

**VOIKO VANHEMPIEN TRAUMAN JÄLKEINEN KASVU TAI MYÖNTEINEN  
PERHEILMAPIIRI SUOJELLA LASTA SOTATILANTEESSA?**

**Kerttu Koivisto**

**Psykologian pro gradu -tutkielma**

**Yhteiskuntatieteiden tiedekunta**

**Tampereen yliopisto**

**Helmikuu 2017**

KOIVISTO, KERTTU: Voiko vanhempien trauman jälkeinen kasvu tai myönteinen perheilmapiiri suojella lasta sotatilanteessa?

Pro gradu -tutkielma, 41 s.  
Ohjaaja: Raija-Leena Punamäki  
Psykologia  
Helmikuu 2017

---

Tiedetään, että traumaattisessa tilanteessa vanhempien traumareaktioilla ja muilla perheeseen liittyvillä tekijöillä on merkitystä lapsen hyvinvoinnin kannalta. Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, ovatko lapsen kokemat sotatraumat, vanhempien kokema trauman jälkeinen kasvu ja perheen ilmapiiri yhteydessä lapsen mielenterveyteen ja hyvinvointiin sotatilanteessa. Tutkittiin myös, voiko vanhempien trauman jälkeinen kasvu tai myönteinen perheilmapiiri suojella lasta kasaantuvan sotatrauma-altistuksen kielteisiltä vaikutuksilta.

Tutkittavina oli 325 10–13-vuotiasta palestiinalaislasta, 183 tyttöä ja 142 poikaa, ja heidän vanhempansa. Tutkimus on osa laajempaa tutkimusprojektia, jossa tutkittiin intervention vaikutusta palestiinalaislasten hyvinvointiin. Interventiotutkimukseen osallistui 482 lasta, jotka valittiin satunnaisesti Gazan kaupungissa ja Pohjois-Gazassa sijaitsevien koulujen oppilaista. Tämän tutkimuksen aineistoksi valittiin lapset, joiden molemmat vanhemmat osallistuivat tutkimukseen.

Tutkimuksen aineisto on vuonna 2009 kyselylomakkeilla kerätty poikkileikkausaineisto. Lasten kokemien sotatraumojen määrää selvitettiin lapsille tyypillisiä sotatraumoja sisältäneellä kyselylomakkeella. Vanhempien trauman jälkeistä kasvua mitattiin Posttraumatic Growth Inventory -kyselyllä. Lapset arvioivat perheensä ilmapiiriä Family Ambiance Scale -mittarilla. Lasten internalisaatio- ja eksternalisaatio-oireita mitattiin Strengths and Difficulties Questionnaire -mittarilla, traumaperäisiä stressioireita Children's Revised Impact of Event Scale -mittarilla ja psykososiaalista hyvinvointia The Mental Health Continuum–Short Form -mittarilla.

Hierarkkisten regressioanalyysien tulokset osoittivat, että lasten kokemien sotatraumojen määrä oli yhteydessä internalisaatio- ja eksternalisaatio-oireisiin, mutta ei traumaperäisiin stressioireisiin tai psykososiaaliseen hyvinvointiin. Vanhempien kokema trauman jälkeinen kasvu oli heikosti yhteydessä tutkittavista muuttujista ainoastaan lapsen runsaampaan psykososiaaliseen hyvinvointiin. Myönteinen perheilmapiiri oli puolestaan yhteydessä lapsen vähäisempiin oireisiin ja parempaan psykososiaaliseen hyvinvointiin. Vanhempien kokeman trauman jälkeisen kasvun tai myönteisen perheilmapiirin ei kuitenkaan havaittu suojelevan lapsen mielenterveyttä ja hyvinvointia kasaantuvan sotatrauma-altistuksen kielteisiltä vaikutuksilta.

Tutkimustulokset vahvistavat käsitystä siitä, että vanhempien traumareaktioilla ja perheeseen liittyvillä tekijöillä on merkitystä lapsen hyvinvoinnille traumaattisissa olosuhteissa. Jatkossa näitä yhteyksiä olisi kuitenkin vielä tarpeen tarkastella pitkittäistutkimusasetelmalla, jotta syy-seuraussuhteista voitaisiin tehdä luotettavampia päätelmiä. Tuloksia voidaan hyödyntää, kun suunnitellaan tapoja, joilla lasten hyvinvointia voidaan suojella mahdollisimman tehokkaasti sotatraumojen kielteisiltä vaikutuksilta. Tulokset viittaavat siihen, että lapsen kannalta saattaa olla hyödyllistä kiinnittää interventioissa huomiota koko perheeseen.

Avainsanat: sotatrauma, trauman jälkeinen kasvu, perheen ilmapiiri, traumaperäiset stressioireet, lasten mielenterveys

1. JOHDANTO .....	1
1.1. Trauma .....	1
1.2. Trauman seuraukset .....	2
1.2.1. Trauma ja oireet .....	2
1.2.2. Trauman jälkeinen kasvu .....	4
1.2.2.1. Trauman jälkeisen kasvun osa-alueet .....	4
1.2.2.2. Kognitiivinen prosessointi trauman jälkeisen kasvun edellytyksenä.....	5
1.2.2.3. Trauman jälkeisen kasvun yhteys oirehdintaan ja hyvinvointiin.....	5
1.2.3.4. Trauman jälkeinen kasvu ja sota.....	6
1.3. Trauman seurauksiin vaikuttavat tekijät .....	7
1.3.1. Trauma-altistus.....	7
1.3.2. Sosiodemografiset tekijät.....	8
1.3.3. Lapsen ominaisuudet ja toimintatavat.....	8
1.3.4. Sosiaalinen tuki .....	9
1.3.5. Vanhempien ja perheen merkitys.....	9
1.3.5.1. Vanhempien trauman jälkeisen kasvun merkitys lapsen kannalta.....	10
1.3.5.2. Perheen ilmapiirin merkitys lapsen kannalta .....	11
1.4. Tutkimuskysymykset .....	12
2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	13
2.1. Tutkittavat ja tutkimusasetelma .....	13
2.2. Tutkimuksen menetelmät ja muuttujat.....	14
2.3. Aineiston analysointi.....	16
3. TULOKSET.....	17
3.1. Kuvailevat tulokset .....	17
3.2. Lapsen kokemien sotatraumojen yhteys lapsen oire- ja hyvinvointimuuttujiin .....	21
3.3. Vanhempien trauman jälkeisen kasvun ja perheen ilmapiirin yhteys lapsen oire- ja hyvinvointimuuttujiin.....	23
3.4. Lapsen kokemien sotatraumojen yhteys lapsen oire- ja hyvinvointimuuttujiin: vanhempien trauman jälkeinen kasvu ja perheen ilmapiiri yhteyttä muuntavina tekijöinä .....	26
4. POHDINTA .....	29
4.1. Tutkimuksen päätulokset .....	29
4.2 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset .....	31
4.3 Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimustarpeet.....	32
LÄHTEET .....	34

## **1. JOHDANTO**

Sodan keskellä elää peräti 250 miljoonaa lasta, eli noin joka yhdeksäs maailman lapsista (UNICEF, 2016). Sota tuo paljon kärsimystä perheille: suuri osa sodan keskellä elävistä lapsista kärsii jonkinlaisista mielenterveyden oireista, kuten peloista, ahdistuksesta sekä käytöksen ja tunne-elämän ongelmista (Dimitry, 2012). Haastavista olosuhteista huolimatta oireilu ei kuitenkaan ole väistämätöntä, vaan monet lapset säästyvät oireilta ja kehityksen haasteilta. Kaikki eivät siis reagoi samalla tavalla samanlaisessa tilanteessa, vaan on olemassa tekijöitä, jotka lisäävät lasten mielenterveyden haavoittuvuutta, tai toisaalta suojaavat lasten hyvinvointia traumaattisissa tilanteissa (ks. esim. katsausartikkeli Dimitry, 2012). Haavoittavien ja suojaavien tekijöiden tutkiminen on tärkeää, jotta voitaisiin suunnitella keinoja, joilla lasten mielenterveyttä voitaisiin suojella vaikeissa sotaolosuhteissa.

Tiedetään, että traumaattisessa tilanteessa vanhempien traumareaktioilla ja muilla perheeseen liittyvillä tekijöillä on merkitystä lapsen hyvinvoinnin kannalta. Tässä tutkimuksessa on tarkoitus syventää tuota tietoa. Ensimmäiseksi tutkitaan, onko lapsen kokemien sotatraumojen määrä yhteydessä lapsen mielenterveyteen ja hyvinvointiin. Toiseksi tutkitaan, onko vanhempien kokema trauman jälkeinen kasvu (eli myönteinen psykologinen muutos, joka on seurausta hyvin haastavien elämäntilanteiden kanssa kamppailusta; Calhoun & Tedeschi, 1999, 2001) tai myönteinen perheilmapiiri yhteydessä lapsen mielenterveyteen ja hyvinvointiin. Kolmanneksi selvitetään, voivatko nämä tekijät suojata lapsen mielenterveyttä ja hyvinvointia koettujen traumakokemusten kasaantuessa.

### **1.1. Trauma**

Traumaattinen tapahtuma on tilanne, johon liittyy kuolema, vakava loukkaantuminen, seksuaalinen väkivalta tai jonkin näistä uhka (American Psychiatric Association, 2013). Tällaisen tilanteen kanssa voi joutua vastakkain joko suoraan tai välillisesti. Välillisellä altistumisella tarkoitetaan sitä, että myös tilanteen todistaminen tai läheisen altistumisesta kuuleminen voi olla traumaattista. Lisäksi tiettyjen ammattiryhmien edustajat (esimerkiksi ensihoitajat) saattavat altistua jatkuvasti äärimmäisille traumaattiseen tapahtumaan liittyville yksityiskohdille. Traumaattiset tapahtumat ovat ennakoimattomia, kontrolloimattomia ja elämänarvoja koettelevia (Saari, 2003).

Sodan keskellä eläminen voi altistaa siviilit monenlaisille traumaattisille tapahtumille (Hunt, 2010). Traumasta puhuttaessa erotetaan usein tyyppin I ja tyyppin II traumat (Terr, 2003). Tyyppin I trauma käsittää äkilliset, kertaluonteiset traumaattiset tapahtumat. Tyyppin II trauma puolestaan tarkoittaa pitkäkestoisesti tai toistuvasti traumaattisille tekijöille altistumista. Erään tutkimuksen mukaan lähes jokainen (98 %) aikuinen oli sotatilanteessa altistunut ainakin yhdelle sotaan liittyvälle traumaattiselle tapahtumalle (Farhood, Dimassi, & Lehtinen, 2006). Dimitryn (2012) 71 tutkimusta sisältäneen katsausartikkelin mukaan palestiinalaislapsista 23–49 % oli nähnyt ystävänsä ja 3–16 % läheisen sukulaisensa kuolevan. Lisäksi monet olivat kuulleet ystävän (71 %) tai sukulaisen (61 %) kuolemasta. Valtaosa (54–97 %) lapsista oli todistanut taisteluita, ampumista tai räjähdyksiä ja kolme neljästä (75 %) oli nähnyt ihmisen kuolevan ohjushyökkäyksessä. Lähes jokaisen (99 %) kotia oli pommitettu. Näitä voidaan sotatilanteessa pitää tyyppin I traumoina (Qouta, Punamäki, & El Sarraj, 2008). Lisäksi tyyppin II traumaattisia tekijöitä voivat sotatilanteessa olla esimerkiksi köyhyys, sosiaalinen eriarvoisuus ja vaaralliset elinolot.

## **1.2. Trauman seuraukset**

### **1.2.1. Trauma ja oireet**

Ihmisillä on uskomuksia ja oletuksia, jotka liittyvät maailman sekä ihmisten toimintaan (Janoff-Bulman, 1992). Nämä uskomukset auttavat ymmärtämään tapahtumien syitä ja luovat tunteen merkityksellisyydestä. Trauma voi romuttaa nämä uskomukset ja siten uhata yksilön turvallisuutta ja tulevaisuutta. Traumaattinen tapahtuma voikin johtaa vakaviin mielenterveyden ongelmiin. Näistä tutkituin lienee traumaperäinen stressihäiriö (engl. *posttraumatic stress disorder*, PTSD). Traumaperäiseen stressihäiriöön kuuluvat intrusiiviset oireet sekä välttely- ja ylivireysoireet (APA, 2013). Intrusiiviset oireet ilmenevät esimerkiksi häiritsevinä ja toistuvina takauksina, painajaisina sekä mieleen tunkevina ajatuksina. Lapsilla intrusiiviset oireet saattavat ilmetä esimerkiksi traumaattisen tilanteen esiintymisenä leikeissä, toistavana leikkinä tai pahoina unina. Välttelyoireet puolestaan käsittävät traumaan liittyvien paikkojen, ihmisten ja tilanteiden kohtaamisen ja ajattelun välttelyn. Ylivireysoireita ovat esimerkiksi ärtyneet mieliala, kohonnut vireystila, riskialtis käyttäytyminen sekä keskittymis- ja univaikeudet. Uusimpaan DSM-diagnoosijärjestelmään (DSM-V; APA, 2013) on näiden kolmen oireen lisäksi lisätty diagnosointikriteeriksi trauman jälkeen alkaneet tai pahentuneet, traumaan liittyvät kielteiset ajatukset ja tunteet (esimerkiksi vaikeus muistaa traumaan liittyviä tekijöitä, itsen tai toisten syyttäminen traumasta, vähentynyt kiinnostus

osallistua aktiviteetteihin, eristäytyneisyyden kokemus, vaikeus kokea myönteisiä tunteita). Diagnoosin saamiseksi oireiden tulee kestää vähintään kuukauden ja niiden tulee aiheuttaa kärsimystä tai toimintakyvyn heikentymistä (esimerkiksi työelämässä tai sosiaalisissa suhteissa).

Traumaperäinen stressihäiriö on yleinen seuraus sodan keskellä eläville. Libanonilaistutkimuksessa havaittiin, että 29 % (N = 256) tutkituista siviileistä kärsi traumaperäisestä stressihäiriöstä (Farhood ym., 2006). Attanayaken ym. (2009) 17 tutkimusta käsittäneen katsausartikkelin mukaan traumaperäinen stressihäiriö on yleisin mielenterveyden häiriö lapsilla sotatilanteessa: lapsista 47 % kärsi traumaperäisestä stressihäiriöstä. Dimitryn (2012) katsausartikkelissa todetaan, että israelilaislapsilla traumaperäisen stressihäiriön prevalenssi oli 5–8 %, palestiinalaislapsilla 23–70 % ja irakilaislapsilla 10–30 %.

