

Ellen Siljamäki & Ella Viinamäki

**TRAUMATAPAHTUMIEN
KASAANTUMINEN, TRAUMAPERÄISET
STRESSIOIREET JA TOIMINTAKYKY
PAKOLAISILLA**

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Kandidaatintutkielma

Toukokuu 2023

TIIVISTELMÄ

Ellen Siljamäki ja Ella Viinamäki: Traumatapahtumien kasaantuminen, traumaperäiset stressioireet ja toimintakyky pakolaisilla

Kandidaatintutkielma

Tampereen yliopisto

Psykologian tutkinto-ohjelma

Toukokuu 2023

Pakolaiset ovat sotaympäristölle altistumisen, lukuisten traumaattisten kokemusten ja päivittäisten stressitekijöiden vuoksi psykologisesti haavoittuvaisessa asemassa. Pakolaisten tiedetään kärsivän valtaväestöä enemmän traumaperäisestä stressihäiriöstä ja heikentyneestä toimintakyvystä, mutta näiden välisen yhteyden tutkiminen on sodan kontekstissa keskittynyt lähinnä sotaveteraaneihin. Tämän kandidaatintutkielman tarkoituksena on selvittää traumatapahtumien kasaantumisen, traumaperäisten stressioireiden ja toimintakyvyn yhteyksiä pakolaisilla. Lisäksi tarkastelemme, onko yhteyksissä sukupuolten välisiä eroja.

Tutkimme, ovatko traumaperäiset stressioireet yhteydessä toimintakyvyn heikentymiseen, ja selittävätkö tietyt traumaperäisen stressihäiriön oireluokat suurempaa toimintakyvyn laskua. Selvitimme myös, onko traumatapahtumien kasaantuminen yhteydessä traumaperäiseen stressioireiluun tai toimintakykyyn. Oletimme traumaperäisistä stressioireista erityisesti uudelleenkokemisen ja ylivireyden oireiden selittävän toimintakyvyn heikentymistä. Toiseksi oletimme, että traumatapahtumien kokeminen olisi annos-vastemallin mukaisessa yhteydessä traumaperäiseen stressioireiluun sekä toimintakyvyn heikentymiseen.

Tutkimuksen aineisto (n = 1025) koostui Dadaabin pakolaisleirialueella asuvista, psyykkiseen oireiluunsa apua hakeneista pakolaisista. Aineisto kerättiin vuosina 2010–2016 osana The Center for Victims of Torture -avustusjärjestön hoito-ohjelman sisäänottohaastatteluita. Pakolaisten traumaperäisiä stressioireita mitattiin Posttraumatic Diagnostic Scale -mittarilla ja toimintakykyä avustusjärjestön kehittämällä mittarilla. Traumakokemuksia kartoitettiin kolmellatoista traumatapahtumia koskevalla kyllä-ei-kysymyksellä. Aineiston analysointiin käytettiin Mann-Whitneyn U-testiä, Spearmanin järjestyskorrelaatiokerrointa, regressioanalyysia sekä muuttujien jakaumien tarkastelua.

Tutkimuksen tulokset ilmensivät hypoteesin mukaista vahvaa yhteyttä traumaperäisten stressioireiden ja toimintakyvyn heikentymisen välillä. Vastoin oletustamme, oireluokittain tarkasteltuna vahvin yhteys toimintakyvyn heikentymiseen oli välttelyoireilla. Traumatapahtumien kasaantuminen oli yhteydessä sekä traumaperäisen stressioireilun tasoon että toimintakyvyn heikentymiseen. Nämä yhteydet olivat hieman odotettua heikompia.

Tutkimus tarjoaa arvokasta lisätietoa pakolaisten mielenterveydestä ja oireilun piirteistä pakolaisleirin kontekstissa. Tuloksemme vahvistavat aikaisempaa tietoa pakolaisten moninaisesta traumaperäisestä oireilusta, joka kattaa myös toimintakyvyn haasteet. Saatua tietoa voidaan hyödyntää pakolaisleireillä ja terveydenhuollossa erityisen avuntarpeen tunnistamisessa sekä tukitoimien kohdentamisessa.

Avainsanat: pakolaiset, trauma, traumaattiset tapahtumat, traumaperäinen stressihäiriö, toimintakyky, traumatapahtumien kasaantuminen.

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla

SISÄLLYSLUETTELO

JOHDANTO.....	1
Traumaperäinen stressihäiriö ja traumaattiset tapahtumat.....	2
Traumatapahtumien kasaantuminen pakolaisilla	3
Toimintakyvyn heikentyminen	5
Traumaattisten tapahtumien ja traumaperäisen stressihäiriön yhteys toimintakykyyn.....	6
Tutkimuskysymykset ja hypoteesit	8
AINEISTO JA MENETELMÄT.....	8
Tutkittavat ja tutkimuksen kulku	8
Mittarit ja muuttujat	9
Tilastolliset analyysit	11
TULOKSET	12
Kuvailevat tulokset.....	12
Traumaperäisten stressioireiden ja toimintakyvyn heikentymisen yhteys.....	13
Traumatapahtumien kasaantumisen yhteys traumaperäisiin stressioireisiin ja toimintakyvyn heikentymiseen	15
POHDINTA.....	15
Päätulokset	16
Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset	18
Jatkotutkimustarpeet	20
Tutkimuksen anti ja merkitys.....	21
LÄHDELUETTELO	23

JOHDANTO

Pakolainen on henkilö, joka on konfliktin, sodan, väkivallan tai vainon takia joutunut pakenemaan kotimaastaan (Yhdistyneiden kansakuntien pakolaisjärjestö [UNHCR] a, n.d.). Pakolaisten määrä on maailmanlaajuisesti kaksinkertaistunut viimeisen vuosikymmenen aikana (UNHCR b, n.d.), luvun ollen vuoden 2022 loppupuolella noin 32,5 miljoonaa (UNHCR c, 2022b). Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että pakolaiset ovat erityisen alttiita traumaattisille tapahtumille epävakaa ympäristön ja kokemiensa toistuvien rasitteiden vuoksi (Castaneda ym., 2012; Lor ym., 2022; Nickerson ym., 2021). Pakolaisilla erilaiset traumaattiset kokemukset myös esiintyvät usein yhdessä (Crepet ym., 2017; Lor ym., 2022; Nickerson ym., 2021).

Traumaattisen tapahtuman kokeminen tai näkeminen laukaisee osalla ihmisistä pitkittyneen, voimakkaan stressireaktion, jota nimitetään traumaperäiseksi stressihäiriöksi (World Health Organization [WHO], 2023). Aikaisemmat tutkimukset tukevat käsitystä siitä, että traumakokemusten kasaantuminen yksilölle on yksi johdonmukaisimmista traumaperäisen stressihäiriön kehittymisen ennustajista (Kilpatrick ym., 2013; Knipscheer ym., 2015; Neuner ym., 2004; Sengoelge ym., 2019). Traumaperäinen stressihäiriö aiheuttaa ihmiselle merkittävää haittaa elämän eri osa-alueilla ja heikentää toimintakykyä häiriten tavanomaista arkea, kuten työntekoa, harrastamista ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoa (Jellestad ym., 2021; Wu ym., 2019). Myös traumaattiset kokemukset itsessään voivat aiheuttaa toimintakyvyn alenemista (Karam ym., 2013; Khan & Haque 2020; Tay ym., 2015). Toimintakyvyllä kuvataan arjen perustoiminnoista selviytymistä ja sen ongelmat ovat yhteydessä useisiin eri mielenterveyden häiriöihin (Alonso ym., 2018; Ormel ym., 2008; Verger ym., 2010).

Tutkimuksemme tavoitteena on selvittää traumaperäisten stressioireiden, traumatapahtumien kasaantumisen ja toimintakyvyn yhteyttä Keniassa Dadaabin pakolaisleireillä asuvilla, avustusjärjestön psykososiaaliseen hoitoon hakeutuneilla pakolaisilla. Yhteyksiä traumatapahtumien kasaantumisen, traumaperäisten stressioireiden ja toimintakyvyn välillä on tutkittu pääosin sotaveteraaneilla sekä yleispopulaatiolla (Jellestad ym., 2021). Aihetta ei ole tietojemme mukaan tutkittu tutkimuksemme kohteena olevalla populaatiolla. Kattavampaa tutkimusta ilmiöiden yhteydestä pakolaisuuteen kaivataan, jotta käytettävissä olevia resursseja voitaisiin suunnata tehokkaammin erityisessä avuntarpeessa oleviin. Tarkempi ymmärrys traumaattisia tapahtumia kokeneiden pakolaisten laajemmasta oirekuvasta mahdollistaa myös parempien diagnostisten mittareiden kehittämisen.

