

Lotta Uusitalo-Malmivaara

Kuudesluokkalaiset tytöt ja pojat fyysisen väkivallan uhreina: Yhteydet masennukseen, somaattisiin oireisiin ja omaan väkivaltaisuuteen

Artikkeli pohjautuu laajempaan lasten ja nuorten onnellisuutta ja masentuneisuutta käsittelevään hankkeeseen, josta on raportoitu aiemmin yhdessä Juhani E. Lehdon kanssa (Uusitalo-Malmivaara, 2012a, 2012b; Uusitalo-Malmivaara & Lehto, 2012). Tässä tutkimuksessa selvitettiin 12-vuotiaiden lasten kokemuksia fyysisestä toveri- ja aikuisväkivallasta ja näiden kokemusten yhteyksiä masennusoireisiin, somaattisiin oireisiin ja omaan väkivaltaisuuteen. Tulokset osoittivat, että noin neljännes tutkituista yli 700 kuudesluokkalaisesta oli edeltävän vuoden aikana kokenut toveriväkivaltaa. Pojat olivat tyttöjä useammin toveriväkivallan uhreja. Aikuisväkivaltaa oli kokenut vain noin 5 prosenttia vastaajista, tytöt yhtä paljon kuin pojat. Sekä toveri- että aikuisväkivaltaa oli kokenut alle 2 prosenttia vastaajista. Väkivaltakokemukset olivat yhteydessä uhrien masennus- ja somaattisiin oireisiin sekä omaan väkivaltaisuuteen. Myös väkivaltakokemusten määrä vaikutti oireiden voimakkuuteen erityisesti tytöillä. Toveri- ja aikuisväkivalta lisäsivät toistensa

vaikutusta, mutta yhdysvaikutusta näillä eri väkivaltatyypeillä ei ollut. Masennuksen kontrollointi poisti väkivaltakokemusten ja somaattisten oireiden välisen yhteyden molemmilla sukupuolilla. Toisaalta masennuksen kontrollointi poisti väkivaltakokemusten ja oman väkivaltaisuuden välisen yhteyden pojilla mutta ei tytöillä. Vaikuttaa siten siltä, että tyttöjen oman väkivaltaisuuden lisääntyminen on poikia voimakkaammin yhteydessä väkivallan uhriksi joutumiseen.

Asiasanat: väkivalta, lapset, masennus, somaattiset oireet, oma väkivaltaisuus

JOHDANTO

Fyysisen väkivallan uhriksi joutuminen on vakava mielenterveyden uhka tapahtumahetkellään. Välittömien vaikutusten lisäksi seuraamukset voivat olla kauaskantoisia tai ilmetä vasta vuosien päästä (Margolin, 2000). Lapset ja nuoret kokevat fyysistä väkivaltaa useammin kuin aikuiset

(Finkelhor, 2008, 3–21). Suomessa 25–33 prosenttia lapsista ja nuorista on joutunut väkivallan uhriksi (Ellonen, Kääriäinen, Salmi & Sariola, 2008), kun taas Yhdysvalloissa fyysistä väkivaltaa on kokenut lapsista ja nuorista yli puolet (Finkelhor, 2005). Käsillä olevan tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisessa yhteydessä fyysisen toveri- ja aikuisväkivallan kokemukset ovat masennukseen, somaattisiin oireisiin ja omaan väkivaltaisuuteen. Koska tytöt ja pojat kokevat väkivaltaa eri paikoissa ja reagoivat siihen eri tavoin (esim. Ellonen ym., 2008, 49; Mollen, Fein, Localio & Durbin, 2004), heitä tarkastellaan erikseen. Suomessa ei Poliisiammattikorkeakoulun tekemää kyselyä (Ellonen ym., 2008) lukuun ottamatta ole viime vuosina juurikaan tutkittu lasten kokemaa ruumiillista väkivaltaa. Myöskään väkivaltakokemusten yhteyttä masennukseen, somaattisiin oireisiin ja omaan väkivaltaisuuteen ei ole Suomessa aiemmin selvitetty. Tämä tutkimus liittyy siten täydentävän palan suomalaisen lapsia koskevaan uhritutkimukseen.

Lasten fyysinen kurittaminen, ikätoverien välinen tappelu ja kiusaaminen ovat tavallisia ilmiöitä (Finkelhor, 2008; Finkelhor, Turner & Ormrod, 2006; Turner, 2006). Varsinkin lasten ja nuorten keskinäistä ja sisarusten välistä fyysistä pahoinpitelyä pidetään usein väistämättömänä ikäkauteen kuuluvana asiana eikä vakavana hyvinvoinnin uhkana (Finkelhor ym., 2006). Kuitenkin kaikenlaiset lapsena koetut fyysiset väkivallanteot aiheuttavat kehityksellisen riskin. Ne ennakoivat mm. mielenterveyden vaikeuksia (Craig, 1998; Spatz Widom, 2007), somaattisia oireita (Campbell & Schwarz, 1996; Nordstrom Bailey ym., 2005), oman väkivaltaisuuden lisääntymistä (Weiler & Widom, 1996) ja heikompaa akateemista menestystä (Eisenberg, Neumark-Sztainer & Perry,

2003; Glew, Fan, Katon, Rivara & Kernic, 2005). Väkivaltakokemukset eivät vaikuta kaikkiin yhtä voimakkaasti, ja vaikutusta voivat lieventää erilaiset suojaavat tekijät kuten hyvät ystävät ja läheiset perhesuhteet (Lamarche ym., 2006; Bollmer, Milich, Harris & Maras, 2005; Hodges, Boivin, Vitaro & Bukowski, 1999; La Greca & Harrison, 2005). Vastaavasti haitalliset seikat, kuten esimerkiksi riitaisa perhe ja päihdeongelmat, voivat lisätä väkivaltakokemusten mukanaan tuomaa taakkaa (Baldry, 2005; Schwartz, 2000).

Väkivaltakokemuksilla on taipumus kasaantua. Lapset, jotka kokevat ja näkevät väkivaltaa kotonaan, ovat alttiimpia väkivaltakokemuksille myös kodin ulkopuolella (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007b; Nishina, 2005). Syitä tähän on haettu sekä kasvuympäristön epäedullisista piirteistä (Cicchetti & Lynch, 1993) että lapsen omasta käyttäytymisestä, johon mm. sosiaalisen oppimisen ja kiintymyssuhteen ongelmat ovat voineet vaikuttaa (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007a; Tseloni & Pease, 2003). Finkelhorin ja muiden (2007b) mukaan osalle lapsista väkivallan uhriksi joutuminen on ennemminkin vallitseva olotila kuin joukko yksittäisiä tapahtumia. Väkivallan kokeminen monissa ympäristöissä on erityisen haitallista ja yhtenä osasyynä masennuksen, ahdistuksen ja aggression synnyssä. Useiden eri henkilöiden useissa eri yhteyksissä tekemä väkivalta voi lisäksi johtaa uhrin puolustautuvan reaktiomallin yleistymiseen niin, että se koskee kaikkia hänen ihmissuhteitaan. Tämä vaikeuttaa normaalien sosiaalisten suhteiden muodostamista ja saattaa lisätä uusien väkivaltakokemusten riskiä. (Finkelhor ym., 2007a; 2007b.)