Sotatilanne voi altistaa myös muille mielenterveyden häiriöille. Traumaattisten sotakokemusten on havaittu olevan yhteydessä muun muassa ahdistukseen ja masennukseen etenkin välittömästi sodan jälkeen (Neria, Besser, Kiper, & Westphal, 2010). Myös sodan keskellä elävien lasten on havaittu kärsivän traumaperäisen stressihäiriön lisäksi muun muassa surureaktioista, unihäiriöistä, masennuksesta, ahdistuksesta sekä käytösongelmista (Montgomery & Foldspang, 2001; Smith, Perrin, Yule, Hacam, & Stuvland, 2002; Thabet, Abed, & Vostanis, 2004; Thabet & Vostanis, 1999). Dimitryn (2012) katsausartikkelin mukaan palestiinalaislapsista 11 prosentilla esiintyi masennusta ja 47 prosentilla ylipäättään jokin tunne-elämän häiriö. Voimakasta ahdistusta esiintyi peräti 40–100 prosentilla. Lapsilla esiintyy myös eksternalisoivia eli ulospäin suuntautuvia oireita, kuten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriötä sekä käytös- ja uhmakkuushäiriötä (Thabet ym., 2013). Dimitryn (2012) katsauksen mukaan palestiinalaislapsista 14 % kärsi käytöshäiriöstä ja 10 % ADHD:sta. Palestiinalaislapsilla vähintään yksi häiriö oli 51 prosentilla (Dimitry, 2012); komorbiditeetti on kuitenkin tyypillistä, eli usein häiriöt esiintyvät yhdessä (Thabet ym., 2004).

Psyykinen oirehdinta ei ole kuitenkaan väistämätön trauman seuraus, vaan raskaista tilanteista huolimatta kaikki eivät kärsi vakavista ongelmista. Resilienssin käsitteellä voidaan viitata hyvään toimintakykyyn (Masten & Narayan, 2012) tai jopa kukoistukseen (Werner & Smith, 1982) runsaasta trauma-altistuksesta huolimatta. Trauman tyypistä riippuen voidaan painottaa erilaisia tekijöitä resilienssiä määriteltäessä: sotatilanteessa resilienssi voitaneen mielekkäästi määritellä mielenterveyden oireiden puuttumisena vaikeista olosuhteista huolimatta (Masten, 2007; Punamäki, Qouta, Miller, & El Sarraj, 2011).

### 1.2.2. Trauman jälkeinen kasvu

Traumaa tutkittaessa on keskitytty usein trauman kielteisiin vaikutuksiin tai niiden puuttumiseen. Traumalla voi kuitenkin olla myös myönteisiä psykologisia seurauksia, ja myös niitä on tärkeää tutkia, jotta traumareaktioita voitaisiin ymmärtää kokonaisvaltaisesti (Linley & Joseph, 2004). Traumaa seuraavia myönteisiä kokemuksia kuvaamaan on käytetty monenlaisia termejä. Tällaisia termejä ovat muun muassa stressiperäinen kasvu (*stress-related growth*), havaitut hyödyt (*perceived benefits*), kukoistaminen (*thriving*), siunaukset (*blessings*), myönteiset sivuvaikutukset (*positive by-products*) sekä myönteinen uudelleensopeutuminen (*positive readjustment*) (ks. katsausartikkeli Linley & Joseph, 2004). Eräs käytetyimmistä termeistä on trauman jälkeinen kasvu (engl. *posttraumatic growth*, PTG; Tedeschi & Calhoun, 1996). Trauman jälkeinen kasvu tarkoittaa myönteistä koettua psykologista muutosta, joka on seurausta erittäin haastavien elämäntilanteiden kanssa kamppailusta (Calhoun & Tedeschi, 1999, 2001). Trauma ei siis itsessään aiheuta kasvua, vaan kasvu edellyttää ponnistelua ja pyrkimystä sopeutua muuttuneeseen tilanteeseen (Tedeschi & Calhoun, 2004). Tämän tutkimuksen tarkoitus on tarkastella vanhempien traumareaktioiden merkitystä lapsen kannalta nimenomaan vanhempien trauman jälkeisen kasvun näkökulmasta.

#### 1.2.2.1. Trauman jälkeisen kasvun osa-alueet

Trauman jälkeinen kasvu sisältää erilaisia osa-alueita. Tunnetuin jaottelu lienee Tedeschin ja Calhounin (1996, 2004), jotka ovat tunnistaneet viisi eri osa-aluetta. Ensimmäinen osa-alue on kasvanut arvostus elämää kohtaan ja muuttunut arvojärjestys. Trauman kokeneet kokevat usein olevansa onnekkaita ja osaavat arvostaa aikaisempaa enemmän elämän pieniä asioita, jotka ovat ennen saattaneet tuntua itsestänselvyyksiltä. Toinen osa-alue on lämpimämpi ja läheisempi suhde toisiin. Ihmissuhteet saattavat tuntua tärkeämmiltä trauman jälkeen, ja trauman seurauksena saatetaan tuntea enemmän myötätuntoa muita, erityisesti samassa tilanteessa olleita, kohtaan. Traumaattinen kokemus voi auttaa ymmärtämään, ketkä ovat todellisia ystäviä ja keihin voi luottaa. Kolmantena, trauman kokeneet saattavat kokea olevansa aiempaa vahvempia. Trauman kokenut ihminen voi paradoksaalisesti toisaalta ymmärtää olevansa haavoittuvainen, toisaalta kokea selviytyvänsä mistä vain. Neljäntenä, trauman jälkeen voidaan nähdä uusia mahdollisuuksia ja elämälle saatetaan ottaa uusi suunta. Viides osa-alue liittyy hengelliseen ja eksistentiaaliseen kehitykseen. Trauman jälkeen usein pohditaan olemassaoloon liittyviä kysymyksiä, mitä voidaan jo itsessään pitää kasvuna.

### 1.2.2.2. Kognitiivinen prosessointi trauman jälkeisen kasvun edellytyksenä

Kognitiivinen prosessointi on trauman jälkeisen kasvun kannalta tärkeää, jotta trauman myötä romuttuneet tavoitteet, oletukset ja käyttäytyminen voidaan sovittaa uuteen tilanteeseen sopiviksi (Tedeschi & Calhoun, 2004). Aluksi prosessointi on yleensä automaattista, ja se esiintyy tyypillisesti mieleen tunkeutuvina ajatuksina, mielikuvina sekä vatvomisena (engl. *ruminatio*). Tämä automaattinen prosessointi auttaa irrottautumaan vanhoista tavoista ja ajatuksista, jotka eivät muuttuneissa olosuhteissa ole enää toimivia.

Tyypillisesti trauman jälkeistä vatvomista on pidetty kielteisenä ja se on liitetty masennukseen (Taku, Cann, Calhoun, & Tedeschi, 2009). Voi kuitenkin olla, että vatvominen sisältää useita ulottuvuuksia, joilla on erilainen merkitys trauman seurausten kannalta (Taku ym., 2009; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003). Treynor ym. (2003) löysivät faktorianalyysin avulla kaksi erilaista vatvomisesta ulottuvuutta. *Hautominen* (engl. *brooding*) on pääasiassa passiivista, intrusiivista nykytilanteen ajattelua, kun taas *reflektiivinen pohtiminen* (engl. *reflective pondering*) on tarkoituksellisempaa ja tilanteen ratkaisemiseen keskittyvää. Voi olla, että hautominen heti trauman jälkeen valmistaa tarkoituksellisemmalle pohdinnalle, joka edesauttaa trauman jälkeistä kasvua (Taku ym., 2009). Taku ym. (2009) havaitsivatkin, että intrusiivinen hautominen pian trauman jälkeen ja reflektiivinen pohtiminen sekä pian trauman jälkeen että pitemmän ajan päästä ennustivat kasvua. Ullrichin ja Lutgendorfin (2002) tutkimuksessa ne koehenkilöt, jotka käsittelivät päiväkirjajakirjoituksissaan sekä stressaavaan tai traumaattiseen tapahtumaan liittyviä kognitioita että emootioita, kokivat enemmän kasvua kuin ne, jotka kirjoittivat vain emootioista.

### 1.2.2.3. Trauman jälkeisen kasvun yhteys oirehdintaan ja hyvinvointiin

Tie trauman jälkeiseen kasvuun on pitkä prosessi; voikin olla, että pitkään kestävä kärsimys on tarpeen, jotta trauman jälkeistä kasvua voi esiintyä (Tedeschi & Calhoun, 2004). On havaittu, että traumaperäisten stressioireiden ja kasvun välillä on käyräviivainen yhteys (Butler ym., 2005; McCaslin ym., 2009). Kasvua koetaan eniten, kun traumaattiset tapahtumat järkyttävät mielenrauhaa niin paljon, että ne käynnistävät kognitiivisen prosessoinnin, mutta eivät niin paljon, että kyky sopeutua tilanteeseen lamaantuu (Butler ym., 2005).

On ehdotettu, että trauman jälkeinen kasvu ja traumaperäiset stressioireet eivät ole saman jatkumon ääripäitä, vaan kaksi eri ulottuvuutta (Linley & Joseph, 2004). Israelilaistutkijat havaitsivat 17-vuotisessa israelilaisveteraaneja (N = 118) ja verrokkeja tarkastelleessa



pitkittäistutkimuksessaan, että aikaisemman mittausajankohdan traumaperäiset stressioireet ennustivat kasvua myöhemmässä ajankohdassa; ne, jotka eivät olleet kokeneet traumaperäisen stressihäiriön oireita, kokivat myöhemmin myös vähemmän kasvua (Dekel, Ein-Dor, & Solomon, 2012). Vaikuttaisi siltä, että positiivinen yhteys sodan jälkeisten oireiden ja trauman jälkeisen kasvun välillä on tyypillinen heti sodan jälkeen, kun taas negatiivinen yhteys on todennäköinen myöhemmissä sotakokemusten käsittelyn vaiheissa (Kimhi, Eshel, Zysberg, & Hantman, 2010); tämä tarkoittaa sitä, että myöhemmässä vaiheessa trauman jälkeistä kasvua esiintyy sitä enemmän, mitä vähemmän traumaperäisiä stressioireita esiintyy.

Trauman jälkeisen kasvun ja hyvinvoinnin suhde ei siis ole suoraviivainen. Toisin sanoen kasvu ei välttämättä suoraan tarkoita parempaa hyvinvointia; vaikka monet traumaattisesta tapahtumasta selviytyneet tunnistavat jonkinlaista myönteistä muutosta tapahtuneen, monet kertovat myös kokevansa traumasta aiheutunutta tuskaa (Calhoun & Tedeschi, 2006). Tuskaa ja kasvua voi siis esiintyä samanaikaisesti. Niinpä ne, jotka kokevat trauman jälkeistä kasvua, saattavat raportoida vähäisempää emotionaalista hyvinvointia kuin ne, jotka ovat osoittaneet resilienssiä traumaattisen tapahtuman seurauksena (Cryder, Kilmer, Tedeschi, & Calhoun, 2006). Helgesonin, Reynoldsin ja Tomichin (2006) meta-analyysissä puolestaan todetaan, että hyötyjen löytäminen (engl. *benefit finding*) on yhteydessä vähäisempään masennukseen ja runsaampaan hyvinvointiin, mutta myös runsaampiin intrusiivisiin ja vältteleviin ajatuksiin.

#### **1.2.3.4. Trauman jälkeinen kasvu ja sota**

Trauman jälkeistä kasvua on tutkittu erilaisten traumojen, kuten vakavan sairauden, raiskauksen, luonnonkatastrofin, terrorismin sekä auto-onnettomuuden, yhteydessä (ks. esim. katsausartikkeli Linley & Joseph, 2004). Trauman jälkeistä kasvua on tutkittu jonkin verran myös sotatrauman yhteydessä. Saattaa olla, että sotatrauman yhteydessä koetaan muihin traumaattisiin tapahtumiin verrattuna vähemmän trauman jälkeistä kasvua (Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi, & Calhoun, 2003). On jopa ehdotettu, että kroonisessa kriisitilanteessa, kuten sotatilanteessa, trauman jälkeinen kasvu ei ole relevantti käsite, vaan epäonnistunut yritys nähdä järkeä tilanteessa, jossa ei ole järkeä (Hall ym., 2010). Libanonin sodalle altistuneita aikuisia (N = 870) ja nuoria (N = 821) tarkastelleessa tutkimuksessa havaittiin nuoren iän, naissukupuolen sekä hyvän taloudellisen tilanteen ennustavan sotatrauman jälkeistä kasvua (Kimhi ym., 2010). Hirschin ja Lazarin (2012) tutkimuksessa (N = 52) ne israelilaisäidit, jotka olivat pitkään altistuneet ohjushyökkäyksille, kykenivät paremmin samaistumaan toisiin ihmisiin (kasvun sosiaalinen ala-alue), kokivat

henkilökohtaisten vahvuuksiensa lisääntyneen (henkilökohtainen ala-alue) sekä havaitsivat muutoksia elämänfilosofiassaan (hengellinen osa-alue). On myös havaittu, että armeijahenkilökunnalla trauman jälkeinen kasvu vähentää itsemurha-ajatuksia sota-alueella olon ja taistelukokemusten jälkeen (Bush, Skopp, McCann, & Luxton, 2011).

### **1.3. Trauman seurauksiin vaikuttavat tekijät**

Kaikki lapset eivät siis reagoi trauman kohdatessaan samalla tavalla, vaan reaktioita ennustavat erilaiset haavoittavat ja suojaavat tekijät. Seuraavaksi tarkastellaan tekijöitä, jotka ennustavat lapsen oireiden tai resilienssin esiintymistä.

#### **1.3.1. Trauma-altistus**

Useissa tutkimuksissa on havaittu, että mitä enemmän lapsi kokee traumaattisia tapahtumia, sitä enemmän hän kärsii kielteisistä mielenterveysvaikutuksista, kuten traumaperäisistä stressioireista, ahdistuksesta, masennuksesta ja käytösongelmista (Allwood, Bell-Dolan, & Husain, 2002; Pat-Horenczyk ym., 2007a; Schiff, 2006; Thabet, Ibraheem, Shivram, Winter, & Vostanis, 2009; Thabet, Karim, & Vostanis, 2006; Thabet, Tawahina, El Sarraj, & Vostanis, 2008). Myös toisenlaisia tuloksia on saatu. Khamis (2015) tutki 9–16-vuotiaiden palestiinalaislasten (N = 205) psyykkistä oirehdintaa: tulokset osoittivat, että runsaampi sotatrauma-altistus oli yhteydessä emotionaalisiin ongelmiin ja neuroottisuuteen, mutta ei käytöshäiriöihin tai traumaperäisiin stressioireisiin. Bayer, Klasen ja Adam (2007) tutkivat ugandalaisia ja kongolaisia lapsisotilaita (N = 169) ja havaitsivat, että traumojen määrällä tai tyypillä ei ollut yhteyttä traumaperäisten stressioireiden esiintymiseen. Myöskään Besser ja Neria (2012) eivät tutkimuksessaan havainneet trauma-altistuksen intensiteetin olevan yhteydessä traumaperäisten stressioireiden määrään.

