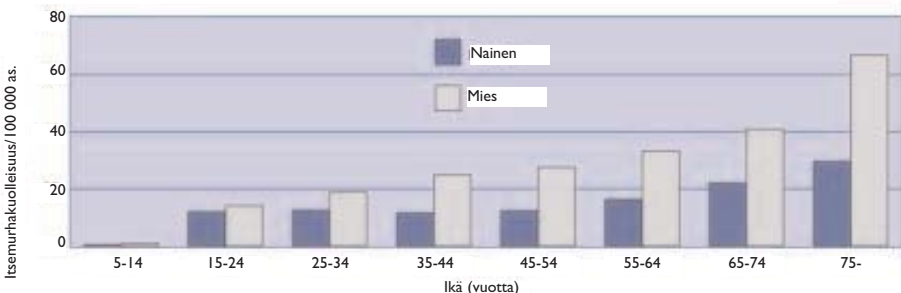
Kahdesta maasta, Ruotsista ja Suomesta, on tietoja itsemurhien määristä jo 1700-luvulta alkaen. Molemmissa maissa suuntaus on ollut nouseva. 1900-luvulla itsemurhien määrä kasvoi merkittävästi Alankomaissa, Espanjassa, Irlannissa, Norjassa, Ruotsissa, Skotlannissa ja Suomessa ja väheni voimakkaasti Englannissa ja Walesissa (näiden tiedot ovat yhteenlaskettuja), Italiassa, Sveitsissä ja Uudessa Seelannissa. Australiassa ei tapahtunut merkittävää muutosta. Vuodesta 1960 vuoteen 1990 tapahtui nousua ainakin 28 maan tai alueen osalta, esimerkiksi Bulgariassa, Costa Ricassa, Mauritiuksella, Singaporessa ja Taiwanin maakunnassa ja laskua kahdeksan maan tai alueen osalta, esimerkiksi Australiassa sekä Englannissa ja Walesissa.

Itsemurhat eivät jakaudu väestössä tasaisesti. Yksi tärkeä demografinen riskitekijä on ikä. Itsemurhakuolleisuus lisääntyy yleensä iän myötä, joskin joissakin maissa, esimerkiksi Kanadassa on viime aikoina tullut toinenkin ikäryhmähuippu, 15-24-vuotiaat. Kuviossa 7.1 on esitetty itsemurhakuolleisuus iän ja sukupuolen mukaan vuonna 1995. Itsemurhakuolleisuus vaihteli 5-14-vuotiaiden 0,9:stä/100 000 75 vuotta täyttäneiden 66,9:ään/100 000. Itsemurhaluvut ovat yleensä 75 vuotta täyttäneillä noin kolminkertaisia verrattuna 15-24-vuotiaisiin. Suuntaus on sama molemmilla sukupuolilla, mutta miehillä se on selvempi. Naisten osalta vaihtelevuus on suurempaa. Joissakin maissa itsemurhaluvut nousevat tasaisesti iän myötä, joissakin maissa keski-ikässä esiintyy huippu, ja erityisesti kehitysmaissa ja vähemmistöryhmien keskuudessa huippu sijoittuu nuoriin aikuisiin.

Vaikka itsemurhakuolleisuus on yleensä suhteellisesti korkeampi vanhemmilla ihmisillä, tilastoitujen tapausten absoluuttinen määrä on suurempi alle 45-vuotiailla kuin yli 45-vuotiailla ikäjakauma huomioon ottaen (ks. taulukko 7.2). Tämä on merkittävä muutos verrattuna 50 vuoden takaiseen tilanteeseen, jolloin itsemurhien absoluuttinen määrä nousi jyrkästi iän myötä. Sitä ei selitä maailman väestön yleinen vanheneminen; itse asiassa se on tämän väestötrendin vastaista kehitystä. Tällä hetkellä itsemurhaluvut ovat jo korkeammat alle 45-vuotiailla kuin yli 45-vuotiailla noin kolmasosassa maita. Ilmiö on havaittavissa kaikissa maanosissa eikä korreloi teollistumisen asteen tai vaurauden kanssa. Esimerkkejä maista ja alueista, joissa suhteellinen itsemurhakuolleisuus (samoin kuin absoluuttinen määrä) on korkeampi alle 45-vuotiailla kuin vanhemmilla ovat Australia, Bahrain, Ecuador, Guayana, Iso-Britannia, Kanada, Kolumbia, Kuwait, Mauritius, Sri

Kuvio 7.1

Itsemurhakuolleisuus koko maailmassa iän ja sukupuolen mukaan v. 1995



Taulukko 7.2

Prosentuaalinen osuus kaikista itsemurhista iän ja sukupuolen mukaan^a

	Ikä (vuotta)								
	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-	Yht.
Miehet	0,7	12,7	18,3	20,5	17,0	13,9	9,6	7,3	100
Naiset	0,9	13,3	15,0	15,4	14,7	13,9	13,7	13,1	100
Kaikki	0,8	12,8	17,5	19,2	16,4	13,9	10,7	8,7	100

^a Perustuu WHO:lle tietoja toimittavien maiden lukuihin; viimeisin saatavilla oleva tieto

Lanka ja Uusi Seelanti. Nuorten itsemurhat ovat erityisen yleisiä useissa Tyynen meren maissa, esimerkiksi Fidzissä (intialaisväestön keskuudessa) ja Samoalla. Tämä pätee sekä nuoriin miehiin että nuoriin naisiin.

Sukupuoli, kulttuuri, rotu ja etninen alkuperä ovat myös tärkeitä itsemurhaepidemiologia tekijöitä. Miesten ja naisten itsemurhakuolleisuuden suhde vaihtelee suuresti, 1,0:1 - 10,4:1 (ks. taulukko 7.1). Tähän suhteeseen vaikuttaa osittain kulttuuri. Se on erityisen alhainen joissakin Aasian maissa (esimerkiksi Kiinassa 1,0:1, Filippiineillä 1,6:1, Singaporessa 1,5:1), korkea useissa entisen Neuvostoliiton maissa (Liettuassa 6,2:1, Valkovenäjällä 6,7:1) ja hyvin korkea Chilessä (8,1:1) ja Puerto Ricossa (10,4:1). Keskimäärin miehet tekevät noin kolme itsemurhaa yhtä naisen tekemää kohti. Suhde on suunnilleen sama eri ikäryhmissä lukuun ottamatta vanhinta ikäryhmää, jossa miesten osuudet ovat vielä suurempia. Yleisesti ottaen Aasiassa sukupuolten väliset erot ovat pienempiä kuin muualla maailmassa. Maiden ja sukupuolten välisten erojen suuruuden vuoksi on erittäin tärkeää, että kaikissa maissa seurataan kehityksen kulkua, jotta voidaan arvioida, missä väestöryhmissä itsetuhoisuus on suurin.

Tarkasteltaessa maan sisäisiä väestöryhmien välisiä eroja käy ilmi, että kaukasialaista syntyperää olevilla esiintyy suunnilleen kaksi kertaa niin paljon itsemurhia kuin muihin rotuihin kuuluvilla. Yhdysvalloissa on tosin todettu afroamerikkalaisten itsemurhien yleistyneen viime vuosina. Kaukasialaista alkuperää olevien korkeita itsemurhalukuja on havaittu myös Etelä-Afrikassa ja Zimbabwessa. Poikkeuksen kaukasialaisväestön korkeisiin lukuihin muodostavat entisen Neuvostoliiton tasavallat Armenia, Azerbaidzan ja Georgia.

Samaan etniseen ryhmään kuuluminen näyttää liittyvän samansuuruiseen itsemurhakuolleisuuteen, josta mielenkiintoisen esimerkin tarjoavat Suomi, Unkari ja Viro. Kaikissa kolmessa maassa se on hyvin suuri, vaikka Unkari on maantieteellisesti varsin kaukana kahdesta muusta maasta. Itsemurhakuolleisuus voi vaihdella hyvin paljon eri etnisillä ryhmillä, vaikka ne asuivatkin samassa paikassa. Esimerkiksi Singaporessa kiinalais- ja intialaisväestön itsemurhakuolleisuus on paljon korkeampi kuin malesialaisien.

Itsemurhat ovat usein yleisiä alkuperäisväestöjen parissa, esimerkiksi Australiassa, Kiinassa Taiwanin provinssissa ja Pohjois-Amerikassa.

Itsemurhatilastoihin suhtauduttava varauksin

Kaiken tyyppisten kuolemien tilastointimenetelmät vaihtelevat suuresti maittain, mikä tekee maiden välisen vertailun erittäin vaikeaksi. Sellaisessakin maassa, jossa on hyväksytty standardoidut tilastointikriteerit, niiden soveltaminen voi vaihdella suuresti. Näin on esimerkiksi Australiassa. Arvioinnissa esiintyvät virheet voivat johtua puhtaasti hallinnollisista tekijöistä kuten asetetusta viimeisestä päivämäärästä, jonka tiedot ehtivät julkaisuun viralliseen tilastoon, tai kuolinsyytökijän raportin viivästyemisestä. Esimerkiksi

Laatikko 7.1

Itsemurhat alkuperäisväestöjen keskuudessa: Australia ja Kanada

Viimeisten parin- kolmenkymmenen vuoden aikana itsemurhakuolleisuus on lisääntynyt voimakkaasti sekä Australian että Kanadan alkuperäisväestöjen keskuudessa. Australian aboriginaalien ja Torres Strait –saaren väestön parissa itsemurhien uskottiin olevan hyvin harvinaisia. Alkuperäisväestöstä hieman yli neljännes asuu Queenslandin osavaltiossa. Itsemurhakuolleisuus oli koko Queenslandissa vuosina 1990-1995 14,4/100 000 as., mutta alkuperäisväestön keskuudessa 23,6/100 000 as.

Australian alkuperäisväestön itsemurhat keskittyvät voimakkaasti nuoriin miehiin. Queenslandissa 84 % tapauksista sattui nuorten 15-34-vuotiaiden miesten ikäryhmässä. Itsemurhakuolleisuus oli tässä ryhmässä 112,5/100 000. Ylivoimaisesti yleisin menetelmä oli hirttäytyminen.

Pohjois-Kanadassa inuittien itsemurhakuolleisuus on eri tutkimusten mukaan 59,5-74,3/100 000, kun se koko väestön parissa on noin 15,0. Suurin ja yhä kasvava riski on nuorilla inuittimiehillä. 15-25-vuotiaiden itsemurhakuolleisuudeksi on laskettu jopa 195/100 000. Korkealle itsemurhakuolleisuudelle ja itsetuhoisen käyttäytymisen yleisyydelle on esitetty useita selityksiä. Tällaisia ovat siirtomaapolitiikan luoma valtava sosiaalinen ja kulttuurinen mullistus ja alkuperäiskansojen vaikeus sopeutua ja integroitua nykyaikaiseen yhteiskuntaan.

Australiassa alkuperäiskansat olivat ankarien rotulakien ja syrjinnän kohteena niinkin hiljattain kuin 1960-luvulla. Kun nämä lait, mm. alkoholin myyntirajoitukset, kumottiin lyhyen ajan kuluessa 1970-luvulla, nopeat sosiaaliset muutokset aikaisemmin sorretun väestön parissa synnyttivät epävakautta yhteisössä ja perhe-elämässä. Tämä epävakaus jatkuu yhä. Rikollisuus on suurta, vankilatuomiot, väkivalta ja onnettomuudet yleisiä, samoin alkoholi-riippuvuus ja huumeiden käyttö. Henkirikosten suhteellinen määrä on kymmenkertainen normaaliväestöön verrattuna.

1800-luvun alussa Pohjois-Kanadan halki pyyhkivät suuret epidemiat, kun alueelle tuli ensi kertaa ulkopuolisia, valaanpyytäjiä ja turkiskauppiaita. Kymmeniä tuhansia ihmisiä kuoli. Väkiluku väheni kahdella kolmasosalla vuoteen 1900 mennessä. 1930-luvulle tultaessa turkiskauppa romahti. 1940- ja 1950-luvulla alueelle saapuivat lähetyssaarnaajat, jotka yrittivät sulattaa inuitit muuhun väestöön. Kuumeinen öljyn etsintä, joka alkoi vuonna 1959, pahensi sosiaalista hajaannusta entisestään.

Kanadan alkuperäisväestön parissa tehdyssä tutkimuksessa on löydetty useita todennäköisiä epäsuoria itsemurhien syitä:

- köyhyys
- lapsuudessa koettu vanhempien menettäminen
- pienaseiden saatavuus
- alkoholin väärinkäyttö ja alkoholi-riippuvuus
- pitkään jatkuneet omat ja perheen terveysongelmat
- jossain elämänvaiheessa koettu seksuaalinen hyväksikäyttö ja fyysinen pahoinpitely.

Sekä Australiassa että Kanadassa on ryhdytty toimiin itsemurhien vähentämiseksi. Australiassa on kansalliseen nuorten itsemurhien ehkäisystrategiaan sisällytetty useita nimenomaan alkuperäisväestöön kuuluville nuorille suunnattuja ohjelmia. Ne on suunniteltu tämän ryhmän tarpeiden mukaisiksi ja toteutetaan kumppanuuksyhteistyössä alkuperäis-

väestöä edustavien järjestöjen, mm. Aboriginal Coordinating Councilin, kanssa. Pohjois-Kanadan itsemurhien ehkäisytöimet käsittävät kriiseihin reagoinnin kehittämistä, laajoja yhteisöjen kehittämissuunnitelmia ja askelia alkuperäisväestön asuma-alueiden itsehallintoon siirtymiseksi. 1.4.1999 perustettiin uusi, laaja Nunavutin alue, jossa inuiteilla on paikallinen itsemääräämisoikeus ja heille on palautettu osa vanhoista perintö- ja muista oikeuksista.

Hongkongin itsemurhalukujen arvioidaan olevan pelkästään tämänlaatuisten syiden takia 5-18 % liian alhaisia.

Maan sisällä eri tilastoista saatavat luvut voivat myös vaihdella. Esimerkiksi Kiinassa arviot vaihtelevat 18,3:sta/100 000 (WHO:lle ilmoitettu luku) 22:een/100 000 (terveysministeriön tilasto) ja 30:een/100 000 (Kiinan ehkäisevän lääketieteen akatemian tilasto).

Kuolinsyitystilastot aliarvioivat yleensä itsemurhien esiintyvyyttä väestössä. Niiden tiedot ovat peräisin monista eri lähteistä. Näihin kuuluvat ruumiin löytäneet ihmiset (usein perheenjäsenet), lääkärit, poliisi, kuolinsyitytutkijat ja tilastoviranomaiset. Heistä kaikki voivat olla eri syistä haluttomia kutsumaan kuolemaa itsemurhaksi. Näin on todennäköisesti erityisesti alueilla, joilla uskonto ja kulttuuri tuomitsevat itsemurhat. Cooper & Milroy ovat havainneet, että erällä seuduilla Englannissa viralliset tilastot aliarvioivat itsemurhien määrän 40 %:lla. Itsemurha voidaan salata itsemurhan tehneen henkilön tai hänen perheensä leimaamisen välttämiseksi, mukavuussyistä, poliittisista syistä, vakuutuksesta hyötymistarkoituksessa tai koska itsemurhan tekijä on naamioinut teon onnettomuudeksi, esimerkiksi auto-onnettomuudeksi. Itsemurha voidaan myös luokitella virheellisesti tuntemattomasta syystä johtuvaksi tai luonnolliseksi kuolemaksi, kun ihmiset jättävät ottamatta elintärkeitä lääkkeitä. Tätä tapahtuu eniten vanhuksilla.

Itsemurhat voivat myös jäädä huomaamatta, kun huumeiden käyttäjät ottavat yliannoksen, kun ihmiset nälkiinnyttävät itsensä tahallaan tai kun ihmiset kuolevat lyhyen ajan kuluttua itsemurhayrityksestä. Näissä tapauksissa samoin kuin eutanasia- eli avustetun itsemurhan tapauksissa diagnosoitu kuolinsyö tulee tavallisesti viralliseen tilastoon. Alitilastointi liittyy myös ikään; se on paljon yleisempää vanhimmissa ikäryhmissä. Kaikista näistä varauksista huolimatta on väitetty, että maakohtaiset tilastot ovat kohtuullisen tarkkoja.

Muu kuin kuolemaan johtava itsetuhokäyttäytyminen ja itsetuhoajatukset

Suhteellisen harvoilla mailla on luotettavia tietoja muusta kuin kuolemaan johtavasta itsetuhokäyttäytymisestä. Tämä johtuu ennen kaikkea tietojen keruun vaikeudesta. Vain vähemmistö itsemurhaa yrittäneistä hakeutuu lääkäriin hoitoon. Sitä paitsi useissa kehitysmaissa itsemurhayritys on rangaistava teko, minkä vuoksi sairaalat eivät kirjaa tapauksia. Monin paikoin vammoista ei myöskään tarvitse tehdä ilmoitusta eikä niistä näin ollen kerätä tietoa millään tasolla. Muutkin tekijät saattavat vaikuttaa ilmoituksen tekemiseen, esimerkiksi ikä, itsemurhayrityksen tekotapa, kulttuuri ja terveydenhoidon saatavuus. Lyhyesti sanoen erilaiset itsemurhayritykset jäävät useimmissa maissa tuntemattomiksi.

Jonkin verran on tutkittu itsemurhaa yrittäneiden hoitoon hakeutumista. Voidaan arvioida noin neljäsosan itsemurhaa yrittäneistä ottaneen yhteyttä julkiseen sairaalaan (jotka ovat tietojen keruun kannalta ehkä parhaita paikkoja). Nämä tapaukset eivät välttämättä ole vakavimpia. Ilmoitetut tapaukset ovat siis vain jäävuoren huippu, ja suurin osa

itsemurhaa yrittäneistä ihmisistä jää vaille huomiota. Useat laitokset, esimerkiksi kansalliset tapaturmavalvonta- ja -ehkäisykeskukset, tilastokeskukset ja useissa maissa oikeushallinto pitävät tilastoja terveydenhuollon rekisteröimistä tapauksista. Näistä tilastoista saadaan hyödyllisiä aineistoa tutkimustarkoituksiin. Niistä on apua myös itsemurhien ehkäisytyössä, sillä itsemurhaa yrittäneiden riski jatkaa itsetuhoista käyttäytymistä on suuri. Myös sairaaloiden rekistereihin pohjautuvista selonteoista, väestötutkimuksista ja erikoistutkimuksista ammattilaiset voivat saada tietoja, jotka puuttuvat kuolleisuustilastoista.

Käytettävissä olevista luvuista nähdään, että sekä suhteellisesti että absoluuttisesti ei-kuolemaan johtavaa itsetuhoikäyttäytymistä on enemmän nuorilla kuin vanhemmilla ihmisillä. Kuolemaan johtavan ja ei-kuolemaan johtavan itsetuhoikäyttäytymisen suhde on yli 65-vuotiailla noin 1:2-3:een ja nuorilla alle 25-vuotiailla jopa 1:100-200. Vaikka itsetuhoikäyttäytyminen on vanhoilla vähäisempää kuin nuorilla, kuolemantapausten määrä on paljon suurempi. Vanhoilla itsemurhayritykset ovat keskimäärin psykologian ja lääketieteen termeillä ilmaisten vakavampia ja ”epäonnistuminen” johtuu usein sattumasta. Yleisesti ottaen ei-kuolemaan johtava itsetuhoikäyttäytyminen on 2-3 kertaa niin yleistä naisilla kuin miehillä. Suomi on kuitenkin tässä suhteessa huomattava poikkeus.

Käynnissä olevassa 13 maata kattavassa tutkimuksessa todettiin vuosina 1989-1992 korkein keskimääräinen ikävakioitu itsemurhayritysten osuus miehillä Helsingissä (314/100 000) ja alhaisin Espanjan Guipúzcoassa; ero on seitsenkertainen. Korkein keskimääräinen ikävakioitu osuus naisilla oli Ranskan Cergy-Pontoisessa (462/100 000) ja alhaisin jälleen Guipúzcoassa. Yhtä poikkeusta - Helsinkiä - lukuun ottamatta itsemurhayritykset olivat naisilla yleisempiä kuin miehillä. Useimmissa kaupungeissa luvut olivat korkeimpia nuorimmissa ikäryhmissä ja alhaisimpia 55-vuotiailla ja sitä vanhemmilla. Yleisimmin käytetty menetelmä oli myrkytys, toiseksi yleisin viiltäminen. Yli puolet itsemurhaa yrittäneistä teki enemmän kuin yhden yrityksen; vajaa 20 % seuraavista yrityksistä tehtiin vuoden sisällä ensimmäisestä yrityksestä.

Norjassa tehdyssä edustavassa pitkittäistutkimuksessa, joka kohdistui lähes 10 000:een 12-20-vuotiaaseen nuoreen, todettiin, että 8 % oli tehnyt itsemurhayrityksen joskus ja 2,7 % kahden vuoden tutkimusajanjakson kuluessa. Aineiston regressioanalyysi osoitti, että itsemurhayrityksen todennäköisyys oli suurempi, jos henkilö oli yrittänyt itsemurhaa aiemmin, jos hänellä oli itsetuhoajatuksia, jos hän oli naispuolinen, murrosiässä, käytti alkoholia, ei elänyt molempien vanhempiansa kanssa ja jos hänen itsearvostuksen tasonsa oli alhainen.

Itsetuhoajatukset ovat tavallisempia kuin sekä itsemurhayritykset että itsemurhat. Niiden yleisyyttä ei kuitenkaan tunneta. Vuoden 1985 jälkeen tehtyjä nuorisotutkimuksia käsittelevän katsauksen mukaan 3,5-52,1 %:lla nuorista on heidän oman ilmoituksensa mukaan itsetuhoajatuksia. On mahdollista, että näin suuret erot saattavat johtua määrittelyeroista ja tutkimuksissa käytettyjen ajanjaksojen eroista. On näyttöä siitä, että naiset, myös naispuoliset vanukset, ovat taipuvaisempia itsetuhoajatuksiin kuin miehet. Itsetuhoajatusten yleisyys vaihtelee molempiin sukupuoliin kuuluvilla vanhemmilla aikuisilla 2,3 %:sta (itsetuhoajatuksia viimeksi kuluneiden kahden viikon aikana) 17 %:iin (itsetuhoajatuksia joskus elämän aikana). Muihin itsetuhoikäyttäytymisen muotoihin kuten itsemurhayrityksiin verrattuna itsetuhoajatukset eivät ehkä ole käyttökelpoinen osoitin arvioitaessa, ketkä nuoret tai aikuiset tarvitsevat eniten ehkäiseviä toimia.

Mitkä ovat itsetuhokäyttäjien riskitekijät?

Itsetuhokäyttäjien osalla on suuri määrä taustatekijöitä. Tekijät, joiden vuoksi yksilön itsetuhoisuus kasvaa, ovat monimutkaisia ja sidoksissa toisiinsa. Näiden tekijöiden tunnistaminen ja niiden merkityksen ymmärtäminen on keskeistä itsemurhien ehkäisemisen kannalta. Epidemiologit ja itsemurha-asiantuntijat ovat kuvailleet monia eri ominaisuuksia, jotka liittyvät läheisesti kohonneeseen itsetuhokäyttäjien riskiin. Demografisten tekijöiden kuten iän ja sukupuolen lisäksi niitä ovat psyykkiset, biologiset, sosiaaliset ja ympäristötekijät samoin kuin yksilön elämänselämänsä historiaan liittyvät tekijät.

Psyykkiset tekijät

Itsetuhoisuutta koskeva tieto on suurelta osin peräisin tutkimuksista, joissa tutkijat ovat haastatelleet itsemurhan tehneen vanhempia tai muita omaisia tai ystäviä pyrkien löytämään erityisiä tapahtumia uhrin elämässä tai psyykkisiä oireita, joita esiintyi kuolemaa edeltävinä viikkona tai kuukausina. Tätä työtä kutsutaan ”psykologiseksi ruumiinavaukseksi”. Tämän menetelmän avulla tutkijat ovat osoittaneet, että monilla itsemurhan tehneillä aikuisilla on ollut havaittavissa psyykkiseen häiriöön viittaavia merkkejä ja oireita kuukausia ja jopa vuosia ennen kuolemaansa.

Yleisimpiä psyykkisiä riskitekijöitä ovat:

- vakava masennus
- muut affektiiviset mielialahäiriöt, esimerkiksi kaksisuuntainen mielialahäiriö (tila, jolle ovat ominaisia vuorottelevat masennus- ja hyväntuulisuus- tai maniajaksot ja jossa nämä tilat voivat kestää päiväkausia tai jopa kuukausia)
- skitsofrenia
- ahdistuneisuus ja käytös- ja persoonallisuushäiriöt
- impulsiivisuus
- toivottomuuden tunne.

Tärkein riskitekijä on masennus, jonka ajatellaan liittyvän 65-60 %:iin kaikista itsemurhista, joiden tekijöillä on psyykinen sairaus. Masennuspotilaista riski on suurempi niillä, jotka eivät noudata hoito-ohjeita ja niillä, joita ei heidän oman käsityksensä mukaan tai asiantuntijoiden mukaan voida hoitaa. Vakavasta masennuksesta ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivien elinikäinen itsemurhavaara on arvioiden mukaan noin 12-15 %. Myöhemmissä tutkimustulosten uudelleenarvioinneissa on päädytty alhaisempaan riskitasoon.

Myös skitsofrenian ja itsemurhien yhteys on korkea; skitsofreniaa sairastavien elinikäisen itsemurhavaaran arvioidaan olevan noin 10-12 %. Riski on erityisen suuri nuorilla miehillä, sairauden alkuvaiheessa olevilla potilailla, varsinkin jos he ovat pärjänneet ennen sairastumista hyvin sekä henkisesti että sosiaalisesti, kroonisesta taudin uusiutumista kärsivillä potilailla ja potilailla, jotka pelkäävät ”henkistä luhistumista”.

Myös toivottomuuden ja avuttomuuden tunteet lisäävät itsetuhoisuutta. Yhdysvaltalaisessa 10 vuoden mittaisessa pitkittäistutkimuksessa Beck toi esiin toivottomuuden tunteen merkittävänä itsetuhokäyttäjien ennustajana. Tässä tutkimuksessa tulevaisuudennäkymien puuttuminen oli ominaista 91 %:lle henkilöistä, jotka tekivät myöhemmin itsemurhan.

Alkoholin ja huumeiden käytöllä on myös suuri merkitys. Yhdysvalloissa ainakin neljäsosaan kaikista itsemurhista liittyy alkoholin väärinkäyttöä. Alkoholiriippuvaisten elinikäinen itsetuhoisuus ei ole paljon alhaisempi kuin masennuksesta kärsivien. Alkoholin

väärinkäytön ja masennuksen välillä on kuitenkin läheinen yhteys. Usein onkin vaikea määritellä, kumpi niistä on ensisijainen. Yhteys voi olla monentyyppistä:

- Alkoholin väärinkäyttö voi johtaa masennukseen suoraan tai välillisesti niiden epäonnistumisen ja taantumisen tunteiden kautta, joita useimmilla alkoholista riippuvaisilla ihmisillä on.
- Alkoholin väärinkäyttö voi olla masennuksen helpottamiseen tähtäävää itselääkintää.
- Sekä masennus että alkoholin väärinkäyttö voivat johtua jostain erityisestä senhetkisestä stressistä.

Erona on kuitenkin se, että masennuksesta kärsivät tekevät (erityisesti 30–40-vuotiaiden ikäryhmässä) itsemurhan suhteellisen varhaisessa taudin vaiheessa, mutta alkoholiriippuvuudesta kärsivät yleensä vasta tilan ollessa pitkälle kehittynyt. Lisäksi alkoholiriippuvaisilla itsemurhat liittyvät usein muihin tekijöihin, esimerkiksi ihmissuhteiden katkeamiseen, sosiaaliseen syrjäytyneisyyteen, köyhyyteen ja jatkuvasta alkoholin liikakäytöstä johtuviin fyysisiin sairauksiin. Arvellaan, että alkoholilla ja huumeilla on Aasiassa pienempi merkitys kuin muualla. Hongkongissa tehdyssä teini-ikäisiin kohdistuneessa tutkimuksessa todettiin, että vain 5 %:lla itsemurhan tehneistä oli ollut päihteidenkäyttöä. Tämä tulos saattaisi selittää sitä, miksi teini-ikäisten itsemurhakuolleisuus on

Laatikko 7.2

Masennus ja itsemurha

Masennus on psyykkisistä sairauksista useimmin itsemurhaan yhteydessä oleva. Ahdistus, joka on vahva itsemurhaprosessia kiihdyttävä voima, kietoutuu tiiviisti masennukseen, eikä näitä kahta voida aina erottaa toisistaan. Tutkimusten mukaan jopa 80 %:lla itsemurhan tehneistä on ollut masennusoireita.

Masennusta esiintyy kaikenikäisillä ihmisillä. Miesten masennuksen havaitseminen on vaikeaa, koska he hakeutuvat hoitoon naisia harvemmin. Miehillä masennusta edeltää joskus jonkin tyyppinen väkivaltaisuus sekä perheessä että sen ulkopuolella. Miesten masennuksen hoito on hyvin tärkeää, koska monissa kulttuureissa itsemurha on suurelta osin miehiin liityvä ilmiö.

Lapsilla ja nuorilla masennuksen luonne poikkeaa tavallisesti aikuisten masennuksesta. Nuorilla masennus ilmenee helpommin ulospäin suuntautuvina tekoina: koulupinnauksena, arvosanojen laskuna, tottelemattomuutena, väkivaltaisuutena ja päihteiden käyttönä. He myös syövät ja nukkuvat enemmän. Toisaalta myös syömisestä kieltäytyminen ja anoreksia esiintyvät yhdessä masennuksen kanssa varsinkin tytöillä, mutta myös pojilla. Vakavat syömishäiriöt ovat myös itsessään yhteydessä kokeneeseen itsetuhoon.

Masennus ilmenee usein fyysisenä sairautena, esimerkiksi vatsakipuina, huimauksena, sydämen tykytyksenä ja eri puolilla kehoa tuntuvina kipuina. Näin on erityisesti vanhemmilla ihmisillä, joilla masennusta esiintyy usein monien sairauksien, esimerkiksi halvauksen, sydänlihasinfarktin, syövän, reumatismin ja Parkinsonin ja Alzheimerin taudin yhteydessä.

Itsemurha-alttiutta voidaan vähentää masennusta ja ahdistusta hoitamalla. Monet tutkimukset ovat vahvistaneet mielialälääkkeiden ja erimuotoisen psykoterapian, erityisesti kognitiivisen käyttäytymisterapian, suotuisan vaikutuksen. Psykososiaalisen tuen tarjoamisen vanhuksille on myös osoitettu saavan aikaan merkittävää masennuksen vähenemistä ja itsemurhakuolemien laskua. Tuki voi koostua esimerkiksi puhelimesta, jolla vanhus voi olla yhteydessä sosiaalityöntekijään, terveydenhoitajaan ja muihin ihmisiin.

suhteellisen alhainen Aasiassa Kiinaa lukuun ottamatta.

Aikaisempi itsemurhayritys on yksi vahvimpia tulevia itsemurhayrityksiä ennustavista tekijöistä. Riski on korkein yritystä seuraavan vuoden ja erityisesti ensimmäisten kuuden kuukauden aikana. Lähes 1 % itsemurhaa yrittäneistä kuolee vuoden kuluessa ja noin 10 % tekee lopulta itsemurhan. Aikaisemmista yrityksistä seuraavan riskin kasvusta on esitetty vaihtelevia arvioita. Gunnell & Frankel mainitsevat 20-30-kertaisen riskin normaaliväestöön verrattuna. Muut tutkimukset vahvistavat tätä arviota. Vaikka aikaisempi itsemurhayritys lisää itsemurhan tekemisen riskiä, suurimmalla osalla itsemurhan tekeviä ei ole kuitenkaan takanaan aikaisempia yrityksiä.

Biologiset ja lääketieteelliset markerit

Itsemurhan esiintyminen suvussa on tunnetusti kohonneen itsemurhariskin osoitin. Joidenkin tutkijoiden mielestä tämä viittaa siihen, että saattaa olla jokin periytyvä luonteenpiirre, joka altistaa jotkut ihmiset itsetuhokäyttäytymiselle. Kaksos- ja adoptiolapsitutkimukset tukevat todellakin mahdollisuutta, että biologisilla tekijöillä on osuutta joissakin tapauksissa. Kaksostutkimukset ovat osoittaneet, että samamunaisilla kaksosilla, joiden kaikki geenit ovat samoja, on merkittävästi yhdenmukaisempi todennäköisyys tehdä itsemurha tai yrittää sitä kuin erimunaisilla kaksosilla, joiden geeneistä puolet ovat samoja. Toistaiseksi ei ole kuitenkaan tehty erillään kasvaneiden samamunaisien kaksosten tutkimuksia, mikä olisi menetelmällisesti kestävä tutkimuksen edellytys. Yhdessäkään kaksostutkimuksista ei ole kontrolloitu huolellisesti psyykkisiä häiriöitä. On mahdollista, että itsetuhokäyttäytymisen sijasta on periytynyt psyykinen häiriö, joka tekee itsetuhokäyttäytymisen todennäköisemmäksi näillä yksilöillä.

Erään adoptiolasten tapaus-verrokkitutkimuksen tulokset osoittivat, että itsemurhan tehneillä oli usein biologisia sukulaisia, jotka olivat tehneet itsemurhan. Nämä itsemurhat olivat enimmäkseen riippumattomia psyykkisten häiriöiden esiintymisestä. Tämä viittaa geneettiseen itsemurha-alttiuteen, joka esiintyy irrallaan itsemurhaan liittyvistä vakavista psyykkisistä häiriöistä tai mahdollisesti niiden lisäksi. On myös todennäköistä, että itsemurhien esiintyminen suvussa kietoutuu myös muihin sosiaalisiin ja ympäristötekijöihin.

Lisää näyttöä biologisen perustan puolesta on saatu tutkittaessa monien psyykkisten häiriöiden, myös itsemurhaan altistavien psyykkisten häiriöiden taustalla olevia neurobiologisia prosesseja. Joissakin tutkimuksissa on esimerkiksi todettu serotoniiniaineenvaihdunnan tasomuutoksia aikuisten itsemurhan tehneiden potilaiden aivokuorinesteessä. Serotoniini on tärkeä mielialaan ja aggressiivisuuteen vaikuttava keskushermoston välittäjäaine. Sairausjaksojen jälkeen on todettu serotoniinin tason pysyvän jonkin aikaa alhaalla ja reagoinnin olevan heikkoa sen aineenvaihduntaan puuttuvissa testeissä. Serotoniinia sisältävien aivokuoren etulohkon neuronien toimintavajaus saattaa olla taustatekijä, joka vähentää ihmisen kykyä vastustaa itsetuhoajatusten synnyttämää toiminta-impulssia.

Itsemurha saattaa olla myös vakavan ja tuskallisen sairauden seurausta, varsinkin jos sairaus on vammauttava. Fyysisen sairauden esiintyvyys itsemurhan tekijöillä on arvioiden mukaan ainakin 25 %, mutta vanhuksilla jopa 80 %. Yli 40 %:ssa tapauksista fyysistä sairautta pidetään tärkeänä itsemurhayritysten ja -ajatusten lisätekijänä. Tämä korostuu silloin, kun henkilöillä on myös mielialahäiriöitä tai masennusoireita. On ymmärrettävää, että ajatus sietämättömästä kärsimyksestä ja nöyryyttävästä riippuvuudesta saattaa johtaa ihmisen miettimään elämänsä päättämistä. Useat tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että fyysisestä sairaudesta kärsivät ihmiset tekevät harvoin itsemurhan, ellei heillä ole

mitään psyykkisiä oireita.

Vaikeat elämäkokemukset laukaisevana tekijänä

Vaikeat elämäkokemukset saattavat toimia itsemurhan laukaisevana tekijänä. Tällaisiin tekijöihin, jotka muutamissa tutkimuksissa on pyritty yhdistämään itsemurha-vaaraan, kuuluvat henkilökohtainen menetys, ihmissuhderistiriidat, suhteen rikkoutuminen tai häiriintyminen sekä oikeudelliset ja työhön liittyvät ongelmat.

Rakastetun henkilön menetys joko eron tai kuoleman kautta saattaa laukaista voimakkaita depressiivisiä tunteita. Näin on erityisesti silloin, kun menetetty henkilö oli kumppani tai poikkeuksellisen läheinen ihminen. Ihmissuhdeongelmat kotona tai opiskelu- tai työpaikalla voivat myös laukaista toivottomuuden ja masennuksen tunteita. Esimerkiksi Suomessa tehdyssä 16 000 nuoren tutkimuksessa todettiin masennuksen ja vakavien itsetuhoajatusten esiintymisen kasvua sekä koulukiusauksen uhreilla että siihen syyllistyneillä. Kaakkois-Skotlannissa tehdyssä pitkittäistutkimuksessa, jossa ikä, sukupuoli ja psyykkiset häiriöt oli vakioitu, todettiin onnettomien ihmissuhteiden olevan yhteydessä itsemurhiin. Ballaratissa Australiassa tarkasteltiin kaikkia kahden edellisen vuoden aikana tehtyjä itsemurhia ja todettiin, että sosiaaliset ja ihmissuhdevaikeudet liittyivät yli kolmannekseen tapauksista. Tutkimukset ovat myös osoittaneet masennuksen ja itsemurharitysten todennäköisyyden lisääntyneen parisuhdeväkivallan uhreilla.

Fyysisen väkivallan ja seksuaalisen hyväksikäytön kokeminen lapsuudessa voi myös lisätä itsetuhoriskiä nuoruudessa ja aikuisuudessa. Seksuaalisen hyväksikäytön uhrit kokevat usein nöyryytystä ja häpeää. Lapsuudessa tai nuoruudessa hyväksikäytetyt ihmiset ovat usein varautuneita ihmissuhteissaan, ja heillä on vaikeuksia ihmissuhteiden ylläpitämisessä. He kärsivät pitkäaikaisista seksuaalisista ongelmista ja voimakkaista riittämättömyyden ja huononmuuden tunteista. Alankomaissa tutkittiin seksuaalisen hyväksikäytön ja itsetuhokäyttätymisen yhteyttä 1 490 opiskelijalla. Havaittiin, että hyväksikäyttöä kokeneilla esiintyi paljon enemmän itsetuhokäyttätymistä ja muita tunne-elämän ja käyttäytymishäiriöitä. Käynnissä olevassa yhdysvaltalaisessa 17 vuoden mittaisessa pitkittäistutkimuksessa, jonka kohderyhmänä on 375 henkilöä, 11 % kertoi joutuneensa fyysisen pahoinpitelyn tai seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi ennen 18 vuoden ikää. Pahoinpitelyn tai hyväksikäytön uhriksi joutuneet 15-21-vuotiaat koehenkilöt kertoivat tutkijoille muita useammin kärsineensä itsetuhoajatuksista, masennuksesta, ahdistuksesta, psyykkisistä häiriöistä ja muista tunne-elämän käyttäytymishäiriöistä.