Traumaperäinen stressihäiriö ja traumaattiset tapahtumat

Traumaattinen tapahtuma on luonteeltaan poikkeuksellinen ja ihmisen henkeä tai fyysistä koskemattomuutta uhkaava. Tällaisen tapahtuman kokeminen tai näkeminen voi olla mielen tasapainoa järkyttävä ja psyykkiset voimavarat ylittävä siinä määrin, että äkillisestä stressistä muodostuu ihmiselle psyykkinen trauma. (Henriksson ym., 2021) Maailman terveysjärjestön teettämien mielenterveyskyselyiden mukaan yleisimpiä traumaattisia kokemuksia olivat läheisen yllättävä kuolema ja suora altistuminen vakavalle loukkaantumiselle tai kuolemalle (Kessler ym., 2017). Useat tekijät vaikuttavat tapahtuman psyykkiseen kuormittavuuteen. Raa'an väkivallan (Kilpatrick ym., 2013) tai kuoleman uhan sisältyminen tapahtumaan, sekä tapahtuman odottamattomuus ja kontrollin menetys vaikuttavat olevan merkittäviä psyykkistä kuormittavuutta kasvattavia tekijöitä. Traumaattisille tapahtumille altistumisen yleisin psykopatologinen seuraus on traumaperäinen stressihäiriö (*post-traumatic stress disorder*). (Arieh ym., 2017)

Traumaperäinen stressihäiriö on mielenterveyden häiriö, joka voi kehittyä reaktiona traumaattiselle kokemukselle tai tapahtumasarjalle (WHO, 2023). Kuukauden sisällä traumaattisen tapahtuman kokemisesta ilmaantuvat stressioireet tulkitaan akuutiksi stressihäiriöksi, mutta pitkittyvät tai myöhemmin alkavat oireet ovat merkkejä traumaperäisestä stressihäiriöstä (American Psychiatric Association [APA], 2013). Traumaperäisen stressihäiriön oireiden pääluokiksi on nimetty kohonnut vireystila ja hermostuneisuus, traumaattisen tapahtuman uudelleen kokeminen esimerkiksi painajaisina tai pakkoajatuksina, sekä tapahtumasta muistuttavien asioiden välttely ja niitä kohdatessa järkytyksen tunne (WHO, 2023). Kognitiiviset oireet, ahdistus, alentunut mieliala sekä kiputilat ovat myös tavanomaisia oireita (Castaneda ym., 2012; Arieh ym., 2017). Traumaperäisen stressihäiriön oireet kestävät vähintään usean viikon ajan ja aiheuttavat merkittävää haittaa yksilön toimintakyvylle elämän eri osa-alueilla (WHO, 2023). Häiriölle on myös ominaista sen esiintyminen yhdessä yhden tai useamman muun psykiatrisen häiriön kanssa (Brady ym., 2000; van der Kolk ym., 2005; Palic & Elklit, 2010). Voimakkainta sen yhteisesiintyvyys on masennuksen, ahdistushäiriöiden ja päihdehäiriöiden kanssa (Arieh ym., 2017; Brady ym., 2000).

Arviot traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyytlukemista vaihtelevat suuresti maittain ja otoksittain. Laajoissa tutkimusotoksissa traumaperäistä stressihäiriötä esiintyi vuositasolla noin yhdellä prosentilla (Darves-Bornoz ym., 2008; Karam ym., 2013). Noin 8 % ihmisistä täyttää traumaperäisen stressihäiriön kriteerit jossain elämän vaiheessa (Kilpatrick ym., 2013). Suurin osa traumaattiselle tapahtumalle altistuneista ihmisistä ei kärsi pitkittyneistä stressioireista (Kilpatrick ym., 2013; Neuner ym., 2004). Traumaperäisen stressihäiriön kehittymisen riskitekijöiksi on

tunnistettu esimerkiksi naissukupuoli (Kilpatrick ym., 2013; Riley ym., 2017; Tekin ym., 2016) ja tietynlaiset traumakokemukset. Väkivallan ja sotakokemusten on havaittu olevan erityisen voimakkaasti yhteydessä traumaperäiseen stressihäiriöön (Kilpatrick ym., 2013).

Näiden riskitekijöiden ohella erityisesti traumakokemusten kasaantuminen yksilölle (Gerber ym., 2018; Kessler, 2000; Kilpatrick ym., 2013; Knipscheer ym., 2015; Neuner ym., 2004; Steel ym., 2009) sekä pitkäkestoinen altistuminen traumaattisille tapahtumille (van der Kolk ym., 2005) altistavat traumaperäiselle stressihäiriölle ja kasvattavat vakavan oirekuvan riskiä. Tämän kanssa linjassa on annos-vastemalli (*dose-response model*), joka pyrkii tässä yhteydessä arvioimaan todennäköisyyttä sille, että traumaattisen tapahtuman kokeneelle henkilölle kehittyy traumaperäinen stressihäiriö (Neuner ym., 2004). Annos-vastemallin mukaan suurempi määrä potentiaalisesti traumaattisia kokemuksia aiheuttaa suuremman määrän traumaperäisiä stressioireita. Esimerkiksi Karam kumppaneineen (2013) havaitsivat tutkimuksessaan, että neljä tai useampia traumaattisia kokemuksia raportoineet osallistujat raportoivat keskimääräisesti enemmän stressioireita.

Traumatapahtumien kasaantuminen pakolaisilla

Pakolaisuudelle ja sotaympäristölle altistumiselle on ominaista, että koettuja traumatapahtumia on useita (Lor ym., 2022; Tinghög ym., 2017). Traumaattisia tapahtumia kokeneiden pakolaisten osuus vaihtelee hieman otoksittain, mutta tyypillisesti traumataustaa on vähintään kahdeksalla kymmenestä (Crepet ym., 2017; Kilpatrick ym., 2013; Skogberg ym., 2019). Pakolaisten traumakokemuksissa toistuvat fyysisen ja psykologisen kärsimyksen ja nöyryytyksen teemat, joihin liittyy tappamisen, raiskausten ja kidutuksen todistamista ja kokemista (Nyarko & Punamäki, 2021). Muita yleisesti koettuja sotaan liittyviä traumaattisia tapahtumia ovat esimerkiksi sodan kokeminen läheltä, läheisistä erotetuksi joutuminen (Tinghög ym., 2017) ja lähelle omaa kuolemaa johtaneet tapahtumat (Nickerson ym., 2021). Altistuminen lukuisille traumaattisille tapahtumille, turvapaikanhakumenettelyt sekä muuttaminen pakon edessä ovat rasitteita, jotka asettavat pakolaiset psykologisesti haavoittuvaiseen asemaan (Knipscheer ym., 2015; Nickerson ym., 2021; Silove, 1999).

Traumatisoituneilla pakolaisilla on korkea riski moninaiseen psykopatologiseen oireiluun ja suuri osa heistä kärsiikin yhdestä tai useammasta psykiatrisesta häiriöstä (Lor ym., 2021; Tinghög ym., 2017). Pakolaiset raportoivat usein oireita, jotka viittaavat traumaperäiseen stressihäiriöön, masennukseen, ahdistukseen tai somatisaatioon (Lor ym., 2021). Aikaisemmat tutkimukset ovat

osoittaneet, että pakolaisilla traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys on merkittävästi korkeampaa kuin muulla väestöllä (Fazel ym., 2005; Kessler, 2000; Lor ym., 2021). Fazelin ja kumppaneiden (2005) meta-analyysin aikuisista pakolaisista noin yksi kymmenestä täytti traumaperäisen stressihäiriön kriteerit. Esiintyvyyden vaihtelevuus otosten ja tutkimusten välillä on kuitenkin merkittävää. Kattavan kirjallisuuskatsauksen vertailemien pakolaistutkimusten tulosten välillä traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys vaihteli 4–86 % (Bogic ym., 2015). Tyypillisimmin traumaperäistä stressihäiriötä esiintyi vähintään joka viidennellä, ja kaikista korkeimpia lukemia esittäneet tutkimukset osoittautuivat metodologisesti heikkolaatuisiksi.