Väkivaltakokemukset ja masennus

Perheväkivallan on lukuisissa tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä masennuk-

seen (DuRant, Getts, Cadenhead, Emans & Woods, 1995; Moses, 1999; Singer, 1994; Spatz Widom, 2007; Sternberg, Lamb, Guterma & Abbott, 2006). Esimerkiksi yli 9 000:ta suomalais- ja tanskalaisnuorta koskeneessa tutkimuksessa (Peltonen, Ellonen, Larsen & Helweg-Larsen, 2010) vanhempien tekemän väkivallan rajuus oli suorassa yhteydessä kasvaviin mielenterveydellisiin ja käyttäytymisen ongelmiin, kuten masennukseen, ahdistukseen, aggressiivisuuteen ja hyperaktiivisuuteen. Kun vanhempien tekemä väkivalta muuttui psyykkisestä fyysiseksi, voimistui erityisesti ulospäin suuntautunut reaktiomalli, johon aggressiivisuus ja hyperaktiivisuus lukeutuvat. Perheen taloudellinen vähävaraisuus ja heikko vanhemmuus yhdistyivät usein lasten pahoinpitelyyn. Perheen muun huonovointisuuden kontrollointi ei poistanut fyysiseen väkivaltakokemukseen liittyviä psyykkisiä oireita. Siten uhriksi joutuminen on itsessään vahingollista ja aiheuttaa riskin muun muassa masentumiseen ja ongelmakäyttäytymiseen, tytöille ja pojille hieman eri tavoin (ks. myös Boney-McCoy & Finkelhor, 1996; Herrenkohl & Herrenkohl, 2007). Perheväkivallan kokemukset näyttävät ennustavan tytöillä herkemmin ADHD:n puhkeamista kuin pojilla. Samoin perheväkivallalla on suora yhteys myöhempään rikollisuuteen vain tytöillä (Becker & McCloskey, 2002).

Toveriväkivalta eri muodoissaan ennustaa masennusta (ks. yhteenveto, Hawker & Boulton, 2000). Yksi toistuvan toveriväkivallan muoto on kiusaaminen. Sekä fyysinen ja psyykinen kiusaaminen että kiusaamisen uhriksi joutuminen ovat yhteydessä masennukseen, ja selvimmin yhteys näkyy niillä lapsilla, jotka sekä kiusaavat että ovat itse kiusattuja. Sukupuolten välillä on kuitenkin eroja. Tytöillä vakavat itsemurhaan liittyvät ajatukset näyttävät olevan yhteydessä sekä

kiusaajan että uhrin rooliin, pojilla vain kiusaajan rooliin (Kaltiala-Heino, Rimpelä, Marttunen, Rimpelä & Rantanen, 1999; Klomek, Marrocco, Kleinman, Schonfeld & Gould, 2007; Klomek ym., 2008). Itsetuhoisuus liittyy masennuksen kautta myös laajemmin erilaisiin väkivaltakokemuksiin (Dube ym., 2001; Lanhinrichsen-Rohling, Monson, Meyer, Caster & Sanders, 1998; Mazza & Reynolds, 1999). Kaikki fyysinen toveriväkivalta ei ole kiusaamista, vaan lapset ja nuoret raportoivat myös satunnaisista lyönneistä, potkimisista ja tönimisistä. Tytöt ja pojat eroavat tässäkin toisistaan. Kuudesluokkalaiset pojat kaikkiaan kokevat fyysistä toveriväkivaltaa tyttöjä useammin, ja pojille tekijä lisäksi on useammin tuntematon kuin tytöille. Pojat ilmoittavat väkivallantekijäksi liki 90 prosentissa tapauksista toisen pojan tai miehen. Tytöt taas kokevat väkivaltaa suunnilleen yhtä paljon molempien sukupuolten tahoilta. (Ellonen ym. 2008, 48–49.)

Tyttöihin kohdistuva väkivalta tapahtuu useimmiten kotona, ja tekijöinä ovat yleensä sisarukset tai vanhemmat. Vaikka sisarusväkivallalla on heikompi yhteys erilaisiin psykofyysisiin oireisiin kuin muiden ikätoverien tekemällä väkivallalla, sisarusten välisen väkivallan tyypillisesti toistuva luonne lisää sen vakavuutta. Erityisesti tyttöjen kotonaan kokemassa sekä aikuisten että sisarusten tekemässä väkivallassa jatkuvuus ja ”kostohenkisyys” on tunnusomaista (Ellonen ym. 2008, 48–49; Mollen ym., 2004; Finkelhor, Turner & Ormrod, 2006). Tytöt ja pojat ovat suunnilleen yhtä alttiita seurustelusuhteissa tapahtuvalle väkivallalle. Swahnin ja kumppaneiden (2008) 12–19-vuotiaiden väkivaltakokemuksia selvittäneessä tutkimuksessa lievää väkivaltaa seurustelusuhteessaan oli kokenut useampi poika kuin tyttö. Sen sijaan seksuaalinen väkivalta kohdistuu tyttöihin poikia useammin

(mm. Ellonen ym., 2008, 111).

Kaikkiaan murrosikäisillä tytöillä on masennusoireita selvästi poikia enemmän (mm. Nolen-Hoeksema, 1994; Rask, Åstedt-Kurki, Paavilainen & Laippala, 2003). Syiksi on arveltu mm. puberteetin tytöille mukanaan tuomia suurempia fysiologisia muutoksia, ristiriitaisia rooliodotuksia ja poikia kovempaa koulustressiä (Angold, Costello, Erkali & Worthman, 1999; Bisegger, Cloetta, von Rueden & Ravens-Siebere, 2005; Salmela-Aro, Kiuru, Pietikäinen & Jokela, 2008). Tytöt myös näyttävät poikia herkemmin oireilevan negatiivisten tapahtumien yhteydessä. Esimerkiksi Turnerin ja kumppanien tutkimuksessa ikätoveri- ja aikuisväkivallan kokemuksilla (ja muilla negatiivisilla elämänkokemuksilla) oli suurempi yhteys masentuneisuuteen tytöillä kuin pojilla (Turner, Finkelhor & Ormrod, 2006).

Väkivaltakokemukset ja somaattiset oireet

Somaattiset oireet voivat olla psyykinen suojautumiskeino, toisin sanoen fyysistä oireilua ilman fyysistä sairautta (Lipowski, 1988, 1358; Shannon, Bergren & Matthews, 2010). Lasten somaattisista oireista tavallisimpia ovat vatsakivut, päänsärky, väsymys ja unihäiriöt (Shannon ym., 2010). Kansainvälisessä vertailevassa tutkimuksessa somaattiset oireet olivat yleisiä jo 11-vuotiailla ja lisääntyivät iän myötä (Haugland, Wold, Stevenson, Aaroe & Woynarowska, 2001). Lasten ja nuorten masennus näkyy usein juuri somaattisina oireina (Litcher ym., 2001; Little, Williams, Puzanovova, Rudzinski & Walker, 2007; Meesters, Muris, Ghys, Reumerman & Rooijmans, 2003; Puura, 1998). Masennus saattaa siten välittää väkivaltakokemusten ja somaattisten oireiden yhteyttä, joskin tutkimukset osoittavat myös suoran yhteyden olevan mahdollinen (Campbell

& Schwarz, 1996; Nordstrom Bailey ym., 2005). Esimerkiksi Nordstrom Bailey'n ja kumppanien (2005) tutkimuksessa katuväkivaltaa kokeneilla amerikkalaisnuorilla oli merkitsevästi kohonnut somaattisten oireiden riski myös masennuksen kontrolloinnin jälkeen. Lapsuusiässä pojilla kokonaissairastavuus on tyttöjä suurempaa, mutta tilanne muuttuu murrosiässä, jolloin tyttöjen oireilu kasvaa (European Commission, 2000; Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2012). Tyttöjen suurempi somaattinen sairastavuus murrosiässä selittyy osin samoilla tekijöillä kuin masennusoireiden kasvu.

Väkivaltakokemukset ja oma väkivaltaisuus

Oma väkivaltaisuus voi ilmetä itsetuhoisuutena tai väkivallantekoina toisia kohtaan sekä pelkona itseä ja muita kohtaan. Väkivaltaa kokeneilla nuorilla aggressiivisuus, rikollisuus, erilaiset mielenterveysongelmat sekä väkivaltaisuus muita ja itseä kohtaan ovat lisääntyneet (Weiler & Widom, 1996). Apelin ja Burrow'n (2011) mukaan väkivallan uhriksi joutuminen synnyttää rikollisuutta eli on kriminogeenistä. Aina ei väkivalta kuitenkaan ruoki väkivaltaa, vaan reitti uhrista väkivallan tekijäksi on monimutkaisempi ja muiden, suojaavien tai haittaavien, tekijöiden muovaama. Suurimmasta osasta lapsuudessaan väkivaltaa kokeneista ei tule väkivaltaisia tai rikollisia, mutta kaltoin kohdeltujen lasten riski sosiaaliin ongelmiin on tavanomaista suurempi (Widom, 1989).