Trauma-altistuksen merkitystä on tarkasteltu usein objektiivisen trauma-altistuksen näkökulmasta. Subjektiiivisella altistuksella tarkoitetaan traumaattisesta tapahtumasta seuranneita kognitiivisia ja emotionaalisia kokemuksia, kuten pelkoja ja huolia (Braun-Lewensohn, Celestin-Westreich, Celestin, Verte, & Ponjaert-Kristoffersen, 2009). Onkin havaittu, että subjektiivinen altistus on parempi lapsen mielenterveyden ennustaja kuin objektiivinen altistus (Braun-Lewensohn ym., 2009; Dimitry, 2012). Toisin sanoen traumaattisesta tapahtumasta heränneet tunteet ja ajatukset ovat hyvinvoinnin kannalta merkittävämpiä kuin tapahtumien määrä.

### **1.3.2. Sosiodemografiset tekijät**

Myös sosiodemografisten tekijöiden on havaittu olevan yhteydessä siihen, millaiset traumaattisen tapahtuman seuraukset ovat. Tutkimustulokset eivät monen muuttujan kohdalla ole kuitenkaan yksimielisiä. Joissakin tutkimuksissa vanhemmilla lapsilla on havaittu olevan enemmän traumaperäisiä stressioireita kuin nuoremmilla (esim. Khamis, 2005; Laor ym., 2006), mutta kaikissa tutkimuksissa eri-ikäisten lasten välillä ei ole havaittu eroa (esim. Khamis, 2015). Punamäen ym. (2011) tutkimuksessa vanhemmat lapset puolestaan kuuluivat todennäköisemmin resilienttiin ryhmään. Voi kuitenkin olla, että ikä ei sinänsä ole riskitekijä, vaan kuhunkin kehitysvaiheeseen liittyvät haavoittavat ja suojaavat tekijät ennustavat trauman kognitiivis-emotionaalisia seurauksia (Punamäki, 2002).

Toisinaan tyttöjen on havaittu kärsivän enemmän traumaperäisistä stressioireista (esim. Laufer & Solomon, 2009), toisinaan poikien (esim. Khamis, 2005). On ehdotettu, että tytöt ovat alttiimpia esimerkiksi masennukselle, ahdistukselle ja somaattisille vaivoille, kun taas pojat kärsivät todennäköisemmin aggressiivisuudesta, käytösongelmista ja ADHD:sta (Khamis, 2006; Qouta, Punamäki, & El Sarraj, 2005; Pat-Horenczyk ym., 2007a; Thabet, Abed, & Vostanis, 2001).

Sosioekonomisella statuksella on havaittu olevan yhteys oirehdintaan: on esimerkiksi havaittu, että palestiinalaislapset, joiden perheessä on pienemmät tulot, kärsivät enemmän tunne-elämän ongelmista ja käytöshäiriöistä sekä neuroottisuudesta sotatilanteessa (Khamis, 2015). Matala sosioekonominen status on myös yhdistetty runsaampiin mielenterveyden oireisiin ja runsaampaan traumaperäisen stressihäiriön esiintymiseen sekä ongelmiin perhe- ja vertaissuhteissa israelilais- ja palestiinalaisnuorilla (Al-Krenawi, Graham, & Kanat-Maymon, 2009). Tosin kaikissa tutkimuksissa korkean sosioekonomisen statuksen suojaavaa vaikutusta ei ole havaittu (esim. Punamäki ym., 2011).

### **1.3.3. Lapsen ominaisuudet ja toimintatavat**

Myös lapsen ominaisuuksilla ja toimintatavoilla voi olla vaikutusta trauman vaikutuksiin. Khamiksen (2015) tutkimuksessa havaittiin, että palestiinalaislapsilla tunnepohjaisten coping-keinojen käyttö oli yhteydessä runsaampiin tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöihin, traumaperäisiin stressioireisiin sekä neuroottisuuteen; ongelmakeskeiset coping-keinot olivat puolestaan yhteydessä vähäisempiin traumaperäisiin stressioireisiin ja neuroottisuuteen. Myös persoonallisuudella esimerkiksi kiintymyssuhteen ja temperamentin näkökulmasta voi olla

vaikutusta trauman seurauksiin (ks. esim. Punamäki, 2002). Lisäksi on havaittu, että resilientit lapset ovat fyysisesti terveitä ja pärjäävät hyvin koulussa, ja että heillä on hyvä kognitiivis-emotionaalinen toimintakyky (Punamäki ym., 2011).

#### **1.3.4. Sosiaalinen tuki**

Tutkimusten mukaan sosiaalinen tuki on tärkeä lapsen mielenterveyttä suojaava tekijä traumaattisissa olosuhteissa (Dimitry, 2012). Lämmin ja ymmärtävä tuki voi rohkaista lasta ilmaisemaan ja ymmärtämään tilanteeseen liittyviä tunteita sekä edistää toimivien coping-keinojen hyödyntämistä (Kilmer, 2006). Vanhemmilta saadun tuen on useissa tutkimuksissa havaittu suojaavan lapsen mielenterveyttä sotaolosuhteissa (esim. Khamis, 2006; Punamäki ym., 2011; Thabet ym., 2009). Myös lapsen laajemmalla sosiaalisella piirillä on merkitystä. Peltosen, Qoutan, El Sarraj'n ja Punamäen (2010) tutkimuksessa havaittiin, että vähäinen kilpailu ja runsas läheisyys sisaruussuhteissa suojelivat palestiinalaislapsia masennus- ja ahdistusoireilta. Sodalle altistuneita tšetšeeninuoria tarkastellessa tutkimuksessa puolestaan kävi ilmi, että perheen piirissä, vertaisten kanssa ja laajemmassa yhteisössä koettu yhtenäisyys (engl. *connectedness*) suojasi nuoria internalisaatio-oireilta (Betancourt ym., 2012). Opettajilta saadun tuen on havaittu olevan yhteydessä vähäisempiin traumaperäisiin stressioireisiin palestiinalaisnuorilla (Leshem, Haj-Yahia, & Guterman, 2016).

#### **1.3.5. Vanhempien ja perheen merkitys**

Perhesysteemisen teorian mukaan perhe reagoi traumaan systeeminä (Minuchin, 1974). Kunkin perheenjäsenen käytös, tunteiden ilmaisu ja kognitiiviset strategiat ovat merkittäviä koko perheen ja jokaisen jäsenen hyvinvoinnin kannalta (Punamäki, Qouta, El Sarraj, & Montgomery, 2006).

Sotaolosuhteet voivat vaikuttaa vanhemmuuteen ja vanhemmuudella on luonnollisesti merkitystä lapsen sopeutumisen kannalta. Sotakokemusten on havaittu olevan yhteydessä runsaampiin konflikteihin vanhempien ja tyttärien välillä sekä runsaampaan vanhempien käyttämään psykologiseen kontrollointiin (Barber, 1999a). Lisäksi eräässä tutkimuksessa havaittiin, että mitä enemmän lapset olivat altistuneet traumaattisille tapahtumille, sitä kielteisemmäksi he arvioivat vanhemmuuden (Punamäki, Qouta, & El Sarraj, 1997). Edelleen tutkimustulokset osoittivat, että mitä kielteisemmäksi vanhemmuus arvioitiin, sitä enemmän lapset kärsivät neuroottisuudesta sekä huonosta itsetunnosta. Torjuva ja rankaiseva vanhemmuus on tutkimuksissa

yhdistetty myös runsaampaan aggressiiviseen käyttäytymiseen (Qouta, Punamäki, Miller, & El Sarraj, 2008) sekä vähemmän resilienttiin asenteeseen (engl. *resilient attitudes*; käsittää esimerkiksi huumorintajun, aloitekyvyn, luovuuden, periaatteet sekä sinnikkyuden; Qouta, Punamäki, Montgomery, & El Sarraj, 2007). On myös ehdotettu, että epäjohdonmukaisuus vanhempien asenteissa lasta kohtaan on haitallista lapsen hyvinvoinnin kannalta: on havaittu, että lapset, jotka raportoivat äitinsä osoittavan myönteisiä ja isänsä kielteisiä tunteita, ovat alttiimpia traumaperäiselle stressihäiriölle ja tunne-elämän häiriöille (Punamäki, Qouta, & El Sarraj, 2001). Toisaalta hyvä, rakastava vanhempi-lapsisuhde voi suojella lapsen mielenterveyttä jopa äärimmäisissä sotaolosuhteissa (Qouta ym., 2008). Hoivaavan, rakastavan ja tukea antavan vanhemmuuden sekä viisaan ohjauksen on havaittu suojelevan palestiinalaislasten mielenterveyttä ja emotionaalista hyvinvointia sotilaallisen väkivallan kielteisiltä vaikutuksilta (Barber, 2001; Punamäki ym., 1997; Punamäki ym., 2011).

Myös vanhempien omat traumareaktiot ja mielenterveys voivat vaikuttaa lapsen reagointiin traumaattisessa tilanteessa. Sen lisäksi, että vanhemmuuskäytännöt saattavat traumaattisissa olosuhteissa muuttua, lapsi saattaa omissa tulkinnoissaan ja reaktioissaan ottaa mallia vanhemmiltaan esimerkiksi tarkkailemalla heidän reaktioitaan tai matkimalla vanhempiensa coping-keinoja (Kilmer, 2006; Masten, Best, & Garmezy, 1990). Thabetin ym. (2008) tutkimuksessa havaittiin, että sotaolosuhteissa äidin traumaperäiset stressioireet ja ahdistusoireet ennustivat samoja oireita lapsen kokemana. Äidin heikko mielenterveys on yhdistetty lapsen internalisaatio- ja eksternalisaatio-oireisiin (Qouta ym., 2005). Lapsen relisienssiä puolestaan edistää vanhempien hyvä mielenterveys (Punamäki ym., 2011).

On siis selvää, että vanhemmilla ja perheellä on tärkeä asema lapsen hyvinvoinnin kannalta traumaattisessa tilanteessa. Tässä tutkimuksessa on tarkoitus tarkastella vanhempien ja perheen roolia nimenomaan vanhempien kokeman trauman jälkeisen kasvun ja myönteisen perheilmapiirin näkökulmasta. Seuraavaksi tarkastellaan näiden muuttujien yhteyksiä lasten mielenterveyteen ja hyvinvointiin aiemmissa tutkimuksissa ja kirjallisuudessa.

### **1.3.5.1. Vanhempien trauman jälkeisen kasvun merkitys lapsen kannalta**

Eräs trauman jälkeisen kasvun osa-alue on läheisemmät välit toisiin ihmisiin. Trauman kokeneet ovat raportoineet tuntevansa suurempaa yhteyttä toisiin ja erityisesti runsaampaa myötätuntoa muita kärsiviä kohtaan (Calhoun & Tedeschi, 2006). Onkin luontevaa ajatella, että trauman jälkeisellä kasvulla voi olla merkitystä myös sitä kokevan läheisille. Berger ja Weiss (2009) ovatkin

ehdottaneet, että yksilötason lisäksi olisi hedelmällistä tutkia trauman jälkeistä kasvua myös perheen kontekstissa. Vanhempien trauman jälkeisen kasvun yhteyttä lapsen hyvinvointiin on kuitenkin tutkittu vielä vähän.

Hafstad, Gil-Rivas, Kilmer ja Raeder (2010) tutkivat vanhempien (N = 67) traumareaktioiden ja perheen koheesion yhteyttä lapsen (N = 105) trauman jälkeiseen kasvuun tsunamin jälkeen. Tutkimuksessa havaittiin, että mitä enemmän vanhemmat raportoivat trauman jälkeistä kasvua, sitä enemmän myös lapset kokivat sitä. Tutkijat ehdottavat, että kun perheenjäsenet kokevat saman traumaattisen tapahtuman, traumasta puhuminen helpottuu, millä voi olla myönteisiä seurauksia lapselle. Keskustelu jaetusta traumasta voi esimerkiksi edesauttaa lapsen tietoista vatvomista, joka on kasvuteoretisoinnissa liitetty trauman jälkeiseen kasvuun. Hafstadin ym. (2010) mukaan vanhemmat, jotka kokevat trauman jälkeen myönteisiä muutoksia, saattavat myös kuunnella lastaan paremmin ja kannustaa häntä ajattelemaan tapahtunutta ja sen seurauksia myönteisemmässä valossa.

Vanhemman kokeman trauman jälkeisen kasvun on havaittu olevan yhteydessä myös lapsen oirehdintaan. Stephenson ym. (2016) tutkivat, miten äitien kokema trauman jälkeinen kasvu on yhteydessä kroonisesti sairaiden lasten sisarusten (N = 70) hyvinvointiin. Tutkimustulokset osoittivat, että mitä enemmän äidit raportoivat kokevansa trauman jälkeistä kasvua, sitä vähemmän he arvioivat sairaan lapsensa sisaruksella olevan internalisoivia ja eksternalisoivia oireita.

Voi myös olla, että yhteys on toisen suuntainen, eli lapsen hyvinvointi ja oirehdinta yhdessä koetun traumaattisen tapahtuman jälkeen voivat olla yhteydessä vanhemman sopeutumiseen. Siqveland, Hafstad ja Tedeschi (2012) tutkivat samoja perheitä, vanhempia (N = 68) ja heidän lapsiaan (N = 105), jotka olivat olleet tsunamissa. Tutkimustulokset osoittivat, että lapsen traumaperäiset stressioireet kymmenen kuukautta tsunamin jälkeen ennustivat vanhempien trauman jälkeistä kasvua 2,5 vuoden kuluttua tsunamista.