Vaikka pakolaisuudelle tyypillisestä traumatapahtumien kasaantumisesta on näyttöä johdonmukaisena traumaperäisen stressihäiriön aiheuttajana, ei tämä selitä kokonaan traumaperäisten stressioireiden vaihtelua (Gerber ym., 2018; Silove, 1999). On viitteitä esimerkiksi siitä, että pakolaisten kokemat päivittäiset elinoloihin liittyvät stressitekijät välittäisivät traumalle altistumisen yhteyttä traumaperäiseen stressihäiriöön (Riley ym., 2017). Lisäksi lineaariselle annos-vastemallille on olemassa vaihtoehtoinen, U-mallia noudattava, stressi-rokotusmalli (*stress-inoculation model*) (Gerber ym., 2018). Mallin mukaan tiettyyn kynnykseen asti traumatapahtumien kasaantuminen kasvattaisi yksilön resilienssiä, eli henkilökohtaista sieto- ja kestäkykyä, ja sitä kautta tukisi mielenterveyttä. Hypoteesi ehdottaa, että traumatapahtumien määrän ylittäessä kynnyksen, kasaantuminen ei enää suojaisi yksilöä mielenterveyden oireilulta, vaan ahdinko kävisi liian suureksi ja saattaisi johtaa psykopatologiseen oireiluun. Esimerkiksi Seery kumppaneineen (2013) havaitsivat tutkimuksessaan hypoteesin mukaista U-mallia noudattavan yhteyden haitallisten elämäntapahtumien määrän ja resilienssin välillä.

Traumaperäisestä stressihäiriöstä puhuttaessa on muistettava, että vaikka sen yleisyydestä pakolaisten keskuudessa on näyttöä, ei häiriö sellaisenaan kata kaikkea oireilua ja psykopatologian muotoja, joita pitkäkestoinen sotaympäristölle, elinolosuhteiden kuormitustekijöille ja useille traumaattisille tapahtumille altistuminen voi pakolaisissa aiheuttaa (Sengoelge ym., 2019; Silove, 1999; Taycan & Yldirim, 2015). Kompleksia traumaperäistä stressihäiriötä on ehdotettu kuvaamaan kompleksista traumaa ja toistuvaa, pitkittynyttä traumalle altistumista seuraavaa oirekuvaa (Taycan & Yldirim, 2015). Häiriön kriteereinä on traumaperäisen stressihäiriön kriteeristön lisäksi muun muassa häpeä tai syyllisyyden tunne ja alentunut usko itseen ja omaan ihmisarvoon, sekä vaikeudet pitää yllä ihmissuhteita tai tuntea läheisyyttä (WHO, 2023). Huomionarvoista on myös, että traumaperäinen oireilu on ilmiänsä osittain kulttuurisidonnaista, ja suurin osa käytetyistä mittareista ja diagnostisista kriteereistä on kehitetty länsimaissa (Andary ym., 2003). Oireilu eri kulttuurista tulevalta voi näyttäytyä sekalaisena; Useiden häiriöiden kriteereitä täyttyy, mutta

yksikään ei sovi kuvaamaan oirekuvaa ilman, että osa oireista jää selittämättöminä kriteeristön ulkopuolelle.

Edellä mainituista ongelmista huolimatta traumaperäisen stressihäiriön kriteeristöllä on hallitseva asema pakolaisten psykopatologiaa ja traumakokemuksia koskevissa tutkimuksissa sekä oireilun seulonnoissa. Vaikka on mahdollista, että osa kulttuurisidonnaisesta oireilusta jää kriteeristön ulkopuolelle, on traumaperäisen stressihäiriön malli hyödyllinen väline pakolaisten oireilun kuvaamisessa esimerkiksi masennus- ja ahdistuskriteeristöjen ohella. Tästä syystä käytämme tutkimuksessamme traumaperäisen stressihäiriön oirekriteeristöä pakolaisten traumaperäisen oireilun mittaamiseksi. Koska lisätutkimusta kasaantuneen trauman aiheuttamasta laajemmasta oire kuvasta tarvitaan (Kilpatrick ym., 2013), mittaamme traumaperäisten stressioireiden lisäksi pakolaisten toimintakyvyn ongelmia.

Toimintakyvyn heikentyminen

Toimintakyky kuvaa henkilön kykyä suoriutua arjen tehtävistä ja toiminnoista (Benfer & Litz, 2023). Toimintakyky on käsitteenä laaja eikä yksiselitteistä määritelmää ole, joten sitä käsitellään tyypillisesti tutkimuksen kohteena olevan aihealueen mukaan. Toimintakyky voidaan jaotella muun muassa sosiaaliseen, fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn tai tiettyä toimintaympäristöä, kuten kotia tai työtä, koskevaksi. Käsite on nykyisellään heikosti operationalisoitu (Benfer & Litz, 2023) eikä toimintakyvystä ole kattavaa mallia (Jellestad ym., 2021), minkä vuoksi käsitteen yleistettävyys ja käytettävyys on haasteellista (Üstün & Kennedy, 2009). Tässä tutkimuksessa toimintakyvyllä tarkoitetaan selviytymistä itselle merkityksellisissä ja välttämättömissä arjen toiminnoissa, kuten työssä, opiskelussa, harrastuksissa ja itsestä huolehtimisessa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [THL], n.d.).

Toimintakyvyn heikentyminen (*functional impairment*) kuvaa henkilön oireiden aiheuttamaa haittaa arjen perustoiminnoista selviämiseksi (McKnight ym., 2016; Vogt ym., 2019). Merkittävin toimintakyvyn heikentymistä aiheuttava sairauksien luokka ovat mielenterveyden häiriöt (Whiteford ym., 2013), jotka ovat myös yleisesti yhteydessä vaikea-asteisempaan toimintakyvyn heikentymiseen kuin fyysiset sairaudet (Ormel ym., 2008). Merkittäviä toimintakyvyn ongelmia on raportoitu masennuksen, yleistyneen ahdistushäiriön ja paniikkihäiriön sekä traumaperäisen stressihäiriön yhteydessä (Alonso ym., 2018; Ormel ym., 2008, Verger ym., 2010). Toimintakyvyn ongelmat huomioidaan osana diagnoosikriteeristöä useissa mielenterveyden häiriöissä (WHO, 2023).

Toimintakykyä on mielekästä tarkastella diagnoosien ohella myös suhteessa oireryhmiin ja yksittäisiin oireisiin. Näkemystä tukee tieto diagnoosien sisältöjen muuttumisesta (Tanner ym., 2019), sekä siitä, että myös diagnoosin saamiseen riittämättömät oireet voivat aiheuttaa merkittävää toimintakyvyn heikentymistä (McLaughlin ym., 2015; Wu ym., 2019). Tannerin ja kumppaneiden (2019) tutkimuksessa mielenterveyden häiriöiden oireista toimintakyvyn heikentymiseen olivat vahvimmin yhteydessä negatiivisen arvion pelko, uupumus, keskittymisongelmat, mielialan laskeminen ja dissosiatiiiviset oireet. Laajempaa tietoa ja ymmärrystä oireiden ja toimintakyvyn heikentymisen välisistä yhteyksistä tarvitaan kuitenkin lisää. Tämän tiedon avulla voitaisiin kehittää hoidon tarpeen arviointia ja hoidon kohdentamista, sekä tarkastella häiriöistä palautumista nykyistä kattavammin (McKnight ym., 2016).

Pakolaiset ovat tyypillisesti muuta väestöä alttiimpia toimintakyvyn heikentymiselle, mikä johtuu pakolaisuudelle ominaisista kokemuksista, kuten traumaattisten tapahtumien sekä jatkuvien stressitekijöiden korkeasta määrästä (Riley ym., 2017). Arviot alentuneen toimintakyvyn esiintyvyydestä vaihtelevat hieman, mutta ilmiö vaikuttaa olevan pakolaispopulaatioissa hyvin yleinen. Riley ja kumppaneiden (2017) tutkimuksessa yli puolet tutkituista pakolaisista kokivat arjen toimintakyvyn alenemista. Toisessa tutkimuksessa vastaava luku oli 62 % (Tay ym., 2015b). Vaikka toimintakyvyn heikentyminen esiintyy usein samanaikaisesti mielenterveyden häiriöiden kanssa, ei yhteyttä ole todettu kaikissa pakolaisia koskevissa tutkimuksissa (Tay ym., 2015).