Koska fyysinen ja psyykinen kurittaminen, perheväkivalta, heikko vanhemmuus ja alhainen sosioekonominen tausta ovat yhteydessä toisiinsa, fyysisen väkivallan osuutta lapsen tai nuoren oireista on usein vaikea saada selville. Esimerkiksi nuorten aggressiivisuutta, rikollisuutta ja psykologista hyvinvointia selvittäneessä

pitkittäistutkimuksessa (Simons, Johnson & Conger, 1994) todettiin väkivaltakokemusten ja edellä mainittujen oireiden välisen yhteyden häviävän, kun vanhemmuuden yleinen laatu kontrolloitiin.

Tyttöjen fyysisen väkivaltaisuuden taustalla on itse koettu väkivalta useammin kuin pojilla. Väkivaltaisen käyttäytymisen todennäköisyys oli 2,2-kertainen niillä tytöillä, jotka olivat itse joutuneet ruumiillisen väkivallan uhreiksi, myös muiden riskitekijöiden, kuten epäsuotuisen kasvuolojen ja oman muun aggressiivisen käyttäytymisen, kontrolloinnin jälkeen (Molnar, Browne, Cerda & Buka, 2005; ks. myös Mollen ym. 2004).

Fyysinen väkivalta voi kohdistua itseen tai toisiin. Vaikka itseen kohdistuva väkivalta (viiltely, itsetuhoajatukset, syömishäiriöt) on joskus yhdistetty vakavaan masennukseen, johon ei kuulu halua vahingoittaa toisia, havaittiin esimerkiksi Atte Oksasen (2006) 8–13-vuotiaita koskeneessa tutkimuksessa, että halu vahingoittaa itseä ja halu vahingoittaa toisia korreloivat merkitsevästi molemmilla sukupuolilla. Tyttöjen ja poikien aggressiivisessa käyttäytymisessä oli kuitenkin eroja. Niistä pojista, jotka eivät halunneet vahingoittaa itseään, 36 prosenttia halusi vahingoittaa toisia. Vastaava prosentti tytöillä oli vain 18 (Oksanen, 2006). Knoxin, Careyn ja Kimin (2003) tutkimuksessa 13–17-vuotiailla masentuneilla tytöillä oli enemmän fyysistä aggressiivisuutta kuin muilla tytöillä. Sen sijaan masentuneet pojat olivat muita poikia vähemmän fyysisesti aggressiivisia.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää 12-vuotiaiden tyttöjen ja poikien kokeman fyysisen toveri- ja aikuisväkival-

lan yleisyyttä sekä väkivaltakokemusten yhteyttä masennusoireisiin, somaattisiin oireisiin ja omaan väkivaltaisuuteen. Tutkitut kolme oireistoa liittyvät toisiinsa, ja masennus saattaa välittää väkivaltakokemuksia muihin oireisiin. Tämän vuoksi väkivaltakokemusten ja somaattisten oireiden sekä väkivaltakokemusten ja oman väkivaltaisuuden yhteydet tutkittiin myös, kun masennus oli kontrolloitu. Koska erilaisten väkivaltakokemusten määrä on yhteydessä oireiden voimakkuuteen, tarkasteltiin erikseen niitä, jotka olivat kokeneet fyysistä toveriväkivaltaa vain satunnaisesti (1–2 kertaa edellisen vuoden aikana) tai tätä useammin. Lisäksi selvitettiin, oliko toveriväkivallalla ja samana aikana mahdollisesti kerrankin koetulla aikuisväkivallalla yhdysvaikutusta (useammat aikuisväkivaltakerrat olivat harvinaisia).

TUTKIMUSMENETELMÄT

Osallistujat

Tutkimukseen osallistui 95,3 % kaikista Porin kuudesluokkalaisista, yhteensä 737 oppilasta (keski-ikä 12,1 vuotta, 50,8 % tyttöjä). Mukana ei ollut erityisluokkia. Oppilaat vastasivat kyselyyn nimettömästi omassa luokassaan opettajan valvonnassa tammikuussa 2009. Samassa kyselyssä oli mukana onnellisuuden mittareita, joista on raportoitu muualla (Uusitalo-Malmivaara, 2012a, 2012b; Uusitalo-Malmivaara & Lehto, 2012).

Mittarit

Tutkimuksessa käytettiin neljää mittaria: väkivaltakyselyä, lasten masennuskyselyä, somaattisten oireiden kyselyä ja oman väkivaltaisuuden kyselyä. Väkivaltakyselyssä (Ellonen ym., 2008) oli yksi dikotominen kysymys fyysisestä aikuisväkivallasta: ”Onko kukaan aikuinen lyönyt sinua tai

käynyt kimppuusi viimeisten 12 kuukauden aikana?” Jos vastaus oli myönteinen, seurasi jatkokysymys tapahtuman tekijästä (tuntematon aikuinen, isä, äiti, isäpuoli, äitipuoli, joku muu sukulainen, opettaja, harrastuksen ohjaaja tai valmentaja, joku muu tuntemasi aikuinen) ja useudesta (avovastaus). Samanlainen dikotominen kysymys esitettiin toveriväkivallasta (sanan ”aikuinen” tilalla oli sanat ”ikä- tai koulutoverisi”). Myönteistä vastausta seurasi kysymys toveriväkivallan useudesta.

Lasten masennuskysely (Children's Depression Inventory, CDI, Kovacs, 1985), on laajasti käytetty, hyvin validoitu masennuksen itsearviointiväline 7–17-vuotiaille. CDI:ssä on 27 väittämää, joista kustakin voi saada nolla pistettä (ei kyseistä oiretta), yhden pisteen (jonkin verran kyseistä oiretta) tai kaksi pistettä (paljon kyseistä oiretta): esim. Olen joskus surullinen (0 p), olen usein surullinen (1 p), olen aina surullinen (2 p). Pisteiden vaihteluväli on 0–54. CDI:stä on usein käytetty katkaisukohtina 13:a (lievä masennuksen riski) tai 20 pistettä (vakava masennuksen riski). Tässä tutkimuksessa seurattiin pistekertymää jatkuvana ilman katkaisukohtia, koska niiden valintaa on myös kritisoitu (ks. esim. Puustjärvi, 2009). Cronbachin α CDI:lle oli tässä tutkimuksessa .89.

Somatisaatiokyselyssä (Järventie, 2003; Sourander ym., 2005) oli neljä fyysistä oiretta mittaavaa väittämää, jotka esitettiin samassa muodossa kuin CDI:n väittämät, esim. Minulla on harvoin päänsärkyä (0 p), minulla on usein päänsärkyä (1 p), minulla on melkein joka päivä päänsärkyä (2 p). Somatisaatiokyselyn on alun perin laatinut Tuula Tamminen (ks. mm. Järventie, 2003), ja sitä on usein käytetty CDI:n jatkeena suomalaisissa tutkimuksissa. Kokonaispistemäärä kyselyssä lasketaan väittämien pisteiden keskiarvona (0–2). Cronbachin α kyselylle oli tässä tut-

kimuksessa .64.

Oman väkivaltaisuuden kyselyssä (Oksanen, 2006) oli kuusi väittämää, jotka mittasivat halua vahingoittaa toisia ja/tai itseä (ts. väkivaltaideaatiota). Väittämät esitettiin samassa muodossa kuin CDI:ssä ja somatisaatiossa, esim. En koskaan halua vahingoittaa toisia (0 p), haluan joskus vahingoittaa toisia (1 p), haluan aina vahingoittaa toisia (2 p). Kokonaispistemäärä laskettiin väittämien pisteiden keskiarvona (0–2). Cronbachin α kyselylle oli tässä tutkimuksessa .63.