Seksuaalinen suuntautuminen voi myös liittyä nuorten ja nuorten aikuisten kohenneeseen itsetuhoriskiin. Homoseksuaalisten nuorten itsemurhaluvut vaihtelivat 2,5 %:sta 30 %:iin. Itsemurhia ja itsemurhayrityksiä lisääviä tekijöitä voivat tällöin olla syrjintä, ihmissuhteisiin liittyvä stressi, huumeet ja alkoholi, hiv/aidsin pelko ja vähäinen tukiverkko.

Vakaassa aviosuhteessa eläminen sen sijaan näyttäisi yleensä olevan itsemurhilta ”suojaava” tekijä. Vastuu lasten kasvattamisesta on sekin suojaava tekijä. Aviosäädyn ja itsemurhien välistä yhteyttä tutkittaessa on läntisissä kulttuureissa todettu itsemurhakuolleisuuden olevan korkea niillä, jotka eivät ole koskaan olleet naimisissa, vielä vähän korkeampi leskillä, ja kaikkiin korkeimpiin kuuluvia on todettu eronneilla henkilöillä. Eronneiden korkeat luvut pätevät selvemmin miehiin ja erityisesti menetyksen tai eron jälkeisiin ensimmäisiin kuukausiin.

Avioliiton yleensä suojelevasta vaikutuksen poikkeuksen muodostaa se, että nuorena (alle 20-vuotiaana) naimisiin menneillä esiintyy joidenkin tutkimusten mukaan naimattomia ikätovereita enemmän itsetuhokäyttätymistä. Avioliitto ei kaikissa kulttuureissa ole

suojaava tekijä. Pakistanissa on todettu sekä itsemurhien että itsetuhoajatusten olevan naimisissa olevilla naisilla yleisempiä kuin naimisissa olevilla miehillä ja naimattomilla naisilla. Tämä saattaa johtua siitä, että sosiaalinen, taloudellinen ja juridinen syrjintä aiheuttaa psyykkistä stressiä, joka altistaa nämä naiset itsetuhokäyttäytymiselle. Myös Hongkongissa on todettu yli 60-vuotiailla naimisissa olevien naisten itsemurhakuolleisuuden olevan korkeampi kuin samanikäisten leskien ja eronneiden naisten.

Itsetuhooriskia lisäävät toisaalta ihmissuhdeongelmat, toisaalta sosiaalinen eristyneisyys. Sosiaalinen eristyneisyys on taustalla Durkheimin käsitteissä ”egoistinen” ja ”anomien” itsemurha, jotka liittyvät kumpikin sosiaalisen liittymisen riittämättömyyden tunteeseen. Kirjallisuudessa on paljon viitteitä siitä, että eristyneisyyttä kokevat ihmiset ovat alttiimpia itsemurhalle kuin ne, joilla on vahvoja sosiaalisia siteitä toisiin ihmisiin. Ihminen voi esimerkiksi yrittää itsemurhaa rakkaan ihmisen kuoleman jälkeen, jos läheiset ihmiset eivät tarjoa hänelle riittävästi tukea suruaikana.

Maris totesi itsemurhaa yrittäneiden, itsemurhan tehneiden ja luonnollisista syistä kuolleiden ihmisten sosiaalisen käyttäytymisen vertailevassa tutkimuksessa, että itsemurhan tehneet olivat olleet vähemmän mukana sosiaalisessa elämässä, olivat usein vaikka ystäviä ja heidän ihmissuhteidensa määrä oli vähentynyt asteittain, kunnes he olivat joutuneet aivan yksin. Psykologiset ruumiinavaustutkimukset osoittavat, että itsemurhan tekemistä edeltää usein sosiaalinen vetäytyminen. Tämä tuli esille myös Negronin tutkimuksessa, jossa todettiin itsemurhaa yrittäneiden ihmisten eristäytyneen akuutissa itsetuhokäyttäytymisvaiheessaan useammin kuin ihmiset, jotka olivat hautoneet itsetuhoajatuksia. Wenz havaitsi anomian - sosiaalisen tukiverkon koetun puuttumisen aiheuttaman yhteiskunnasta vieraantumisen tunteen - olevan yksi leskien itsetuhoajatuksia lisäävä tekijä. Alle 16-vuotiaisiin itsemurhaa yrittäneisiin yleissairaaloihin vietyihin nuoriin kohdistuneessa tutkimuksessa havaittiin, että taustalla olivat useimmiten vanhempiin tai ystäviin liittyvät ihmissuhdeongelmat ja sosiaalinen eristyneisyys.

Sosiaaliset ja ympäristötekijät

Tutkimuksissa on paljastunut koko joukko itsetuhokäyttäytymiseen liittyviä sosiaalisia ja ympäristötekijöitä. Näihin kuuluu keskenään varsin erilaisia tekijöitä: itsemurhavälineiden saatavuus, henkilön asuinpaikka, työmarkkina-asema, maahanmuuttajatausta, uskontokuntaan kuuluminen sekä taloudelliset olot.

Valittu menetelmä

Se, johtaako itsemurhayritys kuolemaan, riippuu ennen kaikkea valitusta menetelmästä. Yhdysvalloissa käytetään ampuma-aseita suunnilleen kahdessa kolmasosassa kaikista itsemurhista. Muualla maailmassa hirttäytyminen on yleisintä ja seuraavina tulevat ampu-aseet, hyppääminen korkealta ja hukuttautuminen. Kiinassa yleisimmin käytetty menetelmä on torjunta-aineiden nauttiminen.

Viimeksi kuluneiden kahdenkymmenen vuoden aikana hirttäytymisen suosio on nousut voimakkaasti joissakin maissa, esimerkiksi Australiassa. Sitä käyttävät erityisesti nuoret. Ampuma-aseiden käyttö on vastaavasti vähentynyt. Vanhemmat ihmiset valitsevat yleensä menetelmän, joka vaatii vähemmän fyysistä voimaa, esimerkiksi hukuttautuminen tai hyppääminen korkealta. Näin on tapahtunut erityisesti Hongkongissa ja Singaporessa. Lähes kaikkialla naisilla ”pehmeät” menetelmät kuten lääkkeiden yliannostelu on yleisin sekä itsemurhissa että niiden yrityksissä. Huomattava poikkeus tästä on Intiassa esiintyvä itsensä uhraaminen.

län ja sukupuolen lisäksi menetelmän valintaan vaikuttavat muutkin tekijät. Japanissa esiintyy yhä perinteisiä hara-kiriksi kutsuttuja rituaali-itsemurhia, jotka tehdään viiltämällä vatsa auki veitsellä. Tiedetään myös, että itsemurhien menetelmiä jäljitellään erityisesti nuorten keskuudessa ja kuuluisien henkilöiden kuolemaan liittyen. Henkilön päättävyyksi tehdä itsemurha liittyy yleensä valitun menetelmän tappavuuteen: vanhempien ihmisten päättävyyksi on yleensä suurempi, ja he valitsevat väkivaltaisempia menetelmiä, esimerkiksi ampumisen, hyppäämisen korkealta tai hirttäytymisen, joihin sisältyy vähemmän pelastumisen mahdollisuuksia.

Kaupungin ja maaseudun eroja

Kaupunki- ja maaseutualueilla on usein suuri ero itsemurhakuolleisuudessa. Vuonna 1997 Yhdysvalloissa New Yorkin Manhattanin kaupunginosassa kirjattiin 1 372 itsemurhaa, mikä on kolminkertainen määrä verrattuna maaseutuvaltaiseen Nevadan osavaltioon (411), mutta Nevadan itsemurhakuolleisuus (24,5/100 000 as., Yhdysvaltojen korkein) oli yli kolminkertainen verrattuna New Yorkiin osavaltioon (7,6/100 000 as.). Samanlaisia maaseudun ja kaupunkien välisiä eroja on todettu myös esimerkiksi Australiassa ja Euroopassa muun muassa Englannissa ja Walesissa sekä Skotlannissa, joissa maanviljelijöiden itsemurhakuolleisuus on korkea. Kiinassa naisten itsemurhakuolleisuus on suurempi maaseudulla kuin kaupungeissa.

Monien maaseutualueiden korkean itsemurhakuolleisuuden syitä saattavat olla sosiaalinen eristyisyys ja vaikeus havaita varottavia merkkejä, terveyspalvelujen huonompi saatavuus ja alhaisempi koulutustaso. Maaseudulla käytetyt itsemurhamenetelmät poikkeavat myös kaupungeissa käytetyistä. Itä-Euroopan ja joidenkin Kaakkois-Aasian maiden maaseutuhteisöissä kasvinsuojeluaineiden ja hyönteismyrkkyjen helppo saatavuus tekee niistä suosittuja. Sama pätee Samoaan, jossa torjunta-aineen myynnin valvonta johti itsemurhien määrän vähenemiseen. Australian maaseudulla, jossa aseiden omistus on yleistä, ampuminen on yleisesti käytetty menetelmä.

Maahanmuutto

Maahanmuuton vaikutusta itsemurhakuolleisuuteen on tutkittu esimerkiksi Australiassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa, joissa on suuri etnisten ryhmien kirjo. Näissä maissa tietyt maahanmuuttajaryhmän itsemurhakuolleisuus vastaa alkuperämaan tasoa. Australiassa kreikkalaista, italialaista ja pakistaniilaista alkuperään olevien maahanmuuttajien itsemurhakuolleisuus on alhaisempi kuin korkean itsemurhakuolleisuuden maista Irlannista, Skotlannista tai Itä-Euroopasta tulleilla (ks. taulukko 7.3). Tämä viittaa siihen, että kulttuurisilla tekijöillä on suuri merkitys itsetuhokäyttäytymisen kannalta.

Työllisyys ja muut taloudelliset tekijät

Useat tutkijat ovat löytäneet kohonneita itsemurhakuolleisuuslukuja taloudellisen laman ja korkean työttömyyden aikoina. Myös päinvastaista on osoitettu. Saksalaisessa taloudellisten tekijöiden vaikutuksen tutkimuksessa Weyerer & Wiedenmann tutkivat neljän taloudellisen muuttujan vaikutusta ja niiden suhdetta itsemurhakuolleisuuteen vuosina 1881–1989. Vahvin korrelaatio todettiin sosiaalisen hajaannuksen aikoina, jolloin työttömyysaste oli korkea, sosiaaliturvan taso alhainen ja konkurssien riski suuri. Venäjän Kutznetzk Basinin vuosien 1980–1995 aikaisen keskimääräistä korkeamman itsemurhakuolleisuutta alustavassa tutkimuksessa mainitaan taloudellinen epävakaus, Neuvostoliiton hajoaminen ja muut historialliset erityistekijät mahdollisiksi myötävaikut-

Taulukko 7.3

Ikävakioitu itsemurhakuolleisuus 100 000 as. kohti Australiassa syntymäpaikan mukaan v. 1982-1992

Vuosi	Syntymäpaikka						Kaikki ulkomailla syntyneet	
	Aasia	Australia	Eurooppa			Irlanti ja Iso-Britannia		Oseania ^b
			Itä	Etelä	Länsi			
1982	8	11	31	7	19	12	14	13
1983	12	11	21	8	16	12	10	12
1984	9	11	17	5	17	11	17	11
1985	7	11	20	6	17	12	14	12
1986	8	12	17	6	19	13	14	12
1987	8	14	28	7	17	14	17	13
1988	9	13	20	8	14	15	17	13
1989	8	12	16	7	16	13	14	12
1990	8	13	14	5	19	12	14	11
1991	8	14	22	9	19	14	13	12
1992	7	13	24	8	17	13	14	12

a Irlantia ja Isoa-Britanniaa lukuun ottamatta

b Australiaa lukuun ottamatta

taviksi tekijöiksi. Selostaessaan käyntejään Bosniassa ja Herzegovinassa Berk kirjoitti oletettua korkeammasta itsemurhakuolleisuudesta samoin kuin lasten alkoholiriippuvuudesta. Selvittyään kaikkein välittömimmästä aseellisen konfliktin uhasta vuosina 1992-1995 lapset olivat joutuneet pitkäaikaisen stressin valtaan. Sri Lankan tamilyhteisössä, jonka historia on täynnä väkivaltaan ja poliittista ja taloudellista epävakautta, itsemurhakuolleisuus on perinteisesti korkea. Nykyään myös singaleesihteisössä itsemurhakuolleisuus on korkea, vaikka 20 vuotta sitten se oli hyvin matala. Tämä kuvastaa selvästi itsemurhien, poliittisen väkivallan ja sosiaalisen romahduksen välistä yhteyttä.

Yksilötasolla itsetuhoisen käyttäytyminen on yleisempää työttömillä kuin työssä käyvillä. Työttömyydestä johtuva köyhyys ja sosiaalisen roolin heikkeneminen näyttävät olevan yhteydessä itsetuhoisen käyttäytymisen lisääntymiseen erityisesti silloin, kun työn menetys on tapahtunut nopeasti. Tätä koskeviin tutkimuksiin liittyy kuitenkin tiettyjä rajoituksia, varsinkin työttömyyden keston huomioon ottamatta jättäminen monissa tutkimuksissa. Ensimmäistä työpaikkaansa etsivät on saatettu ryhmitellä yhteen työnsä menettäneiden kanssa, eikä psyykkistä tilaa ja persoonallisuushäiriöitä ole otettu huomioon.

Uskonto

Uskontoa on pitkään pidetty tärkeä itsetuhokäyttäytymiseen vaikuttavana tekijänä. Tutkimusten mukaan maat voidaan järjestää uskontokunnittain seuraavaan järjestykseen itsemurhakuolleisuuden alenevan tason järjestyksessä:

- maat, joissa uskonnon harjoittaminen on kiellettyä tai hyvin epätoivottua (esimerkiksi Itä-Euroopan entiset sosialistiset valtiot ja Neuvostoliitto)
- maat, joissa hallitsevin uskonto on buddhalaisuus, hindulaisuus tai muu aasialainen uskonto
- maat, joissa on paljon protestantteja

- maat, joissa valtaosa väestöstä on katolisia
- maat, jotka ovat enimmäkseen islaminuskoisia.

Liettua on huomattava poikkeus tässä karkeassa mallissa. Maa on ollut aina, jo ollessaan osa entistä Neuvostoliittoa, suurelta osalta katolinen; aktiivisesti uskontoa harjoittavia on paljon ja kirkon vaikutusvalta voimakas. Itsemurhakuolleisuus on kuitenkin ollut ja on edelleen korkea. Yllä esitetystä luettelosta ei ole otettu huomioon sitä, miten voimakkaasti ihmiset pitävät uskonossaan kussakin maassa. Luettelosta puuttuvat afrikkalaiset heimuskonnot, koska niiden kannattajien itsemurhakuolleisuutta ei tunneta.

Durkheim uskoi itsemurhien johtuvan siitä, että ihminen ei samaistu yhtenäiseen ryhmään. Hän väitti, että itsemurhakuolleisuus on alhaisempaa tiiviissä uskonnollisissa yhteisöissä. Tämän mukaisesti hän esitti, että yhteiset uskonnolliset tavat ja uskomukset, joita esimerkiksi katolisuuteen liittyy, ovat itsemurhalta suojelevia tekijöitä. Muutamat Durkheimin hypoteesia testaavat tutkimukset ovat vahvistaneet hänen väitettään. Joissakin tutkimuksissa ei sen sijaan ole havaittu mitään yhteyttä väestön itsemurhakuolleisuuden ja katolilaisten suhteellisen määrän välillä. Simpsonin & Collinin mukaan usko islamiin vähensi itsemurhakuolleisuutta enemmän kuin usko kristillisiin oppeihin.

Joissakin tutkimuksissa on yritetty käyttää kirkossakäyntiä ja uskonnollisen verkoston laajuutta uskonnollisuuden mittana, ja tämä on sitten pyritty yhdistämään itsemurhakuolleisuuteen. Tulosten mukaan kirkossakäynnillä on vahva ehkäisevä vaikutus, ja uskontoon sitoutumisen aste on tärkeä. Kok tutki itsemurhakuolleisuutta Singaporen kolmen etnisen ryhmän keskuudessa. Johtopäätös oli, että ylivoimaisesti alhaisin itsemurhakuolleisuus oli malesialaisväestöllä, joista valtaosa on itsemurhia voimakkaasti vastustavan islamin kannattajia. Korkein itsemurhakuolleisuus oli intialaisväestöllä. Suurin osa intialaisista harjoittaa hindulaisuutta, joka uskoo uudelleen syntymiseen eikä kiellä itsemurhaa ehdottomasti. Yhdysvaltojen afroamerikkalaisten ja aasialaisväestön välisiä eroja koskeneessa tutkimuksessa todettiin, että afroamerikkalaisten alhaisempi itsemurhakuolleisuus johtui suuremmasta uskonnolle omistautumisesta.

Yhteenveto

Itsetuhoisen käyttäytymisen riskitekijät ovat lukuista ja sidoksissa toisiinsa. Jos tiedetään, keillä on suurin alttius tehdä itsemurha ja mahdollisesti useita riskitekijöitä, se auttaa osoittamaan ne, jotka ovat eniten ehkäisytoimien tarpeessa.

Useatkaan riskitekijät kuten vakava masennus, skitsofrenia, alkoholin väärinkäyttö tai rakastetun henkilön menettäminen, eivät välttämättä luo itsemurha-ajatuksia tai -yrityksiä suosivaa tilannetta, jos vahvoja suojaavia tekijöitä on riittävästi. Niiden tutkimus on vasta aivan alussa. Jos tutkimus ja ehkäisy haluaa todella päästä eteenpäin, suojaavista tekijöistä tarvitaan paljon enemmän tietoa samaan tapaan kuin viime vuosikymmeninä on edistytty itsemurhalle altistavien tekijöiden ymmärtämisessä.

Durkheimin avioliittoa ja uskontoa koskevien havaintojen lisäksi monet tutkimukset ovat tuottaneet ymmärrystä vanhemmuudesta, sosiaalisesta tuesta ja perhesidonnaisuudesta, omanarvontunnosta ja egon torjunnasta suojaavina tekijöinä. Joissakin tutkimuksissa on asetettu suoraan vastakkain riski- ja suojaavat tekijät yritettäessä ennustaa itsetuhoikäyttäytymistä. Yhden tällaisen, Amerikan intiaani- ja Alaskan alkuperäisväestöön kuuluviin nuoriin kohdistuneen tutkimuksen tekijä Borowsky havaitsi, että itsemurhien ehkäisyssä keskittyminen suojaaviin tekijöihin kuten tunne-elämän hyvinvointiin ja perheeseen kiinnittymiseen oli yhtä tehokasta tai tehokkaampaa kuin se, että pyrittiin vähentämään riskitekijöitä. Suojatekijöiden tutkiminen näyttäisi olevan lupaava tuleva tutkimusala.

Mitä voidaan tehdä itsemurhien ehkäisemiseksi?

Isetuhoisen käyttäytymisen lisääntyessä yleisesti varsinkin nuorison keskuudessa tehokkaan puuttumisen tarve on suuri. Kuten on todettu, mahdollisia riskitekijöitä on lukuisia. Ehkäisyohjelmat perustuvat yleensä siihen, mitä näistä tekijöistä tiedetään. Ohjelmista monet ovat olleet käynnissä jo huomattavan pitkän ajan, mutta hyvin harvoin on osoittautunut olevan suurta merkitystä itsemurhien ehkäisyssä tai tulokset ovat jääneet lyhytaikaisiksi.

Hoidollinen lähestymistapa

Psyykkisten häiriöiden hoito

Koska on paljon julkaistua aineistoa ja kliinistä kokemusta siitä, että monet psyykkiset häiriöt liittyvät voimakkaasti itsemurhiin, näiden häiriöiden varhainen tunnistaminen ja asianmukainen hoito on tärkeää itsemurhien ehkäisytyössä. Keskeisiä ovat erityisesti mielialahäiriöt, alkoholiriippuvuus ja muiden päihteiden käyttö, skitsofrenia ja tietyntyyppiset persoonallisuushäiriöt.

On näyttöä siitä, että perusterveydenhuollon henkilöstön kouluttaminen diagnosimaan ja hoitamaan mielialahäiriöistä kärsiviä ihmisiä saattaa olla tehokas itsemurhakuoleisuuden vähentäjä riskiryhmään kuuluvilla. Uudet sekä mielialahäiriön että skitsofrenian hoitoon tarkoitetut lääkkeet, joilla on vähemmän sivuvaikutuksia kuin vanhoilla lääkkeillä ja jotka ovat hoidollisesti spesifejä, näyttäisivät parantavan potilaan sitoutumista hoitoon ja tuottavan paremman tuloksen ja siten vähentävän potilaiden itsetuhoisen käyttäytymisen todennäköisyyttä.

Lääkehoito

Lääkehoidon tehoa on tutkittu tiettyjen, muun muassa itsemurhiin yhteydessä olevien psyykkisten sairauksien taustalla vaikuttavien neurobiologisten prosessien toimivuuden kannalta. Verkes osoitti, että paroksetiini saattaisi olla tehokas aine itsetuhoisen käyttäytymisen vähentämisessä. Syy paroksetiinin valintaan oli se, että itsetuhoisen käyttäytymisen on yhdistetty serotoniinin toimintavajaukseen. Paroksetiini tunnetaan selektiivisenä serotoniinin takaisinoton estäjänä (SSRI), joka lisää serotoniinin saatavuutta signaalien välityksessä hermossa. Vuoden mittaisessa kaksoissokkotutkimuksessa verrattiin paroksetiinia ja lumelääkettä potilailla, joilla oli ollut useita itsemurhayrityksiä ja jotka olivat yrittäneet itsemurhaa hiljattain. Nämä potilaat eivät olleet kärsineet vakavasta masennuksesta, vaan suurimmalla osalla oli ”B-ryhmän persoonallisuushäiriö” (johon kuuluvat epäsosiaalinen, narsistinen, epävakaa ja huomionhakuinen persoonallisuushäiriö). Tulokset osoittivat, että serotoniinin toiminnan lisääminen SSRI:llä, tässä tapauksessa paroksetiinilla, saattaa vähentää itsetuhoista käyttäytymistä potilailla, jotka ovat yrittäneet itsemurhaa, mutta ei vakavasta masennuksesta kärsivillä potilailla.

Käyttäytymistieteellisiä lähestymistapoja

Hoidollisten lähestymistapojen keskittyessä lähinnä psyykkisiin häiriöihin ja olettaessa, että paraneminen johtaa itsetuhoisen käyttäytymisen vähenemiseen toisissa lähestymistavoissa huomio suunnataan ihmisen käyttäytymiseen. Tältä pohjalta on kehitetty useita menetelmiä, joista muutamista keskustellaan seuraavassa.

Käyttäytymisterapia

Käyttäytymisterapiassa terapeutti pitää potilaalle terapiaistuntoja, joissa keskustellaan aikaisemmasta ja nykyisestä itsetuhokäyttäytymisestä ja itsemurha-ajatuksista, ja pyrkii tunnustelemalla löytämään yhteyksiä mahdollisiin taustalla vaikuttaviin tekijöihin. Tämäntyyppisen hoidon ensimmäiset tulokset vaikuttavat lupaavilta, vaikkakaan lopullisia johtopäätöksiä ei voi vielä tehdä.

Oxfordissa Englannissa tutkittiin monia itsemurhayrityksiä tehneitä 16-65-vuotiaita riskiryhmään kuuluvia, jotka oli tuotu ensiapuun mielialalääkkeiden yliannostuksen vuoksi. Potilaat saivat joko normaalin itsemurhayrityksen hoidon tai normaalin hoidon sekä lyhyen ”ongelmasuuntautuneen” hoidon, jolla tarkoitetaan potilasta eniten vaivaa määriteltyyn ongelmaan keskittyvää lyhytterapiamuotoa. Tutkimuksessa havaittiin, että koeryhmän (terapiahoidon saaneet) saama hyöty oli merkittävä mitattuna itsemurhayritysten uusiutumisen kauden kuluessa hoidosta. Valitettavasti ero ei enää ollut merkitsevä, kun 18 kuukauden kuluttua tehtiin uusi tarkastelu.

Yhdysvalloissa on tutkittu dialektisen käyttäytymisterapian vaikuttavuutta potilailla, joilla oli epävakaa persoonallisuushäiriö, moninainen käyttäytymishäiriö, merkittäviä psyykkisiä häiriöitä ja takanaan useita itsemurhayrityksiä. Hoitoa seuraavan vuoden aikana terapiaa saaneilla potilailla oli vähemmän itsemurhayrityksiä kuin normaalin hoidon saaneilla.

Eräissä toisessa yhdysvaltalaisessa käyttäytymisterapiaa soveltaneessa tutkimuksessa tarkasteltiin itsemurhayrityksen tehneitä potilaita. Tavoitteena oli selvittää, osoittivatko he ”positiivisen tulevaisuussuuntautuneen ajattelun vajetta” eli olivatko he vailla tulevaisuudensuunnitelmia ja -toivoa. Jos näin oli, tutkimuksessa pyrittiin määrittelemään, voitaisiinko tuohon vajeeseen vaikuttaa lyhyellä psykologisella puuttumisella, jota kutsutaan ohjeistetuksi manuaaliseksi kognitiiviseksi käyttäytymisterapiaksi (MACT). Siinä ongelmaa työestetään manuaalin avulla, jotta hoito on kaikille samanlaista. Potilaat ohjattiin satumanvaraisesti joko MACT:hen tai itsemurhaa yrittäneiden normaaliin hoitoon, ja heidän tilansa arvioitiin uudestaan puolen vuoden kuluttua. Tutkimuksessa havaittiin, että itsemurhayrityksiä tehneillä ihmisillä oli vähemmän toiveikkautta ja positiivisia tulevaisuudenodotuksia kuin yhteisöstä valitulla vertailuryhmällä. MACT-hoidon jälkeen heidän odotuksissaan tapahtui huomattavaa parannusta, kun taas normaalihoitoa saaneilla odotukset paranivat hyvin vähän.

Vihreät kortit

Niin kutsuttu vihreä kortti on suhteellisen yksinkertainen toimenpide. Asiakas saa vihreän kortin, joka antaa hänelle oikeuden päästä välittömästi valitsemaansa hoitoon, esimerkiksi psykiatrin vastaanotolle tai sairaalaan. Toimenpide ei ole osoittautunut erityisen tehokkaaksi, mutta sillä on hyviä vaikutuksia niiden osalta, jotka harkitsevat itsemurhaa ensimmäistä kertaa.

Askeittain tehdyssä tutkimuksessa käytettiin vihreää korttia potilailla, jotka olivat yrittäneet itsemurhaa ensimmäistä kertaa ja potilailla, joilla oli takanaan useita yrityksiä. Tutkimushenkilöt jaettiin satunnaisesti vertailuryhmään, jotka saivat vain normaalin hoidon ja koeryhmään, jotka saivat normaalihoidon lisäksi vihreän kortin. Vihreällä kortilla sai ympärivuorokautista psykiatrin puhelinneuvontaa. Kortin vaikutus oli erillinen kahdella eri koeryhmällä. Sillä oli suojaava vaikutus niiden osalta, jotka olivat yrittäneet itsemurhaa ensimmäistä kertaa (vaikutus ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä), mutta sillä ei ollut mitään vaikutusta niihin, joilla oli useita aikaisempia yrityksiä. On mahdol-

lista, että puhelinalpalvelu ei ollut yksinään riittävä, vaan että kortilla olisi tullut päästä muihinkin kriisipalveluihin.

Avun tarjolla oloon ja sen saannin helppouteen perustuvat myös vanhusten apupuhelin sekä valvontapuhelin. Apupuhelin on hälytysjärjestelmä, jonka asiakas voi aktivoida kutsuakseen apua. Valvontapuhelinalpalvelu ottaa asiakkaisiin yhteyttä kaksi kertaa viikossa tarkistaakseen, tarvitsevatko he jotakin. Se tarjoaa myös emotionaalista apua. Tutkimuksessa 12 135:lle 65 vuotta täyttäneelle annettiin neljäksi vuodeksi käyttöön jompikumpi näistä palveluista. Sinä aikana tässä joukossa sattui ainoastaan yksi itsemurha, kun tilastollisesti odotettavissa oleva määrä olisi ollut seitsemän.

Ihmssuhdeverkoston kehittäminen

Tiedetään, että ihmisen alttius tehdä itsemurha on yhteydessä hänen sosiaalisiin suhteisiin: mitä useampia sosiaalisia suhteita, sitä pienempi alttius yleensä on. Useissa ohjelmissa on pyritty lisäämään sosiaalisia suhteita toistuvan itsetuhoisen käytöksen vähentämiseksi. Yleisin lähestymistapa on tutkia potilaan sosiaalisen elämän eri lohkoilla ilmenviä vaikeuksia, joihin terapeutti yrittää puuttua. Vaikka keskeisenä tavoitteena on estää itsemurhayritysten uusiutuminen, sosiaalisten suhteiden paranemista pidetäänkin jo itsesäänkin tärkeänä.

Tutkimuksin ei ole pystytty osoittamaan tämän menetelmän vaikuttavuutta itsemurhien ehkäisyssä. Sillä on kuitenkin osoitettu olevan sosiaalisia suhteita parantava vaikutus.

Psykososiaaliset menetelmät

Litman ja Wold tutkivat erityistä hakevan työn menetelmää, joka tunnetaan ”jatkuvan suhteiden ylläpidon” nimellä (CRM). Siinä terveydenhuollon työntekijä ottaa aktiivisesti yhteyttä itsetuhoiseen ihmiseen ja yrittää säilyttää häneen jatkuvan kontaktin. Tutkimuksessa 400 riskiryhmään kuuluvaa jaettuina vertailuryhmään ja koeryhmään osallistui ohjelmaan puolentoista vuoden ajan. Vertailuryhmään kuuluvat saivat jatkuvaa neuvontaa ottaessaan omasta aloitteestaan yhteyttä työntekijään. Ohjelmalla ei onnistuttu vähentämään itsetuhoajatusten esiintymistä, itsemurhayrityksiä eikä itsemurhia. Sillä saavutettiin kuitenkin useita välitason tavoitteina, kun koeryhmään kuuluvien todettiin edistyneen merkittävästi vertailuryhmään verrattuna. Edistyminen koski yksinäisyyden vähentymistä, parisuhteen paranemista, masennuksen vähenemistä ja yhteisön palveluja kohtaan tunnetun luottamuksen lisääntymistä.

Gibbons et al. vertasivat tehtäväkeskeisen tapaustyön - ongelmanratkaisumenetelmää, joka korostaa potilaan ja sosiaalityöntekijän yhteistyötä jokapäiväiseen elämään liittyvissä asioissa - ja normaalihoiton vaikuttavuutta potilailla, jotka olivat aikaisemmin yrittäneet itsemurhaa. Ryhmien välillä ei ollut eroa itsemurhayritysten uusiutumisessa, mutta ryhmä, joka oli käynyt läpi tehtäväkeskeisen tapaustyömenetelmän, osoitti suurempaa edistymistä sosiaalisten ongelmien käsittelyssä kuin vertailuryhmä.

Hawton et al. tutkivat potilaita, jotka otettuaan yliannoksen saivat joko avohoidollista neuvontaa tai jotka siirrettiin takaisin yleislääkärinsä hoitoon lisähoitosuosituksin. Tässäkin tutkimuksessa ei ollut tilastollista eroa itsemurhayrityksen uusiutumisessa, mutta avohoitopotilaiden ryhmässä havaittiin hyötyä toimenpiteestä neljän kuukauden kuluessa arvioituna. Parannusta tapahtui sosiaalisessa sopeutumisessa, aviollisessa sopeutumisessa ja perheen keskinäisten suhteiden laadussa. Neuvonnasta vaikutti olevan eniten hyötyä naisille ja potilaille, joilla oli vaikeuksia kahdenkeskisissä ihmssuhteissa kuten

aviomiehen ja vaimon, vanhemman ja lapsen tai esimiehen ja alaisen välisissä suhteissa.

Yhteisölliset toimenpiteet

Itsemurhien ehkäisykeskukset

Eri puolilla on järjestetty erityispalveluja nimenomaan itsemurhavaarassa oleville mielenterveyspotilaille. Itsemurhien ehkäisykeskukset on suunniteltu palvelemaan kriisikeskuksena, joka tarjoaa välitöntä apua. Yleensä neuvonta tapahtuu puhelimitse, mutta se saattaa tapahtua myös vastaanotolla, ja joihinkin ohjelmiin sisältyy hakevaa toimintaa.

Dew & al. ovat tehneet kvantitatiivisen kirjallisuustutkimuksen itsemurhaehkäisykeskusten vaikuttavuudesta. Mitään kokonaisvaikutusta ei havaittu, ei positiivista eikä negatiivista. Tutkimuksen metodologiset rajoitukset tekevät kuitenkin lopullisten johtopäätösten teon vaikeaksi. Kirjoittajat huomasivat, että kriisikeskuksen asiakkaiden itsemurhakuolleisuus oli suurempi kuin koko väestön ja että itsemurhan tehneet olivat todennäköisemmin olleet näiden keskusten asiakkaita. Nämä tulokset viittaavat siihen, että itsemurhien ehkäisykeskukset ainakin saavat asiakkaitaan juuri riskiryhmään kuuluvia, joille ne on tarkoitettakin.

Lester kävi läpi 14 tutkimusta, joissa tarkasteltiin itsemurhien ehkäisykeskusten vaikutusta itsemurhalukuihin. Seitsemän näistä tutkimuksista tuotti jonkinlaista näyttöä ehkäisevästä vaikutuksesta. Eräässä Saksassa tehdyssä tutkimuksessa, joka käsitti 25 kaupungin itsemurhien ehkäisykeskukset, todettiin itsemurhien lisääntyneen kolmessa kaupungissa.

Kouluissa toteutettavat ohjelmat

On myös käynnistetty ohjelmia, joissa koulujen henkilökuntaa, alueen asukkaita ja terveydenhuollon työntekijöitä koulutetaan havaitsemaan riskiryhmiin kuuluvat ja ohjaamaan heidät mielenterveyspalvelujen käyttäjiksi. Koulutuksen laajuus vaihtelee ohjelmitain, mutta olennaista on vahva yhteys paikallisiin mielenterveyspalveluihin.

Lesterin mukaan on kuitenkin olemassa vaara, että koulun henkilökunnan tietojen kasvaessa he saattavat lähettää oppilaat entistä harvemmin ammattilaisten luo, mikä saattaa johtaakin itsemurhien lisääntymiseen. Vaikka koulun henkilökunnan, vanhempien ja muiden koulutyöhön osallistuvien kurssittaminen on tärkeää, he eivät voi korvata mielenterveysammattilaisia. Mielenterveyspalvelut eivät kuitenkaan yksinään tyydytä kaikkia nuorten tarpeita, ja koulujen täytyykin pystyä toimimaan välittäjänä itsemurhien ehkäisemisessä.

Yhteiskunnan toimenpiteet

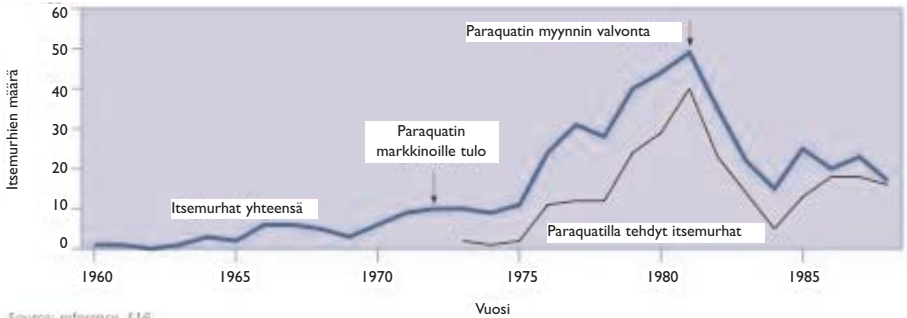
Keinojen rajoittaminen

Itsemurhan tekokeinojen rajoittaminen on erityisen tärkeää siltä osin kuin niiden saantia voidaan valvoa. Tämän osoittivat ensimmäisen kerran vuonna 1972 australialaiset Oliver & Hetzel, jotka totesivat itsemurhien määrässä tapahtuneen laskua, kun rauhoittavien lääkkeiden, lähinnä suurina annoksina tappavien barbituraattien, saantia vaikeutettiin.

On myös saatu näyttöä muiden toksisten aineiden, esimerkiksi monissa kehitysmaissa maaseudulla yleisten torjunta-aineiden myynnin valvonnan itsemurhia vähentävästä vaikutuksesta. Ehkä parhaiten tutkittu on Samoan tapaus. Vuoteen 1972 asti, jolloin parak-

Kuvio 7.2

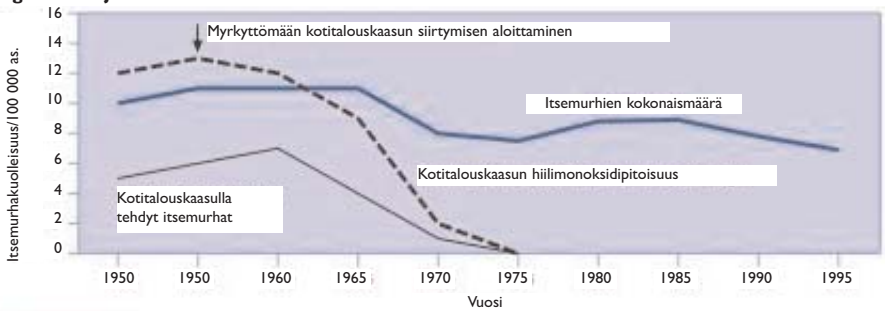
Itsemurhien määrä Samoalla suhteessa paraquatia sisältävien torjunta-aineiden markkinoille tuloon ja niiden myynnin valvontaan



Source: reference 77E.