Traumaattisten tapahtumien ja traumaperäisen stressihäiriön yhteys toimintakykyyn

Traumaattisille kokemuksille altistuminen on tutkimusten mukaan yhteydessä toimintakyvyn heikentymiseen (Karam ym., 2013; Khan & Haque 2020; Tay ym., 2015; Tay ym., 2019). Sekä pakolaispopulaatioissa että muissa tutkituissa populaatioissa traumaattisia tapahtumia kokeneiden henkilöiden toimintakyky oli muihin verrattuna matalampi (Karam ym., 2013; Lie, 2002; Tay ym., 2015; Tay ym., 2019). Tälle yhteydelle on esitetty useita eri malleja. Karam kumppaneineen (2013) esittävät traumakokemusten lukumäärän riskirajan: traumakokemusten noustessa neljään tai sen yli, toimintakyky heikkenee merkittävästi. Tayn ja kumppaneiden (2015) tutkimuksessa traumakokemusten ja toimintakyvyn välillä havaittiin puolestaan annos-vastemallin mukainen yhteys, eli eniten traumaattisia tapahtumia kokeneet henkilöt kokivat myös suurinta toimintakyvyn

heikentymistä. Traumatapahtumien kasaantumisen ja toimintakyvyn heikentymisen välistä yhteyttä ei ole kuitenkaan todettu kaikissa tutkimuksissa (Taylor ym., 2006).

Toimintakyvyn heikentyminen on määritetty osaksi traumaperäisen stressihäiriön diagnoosin kriteeristöä sekä ICD-11:ssä (International Classification of Diseases 11th Revision), että DSM-5:ssä (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Näissä kriteeristöissä toimintakykyä arvioidaan itsestä huolehtimisen, perheen, sosiaalisen elämän, työn, opiskelun sekä muiden merkittävien toimintaympäristöjen suhteen. (APA, 2013; WHO, 2023) Toimintakyvyn ja traumaperäisen stressihäiriön välistä yhteyttä on tutkittu laajasti (Jellestad ym., 2021; McLaughlin ym., 2015; Tanner ym., 2019; Tay ym., 2019; Wu ym., 2019), ja traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivillä ihmisillä toimintakyvyn heikentymisen on todettu olevan merkittävästi suurempaa kuin verrokkiryhmillä (Jellestad ym., 2021). Traumaperäinen stressihäiriö on yhdistetty toimintakyvyn heikentymiseen niin työssä (Erbes ym., 2011; Taylor ym., 2006; Wu ym., 2019), opiskelussa (Vilaplana-Pérez ym., 2020; Wu ym., 2019), sosiaalisissa suhteissa, vapaa-ajan vietossa (Taylor ym., 2006; Wu ym., 2019) kuin perhe-elämässä ja kodin ylläpidossakin (Taylor ym., 2006; Wu ym., 2019). Myös vastakkaisia tuloksia on saatu, joskin pienellä otoskoolalla (Neal ym., 2004).

Tutkimus traumaperäisen stressihäiriön oireiden ja toimintakyvyn heikentymisen välisestä yhteydestä on vielä vähäistä. On kuitenkin näyttöä siitä, että traumaperäisen stressihäiriön oireista erityisesti dissosiatiiiviset reaktiot, vähentynyt mielenkiinto tai osallistuminen tärkeisiin toimintoihin sekä psykologinen kärsimys traumasta muistuttaville asioille altistuessa, eli uudelleenkokeminen, olisivat yhteydessä toimintakyvyn heikentymiseen (Tanner ym., 2019). Monet tutkimukset ovat keskittyneet yksittäisten oireiden sijaan DSM-luokituksen määrittelemiin traumaperäisen stressihäiriön oireryhmiin. Näistä oireryhmistä ylivireydellä (Cho ym., 2011; Giacco ym., 2013) ja turruttamisella (Kuhn ym., 2003) on huomattu olevan yhteys voimakkaampaan toimintakyvyn heikentymiseen.

Eri oireryhmien ja toimintakyvyn yhteyksien eroja on pyritty selittämään muun muassa välittävien vaikutusten avulla. Cho ja kumppanit (2011) esittävät artikkelissaan ylivireyden aktivoivan uudelleenkokemisen oireita, jotka puolestaan johtavat toimintakyvyn heikentymiseen välttelyoireiden vaikutuksella. Pakolaisilla traumaperäisten stressioireiden ja toimintakyvyn heikentymisen välille on esitetty päivittäisten stressitekijöiden, kuten ruuan ja suojan puutteen, välittävää vaikutusta (Tay ym., 2015b; Riley ym., 2017).

Myös kliinisesti merkittävistä, mutta diagnoosin täyttymiseen riittämättömistä traumaperäisen stressihäiriön oireista kärsivillä on todettu kontrolliryhmiin verrattuna merkittävää toimintakyvyn heikentymää (McLaughlin ym., 2015; Wu ym., 2019). Laajaan kyselyaineistoon (World Mental Health Surveys) perustuva tutkimus tunnisti tilastollisesti merkitseviä eroja eri määrän traumaperäisiä

stressioireita raportoineiden toimintakyvyssä (McLaughlin ym., 2015). Vastaavia tuloksia on saatu myös muissa tutkimuksissa (Gellis ym., 2010; Stein ym., 1997). Tulokset muistuttavat annosvastemallin mukaista yhteyttä traumaperäisten stressioireiden ja toimintakyvyn heikentymisen välillä ja korostavat interventioiden tarvetta myös subkliinisissä tapauksissa.

Tutkimuskysymykset ja hypoteesit

Tutkielmamme tavoitteena on selvittää traumaperäisten stressioireiden, toimintakyvyn ongelmien sekä traumaattisten kokemusten kasaantumisen yhteyksiä avustusjärjestön hoitoon hakeutuneilla pakolaisilla. Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Ovatko traumaperäiset stressioireet ja toimintakyvyn heikentyminen yhteydessä toisiinsa?
2. Ovatko tietyt traumaperäiset stressioireet vahvemmin yhteydessä toimintakyvyn heikentymiseen kuin toiset?
3. Onko traumaattisten kokemusten kasaantuminen yhteydessä vaikeampaan traumaperäiseen stressioireiluun tai suurempaan toimintakyvyn heikentymiseen?

Lisäksi tarkastelemme mahdollisia sukupuolieroja näissä yhteyksissä. Aikaisemman tutkimuksen perusteella oletamme, että vaikeampi traumaperäinen stressioireilu on yhteydessä suurempiin ongelmiin toimintakyvyssä. Toinen hypoteesimme on, että traumaperäisen stressihäiriön oireista erityisesti ylivireyden ja uudelleenkokemisen oireet selittävät vaikeampaa toimintakyvyn heikentymistä. Lisäksi oletamme, että erilaisten traumaattisten kokemusten kasaantuminen yksilölle on yhteydessä suurempaan määrään traumaperäisiä stressioireita ja vaikeampaan toimintakyvyn heikentymiseen.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkittavat ja tutkimuksen kulku

Tutkielmamme aineisto kerättiin Pohjois-Keniassa sijaitsevissa Dadaabin pakolaisleirialueen Ifo- ja Ifo II -leireissä aikavälillä 2010–2016. Dadaabin alueella sijaitsee maailman suurin pakolaisleirikompleksi, joka perustettiin vuonna 1991 Somalian sisällissodan seurauksena. Alueella ongelmia tuottavat ylikansoitus ja resurssien vähyys, mikä on pakolaisleireille tyypillistä. Kartoituksen mukaan Dadaabin alueella asuvien kokema traumaattisten tapahtumien ja kidutuksen määrä on huomattava. Erityisesti seksuaalisen väkivallan kokemukset ovat hälyttävän yleisiä, esiintyen usein toistuvasti läpi elämän. (The Center for Victims of Torture [CVT], n.d.)