### **1.3.5.2. Perheen ilmapiirin merkitys lapsen kannalta**

Aiemmin todettiin, että vanhempien mielenterveydellä voi olla vaikutusta siihen, miten lapsi reagoi traumaattisessa sotatilanteessa. Punamäki ym. (2011) ehdottavat, että mieleltään terveet ja pätevät vanhemmat kykenevät todennäköisesti säätelemään omia pelkojaan tehokkaammin ja siten luomaan turvallisen perheilmapiiirin vaikeista olosuhteista huolimatta. Näin he voivat tarjota toivon ja turvallisuuden tunteita lapselle haastavissakin tilanteissa. Perheen ilmapiirillä voidaan tarkoittaa esimerkiksi sitä, kuinka ahdistuneeksi tai rentoutuneeksi lapsi kokee kanssakäymisen

kotiympäristössään (Khamis, 2005). Useissa tutkimuksissa on havaittu, että hyvin sopeutuvat lapset kasvavat perheissä, joissa on lämmin, sensitiivinen, yhtenäinen sekä kommunikoiva ilmapiiri (Yates & Masten, 2004).

Perheen koheesio ja toiminta voivat vaikuttaa lapsen selviytymiskeinoihin ja sopeutumiseen traumaattisen tapahtuman jälkeen (Kilmer, 2006). Avoin, lämmin, hyväksyvä ja kommunikoiva ilmapiiri edesauttaa lapsen kognitiivista työstämistä tilanteeseen liittyen, mikä helpottaa selviytymistä (Hafstad ym., 2010). Perheen ilmapiiri ja asenteet lasta kohtaan voivat myös muokata tapaa, jolla lapset voivat hyödyntää omia kykyjään, kuten älykkyyttään ja luovuuttaan (Punamäki ym., 2001).

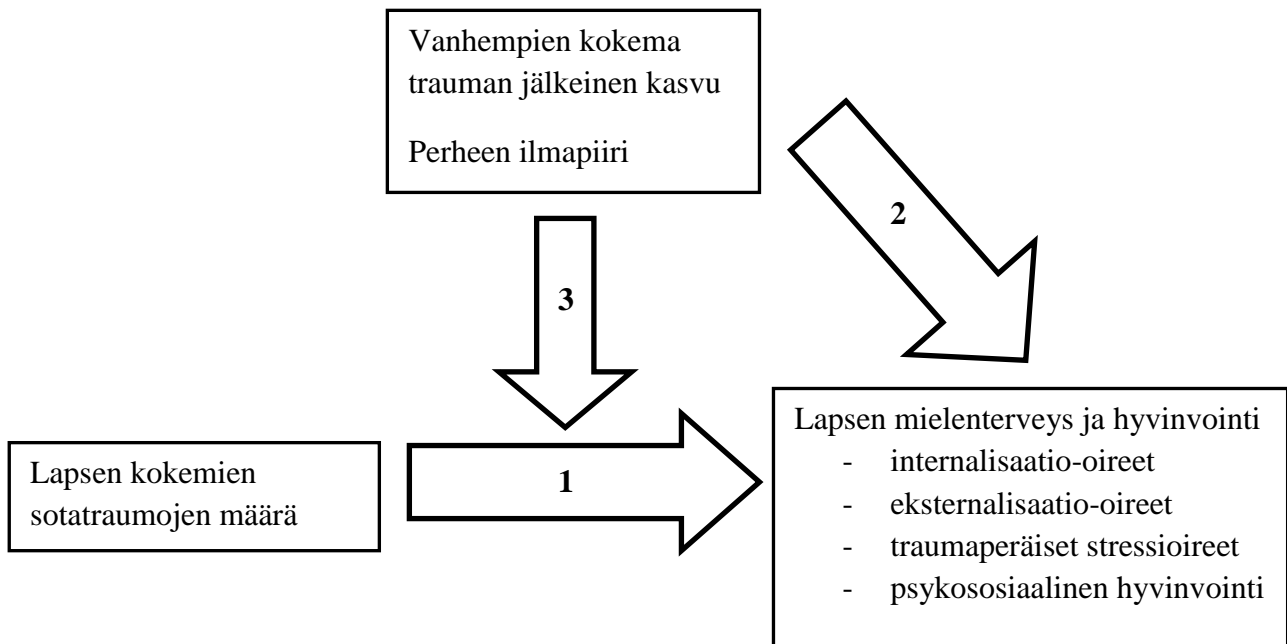
Khamis (2005, 2006) tutki tekijöitä, jotka ovat yhteydessä 12–16-vuotiaiden palestiinalaisnuorten (N = 1000) traumaperäisen stressihäiriön ja ADHD:n esiintymiseen. Tutkimustulokset osoittivat, että perheympäristöön ja vanhemmuuden tyyliin liittyvistä muuttujista juuri perheen ilmapiiri oli vahvimmin yhteydessä traumaperäisen stressihäiriön esiintymiseen. Perheen ilmapiiri oli yhteydessä myös ADHD:n esiintymiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että lapset, jotka kärsivät traumaperäisestä stressihäiriöstä tai ADHD:sta, raportoivat todennäköisemmin ahdistuneesta ilmapiiristä kotona kuin lapset, joilla ei ollut traumaperäistä stressihäiriötä tai ADHD:ta.

#### **1.4. Tutkimuskysymykset**

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia, onko lapsen kokemien sotatraumojen määrä, vanhempien kokema trauman jälkeinen kasvu tai perheen ilmapiiri yhteydessä lapsen mielenterveyteen ja hyvinvointiin. Lisäksi tutkin, voiko vanhempien kokema trauman jälkeinen kasvu tai myönteinen perheilmapiiri suojella lasta kasaantuvan sotatrauma-altistuksen kielteisiltä vaikutuksilta.

1. Onko lapsen kokemien sotatraumojen määrä yhteydessä lapsen mielenterveyteen (internalisaatio- ja eksternalisaatio-oireet sekä traumaperäiset stressioireet) ja psykososiaaliseen hyvinvointiin?
2. Onko vanhempien kokema trauman jälkeinen kasvu tai perheen ilmapiiri yhteydessä lapsen mielenterveyteen (internalisaatio- ja eksternalisaatio-oireet sekä traumaperäiset stressioireet) ja psykososiaaliseen hyvinvointiin?
3. Suojaako vanhempien kokema trauman jälkeinen kasvu tai perheen ilmapiiri lasta kasaantuvien sotatraumojen kielteisiltä vaikutuksilta lapsen mielenterveyteen

(internalisaatio- ja eksternalisaatio-oireet sekä traumaperäiset stressioireet) ja psykososiaaliseen hyvinvointiin?



KUVIO 1. Lapsen kokemien sotatraumojen määrän yhteys lapsen mielenterveyteen ja hyvinvointiin, vanhempien kokeman trauman jälkeisen kasvun ja perheen ilmapiirin yhteys lapsen mielenterveyteen ja hyvinvointiin sekä vanhempien kokeman trauman jälkeisen kasvun ja perheen ilmapiirin suojaava vaikutus.

## 2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 2.1. Tutkittavat ja tutkimusasetelma

Tämän tutkimuksen tutkittavat ovat 325 palestiinalaislasta vanhempineen. Tutkimus pohjautuu laajempaan tutkimusprojektiin, jossa tutkittiin intervention vaikutusta sodan keskellä eläneiden palestiinalaislasten hyvinvointiin. Interventiotutkimukseen osallistui 482 10–13-vuotiasta lasta ja heidän vanhempansa. Otoksen keräämistä varten valittiin kaksi aluetta, Pohjois-Gaza sekä Gazan kaupunki, jotka molemmat olivat pommituksen kohteina vuosina 2008–2009. Tämän jälkeen valittiin yhteensä neljä koulua: kummaltakin alueelta valittiin kaksi koulua satunnaisotannalla opetusministeriöltä saadusta numeroidusta listasta. Kolmanneksi kustakin koulusta valittiin kaksi tyttöluokkaa ja kaksi poikaluokkaa satunnaisotannalla (arpomalla). Tutkimukseen osallistui siis



lapsia yhteensä kuudeltatoista eri viidenneltä tai kuudennelta luokalta. Lasten vanhemmat saivat tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta kirjallista tietoa ja antoivat suullisesti luvan lapsen osallistua tutkimukseen. Tämän tutkimuksen aineisto on poikkileikkausaineisto, joka koostuu interventiotutkimuksen alkumittauksen tiedoista, jotka kerättiin huhtikuussa 2009. Aineisto kerättiin erilaisilla arabiaksi käännettyillä itsearviointilomakkeilla.

Tähän tutkimukseen valittiin interventiotutkimuksen perusjoukosta vain ne lapset, joiden molemmat vanhemmat osallistuivat tutkimukseen. Aineistoksi valikoitui siten 325 lasta vanhempineen. Lapset olivat 10–13-vuotiaita (ka = 11.27, kh = .68), ja hieman yli puolet heistä (56.3 %) oli tyttöjä. Tätä valittua osajoukkoa verrattiin tutkimuksen perusjoukkoon lasten taustamuuttujien osalta: valitut lapset edustivat taustamuuttujiltaan pääasiassa perusjoukkoa. Tässä tutkimuksessa käytetyssä otoksessa oli kuitenkin alkuperäistä otosta enemmän tyttöjä: tässä otoksessa tyttöjä oli 56.3 %, kun alkuperäisessä otoksessa heitä oli 49.8 %. Lisäksi käytetyssä otoksessa eri koulut eivät olleet yhtä tasaisesti edustettuina: alkuperäisessä otoksessa tutkittavat olivat varsin tasaisesti eri kouluista (osuudet 24.5–25.9 %), kun käytetyssä osaotoksessa eri koulujen osuudet vaihtelivat enemmän (20.0–29.5 %).

## 2.2. Tutkimuksen menetelmät ja muuttujat

**Lapsen kokemat sotatraumat.** Lapsen kokemien sotatraumojen määrää tutkittiin kyselylomakkeella, joka sisälsi 29 erilaista tapahtumaa, joita lapset ovat saattaneet sodassa kohdata (esimerkiksi "Näitkö ystäväsi haavoittuvan?", "Pidätettiinkö joku perheenjäsenesi?" ja "Onko sinua ammuttu?"; Qouta ym., 2005; United Nations Human Rights Council, 2009). "Kyllä"-vastaukset laskettiin yhteen ja muodostettiin jatkuva muuttuja (vaihteluväli 0–29), joka kuvaa lasten kokemien sotatraumojen määrää.

**Vanhempien trauman jälkeinen kasvu.** Vanhempien trauman jälkeistä kasvua mitattiin Posttraumatic Growth Inventorylla (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996). PTGI on kysely, joka mittaa yksilön kokemuksia traumaattisen kokemuksen jälkeisistä myönteisistä muutoksista. Se sisältää 21 väittämää, joiden paikkansapitävyyttä vastaaja arvioi viisiportaisella Likert-asteikolla (1 = ei lainkaan, 5 = erittäin paljon). Väittämistä muodostuu viisi faktoria: uudet mahdollisuudet (esimerkiksi "Olen kehittänyt uusia kiinnostuksen kohteita"), toisiin liittyminen (esimerkiksi "Panostan ihmissuhteisiini"), henkilökohtainen vahvuus (esimerkiksi "Huomasin, että olen vahvempi kuin luulin"), hengellinen muutos (esimerkiksi "Ymmärrän paremmin hengellisiä asioita") sekä elämän arvostaminen (esimerkiksi "Arvostan jokaista päivää"). PTGI:llä on hyvä

sisäinen konsistenssi sekä hyväksyttävällä tasolla oleva uudelleentestausreliabiliteetti ja rakenne-, konvergenssi- ja erotteluvaliditeetti (Tedeschi & Calhoun, 1996). Tässä aineistossa käytettiin 20 osiota, ja vanhempien vastauksista muodostettiin yksi yhteinen keskiarvosummamuuttuja (vaihteluväli 1–5). Tässä otoksessa Cronbachin alfa oli .90.

***Perheen ilmapiiri.*** Lapsen kokemusta läheisen kotiympäristön ilmapiiristä tutkittiin Family Ambiance Scale -mittarilla (FAS; Khamis, 2000b). Mittari sisältää seitsemän väittämää, jotka kuvaavat lapsen subjektiivista näkemystä siitä, ovatko perheen kanssakäymistavat luonteeltaan jännittyneitä ja hermostuneita vai rauhallisia ja rentoja (esimerkiksi "Hyvin usein pelkään ilmaista itseäni kotona"). Lapset arvioivat väittämien paikkansapitävyyttä viisiportaisella Likert-asteikolla (1 = vahvasti eri mieltä, 5 = vahvasti samaa mieltä). Analyysivaiheessa muuttujat käännettiin siten, että suurempi luku tarkoitti parempaa arviota perheen ilmapiiristä. Vastauksista muodostettiin summamuuttuja (vaihteluväli 7–35). Cronbachin alfa oli .65.

***Lapsen mielenterveys.*** Lasten mielenterveyttä arvioitiin käyttäen Goodmanin (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) –mittaria. Mittari koostuu 25 väittämästä ja viidestä asteikosta: tunne-elämän vaikeudet (esimerkiksi "Olen hyvin ahdistunut, murehdin paljon"), käyttäytymisen vaikeudet (esimerkiksi "Suutun kovasti ja menetän malttini usein"), vaikeudet kaverisuhteissa (esimerkiksi käänteinen väittämä "Minulla on vähintään yksi hyvä ystävä"), ylivilkkaus (esimerkiksi "Olen levoton, en pysy paikallani pitkään") sekä prososiaalisuus (esimerkiksi "Välitän muiden ihmisten tunteista"). Tässä tapauksessa muodostettiin kolme asteikkoa: internalisaatioasteikko, joka muodostuu kaverisuhteita ja tunne-elämää kartoittavista väittämistä, eksternalisaatioasteikko, joka muodostuu käyttäytymiseen ja ylivilkkauteen liittyvistä väittämistä. Prososiaalisuusasteikko säilyy ennallaan, mutta sitä ei käytetty tämän tutkimuksen analyyseissä. Lapset arvioivat kolmiportaisella Likert-asteikolla, kuinka hyvin kunkin osion kuvaus pätee häneen (0 = ei päde, 2 = pätee varmasti). Lasten vastauksista muodostettiin summamuuttujat, jotka kuvaavat lasten arviota internalisaatio- (vaihteluväli 0–20) ja eksternalisaatio-oireistaan (vaihteluväli 0–20). Cronbachin alfa oli internalisaatioasteikon osalta .47 ja eksternalisaatioasteikon osalta .63.