Tilastollinen käsittely

Kuudella vastaajalla oli puutteita väkivaltaa koskevissa vastauksissa. He eivät poikenneet muista vastaajista minkään muuttujan suhteen. Koska vastausten puuttuminen johtui todennäköisesti vain huolimattomuudesta lomakkeen täytössä, heitä ei otettu mukaan tutkimukseen. CDI:ssä, somatisaatiokyselyssä ja oman väkivaltaisuuden kyselyssä vastauksia puuttui yhteensä 51 vastaajalta. Näistä viideltä puuttuivat kaikki vastaukset, ja heidät poistettiin tutkimuksesta. Puuttuvia tietoja korvattiin 46 vastaajan kohdalla. Satunnaisesti jakautuneet puuttuvat tiedot korvattiin korvattiin sen neljänneksen keskiarvolla, joka oli lähimpänä vastaajan pisteiden keskiarvoa (Tabachnick & Fidell, 2007, 67).

Tutkimuksen analyysit tehtiin varianssianalyysin eri muodoilla. Väkivalta-kokemusten yhteyttä selvitettiin yhteen vastemuuttujaan kerrallaan. Samoin sukupuolen omavaikutus ja yhdysvaikutukset väkivalta-kokemusten kanssa selvitettiin erikseen jokaiselle kolmelle vastemuuttujalle kaksisuuntaisella varianssianalyysillä. Post hoc -menetelmänä käytettiin Dunnettin T3-testiä Levenen testituloksen ilmoittaman varianssien epähomogeenisuuden vuoksi. Kontrolloitavan muuttujan (masennus) vaikutus selvitettiin kovarianssianalyy-

silla. Tilasto-ohjelmana oli PASW 18.

CDI, somatisaatio- ja oman väkivaltaisuuden kysely ovat mittareita, joilla tyyppillisesti saadaan oikealle vinoja jakaumia, ts. suurin osa vastaajista saa alhaisia pisteitä eli voi keskimäärin hyvin. Voimakkaasti vinot jakaumat aiheuttavat ongelmia tilastollisessa käsittelyssä. Tässä tutkimuksessa käytetyt varianssianalyysin keinot sietävät vinoutta kohtuullisen hyvin, eivätkä transformoiduilla jakaumilla saadut tulokset (ei esitetty tässä tutkimuksessa) merkitsevästi poikenneet alkuperäisillä jakaumilla saaduista tuloksista.

TULOKSET

Tyttöjen ja poikien väkivaltakokemukset

Kaikkiaan 28 prosentilla vastaajista ($n = 205$) oli kokemuksia fyysisestä toveri- tai aikuisväkivallasta tai näistä molemmista. Toveriväkivallan uhriksi oli joutunut vain 22 % ($n = 164$), pelkän aikuisväkivallan uhriksi 4 % ($n = 27$) ja 2 % vastaajista ($n = 14$) oli kokenut näitä molempia. Pojat olivat tyttöjä useammin toveriväkivallan uhreja, mutta aikuisväkivallan ja molempien väkivaltatyyppejen kokemuksessa ei ollut eroa sukupuolten välillä (taulukko 1). Aikuisväkivallan tekijöistä 93 % oli omia

vanhempia.

Yli puolet toveriväkivaltaa (56 %) ja melkein kolme neljäsosaa (74 %) aikuisväkivaltaa kokeneista oli joutunut uhriksi vain kerran tai kaksi kertaa edellisen vuoden aikana, eli heidän kokemaansa väkivaltaa voi pitää satunnaisena. Toveriväkivaltaa kokeneista 15 % oli joutunut uhriksi yli viisi kertaa ($n = 24$). Aikuisväkivaltaa kokeneista 9 % ($n = 4$) oli joutunut uhriksi yli viisi kertaa.

Väkivaltaa kokeneiden tyttöjen ja poikien oireet

Kun masentuneisuutta selitettiin väkivaltakokemuksilla (lapsi kuului joko ryhmään, joka on kokenut yhden tai useamman kerran toveri- tai aikuisväkivaltaa tai näitä molempia, tai ryhmään, jossa ei ole koettu väkivaltaa) ja sukupuolella kaksisuuntaisessa varianssianalyysissä (ks. taulukko 2), havaittiin väkivaltakokemusten omavaikutus [$F(3,728) = 23,87$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,09$]. Myös sukupuolella oli masentuneisuuden omavaikutus [$F(1,728) = 18,67$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,03$]; tytöt olivat poikia masentuneempia. Yhdysvaikutusta väkivaltakokemuksilla ja sukupuolella ei masennuksen selittäjinä ollut. Mallin selitysaste oli $R^2 = 0,10$.

Somaattisten oireiden selittäjänä väkivaltakokemuksilla [$F(3,728) = 11,55$; $p <$

Taulukko 1. Tyttöjen ja poikien väkivaltakokemukset

	Tytöt ($n = 374$)		Pojat ($n = 357$)		Kaikki ($n = 731$)		Ero sukupuolten välillä	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%	$\chi^2(3)$	p
<i>Toveriväkivaltaa^a</i>	42	11,2	122	34,2	164	22,4	55,25	<.001
<i>Aikuisväkivaltaa^b</i>	18	4,8	9	2,5	27	3,7	2,70	ns.
<i>Toveri- ja aikuisväkivaltaa</i>	5	1,3	9	2,5	14	1,9	1,36	ns.

Huom.: ^a koettu vain toveriväkivaltaa, ^b koettu vain aikuisväkivaltaa.

Mittarit ovat dikotomisia: 1 = väkivaltaa ei koettu, 2 = väkivaltaa koettu

0,001; $\eta^2 = 0,05$] ja sukupuolella [$F(1,728) = 13,72$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,02$] oli tilastollisesti merkitsevä omavaikutus. Väkivaltaa kokeneilla oli enemmän somaattisia oireita kuin väkivaltaa kokemattomilla, ja tytöillä oli enemmän somaattisia oireita kuin pojilla. Yhdysvaikutuksia ei ollut. Mallin selitysaste oli $R^2 = 0,05$.

Oman väkivaltaisuuden selittäjänä väkivaltakokemuksilla oli omavaikutus [$F(3,728) = 14,37$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,06$]. Sukupuolella ei ollut omavaikutusta, eikä yhdysvaikutuksia esiintynyt. Väkivaltaa kokeneilla oli enemmän omaa väkivaltaisuutta kuin väkivaltaa kokemattomilla, mutta sukupuolella ei tässä mallissa ollut yhteyttä väkivaltaisuuden esiintymiseen. Mallin selitysaste oli $R^2 = 0,07$.

Post hoc -tarkastelun (Dunnett T3) perusteella toveriväkivallan uhrin, joilla ei ollut aikuisväkivaltakokemuksia, poikkesivat kaikilla kolmella oirealueella väkivaltaa kokemattomista. Lisäksi sekä toveri- että aikuisväkivaltaa kokeneet olivat masentuneempia kuin väkivaltaa kokonaan kokemattomat. Sekä toveri- että aikuisväkivaltaa kokeneet näyttivät kärsivän myös eniten somaattisista oireista ja omasta väkivaltaisuudesta, mutta erot eivät ylittäneet tilastolliseen merkitsevyyteen pienen ryhmäkoon ja mittarien kapeuden vuoksi (somaattisissa oireissa neljä väittämää, omassa väkivaltaisuudessa kuusi väittämää; taulukko 2). Kuviossa 1 on esitetty uhriryhmien väliset erot standardipisteinä kolmella oirealueella.