Aineisto (n = 1025) kerättiin CVT-avustusjärjestön psykososiaaliseen apuohjelmaan hakeutuneilta pakolaisilta ohjelman sisäänottohaastattelussa. Aineiston oli tarkoitus edustaa niitä Dadaabin pakolaisia, joilla on traumataustaa ja psyykkistä oireilua, ja jotka ovat täten hakeutuneet hoito-ohjelmaan. Aineisto kerättiin paikallisen, puoliammattilaishaastattelijan täyttämällä kyselylomakkeilla, jotka sisälsivät kysymykset neljällä eri kielellä. Minnesotan yliopiston ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen komitea määritteli jälkikäteen, että jo olemassa olevana aineistoa voidaan hyödyntää tutkimuksessa ilman eettistä ennakoarviointia (tutkimusnumero 1501E59322).

Poistimme aineistosta henkilöt, joilta puuttui vastaus kysymyksiin traumaperäisistä stressioireista, traumakokemuksista tai toimintakyvystä. Poistetut henkilöt (n = 91) eivät eronneet otoksestamme merkitsevästi tutkittujen taustamuuttujien eli sukupuolen ($\chi^2(1) = 0.25, p = .62$) ja iän ($t(102.61) = -0.52, p = .61$) suhteen. Tutkielmamme lopullisesta otoksesta (n = 934) valtaosa oli naisia (65 %), muslimeja (69 %) ja kotoisin Somaliasta (65 %). Kaikki vastaajat olivat lähtöisin Afrikasta. Muslimien lisäksi osallistujissa oli kristittyjä (30 %). Koulutustaustansa ilmoittaneista (n = 498) suurin osa oli suorittanut ala-asteen tai oli täysin vailla koulutusta. Kysyttäessä varojen riittävydestä välttämättömiin tarpeisiin, 73 prosenttia ilmoitti niiden riittävän harvoin ja 21 prosentilla varaa välttämättömyyksien hankintaan ei ollut koskaan. Tutkittavat olivat iältään 16–82-vuotiaita ja keski-ikä oli 36 vuotta ($kh = 11.4$). Naisilla vastaava luku oli 34.5 vuotta ($kh = 10.4$, vaihteluväli: 16–77) ja miehillä 39.7 vuotta ($kh = 12.5$, vaihteluväli: 18–82).

Mittarit ja muuttujat

Traumaperäiset stressioireet. Osallistujien traumaperäisiä stressioireita mitattiin Foan ja kollegoiden (1997) kehittämällä Posttraumatic Diagnostic Scale -mittarilla [PTDS]. PTDS on itseraportointimenetelmä, jolla saadaan tietoa sekä traumaperäisen stressihäiriön DSM-4 diagnoosijärjestelmään perustuvista oireista että oireiden vaikeudesta. PTDS on erityisesti

seulontatarkoitukseen sopiva mittari, jolla on vahva sisäinen reliabiliteetti (Foa ym., 1997). PTSD-mittarin 17 kysymystä kattavat uudelleenkokemisen, välttämiskäyttäytymisen ja ylivireyden oireet.

Traumaperäisen stressihäiriön oireryhmistä kysyttiin kysymyksiä, joihin vastattiin neliportaisella asteikolla (1 = ei ollenkaan, 2 = harvoin, 3 = toisinaan, 4 = usein). Asteikon tarkoitus oli mitata oireiden vaikeusastetta selvittämällä, kuinka usein oiretta esiintyy. Aineistossamme käytettiin 16 PTSD:n kysymystä, joista uudelleenkokemista mittasi esimerkiksi “Näetkö toistuvia painajaisia kokemastasi traumaattisesta tapahtumasta?”. Välttämiskäyttäytymistä mitattiin esimerkiksi kysymyksellä “Yritätkö vältellä ajatuksia, tunteita ja keskusteluja, jotka liittyvät kokemaasi traumaattiseen tapahtumaan?”. Ylivireyden oireista kysyttiin esimerkiksi “Katsotko paljon ympärillesi tai tunnetko olevasi erityisen valppaana tai varuillaan suuren osan ajasta?”.

Muodostimme summamuuttujat traumaperäisille stressioireille sekä oireryhmille laskemalla yhteen kunkin osallistujan Likert-asteikolliset oirepisteet (Taulukko 1).

Taulukko 1. Traumaperäisten stressioireiden summamuuttujat

Summamuuttuja	vaihteluväli	<i>ka</i>	<i>kh</i>	<i>md</i>	muuttujien lkm.	Cronbach α
Traumaperäiset stressioireet	16–64	54.2	8.3	56	16	.91
Uudelleenkokeminen	5–20	17.9	2.4	19	5	.80
Välttely	7–28	23.4	3.9	24	7	.80
Ylivireys	4–16	13	2.8	14	4	.79

Toimintakyky. Toimintakykyä aineistossa mitattiin CVT-avustusjärjestön kehittämällä itseraportointikyselyllä. Kysely koostuu kymmenestä arjen toimintojen suorittamisen vaikeuksia kartoittavasta väitteestä. Vaikeuksien esiintymistä arvioitiin neliportaisella asteikolla (1 = ei ollenkaan, 2 = harvoin, 3 = toisinaan, 4 = usein). Toimintakykyä pidettiin eniten heikentyneenä, kun haasteet esiintyivät usein. Kysymykset liittyivät traumaattisten tapahtumien jälkeisiin vaikeuksiin tehdä kotitöitä, harrastaa, poistua kotoa, hankkia tuloja, harjoittaa uskontoa, ylläpitää sosiaalisia suhteita ja keskustella uutisista tai politiikasta. Lisäksi kysyttiin vaikeudesta keskustella tulevaisuudesta tai ajatella kotimaahan paluuta. Muodostimme summamuuttujan toimintakyvyn heikentymiselle mitatuista kymmenestä Likert-asteikollisesta muuttujasta ($ka = 29.68$, $kh = 6.94$, $md = 31$, vaihteluväli 10–40, $\alpha = .87$).

Traumatapahtumat. Traumatapahtumista kyselylomakkeessa kysyttiin kyllä/ei -kysymyksillä. Jätimme traumakokemuksissa huomiotta pakolaisleirissä asumisen, koska tässä aineistossa pakolaisleirissä asuminen koski kaikkia osallistujia, eikä se siten olisi tuonut eroja vastaajien välille. Jätimme huomiotta myös perheestä erossa olemisen vastaushetkellä, koska tarkoituksemme on huomioida tapahtumat ennen avustusjärjestön apuohjelmaan saapumista. Kidutuksen kokemisesta oli lomakkeessa kysytty kahdesti, joten jätimme toisen kysymyksen huomiotta. Sotaympäristöön liittyvät potentiaalisesti traumaattiset tapahtumat, joita tarkastelimme, olivat: sodan vuoksi kodin jättäminen pakon edessä, vangituksi joutuminen, kidutetuksi joutuminen, perheenjäseniä vangittu tai viety, perheenjäseniä kidutettu, perheenjäsen tapettu, perheestä erotetuksi joutuminen, seksuaalisen kidutuksen tai sukupuoleen perustuvan väkivallan kokeminen, lapsisotilaana toimiminen, sotilaana toimiminen, sodan tai järjestäytyneen väkivallan kokeminen, ihmiskaupan uhriksi joutuminen ja muu. Muodostimme traumatapahtumien kasaantumista kuvaavan summamuuttujan 13 traumatapahtumia mittaavasta muuttujasta ($ka = 7.01$, $kh = 1.3$, $md = 7$, vaihteluväli 0–13).

Tilastolliset analyysit

Tilastolliset analyysit tehtiin R-ohjelmiston versiolla 4.1.2 (R Core Team, 2021). Käytimme aineiston valmistelemiseen kirjastoa dplyr (Wickham ym., 2022) ja tarkastelemiseen kirjastoa psych (Revelle, 2022). Summamuuttujien reliabiliteetin tarkastelu toteutettiin kirjastolla ltm (Rizopoulos, 2006) ja korrelaation tarkastelu kirjastolla corrplot (Wei & Simko, 2021). Korrelaatiokuvaajien luomiseen käytettiin kirjastoja ggplot2 (Wickham, 2016) ja hrbrthemes (Rudis, 2020). Multikollineaarisuuden tarkastelu toteutettiin kirjastolla car (Fox & Weisberg, 2019).

Tutkimme traumaperäisten stressioireiden yhteyttä toimintakykyyn Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella, koska summamuuttujiemme jakaumat eivät olleet normaalijakautuneita. Jakaumien normaalijakautuneisuutta tutkittiin histogrammeilla. Käytimme Spearmanin järjestyskorrelaatiokerrointa myös selvittääksemme, ovatko tietyt traumaperäisen stressihäiriön oireryhmät erityisesti yhteydessä vaikeampaan toimintakyvyn heikentymiseen.