Kuvio 7.3

Myrkyttömän kotitalouskaasun markkinoille tulon vaikutus itsemurhakuolleisuuteen Englannissa ja Walesissa



Source: reference 764.

vatti-niminen torjunta-aine tuotiin ensimmäistä kertaa markkinoille, itsemurhia oli tapahtunut vuosittain alle kymmenen. 1970-luvun puolivälissä niiden määrä alkoi kasvaa voimakkaasti ja nousi lähes viiteenkymmeneen vuonna 1981, jolloin alettiin rajoittaa paraquatin saatavuutta. Itsemurhakuolleisuus oli lisääntynyt tuona aikana 367 %: kun se vuonna 1972 oli 6,7/100 000 as., niin vuonna 1981 luku oli 31,3/100 000 as. Seuraavien kolmen vuoden kuluessa itsemurhakuolleisuus laski taas 9,4:ään/100 000 as. Parakvatin myyntirajoituksista huolimatta sitä käytettiin 90 %:ssa vuonna 1988 tehdyistä itsemurhisista (ks. kuvio 7.2).

Myrkyllisistä kaasuista luopuminen eli hiilimonoksidin poistaminen kotitalouskaasusta ja autojen päästöistä on osoittautunut tehokkaaksi itsemurhien vähentämisessä. Englannissa kotitalouskaasumyrkytysten määrä kääntyi laskuun pian sen jälkeen, kun kaasusta poistettiin hiilimonoksidi. Vastaavaa on todettu Alankomaissa, Japanissa, Skotlannissa, Sveitsissä ja Yhdysvalloissa. Tutkimuksissa on todettu itsemurhien vähentymistä myös mm. hiilimonoksidia autojen pakokaasuista poistavien katalysaattoreiden käyttöönoton myötä.

Käsiaseiden yksityisomistuksen ja itsemurhakuolleisuuden välillä on myös havaittu yhteys. Pienaseista johtuvia sekä tapaturmaisia että tarkoituksellisia vammoja on pyritty vähentämään erilaisten keinojen avulla. Yleensä keskeisenä on aseiden myyntiä ja omistusta koskeva lainsäädäntö sekä aseiden turvallisuus. Turvallisuustoimenpiteisiin kuulu-

vat koulutus ja harjoittelu, varastointimenetelmät (aseiden ja ammusten säilyttäminen erillään, aseiden säilyttäminen lataamattomina ja lukkojen takana) sekä laukaisunestolaitteet. Joissakin maissa, esimerkiksi Australiassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa, pienaseiden omistamisen rajoittamisen on todettu olevan yhteydessä niiden itsemurhavälineenä käytön vähenemiseen.

Mediaraportointi

Median potentiaalinen vaikutus itsemurhakuolleisuuteen on ollut tiedossa jo pitkään. Yli kaksisataa vuotta sitten suosittu romaani sai aikaan jäljittelyitsemurhien ryöpyn. Johann Wolfgang Goethen Nuoren Wertherin kärsimykset, joka on kirjoitettu vuonna 1774 ja perustuu löyhästi kirjailijan ystävän tapaukseen, kuvaili Wertherin sisäistä kuohuntaa, kun hänen rakkautensa Lotteen jää vaille vastakaikua. ”Vaikutus kirjan ensimmäisiin lukijoihin oli valtava. Romaani herätti paitsi tunnetta myös jäljittelyä, kokonaisen samanlaisessa sinisessä takissa ja keltaisissa liiveissä tehtyjen itsemurhien aallon”, Reed kirjoittaa.

Nykyajan tapauksia koskeva näyttö osoittaa, että mediaraportoinnin vaikutus jäljittelyitsemurhiin rohkaisemisessa riippuu suurelta osin raportointivasta, käytetystä sävystä ja kielestä, korostuksista ja kuvallisen tai muun epäasianmukaisen aineiston käytöstä. Pelätään, että raportoinnin äärimmäinen vulgarisointi saattaa synnyttää itsemurhakulttuurin, jossa itsemurhia pidetään normaalina ja hyväksyttävänä tapana lähteä vaikeasta maailmasta.

Raportoinnin vastuullisuutta pidetään ehdottoman välttämättömänä. Kaikki keinot sen aikaansaamiseksi ovat tärkeitä. Itsemurhista raportoinnin ohjeiden laatimista ovat ehdottaneet monet järjestöt ja viranomaiset, esimerkiksi Iso-Britanniassa toimiva Befrienders International, Yhdysvaltojen tautientorjuntakeskus sekä Australian ja Uuden Seelannin hallitus.

Itsemurhan jälkeiset toimenpiteet

Läheisen ihmisen menettäminen itsemurhan seurauksena voi synnyttää itsemurhan tehneen omaisissa ja ystävissä erilaisia surun tunteita kuin luonnollisista syistä johtuva kuolema. Itsemurhasta keskusteleminen on edelleen yleisesti tabu, ja kuollutta surevilla on vähemmän mahdollisuuksia jakaa surunsa. Omista tunteista puhuminen toisten kanssa on tärkeä osa paranemisprosessia. Tästä syystä tukiryhmien merkitys on hyvin suuri. Ensimmäiset itsemurhan tehneiden sukulaisten ja ystävien vertaisryhmät aloittivat toimintansa vuonna 1970 Pohjois-Amerikassa. Sen jälkeen ryhmiä on perustettu joka puolella maailmaa. Vertaisryhmiä pyörittävät niiden jäsenet, mutta niillä on käytettävissään ulkopuolista apua ja resursseja. Ryhmistä on todettu olevan hyötyä itsemurhan kautta läheisen ihmisen menettäneille. Yhteinen kokemus yhdistää ihmisiä ja rohkaisee puhumaan tunteistaan.

Poliittiset toimet

YK:n poliittisen koordinoinnin ja kestävän kehityksen osasto julkaisi vuonna 1996 asiakirjan, joka korostaa itsemurhien ehkäisyä ohjaavan politiikan tärkeyttä. WHO julkaisi sen jälkeen sarjan itsemurhien ehkäisyä koskevia asiakirjoja sekä kaksi julkaisua, jotka käsittelevät psyykkisiä, neurologisia ja psykososiaalisia häiriöitä. Myös muita itsemurhien ehkäisyä koskevia raportteja ja ohjeita on ilmestynyt.

Vuonna 1999 WHO käynnisti maailmanlaajuisen aloitteen itsemurhien ehkäisemisek-

si. Aloitteen tavoitteet ovat:

- saada aikaan itsemurhien määrän pysyvä lasku erityisesti kehitysmaissa ja taloudellisessa siirtymävaiheessa olevissa maissa
- tunnistaa, arvioida ja eliminoida varhaisessa vaiheessa niin suuressa määrin kuin mahdollista tekijät, jotka saattavat saada nuoren ottamaan hengen itseltään
- parantaa ihmisten tietoja itsemurhasta ja tarjota psykososiaalista tukea ihmisille, joilla on itsetuhoajatuksia tai jotka ovat yrittäneet itsemurhaa samoin kuin ihmisille, joiden ystävä tai sukulainen on yrittänyt tehdä tai tehnyt itsemurhan.

Tämän maailmanlaajuisen aloitteen toteutus tapahtuu WHO:n perusterveydenhuollon strategian mukaisesti kahta väylää käyttäen:

- Globaalit, alueelliset ja kansalliset useita sektoreita kattavat toimet, joilla lisätään itsetuhoikäyttäytymisen ja tehokkaan ehkäisemisen tuntemusta.
- Vahvistetaan maiden kykyä kehittää ja arvioida kansallisia itsemurhien ehkäisyohjelmia. Tällaisia ovat:
 - riskiryhmiin kuuluvien (masennuksesta kärsivien, vanhusten ja nuorten) tukeminen ja hoito
 - itsemurhavälineiden kuten myrkyllisten kemikaalien saatavuuden rajoittaminen
 - itsemurhan uhrien omaisten ja ystävien tukeminen ja verkostoituminen
 - perusterveydenhuollon henkilöstön ja muiden asian parissa työskentelevien kouluttaminen.

Aloitetta on sittemmin täydennetty tutkimuksella, joka pyrkii tunnistamaan erityiset riskitekijät sekä arvioimaan eri ohjelmien tehokkuutta.

Suosituksia

Tämän luvun perusteella voidaan esittää useita itsemurhien ja itsetuhoisen käytöksen ehkäisemiseen tähtäviä suosituksia.

Aineistojen kehittäminen

Itsemurhien syistä eri maissa ja eri vähemmistöryhmien keskuudessa tarvitaan välttämättä lisää tietoa. Kulttuurien välisten tutkimusten tekoa on kannustettava. Ne voivat parantaa selittävien ja suojelevien tekijöiden ymmärtämistä ja sitä kautta ehkäisyoponnisteluja. Seuraavassa on joitakin yksityiskohtaisia suosituksia:

- Hallituksia on kannustettava keräämään tietoja sekä itsemurhasta että itsetuhoisesta käyttäytymisestä ja antamaan nämä tiedot WHO:n käyttöön. Sairaalat ja muut sosiaali- ja terveyspalveluyksiköt on saatava pitämään tilastoja itsemurhayrityksistä.
- Itsemurha- ja itsemurhayritystilastojen tulee olla ajantasaisia ja luotettavia. On otettava käyttöön yhtenäiset kriteerit ja määritelmät, joissa pitäydytään, ja niiden toimivuutta on arvioitava jatkuvasti.
- Tietojen kerääminen on järjestettävä niin, että vältetään tilastoinnin päällekkäisyys. Tietojen tulee myös olla helposti analyttisten ja epidemiologisten tutkimusten tekijöiden käytettävissä.
- Eri elinten kuten sairaaloiden, psykiatrinen ja muiden hoitolaitosten, kuolinsyöntutkijoiden ja poliisin välistä tietojen vaihtoa on pyrittävä parantamaan.
- Terveystieteiden työntekijät ja asioiden parissa työskentelevät virkailijat on koulutettava havaitsemaan riskiryhmään kuuluvat ja ohjaamaan heidät hoitoon sekä merkitsemään asianmukaiset tiedot rekistereihin.

- Itsemurhatietoihin liittyen on kerättävä tietoa myös sosiaalisista indikaattoreista kuten elämän laadun osoittamista, avioeroista ja sosiaalisista ja väestöllisistä muutoksista, jotka edistävät ongelman ymmärtämistä.

Lisätutkimuksen tarve

Lisää tutkimusta tarvitaan psykososiaalisten ja biologisten tekijöiden vaikutuksesta itsetuhokäyttäytymiseen. Näiden kahden tekijäryhmän ottaminen suuremmissa määrin mukaan tutkimusohjelmiin vaikuttaisi merkittävästi nykyisen tietämyksen tason parantamiseen. Yksi erityisen lupaava tutkimusala on nopeasti kasvava molekyylogeneettinen tutkimus, joka on muun muassa tuottanut tietoa serotoniiniaineenvaihdunnan kontrolloinnista.

Tarvitaan lisää kliinistä tutkimusta sairaustilojen, esimerkiksi masennuksen ja alkoholin väärinkäytön, yhteiseiintymisen kausaalista vaikutuksesta. On myös keskityttävä selkeämmin väestöryhmäkohtaiseen tarkasteluun iän (vanhusten itsemurhien piirteet poikkeavat nuorten tekemistä), persoonallisuuden ja luonteen mukaan. Aivokuvaus on myös lisätutkimusta edellyttävä ala. Niin ikään tutkimustarvetta on vihamielisyyden, aggressiivisuuden ja impulsiivisuuden merkityksen osalta.

Psykiatrisen hoidon kehittäminen

Ottaen huomioon mielenterveyteen liittyvien tekijöiden suuren merkityksen itsemurhien ehkäisyssä olisi tärkeää parantaa psyykkisistä häiriöistä kärsivien hoitoa. Tässä suhteessa tarvitaan seuraavia toimenpiteitä:

- Lääkeyhtiöitä olisi kannustettava kehittämään lisää lääkkeitä, jotka ovat tehokkaita psyykkisten sairauksien hoidossa. Esimerkiksi selektiivisten serotoniinin takaisinoton estäjien markkinoille tulo on mahdollisesti ollut synnä Skandinaviassa tapahtuneeseen itsemurhakuolleisuuden laskuun.
- Tutkimusrahoitusta on ohjattava tehokkaampien psykoterapiamenetelmien ja itsemurha-alttiiden ihmisten neuvonnan kehittämiseen. Erityisesti tarvitaan erityistekniikoita, jotka soveltuvat itsetuhoiseen käyttäytymiseen läheisesti yhteydessä olevista persoonallisuushäiriöistä kärsivien hoitoon.
- Paljon useammat ihmiset on opetettava tuntemaan itsetuhokäyttäytymisen merkit ja oireet ja mistä tarvittaessa saa apua: perheeltä ja ystäviltä, lääkäreiltä, sosiaalityöntekijöiltä, uskonnollisilta johtajilta, työnantajilta tai opettajilta ja muulta koulun henkilökunnalta. Erityisesti lääkärit ja muut terveydenhuollon työntekijät on koulutettava tunnistamaan ja hoitamaan tai ohjaamaan eteenpäin psykiatrisista häiriöistä, erityisesti mielialahäiriöistä, kärsivät ihmiset.
- Julkisessa terveydenhuollossa on priorisoitava paitsi psyykkisistä häiriöistä myös alkoholin ja huumeiden väärinkäytöstä ja riippuvuudesta kärsivien ihmisten varhaista tunnistamista ja hoitoa. Rutzin alullepanema, Gotlannissa Ruotsissa toteutettu ohjelma saattaa tarjota hyödyllisen mallin muille maille.

Ympäristön parantaminen

On ehdotettu monenlaisia ympäristön muutostoimia, jotka tähtäävät itsemurhan tekemisen vaikeuttamiseen:

- korkeiden siltojen aitaaminen
- korkeiden talojen katoille ja ulokkeille pääsyn estäminen
- autonvalmistajien velvoittaminen muuttamaan ajoneuvojen pakoputkien muotoa ja

ottamaan käyttöön mekanismi, joka sammuttaa moottorin automaattisesti tietyn mittaisen tyhjäkäynnin jälkeen

- muiden kuin maanviljelijöiden torjunta-aineiden ja lannoitteiden hankkimisen estäminen
- potentiaalisesti hengenvaarallisten lääkkeiden osalta:
- reseptien tiukan valvonnan edellyttäminen lääkäreiltä ja apteekkeilta
- lääkemäärausten maksimikokojen rajoittaminen
- lääkkeiden pakkaaminen muovisiin painopakkausiksi
- lääkkeiden määrääminen mahdollisuuksien mukaan suppojen muodossa
- aseiden saatavuuden rajoittaminen riskiryhmien keskuudessa.

Paikallisten toimien vahvistaminen

Nyt jo tehdään paikallisesti hyvin merkittävää itsemurhien ehkäisytyötä, mutta sen voimistamiseksi on vielä paljon tehtävissä. Huomiota olisi kiinnitettävä erityisesti seuraaviin:

- paikallisten ohjelmien kehittäminen ja evaluointi
- toiminnassa oleviin ohjelmiin sisältyvien palvelujen laadun arviointi
- julkisen rahoituksen ja asiantuntija-avun lisääminen seuraaville toimille:
- itsemurhien ehkäisykeskukset
- tukiryhmien perustaminen ihmisille, jotka ovat kokeneet läheisen ihmisen (lapsen, puolison, vanhemman) itsemurhan ja joilla voi sen vuoksi olla kohonnut itsetuhoariski
- sosiaalisen eristäytyneisyyden vähentäminen edistämällä nuorisotalojen, vanhusten palvelukeskusten ja vastaavien toimintaa
- kumppanuuden edistäminen ja yhteistyön parantaminen eri toimijoiden kesken
- koulutusohjelmien suunnittelu laajempaan käyttöön, esimerkiksi työpaikoille ja muihin yhteisöihin sopiviksi nykyisten kouluissa käytössä olevien lisäksi.

Johtopäätöksiä

Itsemurha on yleisimpiä kuolinsyitä monissa maissa ja suuri kansanterveydellinen ongelma. Itsemurhat ja itsemurhayritykset ovat monimutkainen ilmiö, joka aiheutuu yksilöllisestä biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Syiden monimutkaisuus vaatii välttämättä ehkäisytyöltä monipuolista, kulttuurin huomioon ottavaa lähestymistä. Kulttuuristen tekijöiden osuus on hyvin suuri, minkä vuoksi ongelman piirteet vaihtelevat kovasti eri osissa maailmaa. Sen vuoksi yhdessä paikassa tehokkaaksi osoittautunut menetelmä saattaa olla tehoton tai jopa haitallinen toisessa kulttuuriympäristössä.

Tarvitaan suurta panostusta sekä tutkimukseen että ehkäiseviin toimiin. Lyhytaikaisilla toimilla edistetään itsemurhien syiden ja ehkäisykeinojen tuntemusta. Pitkittäistutkimukset ovat välttämättömiä, jotta biologisten, psykososiaalisten ja ympäristötekijöiden merkitys voidaan ymmärtää kunnolla. Tarvitaan myös ohjelmien tieteellistä, pitkäaikaista arviointia. Useimmat tähänastiset ohjelmat ovat olleet lyhytkestoisia ja niiden evaluointi olematonta.

Itsemurhien ehkäisytyö on monimutkainen, elleivät ne tapahdu suunnitelmallisen tiedeidenalojen yhteistyönä siten, että mukana ovat valtion hallinnon edustajat, terveydenhuollon suunnittelijat ja työntekijät sekä monien eri tieteenalojen ja sektorien tutkijat ja asiantuntijat. Vahva panostus näiden ryhmien väliseen yhteistyöhön ja resurssoin-

tiin merkitsee suurta edistymistä tämän merkittävän kansanterveysongelman ratkaisemisessa.

Kirjallisuus

1. Injury: a leading cause of the global burden of disease. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.11).
2. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. In: Silverman MM, Maris RW, eds. Suicide prevention: toward the year 2000. New York, NY, Guilford, 1985:22–35.
3. Stoudemire A et al. The economic burden of depression. *General Hospital Psychiatry*, 1986, 8:387–394.
4. Minois G. History of suicide: voluntary death in Western culture. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1999.
5. Shneidman E. Definition of suicide. New York, NY, John Wiley & Sons, 1985.
6. Canetto SS, Lester D. Women and suicidal behavior. New York, NY, Springer, 1995.
7. Paykel ES et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 1974, 124:460–469.
8. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:617–626.
9. Favazza A. Self-mutilation. In: Jacobs DG, ed. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco, CA, Jossey-Bass Publishers, 1999:125–145.
10. Gururaj G et al. Suicide prevention: emerging from darkness. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2001.
11. Lester D. Patterns of suicide and homicide in the world. Commack, NY, Nova Science, 1996.
12. Lester D, Yang B. Suicide and homicide in the 20th century. Commack, NY, Nova Science, 1998.
13. Girard C. Age, gender and suicide. *American Sociological Review*, 1993, 58:553–574.
14. Booth H. Pacific Island suicide in comparative perspective. *Journal of Biosocial Science*, 1999, 31:433–448.
15. Yip PSF. Suicides in Hong Kong, Taiwan and Beijing. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169: 495–500.
16. Lester D. Suicide in African Americans. Commack, NY, Nova Science, 1998.
17. Wasserman D, Varnik A, Dankowicz M. Regional differences in the distribution of suicide in the former Soviet Union during perestroika, 1984–1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 1998, 394:5–12.
18. Yip PSF, Tan RC. Suicides in Hong Kong and Singapore: a tale of two cities. *International Journal of Social Psychiatry*, 1998, 44:267–279.
19. Hunter EM. An examination of recent suicides in remote Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1991, 25:197–202.
20. Cheng TA, Hsu MA. A community study of mental disorders among four aboriginal groups in Taiwan. *Psychological Medicine*, 1992, 22:255–263.
21. Lester D. Suicide in American Indians. Commack, NY, Nova Science, 1997.
22. Baume PJM, Cantor CH, McTaggart PG. Suicides in Queensland: a comprehensive study, 1990–1995. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1997.
23. Kermayer L, Fletcher C, Boothroyd L. Suicide among the Inuit of Canada. In: Leenaars A et al., eds. Suicide in Canada. Toronto, University of Toronto Press, 1998:189–211.
24. Graham A et al. Suicide: an Australian Psychological Society discussion paper. *Australian Psychologist*, 2000, 35:1–28.
25. Yip PSF, Yam CH, Chau PH. A re-visit on seasonal variations in the Hong Kong Special Administrative Region (HKSAR). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, 103:315–316.
26. Ji JL, Kleinman A, Becker AE. Suicide in contemporary China: a review of China's distinctive suicide demographics in their socio-cultural context. *Harvard Review of Psychiatry*, 2001, 9:1–12.
27. Cooper PN, Milroy CM. The coroner's system and underreporting of suicide. *Medicine, Science and the Law*, 1995, 35:319–326.
28. De Leo D, Diekstra RFW. Depression and suicide in late life. Toronto and Bern, Hogrefe/Huber, 1990.
29. Sayer G, Stewart G, Chipps J. Suicide attempts in NSW: associated mortality and morbidity. *Public Health Bulletin*, 1996, 7:55–63.
30. Kjoller M, Helveg-Larsen M. Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2000, 28:54–61.
31. Diekstra RF, Garneski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25:36–57.
32. McIntire MS, Angle CR. The taxonomy of suicide and self-poisoning: a pediatric perspective. In: Wells CF, Stuart IR, eds. Self-destructive behavior in children and adolescents. New York, NY, Van Nostrand Reinhold, 1981:224–249.
33. McIntosh JL et al. Elder suicide: research, theory and treatment. Washington, DC, American Psychological Association, 1994.
34. De Leo D et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2001, 16:1–11.
35. Schmidtke A et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996, 93:327–338.
36. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, 39:603–610.
37. Linden M, Barnow S. The wish to die in very old persons near the end of life: a psychiatric problem? Results from the Berlin Ageing Study

(BASE). *International Psychogeriatrics*, 1997, 9:291–307.

38. Scocco P et al. Death ideation and its correlates: survey of an over-65-year-old population. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 2001, 189:209–218.
39. Isometsa ET, Lonnqvist JK. Suicide in mood disorders. In: Botsis AL, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier, 1997:33–46.
40. Waern M et al. Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet*, 1999, 354:917–918.
41. Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Geneva, World Health Organization, 1998.
42. Blumenthal SJ. *Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Medical Clinics of North America, 1988, 72:937–971.
43. Beck AT et al. The relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147:190–195.
44. Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1970, 117:437–438.
45. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:447–452.
46. Botswick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157:1925–1932.
47. Roy A. Suicide in schizophrenia. In: Roy A, ed. *Suicide*. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1986:97–112.
48. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 1990, 16:571–589.
49. Beck AT et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142:559–563.
50. Murphy GE, Wetzel RD. The life-time risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 1990, 47:383–392.
51. Yip PSF et al. Teenage suicide in Hong Kong. Hong Kong SAR, China, Befrienders International, 1998.
52. Hawton K, Catalan J. *Attempted suicide: a practical guide to its nature and management*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1987.
53. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspiration and evidence. *British Medical Journal*, 1994, 308:1227–1233.
54. Roy A. Genetics, biology and suicide in the family. In: Maris RW et al., eds. *Assessment and prediction of suicide*. New York, NY, Guilford, 1992:574–588.
55. Schulsinger F et al. A family study of suicide. In: Schou M, Stromgren E, eds. *Origin, prevention and treatment of affective disorders*. London, Academic Press, 1979:227–287.
56. Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33:1193–1197.
57. Lester D. The concentration of neurotransmitter metabolites in the cerebrospinal fluid of suicidal individuals: a meta-analysis. *Pharmacopsychiatry*, 1995, 28:45–50.
58. Coccaro EF et al. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46:587–599.
59. Mann JJ et al. Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal psychiatric inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49:442–446.
60. Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 1998, 4:25–30.
61. Van Praag H. Suicide and aggression. In: Lester D, ed. *Suicide prevention*. Philadelphia, BrunnerRoutledge, 2000:45–64.
62. Chi I, Yip PSF, Yu KK. Elderly suicide in Hong Kong. Hong Kong SAR, China, Befrienders International, 1998.
63. De Leo D et al. Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study Interview (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1999, 29:149–163.
64. Appleby L et al. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:168–174.
65. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36:1543–1551.
66. Foster T et al. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:175–179.
67. Heikkinen ME et al. Age-related variation in recent life events preceding suicide. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1995, 183:325–331.
68. Kaltiala-Heino R et al. Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 1999, 319:348–351.
69. Cavanagh JT, Owens DG, Johnstone EC. Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34:645–650.
70. Tharore VR, Varma SL. A study of suicides in Ballarat, Victoria, Australia. *Crisis*, 2000, 21:26–30.
71. Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1416–1420.
72. Olson L et al. Guns, alcohol and intimate partner violence: the epidemiology of female suicide in New Mexico. *Crisis*, 1999, 20:121–126.
73. Thompson MP et al. Partner abuse and posttraumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. *Journal of Trauma and Stress*, 1999, 12:59–72.
74. Fischbach RL, Herbert B. Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science in Medicine*, 1997, 45:1161–1176.
75. Brown J et al. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the*

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999, 38:1490-1496.
76. Dinwiddie S et al. Early sexual abuse and lifetime psychopathology: a co-twin control study. *Psychological Medicine*, 2000, 30:41-52.
77. Santa Mina EE, Gallap RM. Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 43:793-800.
78. Garnefski N, Arends E. Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 1998, 21:99-107.
79. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20:709-723.
80. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:876-880.
81. Herrell R et al. Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:867-874.
82. Gibson P. Gay male and lesbian youth suicide. In: Feinleib MR, ed. *Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide*. Volume 3. Prevention and interventions in youth suicide. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 1989 (DHHS publication ADM 891623):110-137.
83. Shaffer D et al. Sexual orientation in adolescents who commit suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, 25(Suppl.):64-71.
84. Millard J. Suicide and suicide attempts in the lesbian and gay community. *Australian and New Zealand Mental Health Nursing*, 1995, 4:181-189.
85. Stronski Huwiler SM, Remafedi G. Adolescent homosexuality. *Advances in Pediatrics*, 1998, 45:107-144.
86. Clark DC, Fawcett J. Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. In: Bongar B, ed. *Suicide: guidelines for assessment, management and treatment*. New York, NY, Oxford University Press, 1992:16-48.
87. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:254-261.
88. Smith JC, Mercy JA, Conn JM. Marital status and the risk of suicide. *American Journal of Public Health*, 1998, 78:78-80.
89. Cantor CH, Slater PJ. Marital breakdown, parenthood and suicide. *Journal of Family Studies*, 1995, 1:91-102.
90. Yip PSF. Age, sex, marital status and suicide: an empirical study of east and west. *Psychological Reports*, 1998, 82:311-322.
91. Thompson N, Bhugra D. Rates of deliberate selfharm in Asians: findings and models. *International Review of Psychiatry*, 2000, 12:37-43.
92. Khan MM, Reza H. Gender differences in nonfatal suicidal behaviour in Pakistan: significance of sociocultural factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1998, 28:62-68.
93. Khan MM, Reza H. The pattern of suicide in Pakistan. *Crisis*, 2000, 21:31-35.
94. Durkheim E. *Le Suicide*. [Suicide.] Paris, Alcan, 1897.
95. Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 377(Suppl.):65-72.
96. Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1994, 23:343-358.
97. Kreitman N. *Parasuicide*. Chichester, John Wiley & Sons, 1977.
98. Magne-Ingvar U, Ojehagen A, Traskman-Bendz L. The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 86:153-158.
99. Maris RW. *Pathways to suicide: a survey of selfdestructive behaviors*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1981.
100. Negron R et al. Microanalysis of adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36:1512-1519.
101. Wenz F. Marital status, anomie and forms of social isolation: a case of high suicide rate among the widowed in urban sub-area. *Diseases of the Nervous System*, 1977, 38:891-895.
102. Draper B. Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996, 11:577-587.
103. Dennis MS, Lindsay J. Suicide in the elderly: the United Kingdom perspective. *International Psychogeriatrics*, 1995, 7:263-274.
104. Hawton K, Fagg J, Simkin S. Deliberate selfpoisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford 1976-93. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169:202-208.
105. *National injury mortality reports, 1987-1998*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2000.
106. Zhang J. Suicide in Beijing, China, 1992-1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26:175-180.
107. Yip PSF. An epidemiological profile of suicide in Beijing, China. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, 31:62-70.
108. De Leo D et al. Hanging as a means to suicide in young Australians: a report to the Commonwealth Ministry of Health and Family Services. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1999.
109. Schmidtke A, Hafner H. The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychological Medicine*, 1998, 18:665-676.
110. Wasserman I. Imitation and suicide: a re-examination of the Werther effect. *American Sociological Review*, 1984, 49:427-436.
111. Mazurk PMe et al. Increase of suicide by asphyxiation in New York City after the publication of "Final Exit". *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:1508-1510.
112. De Leo D, Ormskerk S. Suicide in the elderly: general characteristics. *Crisis*, 1991, 12:3-17.
113. *Rates of suicide throughout the country: fact sheet*. Washington, DC, American Association of Suicidology, 1999.
114. Dudley MJ et al. Suicide among young Australians, 1964-1993: an interstate comparison of metropolitan and rural trends. *Medical Journal of Australia*, 1998, 169:77-80.

115. Hawton K et al. Suicide and stress in farmers. London, The Stationery Office, 1998.
116. Bowles JR. Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. In: Diekstra RFW et al., eds. Preventive strategies on suicide. Leiden, Brill, 1995:173–206.
117. Cantor CH et al. The epidemiology of suicide and attempted suicide among young Australians: a report to the NH-MRC. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1998.
118. Baume P, Cantor CH, McTaggart P. Suicide in Queensland, 1990–1995. Queensland, Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 1998.
119. Platt S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 1984, 19:93–115.
120. Varnik A, Wasserman D, Eklund G. Suicides in the Baltic countries. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1994, 22:166–169.
121. Kalediene R. Time trends in mortality in Lithuania. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1999, 99:419–422.
122. Weyerer S, Wiedenmann A. Economic factors and the rate of suicide in Germany between 1881 and 1989. *Psychological Report*, 1995, 76:1331–1341.
123. Lopatin AA, Kokorina NP. The widespread nature of suicide in Kuzbass (Russia). *Archives of Suicide Research*, 1998, 3:225–234.
124. Berk JH. Trauma and resilience during war: a look at the children and humanitarian aid workers in Bosnia. *Psychoanalytical Review*, 1998, 85:648–658.
125. Yip PSF. Suicides in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1997, 32:243–250.
126. Morrell S et al. Suicide and unemployment in Australia 1907–1990. *Social Science and Medicine*, 1993, 36:749–756.
127. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. The effects of unemployment on psychiatric illness during young adulthood. *Psychological Medicine*, 1997, 27:371–381.
128. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Unemployment and serious suicide attempts. *Psychological Medicine*, 1998, 28:209–218.
129. Lester D. Religion, suicide and homicide. *Social Psychiatry*, 1987, 22:99–101.
130. Faupel CE, Kowalski GS, Starr PD. Sociology's one law: religion and suicide in the urban context. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1987, 26:523–534.
131. Burr JA, McCall PL, Powell-Griner E. Catholic religion and suicide: the mediating effect of divorce. *Social Science Quarterly*, 1994, 75:300–318.
132. Bankston WB, Allen HD, Cunningham DS. Religion and suicide: a research note on "Sociology's One Law". *Social Forces*, 1983, 62:521–528.
133. Pope W, Danigelis N. Sociology's "one law". *Social Forces*, 1981, 60:495–516.
134. Simpson ME, Conlin GH. Socioeconomic development, suicide and religion: a test of Durkheim's theory of religion and suicide. *Social Forces*, 1989, 67:945–964.
135. Stack S, Wasserman I. The effect of religion on suicide ideology: an analysis of the networks perspective. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1992, 31:457–466.
136. Stack S. The effect of religious commitment of suicide: a cross-national analysis. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1983, 24:362–374.
137. Kok LP. Race, religion and female suicide attempters in Singapore. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1998, 40:236–239.
138. Neeleman J, Wessely S, Lewis G. Suicide acceptability in African and white Americans: the role of religion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1998, 186:12–16.
139. Marzuk PM et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154:122–123.
140. Nisbet PA. Protective factors for suicidal black females. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, 26:325–340.
141. Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:823–832.
142. McKeown RE et al. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998, 37:612–619.
143. Botsis AJ. Suicidal behaviour: risk and protective factors. In: Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN, eds. *Suicide: biopsychosocial approaches*. Amsterdam, Elsevier Science, 1997:129–146.
144. Pfeffer CR, Hurt SW, Peskin JR. Suicidal children grow up: ego functions associated with suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995, 34:1318–1325.
145. Borowsky IW et al. Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1999, 153:573–580.
146. Goldney RD. Prediction of suicide and attempted suicide. In: Hawton K, van Heeringen K, eds. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, John Wiley & Sons, 2000: 585–595.
147. Verkes RJ et al. Reduction by paroxetine of suicidal behaviour in patients with repeated suicide attempts but not with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:543–547.
148. Linehan MM. Behavioral treatments of suicidal behaviors: definitional obfuscation and treatment outcomes. In: Stoff DM, Mann JJ, eds. *The neurobiology of suicide: from the bench to the clinic*. New York, NY, New York Academy of Sciences, 1997:302–328.
149. Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive behavioural problem-solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157:871–876.
150. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients.

Archives of General Psychiatry, 1993, 50:971–974.

151. MacLeod AK et al. Recovery of positive future thinking within a high-risk parasuicide group: results from a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 1998, 37:371–379.

152. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The Green Card Study. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 163:111–112. 153. Cotgrove A et al. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence*, 1995, 18:569–577.

154. Evans MO et al. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:23–27.

155. De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a tele-help/tele-check service for the elderly at home. *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152:632–634.

156. Litman RE, Wold CI. Beyond crisis intervention. In: Schneidman ES, ed. *Suicidology, contemporary developments*. New York, NY, Grune & Stratton, 1976:528–546.

157. Gibbons JS et al. Evaluation of a social work service for self-poisoning patients. *British Journal of Psychiatry*, 1978, 133:111–118.

158. Hawton K et al. Evaluation of outpatient counselling compared with general practitioner care following overdoses. *Psychological Medicine*, 1987, 17: 751–761.

159. Dew MA et al. A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention centers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55:239–244.

160. Lester D. The effectiveness of suicide prevention centres: a review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1997, 27:304–310.

161. Riehl T, Marchner E, Moller HJ. Influence of crisis intervention telephone services (“crisis hotlines”) on the suicide rate in 25 German cities. In: Moller HJ, Schmidtko A, Welz R, eds. *Current issues of suicidology*. New York, NY, Springer Verlag, 1988:431–436.

162. Lester D. State initiatives in addressing youth suicide: evidence for their effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1992, 27:75–77.

163. Oliver RG, Hetzel BS. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Medical Journal of Australia*, 1972, 2:919–923.

164. Kreitman N. The coal gas history: United Kingdom suicide rates, 1960–1971. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 1972, 30:86–93.

165. Lester D. Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. *Archives of Suicide Research*, 1998, 4:7–24. 166. Clarke RV, Lester D. Toxicity of car exhausts and opportunity for suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1987, 41:114–120.

167. Lester D, Murrell ME. The influence of gun control laws on suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 1980, 80:151–154.

168. Kellerman AL et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:467–472.

169. Carrington PJ, Moyer MA. Gun control and suicide in Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151:606–608.

170. Reed TJ. Goethe. Oxford, Oxford University Press, 1984 (Past Masters Series).

171. Preventing suicide: a resource for media professionals. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.2).

172. Preventing suicide: how to start a survivors group. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.6).

173. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. New York, NY, United Nations, 1996 (document ST/SEA/245).

174. Preventing suicide: a resource for general physicians. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.1).

175. Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.3).

176. Preventing suicide: a resource for primary health care workers. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.4).

177. Preventing suicide: a resource for prison officers. Geneva, World Health Organization, 2000 (document WHO/MNH/MBD/00.5).

178. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization, 2001.

179. United States Public Health Service. The Surgeon General's call to action to prevent suicide. Washington, DC, United States Department of Health and Human Services, 1999.

180. Isacson G. Suicide prevention: a medical breakthrough? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 102:113–117.

181. Rutz W. The role of family physicians in preventing suicide. In: Lester D, ed. *Suicide prevention: resources for the millennium*. Philadelphia, PA, Brunner-Routledge, 2001:173–187.

182. De Leo D. Cultural issues in suicide and old age. *Crisis*, 1999, 20:53–55.

183. Schmidtko A et al. Suicide rates in the world: an update. *Archives of Suicide Research*, 1999, 5:81–89.

Luku 8

KOLLEKTIIVINEN VÄKIVALTA

Taustaa

Kollektiivisen väkivallan eri muodot ovat yhteiskunnassa hyvin näkyviä. Kansojen ja väestöryhmien välisiä väkivaltaisia konflikteja, valtioiden ja ryhmien harjoittamaa terroria, raiskausten käyttöä sodankäynnin välineenä, suuria väestönsiirtoja, jengisodankäyntiä ja huliganismia esiintyy koko ajan eri puolilla maailmaa. Ne kaikki tuottavat valtaisa tuhoa ihmisten terveydelle: kuolemaa, tuskaa, fyysistä sairautta, vammautumisia.

Lääketiede niin tieteenä kuin käytännön ammatin harjoittamisenakin on jo pitkään ollut tekemisissä kollektiivisen väkivallan seurausten kanssa. Sotilaskirurgia ja Kansainvälisen Punaisen Ristin toiminta ovat vanhoja ilmiöitä. Kansanterveydellisenä ongelmana sitä alettiin pitää kuitenkin vasta 1970-luvulla Biafran humanitaarisen kriisin seurauksena. Ennen kaikkea kansalaisjärjestöjen siellä saamat kokemukset muodostivat pohjan sittemmin yhä laajemmaksi kasvaneelle ehkäisevälle terveydenhuollolle, niin teoreettiselle tiedolle kuin käytännön ohjelmillekin.

Erilaisiin kollektiivisen väkivallan muotoihin puuttuminen on yhä opettelua, mutta selvää on, että julkisen terveydenhuollon rooli on merkittävä. Kuten Maailman terveysjärjestö julisti vuonna 1981, terveyttä kaikille tuottamaan pyrkivien terveydenhuollon ammattilaisten rooli rauhan edistämisessä ja säilyttämisessä on erittäin tärkeä.