Masennuksen, somaattisten oireiden ja oman väkivaltaisuuden väliset yhteydet

Koska masennus voi toimia välittävänä tekijänä väkivaltakokemusten ja muiden psyko fyysisten oireiden välillä, väkivaltakokemusten yhteys somaattisiin oireisiin ja omaan väkivaltaisuuteen tutkittiin

myös, kun masennus oli kontrolloitu. Kun masennusoireet lisättiin kovariaatiksi varianssianalyysiin, jossa somaattisia oireita selitettiin väkivaltakokemuksilla ja sukupuolella, havaittiin, ettei väkivaltaa kokeneiden ja kokemattomien välillä ollut enää eroa kummallakaan sukupuolella. Masennus oli lisäksi yhteydessä somaattisiin oireisiin [$F(1,727) = 338,34$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,32$]. Mallin selitysaste oli $R^2 = 0,35$. Väkivaltakokemusten ja somaattisten oireiden yhteys välittyi siis masennuksen kautta sekä tytöillä että pojilla.

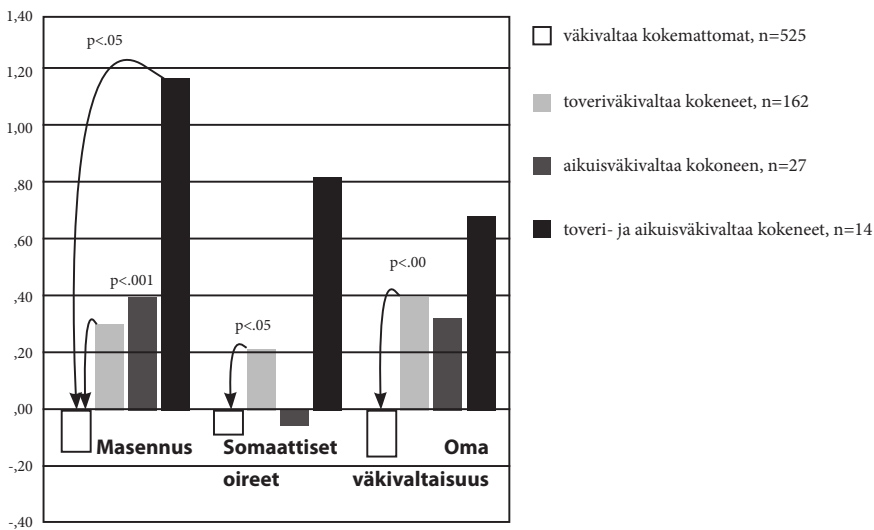
Masennuksen kontrolloinnin jälkeen väkivaltakokemuksilla ja sukupuolella oli yhdysvaikutus oman väkivaltaisuuden selittäjinä [$F(3,729) = 2,80$; $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,01$]. Masennuksen kontrollointi poisti väkivaltakokemusten yhteyden omaan väkivaltaisuuteen pojilla, mutta ei tytöillä [$F(3,373) = 5,02$; $p < 0,01$; $\eta^2 = 0,04$]. Masennus oli yhteydessä tyttöjen omaan väkivaltaisuuteen [$F(1,373) = 118,90$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,24$] ja samoin poikien [$F(1,355) = 234,54$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,40$]. Tyttöjen mallin selitysaste oli $R^2 = 0,31$ ja poikien $R^2 = 0,42$. Tytöillä väkivaltakokemukset olivat siis yhteydessä omaan väkivaltaisuuteen, olipa heillä masennusoireita tai ei. Pojilla sen sijaan väkivaltakokemusten ja oman väkivaltaisuuden yhteys oli masennuksen välittämää.

Väkivallantekojen toistumisen yhteys oireisiin

Myös väkivallantekojen määrä on yhteydessä koettuihin oireisiin. Tämän yhteyden tutkimiseksi toveriväkivaltaa kokeneet jaettiin kolmeen ryhmään tekojen lukumäärän perusteella: toveriväkivaltaa kokemattomiin, toveriväkivaltaa vain 1–2 kertaa kokeneisiin (toveriväkivalta ei ole toistuvaa) ja niihin, jotka olivat kokeneet toveriväkivaltaa tätä enemmän (toveriväkivalta on toistuvaa). Fyysisessä aikuis-

Taulukko 2. Masennusoireiden, somaattisten oireiden ja oman väkivaltaisuuden keskiarvot ja hajonnat eri uhriryhmissä ja väkivaltaa kokemattomilla

Oireet	Tyttöt			Pojat			Kaikki		
Väkivallan muoto	n	ka	kh	n	ka	kh	n	ka	kh
Masennus (0-54)									
toveriväkivalta	42	13,19	(8,66)	120	9,44	(7,40)	162	10,42	(7,89)
aikuisväkivalta	18	12,40	(9,86)	9	7,11	(4,46)	27	11,03	(8,83)
toveri- ja aikuisväkivalta	5	22,00	(7,18)	9	13,30	(8,35)	14	16,41	(8,80)
väkivaltaa kokemattomat	308	8,09	(6,28)	217	6,11	(5,45)	525	7,27	(6,03)
kaikki	373	9,09	(7,18)	355	7,45	(6,47)	728	8,29	(6,89)
Somaattiset oireet (0-8)									
toveriväkivalta	42	0,44	(0,43)	120	0,28	(0,37)	162	0,32	(0,39)
aikuisväkivalta	18	0,29	(0,32)	9	0,11	(0,13)	27	0,23	(0,29)
toveri- ja aikuisväkivalta	5	0,85	(0,42)	9	0,36	(0,40)	14	0,54	(0,46)
väkivaltaa kokemattomat	308	0,25	(0,34)	217	0,18	(0,28)	525	0,22	(0,32)
kaikki	373	0,28	(0,36)	355	0,22	(0,32)	728	0,25	(0,34)
Oma väkivaltaisuus (0-12)									
toveriväkivalta	42	0,25	(0,26)	120	0,21	(0,25)	162	0,22	(0,25)
aikuisväkivalta	18	0,22	(0,29)	9	0,19	(0,29)	27	0,21	(0,29)
toveri- ja aikuisväkivalta	5	0,23	(0,19)	9	0,31	(0,27)	14	0,29	(0,24)
väkivaltaa kokemattomat	308	0,08	(0,17)	217	0,14	(0,21)	525	0,11	(0,19)
kaikki	373	0,11	(0,20)	355	0,17	(0,23)	728	0,14	(0,21)



Kuvio 1. Masennusoireet, somaattiset oireet ja oma väkivaltaisuus standardipisteinä eri uhriryhmissä ja väkivaltaa kokemattomilla

väkivallassa tekojen määrät eivät olleet suuret, ja siksi uhrit jaettiin vain kahteen ryhmään, niihin jotka eivät olleet lainkaan kokeneet aikuisväkivaltaa ja niihin jotka olivat. Toveriväkivallan (kolme luokkaa) ja aikuisväkivallan (kaksi luokkaa) määrällä selitettiin masentuneisuutta, somaattisia oireita ja omaa väkivaltaisuutta erikseen molemmille sukupuolille tehdyllä kaksisuuntaisella varianssianalyysillä. Tulosten luotettavuutta tytoilla heikentää se, ettei vastaajien joukossa ollut lainkaan niitä, jotka olisivat kokeneet toistuvaa (yli kaksi kertaa vuodessa tapahtuvaa) toveriväkivaltaa ja samanaikaisesti minkäänlaista aikuisväkivaltaa.

Tytoilla toveriväkivallan määrällä oli omavaikutus masennusoireiden selittäjänä [$F(2,376) = 9,57$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,05$]. Post hoc -analyysin (Scheffé) perusteella toveriväkivaltaa 1–2 kertaa kokeneet olivat masentuneempia ($ka = 11,29$; $kh = 6,43$) kuin toveriväkivaltaa kokemattomat ($ka = 8,25$; $kh = 6,41$; $p < 0,05$). Ne, jotka olivat kokeneet toveriväkivaltaa useammin kuin kaksi kertaa, olivat masentuneempia ($ka = 18,36$; $kh = 12,18$) kuin toveriväkivaltaa vain 1–2 kertaa kokeneet ($p < 0,05$). Samoin aikuisväkivaltakokemuksilla oli omavaikutus [$F(1,376) = 5,12$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,01$]. Ne, joilla oli 1–2 toveriväkivaltakokemuksen lisäksi kokemuksia aikuisväkivallasta ($ka = 8,50$; $kh = 12,02$), olivat yhtä masentuneita kuin ne, joilla oli enemmän kuin kaksi toveriväkivaltakokemusta mutta ei aikuisväkivaltakokemuksia lainkaan. Tytoilla siis toveriväkivaltakokemusten määrä oli yhteydessä masennusoireisiin, ja toveri- ja aikuisväkivalta toimivat additiivisesti eli lisäsivät toistensa vaikutusta. Mallin selityaste oli $R^2 = 0,08$.