***Lapsen traumaperäiset stressioireet.*** Lapsen traumaperäisiä stressioireita arvioitiin käyttäen Children's Revised Impact of Event Scale -kyselylomaketta (CRIES-13; Smith, Perrin, Dyregrov, & Yule, 2003). Mittarissa on 13 osiota. Mittarilla tarkastellaan kolmea keskeistä traumaperäistä stressioiretta: uudelleen kokemista (esimerkiksi "Ajatteletko traumaattista tapahtumaa haluamattasi?"), välttämistä (esimerkiksi "Yritätkö välttää paikkoja ja ihmisiä, jotka muistuttavat sinua traumaattisesta tapahtumasta?") sekä kohonnutta vireystilaa (esimerkiksi "Oletko jatkuvasti valppaana ja odotat yllättäviä asioita tapahtuvan?"). Lapset arvioivat neliportaisella Likert-

asteikolla, kuinka usein heillä on esiintynyt kutakin oiretta (0 = ei lainkaan, 1 = harvoin, 3 = joskus, 5 = usein). Vastauksista muodostettiin summamuuttuja (vaihteluväli 0–65). Cronbachin alfa oli .59.

**Lapsen psykososiaalinen hyvinvointi.** Lapsen psykososiaalista hyvinvointia mitattiin käyttäen The Mental Health Continuum–Short Form -mittaria (MHC-SF; Keyes ym., 2008). Mittarilla kartoitetaan hyvinvoinnin emotionaalista (esimerkiksi onnellisuus ja tyytyväisyys; ”Olen onnellinen”), psykologista (esimerkiksi myönteiset ihmissuhteet ja itsensä hyväksyminen; ”Suhteeni toisiin ihmisiin ovat lämpimiä ja luottavaisia”) sekä sosiaalista (esimerkiksi sosiaalinen osallistuminen ja koherenssi; ”Olen tärkeä koulussani ja yhteisössäni”) osa-aluetta. Mittari sisältää 13 väittämää, ja lapset arvioivat viisiportaisella Likert-asteikolla, kuinka usein he ovat tunteneet tai ajatelleet tiettyjä tunteita ja ajatuksia viimeisen kuukauden aikana (1 = ei koskaan, 5 = joka päivä). Vastauksista muodostettiin yksi summamuuttuja (vaihteluväli 13–65). Cronbachin alfa oli .82.

### 2.3. Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa käytettiin IBM SPSS Statistics 23 -ohjelmistoa. Tutkittavien taustatietoja tarkasteltiin keskiarvo- ja keskihajontatietojen sekä jakaumatarkasteluiden avulla. Äitien ja isien kasvukokemuksia vertailtiin riippuvien otosten t-testillä. Tyttöjen ja poikien sekä eri ikäryhmien kokemien sotatraumojen määriä, kokemuksia perheen ilmapiiristä, internalisaatio-, eksternalisaatio- ja traumaperäisiä stressioireista sekä psykososiaalisesta hyvinvoinnista vertailtiin riippumattomien otosten t-testillä. Taustamuuttujien, selittävien ja selitettävien muuttujien yhteyksiä tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimella.

Muuttujien jakaumia tarkasteltiin Kolmogorovin-Smirnovin normaalisuustestillä, joka hylkäsi oletukset muuttujien normaalista jakautumisesta. Kolmogorovin-Smirnovin testillä on kuitenkin taipumus hylätä normaalijakaumaoletus liian herkästi havaintojen määrän ollessa suuri (Metsämuuronen, 2001). Niinpä jakaumia tarkasteltiin myös histogrammeihin. Silmämääräisesti arvioiden jakaumien histogrammit todettiin pääosin riittävän normaalisti jakautuneiksi. Lisäksi Metsämuuronen (2001) mukaan monimuuttujamenetelmät ovat vakaita menetelmiä, joilla voidaan saada luotettavia tuloksia, vaikka normalisuusoletukset eivät täysin toteutuisikaan. Näin ollen päädyttiin käyttämään parametristä regressioanalyysiä, sillä otoskoko on isohko ja regressioanalyysillä tutkimustulokset ovat tarkempia kuin epäparametrisillä testeillä.

Tutkimuskysymyksiä tarkasteltiin hierarkkisilla regressioanalyyseillä. Selitettävänä muuttujina regressioanalyyseissä olivat lapsen internalisaatio-, eksternalisaatio- ja traumaperäiset stressioireet sekä psykososiaalinen hyvinvointi. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastattiin

neljällä hierarkkisella regressioanalyysillä. Toiseen tutkimuskysymykseen vastattiin yhteensä kahdeksalla hierarkkisella regressioanalyysillä. Ensimmäisen ja toisen tutkimuskysymyksen analyyseissä ensimmäisellä askeleella kontrolloitiin muiden muuttujien kanssa tilastollisesti merkitsevästi korreloineet taustamuuttujat (lapsen ikä, sukupuoli, perheen tulotaso sekä äidin ja isän koulutustasot). Toisella askeleella malleihin lisättiin lapsen kokemien sotatraumojen, vanhempien trauman jälkeisen kasvun tai perheen ilmapiirin summamuuttuja.

Kolmatta tutkimuskysymystä (muuntaako vanhempien trauman jälkeinen kasvu tai perheen ilmapiiri lapsen kokemien sotatraumojen määrän sekä oireiden ja hyvinvoinnin välistä yhteyttä) tutkittiin myös hierarkkisilla regressioanalyysillä, joita tehtiin yhteensä kahdeksan. Analyysejä varten selittävä muuttuja (lapsen kokemat sotatraumat) sekä moderoivat muuttujat (vanhempien trauman jälkeinen kasvu tai perheen ilmapiiri) standardoitiin, ja lisäksi niistä tehtiin kaksi interaktiotermiä kertomalla lapsen kokemien sotatraumojen ja vanhempien trauman jälkeisen kasvun tai perheen ilmapiirin standardoidut muuttujat. Ensimmäisellä askeleella malliin lisättiin taustamuuttujat, toisella askeleella moderaattori (trauman jälkeinen kasvu tai perheen ilmapiiri), kolmannella askeleella selittävä muuttuja (traumojen määrä) ja neljännellä askeleella interaktiotermi.

### **3. TULOKSET**

#### **3.1. Kuvailevat tulokset**

Tutkimuksen osallistui vanhempineen 325 palestiinalaislasta, joista hieman yli puolet (56 %) oli tyttöjä ja hieman alle puolet poikia. Taulukkoon 1 on koottu osallistujien taustatietoja. Lapset olivat 10–13-vuotiaita, ja heidän keski-ikänsä oli 11.27 vuotta ( $kh = .68$ ). Lapsista noin kolmannes (34 %) oli kokenut vähän (0–5) traumaattisia kokemuksia, hieman yli kolmannes (36 %) kohtalaisesti (6–9) traumaattisia kokemuksia ja hieman alle kolmannes (30 %) paljon (10–29) traumaattisia kokemuksia. Keskimäärin lapset olivat kokeneet 8.07 ( $kh = 4.89$ ) traumaattista kokemusta.

Lasten äidit olivat 25–65-vuotiaita ( $ka = 37.48$ ,  $kh = 7.13$ ). Noin puolella (53 %) heistä oli perusasteen tai valmistavan asteen koulutus, loppuilla toisen asteen koulutus tai yliopistokoulutus. Valtaosa (93 %) työskenteli kotiäitinä, ja harvempi kuin joka kymmenes (7 %) kävi töissä kodin ulkopuolella.

Isät olivat 28–67-vuotiaita (ka = 42.18, kh = 7.47). Myös isistä noin puolella (49 %) oli perustai valmistavan asteen koulutus, ja puolella toisen asteen koulutus tai yliopistokoulutus. Isistä noin puolet (48 %) työskenteli työntekijöinä, virkamiehinä tai yrittäjinä, ja puolet oli työttömiä.

Noin puolet (47 %) tutkimukseen osallistuneista perheistä asui Pohjois-Gazassa, ja puolet Gazan kaupungissa. Valtaosa (84 %) asui kaupungissa, reilu kymmenennes (12 %) kylässä ja loput (3 %) pakolaisleirillä. Suurimmassa osassa (63 %) perheistä tulotaso oli alle 1000 sekeliä. Noin neljänneksessä perheistä (24 %) oli korkeintaan neljä perheenjäsentä, puolessa perheistä (50 %) viidestä seitsemään jäsentä ja noin neljänneksessä (27 %) oli vähintään kahdeksan perheenjäsentä. Valtaosa (63 %) lapsista eli ydinperheessä, vajaa kolmannes (29 %) laajennetussa perheessä ja loput heimossa (8 %).

TAULUKKO 1. Tutkittavien taustatietoja.

		%	N
<b>Lapseen liittyvät muuttajat</b>			
Ikä	10–11 vuotta	62.8	204
	12–13 vuotta	37.2	121
Sukupuoli	Poika	43.7	142
	Tyttö	56.3	183
Lasten kokemat sotatraumat	0–5 kpl	33.5	109
	6–9 kpl	36.3	118
	10–29 kpl	30.2	98
<b>Äitiin liittyvät muuttajat</b>			
Ikä	25–36 vuotta	51.7	168
	37–65 vuotta	48.3	157
Koulutustaso	Matala <sup>a</sup>	52.6	171
	Korkea <sup>b</sup>	47.4	154
Työtilanne	Kotona	93.2	303
	Töissä <sup>c</sup>	6.8	22
<b>Isiin liittyvät muuttajat</b>			
Ikä	28–40 vuotta	51.1	166
	41–67 vuotta	48.9	159
Koulutustaso	Matala <sup>a</sup>	49.2	160
	Korkea <sup>b</sup>	50.8	165
Työtilanne	Töissä <sup>d</sup>	50.5	164
	Työtön	49.5	161
<b>Perheeseen liittyvät muuttajat</b>			
Asuinalue	Pohjois-Gaza	46.8	152
	Gazan kaupunki	53.2	173

Asuinpaikka	Kaupunki	84.3	274
	Kylä	12.3	40
	Pakolaisleiri	3.4	11
Tulotaso	Alle 1000 sekeliä	62.5	203
	Vähintään 1000 sekeliä	37.5	122
Perheen koko	4 tai alle	23.5	76
	5–7	49.7	161
	8 tai enemmän	26.9	87
Perhetyyppi	Ydinperhe	62.5	203
	Laajempi perhe	29.2	95
	Heimo	8.3	27

<sup>a</sup> perus- tai valmistava aste, <sup>b</sup> toinen aste tai yliopisto, <sup>c</sup> työntekijä tai virkamies, <sup>d</sup> työntekijä, virkamies tai yrittäjä

Taulukko 2 esittää vanhempien kokeman trauman jälkeisen kasvun. Vanhempien yhteenlasketun kasvun keskiarvo oli 3.69 (kh = .51). Äidit ja isät kokivat kasvua saman verran kaikilla kasvun osa-alueilla. Vanhemmat kokivat kasvun ala-alueista vahvimmin spirituaalista muutosta ja vähiten ihmissuhteisiin liittyvää kasvua.

TAULUKKO 2. Äitien ja isien trauman jälkeinen kasvu.

	Äidit		Isät		t
	Ka	Kh	Ka	Kh	
<b>Trauman jälkeinen kasvu</b>	3.67	0.55	3.69	0.58	.71
Elämän arvostaminen	3.71	0.74	3.74	0.76	.63
Toisiin liittyminen	3.48	0.67	3.51	0.67	1.01
Henkilökohtainen vahvuus	3.56	0.73	3.61	0.79	1.14
Uudet mahdollisuudet	3.54	0.81	3.55	0.82	0.30
Spirituaalinen muutos	4.08	0.83	4.06	0.86	-.48

Taulukko 3 esittää lasten kokemien sotatraumojen ja psyykkisten oireiden ja hyvinvoinnin keskiarvot ja hajonnat sukupuolen ja iän mukaan. Tytöt olivat kokeneet keskimäärin 6.8 traumaa, kun pojat olivat kokeneet traumaattisia kokemuksia keskimäärin 9.7 ( $t(323) = -5.21, p < .001$ ). Ikäryhmät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi koettujen traumojen määrässä. Lasten perheilmapiiriarvion keskiarvo oli 22.99 (kh = 5.34); tytöt arvioivat perheensä ilmapiiriin

paremmaksi kuin pojat ( $t(306) = 4.45, p < .001$ ). Ikäryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi arvioissaan perheensä ilmapiiristä. Pojat arvioivat itsellään olevan tyttöjä enemmän sekä internalisaatio- ( $t(323) = -2.22, p < .05$ ) että eksternalisaatio-oireita ( $t(323) = -3.57, p < .001$ ). Ikäryhmät eivät eronneet toisistaan internalisaatio- ja eksternalisaatio-oireiden määrässä. 12–13-vuotiailla oli traumaperäisiä stressioireita 10–11-vuotiaita enemmän ( $t(323) = -2.13, p < .05$ ). Sukupuoli ei ollut yhteydessä traumaperäisten stressioireiden esiintyvyyteen. Tytöt arvioivat psykososiaalisen hyvinvointinsa paremmaksi kuin pojat ( $t(323) = 2.59, p < .05$ ). Ikäryhmät eivät eronneet toisistaan psykososiaalisessa hyvinvoinnissa. Taustamuuttujien, selittävien ja selitettävien muuttujien väliset korrelaatiot on koottu Taulukkoon 4.

TAULUKKO 3. Lasten traumojen määrä, psykososiaalinen hyvinvointi, traumaperäiset stressioireet sekä mielenterveys sukupuolen ja iän mukaan.

Muuttuja	Sukupuoli				t	Ikä				t
	Tyttö		Poika			10–11		12–13		
	Ka	Kh	Ka	Kh		Ka	Kh	Ka	Kh	
Lapsen kokemat sotatraumat	6.83	4.10	9.66	5.37	<b>-5.21***</b>	7.84	5.16	8.46	4.40	-1.16
Perheen ilmapiiri <sup>a</sup>	24.13	5.22	21.48	5.15	<b>4.45***</b>	22.99	4.97	23.00	5.94	-.02
Internalisaatio-oireet	7.32	2.99	8.08	3.17	<b>-2.22*</b>	7.52	3.26	7.87	2.78	-.97
Eksternalisaatio-oireet	4.98	3.38	6.35	3.50	<b>-3.57***</b>	5.60	3.81	5.55	2.88	.13
Traumaperäiset stressioireet	29.44	9.70	29.69	10.67	-.22	28.63	9.60	31.09	10.80	<b>-2.13*</b>
Psykososiaalinen hyvinvointi	48.96	9.64	46.21	9.35	<b>2.59*</b>	47.63	9.88	47.97	9.12	-0.31

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

<sup>a</sup>  $n = 308$

TAULUKKO 4. Muuttujien keskinäiset (Pearsonin) korrelaatiot.