Tässä luvussa keskitytään lähinnä väkivaltaisiin konflikteihin ja erityisesti niiden yhteydessä esiintyviin monimuotoisiin kriiseihin. Niistä kyllä raportoidaan, mutta niiden syistä ja muista seurauksista kuin kuolonuhreista vaietaan usein, joskus tarkoituksellisestikin. Kollektiivisen väkivallan muodot, joilla ei ole poliittisia tavoitteita, kuten jengiväkivalta, joukkohuliganismi ja väkivaltainen ryöstely, jäävät tämän tarkastelun ulkopuolelle.

Miten kollektiivinen väkipalva määritellään?

Kollektiivinen väkipalva voidaan määritellä seuraavasti:

väkipalvan välineellinen käyttö, jota harjoittavat itsensä ryhmäksi identifioimat ihmiset, olipa tämä ryhmä luonteeltaan väliaikainen tai pysyvä, ja joka kohdistuu toiseen ryhmään tai ihmisjoukkoon tavoitteena saavuttaa poliittisia, taloudellisia tai sosiaalisia päämääriä.

Kollektiivisen väkipalvan muodot

Kollektiivisen väkipalvan muotoja on useita, mm.

- Sodot, terrorismi ja muut väkipalvaiset poliittiset konfliktit, jotka esiintyvät valtioiden sisällä tai välillä.
- Valtion harjoittama väkipalva kuten kansanmurha, sorto, katoamiset, kidutus ja muut ihmisoikeuksien loukkaukset.
- Järjestäytynyt väkipalvarikollisuus, esimerkiksi ryöstely ja jengisodankäynti.

Monimuotoiset kriisit

YK:n humanitaarista apua vaikeissa ja monimuotoisissa kriiseissä koordinoiva pysyvä komitea määrittelee monimuotoisen kriisin seuraavasti:

”niin laajaa kansainvälistä puuttumista edellyttävä humanitaarinen kriisi maassa, alueella tai yhteiskunnassa, jossa on sisäisen tai ulkoisen konfliktin seurauksena tapahtunut täydellinen tai huomattavan laaja valtiotilvan romahtaminen, että se ei ole minkään yksittäisen elimen toimivallassa tai mahdollisuuksien rajoissa eikä kuulu mihinkään käynnissä olevaan YK:n maaohjelmaan”.

Termiä käytetään joskus kuvaamaan muita vaikutuksiltaan merkittäviä ihmisen aikaansaamia tai luonnon katastrofeja, mutta tässä raportissa sillä viitataan väkipalvaisiin konflikteihin vahvasti sidoksissa olevia kriiseihin, joilla on usein hyvin suuria poliittisia vaikutuksia.

Leaning erottaa neljä tyyppistä monimuotoisen kriisin seurausta, jotka vaikuttavat syvästi myös väestön terveysteen:

- väestönsiirrot
- sosiaalisten verkostojen ja ekosysteemien tuhoutuminen
- siviileille ja muille taistelutoimiin osallistumattomille aiheutettu turvattomuus
- ihmisoikeuksien loukkaukset.

Jotkut analyytikot käyttävät käsitettä ”monimutkainen poliittinen kriisi” korostaakseen tiettyjen kriisien poliittista luonnetta. Tällaiselle tilanteelle on tyyppistä, että se

- ylittää kansalliset rajat
- juontaa juurensa vallasta tai resursseista käytävään kilpailuun
- on pitkäkestoinen
- sijoittuu olemassa olevien sosiaalisten, poliittisten, taloudellisten ja kulttuuristen rakenteiden ja jakojen sisälle ja heijastaa niitä
- on usein ilmausta ”riistävästä” sosiaalisesta ylivallassa.

Aseellinen konflikti

Vaikka käsitettä ”sota” käytetään usein kuvaamaan konfliktia - tavallisesti ymmärrettyä käsitteen historiallisessa merkityksessä valtioiden välisenä väkipalvata - sen juridinen määritelmä on ristiriitainen. Ristiriitaisuus liittyy muun muassa kvantifointiin (kuinka monta kuolemaa taistelujen täytyy aiheuttaa tai kuinka kauan niiden tulee kestää,

että ne luokiteltaisiin sodaksi), siihen onko vihollisuus julistettu avoimesti sekä maantieteellisiin rajoihin (tapahtuuko sota maiden välillä vai yhden maan sisällä). Näiden ristiriitaisuuksien välttämiseksi ja ennen kaikkea siksi, että estettäisiin humanitaarisen lain soveltamisaukot, kansainvälisissä yhteyksissä, esimerkiksi vuoden 1949 Geneven sopimuksessa, käytetään yleisesti termiä ”aseellinen konflikti”.

Aseellisten konfliktien ja niihin osallistuvien taistelijoiden suuri kirjo on kuitenkin pakottanut havainnoitsijat etsimään uusia termejä. Esimerkiksi käsitteellä ”uudet sodat” viitataan konflikteihin, joissa perinteinen sota, organisoitu rikollisuus ja laajamittaiset ihmisoikeuksien loukkaukset kietoutuvat toisiinsa. ”Epäsymmetrinen sodankäynti” liittyy kiinteästi nykyaikaiseen terrorismiin, jossa järjestäytyneet ryhmät, jolla ei ole tavanomaisesta sotilaallisesta voimasta eikä taloudellista valtaa, pyrkii iskemään suhteellisen vauraiden ja avointen yhteiskuntien heikoihin kohtiin. Iskut tapahtuvat epätavanomaisia aseita ja takitiekkoja käyttäen sotilaallisista ja poliittisista sodankäynnin säännöistä piittaamatta.

Kansanmurha

Kansanmurha on erityisen kammottava kollektiivisen väkivallan muoto varsinkin sen vuoksi, että hyökkääjillä on tarkoituksellisenä päämääränään jonkin väestöryhmän hävittäminen. Kansanmurha on näin ollen määritelmällisesti kollektiivista.

Kansanmurhan käsite on varsin uusi. Vaikka historiantutkijat ovatkin käyttäneet sitä puhuessaan ennen vuotta 1939 sattuneista tapahtumista (kuten historiallisesti mielessä tehdään myös tässä raportissa), termi määriteltiin juridisesti vasta toisen maailmansodan jälkeen. Natsien holokaustin kauhut synnyttivät kansainvälisen keskustelun, joka johti vuoden 1948 Kansanmurharikoksen ehkäisyä ja rankaisemista koskevan sopimuksen syntymiseen. Sopimus astui voimaan 12.1.1951. Sopimuksen 2. artiklassa määritellään kansanmurha. Se on ”jokin seuraavista teoista, joka on tehty tarkoituksena tuhota, kokonaisuudessaan tai osittain, kansallinen, etninen, rodullinen tai uskonnollinen ryhmä:

- ryhmän jäsenten tappaminen
- vakavan ruumiillisen tai henkisen haitan aiheuttaminen ryhmän jäsenille
- ryhmän saattaminen tahallisesti sellaisiin elinoloihin, joiden tarkoituksena on johtaa sen fyysiseen tuhoutumiseen kokonaan tai osittain
- väestön pakottaminen toimiin, jotka ehkäisevät lasten syntymisen sen parissa
- väestöryhmän lasten pakkosiirto toiseen ryhmään.”

Kansanmurharikos on sopimuksen mukaan rangaistava teko samoin kuin osallistuminen kansanmurhaan, juonittelun sen aikaansaamiseksi, suora ja julkinen yllyttäminen kansanmurhaan ja kansanmurhan yritys.

Vuoden 1994 Ruandan konfliktin jälkeen YK:n turvallisuusneuvosto ilmaisi useissa päätöslauselmissa vakavan huolensa väitetyn kansanmurhan vuoksi ja päätti perustaa kansainvälisen ad hoc –rikostuomioistuimen Ruandan tapausten selvittämiseksi. Tuomioistuin on jo antanut useita tuomioita kansanmurhasta. Entisen Jugoslavian kansainvälisen rikostuomioistuimen langetti elokuussa 2001 ensimmäisen tuomionsa kansanmurhasta Bosnian ja Hertsegovinan konfliktissa Srebreničassa heinäkuussa 1995 tapahtuneen Bosnian muslimien joukkomurhan osalta.

Kollektiivista väki­valtaa koskevat aineistot

Tietolähteet

Joukko kansainvälisiä tutkimuslaitoksia kerää ja analysoi kansainvälisten ja maansi­säisten konfliktien uhreja koskevia tietoja. Tukholman kansainvälinen rauhantutkimuslai­tos SIPRI on kehittänyt yksityiskohtaisen vakio­muodon vuosiraportteilleen, joissa tarkas­te­llaan konfliktien vaikutusta. Yhdysvaltalaisen Michiganin yliopiston Correlates of War –projekti on laajasti lainattu lähde konfliktien laajuudesta ja syistä 1800-luvulta tähän aikaan asti.

Erityisesti kidutusta ja ihmisoikeusloukkauksia koskevia tietoja keräävät monet kan­sa­lliset ihmisoikeuselimet ja yhä useammat kansainväliset järjestöt kuten African Rights, Amnesty International ja Human Rights Watch. Alankomaissa toimiva Interdisciplinary Research Programme on Root Causes of Human Rights Violations (Tieteidenvälinen ihmisoikeusloukkauksien perussyiden tutkimusohjelma) seuraa ihmisloukkauksien aiheuttamia kuolemantapauksia ja muita vaikutuksia koko maailmassa.

Tietojen keruun ongelmat

Useimmista köyhistä maista puuttuvat luotettavat terveydenhuollon tilastot, mikä tekee konflikteihin liittyvien kuolemantapausten, sairauksien ja vammojen määrän arvioinnin erityisen hankalaksi. Sitä paitsi monimuotoiset kriisit aiheuttavat häiriöitä niil­lekin vähäisille valvonta- ja informaatiojärjestelmille joita on olemassa. Näiden vaikeuk­si­en voittamiseksi on kuitenkin kehitetty joitakin innovatiivisia tekniikoita. Guatemalassa päädyttiin sisällissodassa kuolleiden arvioon yhdistämällä kolme eri aineistoa sekä todis­ta­jilta ja uhreilta kerättyjä tietoja. Tämän menetelmän avulla tuotetun arvion mukaan sodassa kuoli noin 132 000 ihmistä. Virallisesti kirjattu luku oli paljon pienempi, koska siinä oli jäänyt laskematta lähes 100 000 kuollutta.

Armeijoiden tappiot kirjataan yleensä sovittujen sotilaallisten menettelytapojen mukaan, ja ne ovat todennäköisesti jokseenkin tarkkoja. Kansanmurhiin liittyvät luvut ovat selvästikin alttiimpia suuremmalle manipuloinnille ja siten vaikeampia vahvistaa. Siviilien joukkosurmien uhreista esitetyt arviot voivat vaihdella kymmenkertaisesti. Arviot Ruandan vuoden 1994 kansanmurhan kuolonuhrien määrästä vaihtelivat puolesta miljoonasta miljoonaan. Itä-Timorissa kymmenien tuhansien ihmisten ilmoitettiin kadon­neen välittömästi konfliktin alettua vuonna 1999, ja useita kuukausia myöhemmin oli edelleen epäselvää, olivatko alkuperäiset arviot oikeita. Kongon demokraattisen tasaval­lan vuosien 1998-2001 konfliktin uhrien määrästä on mahdotonta sanoa mitään varmaa, vaikka tuoreiden arvioiden mukaan yli 2,5 miljoonaa ihmistä lienee menettänyt siinä hen­kensä.

Tietojen keruussa on useita ongelmia. Nopeasti vaihtuvan väestön terveyden ja kuol­leisuuden arviointi on hankalaa. Terveyspalvelut, joista tiedot kerätään, ovat huonosti saa­ta­villa. Virhemahdollisuudet ovat lukuisia. Konfliktin osapuolet yrittävät usein manipu­loida uhreja ja voimavaroja koskevia tietoja. Tiedoissa ja siinä tavassa, jolla uhrien mää­rää mitataan, on näin ollen todennäköisesti vinoumia. Tämän vuoksi kansalaisyhteiskun­nan järjestöt ovat tärkeitä kollektiivisen väkivallan tapausten dokumentoijia. Ihmisoikeusloukkauksia koskevien tietojen todentaminen on myös usein vaikeaa, koska syylliset piilottavat todistusaineistoa parhaansa mukaan ihmisryöstöjen, katoamisten ja poliittisten murhien avulla. Amnesty, Human Rights Watch, lääkärien järjestö Physicians

for Human Rights ja useat muut järjestöt ovat kehittäneet kattavia menetelmiä ihmisoikeusloukkauksia koskevien tietojen keräämiseksi, arvioimiseksi ja todentamiseksi.

Ongelman laajuus

WHO:n arvion mukaan noin 310 000 ihmistä kuoli vuonna 2000 sotien aiheuttamiin vammoihin. Nämä kuolemantapaukset luokitellaan kansainvälisen tautiluokituksen (ICD:n) koodien mukaan sotatoimista johtuviin vammoihin (ICD-9 E99.0-E99.9 tai ICD-10 Y36). Sotien aiheuttamien kuolemien määrät vaihtelivat suurituloisten maiden alle 1:stä/100 000 asukasta pieni- ja keskituloisten maiden 6,2:een/100 000 as. Luvut olivat korkeimpia WHO:n Afrikan alueella (32,0/100 000 as.). Seuraavina tulivat WHO:n itäisen Välimeren alue (8,2/100 000 as.) ja WHO:n Euroopan alue (7,6/100 000 as.).

Konflikteissa kuolleiden määrä

1500-luvulta 1900-luvulle konflikteissa kuolleiden määrä kehittyi vuosisadasta toiseen seuraavalla tavalla: 1,6 miljoonaa/100 vuotta, 6,1 miljoonaa/100 vuotta, 7,0 miljoonaa/100 vuotta, 19,4 miljoonaa/100 vuotta ja 109,7 miljoonaa/100 vuotta. Pelkät luvut eivät tietenkään kerro sitä, miten ihmiset kuolivat. Kuuden miljoonan esimerkiksi arvelleen saaneen surmansa, kun heidät vangittiin ja kuljetettiin orjiksi neljän vuosisadan kuluessa. Eurooppalaiset siirtomaavalloittajat surmasivat 10 miljoonaa Amerikan manteeen alkuasukasta.

Erään arvion mukaan noin 191 miljoonaa menetti henkensä suoraan tai välillisesti 1900-luvun 25 suurimman kollektiivisen väkivaltaisuuden vuoksi; heistä 60 % ei osallistunut taisteluihin. Ensimmäisen ja toisen maailmansodan ohella katastrofaalisimpia, eniten ihmishenkiä vaatineita olivat Stalinin terrorin aika ja Kiinan Suuren harppauksen aika (1958-1960), joka tuhosi miljoonia ihmisiä. Edelleenkin ei tiedetä, paljonko uhreja ne vaativat. 25 suurinta selkkausta vei 39 miljoonan sotilaan ja 33 miljoonan siviilin hengen. Konflikteihin tai kansanmurhiin liittynyt nälänhätä tappoi lisäksi 40 miljoonaa ihmistä.

Suhteellisen uusi ilmiö on se, että yhä useammat YK:n siviilivirkailijat ja kansalaisjärjestöjen työntekijät surmataan väkivaltaisesti konfliktialueilla. Vuosina 1985-1998 surmattiin yli 380 humanitaarista työtä tekevää; YK:n siviilihenkilöstöstä sai surmansa useampi kuin YK:n rauhanturvajoukkoihin kuuluvista.

Kidutukset ja raiskaukset

Kidutus on yleistä monissa konflikteissa (ks. laatikko 8.1). Koska uhrin pyrkivät usein peittelemään kokemaansa traumaa ja koska kidutuksen käytön salaamiseen kohdistuu myös poliittista painetta, on vaikea arvioida, kuinka laajalle levinnyttä se on.

Raiskauksia on todettu käytetyn sodankäynnin välineenä lukuisissa konflikteissa. Uhreista valtaosa on naisia, mutta myös miesten raiskauksia tapahtuu. Arviot Bosniassa ja Hertsegovinassa vuosien 1992-1995 konfliktin aikana raiskattujen naisten määrästä vaihtelevat 10 000:n ja 60 000:n välillä. Myös muun muassa Bangladeshissa, Liberiassa, Ruandassa ja Ugandassa on viime vuosikymmeninä tapahtunut raiskauksia väkivaltaisten konfliktien yhteydessä. Raiskauksen tarkoituksena on usein terrorisoida ja murentaa yhteisöjä, pakottaa ihmiset pakenemaan ja murtaa yhteiskuntarakennetta. Sen fyysinen ja psyykinen vaikutus uhreihin on pitkäaikainen.

Laatikko 8.1

Kidutus

Kidutus on määritelty useissa kansainvälisissä sopimuksissa. YK:n kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai alentavan kohtelun tai rankaisemisen vastainen sopimus vuodelta 1984 määrittelee sen ”teoksi, jolla aiheutetaan ihmiselle tahallisesti vakavaa fyysistä tai psyykkistä kipua tai tuskaa” tarkoituksena saada tietoja tai tunnustus, rangaista, pelotella tai pakottaa tai joka tehdään muusta diskriminaatioon perustuvasta syystä. Sopimus koskee viranomaisten ja muiden julkista valtaa käyttävien henkilöiden suorittamaa kidutusta.

Amnesty International löysi vuoden 2000 raporttiaan valmistellessaan raportteja viranomaisten toteuttamasta kidutuksesta tai huonosta kohtelusta yli 150 maasta. Yli 70 maassa sitä harjoitettiin laajasti ja yli 80 maassa sen ilmoitettiin johtaneen kuolemantapauksiin. Useimmat uhreista olivat rikoksista epäiltyjä tai tuomion saaneita, ja suurin osa kiduttajista oli poliiseja.

Rikoksista epäiltyjen kiduttaminen on erittäin todennäköisesti ilmoitettuja lukuja yleisempää, koska uhrit eivät yleensä pysty valittamaan kohtelusta. Joissakin maissa tavallisten rikollisten kiduttaminen on niin yleinen käytäntö, että siihen kiinnitetään huomiota vain silloin, kun avoimpi poliittinen sorto on vähentynyt. Poliisi saattaa kunnollisen koulutuksen ja kunnollisten tutkintamenetelmien puutteessa turvautua kidutukseen tai kaltoinkohteluun saadakseen tunnustuksen nopeasti.

Joskus kidutuksen tarkoituksena on hankkia tietoa, saada tunnustus (joko aito tai väärä), pakottaa yhteistyöhön tai ”murtaa” uhri esimerkinä toisille. Joskus ensisijaisena tarkoituksena on rankaiseminen ja nöyryyttäminen. Kidutusta saatetaan myös käyttää kiristyskeinoana. Kun kidutusikäntö kerran vakiintuu, siitä tulee helposti pysyvä.

Kidutuksen vaikutukset terveydelle ovat vakavat, sillä se vahingoittaa sekä psyykkistä että fyysistä terveyttä. Uhrit saattavat jäädä omaan maahansa, sopeutuen parhaansa mukaan joko lääkärin hoidon ja psykososiaalisen tuen avulla tai ilman sitä. Jos heidän tarpeisiinsa ei vastata riittävästi, heillä on suuri riski vieraantua yhä enemmän yhteiskunnasta. Sama pätee maanpakoon lähteviin. Turvapaikan hakijoista osa on kokenut kidutusta omassa maassaan, ja tutkimusten mukaan heidän terveydelliset tarpeensa ovat merkittävät.

Kidutuksen valvomatta jättäminen lisää poliisin ja turvallisuusjoukkojen väärää käyttäytymistä ja ihmisoikeuksien loukkausten ja väkivallan suvaitsemista. Useat terveydenhuollon ammattilaisten järjestöt ovat ottaneet voimakkaasti kantaa kidutusta vastaan pitäen sen ehkäisemistä kiinteänä osana ammatillista kutsumustaan ja kansanterveyttä. Myös kansalaisjärjestöt ovat tehneet tätä työtä.

Euroopan neuvoston tarkastusjärjestelmä on erityinen valvontamekanismi, jota on suosittu käytettäväksi maailmanlaajuisesti. YK:n kidutuksen vastaiseen pöytäkirjaan on luonnosteltu liitettäväksi lisäpöytäkirja, jonka mukaan pidätyspaikoille luotaisiin vastaava tutkintajärjestelmä. Lisäpöytäkirjan valmistelussa on toistaiseksi edistytty hitaasti.

Kidutuksen tutkintaa ja dokumentointia koskevia aloitteita on tehty runsaasti viime vuosina. Vuonna 1999 laadittiin ”Istanbulin pöytäkirjana” tunnettu YK:n ohjeisto kidutuksen lääketieteellistä arviointia varten. Sen laatimiseen osallistuivat kuolinsyytutkijat, lääkärit, ihmisoikeustarkkailijat ja juristit 15 maasta, ja se julkaistiin kaksi vuotta myöhemmin.

Konfliktien luonne

Toisesta maailmansodasta lähtien maailmassa on käyty 190 aseellista konfliktia. Niistä vain neljännes on ollut valtioiden välisiä. Nykyajan konflikteista yhä suurempi osa on valtioiden sisäisiä. Suurin osa toisen maailmansodan jälkeisistä aseellisista konflikteista on ollut alle puolen vuoden mittaisia. Ne, jotka kestivät tätä pitempään, jatkuivat usein vuosikausia. Vietnamin väkivaltainen konflikti ulottui yli kahden vuosikymmenen jaksolle. Pitkäaikaisimpiin kuuluivat myös Afganistanin ja Angolan konfliktit. 1950-luvulla oli käynnissä alle 20 aseellista konfliktia, 1960- ja 1970-luvulla yli 30; 1980-luvun lopulla määrä nousi yli 50:een. Vuodesta 1992 alkaen käynnissä olevien konfliktien määrä laski, mutta niiden kesto piteni.

Myös valtioiden välisiä konflikteja käydään edelleen. Irakin ja Iranin vuosien 1980-1988 sodassa arvioidaan kuolleen 450 000 sotilasta ja 50 000 siviiliä. Eritrean ja Etiopian sota 1900-luvun lopulla oli suurelta osin kahden tavanomaisen armeijan välistä taisteluhautasodankäyntiä, jossa käytettiin raskasta aseistusta. Se vaati kymmenien tuhansien ihmisten hengen. Liittoumien joukot tekivät laajamittaisia ilmaiskuja esimerkiksi Persian lahden sodassa Irakia vastaan vuonna 1991 ja Naton Jugoslavia-iskussa vuonna 1999.

Toisen maailmansodan jälkeisistä konflikteista monet sijoittuvat kehitysmaihin. Itä-Euroopan sosialististen maiden ja Neuvostoliiton hallitusten kaaduttua 1980-1990-lukujen taitteessa aseellisten konfliktien määrä nousi Euroopassa joksikin aikaa jyrkästi.

Konfliktialueen koko on vaihdellut suuresti kahden viime vuosisadan kuluessa. 1800-luvulle asti valtioiden väliset sodat käytiin ”taistelukentillä”. Napoleonin sodissa tapahtunut kansalaisten mobilisointi sotilaisiksi loi suurempia, mutta olennaisesti samanlaisia taistelukenttiä. 1800-luvulla tapahtunut rautateiden kehittyminen ja joukkokuljetusten mekanisointi mahdollisti liikkuvan sodankäynnin, jossa asemia siirrellään nopeasti suurilla alueilla. Panssarivaunujen, sukellusveneidä, hävittäjien ja laserohjusten kehittäminen loi sitten perustan taistelukentille, joilla ei ole maantieteellisiä rajoja. Viimeaikaisia konflikteja, esimerkiksi Naton toimeenpanemaa Jugoslavian pommitusta, on kutsuttu ”virtuaalisodiksi”. Tämä viittaa siihen, että nämä konfliktit käydään etäältä laukaistuina ohjuksin ja ilman maajoukkoja.

Mitkä ovat kollektiivisen väkivallan riskitekijät?

Hyvä terveydenhuollon käytäntö edellyttää kollektiivisen väkivallan riskitekijöiden tunnistamista sekä sellaisten konfliktinratkaisumenetelmien kehittämistä, jotka eivät edellytä väkivallan käyttöä. On tunnistettu joukko suurten poliittisten konfliktien riskitekijöitä. Carnagien komissio on laatinut luettelon indikaattoreista, jotka kuvaavat romahdusvaarassa ja sisäisen konfliktin vaarassa olevia valtioita (ks. taulukko 8.1). Näiden tekijöiden yhteisvaikutus luo suotuisan ilmapiirin väkivaltaisen konfliktin synnylle. Yksikään niistä ei välttämättä yksinään riitä johtamaan väkivaltaisuuksiin ja valtion hajoamiseen.

Väkivaltaisten konfliktien riskitekijöitä ovat mm.:

- Poliittiset tekijät:
 - demokraattisten prosessien puuttuminen
 - eriarvoisuus vallankäytössä.
- Taloudelliset tekijät:
 - resurssien voimakkaan eriarvoinen jakautuminen
 - resurssien saatavuuden eriarvoisuus
 - keskeisten luonnonvarojen hallinta

- huumeiden tuotannon ja kaupan hallinta.
- Yhteiskunta- ja yhteisötason tekijät:
 - ryhmien välinen eriarvoisuus
 - etnisten, kansallisten ja uskonnollisten ryhmien fanaattisuuden kiihdyttäminen
 - pienaseiden ja muiden aseiden hyvä saatavuus
- Demografiset tekijät:
 - nopeat väestömuutokset.

Monet näistä riskitekijöistä voivat ilmetä jo ennen kuin avointa kollektiivista väkivaltaa esiintyy.

Taulukko 8.1

Valtioiden murenemisen ja sisäisen konfliktin riskin indikaattoreita

Indikaattori	Merkit
<u>Eriarvoisuus</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Sosiaalisen ja taloudellisen eriarvoisuuden lisääntyminen, erityisesti eri väestöryhmien välillä, ei niinkään niiden sisällä
<u>Nopeat demografisten ominaisuuksien muutokset</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Korkea lapsikuolleisuus • Väestörakenteen nopeat muutokset, esimerkiksi pakolaisten suurimittaiset siirrot • Liian suuri väentiheys • Korkea työttömyysaste erityisesti nuorten keskuudessa • Pula ravinnosta ja puhtaasta vedestä • Eri etnisten ryhmien väliset kiistat alueesta tai ympäristöresursseista
<u>Demokraattisten prosessien puuttuminen</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Ihmisoikeusloukkaukset • Valtion rikollinen käyttäytyminen • Korruptoitunut hallinto
<u>Poliittinen epävakaus</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Toistuvat hallituksenvaihdokset
<u>Hallitseva ryhmä etniseltä rakenteeltaan voimakkaasti koko väestön rakenteesta poikkeava</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Poliittisen ja taloudellisen vallankäytön erilaisuus ja erilainen soveltaminen etnisen tai uskonnollisen identiteetin mukaan • Etnisten tai uskonnollisten symbolien loukkaaminen
<u>Julkisten palvelujen heikentyminen</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Kaikille minimitasoiset palvelut turvaavan sosiaalisen turvaverkon laajuuden ja tehokkuuden voimakas heikkeneminen
<u>Vakava taloudellinen taantuma</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Eriarvoinen taloudellinen kehitys • Suurista taloudellisista muutoksista johtuvat väestöryhmien väliset suuresti eriarvoiset voitot tai menetykset • Lyhyellä aikavälillä tapahtuvat voimakkaat taloudelliset siirtymät tai menetykset
<u>Väkivallankierre</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Kilpailevien ryhmien välinen jatkuva kostonkierre

Poliittiset ja taloudelliset tekijät

Resurssien, erityisesti terveys- ja koulutuspalveluiden hyvin eriarvoinen jakautuminen ja saatavuus ja poliittisen vallan epätasainen jakautuminen maantieteellisen alueen, sosiaaliryhmän, uskonnon, rodun tai etnisen alkuperän mukaan ovat tärkeitä ryhmien välisiä konflikteja synnyttäviä tekijöitä. Epädemokraattinen johtajuus, varsinkin jos se on tukahduttavaa ja jos valta perustuu etniseen tai uskonnolliseen identiteettiin, on voimakas konfliktialtiutta lisäävä tekijä. Julkisten palvelujen heikkeneminen, joka tavallisesti vaikuttaa vakavimmin yhteiskunnan köyhimpiin ryhmiin, saattaa olla tilanteen pahenemisen varhainen merkki.

Konfliktin todennäköisyys on vähäisempi taloudellisen kasvun kuin taantuman oloissa, jolloin kilpailu resursseista kiihtyy.

Globalisaatio

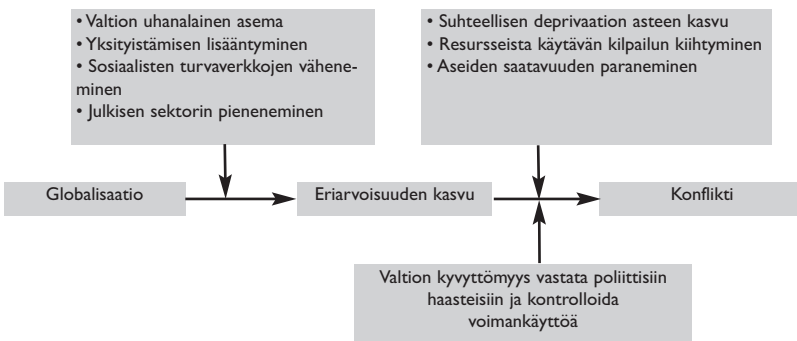
Globaalin talouden suuntaukset ovat kiihdyttäneet integraatiota ja joidenkin maiden taloudellista kasvua. Saman aikaan toisissa maissa eriarvoisuus ja taloudellinen syrjäytyminen on lisääntynyt. Muut globalisaatioon mahdollisesti yhdistettävissä olevat konfliktien riskitekijät liittyvät rahoitukseen (valuuttojen usein nopea ja voimakas liikkuminen ympäri maailmaa) ja kulttuuriin (globaalin median synnyttämät yksilölliset ja kollektiiviset epärealistiset toiveet). On liian varhaista sanoa, johtavatko nykyiset globalisaatiotrendit konfliktien yleistymiseen ja väkivallan lisääntymiseen valtioiden sisällä ja välillä. Kuviossa 8.1 kuvataan globalisaation ja konfliktien esiintymisen mahdollisia yhteyksiä.

Luonnonvarat

Taistelu tärkeimpien luonnonvarojen saatavuudesta on usein konflikteja ruokkiva ja pitkittävä tekijä. Esimerkkejä luonnonvarojen roolista kahden viime vuosikymmenen ajalta ovat timantit Angolassa, Kongon demokraattisessa tasavallassa ja Sierra Leonessa, öljy Angolassa ja eteläisessä Sudanissa sekä puutavara ja jalokivet Kambodassa. Toisin paikoin, esimerkiksi Afganistanissa, Kolumbiassa ja Myanmarissa pyrkimys kontrolloida huumeiden tuotantoa ja jakelua on ollut osatekijänä väkivaltaisissa konflikteissa.

Kuvio 8.1

Globalisaation, eriarvoisuuden ja konfliktien mahdollisia yhteyksiä



Yhteiskunnalliset ja yhteisölliset tekijät

Eriyisen merkittävä konfliktien esiintymiseen liittyvä riskitekijä on ryhmien välinen eriarvoisuus, varsinkin jos se on lisääntymässä ja kuvastaa resurssien epätasaista jakautumista yhteiskunnassa. Tämä on usein nähtävissä maissa, joissa hallitusvaltaa pitää yksi yhteisö, joka käyttää poliittista, sotilaallista ja taloudellista valtaa aivan erilaisissa yhteisöissä.

Pienaseiden ja muiden aseiden hyvä saatavuus tavallisten ihmisten keskuudessa voi myös kärjistää konfliktien vaaraa. Tämä on erityisen ongelmallista alueilla, joilla on aikaisemmin ollut konflikteja ja joissa entisten sotilaiden asestariisuuta-, aseiden luovutus- ja työllistämishjelmat ovat jääneet luomatta tai olleet riittämättömiä.

Demografiset tekijät

Nopeat väestölliset muutokset kuten maan asukastiheyden ja nuorten suhteellisen määrän kasvu yhdistyneenä valtion kyvyttömyyteen vastata väestönkasvuun työpaikkojen luomisella ja koulujen rakentamisella saattaa edesauttaa väkivaltaisten konfliktien syntymistä. Tämä korostuu silloin, kun esiintyy muitakin riskitekijöitä. Tällaisessa tilanteessa saattaa syntyä suurimittaista väestön siirtymistä, kun epätoivoiset ihmiset etsivät kestävämpää elämää muualta. Tämä saattaa puolestaan lisätä väkivallan vaaraa niillä alueilla, joille ihmiset muuttavat.

Teknologiset tekijät

Aseteknologian taso ei välttämättä vaikuta konfliktialttiuteen, mutta kylläkin konfliktien ja tuhon laajuuteen. Satoja vuosia sitten tuhovoima lisääntyi, kun siirryttiin nuolesta varsijouseen. Paljon myöhemmin kehitettiin ensin yksinkertaisia ampuma-aseita, sitten kiväärejä, konekiväärejä ja konepistooleja. Mahdollisuus ampua useampia luoteja, nopeammin, kauemmas ja tarkemmin lisäksi näiden aseiden potentiaalista tuhovoimaa.

Perusaseetkin, kuten machete, voivat aiheuttaa valtavaa inhimillistä tuhoa. Tämä nähtiin Ruandan kansanmurhassa vuonna 1994. Yhdysvaltoihin 11. syyskuuta 2001 suunnatuissa terrori-iskuissa, joissa kaapatut matkustajalentokoneet saatettiin tahallisesti törmäyttämään World Trade Centerin torneihin ja Pentagoniin, aiheutettiin tuhansien ihmisten kuolema ilman tavanomaisten aseiden tuhovoimaa.

Kollektiivisen väkivallan seuraukset

Terveyshaitat

Konfliktien terveyshaitat voivat olla hyvin suuria mitattuna kuolleisuudella, sairastavuudella ja vammautumisilla (ks. taulukko 8.2).

Lapsikuolleisuus

Konfliktien aikana lapsikuolleisuus yleensä kasvaa. Ehkäistävissä olevat taudit kuten tuhkarokko, jäykkäkouristus ja kurkkumätä saattavat levitä epidemioina. 1980-luvun puolivälissä Ugandan lapsikuolleisuus lisääntyi joillakin konflikteista kärsivillä alueilla yli kuuteensataan tuhatta lasta kohti. YK:n lastenrahaston mukaan lapsikuolleisuus aleni kaikissa eteläisen Afrikan maissa vuodesta 1960 vuoteen 1986 lukuun ottamatta Angolaa ja Mosambikia, joissa kummassakin oli käynnissä sisäinen konflikti. Joidenkin tartuntatautien, esimerkiksi polion, hävittämisen esteenä on viimeisten tautitapausten esiintyminen

Taulukko 8.2

Esimerkkejä konfliktien välittömistä terveyshaitoista

Seuraus • Syy

Kuolleisuuden nousu

- ulkoisista syistä johtuvat kuolemat, lähinnä aseiden käyttöön liittyvät
- tarttuvista taudeista johtuvat kuolemat (tuhkarokko, polio, jäykkäkouristus, malaria ym.)
- ei-tarttuvista taudeista johtuvat kuolemat sekä muut hoidon avulla vältettävissä olevat kuolemat (esimerkiksi astma, diabetes ja välitöntä leikkausta edellyttävät tilat)

Sairastavuuden lisääntyminen

- ulkoisista syistä johtuvat vammat, esimerkiksi aseiden, silpomisen ja henkilömiinojen aiheuttamat sekä palovammat ja myrkytykset
- sairaudet, jotka ovat yhteydessä muihin ulkoisiin syihin, esimerkiksi seksuaaliseen väkivaltaan
- infektioaudit:
- veden välityksellä tarttuvat (kolera, lavantauti ja Shigella-ryhmän punatauti)
- hyönteisten levittämät (malaria, jokisokeus)
- muut tarttuvat taudit (tuberkuloosi, hengityselininfektiot, hiv ja muut sukupuolitaudit)
- lisääntymisterveys:
- kuolleina tai keskosina syntyneiden suuri määrä, alhainen syntymäpaino, synnytyksiin liittyvät komplikaatiot
- kemikaaleille ja säteilylle altistumisen pitkäaikaiset geneettiset vaikutukset
- ravitsemus
- akuutti ja krooninen aliravitsemus ja monet eri puutosoireet
- mielenterveys:
- ahdistus
- masennus
- trauman jälkeinen stressihäiriö
- itsetuhoinen käyttäytyminen

Vammaisuuden yleistyminen

- fyysinen vammaisuus
- psyykinen vammaisuus
- sosiaalinen vammaisuus

konflikteista kärsivillä alueilla.

Bosniassa ja Hertsegovinassa Zepassa, joka on YK:n valvoma, sittemmin Bosnian serbijoukkojen jalkoihin joutunut ”turvavyöhyke”, imeväis- ja lapsikuolleisuus kaksinkertaistui jo konfliktin kestätyä yhden vuoden. Sarajevossa ennenaikaisten synnytysten määrä kaksinkertaistui ja keskimääräinen syntymäpaino putosi 20 % vuoteen 1993 mennessä.

Tarttuvat taudit

Tarttuviin tauteihin sairastumisen riskin kasvaminen konfliktien aikana johtuu yleensä seuraavista seikoista:

- rokotusten väheneminen

- väestön siirtyminen ja pakolaisleirien väenahtausta
- suurempi altistuminen tartunnanlevittäjille ja ympäristövaaroille, esimerkiksi saastu-
neelle vedelle
- kansanterveyskampanjoiden ja hakevan toiminnan väheneminen
- terveyspalvelujen saatavuuden heikkeneminen.

Sodan ollessa käynnissä vuonna 1994 Bosniassa ja Hertsegovinassa rokotettiin alle 35 % lapsista, kun ennen vihollisuuksien puhkeamista rokotusprosentti oli 95. Irakissa roko-
tusten kattavuus laski voimakkaasti vuoden 1991 Persian lahden sodan ja taloudellisten ja
poliittisten pakotteiden voimaantumisen jälkeen. El Salvadorin tuore esimerkki osoittaa kui-
tenkin, että konfliktioissa on mahdollista valikoivien terveydenhuolto-ohjelmien ja riit-
tävien resurssien turvaamisen avulla ratkaista tiettyjä terveysongelmia.