Tarkastelimme regressioanalyysillä, selittävätkö traumaperäisen stressihäiriön eri oireryhmät toimintakyvyn heikentymisen tasoa. Muodostimme regressiomallin oireryhmien summamuuttujien päävaikutuksista. Regressiomallin taustaoletukset täyttyivät. Selvitimme traumatapahtumien kasaantumisen yhteyttä vaikeampaan traumaperäiseen stressioireiluun sekä toimintakyvyn

heikentymiseen tarkastelemalla näiden summamuuttujien korrelaatioita Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella. Tarkastelimme sukupuolieroja jokaisen kysymyksen kohdalla sukupuolittaisilla korrelaatioilla sekä summamuuttujien osalta Mann-Whitneyn U-testillä.

TULOKSET

Kuvailevat tulokset

Erityisesti traumaperäisten stressioireiden summamuuttujan jakauma oli vasemmalle vino, eli otoksessamme traumaperäinen stressioireilu oli voimakasta ($ka = 54.21$, $kh = 8.26$) Myös toimintakyvyn heikentymisen ($ka = 29.68$, $kh = 6.94$) ja traumakokemusten kasaantumisen summamuuttujien jakaumat painoutuivat oikealle.

Otoksessamme koettuja traumatapahtumia oli yleisimmin 8 ($ka = 7$, $kh = 1.30$). Tapahtumista yleisimpiä olivat sodalle tai järjestäytyneelle väkivallalle altistuminen (94 %) perheenjäsenen kidutus (92 %) ja perheenjäsenen kuolema (92 %). Muita raportoituja traumakokemuksia olivat kidutus (91 %), perheestä erotetuksi joutuminen (81 %), perheenjäsenen vangitseminen (73 %), vangituksi joutuminen (70 %) ja seksuaalisen kidutuksen tai sukupuoleen perustuvan väkivallan kokeminen (9 %).

Mann Whitney U-testin mukaan miehillä ($md = 58$) esiintyi merkitsevästi naisia ($md = 56$) enemmän traumaperäisiä stressioireita ($U = 80368$, $p < .001$). Myös toimintakyvyn heikentyminen oli miehillä ($md = 31$) naisia ($md = 30$) suurempaa ($U = 89865$, $p < .05$). Traumatapahtumien kasaantumisen osalta sukupuolten välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Sekä miesten että naisten mediaani traumatapahtumien kasaantumiselle oli 7 ($U = 94586$, $p = .189$). Miehet kokivat traumaperäisiä stressioireita merkitsevästi naisia enemmän myös oireryhmittäin tarkasteltuna. Uudelleenkokemisen mediaani oli miehillä 19 ja naisilla 18 ($U = 86159$, $p < .001$), välttelemisoireissa miesten mediaani oli 25 ja naisten 24 ($U = 83036$, $p < .001$) ja ylivireyden oireiden mediaani oli miehillä 14 ja naisilla 13 ($U = 79401$, $p < .001$).

TAULUKKO 2. Tarkasteltujen muuttujien väliset Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimet (n=934)

	1	2	3	4	5	6	7
1. Miessukupuoli	-						
2. Traumaperäiset stressioireet	.16***	-					
3. Toimintakyvyn heikentyminen	.08*	.75***	-				
4. Traumatapahtumien kasaantuminen	.04	.19***	.16***	-			
5. Uudelleenkokemisen oireet	.11***	.85***	.60***	.10***	-		
6. Välttelyoireet	.14***	.94***	.72***	.15***	.75***	-	
7. Ylivireyden oireet	.17***	.88***	.67***	.22***	.65***	.73***	-

Huom.: Monivertailukorjaukset on tehty Bonferroni-Holm-korjauksella.

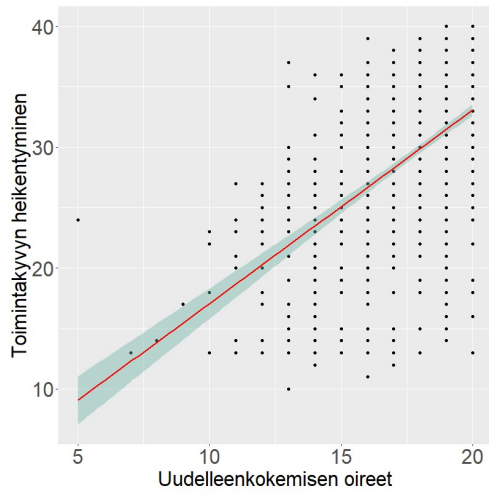
* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Traumaperäisten stressioireiden ja toimintakyvyn heikentymisen yhteys

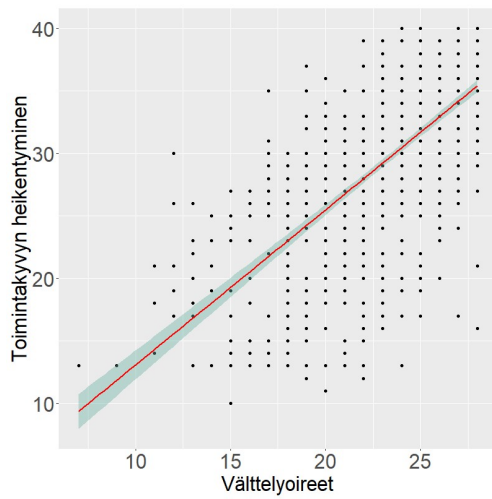
Ensimmäinen tutkimuskysymyksemme oli, ovatko traumaperäiset stressioireet ja toimintakyvyn heikentyminen yhteydessä toisiinsa. Kuten Taulukosta 2 nähdään, traumaperäiset stressioireet ja toimintakyvyn heikentyminen korreloivat voimakkaasti ($\rho = .75$). Vastaava tulos saatiin myös sukupuolittain tarkasteltuna miehillä ($\rho (329) = .71, p < .001$) sekä naisilla ($\rho (605) = .76, p < .001$).

Toisena tutkimuskysymyksenä selvitimme, ovatko tietyt traumaperäiset stressioireet erityisesti yhteydessä vaikeampaan toimintakyvyn heikentymiseen. Kaikki oireryhmät korreloivat merkitsevästi ja voimakkaasti toimintakyvyn heikentymisen kanssa (ks. Taulukko 2 sekä Kuvaajat 1a-c). Korrelaatio oli heikointa uudelleenkokemisen ja toimintakyvyn välillä (ks. Taulukko 2 sekä Kuvaaja 1a). Kaikki sukupuolittaiset oireryhmien ja toimintakyvyn heikentymisen väliset korrelaatiot olivat merkitseviä. Miesten oireryhmittäiset korrelaatiot toimintakyvyn heikentymisen kanssa olivat uudelleenkokemiselle ($\rho (329) = .60, p < .001$), välttelemiselle ($\rho (329) = .71, p < .001$) ja ylivireydelle ($\rho (329) = .55, p < .001$). Naisten oireryhmittäiset korrelaatiot olivat uudelleenkokemiselle ($\rho (605) = .59, p < .001$), välttelemiselle ($\rho (605) = .71, p < .001$) ja ylivireydelle ($\rho (605) = .72, p < .001$).

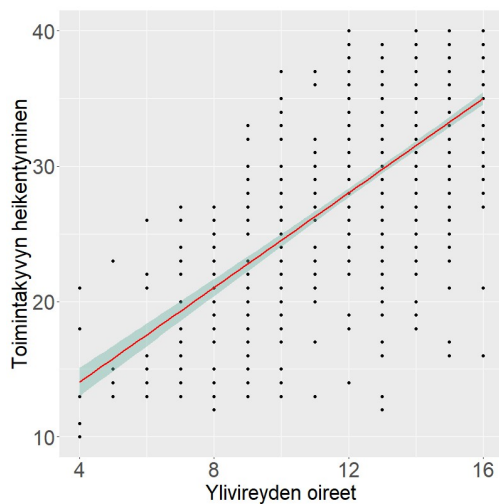
KUVAAJA 1a. Uudelleenkokemisen oireiden ja toimintakyvyn heikentymisen yhteys



KUVAAJA 1b. Välttelyoireiden ja toimintakyvyn heikentymisen yhteys



KUVAAJA 1c. Ylivireyden oireiden ja toimintakyvyn heikentymisen yhteys



Oireryhmien summamuuttujat ja toimintakyvyn heikentymisen summamuuttuja olivat positiivisessa yhteydessä. Yhteyttä kuvaavan lineaarisen regressiomallin mukaan oireryhmien muuttujat yhdessä selittivät noin 57 % toimintakyvyn heikentymisen tason vaihtelusta. Mallin selittäjistä välttelyoireilla ($\beta = 0.67, p < .001$) ja ylivireyden oireilla ($\beta = 1.07, p < .001$) oli tilastollisesti merkitsevä yhteys toimintakyvyn heikentymiseen. Uudelleenkokemisen oireet eivät selittäneet toimintakyvyn heikentymistä merkitsevästi ($\beta = -0.01, p = .931$). Muodostamamme regressiomalli sopi aineistoon ($F(3, 930) = 402.6, p < .001$).