Muuttujat	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
<b>Taustamuuttujat</b>												
1. Lapsen ikä (jatkuva)	-											
2. Sukupuoli <sup>1</sup>	-.19**	-										
3. Perheen tulotaso <sup>2</sup>	-.07	.07	-									
4. Äidin koulutustaso <sup>3</sup>	-.06	.03	.22***	-								
5. Isän koulutustaso <sup>3</sup>	-.15**	.10	.32***	.42***	-							
<b>Lapsen kokemat sotatraumat</b>												
6. Lapsen kokemat sotatraumat	-.03	.29***	-.02	.02	-.01	-						
<b>Trauman jälkeinen kasvu</b>												
7. Vanhempien trauman jälkeinen kasvu	.03	-.08	.04	-.02	.13*	-.01	-					
<b>Perheen ilmapiiri</b>												
8. Perheen ilmapiiri	.05	-.25***	.13*	.12*	.09	-.16**	.01	-				
<b>Oire- ja hyvinvointimuuttujat</b>												
9. Internalisaatio-oireet	-.01	.12*	-.10	-.09	-.17**	.20***	-.10	-.26***	-			
10. Eksternalisaatio-oireet	.09	.20***	.06	-.11*	-.16**	.19**	-.11*	-.25***	.49***	-		
11. Traumaperäiset stressioireet	.07	.01	.00	-.08	-.01	.08	-.05	-.17**	.16**	.10	-	
12. Psykososiaalinen hyvinvointi	.09	-.14*	.11*	.08	.14*	-.09	.14**	.33***	-.18**	-.25***	-.06	-

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

<sup>1</sup> = 0 = tyttö, 1 = poika

<sup>2</sup> = 1 = alle 1000, 2 = 1000 tai yli

<sup>3</sup> = 1 = perus- tai valmistavan asteen koulutus, 2 = toisen asteen koulutus tai yliopistokoulutus

### 3.2. Lapsen kokemien sotatraumojen yhteys lapsen oire- ja hyvinvointimuuttujiin

Lapsen kokemat sotatraumat olivat yhteydessä lapsen oirehdintaan osittain. Lapsen kokemat sotatraumat korreloivat internalisaatio- ( $r = .20$ ,  $p < .001$ ) ja eksternalisaatio-oireiden ( $r = .19$ ,  $p < .01$ ; ks. Taulukko 4) kanssa. Taulukosta 5 nähdään, että lasten kokemat sotatraumat myös selittivät oiremuuttujista internalisaatio- ( $\beta = .17$ ,  $p < .01$ ) ja eksternalisaatio-oireita ( $\beta = .14$ ,  $p < .05$ ). Toisin sanoen mitä useampia sotatraumakokemuksia lapsi oli kokenut, sitä enemmän hän arvioi itsellään olevan internalisaatio- ja eksternalisaatio-oireita. Lasten kokemat sotatraumat selittivät internalisaatio-oireiden vaihtelusta noin kolme prosenttia ja eksternalisaatio-oireiden vaihtelusta noin kaksi prosenttia. Lasten kokemat sotatraumat eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä traumaperäisiin stressioireisiin tai psykososiaaliseen hyvinvointiin.



TAULUKKO 5. Lapsen oire- ja hyvinvointimuuttujien selittyminen lapsen kokemilla sotatraumoilla (hierarkkinen regressioanalyysi, n = 325).

Selittäjät	Internalisaatio-oireet			Eksternalisaatio-oireet			Traumaperäiset stressioireet			Psykososiaalinen hyvinvointi		
	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$
<b>Askel 1: Taustamuuttujat</b>		.05**	.05**		.08***	.08***		.01	.01		.06**	.06**
1. Ikä (jatkuva)	-.02			-.08			.08			.09		
2. Sukupuoli	.09			.16**			.00			-.13*		
3. Tulotaso <sup>2</sup>	-.05			-.02			.01			.08		
4. Äidin koulutus <sup>3</sup>	-.02			-.06			-.09			.01		
5. Isän koulutus <sup>3</sup>	-.16*			-.15*			.04			.14*		
<b>Askel 2: Lapsen kokemat sotatraumat</b>		.03**	.08**		.02*	.10***		.01	.02		.00	.06
6. Lapsen kokemat sotatraumat	.17**			.14*			.08			-.05		

\*p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

$\beta$  = standardoitu regressiokerroin mallin viimeiseltä askeleelta

$\Delta R^2$  = selitysasteen muutos, kun askeleen kaikki muuttujat ovat mukana

$R^2$  = selitysaste, kun kaikki askeleen muuttujat ovat mukana

<sup>1</sup> = 0 = tyttö, 1 = poika

<sup>2</sup> = 0 = alle 1000, 2 = 1000 tai yli

<sup>3</sup> = 1 = alakoulu tai valmistava aste, 2 = toisen asteen koulutus tai yliopisto

### 3.3. Vanhempien trauman jälkeisen kasvun ja perheen ilmapiirin yhteys lapsen oire- ja hyvinvointimuuttujiin

Vanhempien trauman jälkeinen kasvu ei ollut yhteydessä lapsen oirehdintaan. Vanhempien trauman jälkeisen kasvun ja eksternalisaatio-oireiden välillä oli tilastollisesti merkitsevä käänteinen korrelaatio ( $r = -.11$ ,  $p < .05$ ; ks. Taulukko 4), mutta kasvu ei selittänyt eksternalisaatio-oireita regressioanalyysissä (ks. Taulukko 6). Sen sijaan vanhempien trauman jälkeinen kasvu oli yhteydessä lapsen psykososiaaliseen hyvinvointiin ( $r = .14$ ,  $p < .01$ ;  $\beta = .11$ ,  $p < .05$ ; ks. Taulukot 4 ja 6). Tämä tarkoittaa sitä, että mitä enemmän vanhemmat kokivat trauman jälkeistä kasvua, sitä paremmaksi lapset arvioivat psykososiaalisen hyvinvointinsa. Vanhempien trauman jälkeinen kasvu selitti psykososiaalisen hyvinvoinnin vaihtelusta noin yhden prosentin verran.

Perheen ilmapiiri oli yhteydessä lapsen oirehdintaan ja hyvinvointiin. Perheen ilmapiiri korreloi tilastollisesti merkitsevästi kaikkien selitettävien muuttujien kanssa (ks. Taulukko 4). Taulukosta 7 nähdään, että perheen ilmapiiri myös selitti kaikkia selitettäviä muuttujia: internalisaatio-oireita ( $\beta = -.22$ ,  $p < .001$ ), eksternalisaatio-oireita, ( $\beta = -.19$ ,  $p < .01$ ), traumaperäisiä stressioireita ( $\beta = -.18$ ,  $p < .01$ ) sekä psykososiaalista hyvinvointia ( $\beta = .30$ ,  $p < .001$ ). Toisin sanoen mitä paremmaksi lapset arvioivat perheensä ilmapiirin, sitä vähemmän he arvioivat itsellään olevan internalisaatio-, eksternalisaatio- ja traumaperäisiä stressioireita ja sitä paremmaksi he arvioivat psykososiaalisen hyvinvointinsa. Internalisaatio-oireiden vaihtelusta perheen ilmapiiri selitti noin neljä prosenttia, eksternalisaatio- ja traumaperäisten stressioireiden vaihtelusta noin kolme prosenttia sekä psykososiaalisen hyvinvoinnin vaihtelusta noin kahdeksan prosenttia.

TAULUKKO 6. Lapsen oire- ja hyvinvointimuuttujien selittyminen vanhempien trauman jälkeisellä kasvulla (hierarkkinen regressioanalyysi, n = 325).

Selittäjät	Internalisaatio-oireet			Eksternalisaatio-oireet			Traumaperäiset stressioireet			Psykososiaalinen hyvinvointi		
	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$
<b>Askel 1: Taustamuuttujat</b>		.05**	.05**		.08***	.08***		.01	.01		.06**	.06**
1. Ikä (jatkuva)	-.01			-.08			.08			.09		
2. Sukupuoli	.14*			.20**			.02			-.14*		
3. Tulotaso <sup>2</sup>	-.06			-.02			.01			.08		
4. Äidin koulutus <sup>3</sup>	-.02			-.06			-.10			.02		
5. Isän koulutus <sup>3</sup>	-.15*			-.15*			.05			.12		
<b>Askel 2: Trauman jälkeinen kasvu</b>		.01	.06**		.01	.09***		.00	.02		.01*	.07**
6. Vanhempien trauman jälkeinen kasvu	-.07			-.08			-.06			.11*		

\*p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

$\beta$  = standardoitu regressiokerroin mallin viimeiseltä askeleelta

$\Delta R^2$  = selitysasteen muutos, kun askeleen kaikki muuttujat ovat mukana

$R^2$  = selitysaste, kun kaikki askeleen muuttujat ovat mukana

<sup>1</sup> = 0 = tyttö, 1 = poika

<sup>2</sup> = 0 = alle 1000, 2 = 1000 tai yli

<sup>3</sup> = 1 = alakoulu tai valmistava aste, 2 = toisen asteen koulutus tai yliopisto

TAULUKKO 7. Lapsen oire- ja hyvinvointimuuttujien selittyminen perheen ilmapiirillä (hierarkkinen regressioanalyysi, n = 308).

Selittäjät	Internalisaatio-oireet			Eksternalisaatio-oireet			Traumaperäiset stressioireet			Psykososiaalinen hyvinvointi		
	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$
<b>Askel 1: Taustamuuttujat</b>		.06**	.06**		.08***	.08***		.01	.01		.07**	.07**
7. Ikä (jatkuva)	-.01			-.07			.07			.11*		
8. Sukupuoli	.08			.14*			-.03			-.06		
9. Tulotaso <sup>2</sup>	-.03			.00			.05			.03		
10. Äidin koulutus <sup>3</sup>	.00			-.06			-.05			-.03		
11. Isän koulutus <sup>3</sup>	-.17**			-.14*			.03			.16*		
<b>Askel 2: Perheen ilmapiiri</b>		.04***	.10***		.03**	.11***		.03**	.04		.08***	.15***
12. Perheen ilmapiiri	-.22***			-.19**			-.18**			.30***		

\*p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

$\beta$  = standardoitu regressiokerroin mallin viimeiseltä askeleelta

$\Delta R^2$  = selitysasteen muutos, kun askeleen kaikki muuttujat ovat mukana

$R^2$  = selitysaste, kun kaikki askeleen muuttujat ovat mukana

<sup>1</sup> = 0 = tyttö, 1 = poika

<sup>2</sup> = 0 = alle 1000, 2 = 1000 tai yli

<sup>3</sup> = 1 = alakoulu tai valmistava aste, 2 = toisen asteen koulutus tai yliopisto

### **3.4. Lapsen kokemien sotatraumojen yhteys lapsen oire- ja hyvinvointimuuttujiin: vanhempien trauman jälkeinen kasvu ja perheen ilmapiiri yhteyttä muuntavina tekijöinä**

Vanhempien trauman jälkeinen kasvu tai myönteinen perheilmapiiri ei suojannut lasten mielenterveyttä ja hyvinvointia lasten kokemien sotatraumojen kasaantuessa. Tulokset osoittivat, että kumpikaan interaktiotermeistä (vanhempien trauman jälkeinen kasvu \* lapsen kokemat sotatraumat tai perheen ilmapiiri \* lapsen kokemat sotatraumat) ei ollut tilastollisesti merkitsevä selittäjä yhdenkään lapsen oire- tai hyvinvointimuuttujan osalta (ks. Taulukot 8–9).

TAULUKKO 8. Lapsen oire- ja hyvinvointimuuttujien selittyminen lapsen kokemilla sotatraumoilla, vanhempien kokema trauman jälkeinen kasvu moderoina muuttujana (hierarkkinen regressioanalyysi, n = 325).

Selittäjät	Internalisaatio-oireet			Eksternalisaatio-oireet			Traumaperäiset stressioireet			Psykososiaalinen hyvinvointi		
	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$
<b>Askel 1: Taustamuuttujat</b>		.05**	.05**		.08***	.08***		.01	.01		.06**	.06**
1. Ikä (jatkuva)	-.01			-.08			.08			.09		
2. Sukupuoli <sup>1</sup>	-.09			.15**			-.00			-.12*		
3. Tulotaso <sup>2</sup>	-.05			-.02			.01			.08		
4. Äidin koulutus <sup>3</sup>	-.02			-.06			-.10			.02		
5. Isän koulutus <sup>3</sup>	-.15*			-.14*			.05			.12		
<b>Askel 2: Trauman jälkeinen kasvu</b>		.01	.06**		.01	.08***		.00	.02		.01*	.07**
6. Vanhempien trauman jälkeinen kasvu	-.07			-.08			-.06			.12*		
<b>Askel 3: Lapsen kokemat sotatraumat</b>		.03**	.08***		.02*	.10***		.01	.02		.00	.07**
7. Lapsen kokemat sotatraumat	.17**			.14*			.08			-.05		
<b>Askel 4: Interaktio</b>		.00	.09***		.00	.10***		.00	.02		.00	.07**
8. Vanhempien trauman jälkeinen kasvu * lapsen kokemat sotatraumat	.04			-.04			-.03			.00		

\*p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

$\beta$  = standardoitu regressiokerroin mallin viimeiseltä askeleelta

$\Delta R^2$  = selityssasteen muutos, kun askeleen kaikki muuttujat ovat mukana

$R^2$  = selityssaste, kun kaikki askeleen muuttujat ovat mukana

<sup>1</sup> = 0 = tyttö, 1 = poika

<sup>2</sup> = 0 = alle 1000, 2 = 1000 tai yli

<sup>3</sup> = 1 = alakoulu tai valmistava aste, 2 = toisen asteen koulutus tai yliopisto

TAULUKKO 9. Lapsen oire- ja hyvinvointimuuttujien selittyminen lapsen kokemilla sotatraumoilla, perheen ilmapiiri moderoivana muuttujana (hierarkkinen regressioanalyysi, n = 308).