Nicaraguan vuosien 1985-1986 tuhkarokkoepidemia johtui suurelta osin heikentynees-
tä kyvystä rokottaa konfliktialueiden riskiryhmään kuuluvia. Malariaantorjunnan heikke-
neminen oli yhteydessä Etiopian ja Mosambikin epidemioihin, mikä korostaa tautientor-
junnan haavoittuvuutta konfliktioissa. Ebola-kuumeen puhkeamisen Gulussa
Ugandassa arveltiin yleisesti olevan yhteydessä Kongosta taistelleiden joukkojen paluu-
seen.

Etiopiassa levisivät 1980-luvun loppupuolella pilkkukuume- ja vuorotteleva kuume-
epidemiat, jotka ovat tartuntaa kantavien punkkien, täiden ja kirppujen levittämiä tarttu-
via tauteja. Niiden uskottiin olleen peräisin täyteen ahdetuilta armeijan leireiltä, vankilois-
ta ja avustusleireiltä sekä vetäytyvien sotilaiden paikallisille asukkaille myymistä peitois-
ta ja vaatteista. Ruandan maastamuutossa vuonna 1994 veden välityksellä leviävät taudit,
esimerkiksi kolera ja punatauti aiheuttivat Zaireen saapuvista pakolaisista 6-10 %:n kuo-
lemisen kuukauden kuluessa. Väestön kuolleisuus oli päivää kohti 20-35/10 000 eli kak-
sin- tai kolminkertainen pakolaisväestön parissa aiemmin todettuun kuolleisuuteen verrat-
tuna.

Väkiältaisten konfliktien aikana ja jälkeen HIV ja muut sukupuolitaudit leviävät
usein tavallista voimakkaammin. Monissa armeijoissa HIV-infektio on jo hyvin yleinen.
Konfliktien aikana armeijat ja joskus myös rauhanturvaajat ottavat oikeudekseen vaatia
seksuaalipalveluja paikalliselta väestöltä joko väkisin tai maksua vastaan. Sukupuolitautien leviämistä lisää vielä se, että joukot liikkuvat paljon ja palaavat demo-
bilisoinnin jälkeen eri alueille. Pakolaisilla ja maan sisällä paikasta toiseen siirretyillä
ihmisillä on kasvanut hiv:n tartuntariski, koska

- he ovat yleensä alttiimpia hyväksikäytölle ja väkivallalle
- heistä suurempi osa ryhtyy prostituoituksi, koska heidän normaalit tulolähteenä on
viety heiltä
- kotiseudultaan siirretyt lapset, joilla on vähän tekemistä eikä ehkä ketään pitämässä
heistä huolta, saattavat ryhtyä seksuaalisesti aktiivisiksi aikaisemmin kuin normaalisti
tapahtuisi
- kriiseissä verensiirroissa käytetty veri ei ole aina hiv-testattua.

Vammautuminen

Konfliktien synnyttämästä vammaisuudesta on saatavilla hyvin vähän tietoa. Zimbabwessa vuonna 1982 tehdyssä koko maan kattaneessa survey-tutkimuksessa todet-
tiin, että 13 % kaikista fyysisistä vammoista oli syntynyt edellisen aseellisen konfliktin
aikana. Etiopian 30 vuotta kestäneen aseellisen konfliktin aikana kuoli noin miljoona
ihmistä, joista puolet siviilejä. Noin kolmannes rintamalta palanneesta 300 000 sotilaasta

oli haavoittunut tai vammautunut, ja ainakin 40 000 ihmistä oli menettänyt yhden tai useamman raajan.

Maamiinat ovat vammojen suurin aiheuttaja. Kambodissa 36 000 ihmistä on menettänyt ainakin yhden raajan laukaistuaan vahingossa miinan. Tämä merkitsee yhtä henkeä jokaista 236:tta asukasta kohti. Pelkästään vuonna 1990 tällä tavalla vammautui yhteensä 6 000 ihmistä. Afganistaniin sijoitettiin 1980-luvulla yli 30 miljoonaa miinaa.

Joissakin konflikteissa on käytetty järjestelmällisesti silpomista vastapuolen joukkojen demoralisoimiseksi. Mosambikin sisällissodassa tapahtui korvien ja huulien leikkaamista ja Sierra Leonessa raajojen katkaisemista.

Mielenterveys

Konfliktien vaikutus mielenterveyteen riippuu monista tekijöistä. Näitä ovat mm.:

- psyykkisen terveyden tila ennen tapahtumaa
- konfliktin luonne
- trauman luonne (johtuuko se väkivallan tekojen kohteeksi joutumisesta vai todistajana olemisesta ja onko se välitöntä, esimerkiksi kidutusta)
- yksilöiden ja yhteisöjen tapa reagoida traumaan
- kulttuurinen yhteys, jossa väkivalta tapahtuu.

Psykologinen stressi on yhteydessä tai seurausta seuraavista seikoista:

- pakotettu tai vapaaehtoinen asuinpaikan vaihto
- menetys ja suru
- sosiaalinen eristyneisyys
- sosiaalisen aseman menettäminen
- yhteisön menettäminen
- uuteen ympäristöön sopeutuminen.

Stressin ilmenemismuotoja on useita:

- masennus ja ahdistus
- psykosomaattiset vaivat
- itsetuhokäyttäytyminen
- perheen sisäiset ristiriidat
- alkoholin väärinkäyttö
- epäsosiaalinen käyttäytyminen.

Naimattomilla ja yksinäisillä pakolaisilla, samoin kuin naisilla, jotka ovat perheenpään asemassa, psykologisen stressin riski saattaa olla erityisen suuri.

Jotkut asiantuntijat ovat varoittaneet, ettei pidä unohtaa ihmisten kykyä sopeutua vaikeisiin oloihin. On myös huomautettu, että humanitaariset avustusohjelmat saattavat syrjäyttää konfliktin osapuolten poliittisen dialogin. Etelä-Afrikassa tehdyissä tutkimuksissa havaittiin, että kaikki apartheidin aikana traumatisoituneet olivat ”uhreja”, mutta monissa tilanteissa ihmiset kykenivät voimakkaaseen toimintaan, koska he taistelivat mielestään arvokkaan ja oikean päämäärän hyväksi. Lääketieteellinen malli, joka tarkastelee yksilöitä ”post-traumaattisen oireyhtymän” näkökulmasta, saattaa unohtaa stressitilanteessa esiintyvien reagoititapojen vaihtelevuuden ja monimutkaisuuden. Nykyään aletaan ymmärtää, että väkivaltaisesta konfliktista johtuvasta traumasta toipuminen on yhteydessä sosiaalisten ja taloudellisten verkostojen ja kulttuuristen instituutioiden jälleenrakentamiseen.

Väkivaltaiset konfliktit aiheuttavat usein masennuksen, päihteiden väärinkäytön ja itsemurhien lisääntymistä. Ennen kaksikymmentä vuotta kestänyttä konfliktia Sri Lankan

itsemurhakuolleisuus oli paljon nykyistä alhaisempi. Vastaavia havaintoja on saatu El Salvadorista. Molemmissa tapauksissa itsemurhien lisääntyminen johtui ainakin osittain poliittisesta väkivallasta.

Mielenterveysnäkökulmasta väkivaltaisista konflikteista kärsivät voidaan jakaa kolmeen ryhmään:

- vammauttavista psykiatrisista sairauksista kärsivät
- vakavista psykologisista traumareaktioista kärsivät
- enemmistö, joka kykenee sopeutumaan rauhan ja järjestyksen palaututtua.

Kaksi ensimmäistä ryhmää hyötyy todennäköisesti huomattavasti kulttuuriset ja sosio-ekonomiset tekijät huomioon ottavien mielenterveyspalvelujen tarjonnasta.

Vaikutus eri väestöryhmiin

Konfliktien välitön terveysvaikutus sotilaisiin tunnetaan yleensä melko tarkkaan. Niiden vaikutus siviilien terveyteen on sen sijaan vaikeammin mitattavissa. Väestön koko ja tiheys voi vaihdella suurestikin lyhyenä aikana, kun ihmiset muuttavat turvallisemmille alueille ja paikkoihin, joissa elämisen edellytykset ovat paremmat.

Siviilit

Vuoden 1949 Geneven sopimuksen mukaan armeijoiden on sovellettava kohteiden valinnassa suhteellisuuden ja erottelun periaatteita. Suhteellisuus merkitsee siviiliuhrien minimointia sotilas- ja vastaaviin kohteisiin tähdätessä. Erottelu merkitsee siviilikohteiden välttämistä aina, kun se on mahdollista. Vaikutusten säätelyyrkimyksistä huolimatta aseelliset konfliktit aiheuttavat aina monien siviilien kuoleman.

Siviiliuhrit saattavat syntyä taistelutoimien välittömänä seurauksena, mutta siviilien kuolleisuuden kasvu konfliktiaikoina on yleensä seuraavien tekijöiden yhteisvaikutuksen aiheuttamaa:

- ruuan saannin vaikeutuminen, mikä johtaa aliravitsemukseen
- tarttuviin tauteihin sairastumisen vaaran kasvu
- terveyspalveluiden saatavuuden heikkeneminen
- kansanterveysohjelmien määrän lasku
- kehnot ympäristöolot
- psykososiaalinen stressi.

Ulkomaiset ja maan sisäiset pakolaiset

Ulkomaisten ja maan sisäisten pakolaisten kuolleisuus on tyypillisesti korkea. Näin on erityisesti välittömästi muuton jälkeen. Pakolaisväestön terveystutkimuksissa on paljastunut valtavan korkeita kuolleisuuslukuja, pahimmillaan akuutissa väestönsiirtovaiheessa 60-kertaisia odotettavissa olevaan kuolleisuuteen verrattuna. Monroviassa Liberiassa siirrettyjen siviilien kuolleisuus oli vuonna 1990 seitsenkertainen verrattuna konfliktia edeltäneeseen aikaan.

Aliravitsemus, ripuli ja tarttuvat taudit surmaavat erityisesti lapsia. Tarttuvista taudeista malaria, tuberkuloosi ja hiv sekä monet ei-tarttuvat taudit, vammat ja väkiältä ovat aikuisten yleisimpiä kuolinsyitä. Pakolaisten terveyteen konfliktien aikana ja niiden jälkeen vaikuttaa väestön aiempi terveydentila, terveyttä keskeisesti määrittävien ruuan, suojan, veden, hygienian ja terveyspalvelujen saatavuus, se missä määrin he altistuvat uusille sairauksille sekä avun saatavuus.

Demografinen vaikutus

Nykyaikaisten sodankäyntimenetelmien ja kokonaisten yhteisöjen valitseminen kohteiksi on johtanut siihen, että suuria ihmisjoukkoja siirretään pois asuinseudultaan. Maan rajojen ulkopuolelle siirtyneiden pakolaisten määrä on kasvanut jatkuvasti: vuonna 1970 heitä oli noin 2,5 miljoonaa, vuonna 1983 noin 11 miljoonaa ja vuonna 1997 jo 23 miljoonaa. 1990-luvun alkupuolella maan rajojen sisällä joutui yleensä konfliktialueilta pae-ten muuttamaan noin 30 miljoonaa ihmistä. Maan sisäisillä pakolaisilla on todennäköisesti käytettävissään vähemmän apua ja kansainvälistä tukea kuin ulkomaille siirtyvillä. Myös heidän pysyvä väkivallan kohteeksi joutumisen riskinsä on suurempi.

Taulukossa 8.3 näkyvät pakolaisten liikkeet 1990-luvulla. Afrikassa, Amerikassa ja Euroopassa oli tuona aikana enemmän maan sisäisiä pakolaisia kuin ulkomaille siirtyneitä, Aasiassa ja Lähi-idässä tilanne oli päinvastainen.

Useat hallitukset harjoittavat myös ideologisista, turvallisuus- tai kehityssyistä johtuvaa väestöryhmien uudelleenasettamista. Seurauksena voi olla vakavia terveysongelmia. Etiopiassa siirrettiin väkisin hallituksen ohjelman mukaisesti vuosina 1985-1988 noin 5,7 miljoonaa ihmistä eli 15 % maaseudun väestöstä pohjoisista ja itäisistä provinsseista maan kaakkoisosan kyliin. Pol Potin hallinnon aikana (1975-1979) Kambod_assa sadat tuhannet kaupunkilaiset pakotettiin muuttamaan maalle.

Taulukko 8.3

Pakolaisten määrä maanosittain (miljoonaa henkeä)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Maan sisäiset pakolaiset									
Afrikka	13,5	14,2	17,4	16,9	15,7	10,2	8,5	7,6	8,8
Amerikka	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,3	1,2	1,6	1,8
Itä-Aasia ja Tyynenmeren alue									
	0,3	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	1,1	0,8	0,5
Etelä-Aasia	3,1	2,7	1,8	0,9	1,8	1,6	2,4	2,2	2,1
Eurooppa	1,0	1,8	1,6	2,8	5,2	5,1	4,7	3,7	3,3
Lähi-Itä	1,3	1,4	0,8	2,0	1,7	1,7	1,5	1,5	1,6
Ulkomaiset pakolaiset									
Afrikka	5,4	5,3	5,7	5,8	5,9	5,2	3,6	2,9	2,7
Amerikka	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4
Itä-Aasia ja Tyynenmeren alue									
	0,7	0,8	0,5	0,8	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7
Etelä-Aasia	6,3	6,9	4,7	3,9	3,3	2,8	3,2	3,0	2,9
Eurooppa	0	0,1	2,5	1,9	1,8	1,8	1,9	1,3	1,3
Lähi-itä	3,5	2,8	2,8	3,0	3,8	4,0	4,4	4,3	4,4
Maan sisäisten ja ulkomaisten pakolaisten välinen suhde									
Afrikka	2,5	2,7	3,0	2,9	2,7	2,0	2,4	2,6	3,2
Amerikka	7,5	10,1	13,5	14,0	11,7	18,3	17,4	27,0	4,9
Itä-Aasia ja Tyynenmeren alue									
	0,5	0,8	1,4	0,8	0,9	0,9	1,6	1,1	0,8
Etelä-Aasia	0,5	0,4	0,4	0,2	0,5	0,6	0,8	0,8	0,7
Eurooppa		14,7	0,6	1,4	2,9	2,8	2,5	2,8	2,5
Lähi-itä	0,4	0,5	0,3	0,7	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4

Sosioekonominen vaikutus

Konfliktin taloudelliset seuraukset voivat olla syvälliset. Julkiset terveydenhuolto- ja koulutusmenot laskevat yleensä voimakkaasti, kun valtiolla on vaikeuksia verojen keräämisessä ja tulojen hankkimisessa eri lähteistä, esimerkiksi matkailusta, ja kun sotilasmenot kasvavat. Etiopiassa sotilasmenot kasvoivat vuosien 1973-1974 valtion budjetin 11,2 %:sta 36,5 %:iin vuosina 1990-1991. Samaan aikaan terveydenhuollon osuus laski voimakkaasti, 6,1 %:sta 3,2 %:iin.

Konfliktit vaikuttavat merkittävästi myös inhimillisiin resursseihin ja tuottavuuteen. Kotitalouksien käytettävissä olevat tulot pienenevät voimakkaasti. Perheitten elantoa vaikeuttaa myös hinnoilla ja peruselintarvikkeilla keinottelu.

Jonkin verran on myös pyritty mittaamaan konfliktin seurauksena toteutumatta jääneen kehityksen kustannuksia. Konflikteista kärsineet valtiot ovat säännönmukaisesti edistyneet huomommin eliniän odotteen kasvattamisessa ja lapsikuolleisuuden vähentämisessä kuin muut saman alueen valtiot tai valtiot, joiden sosioekonominen asema on vastaava. Näiden lukujen analysointia saattaa kuitenkin sotkea samaan aikaan epidemiana leviävän aidsin vaikutus. Konfliktit ja maan epävakaa tilanne taas edesauttavat aidsin leviämistä.

Ruoka ja maanviljely

Ruuan tuotanto ja jakelu joutuvat usein sodan nimenomaisiksi kohteiksi. Etiopiassa hallituksen ja Eritrean ja Tigrayn separatistijoukkojen välisessä konfliktissa vuosina 1974-1991 maanviljelijöitä estettiin kylvä­mästä ja korjaamasta satoa ja sotilaat ryöstivät siemenet ja karjan. Tigrayssa ja Eritreassa sotilaat ottivat maanviljelijöitä sotaväkeen, mii­noittivat maan, takavarikoivat ruuan ja teurastivat karjan. Karjan menettäminen estää viljelijöitä pitämästä maata tuotantokunnossa ja vaikuttaa siten haitallisesti paitsi välittömästi myös pitkällä aikavälillä.

Infrastrukturi

Tärkeää infrastruktuuria voi tuhoutua konfliktien aikana. Vedenjakelun ja viemäroin­nin tuhoutuminen aiheuttaa vakavaa välitöntä vaaraa terveydelle. Etelä-Sudanin ja Ugandan konflikteissa 1980-luvun alussa ja puolivälissä hallituksen kapinallisten valvomilla alueilla toimivat joukot tuhosivat kyl­ien käsipumput tahallisesti. Samoin tekivät sis­sit hallituksen valvomilla alueilla. Irakiin suunnatuissa sotilastoimissa vuonna 1991 vesi­varastot ja viemärointijärjestelmät kärsivät pahasti voimakkaista pommituksista.

Terveydenhuoltopalvelut

Konfliktien haitallinen vaikutus terveydenhuoltopalveluihin on kauaskantoista. Ennen vuoden 1991 Persian lahden sotaa terveyspalvelut tavoittivat 90 % Irakin väestöstä ja val­taosa alle 5-vuotiaista lapsista rokotettiin rutiininomaisesti. Konfliktin aikana monet sairaalat ja klinikat vaurioituivat ja joutuivat lopettamaan toimintansa, jolloin vielä toimivat joutuivat palvelemaan entistä suurempia alueita. Vesivarastoille, sähkönjakelulle ja jäte­huollolle aiheutetut tuhot heikensivät edelleen vähäisten jäljelle jääneiden terveyspalvelu­jen toimintakykyä. Itä-Timorissa vuoden 1999 itsenäisyyskansanäänestystä seuranneessa väkivaltaisessa konfliktissa sotilasjoukot tuhosivat lähes kaikki terveyspalvelut. Vain pää­kaupungin Dilin keskussairaala jäi paikalleen.

Konfliktien aikana ja jälkeen lääkkeiden saanti keskeytyy yleisesti, mikä aiheuttaa hoi­dettavissa olevien hengenvaarallistenkin sairauksien kuten astman, diabeteksen ja monien

Taulukko 8.4

Konfliktin vaikutus terveystalouteen

Vaikutuksen kohde Vaikutuksen ilmenemismuoto

Palvelujen saatavuus

- turvallisuuden heikkeneminen (esimerkiksi maamiinojen ja ulkonaliikkumiskiellon vuoksi)
- maantieteellisen saatavuuden heikkeneminen (esimerkiksi vaikeakulkuisuuden vuoksi)
- taloudellisen saatavuuden heikkeneminen (esimerkiksi terveyspalvelumaksujen nousun vuoksi)
- sosiaalisen saatavuuden heikkeneminen (esimerkiksi palvelujen tuottajien pelätessä joutuvansa samaistetuiksi kriisin osapuoliin)

Palvelurakenteet

- klinikoiden tuhoutuminen
- hoitoonohjauksen puuttuminen
- kulkuneuvojen ja varusteiden tuhoutuminen
- logistiikan ja kommunikaatioyhteyksien heikkous

Inhimilliset resurssit

- terveydenhuollon työntekijöiden loukkaantumiset, katoamiset ja kuolemat
- ihmisten siirrot ja maanpakoon lähteminen
- moraalinen heikkeneminen
- vaikeus pitää terveydenhuollon työntekijät julkisella sektorilla, varsinkin turvattomilla alueilla
- koulutuksen ja valvonnan heikkeneminen

Laitteet ja tarvikkeet

- lääkepuula
- puutteellinen huolto
- uuden teknologian huono saatavuus
- rokotteiden kylmäketjun ylläpitovaikeudet

Hoitotoimenpiteet

- siirtyminen ennalta ehkäisystä jälkihoitoon
- terveydenhuollon tarjonnan keskittyminen kaupunkeihin
- syrjäseutujen ja paikallisyhteisöjen palvelujen heikkeneminen
- hakevan, ehkäisevän ja terveyttä edistävän toiminnan väheneminen
- valvonnan ja informaatiojärjestelmien puutteet
- tautientorjunta- ja kansanterveysohjelmien vähentäminen (mm. kumppanille ilmoittaminen ja tautihavainnot)
- ohjelmien keskittyminen pelkästään yhteen sairauteen (esimerkiksi malariaan) tai yhteen toimenpiteeseen (esimerkiksi rokottamiseen)
- useampien organisaatioiden käyttäminen projektihoitaisten palvelujen tuottamiseen

Terveystalouden muotoilu

- kansallisten voimavarojen väheneminen
- kyvyttömyys valvoa ja koordinoita kansalaisjärjestöjen ja lahjoittajien toimintaa
- päätöksenteon pohjana olevan tiedon väheneminen
- terveydenhuoltopolitiikkaa koskevan paikallisen ja kansainvälisen debatin väheneminen
- yhteisöllisten rakenteiden heikkeneminen ja osallistumisen väheneminen

Avustustoiminta

- tietyille alueille pääsyn vaikeutuminen
- palvelujen tarjoamisen kustannusten kasvu
- isäntäyhteisöihin ja niiden järjestelmiin ja palveluihin kohdistuvan paineen kasvaminen
- voimakkaampi keskittyminen yksittäisiin ongelmiin ja ohjelmiin ja vähäisempi huomio palvelukokonaisuuksiin
- avustustyöntekijöiden turvallisuuden heikkeneminen
- eri toimijoiden välisen koordinoinnin ja kommunikaation heikkeneminen

infektioautien pahenemista. Lääkkeiden lisäksi tulee pulaa terveydenhuoltohenkilöstöstä, laitteista, sähköstä ja vedestä, mikä aiheuttaa terveydenhuollon laadun heikkenemistä.

Myös inhimilliset resurssit kärsivät vakavasti väkivaltaisista konflikteista. Joissakin tapauksissa, esimerkiksi Mosambikissa ja Nicaraguassa terveydenhuollon henkilöstö on joutunut sotatoimien nimenomaiseksi kohteeksi. Koulutettu henkilökunta vetäytyy usein turvallisemmille kaupunkialueille ja luopuu kokonaan ammatistaan. Ugandasta lähti vuosina 1972-1985 puolet lääkäreistä ja 80 % farmaseuteista turvallisuussyistä. Mosambikissa oli Portugalin siirtomaahallinnon viimeisten vuosien aikaisista 550 lääkäristä jäljellä enää 15 % itsenäisyys sodan päättyessä vuonna 1975.

Miten kollektiivista väkivaltaa voidaan ehkäistä?

Väkivaltaisten konfliktien edellytysten vähentäminen

Olivatpa väkivaltaiset konfliktit luonteeltaan millaisia tahansa, niiden edellytysten vähentämiseen tarvitaan seuraavanlaisia poliittisia toimia:

- Köyhyyden, sekä absoluuttisen että suhteellisen köyhyyden, vähentäminen. On varmistettava, että kehitysapu suunnataan siten, että sen köyhyyttä vähentävä vaikutus on mahdollisimman suuri.
- Päätöksenteon avoimuuden lisääminen.
- Yhteiskuntaryhmien välisen eriarvoisuuden vähentäminen.
- Ydinaseiden sekä biologisten, kemiallisten ja muiden aseiden saatavuuden heikentäminen.

Kansainvälisten sopimusten noudattamisen edistäminen

Väkivaltaisten konfliktien ja muiden kollektiivisen väkivallan muotojen ehkäisemisen kannalta on elintärkeää taata kansainvälisten sopimusten kuten ihmisoikeussopimuksen noudattaminen ja niihin liittymisen edistäminen.

Kansalliset hallitukset voivat ehkäistä konflikteja pitämällä yllä YK:n peruskirjan henkeä, joka kehottaa ehkäisemään aggressioita ja edistämään kansainvälistä rauhaa ja turvallisuutta. Konkreettisesti tämä toteutuu kansainvälisten sopimusten, kuten vuoden 1949 Geneven sopimukset ja sen vuoden 1977 lisäpöytäkirjojen kautta.

Ihmisoikeuslainsäädäntö, jossa keskeisenä on kansainvälinen kansalais- ja poliittisten oikeuksien sopimus rajoittaa valtioiden kansalaisiinsa nähden harjoittamaa vallankäyttöä ja kieltää ehdottomasti tiettyjä toimia, kuten kidutuksen ja kansanmurhan. Kansainvälisen rikosoikeustuomioistuimen perustaminen merkitsee pysyvän elimen saamista sotarikoksia ja ihmisyyttä vastaan tehtyjen rikosten käsittelyä varten. Se saattaa myös ehkäistä ennalta siviiliväestöön kohdistuvaa väkivaltaa.

Kollektiivista väkivaltaa koskevat sopimukset sanktioineen ovat tavallisesti tehokkaampia valtioiden välisen väkivallan torjunnassa. Niiden vaikuttavuus on yleensä paljon pienempi kansallisten rajojen sisällä, missä nykyaikaiset konfliktit enenevässä määrin esiintyvät.

Globalisaation mahdolliset hyödyt

Globalisaatio tuottaa uusia tapoja lisätä ihmisten tietoja väkivaltaisista konflikteista, niiden syistä ja seurauksista. Uusi teknologia tarjoaa uusia keinoja paitsi ajatusten vaihtamiseen myös poliittisten päättäjien painostamiseen hallinnon avoimuuden ja läpinäkyvyy-

den lisäämiseksi ja sosiaalisen eriarvoisuuden ja epäoikeudenmukaisuuden vähentämiseksi.

Yhä useammat kansalaisjärjestöt kuten Amnesty International, Human Rights Watch, Physicians for Human Rights ja kansainvälinen maamiinojen vastainen kampanja seuraavat konflikteja ja kiirehtivät ehkäisevien ja korjaavien toimien toteuttamista. Konflikteista kärsivät ihmiset ja ryhmät voivat sekä näiden järjestöjen kautta että muilla tavoin käyttää hyväkseen uutta teknologiaa välittääkseen kokemuksensa ja huolenaiheensa suurelle yleisölle.

Terveydenhuoltosektorin merkitys

Terveydenhuollon kehittämiseen investoiminen edesauttaa väkivaltaisten konfliktien ehkäisyä. Voimakas panostaminen sosiaalisiin palveluihin voi auttaa sosiaalisen koheesion ja vakauden säilymistä.

Konflikteihin mahdollisesti johtavien tilanteiden varhaiset merkit voidaan usein havaita terveydenhuoltosektorilla. Sen työntekijät ovat avainasemassa näiden merkkien esiin nostamisessa ja tarvittavien sosiaalisten ja terveydenhoidon toimenpiteiden vaatimisessa, jotta konfliktin riskiä voidaan vähentää.

Kahden tärkeän väkivallan riskitekijän, sosiaaliryhmien välisen eriarvoisuuden ja resurssien epätasaisen jakautumisen osalta terveydenhuollon ammattilaisilla on hyvä näköalapaikka. Heillä on mahdollisuus ehkäistä väkivaltaa, jos he havaitsevat väestöryhmien välisiä eroja terveydentilassa ja terveyspalvelujen saatavuudessa ja edistävät toimia tilanteen korjaamiseksi. Näin on varsinkin silloin, kun sosiaaliryhmien välinen kuilu alkaa kasvaa. On olennaisen tärkeää seurata köyhyyteen yhteydessä olevien sairauksien jakautumista ja kehityssuuntia, jotta helposti havaitsematta jäävät, mutta yhä merkittävämmät eriarvoisuudet huomattaisiin. Niin ikään on kiinnitettävä huomiota ehkäistävissä tai hoidettavissa olevien sairauksien ja kuolleisuuden väestöryhmittäiseen jakautumiseen.

Terveydenhuoltosektori voi myös tehdä suuren palveluksen julkaisemalla tietoa väkivaltaisten konfliktien sosiaalisista ja taloudellisista seurauksista ja niiden vaikutuksesta terveyteen.

Väkivaltaisiin konflikteihin reagointi

Palvelujen tarjoaminen konfliktien aikana

Humanitaarisiin toimiin liittyy konfliktioissa aina useita ongelmia:

- miten parantaa isäntäväestön terveyspalvelujen tasoa samalla kun tarjotaan palveluja pakolaisille
- miten tarjota korkeatasoista palvelua inhimillisesti ja tehokkaasti
- miten ottaa väestö mukaan prioriteettien asettamiseen ja palvelujen tarjontatavasta päättämiseen
- miten luoda kestävät mekanismit kentän kokemusten välittämiseksi politiikan muotoiluun.

Omasta maastaan rajan yli pakenevat ihmiset menettävät normaalit terveydenhuolto- palvelunsa. He ovat riippuvaisia siitä, mitä isäntämaassa on tarjolla, tai niistä lisäpalveluista, joita kansainväliset elimet tai kansalaisjärjestöt tarjoavat. Isäntämaan palvelut saattavat ruuhkautua, jos suuri määrä pakolaisia muuttaa yhtäkkiä alueelle ja hakeutuu paikallisiin terveyskeskuksiin. Tämä voi synnyttää vastakkainasettelua maan väestön ja pakolaisten välille ja synnyttää uutta väkivaltaa. Vastakkainasettelu voi lisääntyä, jos pakolai-

Laatikko 8.2

Terveydenhuolto siltana rauhaan

Ajatus siitä, että terveydenhuolto voi edistää alueellista sovintoa ja yhteistyötä, sisältyy maailman vanhimman, vuonna 1902 perustetun kansainvälisen terveysjärjestön Pan American Health Organisationin peruseriaatteisiin. Kahden viime vuosikymmenen aikana järjestö on toteuttanut tätä periaatetta yhdessä WHO:n Amerikan aluetoimiston kanssa. Vuonna 1984 nämä kaksi järjestöä käynnistivät yhdessä kansallisten terveysministeriöiden ja muiden instituutioiden kanssa strategisen aloitteen sotien repimässä Keski-Amerikassa. Aloite tähtäsi Keski-Amerikan kansojen terveyden parantamiseen alueen maiden välistä ja sisäistä yhteistyötä parantamalla. Suunnitelma, jonka teemana oli ”terveys siltana rauhaan, solidaarisuuteen ja ymmärrykseen”, koostui useasta eri ohjelmasta.

Ensi vaiheessa, joka ulottui vuoteen 1990, tärkeimmät yhteistyömuodot olivat:

- terveyspalvelujen vahvistaminen
- inhimillisten resurssien kehittäminen
- peruslääkitys
- ruoka ja ravitsemus
- - yleisimmät trooppiset sairaudet
- lasten henkiinjääminen
- vesihuolto ja hygienia.

Muutamassa vuodessa syntyi yli 250 projektia ja yhteistyö kehittyi muutoin keskenään kinastelevien maiden ja väestöryhmien keskuudessa. El Salvadorissa, jossa toiminta oli vaikeaa poliittisen väkivallan vuoksi, päästiin sopimukseen ”rauhanomaisista päivistä”, jolloin taistelut keskeytettiin lasten rokottamisen ajaksi. Tämä järjestely kesti vuodesta 1985 vuoteen 1992, jolloin konflikti päättyi. Vuosittain onnistuttiin rokottamaan noin 300 000 lasta. Tuhkarokon ja jäykkäkouristuksen esiintyvyys laski voimakkaasti; polio saatiin kokonaan häviämään.

Yhteistyötä toteutettiin myös malarian torjunnassa, lääkkeiden ja rokotteiden jakelussa yli rajojen sekä koulutuksessa. Perustettiin koko alueen kattavia ja suppeampia tiedonvälitysverkostoja, ja rakennettiin luonnonmullistuksiin varautumisjärjestelmä. Näillä ponnisteluilla luotiin pohja alueen sisäiselle laajemmalle yhteydenpidolle ennen lopullisia rauhansopimuksia.

Aloitteen toisessa vaiheessa, vuodesta 1990 vuoteen 1995, Keski-Amerikan maiden terveydenhuoltosektorit tukivat ponnisteluja kehityksen ja demokratian lisäämiseksi.

Rauhansopimusten solmimisen jälkeen yhteistyöjärjestöt auttoivat konfliktista eniten kärsineiden kuten alkuperäisväestön ja rajaseutujen asukkaiden aseistariisunnassa, kuntoutuksessa ja sosiaalisessa integroinnissa. Terveydenhuolto oli kolmannessa vaiheessa vuosina 1995-2000 edelleen demokratiaprosessin kantava voima.

Vuosina 1991-1997 vastaavia ohjelmia toteutettiin Angolassa, Bosniassa ja Hertsegovinassa, Haitissa, Kroatiassa ja Mosambikissa. Jokaisessa ohjelmassa WHO:n aluetoimistot toimivat kumppanuusyhteistyössä hallituksen, paikallisten kansalaisjärjestöjen ja muiden YK:n elinten kanssa. Kaikki nämä ohjelmat auttoivat terveydenhuollon jälleenrakentamista konfliktien jälkeen. Angolassa ja Mosambikissa WHO osallistui aseistariisuntaprosessiin, edisti aikaisemmin keskushallinnon valvonnan ulkopuolella olleiden terveyspalveluiden integrointia kansalliseen terveydenhuoltoon ja järjesti uudelleen koulutusta alueen terveydenhuollon työntekijöille. Bosniassa ja Hertsegovinassa sekä Kroatiassa WHO edisti eri etnisten ryh-

mien yhteistyötä ja loi edellytykset kaikkien yhteisöjen terveydenhuollon ammattilaisten säännöllisille kontakteille.

Kaikkien näiden kokemusten pohjalta WHO loi vuonna 1997 maailmanlaajuisen ohjelman ”Terveydenhuolto siltana rauhaan”. Sen jälkeen on kehitetty uusia ohjelmia Kaukasuksen alueella, Bosniassa ja Hertsegovinassa, Makedoniassa, Indonesiassa ja Sri Lankassa. Indonesiassa on luotu terveydenhuollon ammattilaisten ryhmiä, jotka toimivat nykyisillä tai potentiaalisilla konfliktialueilla. Yksi näistä ryhmistä, johon kuuluu sekä muslimeja että kristittyjä, toimii Malukun provinssissa, jossa on käynnissä uskonnollinen konflikti. ”Terveys siltana rauhaan” –ohjelman avulla eri puolilla maailmaa työskentelevät terveydenalan ammattilaiset on koottu toimimaan rauhan puolesta, luomaan vakautta ja toteuttamaan jälleenrakentamista konfliktien päätyttyä ja helpottamaan sovinnon aikaansaamista jakautuneissa, kiistojen repimissä yhteisöissä.

sille tarjotaan terveys- ja muita palveluja helpommin tai halvemmalla kuin paikallisväestölle tai jos isäntämaa ei saa ulkopuolisia resursseja kasvaneen tarpeen tyydyttämiseksi. Kun Kosovon albaanit pakenivat Albaniaan ja Makedoniaan vuoden 1999 konfliktin aikana, WHO ja muut elimet yrittivät auttaa isäntämaan terveydenhuolto- ja sosiaalijärjestelmää kasvaneen rasituksen hoitamisessa sen sijaan, että olisi luotu rinnakkainen avustusjärjestöjen ylläpitämä järjestelmä.

Kriisiajan toiminnan suunnittelussa hallitusten ja järjestöjen on

- arvioitava hyvin varhaisessa vaiheessa, ketkä ovat erityisen haavoittuvaisia ja mitkä heidän tarpeensa ovat
- koordinoitava tarkasti eri toimijoiden toteuttamat toimet
- tehtävä työtä globaalien, kansallisten ja paikallisten voimavarojen lisäämiseksi, jota kriisin eri vaiheissa voidaan antaa tehokasta terveyspalvelua.

WHO on kehittänyt seurantajärjestelmiä, jotka auttavat konfliktien tunnistamisessa ja niihin reagoimisessa mahdollisimman varhain. Health Intelligence Network for Advanced Contingency Planning –verkosto tarjoaa mahdollisuuden saada nopeasti ajantasaista tietoa tietyistä maista ja niiden terveysindikaattoreista samoin kuin opastusta parhaista terveydenhuollon käytännöistä ja tietoja tautitilanteesta.

Avustusjärjestöt pyrkivät ensisijaisesti estämään ihmishengen menetyksiä ja toissijaisesti palauttamaan tilanteen sellaiseksi, että terveyden edistäminen on mahdollista. Monet avustusjärjestöt pitävät tärkeimpänä tehtävänä epätyypillisen tilanteen vuoksi vaaraan joutuneiden ihmisten hengen pelastamista. Ne eivät välttämättä pohdi sitä, voidaanko toimintaa ylläpitää pitemmällä aikavälillä. Toisaalta ne elimet, joiden näkökulma liittyy kehityskysymyksiin, pyrkivät ottamaan alusta asti huomioon tehokkuuden, kestävyuden, tasa-arvon ja paikallisen omistuksen, jotka tuottavat enemmän hyötyä tulevaisuudessa. Tämä näkökulma painottaa paikallisen kapasiteetin rakentamista ja kustannusten alhaisina pitämistä. Lyhyen aikavälin toimien laajentaminen jatkuvan järjestelmän huomioon ottavaksi on kuitenkin vaikeaa.

Organisaatioiden on toimittava läheisessä yhteistyössä, jos ne haluavat maksimoida resurssien käytön, välttää päällekkäisyyksiä ja parantaa toiminnan tehokkuutta. Humanitaaristen järjestöjen käytännösäännöstö, jonka Kansainvälinen Punainen Risti ja Punainen Puolikuu ovat laatineet, nimeää joukon periaatteita, joita monet avustusjärjestöt pitävät toimintansa perustana. Säännöstö on kuitenkin vapaaehtoinen.

Taulukko 8.5

Terveydenhuollon haasteet konfliktin jälkeen

Toimintaloikko

Tavanomainen nykyhetken tilanne

Tarkoituksenmukaisemmat toimenpiteet

Terveyspolitiikan suunnittelu

- Toimenpiteet toteutetaan erillisinä projekteina.
- Poliittisista suuntaviivoista päättämiseen kiinnitetään vähän huomiota.
 - Kehitetään varhaisessa vaiheessa kokonaissuunnitelma, johon projektit sijoitetaan.
 - Rohkaistaan lahjoitusten antamista terveysministeriölle politiikan kehittämiseen ja tietojen keruuta ja jakelua varten.
 - Helpotetaan keskeisten toimijoiden välistä kommunikointia.