Traumatapahtumien kasaantumisen yhteys traumaperäisiin stressioireisiin ja toimintakyvyn heikentymiseen

Kolmantena kysymyksenä tarkastelimme, onko traumaattisten kokemusten kasaantuminen yhteydessä suurempaan toimintakyvyn heikentymiseen tai vaikeampaan traumaperäiseen stressioireiluun. Traumaattisten kokemusten kasaantumisen korrelaatio oli merkitsevä, mutta hieman odotettua heikompi sekä toimintakyvyn heikentymisen ($\rho = .16$) että traumaperäisten stressioireiden ($\rho = .19$) kanssa. Sukupuolittaisessa tarkastelussa kasaantumisen ja toimintakyvyn heikentymisen korrelaatio oli miehillä ($\rho(329) = .12, p = .032$) hieman heikompi kuin naisilla ($\rho(605) = .18, p < .001$). Kasaantumisen ja traumaperäisten stressioireiden korrelaatio oli kohtalainen miehillä ($\rho(329) = .25, p < .001$) ja hieman heikompi naisilla ($\rho(605) = .15, p < .001$).

POHDINTA

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää traumaperäisen stressioireilun, toimintakyvyn heikentymisen ja traumaattisten tapahtumien kasaantumisen yhteyksiä Dadaabin pakolaisleireissä asuvilla pakolaisilla. Tutkittavilla oli psyykkistä oireilua ja traumataustaa, minkä vuoksi he olivat hakeutuneet hoidon piiriin. Aineisto kerättiin The Center for Victims of Torture -avustusjärjestön hoito-ohjelman sisäänottohaastatteluissa. Tarkastelimme traumaperäisten stressioireiden ja

toimintakyvyn heikentymisen yhteyttä ja pyrimme selvittämään, selittävätkö tietyt traumaperäiset stressioireet vaikeampaa toimintakyvyn heikentymistä. Lisäksi tutkimme traumatapahtumien kasaantumisen yhteyttä traumaperäiseen stressioireiluun ja toimintakyvyn heikentymiseen annosvastemallin mukaisella hypoteesilla. Olimme kiinnostuneita myös mahdollisista tuloksissa ilmenevistä sukupuolieroista.

Päätulokset

Ensimmäistä tutkimuskysymystä koskevat tulokset tukevat hypoteesia siitä, että vaikeampi traumaperäinen stressioireilu on yhteydessä suurempiin ongelmiin toimintakyvyssä. Yhteys näiden välillä oli vahva. Tutkimuksemme tulokset ovat yhteneväiset Ormelin (2008) ja Vergerin (2010) kumppaneineen tekemien tutkimusten tulosten kanssa. Aikaisemmat tutkimukset traumaperäisen stressioireilun ja toimintakyvyn yhteydestä ovat kuitenkin olleet osittain ristiriitaisia (Neal ym., 2004). Otokseen liittyvien tekijöiden lisäksi eriäviä tuloksia saattavat selittää käytetyt mittaamenetelmät. Koska toimintakyvyn mittaamiseen käyttämämme kyselylomake on CVT-järjestön itse kehittämä eikä yleisesti käytössä, eivät tuloksemme välttämättä ole täysin verrattavissa muihin tutkimuksiin. Käyttämämme mittari on saattanut tuoda toimintakyvyn ongelmia esiin pienemmällä kynnyksellä kuin jotkut muut mittarit.

Tulokseen ovat saattaneet vaikuttaa myös osallistujiin liittyvät tekijät. Aineistomme pakolaisilla kasaantuneiden traumakokemusten määrä oli suuri ja Dadaabin pakolaisleiriin liittyviä arjen kuormitustekijöitä paljon. Näin moniulotteinen ja jatkuvasti läsnä oleva kuormitus aiheuttaa oletettavasti moninaista oireilua, mikä voisi selittää toimintakyvyn heikentymisen ja traumaperäisen stressioireilun voimakasta yhteyttä. On myös mahdollista, että toimintakyvyn haasteiden ja traumaperäisen stressioireilun välinen yhteys tulee näkyviin vain oireilun ollessa hyvin voimakasta.

Toinen hypoteesimme oli, että traumaperäisistä stressioireista erityisesti uudelleenkokemisen ja ylivireyden oireet olisivat yhteydessä vaikeampaan toimintakyvyn heikentymiseen. Tulostemme mukaan jokainen traumaperäisen stressihäiriön oireryhmä oli voimakkaassa yhteydessä toimintakyvyn heikentymiseen, ja oireryhmät yhdessä selittivät jopa yli puolet toimintakyvyn tasosta. Vastoin oletustamme, vahvin yhteys havaittiin välttelyoireiden ja toimintakyvyn heikentymisen välillä. Tulokseen tulee kuitenkin suhtautua varauksella, sillä erot korrelaatioissa eivät olleet suuria.

Mielenkiintoista oli, että tarkasteltaessa sukupuolten välisiä eroja näissä yhteyksissä, ylivireyden oireiden yhteys toimintakyvyn heikentymiseen oli selvästi vahvempi naisilla kuin miehillä. Erityisen yllättävä sukupuolieroihin liittyvä tulos oli, että otoksessamme traumaperäisten stressioireiden taso oli kaikissa oireluokissa korkeampi miehillä kuin naisilla. Tulos poikkeaa melko vakiintuneesta käsityksestä, jonka mukaan traumaperäinen stressioireilu on yleisempää naisilla kuin miehillä (Kilpatrick ym., 2013; Riley ym., 2017; Tekin ym., 2016). Havaitsemamme ero ei selity koettujen traumatapahtumien määrällä, sillä siinä ei ollut sukupuolten välistä merkitsevää eroa. Mahdollinen selitys saattaisi löytyä traumakokemusten laadusta, sillä miehet olivat kokeneet merkitsevästi enemmän kidutusta kuin naiset. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet kidutuskokemusten voimakkaan yhteyden traumaperäiseen stressioireiluun ja vaikeaan oirekuvaan (Nickerson ym., 2021; Steel ym., 2009).

Mielenkiintoinen havainto oli, että huomioitaessa eri oireryhmät samanaikaisesti, uudelleenkokeminen ei ollut merkitsevä toimintakyvyn selittäjä. Tulos herättää kysymyksiä, sillä uudelleenkokemisen ja toimintakyvyn kahdenvälinen korrelaatio oli merkitsevä. Uudelleenkokemisen selitysvoinan puutetta saattaisi selittää Chon ja kumppaneiden (2011) tutkimuksessaan esittämä tulos, jonka mukaan uudelleenkokemisen oireet vaikuttavat toimintakyvyn heikentymiseen välttelyoireiden kautta. Voikin olla, että myös meidän tutkittaviemme joukossa uudelleenkokemisen aiheuttama ahdistus johtaa ahdistusta herättävien tilanteiden välttelemiseen aiheuttaen näin vaikeuksia arjen toiminnoissa. Havainnon selittäjäksi voidaan pohtia myös oireiden esiintymisen luonnetta. Uudelleenkokemisen oireet ilmestyvät tiettyinä hetkinä, kun taas välttely ja ylivireys voivat olla jatkuvasti läsnä ja siten hallitsevampia arjessa.