Selittäjät	Internalisaatio-oireet			Eksternalisaatio-oireet			Traumaperäiset stressioireet			Psykososiaalinen hyvinvointi		
	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$	$\beta$	$\Delta R^2$	$R^2$
<b>Askel 1: Taustamuuttujat</b>		.06**	.06**		.08***	.08***		.01	.01		.07**	.07**
1. Ikä (jatkuva)	-.02			-.09			.07			.10		
2. Sukupuoli <sup>1</sup>	.04			.11			-.04			-.06		
3. Tulotaso <sup>2</sup>	-.02			.01			.05			.04		
4. Äidin koulutus <sup>3</sup>	-.00			-.06			-.06			-.03		
5. Isän koulutus <sup>3</sup>	-.17**			-.15**			.03			.15*		
<b>Askel 2: Perheen ilmapiiri</b>		.04***	.10**		.03**	.11***		.03**	.04		.08***	.15***
6. Perheen ilmapiiri	-.21***			-.18**			-.17**			.30***		
<b>Askel 3: Lapsen kokemat sotatraumat</b>		.02*	.12**		.01	.12***		.00	.04		.00	.15***
7. Lapsen kokemat sotatraumat	.15*			.11*			.06			.00		
<b>Askel 4: Interaktio</b>		.00	.12**		.00	.13***		.00	.04		.00	.15***
8. Perheen ilmapiiri * lapsen kokemat sotatraumat	.04			.07			-.02			.03		

\*p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

$\beta$  = standardoitu regressiokerroin mallin viimeiseltä askeleelta

$\Delta R^2$  = selityssasteen muutos, kun askeleen kaikki muuttujat ovat mukana

$R^2$  = selityssaste, kun kaikki askeleen muuttujat ovat mukana

<sup>1</sup> = 0 = tyttö, 1 = poika

<sup>2</sup> = 0 = alle 1000, 2 = 1000 tai yli

<sup>3</sup> = 1 = alakoulu tai valmistava aste, 2 = toisen asteen koulutus tai yliopisto

## 4. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää sotatilanteessa elävien lasten mielenterveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Tutkittiin, miten lapsen kokemien sotatraumojen määrä, vanhempien kokema trauman jälkeinen kasvu sekä myönteinen perheilmapiiri olivat yhteydessä 10–13-vuotiaiden palestiinalaislasten mielenterveyteen ja hyvinvointiin. Tutkittiin myös, voiko vanhempien trauman jälkeinen kasvu tai myönteinen perheilmapiiri suojella lasta kasaantuvan sotatrauma-altistuksen kielteiseltä vaikutukselta lapsen mielenterveyteen ja hyvinvointiin. Tutkimus perustui poikkileikkausaineistoon. Tutkimus oli osa laajempaa Gazassa toteutettua pitkittäistutkimusprojektia, jonka tarkoitus oli tarkastella intervention vaikutusta palestiinalaislasten hyvinvointiin sotatilanteessa.

### 4.1. Tutkimuksen päätulokset

Lapsen kokemien sotatraumojen määrä oli yhteydessä lapsen runsaampiin internalisaatio- ja eksternalisaatio-oireisiin. Tulokset olivat samansuuntaisia, kuin esimerkiksi Thabetilla tutkimusryhmineen (2006, 2008) sekä Schiffillä (2006), jotka havaitsivat traumojen määrän olevan yhteydessä runsaampaan ahdistukseen, masennukseen ja käytösongelmiin. Sen sijaan lapsen kokemien sotatraumojen määrän ei havaittu olevan yhteydessä traumaperäisiin stressioireisiin tai psykososiaaliseen hyvinvointiin. Tämä on osittain ristiriidassa aiempien tutkimusten kanssa, joissa trauma-altistuksen on havaittu ennustavan runsaampia traumaperäisiä stressioireita (esim. Pat-Horenczyk ym., 2007a; Thabet ym., 2008). Toisaalta tulokset olivat samansuuntaisia kuin Bayerin ym. (2007) sekä Besserin ja Nerian (2012), joiden tutkimuksissa ei havaittu trauma-altistuksen olevan yhteydessä runsaampaan oirehdintaan. Samoin kuin tässä tutkimuksessa, myös Khamiksen (2015) tutkimuksessa suurempi traumojen määrä oli yhteydessä runsaampaan oirehdintaan joiltain osin, mutta ei kokonaisvaltaisesti.

Voi olla, että traumojen määrän mittaamiseen käytetty mittari ei täysin tavoittanut lapsen kokemien traumojen määrää. Mittari jättää huomioimatta sen, että lapsi on saattanut kokea jonkun tietyn traumaattisen tapahtuman useita kertoja; kunkin traumaattisen tapahtuman kohdalla vastattiin vain ”kyllä” tai ”ei”, ei sitä, kuinka monesti kullekin tapahtumalle on altistuttu. On siis mahdollista, että lapsi on todellisuudessa kokenut enemmän traumoja, kuin mitattu tulos antaa ymmärtää. Tämä voi ainakin osittain selittää sitä, ettei traumojen määrän havaittu olevan yhteydessä runsaampiin



traumaperäisiin stressioireisiin ja vähäisempään psykososiaaliseen hyvinvointiin. On myös esitetty, että lapsen traumareaktioiden kannalta subjektiivinen altistus (traumaattisesta tapahtumasta seuranneet kognitiiviset ja emotionaaliset kokemukset) on merkittävämpi lapsen oirehdinnan ennustaja kuin objektiivinen altistus, eli se, kuinka monelle traumaattiselle tapahtumalle lapsi on todellisuudessa altistunut (esim. Braun-Lewensohn ym., 2009). Subjektiivinen altistus jäi tämän tutkimuksen tarkastelun ulkopuolelle, mutta subjektiivinen altistus saattaa tässäkin tapauksessa olla merkittävämpi oire- ja hyvinvointimuuttujien ennustaja kuin se, kuinka monelle traumaattiselle tapahtumalle lapsi on altistunut objektiivisesti tarkasteltuna.

Vanhempien kokema trauman jälkeinen kasvu ei ollut yhteydessä lapsen oirehdintaan (internalisaatio-oireisiin, eksternalisaatio-oireisiin tai traumaperäisiin stressioireisiin). Tämä tulos on ristiriidassa Stephensonin ym. (2016) tutkimustulosten kanssa. Kasvu oli kuitenkin yhteydessä lapsen psykososiaaliseen hyvinvointiin; mitä enemmän vanhemmat kokivat kasvua, sitä paremmaksi lapset arvioivat psykososiaalisen hyvinvointinsa. Tätä tulosta on kuitenkin tulkittava varoen, sillä vanhempien trauman jälkeinen kasvu selitti lapsen psykososiaalisen hyvinvoinnin vaihtelusta varsin pienen osuuden.

Vanhempien trauman jälkeisen kasvun yhteyttä lapsen hyvinvointiin on tutkittu vielä vähän, joten vertailukelpoisia tutkimustuloksia on tarjolla rajallisesti. Hafstadin ym. (2010) tutkimuksessa kuitenkin havaittiin, että vanhempien trauman jälkeinen kasvu on yhteydessä lasten trauman jälkeiseen kasvuun. On muistettava, että trauman jälkeinen kasvu ja traumaperäiset stressioireet eivät ole saman muuttujan ääripäitä (Linley & Joseph, 2004), vaan myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia voidaan kokea samanaikaisesti (Calhoun & Tedeschi, 2006). Sekä lapset että vanhemmat saattavat siis kokea erilaisia reaktioita samanaikaisesti. Vaikka lapsen trauman jälkeinen kasvu ja psykososiaalinen hyvinvointi eivät ole täysin verrattavissa olevia muuttujia, voidaan tutkimustuloksiani pitää jossain määrin samansuuntaisina Hafstadin ym. (2010) tulosten kanssa: on mahdollista, että lapset samanaikaisesti kärsivät oireista ja kokivat silti voivansa jossain määrin hyvin silloin, kun heidän vanhempansa kokivat trauman jälkeistä kasvua. Vanhempien kokema traumaan liittyvä oirehdinta jäi tämän tutkimuksen tarkastelun ulkopuolelle, mutta aiempien tutkimustulosten perusteella on mahdollista, että kasvua kokeneet vanhemmat kärsivät myös traumaan liittyvistä oireista, joiden puolestaan on havaittu ennustavan lapsen reagointia traumaattisessa tilanteessa (esim. Thabet ym., 2008). Tämä voi selittää sitä, että vanhempien trauman jälkeinen kasvu ei ollut yhteydessä lasten vähäisempään oirehdintaan. Kaiken kaikkiaan tutkimustulokset antavat viitteitä siitä, että sekä lasten että vanhempien reagointi sotatilanteessa on moniulotteinen ilmiö.

Perheen ilmapiiri oli yhteydessä lapsen mielenterveyteen ja hyvinvointiin. Tämä tarkoittaa sitä, että mitä paremmaksi lapset arvioivat perheensä ilmapiirin, sitä vähemmän he arvioivat itsellään olevan internalisaatio- ja eksternalisaatio-oireita sekä traumaperäisiä stressioireita ja sitä paremmaksi he arvioivat psykososiaalisen hyvinvointinsa. Tutkimustulos tukee aiempia tutkimuksia, joissa myönteisen perheilmapiiirin on havaittu olevan yhteydessä lasten vähäisempään oirehdintaan traumaattisessa tilanteessa (esim. Khamis, 2005, 2006).

Vanhempien kokema trauman jälkeinen kasvu tai myönteinen perheilmapiiiri eivät kuitenkaan suojelleet lasta kasaantuvan sotatrauma-altistuksen kielteisiltä mielenterveysvaikutuksilta. Myös tämä saattaa liittyä ainakin osittain aiemmin mainittuun traumojen määrän mittaamisen ongelmaan ja toisaalta subjektiivisen altistuksen mahdollisesti keskeiseen rooliin lapsen traumareaktioiden kannalta (Braun-Lewensohn ym., 2009). Vaikka moderoivia yhteyksiä ei havaittu, tämän tutkimuksen suorien yhteyksien tarkastelu sekä aikaisemmat tutkimukset osoittavat, etteivät vanhempien trauman jälkeinen kasvu ja myönteinen perheilmapiiiri ole merkityksettömiä lapsen kannalta traumaattisessa tilanteessa.

#### **4.2 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset**

Perhesysteemisen teorian mukaan perhe reagoi traumaan systeeminä (Minuchin, 1974), ja aikaisemmat tutkimukset ovatkin osoittaneet, että vanhempien traumareaktioilla ja mielenterveydellä on merkitystä lapsen hyvinvoinnin kannalta traumaattisessa tilanteessa (esim. Punamäki ym., 2011; Qouta ym., 2005; Thabet ym., 2008). Usein on kuitenkin keskitytty vanhempien oireisiin tai niiden puuttumiseen – vanhempien trauman jälkeisen kasvun vaikutusta lapsiin on sen sijaan tutkittu vielä vähän. Tämä tutkimus lisää siis tietämystä vanhempien ja lasten traumareaktioiden yhteydestä, ja tätä uutta näkökulmaa voidaan pitää tutkimuksen vahvuutena. Tulokset vahvistavat myös käsitystä siitä, että perheen ilmapiiri on merkittävä tekijä lapsen mielenterveyden ja hyvinvoinnin kannalta vaikeissa ja traumaattisissa olosuhteissa, vaikka kasaantuvalta trauma-altistukselta suojaavaa vaikutusta ei havaittukaan.

Tulosten luotettavuuteen voi kuitenkin vaikuttaa se, että aineisto perustui täysin lasten ja vanhempien itsearviointeihin. Se, että lapset arvioivat sekä perheensä ilmapiirin että omat oireensa ja hyvinvointinsa, voi johtaa *common method variance* -ilmiöön; se tarkoittaa sitä, että muuttujien välillä voidaan havaita keinotekoinen korrelaatio, kun tarkasteltavien muuttujien tiedot ovat peräisin samasta tietolähteestä (ks. esim. Kline, Sulsky, & Rever-Moriyama, 2000). On myös huomioitava, että vaikka tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä havaittiin, selitysprosentit jäivät monilta osin

heikoiksi. Aineiston isohko koko sekä selitettävien muuttujien monipuolisuus (sekä oireet että hyvinvointi) voidaan kuitenkin laskea tutkimuksen eduksi.

Myönteistä on, että lähes kaikki tässä tutkimuksessa käytetyistä mittareista olivat standardoituja. Mittareiden reliabiliteetit olivat pääasiassa hyvällä tasolla, mutta traumaperäisten stressioireiden sekä internalisaatio-oireiden reliabiliteetit jäivät kuitenkin jossain määrin heikoiksi. Lisäksi analysointimenetelmäksi valittiin parametrinen menetelmä (hierarkkinen regressioanalyysi), vaikka normaalisuusoletukset eivät täysin toteutuneet. Nämä tekijät saattavat heikentää tutkimustulosten luotettavuutta.

Tutkimus perustui poikkileikkausaineistoon, joten varmoja päätelmiä syy-seuraussuhteista ei tulosten perusteella voida tehdä. Siqvelandin ym. (2012) tutkimuksessa havaittiin, että lapsen traumareaktiot ennustivat pitkittäistutkimusasetelmassa vanhempien trauman jälkeistä kasvua – on siis mahdollista, että lapsen hyvinvointi ennustaa vanhempien trauman jälkeistä kasvua eikä toisinpäin. Voi myös olla, että paremmin voivat lapset johtavat siihen, että perheen ilmapiiri on hyvä.

Yleistettävyyttä ajatellen on otettava huomioon tutkimuksen konteksti. Tutkittavat olivat 10–13-vuotiaita lapsia ja heidän vanhempiaan, jotka olivat eläneet sotatilanteessa Gazassa. Sotatilanne on monella tapaa erityislaatuinen elinolosuhde, joka asettaa monenlaisia haasteita perheille. On siis suhtauduttava varoen, kuinka tutkimustuloksia voidaan yleistää toisenlaisiin traumaattisiin tilanteisiin, kulttuureihin ja ikäryhmiin.

### **4.3 Tutkimuksen merkitys ja jatkotutkimustarpeet**

Tämä tutkimus tukee käsitystä siitä, että vanhempien traumareaktioilla ja perheeseen liittyvillä tekijöillä on merkitystä lasten hyvinvoinnin kannalta sotatilanteessa. Tulevaisuudessa olisi keskeistä tutkia tässä tutkimuksessa tarkasteltujen muuttujien yhteyksiä pitkittäistutkimusasetelmalla. Näin voitaisiin tehdä luotettavampia päätelmiä ilmiöiden syy-seuraussuhteista. Olisi kiinnostavaa tutkia erityisesti vanhempien trauman jälkeisen kasvun yhteyttä lapsen hyvinvointiin pitkittäisasetelmalla. On nimittäin havaittu, että trauman jälkeisen kasvun merkitys ja esimerkiksi sen suhde traumaperäisiin stressioireisiin vaihtelee sen mukaan, kuinka kauan traumaattisesta tapahtumasta on kulunut aikaa (Kimhi ym., 2010). Voisi olla myös hyödyllistä lisätä tutkimusasetelmaan vanhempien kokemat oireet ja toisaalta lapsen kokema trauman jälkeinen kasvu, jotta vanhempien ja lasten traumareaktioiden moniulotteisia yhteyksiä voitaisiin ymmärtää paremmin.