Lahjoitusten koordinointi

- Lahjoittajat ovat periaatteessa yhtä mieltä siitä, että koordinointi on toivottavaa, mutta kukaan ei halua olla koordinoitavana.
 - Tunnistetaan yhteiset edut ja käytetään niitä hyväksi.
 - Vahvistetaan terveysministeriön kykyä ottaa johtava asema ja koordinoida lahjoittajien ja kansalaisjärjestöjen toimintaa.

Työskentely hallituksen kanssa

- Hallitus sivuutetaan usein ja tuki kanavoidaan kansalaisjärjestöjen ja YK:n elinten kautta.
 - Uudistetaan kansainvälistä avustusjärjestelmää siten, että kehitys-yhteistyö pääsee käyntiin nopeammin konfliktin päättyttyä.
 - Etsitään sektorikohtaisia ohjelmia, joissa lahjoittajat sitoutuvat toimimaan yhteisesti sovitun politiikan puitteissa.

Infrastruktuurin kehittäminen

- Pyritään rakentamaan täsmälleen aikaisemman kaltainen järjestelmä.
 - Arvioidaan uudelleen palvelujen tarvetta ja jakautumista.
 - Järkiperäistetään ja tasa-arvoistetaan saatavissa olevien palvelujen jakautumista.
 - Uusia palveluja sijoitettaessa otetaan huomioon väestörakenteen muutokset.

Sairauksiin liittyvät erityisongelmat

- Tautien torjunta ja palvelujen tarjonta on kapea-alaista.
- Lahjoittajilla on suuri valta ohjelmista päätettäessä, ja suurin osa varoista tulee lahjoittajilta.
 - Ohjelmien välisiä yhteyksiä lisätään.
 - Varmistetaan, että ohjelmien toteutus kulkee keskeisten terveydenhuoltojärjestelmien kautta.
 - Varmistetaan, että tautikohtaiset toimenpiteet ja terveydenhuollon järjestelmään sidoksissa olevat toimenpiteet täydentävät toisiaan.
 - Sitoutetaan toimintaan kaikki osapuolet, niin valtakunnallinen ja paikallinen julkinen sektori, kansalaisjärjestöt kuin yksityissektorikin

Toimintalohko

Tavanomainen nykyhetken tilanne

Tarkoituksenmukaisemmat toimenpiteet

Sovinnon aikaansaaminen

- Toiminta keskittyy väliaikaiseen vihollisuuksien lakkauttamiseen esimerkiksi tautien torjunnassa
 - Tunnustetaan terveydenhuollon symbolinen merkitys yhteisöjen välisten suhteiden palauttamisessa.
 - Otetaan oikeudenmukaisuuden ja sovinnon edistäminen pitkän aikavälin päämääräksi.
 - Edistetään kaikkia järkeviä yhteisöjen välisen yhteistyön mahdollisuuksia.
 - Etsitään innovatiivisia ratkaisuja (esimerkkinä totuus- ja sovintokomissiot).

Yksityissektorin asema

- Pyritään monipuolistamaan palvelujen tarjoajien kirjoa ja poistamaan yksityissektorin säätelyä.
 - Edistetään valtion asemaa poliittisten suuntaviivojen ja tasovaatimusten asettamisessa sekä palvelujen laadun valvonnassa.
 - Tunnustetaan yksityisen sektorin merkitys terveyspalvelujen tuottamisessa.
 - Kehitetään kannustimia keskeisten julkisten terveyspalvelujen tasa-arvoisen saatavuuden lisäämiseksi.

Yhteiskunnallisen tasa-arvon edistäminen

- Pidetään yleensä tärkeänä, mutta lykätään helposti myöhemmin toteutettavaksi.
 - Todetaan, että tasa-arvoisen yhteiskuntarakenteen saavuttaminen on keskeinen päämäärä, mutta että vakauden saavuttamisen vuoksi lyhyellä aikavälillä osa uudistuksista joutuu odottamaan.
 - Yhteyksien rakentaminen kilpailevien väestöryhmien ja paikkakuntien välille nähdään tärkeänä osana konfliktinjälkeistä uudistustyötä.

Koulutus

- Koulutus on usein laiminlyötyä, pirstaleista ja koordinoimatonta.
 - Tunnustetaan inhimillisten resurssien kehittämisen tärkeys.
 - Työstetään tapoja saada eri järjestelmissä koulutuksen saaneet ihmiset toimimaan hyvin keskenään.
 - Sijoitetaan suunnittelijoiden ja johtajien koulutukseen.

Tietojärjestelmät

- Tiedon ensisijaisuutta ei ymmärretä.
- Kerättyjäkin tietoja ei toimiteta eteenpäin.
 - Tietojen keruu asetetaan keskeiselle sijalle.
 - Luodaan keskustietovarasto.
 - Tiedon levittämisessä käytetään hyväksi nykyaikaista teknologiaa.
 - Avustuksen saaminen tehdään riippuvaiseksi tietojen jakamisesta.

Avun tarjoamisen eettisiä näkökohtia

Kriiseissä toimimiseen ja erityisesti avun antamiseen liittyy eettisiä ongelmia. Joissakin tapauksissa avustusjärjestöt ovat palkanneet aseellisia vartioida voidakseen suorittaa tehtävänsä, mitä pidetään eettisesti kyseenalaisena. Näin tapahtui esimerkiksi 1990-luvun alkupuolen Somalian kriisissä.

Apua jaettaessa ajatellaan yleisesti osan siitä päätyvän sotiville osapuolille. Avustusjärjestöt ovat yleensä omaksuneet sen kannan, että jonkinasteinen vuoto on hyväksyttävää, kunhan valtaosa päätyy tarkoitettuun kohteeseen. Joissakin paikoissa ruokaa ja muuta apua on hävinnyt kuitenkin siinä määrin, että järjestöt ovat vetäytyneet pois.

Eettisiä näkökohtia liittyy myös siihen, että sotivien fraktioiden kanssa työskentely antaa niille ja niiden toiminnalle väistämättä jonkinlaista legitimitettä. Avustusjärjestöt joutuvat pohtimaan, olisiko niiden vaiettava joistakin vääriinkäytöksistä vai puhuttava suuna puhtaasti ja olisiko niiden jatkettava palvelujaan vääriinkäytösten jatkumisesta huolimatta. Anderson ja eräät muut ovat kirjoittaneet siitä, miten katastrofiapu voi edistää rauhaa, mutta toisaalta myös pitkittää konflikteja.

Mitä yhteisöt voivat tehdä

Konfliktioiloissa paikallisyhteisöjen rakenne ja toiminta voi rapautua vakavasti. Ihmiset saattavat olla arkoja puhumaan sosiaalipoliittisista kysymyksistä ja toimimaan syrjäytettyjen ja haavoittuvien ryhmien puolesta. Tämä on vielä todennäköisempää silloin, kun hallinto on epädemokraattista ja valtio käyttää väkivaltaa vastustajiksi koettuja kohtaan.

Joissakin tapauksissa on kuitenkin saavutettu myönteisiä tuloksia, kun yhteisö on ryhtynyt kehittämään terveyspalveluita ja muita sosiaalisia järjestelmiä. Tämän tyyppinen toiminta näyttäisi olevan yleisempää ideologisten kriisien yhteydessä, kuten 1900-luvun loppupuoliskon aikana tapahtui Mosambikissa, Nicaraguassa ja Vietnamin. Etiopian vuosien 1974-1991 konfliktin aikana Eritrean ja Tigrayn yhteisölliset poliittiset liikkeet olivat voimakkaasti mukana kehittämässä osallistuvia paikallisia päätöksentekorakenteita ja terveyden edistämistästrategioita.

Palvelujärjestelmien uudelleen vakiinnuttaminen konfliktien jälkeen

Paljon on keskusteltu siitä, miten maan palvelujärjestelmä saadaan uudelleen vakiinnutetuksi konfliktin jälkeen. Kun katastrofin jälkeen avautuu jälleen pääsy suljetuille alueille, näkyviin tulevat pitkään hoitamatta olleet terveydenhuollon tarpeet.

Tulitaukojärjestelyihin tulee sisällyttää aseista riisuttujen sotilaiden erikoisterveydenhoidon palvelut, miinanraivaussuunnitelmat ja pakolaisten paluuhjelmat. Kaikkiin näihin tarpeisiin tulee vastata aikana, jolloin paikallinen terveydenhuollon infrastruktuuri on heikko ja taloudelliset voimavarat loppuun käytettyjä.

Tarvitaan tarkempaa tietoa siitä, millaisia toimenpiteitä eri puolilla on toteutettu, millaisissa oloissa ne on tehty ja mitkä ovat olleet niiden vaikutukset ja puutteet. Yhtenä ongelmana konflikteja koskevien tietojen keruussa on konfliktin päättymisen käsitteellinen määrittely. Ei ole tavallisesti ollenkaan selvää, milloin konflikti päättyy ja sen jälkeinen aika alkaa, sillä turvattomuus ja epävakaus jatkuu usein huomattavan pitkään.

Taulukossa 8.5 esitellään muutamia tyypillisiä terveydenhuoltojärjestelmän uudelleenorganisoinnin toteutustapoja. Aiemmin korostettiin voimakkaasti fyysistä jälleenrakentamista ja tautientorjuntaohjelmia. Lahjoitusten koordinointi ja tehokkaan hallinnon aikaansaaminen jäivät suhteellisen vähälle huomiolle.

Dokumentointi, tutkimus ja tiedon levittäminen

Seuranta ja dokumentointi ovat konfliktien jälkeisen terveyspalvelujen järjestämisen ydinalueita. Kuten edellä todettiin, kollektiivista väkivaltaa koskevat tiedot ovat usein epätydyttäviä ja epätarkkoja. Siksi ei yleensä pyritäkään kovin täsmällisiin lukuihin. Aineiston validius on kuitenkin olennaista.

Luotettavien tietojen tuottaminen poliittisten päättäjien käyttöön on yhtä tärkeää. YK, kansainväliset järjestöt, kansalaisjärjestöt ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat keskeisessä asemassa tässä työssä. Kansainvälinen Punainen Risti oli laajan tutkimustyönsä ja kampanjointinsa ansiosta merkittävä 1.3.1999 voimaan astuneen henkilömiinat kieltävän sopimuksen hyväksymiseen johtaneen Ottawan prosessin edistäjä. Eräs järjestön työntekijä, joka osallistui työhön, ilmaisi asian näin: ”Aseiden vaikutusten havainnointi ja dokumentointi ei johda muutoksiin käsityksissä, käyttäytymisessä eikä lainsäädännössä, ellei niitä esitetä vaatimuksina sekä poliittisille päättäjille että suurelle yleisölle.”

Joillakin kansalaisjärjestöillä, esimerkiksi Amnesty Internationalilla, on selvä valtuus puhua julkisesti ihmisoikeuksien loukkauksista. Sama koskee joitakin YK:n elimiä, esimerkiksi ihmisoikeuskomissaarin toimistoa. Jotkin järjestöt tai elimet saattavat kuitenkin olla haluttomia kritisomaan konfliktin osapuolia julkisuudessa, koska ne pelkäävät auttamismahdollisuuksiensa vaarantuvan. Sellaisissa tilanteissa ne saattavat välittää tietoja jonkin kolmannen osapuolen tai median kautta.

Tiedon levittämisen tehokkuus edellyttää tietojen korkeata tasoa ja kerättyjen kokemusten kunnollista analysointia. Tutkimus on välttämätöntä, jotta voidaan arvioida konfliktien vaikutuksia terveydelle ja terveydenhuoltojärjestelmille sekä eri toimenpiteiden tehokkuutta.

Suosituksia

Konfliktien ehkäiseminen ja niiden seurausten minimointi edellyttää useita toimenpiteitä. Ne voidaan jakaa karkeasti seuraaviin ryhmiin:

- kattavampien tietojen hankkiminen ja konfliktien ymmärtäminen
- poliittiset toimet konfliktien ennakoinniseksi, ehkäisemiseksi ja niihin puuttumiseksi
- rauhanturvatoimet
- terveydenhuoltosektorin toimet
- humanitaariset toimet.

Tieto ja ymmärrys

Aineistot ja seuranta

Validien ja täsmällisempien tietojen tuottaminen konflikteista edellyttää mm. seuraavia toimenpiteitä:

- On valittava kansanterveyttä ja terveyspalvelujen suorituskykyä kuvaavat indikaattorit ja näiden indikaattorien tehokkaat mittaamenetelmät. Niiden avulla voidaan havaita, jos joissakin ihmisryhmissä esiintyy sellaisia poikkeamia terveysnormeista, jotka ennakoivat ryhmien välisen jännityksen kehittymistä.
- On kehitettävä tietojen keruun ja seurannan uusia tekniikoita, jotka mittaavat konflikteista kärsivien väestöryhmien terveydentilaa. Näin voidaan ymmärtää paremmin konfliktien vaikutusta eri väestöryhmiin kuten maan sisäisiin pakolaisiin, isäntämaahansa integroituneisiin pakolaisiin ja erityisen haavoittuviin ryhmiin, esimerkiksi lapsisotilaisiin.

Laatikko 8.3

Lapsisotilaat: ongelmia terveydenhuollolle

Esitettyjen arvioiden mukaan maailmassa on noin 300 000 aktiivista lapsisotilasta. Todellisuudessa heidän määränsä on melko varmasti huomattavasti suurempi. Lapsia värvätään armeijaan joskus rutiininomaisesti, mutta yleensä he liittyvät mukaan, kun konflikti on ollut käynnissä jo jonkin aikaa. Kun lapsisotilaiden värväys kerran alkaa, heidän määränsä nousee yleensä nopeasti suureksi ja heidän keski-ikänsä laskee.

Terveyshaitat

Lasten osallistuminen sotaan taistelijoina saattaa heidät selvästikin kuoleman- ja loukkaantumisvaaraan. Muista, esimerkiksi mielenterveydellisistä ja kansanterveydellisistä vaikutuksista, puhutaan vähemmän.

Tutkimusten mukaan yleisimmät lasten taisteluvammat ovat

- kuulon menetys
- näön menetys
- raajojen menetys.

Vammat kuvastavat osittain lapsen kehon suurta herkkyyttä ja osittain tehtäviä, joita lapsille annetaan, esimerkiksi miinojen sijoittamista ja raivaamista. Lapset ovat alttiina myös muille kuin suoraan taisteluista johtuville vaaroille. Aseiden ja muiden raskaiden taakkojen kantaminen aiheuttaa vammoja. Esiintyy myös aliravitsemusta, iho- ja hengitystieinfektioita sekä malariaa ja muita tarttuvia tauteja.

Sotilaisi värvättyjen tyttöjen ja jossain määrin myös poikien vaaditaan usein taistelun lisäksi tarjoavan seksuaalisia palveluja. He altistuvat näin myös HIV:lle ja muille sukupuolitauksille. Abortit ja synnytykset aiheuttavat tytöille lisäriskin. Lapsisotilaille annetaan usein huumeita tai alkoholia rohkaisuksi ja luodaan näin riippuvuutta muiden niihin liittyvien ongelmien lisäksi.

Teini-ikäiset vakinaisiin armeijoihin värvätyt sotilaat joutuvat yleensä saman sotilaallisen kurin alaiseksi kuin täysi-ikäisetkin. Siihen kuuluvat initiaatoritit, ankarat harjoitukset, rangaistukset ja nöyryyttäminen oman tahdon murskaamiseksi. Tällaisen kurin vaikutus nuoriin voi olla hyvin tuhoisa niin henkisesti, emotionaalisesti kuin fyysisestikin.

Terveydenhuoltoon kohdistuvat vaatimukset

Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi ymmärtää kaikille entisille lapsisotilaille mahdollisimman pian tehtävän perusteellisen, mutta hienotunteisen lääkärintarkastuksen tarve. Se voidaan tehdä virallisessa aseidenriisuntavaiheessa, mutta myös lapsisotilain joutuessa vangiksi, paetessa tai muuten lähtiessä pois palveluksesta. Tarkastus saatetaan joutua tekemään vaiheittain, niin että ensin puututaan keskeisimpiin ongelmiin ja sitten edetään arempiin kysymyksiin kuten seksuaaliseen hyväksikäyttöön.

Huomiota on kiinnitettävä erityisesti lapsisotilaiden psyykkiseen ja psykososiaaliseen terveyteen samoin kuin fyysiseen terveyteen. Yleisesti todettuja ongelmia ovat olleet:

- painajaiset, takaumat ja harhakuvitelmat
- keskittymiskyvyn ja muistin heikkeneminen
- krooninen ahdistus
- käytöksen taantuminen
- päihteiden väärinkäyttö selviytymiskeinona
- syyllisyys ja menneisyyden kieltäminen
- aggressiivisuuden huono hallinta

- pakonomaiset kostoajatukset
- vieraantumisen tunne.

Lasten ”militarisoitunut käytös” voi vaikeuttaa siviiliyhteiskunnan normien omaksumista.

YK:n lapsisotilaita koskeneen raportin WHO:n laatimassa osuudessa todetaan:

”Lapset, joiden sosialisatio ja moraalisten arvojen omaksuminen tapahtuu sotilaallisessa ympäristössä, ovat huonosti valmistautuneita sopeutumaan väkivallattomaan yhteiskuntaan. He itsenäistyvät liian varhain ja jäävät vaille tietoja ja taitoja, joita moraalinen arviointi ja riskikäyttäytymisen välttäminen edellyttäisivät. Tämä voi heijastua väkivaltaisuutena, päihteiden väärinkäyttönä tai seksuaalisena aggressiivisuutena. Heidän kuntouttamisensa on konfliktinjälkeisen sosiaali- ja terveydenhuollon suurimpia haasteita.”

Terveydenhuollon ammattilaiset voivat myös antaa arvokkaan kasvatuksellisen panoksen lapsisotilaiden värväämisen estämisessä. He voivat levittää tietoa värväyksen kohteena oleville lapsille ja nuorille, heidän perheilleen ja yhteisöilleen, ja korostaa niitä suuria psykososiaalisia, mielenterveydellisiä ja muita vaaroja, joita lapsisotilaaksi lähtemiseen liittyy.

Lisätutkimuksen tarve

On aivan ilmeistä, että uusien konfliktien ehkäiseminen, tiettyjen väestöryhmien haavoittuvuuden vähentäminen ja kriisinaikaisten ja –jälkeisten palvelujen mahdollisimman tehokas tuottaminen edellyttää paljon lisätutkimusta, dokumentointia ja analysointia. Kaksi tällaista erityispanostusta vaativaa dokumentoinnin ja analyysin kohdetta ovat seuraavat:

- Tehokkaiden menetelmien kehittäminen konflikteista kärsivien alueiden väestön kokemusten kirjaamiseksi.
- Objektivisten kriisin jälkeisten analyysien tekeminen väkivallan syntymisen, vaikutuksen ja torjumisen kuvaamiseksi. Joitakin tällaisia analyyseja on tehty varsinkin Ruandan vuoden 1994 kansanmurhan jälkeen.

Yksi selvä tarkastelua vaativa kysymys on, miksi joissakin maissa, joissa on lukuisia väkivaltaisten konfliktien merkkejä, se onnistutaan välttämään, ja joissakin maissa joudutaan konfliktiin ja jopa valtion lähes täydelliseen romahtamiseen. Jälkimmäisestä ryhmästä ovat esimerkkeinä Angola, Liberia, Sierra Leone, Somalia ja entinen Jugoslavia. Yksi hyödyllinen tutkimuspolku voisi olla katastrofia ennakoivan indikaattorijoukon määrittäminen.

Väkivaltaisten konfliktien ehkäisy

Konfliktin täydellisen välttämisen tulee olla ensi sijalla kansanterveysnäkökulmasta tarkasteltuna.

Hallitusten keskeisimmät tehtävät konfliktien ehkäisyssä ovat:

- Ihmisoikeuksien kunnioitus pitäytymällä tiukasti YK:n peruskirjan hengessä ja edistämällä ihmisoikeuslainsäädännön ja kansainvälisten humanitaaristen lakien täyttämistä.
- Henkilömiinojen tuotantoa, kauppaa ja käyttöä rajoittavien sopimusten ja muiden toimenpiteiden omaksumisen edistäminen.
- Ydinaseiden ja biologisten, kemiallisten ja muiden aseiden tuotannon vähentämiseen ja saatavuuden heikentämiseen tähtäävien pyrkimysten edistäminen. Erityisesti on

tuettava voimakkaasti uusia pienaseita koskevia aloitteita, kuten EU:n pienaseiden kauppaa koskevaa käytännösääntöä.

- Pienaseiden siirtojen seurannan liittäminen osaksi konfliktien varhaisvaroitusjärjestelmiä. YK on ylläpitänyt vuodesta 1992 lähtien tavanomaisten aseiden rekisteriä, johon sisältyy kansainvälistä asekauppaa koskevia tietoja sekä jäsenvaltioiden toimittamia tietoja, jotka koskevat sotilastarvikkeiden hallussapitoa, kansallista tuotantoa ja asepolitiikkaa.
- Globalisaation kielteisten vaikutusten seuranta ja tasa-arvoisemman kehityksen ja tehokkaamman kehitysavun edistäminen.
- Hallinnon avoimuuden edistäminen kaikkialla maailmassa.

YK:n entinen pääsihteeri Boutros Boutros-Ghali on todennut, että yhteiskunnan kehittämisessä sosiaalinen integraatio on asetettava etusijalle: ”Sosiaalisen integraation puuttumisen ilmenemismuodot ovat tuttuja: syrjintä, fanatismi, suvaitsemattomuus, vaino. Myös sen seuraukset ovat tuttuja: sosiaalinen tyytymättömyys, separatismi, mikronationalismi ja konfliktit.”

Rauhanturvatoiminta

YK:n rauhanturvatoiminnan voimakkaasta kasvusta huolimatta operaatioiden tehokkuus on ollut usein kyseenalaista. Syynä ovat olleet epävarmuus toimintavaltuuksista, rauhanturvatoimintaan osallistuvien joukkojen vallanjaon heikkoudet sekä resurssien riittämättömyys. Näiden ongelmien ratkaisemiseksi YK:n pääsihteeri asetti rauhanturvatoimintatyöryhmän arvioimaan nykyisen järjestelmän puutteita ja tekemään konkreettisia muutosehdotuksia. Työryhmä koostui henkilöistä, joilla on asiantuntemusta konfliktien ehkäisyyn, rauhanturvatoiminnan ja rauhanrakentamisen eri aspekteista. Sen antamat suositukset koskevat operationaalisia ja organisatorisia parannuksia samoin kuin politiikkaa ja strategiaa. Yhteenveto näistä suosituksista on esitetty ”Brahimin raportin” nimellä tunnetussa raportissa.

Terveydenhuollon sektorin toimet

Terveydenhuollon sektorin mahdollisuuksia ja rajoituksia konfliktien ehkäisyssä ja niihin puuttumisessa olisi tutkittava ja dokumentoitava seikkaperäisemmin. Tarvitaan hyvän käytännön dokumentointia erityisesti konfliktien jälkeisten palvelujen tehostamisesta, mistä on viime aikoina saatu uusia kokemuksia.

Hallitusten tulisi antaa tukea WHO:lle ja muille YK:n elimille niiden maailmanlaajuisissa pyrkimyksissä kehittää tehokkaampia menetelmiä konfliktien ehkäisyssä ja niiden hallinnassa.

Humanitaarinen toiminta

Väkivaltaisten kriisien yhteydessä työskentelevien järjestöjen vaatimuksia ja avoimuutta tulee parantaa. Genevessä toimipaikkaansa pitävä Sphere-projekti pyrkii saamaan humanitaarista apua koskevat minimivaatimukset hyväksytyiksi ja seuraa niiden noudattamista. Genevessä on päämaja myös lahjoitusvaroin toimivalla ja kansalaisjärjestöjen tukemalla Humanitarian Accountability Project –verkostolla, joka pyrkii lisäämään avoimuutta erityisesti avunsaajien parissa. Hallituksia ja avustusjärjestöjä kehoitetaan tukemaan näitä pyrkimyksiä.

Johtopäätöksiä

Tässä luvussa on keskitytty tarkastelemaan väkivaltaisten konfliktien vaikutusta kansanterveyteen ja terveydenhuoltojärjestelmiin ja yritetty kuvata erilaisia mahdollisia reagoitintapoja. On aivan selvää, että ennalta ehkäisyä tulee korostaa.

Kollektiivisen väkivallan ehkäisemisessä ja sen perimmäisiin syihin puuttumisessa on paljon opittavaa ja paljon tehtävää. Tämä koskee ensisijassa niitä kollektiivisen väkivallan muotoja, jotka ovat yleistyneet runsaan sadan vuoden kuluessa: valtioiden välisiä konflikteja, tietyn maantieteellisen alueen tai järjestäytyneen ryhmän kapinointia valtion sisällä, sisällissotia sekä erilaisia yksilöihin tai ryhmiin kohdistuvia valtion tukeman väkivallan muotoja.

Kollektiivisenkin väkivallan muodot ovat muuttumassa. Uuden vuosisadan alkaessa on syntymässä uudenlaista järjestäytyneiden, mutta hajallaan, ilman ”kiinteää osoitetta” toimivien ryhmien harjoittamaa kollektiivista väkivaltaa. Näiden ryhmien tavoitteet, strategiat ja psykologia poikkeavat jyrkästi aikaisemmista. Ne käyttävät täysimääräisesti hyväkseen kehittyntä teknologiaa ja nykyaikaisia rahoitusjärjestelmiä, jotka globalisoitunut maailmanjärjestys on luonut. Niiden aseistus on myös uutta, sillä ne pyrkivät käyttämään biologisia ja kemiallisia ja mahdollisesti ydinaseita tavanomaisten räjähteiden ja ohjusten lisäksi. Niiden päämäärät ovat sekä fyysisiä että psykologisia, sekä joukkotuhon aikaansaamista että laajamittaisen pelon lietsontaa.

Maailman on opittava nopeasti taistelemaan uutta globaalien terrorismin uhkaa vastaan sekä samaan aikaan osoitettava suurta päättäväisyyttä kollektiivisen väkivallan tavanomaisten muotojen torjumisessa, jotka aiheuttavat edelleen ylivoimaisen osan kuolemantapauksista, sairauksista, vammoista ja tuhosta. Tarvitaan vahvaa tahtoa ja runsasta varainkäyttöä, jotta paitsi että ymmärrettäisiin ongelma paljon syvemmin myös löydetäisiin siihen ratkaisuja.

Kirjallisuus

1. WHA34.38. In: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board, Volume II, 1973–1984*. Geneva, World Health Organization, 1985:397–398.
2. *Handbook for emergencies*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 2001.
3. Leaning J. Introduction. In: Leaning J et al., eds. *Humanitarian crises: the medical and public health response*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1999:1–11.
4. Goodhand J, Hulme D. From wars to complex political emergencies: understanding conflict and peace-building in the new world disorder. *Third World Quarterly*, 1999, 20:13–26.
5. Kaldor M. *New and old wars: organized violence in a global era*. Cambridge, Polity Press, 1999.
6. Cornish P. Terrorism, insecurity and underdevelopment. *Conflict – Security – Development*, 2001, 1:147–151.
7. Zwi A, Ugalde A, Richards P. The effects of war and political violence on health services. In: Kurtz L, ed. *Encyclopedia of violence, peace and conflict*. San Diego, CA, Academic Press, 1999:679–690.
8. Ball P, Kobrak P, Spierer H. *State violence in Guatemala, 1960–1996: a quantitative reflection*. Washington, DC, American Academy for the Advancement of Science, 1999.
9. Roberts L et al. *Mortality in eastern Democratic Republic of Congo: results from eleven mortality surveys*. New York, NY, International Rescue Committee, 2001.
10. *International classification of diseases, ninth revision*. Geneva, World Health Organization, 1978.
11. *International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision*. Volume 1: Tabular list; Volume 2: Instruction manual; Volume 3: Index. Geneva, World Health Organization, 1992–1994.
12. Sivard RL. *World military and social expenditures*, 14th ed. Washington, DC, World Priorities, 1991.
13. Sivard RL. *World military and social expenditures*, 16th ed. Washington, DC, World Priorities, 1996.
14. Rummel RJ. *Death by government: genocide and mass murder since 1900*. New Brunswick, NJ, and London, Transaction Publications, 1994.
15. Sheil M et al. *Deaths among humanitarian workers*. *British Medical Journal*, 2000, 321:166–168.
16. *Take a step to stamp out torture*. London, Amnesty International, 2000.

17. Burnett A, Peel M. Asylum-seekers and refugees in Britain: health needs of asylum-seekers and refugees. *British Medical Journal*, 2001, 322:544–547.
18. Harris MF, Telfer BL. The health needs of asylumseekers living in the community. *Medical Journal of Australia*, 2001, 175:589–592.
19. British Medical Association. The medical profession and human rights: handbook for a changing agenda. London, Zed Books, 2001.
20. 12-point program for the prevention of torture by agents of the state. London, Amnesty International, 2000.
21. Istanbul Protocol: manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. New York, NY, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2001 (available on the Internet at <http://www.unhcr.ch/pdf/Bistprot.pdf>).
22. Ashford MW, Huet-Vaughn Y. The impact of war on women. In: Levy BS, Sidel VW, eds. War and public health. Oxford, Oxford University Press, 1997:186–196.
23. Turshen M, Twagiramariya C, eds. What women do in wartime: gender and conflict in Africa. London, Zed Books, 1998.
24. Stiglmeier A, ed. Mass rape: the war against women in Bosnia–Herzegovina. Lincoln, NE, University of Nebraska Press, 1994.
25. Ignatieff M. Virtual war: Kosovo and beyond. London, Chatto & Windus, 2000.
26. Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict. Preventing deadly conflict: final report. New York, NY, Carnegie Corporation, 1997.
27. Zwi AB, Fustukian S, Sethi D. Globalisation, conflict and the humanitarian response. In: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. Health policy in a globalising world. Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
28. Stewart F. The root causes of humanitarian emergencies. In: Nafziger EW, Stewart F, Va?ryrynen R, eds. War, hunger and displacement: the origin of humanitarian emergencies. Oxford, Oxford University Press, 2000.
29. Prunier G. The Rwanda crisis 1959–1994: history of a genocide. London, Hurst, 1995.
30. Dodge CP. Health implications of war in Uganda and Sudan. *Social Science and Medicine*, 1990, 31:691–698.
31. Children on the front line: the impact of apartheid, destabilization and warfare on children in southern and South Africa, 3rd ed. New York, NY, United Nations Children's Fund, 1989.
32. Mann J et al. Bosnia: the war against public health. *Medicine and Global Survival*, 1994, 1:130–146.
33. Horton R. On the brink of humanitarian disaster. *Lancet*, 1994, 343:1053.
34. Ugalde A et al. The health costs of war: can they be measured? Lessons from El Salvador. *British Medical Journal*, 2000, 321:169–172.
35. Garfield RM, Frieden T, Vermund SH. Health-related outcomes of war in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1987, 77:615–618.
36. Kloos H. Health impacts of war in Ethiopia. *Disasters*, 1992, 16:347–354.
37. Cliff J, Noormahomed AR. Health as a target: South Africa's destabilization of Mozambique. *Social Science and Medicine*, 1988, 27:717–722.
38. Goma Epidemiology Group. Public health impact of Rwandan refugee crisis: what happened in Goma, Zaire, in July 1994? *Lancet*, 1995, 345:339–344.
39. Zwi AB, Cabral AJ. High-risk situations for AIDS prevention. *British Medical Journal*, 1991, 303:1527–1529.
40. AIDS and the military: UNAIDS point of view. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1998 (UNAIDS Best Practice Collection).
41. Mann JM, Tarantola DJM, Netter TW, eds. AIDS in the world. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1992.
42. Khaw AJ et al. HIV risk and prevention in emergency-affected populations: a review. *Disasters*, 2000, 24:181–197.
43. Smallman-Raynor M, Cliff A. Civil war and the spread of AIDS in central Africa. *Epidemiology of Infectious Diseases*, 1991, 107:69–80.
44. Refugees and AIDS: UNAIDS point of view. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1997 (UNAIDS Best Practice Collection).
45. Stover E et al. The medical and social consequences of land mines in Cambodia. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:331–336.
46. The causes of conflict in Africa. London, Department for International Development, 2001.
47. Getting away with murder, mutilation, rape: new testimony from Sierra Leone. New York, NY, Human Rights Watch, 1999 (Vol. 11, No. 3(A)).
48. Summerfield D. The psychosocial effects of conflict in the Third World. *Development in Practice*, 1991, 1:159–173.
49. Quirk GJ, Casco L. Stress disorders of families of the disappeared: a controlled study in Honduras. *Social Science and Medicine*, 1994, 39:1675–1679.
50. Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, 1995, 40:1073–1082.
51. Pupavac V. Therapeutic governance: psychosocial intervention and trauma risk. *Disasters*, 2001, 25:1449–1462.
52. Robertson G. Crimes against humanity: the struggle for global justice. Harmondsworth, Penguin, 1999.
53. Gururaj G et al. Suicide prevention: emerging from darkness. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2001.
54. Silove D, Ekblad S, Mollica R. The rights of the severely mentally ill in post-conflict societies. *Lancet*, 2000, 355:1548–1549.
55. Toole MJ, Waldman RJ. Prevention of excess mortality in refugee and displaced populations in developing countries. *Journal of the American Medical Association*, 1990, 263:3296–3302.
56. Toole MJ, Waldman RJ, Zwi AB. Complex humanitarian emergencies. In: Black R, Merson M, Mills A. Textbook of international health. Gaithersburg, MD, Aspen, 2000.
57. Centers for Disease Control and Prevention. Famine-affected, refugee, and displaced populations: recommendations for public health issues. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1992, 41(No. RR-13).
58. Toole MJ, Waldman RJ. Refugees and displaced persons: war, hunger and public health. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270: 600–605.

59. Deacon B. *Global social policy, international organizations and the future of welfare*. London, Sage, 1997.
60. Reed H, Haaga J, Keely C, eds. *The demography of forced migration: summary of a workshop*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
61. Hampton J, ed. *Internally displaced people: a global survey*. London, Earthscan, Norwegian Refugee Council and Global IDP Survey, 1998.
62. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. *World disasters report 1999*. Dordrecht, Martinus Nijhoff, 1999.
63. Hodes RM, Kloos H. Health and medical care in Ethiopia. *New England Journal of Medicine*, 1988, 319:918–924.
64. Brauer J, Gissy WG, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997.
65. Cranna M, ed. *The true cost of conflict*. London, Earthscan and Saferworld, 1994.
66. Kumaranayake L, Zwi A, Ugalde A. Costing the direct health burden of political violence in developing countries. In: Brauer J, Gissy W, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997:292–301.
67. Macrae J, Zwi A. Famine, complex emergencies and international policy in Africa: an overview. In: Macrae J, Zwi A, eds. *War and hunger: rethinking international responses to complex emergencies*. London, Zed Books, 1994:6–36.
68. Lee I, Haines A. Health costs of the Gulf War. *British Medical Journal*, 1991, 303:303–306.
69. Walt G, Cliff J. The dynamics of health policies in Mozambique 1975–85. *Health Policy and Planning*, 1986, 1:148–157.
70. Addison T. Aid and conflict. In: Tarp F, ed. *Foreign aid and development: lessons learnt and directions for the future*. London, Routledge, 2000:392–408.
71. Banatvala N, Zwi A. Public health and humanitarian interventions: improving the evidence base. *British Medical Journal*, 2000, 321:101–105.
72. Anderson MB. *Do no harm. How aid can support peace – or war*. Boulder, CO, and London, Lynne Rienner, 1999.
73. Barnabas GA, Zwi AB. Health policy development in wartime: establishing the Baito health system in Tigray, Ethiopia. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:38–49.
74. Kumar K, ed. *Rebuilding societies after civil war*. Boulder, CO, and London, Lynne Rienner, 1997.
75. Kumar K et al. *The international response to conflict and genocide: lessons from the Rwanda experience. Study 4: rebuilding post-war Rwanda*. Copenhagen, Steering Committee of the Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda, 1996.
76. *Post-conflict reconstruction: the role of the World Bank*. Washington, DC, World Bank, 1998.
77. Coupland RM. The effects of weapons and the Solferino cycle. *British Medical Journal*, 1999, 319:864–865.
78. Machel G. *Impact of armed conflict on children: report of the Expert Group of the SecretaryGeneral*. New York, NY, United Nations, 1996 (document A/51/306).
79. Laurence EJ. *Arms watching: integrating small arms and light weapons into the early warning of violent conflict*. London, Saferworld, 2000.
80. Boutros-Ghali B. *An agenda for development*. New York, NY, United Nations, 1995.
81. *Report of the Panel on United Nations Peace Operations*. New York, NY, United Nations General Assembly Security Council, 2000 (document A/55/305, S/2000/809).

Luku 9

MITEN TÄSTÄ ETEENPÄIN: TOIMINTASUOSITUKSIA

Taustaa

Väki­valta koskettaa jokaista maanosaa, jokaista maata, jokaista yhteisöäkin. Vaikka väki­valtaa on kaikkialla, se ei kuitenkaan ole erottamaton osa ihmisenä olemista eikä ”modernin elämän” väistämätön ongelma, jota ei voitaisi voittaa päättäväsillä, viisaalla työllä.

Tässä raportissa on käyty varsin yksityiskohtaisesti läpi väki­vallan muotoja ja niiden esiintymisen ja haittojen vähentämiseen tähtääviä julkisen terveydenhuollon toimenpiteitä. Tässä viimeisessä luvussa valotetaan eräitä globaaleja malleja ja teemoja, jotka ovat yhteisiä väki­vallan eri muodoille. Siinä kerrataan kansanterveydellisen näkökulman tärkeyttä ja esitellään joukko ehdotuksia päätöksentekijöille ja eri tasoilla toimiville ammatillisille.

Väki­valtaan puuttuminen: mitä jo tiedetään?

Vaikka tietopohjassamme on merkittäviä aukkoja ja lisätutkimusta kaivataan, väki­val­lan ehkäisystä ja sen seurausten vähentämisestä on jo opittu paljon.