Tytoilla toveriväkivallan toistumisella oli omavaikutus myös somaattisten oireiden selittäjänä [$F(2,376) = 10,60$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,05$]. Post hoc -analyysin (Scheffé)

perusteella toveriväkivaltaa yli kaksi kertaa kokeneilla oli enemmän somaattisia oireita ($ka = 0,75$; $kh = 0,43$) kuin toveriväkivaltaa kokemattomilla ($ka = 0,25$; $kh = 0,34$) ja vain 1–2 kertaa kokeneilla ($ka = 0,35$; $kh = 0,43$; $p < 0,05$). Eroa ei ollut niiden välillä, jotka eivät olleet lainkaan kokeneet toveriväkivaltaa tai olivat kokeneet sitä vain 1–2 kertaa ($p < 0,05$). Aikuisväkivaltakokemuksilla ei ollut omavaikutusta. Yhdysvaikutusta selittävillä tekijöillä ei ollut. Mallin selityaste oli $R^2 = 0,06$. Toveriväkivalta siis lisäsi somaattisia oireita vasta, kun sitä oli koettu useammin kuin kaksi kertaa. Vaikka aikuisväkivallan yhteys ei yltänyt tilastolliseen merkitsevyyteen somaattisten oireiden selittäjänä, sen vaikutus oli toveriväkivallan kanssa samansuuntainen. Mallin selityaste oli $R^2 = 0,06$.

Toveriväkivallan kokemuksilla oli omavaikutus tyttöjen oman väkivaltaisuuden selittäjänä [$F(2,376) = 7,95$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,04$]. Post hoc -analyysin (Scheffé) perusteella toveriväkivaltaa 1–2 kertaa ($ka = 0,20$; $kh = 0,24$) tai tätä useammin kokeneilla ($ka = 0,36$; $kh = 0,31$) oli enemmän omaa väkivaltaisuutta kuin toveriväkivaltaa kokemattomilla ($ka = 0,09$; $kh = 0,18$). Eroa ei ollut niiden välillä, jotka olivat kokeneet toveriväkivaltaa 1–2 kertaa tai tätä useammin. Aikuisväkivaltakokemuksilla ei ollut omavaikutusta. Yhdysvaikutusta selittävillä tekijöillä ei ollut. Mallin selityaste oli $R^2 = 0,07$. Vain 1–2 kertaa koettunakin toveriväkivalta oli siten yhteydessä tyttöjen oman väkivaltaisuuden lisääntymiseen. Aikuisväkivallan yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä, mutta sen vaikutus oli samansuuntainen toveriväkivallan kanssa.

Pojilla toveri- ja aikuisväkivallalla ei kummallakaan ollut omavaikutusta masennusoireiden, somaattisten oireiden tai oman väkivaltaisuuden selittäjinä näissä malleissa. Myöskään yhdysvaikutuksia

ei ollut. Kaikkia tutkittuja oireita näytti olevan sitä enemmän, mitä enemmän väkivallantekoja oli koettu, mutta yhteydet eivät yltäneet tilastollisesti merkitseviksi. Selitysaste oli masennuksen mallille $R^2 = 0,08$, somaattisten oireiden mallille $R^2 = 0,03$ ja oman väkivaltaisuuden mallille $R^2 = 0,03$.

POHDINTA

Fyysinen toveriväkivalta on yleistä 12-vuotiaiden keskuudessa. Tässä tutkimuksessa lähes neljännes vastaajista oli kokenut sitä kuluneen vuoden aikana, ja erityisen tavalliselta se vaikutti poikien keskuudessa. Aikuisväkivaltaa oli kokenut vain noin 5 prosenttia vastaajista, eikä eroja ollut sukupuolten välillä. Sekä toveri- että aikuisväkivaltaa oli kokenut alle 2 prosenttia vastaajista. Kaikenlaiset väkivaltakokemukset rajoittuivat suurimmalla osalla vastaajista yhteen tai kahteen kertaan vuoden aikana. Tämän tutkimuksen tulokset väkivallan määrästä 12-vuotiailla ovat samansuuntaisia aiemmin saatujen tulosten kanssa sekä toveri- että aikuisväkivallan osalta (Ellonen ym., 2008). Aikuisväkivallan harvinaisuus saattaa heijastella ruumiillisen kurituksen kieltävän lain voimaantumista vuonna 1984, sillä tämän jälkeen aikuisten lapsiin kohdistama väkivalta näyttää selvästi vähentyneen (Ellonen ym., 2008, 57–61). Joidenkin tutkimusten mukaan (esim. Mollen ym., 2004) tytöillä on suurin riski joutua väkivallan uhriksi kotonaan, pojilla taas kodin ulkopuolella. Tässä tutkimuksessa kuitenkin molemmilla sukupuolilla uhriksi joutuminen oli tavallisinta kodin ulkopuolella, toveripiirissä. Vaikuttaa siten siltä, että menestyksekkäistä muun muassa kiusaamisen vastaisista ohjelmista huolimatta (esim. Kärnä ym., 2011) toveriväkivalta on yhä yleistä ja vaatii tehostettua

huomiota.

Väkivaltakokemukset olivat yhteydessä kohonneisiin masennuksen oireisiin, somaattisiin oireisiin ja omaan väkivaltaisuuteen. Ilmeisesti somaattiset oireet olivat kuitenkin ennemminkin masennuksen ilmentymiä kuin omaa oireistoaan, sillä masennuksen kontrollointi poisti väkivaltakokemusten ja somaattisten oireiden välisen yhteyden ja masennusoireet selittivät noin kolmanneksen somaattisten oireiden esiintymisestä (ks. esim. Litcher ym., 2001; Little ym., 2007; Meesters ym., 2003; Puura ym. 1998). Masennuksen kontrollointi poisti väkivaltakokemusten ja oman väkivaltaisuuden välisen yhteyden pojilla mutta ei tytöillä. Tämä tulos viittaa siihen, että tyttöjen väkivaltakokemukset ovat suorassa yhteydessä oman väkivaltaisuuden käyttäytymisen lisääntymiseen. Käsillä oleva poikittais tutkimus ei anna tietoa syy-seuraussuhteista, joten emme tiedä, ovatko väkivaltaa kokeneet tytöt itsekin jo ennalta aggressiivisia ”tappelijatyttyjä” vai lisäsivätkö fyysisen väkivallan kokemukset heidän omaa väkivaltaisuuttaan. Tulos on kuitenkin yhteneväinen Molnarin ja kollegoiden (2005) tuloksen kanssa, jossa tyttöjen itse kokema väkivalta selitti paremmin heidän omaa väkivaltaista käyttäytymistään kuin poikien (ks. myös Mollen ym., 2004). Oma väkivaltaisuuden käyttäytyminen oli yhteydessä masennusoireisiin sekä tytöillä ja pojilla, mikä osittain eroaa Knoxin ryhmän (2003) tuloksista. Heidän mukaansa masentuneilla pojilla omaa väkivaltaisuutta oli vähemmän kuin muilla pojilla. Ero saattaa selittyä tutkimuksen hieman vanhemmalla tutkimusjoukolla sekä oman väkivaltaisuuden kyselyn laadulla.