Jatkossa olisi lisäksi tärkeää tarkastella mekanismeja, jotka ovat tässä tutkimuksessa havaittujen yhteyksien taustalla. Vaikuttaako vanhempien trauman jälkeinen kasvu esimerkiksi vanhemmuuskäytäntöihin? Sosiaalisen tuen on havaittu suojelevan lasta traumaattisessa tilanteessa (Dimitry, 2012) – tarjoavatko kasvua kokevat vanhemmat herkemmin sosiaalista tukea lapselleen? Voi myös olla, että perheissä, joissa on hyvä ilmapiiri, keskustellaan enemmän traumaattisista tapahtumista ja niiden merkityksestä sekä toimivista selviytymiskeinoista, mikä saattaa edistää lapsen hyvinvointia haastavassa tilanteessa.

UNICEF:in (2016) tuoreen arvion mukaan peräti joka yhdeksäs maailman lapsista asuu sota-alueella. Sota-alueella eläminen aiheuttaa valtavasti kärsimystä. Onkin tärkeää aktiivisesti selvittää, millaiset tekijät voivat suojata lapsia sotatraumojen aiheuttamilta kielteisiltä vaikutuksilta. Tämä tutkimus lisäsi ymmärrystä vanhempien traumareaktioiden merkityksestä: se, että vanhemmat kokevat traumasta seuraavan myös myönteisiä psyykkisiä seurauksia, saattaa olla jossain määrin edullista lapsen hyvinvoinnin kannalta. Lisäksi myönteinen, kommunikoiva perheilmapiiri on keskeinen tekijä lapsen hyvinvoinnin kannalta traumaattisissa sotaolosuhteissa. Näitä tietoja voidaan hyödyntää sotatraumainterventioita suunniteltaessa. Tulokset viittaavat siihen, että lapsen kannalta saattaa olla hyödyllistä kiinnittää interventioissa huomiota koko perheeseen.

## LÄHTEET

- Al-Krenawi, A., Graham, J. R., & Kanat-Maymon, Y. (2009). Analysis of trauma exposure, symptomatology and functioning in Jewish Israeli and Palestinian adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, *195*(5), 427–432.
- Allwood, M. A., Bell-Dolan, D., & Husain, S. A. (2002). Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *41*(4), 450–457.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. painos). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Attanayake, V., McKay, R., Joffres, M., Singh, S., Burkle Jr, F., & Mills, E. (2009). Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. *Medicine, Conflict and Survival*, *25*(1), 4–19.
- Barber, B. K. (1999a). Political violence, family relations, and Palestinian youth functioning. *Journal of Adolescent Research*, *14*, 206–230.
- Barber, B. K. (2001). Political violence, social integration, and youth functioning: Palestinian youth from the Intifada. *Journal of Community Psychology*, *29*, 259–280.
- Bayer, C. P. & Klasen, F. & Adam, H. (2007): Association of trauma and PTSD symptoms with openness to reconciliation and feelings of revenge among former Ugandan and Congolese child soldiers. *JAMA*, *298*(5), 555–559
- Berger, R., & Weiss, T. (2009). The posttraumatic growth model: An expansion to the family system. *Traumatology*, *15*, 63–74.
- Besser, A., & Neria, Y. (2012). When home isn't a safe haven: insecure attachment orientations, perceived social support, and PTSD symptoms among Israeli evacuees under missile threat. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*, 34–46.

- Betancourt, T. S., Salhi, C., Buka, S., Leaning, J., Dunn, J., & Earls, F. (2012). Connectedness, social support and internalising emotional and behavioural problems in adolescents displaced by the Chechen conflict. *Disasters*, *36*(4), 635–655.
- Braun-Lewensohn, O., Celestin-Westreich, S., Celestin, L.-P., Verte, D. & Ponjaert-Kristoffersen, I. (2009). Adolescents' mental health outcomes according to different types of exposure to ongoing terror attacks. *Journal of Youth and Adolescence*, *38*, 850–862.
- Bush, N. E., Skopp, N. A., McCann, R., & Luxton, D. D. (2011). Posttraumatic growth as protection against suicidal ideation after deployment and combat exposure. *Military Medicine*, *176*(11), 1215–1222.
- Butler, L. D., Blasey, C. M., Garlan, R. W., McCaslin, S. E., Azarow, J., Chen, X., . . . Spiegel, D. (2005). Posttraumatic growth following the terrorist attacks of September 11, 2001: Cognitive, coping, and trauma symptom predictors in an internet convenience sample. *Traumatology*, *11*(4), 247–267.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2001). Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. Teoksessa R. A. Neimeyer (toim.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (s. 157–172). Washington, DC: American Psychological Association.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. Teoksessa L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (toim.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (s. 3–23). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cryder, C. H., Kilmer, R. P., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry*, *76*(1), 65–69.
- Dekel, S., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(1), 94–101.
- Dimitry, L. (2012). A systematic review on the mental health of children and adolescents in areas of armed conflict in the Middle East. *Child: Care, Health and Development*, *38*, 153–161.

- Farhood, L. F., Dimassi, H., & Lehtinen, T. (2006). Exposure to war-related traumatic events, prevalence of PTSD, and general psychiatric morbidity in a civilian population from southern Lebanon. *Journal of Transcultural Nursing, 17*(4), 336–340.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 5*(38), 581–586.
- Hafstad, G. S., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P., & Raeder, S. (2010). Parental adjustment, family functioning, and posttraumatic growth among Norwegian children and adolescents following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry, 80*(2), 248–257.
- Hall, B. J., Hobfoll, S. E., Canetti, D., Johnson, R. J., Palmieri, P. A., & Galea, S. (2010). Exploring the association between posttraumatic growth and PTSD: a national study of Jews and Arabs following the 2006 Israeli-Hezbollah war. *The Journal of nervous and mental disease, 198*(3), 180–186.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(5), 797–816.
- Hirsch, T. L., & Lazar, A. (2012). Experiencing processes of growth: Coping and PTG among mothers who were exposed to rocket attacks. *Traumatology, 18*(2), 50–60.
- Hunt, N. C. (2010). *Memory, war and trauma*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: toward a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J.P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 15*(3), 181–192.
- Khamis, V. (2000b). Child psychological maltreatment in Palestinian families. *Child Abuse & Neglect, 24*, 1047–1059.
- Khamis, V. (2005). Post-traumatic stress disorder among school age Palestinian children. *Child Abuse & Neglect, 29*(1), 81–95.
- Khamis, V. (2006). Family environment and parenting as predictors of attention-deficit and hyperactivity among Palestinian children. *Journal of Social Service Research, 32*(4), 99–116.

- Khamis, V. (2015). Coping with war trauma and psychological distress among school-age Palestinian children. *American journal of orthopsychiatry*, 85(1), 72–79.
- Kilmer, R. P. (2006). Resilience and posttraumatic growth in children. Teoksessa L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (toim.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (s. 264–288). Mahwah, New Jersey: Erlbaum.
- Kimhi, S., Eshel, Y., Zysberg, L., & Hantman, S. (2010). Postwar winners and losers in the long run: Determinants of war related stress symptoms and posttraumatic growth. *Community Mental Health Journal*, 46(1), 10–19.
- Kline, T. J. B., Sulsky, L. M., & Rever-Moriyama, S.D. (2000). Common method variance and specification errors: A practical approach to detection. *The Journal of Psychology*, 134, 401–421.
- Laor, N., Wolmer, L., Alon, M., Siev, J., Samuel, E. & Toren, P. (2006). Risk and protective factors mediating psychological symptoms and ideological commitment of adolescents facing continuous terrorism. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 279–286.
- Laufer, A., & Solomon, Z. (2009). Gender differences in PTSD in Israeli youth exposed to terror attacks. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 959–976.
- Leshem, B., Haj-Yahia, M. M., & Guterman, N. B. (2016). The role of family and teacher support in post-traumatic stress symptoms among Palestinian adolescents exposed to community violence. *Journal of Child and Family Studies*, 25(2), 488–502.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and psychopathology*, 19(3), 921–930.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425–444.
- Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2012). Child development in the context of disaster, war, and terrorism: Pathways of risk and resilience. *Annual review of psychology*, 63, 227–257.



- McCaslin, S. E., de Zoysa, P., Butler, L. D., Hart, S., Marmar, C. R., Metzler, T. J., & Koopman, C. (2009). The relationship of posttraumatic growth to peritraumatic reactions and posttraumatic stress symptoms among Sri Lankan university students. *Journal of Traumatic Stress, 22*(4), 334–339.
- Metsämuuronen, J. (2001). *Monimuuttujamenetelmien perusteet SPSS-ympäristössä*. Helsinki: International Methelp.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. MA: Harvard University Press.
- Montgomery, E., & Foldspang, A. (2001). Traumatic experience and sleep disturbance in refugee children from the Middle East. *European Journal of Public Health, 11*(1), 18–22.
- Neria, Y., Besser, A., Kiper, D., & Westphal, M. (2010). A longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and generalized anxiety disorder in Israeli civilians exposed to war trauma. *Journal of traumatic stress, 23*(3), 322–330.
- Pat-Horenczyk, R., Abramovitz, R., Peled, O., Brom, D., Daie, A., & Chemtob, C. M. (2007). Adolescent exposure to recurrent terrorism in Israel: posttraumatic distress and functional impairment. *American Journal of Orthopsychiatry, 77*(1), 76–85.
- Peltonen, K., Qouta, S., El Sarraj, E., & Punamäki, R. L. (2010). Military trauma and social development: The moderating and mediating roles of peer and sibling relations in mental health. *International Journal of Behavioral Development, 34*(6), 554–563
- Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of clinical psychology, 59*(1), 71–83.
- Punamäki, R. L. (2002). The uninvited guest of war enters childhood: Developmental and personality aspects of war and military violence. *Traumatology, 8*, 30–54.
- Punamäki, R. L., Qouta, S., & El Sarraj, E. (1997). Models of traumatic experiences and children's psychological adjustment: The roles of perceived parenting and children's own resources and activity. *Child Development, 68*(4), 718–728.
- Punamäki, R. L., Qouta, S., & El Sarraj, E. (2001). Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children. *International Journal of behavioral development, 25*(3), 256–267.

- Punamäki, R. L., Qouta, S., El Sarraj, E., & Montgomery, E. (2006). Psychological distress and resources among siblings and parents exposed to traumatic events. *International Journal of Behavioral Development, 30*(5), 385–397.
- Punamäki, R. L., Qouta, S., Miller, T., & El Sarraj, E. (2011). Who are the resilient children in conditions of military violence? Family- and child-related factors in a Palestinian community sample. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology, 17*(4), 389–416.
- Qouta, S., Punamäki, R. L., & El Sarraj, E. (2005). Mother-child expression of psychological distress in war trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 10*(2), 135–156.
- Qouta, S., Punamäki, R. L., & El Sarraj, E. (2008). Child development and family mental health in war and military violence: The Palestinian experience. *International Journal of Behavioral Development, 32*(4), 310–321.
- Qouta, S., Punamäki, R. L., Miller, T., & El Sarraj, E. (2008). Does war beget child aggression? Military violence, gender, age and aggressive behavior in two Palestinian samples. *Aggressive Behavior, 34*(3), 231–244.
- Qouta, S., Punamäki, R. L., Montgomery, E. & El Sarraj, E. (2007) Predictors of psychological distress and positive resources among Palestinian adolescents: trauma, child, and mothering characteristics. *Child Abuse & Neglect, 31*, 699–717.
- Saari, S. (2003). *Kuin salama kirkkaalta taivaalta*. Helsinki: Otava.
- Schiff, M. (2006). Living in the shadow of terrorism: psychological distress and alcohol use among religious and non-religious adolescents in Jerusalem. *Social Science & Medicine, 62*, 2301–2312.
- Siqveland, J., Hafstad, G. S., & Tedeschi, R. G. (2012). Posttraumatic growth in parents after a natural disaster. *Journal of Loss and Trauma, 17*(6), 536–544.
- Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A., & Yule, W. (2003). Principal components analysis of the impact of event scale with children in war. *Personality and Individual Differences, 34*, 315–322.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., Hacam, B., & Stuvland, R. (2002). War exposure among children from Bosnia-Herzegovina: Psychological adjustment in a community sample. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 147–157.

- Stephenson, E., DeLongis, A., Steele, R., Cadell, S., Andrews, G. S., & Siden, H. (2016). Siblings of children with a complex chronic health condition: maternal posttraumatic growth as a predictor of changes in child behavior problems. *Journal of Pediatric Psychology, 42*(1), 104–113.
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress, & Coping, 22*(2), 129–136.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455–471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1–18.
- Terr, L. C. (2003). Childhood traumas: An outline and overview. *FOCUS: Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, 1*(3), 322–334.
- Thabet, A. A., Abed, Y., & Vostanis, P. (2001) Effect of trauma on the mental health of Palestinian children and mothers in the Gaza Strip. *Eastern Mediterranean Health Journal, 7*, 413–421.
- Thabet, A. A., Abed, Y., & Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(3), 533–542.
- Thabet, A. A., Ibraheem, A. N., Shivram, R., Winter, E. A., & Vostanis, P. (2009). Parenting support and PTSD in children of a war zone. *International Journal of Social Psychiatry, 55*(3), 226–237.
- Thabet, A. A., Karim, K., & Vostanis, P. (2006). Trauma exposure in pre-school children in a war zone. *The British Journal of Psychiatry, 188*(2), 154–158.
- Thabet, A. A., Tawahina, A. A., El Sarraj, E., Henely, D., Pelleick, H., & Vostanis, P. (2013). Comorbidity of post traumatic stress disorder, attention deficit with hyperactivity, conduct, and oppositional defiant disorder in Palestinian children affected by war on Gaza. *Health, 5*(6), 994–1002.

- Thabet, A. A., Tawahina, A. A., El Sarraj, E., & Vostanis, P. (2008). Exposure to war trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*(4), 191–199.
- Thabet, A. A., & Vostanis, P. (1999). Post-traumatic stress reactions in children of war. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*(3), 385–391.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research, 27*(3), 247–259.
- Ullrich, P. M., & Lutgendorf, S. K. (2002). Journaling about stressful events: Effects of cognitive processing and emotional expression. *Annals of Behavioral Medicine, 24*(3), 244–250.
- United Nations Human Rights Council (2009). *Human rights in Palestine and other occupied Arab territories: Report of the United Nations Fact Finding Mission on the Gaza conflict*. UN.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2016). *The State of the World's Children 2016: A fair chance for every child*. New York: UNICEF. [viitattu 9.2.2017]. Saatavissa: [https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF\\_SOWC\\_2016.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf)
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- Yates, T. M., & Masten, A. S. (2004). Fostering the future: Resilience theory and the practice of positive psychology. Teoksessa P.A. Linley & S. Joseph (toim.), *Positive psychology in practice* (s. 242–266). New York: Cambridge University Press.