Ennakoitavissa ja ehkäistävissä oleva ongelma

Väki­valta on usein ennakoitavissa ja ehkäistävissä. Kuten raportissa on osoitettu, tietty tekijät näyttävät ennakoivan voimakkaasti väki­vallan esiintymistä tietyissä väestöryhmissä, vaikkakin suoran syy-yhteyden osoittaminen olisi vaikeaa. Näiden kirjo koostuu yksilöllisistä ja perhetekijöistä kuten impulsiivisuudesta, masennuksesta, lasten opastuksen ja valvonnan puutteesta sekä jäykistä sukupuolirooleista, makrotason tekijöihin, joita

ovat esimerkiksi sosiaalisten rakenteiden nopea muutos ja voimakkaan taloudellisen taantuman aiheuttama korkea työttömyys ja julkisten palvelujen heikentyminen. On myös tiettyyn paikkaan ja aikaan liittyviä tekijöitä kuten aseiden määrän lisääntyminen tai huumekaupan muutokset tietyllä asuinalueella. Näiden tekijöiden tunnistaminen ja mittaaminen voi toimia päätöksentekijöille varhaisena varoituksena siitä, että toimenpiteitä tarvitaan.

Myös keinovalikoima on kasvanut kansanterveydellisen tutkimuksen lisääntymisen myötä. Raportin jokaisessa luvussa on esitelty esimerkkejä kampanjoista, joiden avulla on saavutettu lupaavia tuloksia väkivallan ja sen seurausten vähentämisessä. Keinot vaihtelevat pienimuotoisista yksilöihin kohdistuvista toimenpiteistä valtakunnan tason poliittisiin muutoksiin. Valtaosa hankkeista, jotka on kirjattu muistiin ja arvioitu tieteellisesti, on tehty vauriissa maissa, mutta paljon työtä on tehty myös kehitysmaissa.

Vastavirtaan sijoittamalla pysyviä tuloksia

Viranomaisilla on kaikkialla maailmassa taipumus toimia vasta kun väkivalta on hyvin näkyvää ja ohjata sitten voimavaroja lyhytaikaisesti pieniin, selvärajaisiin ihmisryhmiin kohdistuviin hankkeisiin. Ajoittaiset, jotakin kohua herättänyttä tapahtumaa seuraavat ”poliisi-iskut” alueille, joilla esiintyy paljon väkivaltaa, ovat klassisia esimerkkejä tästä. Kansanterveydellinen näkökulma korostaa sen sijaan ennaltaehkäisyä. Erityisen tärkeä on toimia ikään kuin vastavirtaan ongelmiin nähden: pyritään estämään joko väkivaltaisuuksien puhkeaminen tai se, että ne johtavat vakaviin vammoihin. Lähtökohtana on, että pienilläkin sijoituksilla voidaan saavuttaa suuria ja kestäviä tuloksia.

Väkivallan yhteyksien ymmärtäminen

Kaikissa yhteiskunnissa esiintyy väkivaltaa, mutta sen yhteydet - missä tilanteissa sitä esiintyy, millaista se on luonteeltaan ja miten hyväksyttyä se on sosiaalisesti - vaihtelevat suuresti. Ehkäisyohjelmien suunnittelussa onkin ymmärrettävä yhteiskunnalliset yhteydet, jotta puuttuminen voidaan räätälöidä kohteena olevan väestön mukaan.

Parisuhdeväkivaltaa ja seksuaalista väkivaltaa käsittelevissä luvuissa on runsaasti esimerkkejä siitä, miten kulttuuri pahentaa väkivallan seurauksia ja vaikeuttaa suunnattomasti siihen puuttumista. Yksi esimerkki on monissa yhteiskunnissa vallitseva käsitys, että miehillä on oikeus kurittaa vaimoaan jopa fyysisistä voimaa käyttäen monista eri syistä kuten seksistä kieltäytymisen vuoksi. Tämän käsityksen vuoksi näiden naisten vaara joutua välittömän fyysisen ja henkisen väkivallan kohteeksi kasvaa, samoin kasvaa epätoivottujen raskauksien ja sukupuolitautien riski. Toinen esimerkki on joihinkin yhteiskuntiin syvään juurtunut ankaran ruumiillisen kurin hyväksyminen lastenkasvatuksessa. Puuttuminen on tuskin tuloksellista, ellei näiden asenteiden voimakkuutta ja suhdetta muuhun paikalliseen kulttuuriin oteta huomioon.

Perinteet voivat toisaalta olla suojelevia tekijöitä; tutkijoiden ja ohjelmien suunnittelijoiden kannattaa käyttää niitä hyväkseen. Luvussa 7 kuvailaan uskonnolliseen yhteisöön kuulumisen ilmeistä vaikutusta itsemurhariskin vähentäjänä. Siinä myös pohditaan, mistä tämä voi johtua.

Väkivallan eri muotojen keskinäinen yhteys

Väkivallan eri muodot ovat monin merkittävin tavoin yhteydessä toisiinsa. Usein riskitekijät ovat samoja. Esimerkiksi lapsiin kohdistuvan väkivallan ja lasten laiminlyönnin tutkimuksessa on todettu päällekkäisiä riskitekijöitä muiden väkivallan muotojen kanssa:

- köyhyys - yhteydessä kaikkiin väkivallan muotoihin
- perhetausta, johon kuuluu avioero tai joutuminen eroon perheestä - yhteydessä myös nuorisoväkivaltaan, parisuhdeväkivaltaan, seksuaaliseen väkivaltaan ja itsemurhiin
- alkoholin ja päihteiden väärinkäyttö - liittyy kaikkiin ihmisten välisen väkivallan muotoihin ja itsemurhiin
- perheväkivallan kokeminen tai todistaminen - liittyy nuorisoväkivaltaan, parisuhdeväkivaltaan, seksuaaliseen väkivaltaan ja itsemurhiin.

Eri riskitekijäryhmien päällekkäisyys avaa suuria mahdollisuuksia ehkäisyohjelmien parissa työskentelevien yhteistyölle, olivatpa he valtion tai kunnallishallinnon virkailloita, sosiaalisen asumisen suunnittelijoita, poliiseja, sosiaalityöntekijöitä, nais- ja ihmisoikeusryhmiä tai terveydenhuollon ammattilaisia tai tutkijoita. Kumppanuudesta on hyötyä monin tavoin:

- puuttumisen tehokkuuden lisäämisessä
- ponnistelujen päällekkäisyyksien välttämiseksi
- käytettävissä olevien voimavarojen lisäämisessä rahoitusta yhdistämällä ja henkilökunnan yhteistoiminnan kautta
- tutkimuksen ja ehkäisyn kollektiivisempaan ja koordinoitumpaan toteuttamiseen pääsemisessä.

Tutkimus- ja ehkäisytyö on valitettavasti usein tapahtunut eri väkivallan muotojen osalta erikseen. Jos tämä toimintojen erillisyyttä voidaan välttää, on hyvät mahdollisuudet päästä kattavampiin ja tehokkaampiin hankkeisiin.

Keskittyminen haavoittuvimpiin ryhmiin

Väkiältä ei sen paremmin kuin monet muutkaan terveysongelmat ole neutraalia. Vaikka kaikissa sosiaaliryhmissä esiintyy väkivaltaa, tutkimukset viittaavat yhtäpitävästi siihen, että riski on suurin alimpaan sosioekonomiseen ryhmään kuuluvilla. Köyhyyttä useammin väkivallan riskiä lisäävät köyhyyteen liittyvät muut tekijät. Luvussa 2 pohditaan huonojen asumisolojen, koulutuksen puutteen, työttömyyden ja muiden köyhyyteen liittyvien tekijöiden osuutta nuorisoväkivallasta. Nämä tekijät myös lisäävät nuorten todennäköisyyttä joutua rikolliseen kaveripiiriin ja mukaan rikolliseen toimintaan. Merkityksellistä on myös se, miten köyhyyteen joudutaan, tapahtuuko se aikaisemmin käytettävissä olleiden varojen menettämisen kautta, samoin kuin se, miten köyhyys koetaan (onko se suhteellista köyhyyttä tietyssä ympäristössä pikemmin kuin absoluuttista köyhyyttä).

Luvussa 6 kuvataan, miten köyhyys lisää naisten ja tyttöjen haavoittuvuutta. Maaseudulla ja taloudellisesti taantuvilla alueilla asuvat köyhät naiset ja tytöt ovat usein alttiina raiskaukselle suorittaessaan arkisia askareitaan pelloilla, yksinäisillä vedenhaku-matkoilla tai kävellessään myöhään illalla yksin töistä kotiin. Köyhyys lisää altistumista seksuaaliselle hyväksikäytölle monissa yhteyksissä, työhaussa, ammatinharjoittamisessa tai koulutuksen hankkimisessa. Köyhyys on myös merkittävien syy naisten hakeutumisel-le prostituutioon ja perheiden myydessä lapsensa ihmiskauppiaille. Luvussa 8 tarkastelua laajennetaan edelleen osoittamalla, että köyhyys ja eriarvoisuus ovat väkivaltaisia konflikteja synnyttäviä tekijöitä. Pitkäaikaiset konfliktit saattavat vuorostaan lisätä köyhyyttä ja johtaa kierteeseen, jossa syntyy uusia väkivallan muotoja.

Köyhien laiminlyönti ei ole uutta: useimmissa yhteiskunnissa köyhiin kohdistuu vähiten valtion suojele- ja huolenpitopalveluja. Se, että väkiältä on yhteydessä köyhyyteen, saattaa kuitenkin olla lisäsy siihen, miksi poliittiset päättäjät ja valtion virkamiehet ovat

laiminlyöneet väkivallan kansanterveydellisen näkökulman, joka merkitsi palvelujen ja resurssien voimakkaampaa ohjaamista köyhille perheille ja yhteisöille poliisien ja vankiloiden korostamisen sijasta. Tämä laiminlyönti on korjattava, jos väkivaltaa halutaan ehkäistä.

Taistelu hiljaista hyväksymistä vastaan

Yksi väkivaltaa edistävä ja siihen puuttumista voimakkaasti vaikeuttava seikka on sen hiljainen hyväksyminen. Tämä pätee erityisesti väkivaltaa koskeviin asenteisiin, joiden mukaan sitä on aina ollut ja on aina oleva. Samanlainen suhtautuminen on yleistä tähän läheisesti liittyvän sukupuolten välisen eriarvoisuuden kysymyksessä. Tätä hiljaista hyväksyntää vahvistaa usein siihen kietoutuva oman edun ajaminen. Esimerkiksi se, että hyväksytään miesten oikeus ”ojentaa” vaimoan hyödyttää selvästi enemmän miehiä kuin naisia. Huumekauppa ratsastaa laittomalla asemallaan, johon sisältyy ajatus väkivallan hyväksymisestä tapana ratkoa keskinäisiä kiistoja tai lisätä omaa markkinaosuutta.

Useissa raportin luvuissa, joissa kuvataan väkivaltakulttuurin syntymistä edistäviä piirteitä, korostetaan sitä, että monesti lait ja asenteet suosivat tällaista kulttuuria. Ne voivat ilmetä esimerkiksi median luomana sädekehänä, parisuhteessa esiintyvän seksuaalisen hyväksikäytön tai väkivallan hyväksymisenä, lasten ankarana kotikasvatuksena, koulu-kiusaamisena, poliisin liiallisen voimankäytön hyväksymisenä ja lasten ja nuorten pitkäaikaisen aseellisille konflikteille altistumisen hyväksymisenä. Sekä ihmisten välisen että kollektiivisen väkivallan merkittävä vähentäminen on vaikeaa, ellei tällaisiin kysymyksiin liittyvää hiljaista hyväksyntää saada hävitetyksi.

Poliittisten päättäjien sitouttaminen

Niin paljon kuin ruohonjuuritasolla toimivat järjestöt, yksilöt ja instituutiot voivatkin saada aikaan, kansanterveydellisten toimien onnistuminen riippuu lopulta hyvin paljon poliittisesta sitoutumisesta. Poliittisen johdon tukea tarvitaan paitsi riittävän rahoituksen turvaamisessa ja tehokkaan lainsäädännön luomisessa myös oikeutuksen hankkimisessa kansalaisten keskuudessa ja ehkäisytöiden keskeisyyden korostamisessa. Sitoutuminen on yhtä tärkeää kansallisella tasolla, jossa politiikka- ja lainsäädäntöpäätökset tehdään, kuin maakunnallisella, alueellisella ja kunnallisella tasolla, jossa toimenpiteiden jokapäiväistä sujumista valvotaan.

Väkivaltaan puuttumisen edellyttämän voimakkaan sitoutumisen aikaansaaminen on usein tulosta yhteiskunnan eri sektorien pitkäaikaisista ponnisteluista. Tähän prosessiin antavat tärkeän panoksen terveydenhuollon ammattilaiset ja tutkijat, jotka tuottavat päättäjille vankkaa tietoa väkivallan esiintyvyydestä ja seurauksista samoin kuin sen ehkäisy tai hallinnan lupaavilta näytävistä keinoista.

Miksi terveydenhuollon sektorin panosta tarvitaan?

Viime aikoihin asti väkivallan torjunta on useimmissa moderneissa yhteiskunnissa kuulunut oikeuslaitokselle, poliisille ja rangaistuslaitoksille sekä joissakin tapauksissa armeijalle. Terveydenhuollon sektorille, niin julkiselle kuin yksityisellekin, ongelma delegoitiin, kun oli tarjottava hoitoa väkivallan uhreille.

Suhteelliset edut

Nykyään terveydenhuolto on aktiivinen ja arvokas liittolainen globaalissa väkivallan vastaisessa työssä. Yksi sektorin eduista on ongelman läheisyys ja siten sen hyvä tunte-

mus. Sairaaloiden ja terveysasemien työntekijät omistavat suuren osan ajastaan väkival­lan uhrien hoitamiseen.

Toinen tärkeä etu on se, että terveydenhuollossa on käytettävissä paljon tietoa, joka auttaa tutkimus- ja ehkäisytyössä. Tiedon hallussapito merkitsee sitä, että alan työntekijät ovat ainutlaatuisessa asemassa väkivallan terveydelle aiheuttaman rasituksen esiintuomi­sessä. Yhdistettynä inhimillisestä kärsimyksestä kertoviin yksityistapauksiin tämä tieto voi olla voimakas väline toiminnassa ja edunvalvonnassa.

Erityisvastuu

Terveydenhuollon rooli väkivallan ehkäisytyössä pohjautuu sen vastuuseen ihmisille, jotka maksavat sen rakenteet ja palvelujen tarjonnan. Tämän vastuun ja sektorin suhteel­listen etujen vuoksi sillä on hyvät mahdollisuudet entistä suurempaan aktiivisuuteen, joka parhaassa tapauksessa kanavoituu yhteistyönä muiden sektorien kanssa. Lääkärit, sairaan­hoitajat ja muu terveydenhuoltohenkilöstö näkevät päivittäin väkivaltatapauksia ja ohjaa­vat uhreja jälkihoitoon tai turvapalveluihin. Ehkäisyohjelmia toteutettaessa sairaalat ja muut terveydenhuollon yksiköt voivat olla hyviä toimintapisteitä resurssiensa ja inf­rastruktuurinsa ansiosta. Yhtä tärkeätä on se, että ohjelmien suunnittelu ja toteutus hyötyy terveydenhuollon ja muiden väkivaltakysymysten parissa työskentelevien kuten kansa­laisjärjestöjen ja tutkimuslaitosten läheisestä yhteistyöstä.

Terveydenhuoltosektori toteuttaa jo tätä tehtävää eri puolilla maailmaa, joskin osittain kokeiluluonteisesti tai sattumanvaraisesti. Nyt on tullut aika ryhtyä päättäväisempään, koordinoituun toimintaan ja laajentaa työ sinnekin missä sitä ei vielä suuresta tarpeesta huolimatta tehdä. Jos tähän ei ryhdytä, terveydenhuolto on epäonnistunut.

Vastuun ja prioriteettien määrittely

Väkivallan monimuotoisuuden ja sen syiden monimutkaisuuden vuoksi sen ehkäisy edellyttää kaikkien päätöksentekotasojen, niin paikallisen, kansallisen kuin kansainväli­senkin tason, osallistumista. Eri sektorien keskeinen yhteistyö lisää toiminnan tehokkuu­ta.

Päättäjien ja alan ammattilaisten tulee tehdä työtä paitsi omalla tasollaan, myös eri tasojen välillä, jos he haluavat saada aikaan merkittävää edistystä. Paljon tärkeää tietoa ja kokemusta on kaikilla kansalaisyhteiskunnan toimijoilla kuten medialla, ammatillisilla yhdistyksillä, uskonnollisilla instituutioilla ja paikallisyhteisöillä.

Jokaisella valtiolla on oma hallintojärjestelmänsä, on se sitten voimakkaan keskitetty tai federalistinen järjestelmä, jossa valta jakautuu paikalliselle, alueelliselle ja kansallisel­le hallitukselle. Hallintorakenteesta riippumatta saattaa olla hyödyllistä käyttää kansallisen hallitusten johtamia, muut tasot ja sektorit mukaan ottavia strategisia suunnitteluprosesseja, jotka luovat yhteisymmärrystä, asettavat päämääriä ja aikatauluja ja asettavat vas­tuuta kaikille, jotka voivat antaa panoksensa työhön. Joillakin YK:n järjestöillä ja bilate­raalisilla kehitysyhteistyöelimillä on huomattavaa asiantuntemusta kansanterveyden alan strategisesta suunnittelusta kehitysmaiden oloissa, mistä voisi olla hyötyä väkivallan ehkäisemisessä.

Suosituksia

Seuraavien suositusten tavoitteena on käynnistää väkivallan vastaista toimintaa. Päämäärän saavuttaminen edellyttää monien eri sektorien mukaantuloa.

Suosituksia tulee tietenkin soveltaa joustavasti, paikalliset olot ja voimavarat huomioidaan. Väkivallasta parhaillaan kärsiville maille tai maille, joissa taloudelliset ja inhimilliset resurssit ovat vähäiset, joidenkin kansallisten tai paikallisten suositusten noudattaminen on vaikeaa tai mahdotonta ilman apua. Silloin tulee kyseeseen yhteistyö kansainvälisten järjestöjen tai oman maan kansalaisjärjestöjen kanssa. Nämä saattavat antaa tukea tai osallistua joidenkin suositusten toimeenpanoon.

1. suositus

Kansallisen väkivallan ehkäisyohjelman luominen, toteuttaminen ja seuranta

Monialaisen kansallisen toimintasuunnitelman kehittäminen on kestävien väkivallan ehkäisytoimenpiteiden keskeisin osa. Sen aikaansaaminen ei ole välttämättä aina helppoa, koska ihmiset vaativat ymmärrettävistä syistä nopeita toimia väkivallan näkyvien seurausten torjumiseksi. Kansallisten johtajien on kuitenkin ymmärrettävä, että kestävä kansanterveydellisen lähestymistavan edut ovat suuremmat ja pitkäaikaisemmat kuin lyhytaikaisen, reagoivan politiikan edut. Toimintasuunnitelma edellyttää näkyvää poliittista ja eettistä sitoutumista.

Kansalliseen toimintaohjelmaan tulee sisällyttää tavoitteet, tärkeysjärjestykset, toteutattavat ja asetetut vastuut sekä aikataulu ja arviointijärjestelmä. Sen tulisi perustua laajan julkisten ja kansalaistoimijoiden, myös rahoittajien, joukon keskinäiseen yhteisymmärrykseen. Suunnitelmassa on otettava huomioon inhimilliset ja taloudelliset voimavarat, jotka ovat käytettävissä tai saadaan käyttöön. Siihen tulee sisältyä voimassa olevan lainsäädännön ja nykyisen politiikan arviointi ja uudistaminen, tietojen keruu ja tutkimuksen voimavarojen turvaaminen, uhreille suunnattujen palvelujen lisääminen sekä ennalta ehkäisevien menetelmien kehittäminen ja arviointi. Sen varmistamiseksi, että sanoista siirrytään tekoihin, on tärkeää valtuuttaa tietty organisaatio seuraamaan suunnitelman toteutumista ja raportoimaan siitä säännöllisesti.

Paikallisen, kansallisen ja kansainvälisen tason koordinointi on välttämätöntä eri sektorien hedelmällisen yhteistyön helpottamiseksi. Suunnitelman kehittämisessä ja toteuttamisessa ovat hallinnonaloista mukana ainakin rikosoikeus, opetus, työvoima, terveys ja sosiaalinen hyvinvointi. Koordinoinnissa voi olla hyödyllistä käyttää kansallisia asiantuntijaryhmiä, ministeriöiden työryhmiä ja YK:n apua. Paikallisella tasolla voidaan suunnitelman tekemisessä ja toteuttamisessa perustaa ja käyttää hyväksi neuvostoja, alueellisia asiantuntijaryhmiä ja verkostoja.

2. suositus

Tietojenkeruukapasiteetin parantaminen

Kansalliseen väkivallan ehkäisyohjelmaan tulee sisällyttää väkivallan laajuutta, syitä ja seurauksia koskevan tiedon keruu ja analysoinnin parantaminen. Nämä tiedot ovat välttämättömiä, jotta voidaan asettaa tärkeysjärjestyksiä, ohjata suunnittelua ja seurata toimintasuunnitelman toteutusta. Raportin joka luvussa on todettu, että kaikissa maissa on

rakenteilla ainakin jonkinlaisia tietojenkeruujärjestelmiä. Laatu­a ja tiedon jakelua tulee kuitenkin parantaa.

Joissakin maissa saattaa olla tehokkain tapa, että hallitus nimeää laitoksen tai yksikön, joka on vastuussa terveydenhuollosta, oikeushallinnosta ja muilta väkivallan uhrien ja tekijöiden kanssa tekemisissä olevilta viranomaisilta saatavien tietojen järjestämisestä ja vertaamisesta. Tällaisen laitoksen vastuulla olisi maan väkivallan laajuuden dokumentointi, tutkimuksen edistäminen tai tekeminen ja ihmisten kouluttaminen näihin tehtäviin. Se toimisi linkkinä muihin vastaaviin elimiin tietojenvaihdossa ja tutkimuksellisessa yhteistyössä. Maissa, joiden voimavarat ovat vähäiset, se voisi ottaa hoitaakseen myös 1. suosituksessa kuvatun seurantatehtävän.

Tietojen keruu on tärkeää kaikilla tasoilla, mutta niiden laatu mää­rättyy paikallisella tasolla. Järjestelmät on suunniteltava siten, että ne ovat yksinkertaisia ja edullisia toteut­taa, niitä käyttävän henkilökunnan taitoja vastaavia ja sekä kansallisten että kansainvälis­ten vaatimusten mukaisia. Lisäksi tarvitaan ohjeet siitä, miten toteutetaan tiedon jakelu asianomaisille viranomaisille (kuten terveydenhuollosta, rikosoikeudesta ja sosiaalipoli­tiikasta vastaaville) ja muille kiinnostuneille osapuolille, samoin kuin ohjeet vertailevien analyysien tekoa varten.

Tällä hetkellä ei ole kansainvälisesti hyväksytyjä tietojen keruustandardeja, jotka lisäisivät väkivaltaa koskevien tietojen vertailtavuutta. Tämä on vakava puute erityisesti siitä syystä, että tietoaukkojen vuoksi väkivallan laajuuden vertailu maailman mitassa on vaikeaa. Tämä vaikeuttaa koko maailman kattavan tutkimuksen tai ehkäisyohjelmien aikaansaamista. Osa tietoaukoista johtuu pelkästään tietojen puuttumisesta, osa tietojen luokittelun maakohtaisista (tai joskus maan sisäisistäkin) eroavuuksista. Tämä epäkohta voidaan ja se pitää korjata kehittämällä ja ottamalla käyttöön kansainvälisesti hyväksyty standardi. Askel tähän suuntaan ovat Tapaturmien ulkoisten syiden kansainvälinen luoki­tus ja Tapaturmien seurantaohjeisto, joiden kehittäjiä ovat olleet WHO sekä Centers for Disease Control and Prevention.

3. suositus

Väkivallan syitä, seurauksia, kustannuksia ja ehkäisemistä koskevan tutkimuksen tukeminen ja priorisointi

Vaikka raportin mukaan nykyään ymmärretään entistä paremmin eri väestöryhmien keskuudessa ja eri yhteyksissä ilmenevää väkivaltaa, lisätutkimusta kaivataan kipeästi. Tutkimustarpeen syyt ovat monet, mutta yksi keskeinen on hankkia ymmärrystä ongel­man luonteesta eri kulttuurisissa yhteyksissä, jotta voidaan toteuttaa oikeita toimenpiteitä ja arvioida niiden vaikuttavuutta.

Kansallisella tasolla, osana toimintasuunnitelmaa, voidaan tehdä suunnitelma siitä, miten tutkimustoimintaa toteutetaan valtion laitoksissa (monilla sosiaali- ja sisäministe­riöillä samoin kuin rikosoikeudellisilla elimillä on sisäisiä tutkimusohjelmia) tai rahoitta­malla akateemisten instituutioiden ja itsenäisten tutkijoiden työtä.

Tutkimusta voidaan ja tulee harjoittaa myös paikallistasolla. Paikallinen tutkimus on erityisen arvokasta paikallisten toimenpiteiden suunnittelussa, mutta se on myös osa laa­jempaa kokonaisuutta. Jotta hyöty olisi mahdollisimman suuri, paikallisten viranomaisten tulisi saada mukaan kaikki kumppanit, joilla on asiantuntemusta, mukaan lukien yliopis­ton laitokset (lääketieteellinen ja yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, kriminologian ja epi­demiologian laitos), tutkimuslaitokset ja kansalaisjärjestöt.

Vaikka suurin osa tutkimuksesta täytyy tehdä paikallistasolla, paikallisia tarpeita ja oloja vastaavasti, joissakin keskeisimmissä globaaleissa kysymyksissä tarvitaan kansainvälistä tutkimusta. Tällaisiin kysymyksiin kuuluvat väkivallan ja globalisaation taloudellisten, kulttuuristen ja ympäristövaikutusten välinen suhde, eri kulttuureille ja yhteiskunnille yhteiset riski- ja suojelekijät sekä moniin eri yhteyksiin sopivat väkivallan ehkäisytavat.

Globalisaatioon sisältyy tekijöitä, joilla on suuri merkitys erityyppisen väkivallan lisääntymiselle eri ympäristöissä, mutta on hyvin vähän täsmällistä tietoa siitä, mitkä tekijät aiheuttavat väkivaltaa ja miten näiden vaikutusta voitaisiin lieventää. Eri ympäristöille yhteisten vaaratekijöiden tutkimusta ei ole tehty riittävästi, vielä vähemmän on tutkittu mahdollisesti hyvin antoisaa suojelevien tekijöiden joukkoa. Yksittäisistä hankkeista, joita tässäkin raportissa on esitelty, on varsin paljon tietoa, mutta niiden arviointi on ollut vähäistä.

4. suositus

Ennalta ehkäisyn edistäminen

Ennalta ehkäisy on tämän raportin läpikäyvä teema. Tutkimusten mukaan se on tehokainta, kun se toteutetaan mahdollisimman varhain ja kohdistetaan niihin ihmisiin ja väestöryhmiin, joiden riski tiedetään suurimmaksi. Suotuisia vaikutuksia voi olla myös koko väestöön kohdistetuilla toimilla. Kuten raportin eri luvuissa on tullut ilmi, millään tasolla ei kiinnitetä riittävästi huomiota ennalta ehkäisyyn. Tähän tilanteeseen on saatava muutos.

Tärkeimpiin ennalta ehkäisyhankkeisiin kuuluvat:

- raskauden aikainen ja perinataalinen terveydenhuolto, esikouluikäisten lasten kouluvalmiuksien parantaminen sekä lapsille ja nuorille suunnatut sosiaaliset kehitysohjelmat.
- vanhemmuustaitojen opettaminen ja perheiden toimivuuden edistäminen
- urbaanin infrastruktuurin (sekä fyysisen että sosioekonomisen) parantaminen
- toimenpiteet, joilla vähennetään pienaseiden aiheuttamia vammoja ja parannetaan niiden turvallisuutta
- aseiden, käyttäytymisen ja sosiaalisten normien muuttamiseen tähtäävät valistuskampanjat.

Näistä kaksi ensimmäistä ovat tärkeitä lapsiin kohdistuvan väkivallan ja lasten laiminlyönnin sekä nuorisoväkivallan ehkäisyn kannalta.

Infrastruktuurin parantaminen tarkoittaa yhteisöjen ympäristöllisiin tekijöihin vaikuttamista: tunnistetaan paikat, joissa väkivaltaa esiintyy paljon, analysoidaan, mitkä tekijät tekevät tietystä paikasta vaarallisen (esimerkiksi huono valaistus, eristyisyys tai sijainti lähellä paikkaa jossa käytetään alkoholia) ja muutetaan näitä tekijöitä. Se edellyttää myös sosioekonomisen infrastruktuurin parantamista investointeja lisäämällä ja koulutus- ja ansaitsemismahdollisuuksia parantamalla.

Pienaseiden aiheuttamien vammojen ehkäisy ja aseiden turvallisuuteen liittyvät toimenpiteet ovat sekä paikallisen että valtakunnan tason asioita. Pienaseet ovat merkittävä riskitekijä monen väkivallan lajin osalta, erityisesti nuoriso- ja kollektiivisen väkivallan sekä itsemurhien. Aseilla tapaturmaisesti tai tahallisesti aiheutettuja vammoja voidaan vähentää aseiden myyntiä ja omistusta koskevalla lainsäädännöllä, aseellisesta väkivallasta kärsivillä alueilla toteutettavilla laittomien aseiden keräily- ja takavarikointiohjelmilla,

konfliktien jälkeen toimeenpantavilla aseidenriisuntaohjelmilla ja aseiden säilytyksen turvallisuutta parantavilla toimilla. Näiden ja muiden toimenpiteiden vaikuttavuudesta tarvitaan lisätutkimusta. Lainsäätäjien, poliisin ja julkisen terveydenhuollon yhteistyö on tällä alalla erityisen merkittävää.

Medialla on huomattavat mahdollisuudet vaikuttaa sekä kielteiseen että myönteiseen suuntaan. Lopullisia tutkimustuloksia mediäväkivallalle altistumisen vaikutuksesta eri väkivallan muotojen esiintymiseen ei vielä ole käytettävissä, mutta on näyttöä siitä, että itsemurhista raportoinnin ja sen jälkeen tapahtuvien itsemurhien välillä on yhteys. Mediaa voidaan käyttää väkivaltaisten asenteiden ja käyttäytymisen muuttamiseen väkivallan vastaisen tiedotuksen avulla tai yhdistämällä väkivallan vastaisia viestejä televisiosarjoihin ja muihin viihdeohjelmiin (ks. laatikko 9.1).

Paikallisen tilanteen mukaan näillä ehkäisytoimenpiteillä voi olla merkittävä toisiaan vahvistava vaikutus.

5. suositus

Väkivallan uhrien palvelujen parantaminen

Väkivallan uhreille tarjottavia juridisia, sosiaalisia ja terveystalvaeluja tulee parantaa kaikissa maissa. Tämä edellyttää nykyisten palvelujen arviointia, henkilökunnan koulutuksen kehittämistä sekä näiden kolmen sektorin yhteistyön lisäämistä.

Terveydenhuoltojärjestelmän valtakunnallisena tavoitteena tulisi olla voimavarojen ja rahoituksen vahvistaminen, jotta kaiken tyyppisen väkivallan uhreille voitaisiin tarjota korkealaatuista hoitoa sekä jälkiseurauksia estävää kuntoutusta ja tukipalveluja.

Tärkeimpiin toimiin kuuluvat

- kiireellisen avun tarjonnan lisääminen ja terveydenhuollon uhrien hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksien parantaminen
- väkivaltatapausten ja jatkuvan väkivallan merkkien tunnistaminen ja uhrien ohjaaminen seurantaan ja tukea tarjoaviin palveluihin
- sen varmistaminen, että oikeudellisten, sosiaalisten tai terveystalvaelujen tarjoajat toimivat niin, että vältetään uhrin joutuminen uudelleen uhriksi ja estetään tekijää uudesta rikostaan
- riskiryhmiin kuuluvien perheiden suojelu ja vanhempien paineiden vähentämiseen tähtäävät palvelut, jotka tarjoavat sosiaalista tukea ja ehkäisevät väkivaltaa
- väkivallan ehkäisy sisällyttäminen osaksi lääkäreiden ja sairaanhoitajien tutkintovaatimuksia.

Kaikki nämä toimenpiteet voivat vähentää väkivallan seurauksia yksittäisille ihmisille ja väkivallan terveydenhuollolle ja sosiaalitoimelle aiheuttamia kustannuksia. Ensiavulla voidaan vähentää huomattavasti kuolemantapausten ja vammojen määrää. Yhtä tärkeitä, vaikka eivät niin näkyviä, ovat poliisin ja muiden viranomaisten aseiden muuttaminen, parisuhdeväkivaltaa ja seksuaalista väkivaltaa koskevan koulutuksen antaminen heille ja heidän harjaannuttamisensa tunnistamaan ja reagoimaan väkivaltatapauksiin.

Maissa, joissa terveysministeriö antaa ohjeet alan tutkintovaatimuksia varten, on huolehdittava siitä, että koko terveydenhuoltohenkilöstö saa opiskeluaikanaan koulutusta väkivallan seurauksista ja sen ennalta ehkäisystä. Valmistuttuaan työntekijöiden pitäisi olla kykeneviä tunnistamaan väkivallan merkit ja myös aktiivisesti harjoittaa tunnistamista työssään. Näin voidaan auttaa varsinkin pikkulapsia ja vanhuksia, jotka eivät kykene kertomaan, mitä heille on tapahtunut, ja kaikkia, jotka pelkäävät kertoa, kuten perheväki-

Laatikko 9.1

Terveyden edistäminen, väkivallan ehkäisy ja media: Soul City –kampanja

Etelä-Afrikan Institute for Health and Development Communication –kansalaisjärjestö on saanut kiitosta innovatiivisesta tavasta, jolla se käyttää joukkotiedotusvälineiden voimaa terveyden ja kehityksen edistämässä. Järjestö projekti koostuu parhaaseen katseluaikaan esitettävistä televisio- ja radiosarjoista, jotka käsittelevät sosiaalisia ja terveydellisiä kysymyksiä. Ne tavoittavat miljoonia katsojia. Ohjelmaformaatti pyrkii katsojien ja kuuntelijoiden tunteisiin vetoamalla muuttamaan asenteita ja sosiaalisia normeja ja sitä kautta käyttäytymistä. Toinen sarjoista, Soul City on suunnattu aikuisyleisölle ja toinen, Soul Buddyz 8-12-vuotiaille lapsille. Soul City on Etelä-Afrikan television suosituimpia ohjelmia; se tavoittaa lähes 80 % noin 16 miljoonan kohdeyleisöstä. Soul Buddyz –sarjaa seuraa kaksi kolmasosaa lapsista.

Ohjelmien oheismateriaaliksi järjestö on tuottanut kirjasia, jotka antavat lisätietoa käsitellyistä asioista. Niiden kuvituksessa on käytetty suosittuja sarjahahmoja. Lisäksi on tehty kasetteja ja videoita, joita voidaan käyttää monenlaisissa virallisissa ja epävirallisissa koulutustilaisuuksissa.

Väkivalta on terveydenhuollon suurimpia ongelmia Etelä-Afrikassa, ja useimmat sarjojen jaksot käsittelevät tätä kysymystä. Aihepiiri on kattanut ihmisten välisen väkivallan, kiusaamisen, jengiväkivallan, raiskaukset ja seksuaalisen ahdistelun. Projektissa pyritään ehkäisemään väkivaltaa

- saamalla ihmiset täysin tietoisiksi yhteiskunnassa ilmenevän väkivallan määrästä ja sen seurauksista
- saamalla ihmiset uskomaan, että he voivat tehdä asialle jotakin sekä yksilöinä että yhteisön jäseninä
- kannustamalla parempaan vanhemmuuteen roolimallien ja vanhempien ja lasten suhteiden ja kommunikoinnin parantamisen kautta.

Hankkeeseen kuuluu myös maksuton auttava puhelin, joka antaa kriisineuvontaa ja ohjaa ihmisiä tarvittaessa yhteiskunnallisiin tukipalveluihin. Terveydenhuollon työntekijöitä, poliiseja ja oikeuslaitoksen virkamiehiä varten on kehitetty koulutusaineistoja naisiin kohdistuvasta väkivallasta.

Soul Buddyzin ensimmäisistä jaksoista on parhaillaan käynnissä arviointitutkimus. Aikuisten Soul City –sarjan arvioinnissa on todettu tiedon ja tiedostamisen tason kasvua sekä perheväkivaltaa ja miesten ja naisten välisiä suhteita koskevien asenteiden ja sosiaalisten normien muutoksia. Myös halu muuttaa käyttäytymistä ja ryhtyä toimimaan väkivaltaa vastaan on kasvanut merkittävästi sekä kaupungeissa että maaseudulla ja sekä miesten että naisten keskuudessa.

vallan uhrin, seksityöläiset ja luvattomat siirtolaiset.

Näiden toimenpiteiden käytännön toteutus on suunniteltava huolellisesti ja toteutusta arvioitava. Jos henkilökunta esimerkiksi havaitsee, että potilas on joutunut väkivallan uhriksi, sen tulee toimia niin että estetään väkivallan ilmitulon mahdolliset kielteiset seuraukset kuten tekijän uusi aggressio tai uhrin joutuminen yhteisön hylkäämäksi.

6. suositus

Väki­vallan ehkäisyn ottaminen osaksi sosiaali- ja koulutuspolitiikkaa, mikä lisää myös sosiaalista ja sukupuolten välistä tasa-arvoa

Väki­valta on usein yhteydessä sukupuoliseen ja sosiaaliseen eriarvoisuuteen ja koskee näin ollen suurta osaa väestöstä. Kokemukset maista, joissa on parannettu naisten asemaa ja vähennetty sosiaalista syrjintää, viittaavat siihen, että tarvitaan laaja kirjo valtion toimenpiteitä. Niihin kuuluvat lainsäädännölliset ja oikeuslaitosta koskevat uudistukset, valistuskampanjat, poliisien ja muiden viranomaisten koulutus sekä koulutuksellisten tai taloudellisten kannustimien tarjoaminen epäedullisessa asemassa oleville ryhmille. Jotta näistä hankkeista saadaan toteuttamiskelpoisia ja tehokkaita, tarvitaan yhteiskuntatieteellistä ja kulttuurin tutkimusta.