Tytöillä toveriväkivaltakokemusten lukumäärä oli yhteydessä jokaiseen kolmeen oirealueeseen ja aikuisväkivallan kokemuksilla oli omavaikutus masennusoireisiin. Pojilla vastaavia yhteyksiä ei il-

mennyt. Tämä viittaa tyttöjen poikia suurempaan herkkyyteen reagoida väkivaltaan (ks. myös Turner ym., 2006). Fyysinen toveriväkivalta on tavallisempaa ja sallitumpaa 12-vuotiailla pojilla kuin tytöillä, eikä se näytä lisäävän tutkimuksen kohteena ollutta pääasiallisesti sisäänpäin suuntautunutta oireilua yhtä suoraviivaisesti.

Vain pienellä vastaajajoukolla oli sekä toveri- että aikuisväkivaltakokemuksia. Heidän oireensa kaikilla kolmella tutkitulla alueella olivat korkeat, mutta joukon pienuus ja käytettyjen mittarien kapeus (masennusmittaria lukuun ottamatta) estivät erojen nousemisen tilastollisesti merkitseviksi. Tämä polyviktimoitujen eli monenlaista väkivaltaa kokeneiden joukko edustaa lapsia, joiden löytäminen ja auttaminen on ensisijaisen tärkeää, sillä useassa ympäristössä koettu väkivalta on yhteydessä mielenterveysoireiden kumuloitumiseen ja kroonistumiseen (Finkelhor ym., 2007b; Nishina, 2005).

Tämän tutkimuksen rajoituksina mainittakoon väkivaltakokemusten selvittäminen yhdellä kysymyksellä ("Onko kuukaan aikuinen/ikätoveri sinua lyönyt tai käynyt kimppuusi viimeisten 12 kuukauden aikana?"). Tämä luultavasti jättää osan väkivaltatapauksista ilmoittamatta ja lisäksi yhdistää eri vakavuusasteiset teot yhdeksi ryhmäksi. Toiseksi, koska kausaalisuutta ei voi päätellä poikkileikkaustutkimuksessa, emme tiedä, onko väkivallan kokeminen johtanut masennukseen vai ovatko jo ennalta masentuneet tai väkivaltaisesti suuntautuneet lapset suuremmassa riskissä joutua väkivallan uhreiksi. Molemmat suunnat ovat todennäköisiä (ks. esim. Finkelhor ym., 2007b).

Kolmanneksi, lasten elämään haitallisesti vaikuttavia muita tekijöitä ei ole selvitetty. Neljänneksi, suojaavat tekijät kuten hyvät sosiaaliset suhteet voivat lieventää väkivaltakokemusten ja oireiden

välistä yhteyttä. Toisaalla raportoidut tulokset (Uusitalo-Malmivaara, 2012a) viittaavat kuitenkin väkivaltakokemusten merkitsevään yhteyteen oireiden kanssa myös niillä lapsilla, joilla suojaavia tekijöitä on runsaasti. Viidenneksi, masennus- ja somaattiset oireet sekä oma väkivaltaisuus korreloivat keskenään voimakkaasti. Ilmeisestikin kyseessä on oireiden kimpappu, jossa masentuneisuus on määräävä tekijä.

Kun monimuuttujaisessa varianssianalyysissä muodostettiin kanonisten korrelaatioiden avulla yhdistelmämuuttuja (analyysijä ei esitetty tässä) masennuksesta, somaattisista oireista ja omasta väkivaltaisuudesta, saatiin "supermuuttuja", jonka kanssa alkuperäiset kolme vastemuuttujaa korreloivat erittäin merkitsevästi. Uuden muuttujan käyttö olisi kuitenkin hävittänyt osan kolmen muuttujan variaatiosta, joten sitä ei käytetty. Kuudenneksi, somaattisten oireiden ja oman väkivaltaisuuden mitta-
reiden reliabiliteetit olivat vain kohtuulliset, eli mittareiden sisäinen johdonmukaisuus ei ollut kovin hyvä.

Väkivaltakokemuksia selvittävän laajan aineiston kerääminen ei ole yksinkertaista. Rajoituksistaan huolimatta käsillä oleva tutkimus on lisä suomalaisen lapsiuhritutkimukseen. Se vahvistaa aiemmin saatuja tuloksia siitä, että fyysisen väkivallan kokemukset ovat yhteydessä psykofyysiseen huonovointisuuteen ja vaikuttavat tyttöihin ja poikiin ainakin osittain eri tavoin (Boney-McCoy & Finkelhor, 1996; Herrenkohl & Herrenkohl, 2007). Tämän tutkimuksen perusteella on ilmeistä, ettei minkäänlaista toveriväkivaltaa voi vähätellä tai pitää ikäkauteen kuuluvana normaaliteettina vailla seurauksia (ks. Finkelhor ym., 2006, 1416). Ne 44 prosenttia kaikista toveriväkivaltaa kokeneista ($n = 78$), jotka olivat olleet edellisen vuoden aikana toveriväkivallan uhreja yli kaksi kertaa, ovat mahdollisesti kiusaamisen uhreja. On

todennäköistä, että lapset, jotka kokevat fyysistä toveriväkivaltaa, ovat myös muunlaisen toveriväkivallan uhreja, mikä lisää heidän riskiään erilaisiin psykofyysisiin oireisiin.

Tulevaisuudessa tarvitaan tutkimusta paitsi tehokkaista väkivaltaa ehkäisevistä interventioista myös tietoa siitä, mikä ylläpitää väkivaltakulttuuria paikallisesti hyvin toimivista interventioista huolimatta.

Kirjoittajatiedot:

Lotta Uusitalo-Malmivaara, FT, toimii yliopiston-lehtorina Helsingin yliopiston käyttäytymistieteellisessä tiedekunnassa erityispedagogiikan koulutuksessa.

LÄHTEET

- Apel, R. & Burrow, J.D. (2011). Adolescent victimization and violent self-help. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 9, 112–133.
- Baldry, A.C. (2005). Protective factors as moderators of risk factors in adolescence bullying. *Social Psychology of Education*, 8, 263–284.
- Becker, K.B. & McCloskey, L.A. (2002). Attention and conduct problems in children exposed to family violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 83–91.
- Bollmer, J.M., Milich, R., Harris, M.J. & Maras, M.A. (2005). A friend in need. the role of friendship quality as a protective factor in peer victimization and bullying. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 710–712.
- Boney-McCoy, S. & Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1406–1416.
- Campbell, C. & Schwarz, D.F. (1996). Prevalence and impact of exposure to interpersonal violence among suburban and urban middle school students. *Pediatrics*, 98, 396–402.
- Cicchetti, D. & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry*, 56, 96–118.
- Craig, W.M. (1998). The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children* 1. *Personality and Individual Differences*, 24, 123–130.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Chapman, D.P., Williamson, D.F. & Giles, W.H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. *JAMA (Chicago, Ill.)*, 286, 3089–3096.
- DuRant, R.H., Getts, A., Cadenhead, C., Emans, S.J. & Woods, E.R. (1995). Exposure to violence and victimization, depression, hopelessness, and purpose in life among adolescents living in and around public housing. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16, 233–238.
- Eisenberg, M.E., Neumark-Sztainer, D. & Perry, C.L. (2003). Peer harassment, school connectedness, and academic achievement. *Journal of School Health*, 73, 311–316.
- Ellonen, N., Kääriäinen, J., Salmi, V. & Sariola, H. (2008). Lasten ja nuorten väkivaltakokemukset – tutkimus 6. ja 9. luokan oppilaiden kokemasta väkivallasta. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja 71/2008. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tiedonantoja 87. Tampere: Police College of Finland.
- European Commission (2000). Report on the state of young people's health in the European Union: a Commission Services Working Paper. Directorate General Health and Consumer Protection. European Commission, Brussels.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, 10, 5–25.
- Finkelhor, D. (2008). Childhood victimization:

- Violence, crime, and abuse in the lives of young people. New York: Oxford University Press.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. & Turner, H. (2007a). Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 31, 479–502.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. & Turner, H. (2007b). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse Neglect*, 31, 7–26.
- Finkelhor, D., Turner, H. & Ormrod, R. (2006). Kid's stuff: The nature and impact of peer and sibling violence on younger and older children. *Child Abuse Neglect*, 30, 1401–1421.
- Glew, M.D., Fan, M., Katon, W., Rivara, F.P. & Kernic, M.A. (2005). Bullying, psychosocial adjustment, and academic performance in elementary school. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 159, 1026–1031.
- Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aaroe, L.E. & Woynarowska, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence: A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11, 4–10.
- Hawker, D.S.J. & Boulton, M.J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 41, 441–455.
- Herrenkohl, T.I. & Herrenkohl, R.C. (2007). Examining the overlap and prediction of multiple forms of child maltreatment, stressors, and socioeconomic status: A longitudinal analysis of youth outcomes. *Journal of Family Violence*, 22, 553–562.
- Hodges, E.V.E., Boivin, M., Vitaro, F. & Bukowski, W.M. (1999). The power of friendship: Protection against an escalating cycle of peer victimization. *Developmental Psychology*, 35, 94–101.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A. & Rantanen, P. (1999). Bullying, depression and suicidal ideation in Finnish adolescents: School survey. *British Medical Journal*, 319, 348–351.
- Kärnä, A., Voeten, M., Little, T.D., Poskiparta, E., Kaljonen, A. & Salmivalli, C. (2011). A large-scale evaluation of the KiVa antibullying program: Grades 4–6. *Child Development*, 82, 311–330.
- Klomek, A.B., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. & Gould, M. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 46, 40–49.
- Klomek, A.B., Sourander, A., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., Moilanen, I. & Gould, M.S. (2008). Childhood bullying as a risk for later depression and suicidal ideation among Finnish males. *Journal of Affective Disorders*, 109, 47–55.
- Knox, M., Carey, M. & Kim, W.J. (2003). Aggression in Inpatient Adolescents. The Effects of Gender and Depression. *Youth Society* 35, 226–242.
- Kovacs, M. (1985). The children's depression inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995–998.
- La Greca, A.M. & Harrison, H.M. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 49–61.
- Lamarche, V., Brendgen, M., Boivin, M., Vitaro, F., Pélusé, D. & Dionne, G. (2006). Do friendships and sibling relationships provide protection against peer victimization in a similar way? *Social Development*, 15, 373–393.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Monson, C.M., Meyer, K.A., Caster, J. & Sanders, A. (1998). The associations among family-of-origin violence and young adults' current depressed, hopeless, suicidal, and life-threatening behavior. *Journal of Family Violence*, 13, 243–261.

- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358–1368.
- Litcher, L., Bromet, E., Carlson, G., Gilbert, T., Panina, N., Golovakha, E. & Garber, J. (2001). Ukrainian application of the children's somatization inventory: Psychometric properties and associations with internalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 165–175.
- Little, C.A., Williams, S.E., Puzanovova, M., Rudzinski, E.R. & Walker, L.S. (2007). Multiple somatic symptoms linked to positive screen for depression in pediatric patients with chronic abdominal pain. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 44, 58–62.
- Margolin, G. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445–479.
- Mazza, J.J. & Reynolds, W.M. (1999). Exposure to violence in young inner-city adolescents: Relationships with suicidal ideation, depression, and PTSD symptomatology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 203–213.
- Meesters, C., Muris, P., Ghys, A., Reumerman, T. & Rooijmans, M. (2003). The children's somatization inventory: Further evidence for its reliability and validity in a pediatric and a community sample of dutch children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 413–422.
- Mollen, C.J., Fein, J.A., Localio, A.R. & Durbin, D.R. (2004). Characterization of interpersonal violence events involving young adolescent girls vs events involving young adolescent boys. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 158, 545–550.
- Molnar, B.E., Browne, A., Cerda, M. & Buka, S.L. (2005). Violent behavior by girls reporting violent victimization: a prospective study. *Archives of pediatrics adolescent medicine*, 159, 731–739
- Moses, A. (1999). Exposure to violence, depression, and hostility in a sample of inner city high school youth. *Journal of Adolescence*, 22, 21–32.
- Nishina, A. (2005). Daily reports of witnessing and experiencing peer harassment in middle school. *Child Development*, 76, 435.
- Nordstrom Bailey, B., Delaney-Black, V., Hannigan, J.H., Ager, J., Sokol, R.J. & Covington, C. Y. (2005). Somatic complaints in children and community violence exposure. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 341–348.
- Oksanen, A. (2006). Haavautuva minuus: Väkivallan barokki kontrolliyhteiskunnassa. Tampere University Press, Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 68. Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Peltonen, K., Ellonen, N., Larsen, H.B. & Helweg-Larsen, K. (2010). Parental violence and adolescent mental health. *European Child Adolescent Psychiatry*, 19, 813–822.
- Puura, K., Almqvist, F., Tamminen, T., Piha, J., Kumpulainen, K., Räsänen, E., Moilanen, I. & Koivisto A.M. (1998). Children with symptoms of Depression. What do the adults see? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 577–585.
- Puura, K. (1998). What children tell and adults notice. *Acta Universitatis Tamperensis* 605: University of Tampere.
- Puustjärvi, A. CDI, tuttu instrumentti – osataanko käyttö. Saatavilla osoitteessa http://www.lpsy.org/bin/A456PUUSTJARVI_CDI.pdf. Luettu 26.10.2012.
- Schwartz, D. (2000). Friendship as a moderating factor in the pathway between early harsh home environment and later victimization in the peer group. *Developmental Psychology*, 36, 646–662.
- Shannon, R.A., Bergren, M.D. & Matthews, A. (2010). Frequent visitors: Somatization in school-age children and implications for school nurses. *Journal of School Nursing*, 26, 169–182.

- Simons, R.L., Johnson, C. & Rand D. Conger (1994). Harsh corporal punishment versus quality of parental involvement as an explanation of adolescent maladjustment. *Journal of Marriage and Family*, 56, 591–607.
- Singer, M.I. (1994). The mental health consequences of adolescents' exposure to violence. OH Cleveland: Center for Practise Innovations, Case Western Reserve University.
- Sourander, A., Multimäki, P., Nikolakaros, G., Haavisto, A., Ristkari, T., Helenius, H. & Almqvist, F. (2005). Childhood predictors of psychiatric disorders among boys: A prospective community-based follow-up study from age 8 years to early adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 756–767.
- Spatz Widom, C., DuMont, K., Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry*, 64, 49–56.
- Sternberg, K.J., Lamb, M.E., Guterman, E. & Abbott, C.B. (2006). Effects of early and later family violence on children's behavior problems and depression: A longitudinal, multi-informant perspective. *Child Abuse & Neglect*, 30, 283–306.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2007). Using multivariate statistics (5. painos.) Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2012). Kouluterveyskysely 2010–2011. Saatavilla osoitteessa <http://info.stakes.fi/kouluterveyskyselyFI/tulokset/index.htm>
- Tseloni, A. & Pease, K. (2003). Repeat personal victimization. 'Boosts' or 'Flags'? *The British Journal of Criminology*, 43, 196–212. Doi:10.1093/bjc/43.1.196
- Turner, H.A. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science Medicine*, 62, 13.
- Uusitalo-Malmivaara, L. (2012a). Finnish sixth graders as victims of adult, peer and co-occurring adult and peer violence: Depression, somatization and violent ideation in relation to victimization. *Journal of Early Adolescents*. Hyväksytty julkaistavaksi 10/2012.
- Uusitalo-Malmivaara, L. (2012b). Global and school-related happiness in Finnish school children. *Journal of Happiness Studies*, 13, 601–619.
- Uusitalo-Malmivaara, L. & Lehto, J. E. (2012). Social factors explaining children's subjective happiness and depressive symptoms. *Social Indicators Research*. DOI: 10.1007/s11205-012-0022-z
- Weiler, B.L. & Widom, C.S. (1996). Psychopathy and violent behaviour in abused and neglected young adults. *CBMH, Criminal Behaviour and Mental Health*, 6, 253–271.
- Widom, C.S. (1989). Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106, 3–28.