Samaan aikaan on vahvistettava sekä koko väestöön että huonommassa asemassa oleviin ryhmiin kohdistuvaa sosiaalisen suojelun politiikkaa ja ohjelmia. Näiden tarvetta lisäävät monissa maissa haasteet, jotka johtuvat globalisaation vaikutuksista, velka- ja rakennesopeutusohjelmista, suunnitelmataloudesta markkinatalouteen siirtymisestä ja aseellisista konflikteista. Monissa maissa on tapahtunut reaali­palkkojen laskua, perusinfrastruktuurin heikkenemistä erityisesti kaupunkialueilla ja terveys-, koulutus- ja sosiaalipalveluiden laadun ja määrän jatkuvaa laskua. Elinolojen heikkenemisen ja väki­vallan todistetun yhteyden vuoksi hallitusten tulisi tehdä kaikkensa sosiaalipolitiikan toimivuuden takaamiseksi. Jos lisäresursseja ei ole saatavissa, on muutettava valtion budjetin sisäistä priorisointia.

7. suositus

Väki­vallan ehkäisyä koskevan yhteistyön ja tietojenvaihdon lisääminen

Väki­vallan ehkäisyn parissa toimivien kansainvälisten ja kansallisten elinten, tutkijoiden, verkostojen ja kansalaisjärjestöjen välistä yhteistyötä on arvioitava tietojen vaihdon toimivuuden, yhteisen päämääränasettelun ja toiminnan koordinoinnin pohjalta. Jokaisella on tärkeä osansa väki­vallan ehkäisyssä (ks. laatikko 9.2).

Lukuisat kansainväliset elimet, alueelliset instituutiot ja YK:n elimet joko tekevät väki­vallan ehkäisytyötä tai niillä on väki­vallan ehkäisyn kannalta tärkeitä valtuutuksia, esimerkiksi talouteen, ihmisoikeuksiin, kansainväliseen oikeuteen ja kestävään kehitykseen liittyvissä kysymyksissä. Tällä hetkellä näiden elinten toimintaa ei koordinoita riittävästi. Tähän on saatava muutos, jotta vältetään tarpeetonta päällekkäisyyttä ja saadaan hyötyä asiantuntemuksen yhdistämisen, verkostoitumisen ja rahoitusjärjestelyjen tuottamista säästöistä. On tutkittava yhteistyön parantamismahdollisuuksia aloittamalla esimerkiksi muutamista organisaatioista, joilla on sekä toimivaltaa että käytännön kokemusta väki­vallan ehkäisystä (ks. laatikko 9.3).

Viime vuosina suunnattomasti parantunut kommunikaatioteknologia on globalisaation positiivinen puoli, joka on tehnyt mahdolliseksi tuhansien verkostojen syntymisen eri aloilla. Väki­vallan ehkäisyn parissa työskentelevien tutkijoiden ja kenttätöntekijöiden verkostot ovat lisänneet tietämystä koko maailmassa. Ne ovat tuoneet esiin erilaisia toimintamalleja ja arvioineet tutkimustuloksia kriittisesti. Tällainen tietojen ja ideoiden vaihtoon ratkaisevan tärkeää. Mukana työssä ovat valtiolliset viranomaiset, palvelujen tuottajat ja edunvalvontaryhmät.

Edunvalvontaryhmät ovat myös tärkeitä kumppaneita kansanterveystyössä. Parhaita

Laatikko 9.2

Väkivallan uhkaan vastaaminen: yhteistyötä Amerikan mantereella

Julkinen turvallisuus on suuri huolenaihe niin Amerikassa kuin muullakin maailmassa. Kansantalouden näkökulmasta väkivalta haittaa ulkomaista ja kotimaista investointitoimintaa, mikä estää pitkän aikavälin kasvua ja kehitystä. Väkivalta synnyttää ihmisissä turvattuutta. Luottamus oikeuslaitosta ja poliittista järjestelmää kohtaan kärsii. Vastauksena tähän haasteeseen viisi kansainvälistä ja alueellista elintä ja yksi kansallinen järjestö yhdistivät voimansa kesäkuussa 2000 ja perustivat amerikkalaisen väkivallan vastaisen koalition, Inter-American Coalition for the Prevention of Violence. Siinä ovat mukana seuraavat järjestöt:

- Amerikan kehityspankki (Inter-American Development Bank)
- Amerikan valtioiden järjestö OAS
- Amerikan terveysjärjestö (Pan American Health Organization)
- YK:n kasvat-, tiede- ja kulttuurijärjestö UNESCO
- yhdysvaltalaiset Centers for Disease Control and Prevention -keskukset
- Maailmanpankki.

Koalitio uskoo, että se voi tukea tehokkaasti valtion, järjestöjen ja yksityisen sektorin toteuttamia kansallisia väkivallan vastaisia aloitteita erityisesti saamalla toimintaan mukaan uusia kumppaneita ja lisää voimavaroja. Toiminta perustuu yhteistyöhön, joka kunnioittaa yksittäisten maiden oikeutta omiin päätöksiin.

Suunnitteilla olevista toimista keskeisimpiä ovat seuraavat:

- väkivallan ehkäisyn tärkeyttä korostavien valistuskampanjojen tukeminen
- väkivaltaa ja rikollisuutta koskevan luotettavan tiedon keräämisen ja julkaisemisen tukeminen paikallisella ja kansallisella tasolla
- väkivallan ehkäisyä koskevien www-sivujen toteuttaminen ja parhaita menetelmiä esittelevän tietokannan luominen
- väkivallan ehkäisyä koskevan tiedon tuottaminen päätöksentekijöille
- alueellisten väkivaltaseminaarien järjestäminen, opintomatkat kumppanina toimivaan kaupunkiin ja yhteiset aloitteet
- median kanssa työskentely
- ministereiden, kaupunginjohtajien ja muiden kansallisten ja paikallisten virkamiesten välinen yhteistyö
- työskentely yhdessä yksityisen sektorin, kansalaisjärjestöjen ja etnisten ja uskonnollisten yhteisöjen kanssa
- teknisen tuen tarjoaminen kansallisten väkivaltaohjelmien suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa.

Tämä on ensimmäinen tämänlaatuinen väkivallan ehkäisyhanke Amerikan mantereella. Sitä voidaan ehkä käyttää alueellisen yhteistyön mallina muualla maailmassa.

esimerkkejä tästä ovat ryhmät, jotka toimivat naiseen kohdistuvan väkivallan ja ihmisoikeusloukkauksikysymysten (erityisesti kidutuksen ja sotarikosten) parissa. Nämä ryhmät ovat osoittautuneet kykeneviksi mobilisoimaan resursseja, keräämään ja välittämään tietoa tärkeistä ongelmista ja käynnistämään kampanjoita, joilla on vaikutettu päätöksentekijöihin. Viime vuosina ovat olleet näkyviä myös muihin kysymyksiin, erityisesti vanhus-ten kaltoinkohteluun ja itsemurhiin keskittyneet ryhmät. Näiden ryhmien merkitys olisi tunnustettava. Tämä voidaan tehdä sellaisilla käytännön toimilla kuin antamalla niille

Laatikko 9.3

YK:n toimet ihmisten välisen väkivallan ehkäisemiseksi

YK:n elimet tekevät nykyään paljon työtä ihmisten välisen väkivallan ehkäisemiseksi. Erityisesti keskitytään hankkeisiin, jotka kohdistuvat väkivallan erityislajeihin tietyissä valituissa ympäristöissä. Viime aikoihin asti suuri osa toiminnasta on kuitenkin tapahtunut ilman yhteyksiä muihin toimijoihin.

Marraskuussa 2001 kymmenen YK:n järjestön edustajat kokoontuivat Genevessä ja keskustelivat mahdollisuuksista koordinoida tulevia ponnistelujaan. Aikaisemmin on tehty onnistuneesti yhteistyötä konfliktien ehkäisyssä, mutta kovin vähän ihmisten jokapäiväiseen elämään vaikuttavien väkivaltatapausten ja rikosten ennalta ehkäisyssä. Yhteistyöllä voitaisiin saada suurta hyötyä näiden perheissä, työpaikoilla, kouluissa ja yhteisöissä esiintyvien ongelmien ratkaisemisessa.

Kokouksen edustajille lähettämässään viestissä YK:n pääsihteeri Kofi Annan totesi: ”Miehillä ja naisilla on kaikkialla oikeus elää elämäänsä ja kasvattaa lapsensa ilman väkivallan pelkoa. Meidän täytyy turvata tuo oikeus tekemällä selväksi, että väkiältä on ehkäistävissä ja työskentelemällä yhdessä sen taustalla olevien syiden tunnistamiseksi ja niihin puuttumiseksi.” Osanottajat hahmottelivat joukon yhteistyötoimia. Lyhyen aikavälin suunnitelmiin sisältyy opas, jossa kerrotaan YK:n resursseista ja toimista ihmisten välisen väkivallan ehkäisyssä ja todetaan, miltä osin toiminta on vielä järjestämättä. Tämän oppaan pohjalta toteutetaan www-sivut, jotka ovat avuksi näiden kymmenen järjestön välisessä tietojenvaihdossa ja palvelevat myös muita YK:n elimiä, hallituksia, kansalaisjärjestöjä, tutkijoita ja rahoittajia. Keskipitkällä ja pitkällä aikavälillä yhteistyötä laajennetaan tietojen keruuseen ja analysointiin, tutkimukseen ja ehkäisyhankkeisiin.

virallinen status keskeisissä kansainvälisissä kokouksissa ja ottamalla ne mukaan virallisiin työryhmiin.

Parannusta voidaan saada aikaan myös väkivallan eri muotojen parissa työskentelevien asiantuntijoiden välisessä tietojenvaihdossa. Lasten hyväksikäytön, nuorisoväkivallan, parisuhdeväkivallan, vanhusten kaltoinkohtelun tai itsemurhien ehkäisyn asiantuntijat ovat usein tiiviissä yhteydessä toisten saman väkivallan muodon asiantuntijoiden kanssa, mutta paljon vähemmän väkivallan muiden muotojen tutkijoiden kanssa. Kuten tässä raportissa on osoitettu, riskitekijät ja toimintamuodot ovat kuitenkin usein samoja. Olisikin saatavissa aikaan paljon edistystä luomalla foorumeita, jotka helpottavat tietojen vaihtoa, tutkimusyhteistyötä ja yhteistä edunvalvontaa.

8. suositus

Edistetään ja seurataan kansainvälisten sopimusten, lakien ja muiden ihmisoikeuksia suojaavien mekanismien noudattamista

Viimeksi kuluneiden viidenkymmenen vuoden aikana kansalliset hallitukset ovat allekirjoittaneet joukon kansainvälisoikeudellisia sopimuksia, joilla on välitöntä merkitystä väkivallan ja sen ehkäisyn kannalta. Nämä sopimukset määrittelevät kansallisen lainsäädännön tason ja luovat käyttäytymiselle normeja ja rajoja. Tärkeimpiä niistä ovat:

- Yleissopimus joukkotuhontana pidettävän rikoksen ehkäisemiseksi ja rankaisemiseksi

si (1948)

- Ihmisten kaupan ja toisten prostituutiosta hyötymisen tukahduttamista koskeva yleissopimus (1949)
- Kaikkinaisen rotusyrjinnän poistamista koskeva kansainvälinen yleissopimus (1965)
- Taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (1966)
- Kaikkinaisen naisten syrjinnän poistamista koskeva yleissopimus (1979)
- Kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastainen yleissopimus (1984)
- Yleissopimus lapsen oikeuksista (1989) ja sen kaksi valinnaista lisäpöytäkirjaa lasten osallistumisesta aseellisiin konflikteihin (2000) ja lapsikaupasta, lapsiprostituutiosta ja lapsipornografiasta (2000)
- Kansainvälisen rikostuomioistuimen Rooman perussääntö (1998).

Muita tärkeitä sopimuksia, jotka koskettavat keskeisellä tavalla väkivallan eri puolia, ovat esimerkiksi ihmisten ja kansojen oikeuksia koskeva afrikkalainen sopimus ja naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyä, rankaisua ja poistamista koskeva amerikkalainen sopimus (1994).

Monet maat ovat harmonisoineet lainsäädäntöään velvoitteidensa ja sitoumustensa mukaisesti. Kaikki eivät ole niin tehneet, mikä johtuu osittain näiden sitoumusten käytännön toteutuksen edellyttämien voimavarojen ja asiantuntemuksen puutteesta. Silloin kun pulmana on voimavarojen tai tiedon puute, kansainvälisen yhteisön tulisi antaa enemmän apua. Muissa tapauksissa tarvitaan voimakasta kampanjointia lainsäädännöllisten ja hallinnollisten muutosten aikaansaamiseksi.

9. suositus

Käytännöllisten, kansainvälisten globaaliin huumekauppaan ja asekauppaan puuttumisen muotojen etsiminen

Maailmanlaajuinen huumekauppa ja maailmanlaajuinen asekauppa liittyvät kiinteästi väkivaltaan sekä kehitys- että teollisuusmaissa. Ne kuuluvat sekä kansallisen että kansainvälisen tason toiminnan piiriin. Tässä raportissa on osoitettu, että vaatimatonkin edistyminen jommassakummassa saa aikaan miljooniin ihmisiin kohdistuvan väkivallan määrän ja voimakkuuden laskua. Näihin ongelmiin ei kuitenkaan ole näköpiirissä ratkaisua, vaikka ne ovatkin hyvin esillä eri foorumeilla. Kansanterveystyön avulla näiden molempien terveysvaikutuksia voitaisiin vähentää sekä paikallisella että kansallisella tasolla. Väkivallan terveydellisiin seurauksiin on kiinnitettävä paljon entistä enemmän huomiota myös kansainvälisesti.

Johtopäätöksiä

Väkivalta ei ole väistämätöntä. Paljon on tehtävissä sen vähentämiseksi. On mahdollista suojata yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä, joiden elämää se horjuttaa. On mahdollista puuttua väkivallan perussyihin ja luoda terveempi yhteiskunta kaikille.

Maailma ei ole vielä ymmärtänyt täysin tämän tehtävän suuruutta, eikä kaikkia työkaluja ole vielä kehitetty. Mutta maailmanlaajuinen tietopohja kasvaa, ja paljon hyödyllistä kokemusta on jo saatu.

Tämän raportin tavoitteena on lisätä tuota tietopohjaa. Raportti kannustaa toivottavas-

ti lisäämään yhteistyötä, innovointia ja sitoutumista väkivallan ehkäisytyöhön kaikkialla maailmassa.

Johdatus tilastoliitteisiin

Tilastoliitteet löytyvät www-osoitteesta:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

Taustaa

Yli 100 valtiota toimittaa Maailman terveysjärjestölle vuosittain yksityiskohtaiset tiedot erilaisista taudeista, sairauksista tai vammoista aiheutuvien kuolemantapausten määristä. WHO:n jäsenmaita koskevat tiedot kootaan väestötilastojärjestelmästä, joissa käytetään kansainvälistä tautiluokitusta. Kansallisiin väestötilastoihin kirjataan maailmassa vuosittain tiedot noin 17 miljoonasta kuolleesta. WHO:ssa nämä tiedot samoin kuin survey-tutkimuksista, väestönlaskennoista ja epidemiologisista tutkimuksista saadut tiedot analysoidaan maakohtaisten, alueittaisten ja koko maailman kuolinsyyrakenteiden määrittämiseksi.

WHO on pyrkinyt arvioimaan myös sairauden aiheuttamaa taakkaa. Nämä tilastot, jotka julkaistiin ensimmäisen kerran vuonna 1996, ovat kattavimmat koskaan julkaistut maailman kuolleisuutta ja sairastavuutta koskevat selvitykset. Tässä liitteessä esitellään vuotta 2000 koskevat vammautumisenä elämisen aiheuttamaa rasitusta koskevat tiedot.

Taulukkojen tyypit

Tilastoliite koostuu kolmen tyyppisistä taulukoista:

- maailmanlaajuiset ja alueelliset kuolleisuusarviot
- kymmenen yleisintä kuolinsyytä ja toimintakyvyllä painotettu elinvuosi-indikaattori (DALY) kaikista WHO:n jäsenmaista yhteensä ja kustakin WHO:n alueesta
- maakohtaiset tiedot kuolleisuudesta.

Koko maailman ja alueelliset kuolleisuustilastot

Taulukossa A.1 on yhteenveto väestönlaskennoista, joita on käytetty koko maailman ja WHO-alueiden kuolleisuuden arvioinnissa. Taulukot A 2 – A 5 sisältävät tiedot väkivalta-kuolleisuudesta vuoden 2000 osalta. Taulukossa A.2 on kuolleisuus kaikkien tahallisten vammojen osalta sukupuolen, iän, WHO-alueen ja tulotason mukaan. Henkirikoksia, itsemurhia ja sodankäynnissä kuolleita koskevat luvut sukupuolen, iän, WHO-alueen ja tulotason mukaan ovat eriteltyinä taulukoissa A3-A5.

Yleisimmät kuolinsyyt ja toimintakyvyllä painotetut elinvuodet

Taulukosta A6 käyvät ilmi yleisimmät kuolinsyyt ja toimintakyvyn alentumisen aiheuttajat. Kymmenen yleisimmän syyn lisäksi taulukkoon on sisällytetty väkivallan aiheuttamat kuolemantapaukset ja vammat. Toimintakyvyllä painotettu elinvuosi (disability-adjusted life year, DALY) on indikaattori, joka ilmaisee vammautuneena elettyjen sekä ennenaikaisen kuoleman seurauksena menetettyjen elinvuosien määrän. Tilastot ovat kaikista WHO:n jäsenmaista yhteensä sekä kultakin WHO-alueelta.

Kuolleisuustiedot maittain

Taulukoissa A7-A9 on esitetty kuolleiden määrä ja kuolleisuus, joka johtuu tahallises- ta vahingoittamisesta ja itsemurhasta. Pienaseilla aiheutetut kuolemantapaukset esitellään taulukossa A10. Näissä taulukoissa on esitetty absoluuttiset määrät ja suhteellinen määrä 100 000 asukasta kohti sukupuolen ja iän mukaan niistä maista, jotka toimittavat tietoja WHO:lle.

MENETELMÄT

Luokitus

Kuolemat ja vammat on luokiteltu yhden peruskuolemansyyn mukaan käyttäen kansainvälistä tautiluokitusta. Vuoden 2000 Global Burden of Disease (GBD) -projektissa (Sairauden maailmanlaajuinen taakka) sairaudet ja vammat jaetaan 135 ryhmään. Tahattomasti ja tahallisesti aiheutetut vammat on määritelty ulkoisten syiden mukaan. Esimerkiksi tahallisesti aiheutettujen vammojen koodit ovat seuraavat:

- Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely - ICD-9 E96.0-E96.9 tai ICD-10X85-Y09
- Itsemurha - ICD-9 E95.0-E95.9 tai ICD-10X60-X84
- Sotatoimien aiheuttamat vammat - ICD-9 E99.0-E99.9 tai ICD-10 Y36
- Järjestysvallan toimet - ICD-9 E97.0-E97.8 tai ICD-10 Y35
- Kaikki tahallisesti aiheutetut vammat - ICD-9 E95.0-E97.8, E99.0-E99.9 tai ICD-10X60-Y09, Y35, Y36.

Absoluuttiluvut ja suhteelliset osuudet 100 000 asukasta kohti ovat sukupuolen ja WHO-alueen mukaan kuudesta ikäryhmästä: 0-4-vuotiaat, 5-14-vuotiaat, 15-29-vuotiaat, 30-44-vuotiaat, 45-59-vuotiaat ja 60-vuotiaat sekä sitä vanhemmat.

WHO-alueet

WHO:n jäsenmaat on ryhmitelty kuuteen alueeseen, jotka ovat Afrikka, Amerikka, Kaakkois-Aasia, Eurooppa, itäinen Välimeri sekä läntisen Tyynen meren alue. Kuhkan alueeseen kuuluvat valtiot on lueteltu taulukossa A1.

Kuuden WHO-alueen sisällä valtiot on taulukoissa A1-A5 ryhmitelty edelleen tulotason mukaan. Tulotiedot perustuvat Maailmanpankin kokoamiin, vuoden 1996 henkeä kohti laskettuihin bruttokansantuote/bruttokansantuloarvioihin, joita on käytetty vuoden 1999 Maailman terveysraportissa. Henkeä kohti lasketun BKT:n suuruuden mukaan maat on jaettu pienituloisiin (UD 785 tai vähemmän), keskituloisiin (UD 786-9635) ja korkean tulotason (UD 9636 tai enemmän) maihin.

Kuolleisuuden arviointi

Vuoden 2000 GBD-projektissa on käytetty YK:n väestöosaston laatimia viimeisimpiä väestöarvioita. Sitä varten on laadittu uudet tilastot kaikkien 191 WHO:n jäsenvaltion osalta. Ensimmäisen projektiraportin vammoja koskevat tulokset pohjautuvat maailman kaikkien osien kuolleisuusaineistojen laajaan analyysiin sekä epidemiologisten tutkimusten ja terveyspalvelurekistereiden järjestelmälliseen läpikäyntiin. Väestörekisteriaineistot, jotka ovat peittävyydeltään joko hyviä tai puutteellisia, sekä otantaan perustuvat rekisterijärjestelmät kattavat 72 % maailman kuolleisuudesta. Survey-tutkimukset ja epäsuorat demografiset menetelmät ovat tuottaneet tietoa lapsi- ja aikuiskuolleisuudesta loppujen 28 % arviointia varten.

Kuolinsyysaineistot on analysoitu ottaen huomioon väestötilastojen puutteellinen peittävyys ja tilastoinnin ulkopuolelle jäävien yleensä köyhien väestön alaryhmien kuolinsyysrakenteen todennäköinen poikkeama. Esimerkiksi Kiinan ja Intian kuolinsyysrakente pohjautuu kuolleisuustilastojärjestelmiin. Kiinassa käytettiin apuna terveysministeriön tautiseurantajärjestelmää ja väestörekisterijärjestelmää. Intiassa käytettiin kaupunkien osalta lääketieteellisistä kuolinsyytodistuksista saatuja kuolleisuusaineistoja ja maaseudun osalta vuotuista kuolinsyiden survey-tutkimusta.

Kaikkien muiden sellaisten maiden osalta, joista kuolinsyytilastot puuttuvat, käytettiin kuolinsyymalleja alustavan arvion tuottamiseksi mahdollisimman todennäköisestä kuolemantapausten jakaumasta pääryhmien kesken (tartuntataudit, yleistaudit, vammat) arvioidun kokonaiskuolleisuuden ja tulojen perusteella. Sen jälkeen rakennettiin alueellinen spesifien kuolinsyiden rakenteen malli käyttäen pohjana paikallisia väestötilastoja ja ruumiinauastietoja. Tätä suhteellista jakaumaa sovellettiin sen jälkeen erikseen jokaiseen peruskuolemansyryhmään. Saatuja arvioita tarkennettiin lopuksi tiettyjä sairauksia ja vammoja koskeneista tutkimuksista saadun epidemiologisen näytön perusteella.

Erityistä huomiota on kiinnitetty ongelmaan, jonka aiheuttavat kuolinsyiden tulkinnassa tai luokittelussa tapahtuneet virheet. Luokkaan ”vahingoittavat tapahtumat, tahallisuus epäselvä” (E98.0-E98.9 ICD-9:ssä tai Y10-Y34 ICD-10:ssä) saattaa sisältyä usein huomattava määrä tahallisesti aiheutettuja vammoja. Ellei ole ollut käytettävissä yksityiskohdaisempia paikallisia tietoja, nämä tapaukset on jaoteltu suhteessa muihin vamman aiheutumisiin kuolemantapauksiin.

DALY

DALY on terveydellisen vajeen mittari, jonka avulla sairauksien aiheuttama taakka osoitetaan määrällisesti. Se on eri muuttujien pohjalta luotu indikaattori, jonka avulla yhdistetään ennenaikaisen kuoleman seurauksena menetettyjen elinvuosien määrä ja vammautuneena eletyt vuodet.

Yksi DALY on yksi sairauksien ja vammojen myöhäisvaikutusten seurauksena menetetty terve elinvuosi. Sen laskeminen edellyttää sairauksien ja vammojen esiintyvyyden sekä vammautumisen keskimääräisen keston arviointia ja vammaisuuden painottamista (asteikolla 0-1).

Vuoden 2000 GBD -projektissa käytettiin sairauksien ja vammojen arvioimisessa useita lähteitä: kansallisia ja kansainvälisiä seurantatietoja ja sairausrekistereitä, survey-tutkimusten aineistoja, sairaala- ja lääkäripalvelujen käyttötietoja sekä kansainvälisiä ja

maakohtaisia epidemiologisia tutkimuksia.

Projektin vammaisuuden muodostaman rasituksen analyysi perustuu vuoden 1990 projektia varten kehitettyihin menetelmiin. Niiden mukaan vammalla tarkoitetaan niin vakavaa tapausta, että se vaatii lää­kärin­hoitoa tai johtaa kuolemaan. Arviointi tapahtui analysoimalla terveystalvokenttien. Australian, Chilen, Mauritiuksen, Ruotsin ja Yhdysvaltojen kansallisia tietokantoja käytettiin sairauksien esiintyvyyden ja kuolleiden määrän suhteen määrittämisessä. Näin saatujen suhdelukujen avulla ekstrapoloitiin vammautuneena eletty elin­vuodet kaikilla alueilla maailmassa. Suhde oli yhtäpitävä teollisuus- ja kehitysmaissa. Pitkäaikaiseen vammautumiseen johtavien tapausten osuus arvioitiin kunkin vammatyypin osalta erikseen vammojen seurauksia koskevien epidemiologisten pitkäaikais­tu­kimusten tulosten pohjalta.

Taulukossa A6 esitetyn kuolinsyiden yleisyyttä kuvaavan järjestyksen tuottamiseksi kuolemantapaukset ja vammat jaettiin ensi kolmeen pääryhmään:

- tartuntataudit, äitiyteen ja perinataaliseen vaiheeseen liittyvät sairaustilat sekä puutteellinen ravitus
- yleistaudit
- vammat.

Seuraavaksi kuolemantapaukset ja vammat ryhmiteltiin. Esimerkiksi vammat jaettiin tahattomiin ja tahallisiin. Pääryhmät jaettiin edelleen alaryhmiin. Esimerkiksi tahattomat vammat jaettiin tieliikenne­vam­moin, myrkytyksiin, kaatumisiin, tulipaloihin, hukkumisiin ja muihin tahattomiin vammoihin, tahalliset vammat itselle aiheutettuihin, toiselle henkilön aiheutettuihin ja sodankäynnistä johtuviin vammoihin. Alaryhmät järjestettiin suuruusjärjestykseen.

Maakohtaiset kuolleisuusluvut

Taulukoissa A7-A10 esitetyt väkivaltaisten kuolemien määrät ja suhteelliset osuudet perustuvat viimeisimpiin, WHO:lle ilmoitettuihin lukuihin (vuosilta 1990-2000) niiden valtioiden osalta, joiden väkiluku ylittää miljoonan. Jos maan väkiluku on alle miljoona, on käytetty viimeisimpien ilmoitettujen kolmen vuoden keskiarvotietoa.

Suhteellisia osuuksia ei ole laskettu, jos jossakin ryhmässä kuolemantapausten määrä on alle 20, mutta absoluuttinen määrä on ilmoitettu. Ikäryhmittäiset ja ikävakioidut osuudet on ilmoitettu. Ikävakioidut osuudet on laskettu soveltamalla ikäryhmittäisiä osuuksia maailman väkilukustandardiin. Niiden avulla on mahdollista vertailla keskenään väestöjä, joiden ikärakenne on erilainen.

LSV:n kirjaluettelo:

Annlis Söderholm, Ilkka Taipale ja Vappu Taipale (toim): Lääkärit ja Ydinsota. Perusaineistoa, Turku 1981, 43 s, ISBN 951-9932-1-5

Kaksi perustavan kokouksen esitelmiä, Helsinki 1982

Suomi ja ydinsota, Esitutkimus hoitotarpeesta ja -mahdollisuuksista Suomessa Euroopassa käytävässä ydinsodassa 1982, 40 s.

Väestönsuojelu ja ydinsota, moniste 1982, 31 s

SIPRI: Säteily ja Ydinsota. Jyväskylä 1983, 185 s, ISBN 951-95848-0-3 (LSV ja LJV), 2. painos

Joseph Rothblat: Säteily ja ydinsota, Jyväskylä 1996 (Suomen Rauhanliitto-YK-yhdistys)

Ruth Adams ja Susan Cullen (toim.): Viimeinen epidemia, Jyväskylä 1984, 202 s, ISBN 951-95848-1-1, LSV ja LJV

YK:n tutkimus ydinaseista, 1984, 271 s., ISBN 951-95848-3-8 (LSV, LJV ja Sotatieteen laitos)

Ilkka Taipale (toim.): Ydinsota ja ihmisen mieli, Jyväskylä 1984, 224 s, ISBN 951-9457-18-6 (LSV ja Rauhankirjallisuuden edistämisseura)

Lääketiede ja kehitysyhteistyä. Artikkelikokoelma, 1984, 52 s.

Arata Osada (toim.): Hiroshiman lapset. Lasten keskus, Jyväskylä 1984, 151 s, ISBN 951-626-479-4

Kaisu Pitkälä ja Pirjo H. Mäkelä (toim.): Ydinsodan merkitys, Tammi, Helsinki 1985, 232 s, ISBN 951-30-6148-5

Hannu Säävälä, Risto Isomäki ja Jouni Jaakkola (toim.): Lääkkeitä köyhyyteen. Keskustelua kehitysmaiden lääkeongelmista, Oulu 1985, 206 s, ISBN 951-95848-6-2

UNICEF: Maailman lasten tila 1984, Jyväskylä 1985, 90 s, ISBN 951-95848-4-6

Pirjo H. Mäkelä (toim.): Ydintalvi, Jyväskylä 1986, 67 s, ISBN 951-95858-5-4 (LSV ja LJV)

Imetyksen edistäminen kehitysmaissa, Huhmari 1986, 57 s, ISBN 951-95848-7-0, ISSN 0781-6154 (LSV ja Lääketieteen kandidaattiseura)

Peter Taylor: Savuverhon takana, tupakkapolitiikkaa Jyväskylä. 1988, 300 s, ISBN 951-95848-9-7

Tupakkamies vastaan Rettig ja Suomen Tupakka. Tupakkatuotevastuu oikeudenkäyntien aineisto 1988 - 1992

1. Kuka maksaa kurkkusyövän. Jyväskylä 1988, 114 s, ISBN 951-95848-8-9

2. Tupakkatehtaat, vastuuttomuus ja vastuu. Tampere 1988, 125 s, ISBN 951-96158-0-6

3. Rajansa kaikella, sanoi Suomen Tupakka Oy. 1989, 199 s, ISBN 951-96158-1-4

4. Ei ole tietoa. 1989, 152 s, ISBN 951-96158-2-2

5. Piti olla tietoa. 1989, 192 s, ISBN 951-96158-3-0

6. Poikkeuslupa 1.3.1977. 1989, 162 s, ISBN 951-96158-4-9

7. Neljän tunnin totuus. 1990, 242 s, ISBN 951-96158-6-5

8. Occasio legis. Helsinki 1990, 256 s, ISBN 951-96158-7-3

9. Makroluokan rikosoikeutta. Helsinki 1990, 353 s, ISBN 951-96158-8-1

10. Tupakkateollisuuden lääketiedettä. Helsinki 1991, 276 s, ISBN 951-96158-9-X

11. A Frank Statement to Cigarette Smokers. Helsinki 1991, 264 s, ISBN 952-9608-80-2

12. Nauru syövälle. Helsinki 1991, 259 s, ISBN 952-9608-81-0

13. Tupakkateollisuuden syöpätutkimukset. Helsinki 1991, 359 s, ISBN 952-9608-83-7

14. Viimeinen todistaja. Helsinki 1991, 362 s, ISBN 952-9608-84-5

15. Kaksi ratkaisua. Kuluttajavalituslautakunnan täysistunto 15.11.1991, Helsingin raastuvanoikeuden A 1 -osasto 6.2.1992. Helsinki 464 s, ISBN 952-9608-86-1

Kari S.Lankinen, Juha T.Karvonen, Pirjo H.Mäkelä, Heikki Peltola ja Miikka Peltomaa (toim): Kehitysmaiden terveys ja sairaus. Kandidaattikustannus, Helsinki 1989, 590 s, ISBN 951-8951-00-4

Mervi Hara-Etelävuori: Ostettu urheilija - lahjoitettu julkisuus. Johdatus Belmont-markkinointiprojektiin, Tampere 1990, ISBN 951-96158-5-7

Markku Soikkeli (toim.): Tupakka ja rikosvastuu. Helsinki 1991, 56 s, ISBN 952-9608-82-9

Päivi Santalahti ym. (toim.): Auto, terveys ja ympäristö. Gaudeamus, Helsinki 1991, 239 s, ISBN 951-662-530-4

Tupakkateollisuuden rikosvastuu N:o 1, asian 1. pöytäkirja. Helsinki 1992, 260 s, ISBN 952-9608-87-X

Tupakkateollisuuden rikosvastuu N:o 2, asian 2. pöytäkirja. Helsinki 1992, 184 s, ISBN 952-9608-90-X

Tupakkateollisuuden rikosvastuu N:o 3, asian 3. pöytäkirja. Helsinki 1993, 287 s, ISBN 952-9608-91-8

Mervi Hara-Eteläharju: Bribed sportsman ?? a newborn celebrity. An introduction to a cigarette marketing project, 1992, 40 s, ISBN 952-9608-85-3

- Boris Ulanin: Sodat ja väestö. 2. painos, Jyväskylä 1992, 314 s, ISBN 952-9608-88-8
- Charles Piller ja Keith Yamamoto: Geenisodankäynti. Jyväskylä 1992, 300 s, ISBN 952-9608-89-6
- Meri Koivusalo ja Päivi Topo (toim.): Lääkkeillä kehitykseen, seminaariraportti. Helsinki 1992, 25 s (LSV ja Kehitysyhteistyön palvelukeskus Kepa)
- Eeva Ollila, Päivi Topo, Meri Koivusalo ja Kristiina Kajesalo (toim.): Vallaton väestö. Kansallisia ja kansainvälisiä väestöpoliittisia kysymyksiä. WSOY, 1994, 250 s, ISBN 951-0-19875-7
- Kari S. Lankinen, Staffan Bergström, Pirjo Mäkelä ja Miikka Peltomaa (toim.): Health and Disease in Developing Countries. MacMillan Press, Hongkong, 1994, 586 s, ISBN 0-333-58900-9
- Sosiaalinen vastuu Suomen terveydenhuollossa, teesejä huolestuneiden asiantuntijoiden seminaarista. Stakes, Aiheita 18/1995, 108 s, ISBN 951-33-0069-2, ISSN 1236-9845 (LSV ja Sosiaalilääketieteellinen yhdistys)
- Michael Renner: Pienten aseiden suuret vaarat. Aseidenriisunnan uusin haaste. Aseidenriisuntavihkot 37, Rauhankirjallisuuden edistämisseura, 1998, 80 s, ISBN 951-9193-46-4
- Hannu Vuori: Terveys tulilinjalta. Maailman terveysjärjestö entisessä Jugoslaviassa. Jyväskylä 1999, 391 s, ISBN 952-9608-92-6
- Maailman pankin raportti: Tupakka ja talous. Taloudellisia näkökulmia tupakoinnin vähentämistyöhön. Jyväskylä 2000, 118 s, ISBN 951-96539-1-0 (Suomen ASH ja LSV)
- Alkeelliset ydinaseet ja ydinterrorismin uhka. Aseidenriisuntavihkot 38, Helsinki 2000, 87 s (IPPNW ja LSV), ISBN 951-9457-34-8
- Pienaseet ja Suomi. Raportti seminaarista Eduskunnan auditoriossa 16.3.2001, koonnut Arttu Puro. Moniste, 94 s
- Heikki Hiilamo: Kiellettämisen ammatillaiset. Tupakkayhtiöiden strategiat tupakkalainsäädännön estämiseksi Suomessa. Jyväskylä 2001, 59 s, ISBN 951-96539-2-9 (Suomen ASH ja LSV)
- Small Arms, Gun Violence and Injury. Aiming for Prevention. Research, Advocacy and Action for Health. Final Report of International Medical conference. Executive Summary Papers. Paasitorni, Helsinki 28.9. - 30.9.2001, 186 s (IPPNW and PSR-Finland)
- Mulki Elmi Mälsä: Somalialainen keittokirja. Buugga cuntokaris Soomaaliyeed. Psykiatrian yhteistyö, Jyväskylä 2001, 136 s, ISBN 951-98724-2-6
- Tran Minh Canh: Vietnamilainen keittokirja. Tu ngoai cho ve nha bep. Psykiatrian yhteistyö, Jyväskylä 2001, 141 s, ISBN 952-91-3126-7
- Kofi A. Annan: Aseellisten konfliktien ehkäisy. YK:n pääsihteerin raportti. Aseidenriisuntavihkot 39, Rauhankirjallisuuden edistämisseura ry, Helsinki 2002, 77 s, ISBN 951-9457-40-2
- Eva Isaksson (toim.): Atomisota vai rauha, maailma Albert Einsteinin silmin. 2. korjattu painos, Helsinki 2002, 110 s, ISBN 951-9457-06-2
- Ilkka Taipale, P. Helena Mäkelä, Kati Juva ja Vappu Taipale (toim.): War or Health?, reader. PSR-Finland and IPPNW, Zed Books, London 2002, 652 s, ISBN 1-85649 951 0
- Irakin sota, vaikutukset terveyteen ja ympäristöön. Aseidenriisuntavihkot 40, Helsinki 2003, 31 s, ISBN 951-9457-35-6 (Medact ja LSV)
- Niina Markkula: Peace test. Tutkimus nuorten suhtautumisesta sotaan, väkivaltaan, vähemmistöihin ja ihmisoikeuksiin. 2003, 20 s (LSV, FIMSIC, IFMSA)
- Räjähteet ja Suomi. Raportti seminaarista Eduskunnan auditoriossa 23.10.2003, koonnut Katri Söder. Moniste, 63 s
- Ilkka Taipale, P. Helena Mäkelä, Kati Juva ja Vappu Taipale (toim.): Voina ili Sdarovnie? Arkangelin Lääketieteellinen yliopisto. Archangel 2004, 688 s, ISBN 5-86279-004-7
- Väikivalta ja terveys, WHO:n raportti, Jyväskylä 2005, 288 s, ISBN 952-9608-99-3