Kolmantena oletuksemme oli, että traumaattisten kokemusten kasaantuminen yksilölle olisi yhteydessä vaikeampaan traumaperäiseen stressioireiluun ja toimintakyvyn heikentymiseen. Tulokset tukevat hypoteesia osittain. Traumatapahtumien kasaantumisen ja traumaperäisen stressioireilun välillä oli aineistossamme merkitsevä, mutta hieman odotettua heikompi yhteys. Samankaltainen tulos saatiin traumatapahtumien kasaantumisen ja toimintakyvyn heikentymisen välillä. Erityisesti traumaperäisen stressihäiriön kohdalla traumatapahtumien kasaantumista on pidetty yhtenä johdonmukaisimmista oireilun ennustajista (Kilpatrick ym., 2013; Knipscheer ym., 2015; Neuner ym., 2004; Sengoelge ym., 2019; Silove, 1999; Steel ym., 2009). Tämän vuoksi oletimme näkevämme selkeämmän annos-vastemallin mukaisen yhteyden muuttujien välillä. Esimerkiksi Neunerin ja kollegoiden (2004) tutkimuksessa traumaperäisten stressioireiden ja elämänaikaisten traumakokemusten lukumäärän välinen korrelaatio oli kaksinkertainen tutkimuksessamme raportoituun verrattuna.

Tuloksiin on saattanut vaikuttaa tapamme mitata traumatapahtumien kasaantumista. Jotta kasaantumisen vaikutus saataisiin näkyviin, tulee huomioida riittävän monta erilaista tapahtumaa. Mittasimme useita traumatapahtumia, ne liittyivät ainoastaan sotaympäristöön, ja jotkin mitatuista tapahtumista olivat keskenään melko samanlaisia. Esimerkiksi edeltävässä kappaleessa mainitussa Neunerin ja kollegoiden (2004) tutkimuksessa kysyttiin erikseen sekä sotaan liittyvistä että sotaan liittymättömistä traumatapahtumista. Traumatapahtumia huomioitiin siinä myös suurempi määrä. Erot mittauksissa ovat saattaneet vaikuttaa siihen, että yhteys kasaantumisen ja traumaperäisen stressioireilun välillä on meidän tutkimuksessamme heikompi. Samoin tapamme mitata kasaantumista on voinut vaikuttaa sen yhteyteen toimintakyvyn heikentymisen kanssa. Tuloksistamme ilmenee myös, että joukossa on muutama traumatapahtuma, joita yksikään osallistuja ei raportoinut. Käytännössä nämä kysytyt tapahtumat heikentävät kasaantumisen ilmiön näkymistä.

Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Tutkimuksen vahvuutena on sen otoskoko. Kadon jälkeinen otoskoko ($n = 934$) on alallamme haastatteluin kerätyksi aineistoksi suuri. Suhteellisesti suuren otoskoosta tekee myös se, että mukaan on otettu spesifi, hoito-ohjelmaan hakeutuneiden, oireilevien pakolaisten otos. Suuren otoskoon vuoksi osallistujien henkilökohtaisten erojen sekä muiden virhelähteiden mahdolliset vaikutukset tasaantuvat. Vahvuutena on myös vajaiden vastausten pieni määrä (91 kpl), jonka takia puuttuvia arvoja sisältävät vastaukset pystyttiin poistamaan imputoinnin sijaan. Pudokkaat eivät eronneet tutkittavista tarkasteltujen taustamuuttujien suhteen.

Yksi tutkimuksen rajoituksista on sen edustavuus. Huomioimamme taustamuuttujat, ikä ja sukupuoli, eivät olleet jakaumiltaan tasaiset. Toisaalta lähtömaiden jakauman voidaan olettaa olevan suhteellisen edustava, sillä suurin osa Dadaabin leireillä asuvista on somalialaisia (UNHCR Kenya, 2023). Otoksen edustavuutta tulee tarkastella myös oireilun suhteen. Tässä tutkimuksessa ei voida varmistua siitä, miten tutkittavat edustavat oireilun suhteen perusjoukkoa. Koska aineisto koostuu hoito-ohjelmaan hakeutuneista henkilöistä, on mahdollista, ettei siihen ole päätyntä vakavimmin oireilevia. Ajatus perustuu oletukseen siitä, että vakavimmin oireilevilla ei ole avun hakemiseen vaadittuja voimavaroja. Toisaalta eräässä tutkimuksessa on havaittu, että traumaperäisten stressioireiden vakavuus on positiivisessa yhteydessä avun hakemiseen (Guina ym., 2018). Tämän

tuloksen perusteella olisi mahdollista, että otoksemme edustaa Dadaabin pakolaisleirin vakavimmin oireilevia ihmisiä.

Toinen rajoitus liittyy aineiston keruussa käytettyihin menetelmiin. Itseraportointiin liittyvät haasteet koskevat esimerkiksi vastaustyylejä, väärinymmärryksiä, muistin toimintaa sekä ajatusvinoimia. Toisaalta haastattelun käyttö itseraportointimenetelmien yhteydessä on voinut vähentää menetelmälle tyypillisiä väärinymmärryksiä. Haastatteluin kerätyn aineiston luotettavuutta voitaisiin parantaa entisestään systemaattisemmalla työskentelytavalla. Aineistonkeruun vahvuuksia ovat ilman tulkkia ja haastateltavien äidinkielillä suoritettut haastattelut. Myös käytetyt kyselylomakkeet oli käännetty usealle kielelle.

Mittareiden osalta huomioitavaa on niiden operationalisoinnin onnistuminen. Traumaperäisten stressioireiden kannalta tämä voidaan olettaa onnistuneeksi, mutta traumatapahtumien ja toimintakyvyn mittareiden kohdalla aihe vaatii tarkempaa tarkastelua. Aineistomme keruuseen käytetty toimintakyvyn mittari on avustusjärjestön itse kehittämä, joten sen käytöstä ja luotettavuudesta ei ole tutkimustietoa. Kysymykset kartoittavat kuitenkin osapuilleen samoja asioita kuin normitettu toimintakyvyn arviointimenetelmä WHODAS 2.0 (Üstün ym., 2010), joskin suppeammin.

Traumatapahtumien kasaantumisen osalta mittaustavassamme on useita ongelmakohtia. Tutkimuksessamme kaikille traumatapahtumille annettiin sama painoarvo, vaikka osa niistä voi olla potentiaalisesti traumaattisempia kuin toiset. Esimerkiksi kidutuksen (Nickerson ym., 2021; Steel ym., 2009) ja seksuaalisen väkivallan (Darves-Bornoz ym., 2008) uhriksi joutumisen on aiemmissa tutkimuksissa osoitettu olevan erityisesti traumaperäiselle stressihäiriölle altistavia kokemuksia. Käytetyllä aineistonkeruutavalla jää myös avoimeksi, millaisia tapahtumista tehdyt subjektiiviset tulkinnat ovat olleet, ja kauanko aikaa tapahtumista on kulunut. Näiden seikkojen lisäksi huomiotta jäävät tapahtumien vaikeusasteet ja se, onko osallistujia kokenut raportoimiaan tapahtumia useammin kuin kerran. Suuri osa kysytyistä traumatapahtumista on sellaisia, joista voi kuvitella aiheutuvan kärsimyksen suhteen eritasoisia tapahtuman kulkuja. Tämän ohella tapahtuman toistuvuudella on suuri merkitys, sillä toistuvat traumakokemukset altistavat oireilulle kertaluontoisia kokemuksia voimakkaammin (van der Kolk ym., 2005). Koska toistuvuutta ei tutkimuksessamme huomioida, mukana voi olla osallistujia, joilla on todellisuudessa enemmän traumakokemusten kasaantumista, kuin mitä aineistomme kertoo.

Traumaperäisten stressioireiden mittaamiseen käytettyä, empiirisesti tutkittua, PTSD –mittaria voidaan pitää vahvuutena. Mittari on osoittanut Foan ja kumppaneiden (1997) tutkimuksessa vahvaa sisäistä säännönmukaisuutta ja reliabiliteettia, sekä näyttänyt olevan validi mittari erityisesti seulontatarkoituksiin. Validiteettia vahvistaa sen voimakas korrelointi muiden traumaperäisen

stressioireilun mittareiden kanssa (Foa ym., 1997). Eräänä rajoitteena on, että tutkimuksessamme psyykkistä traumaperäistä oireilua kuvataan vain traumaperäisen stressihäiriön kriteeristön avulla. Jää siis avoimeksi, olisiko esimerkiksi kompleksin traumaperäisen stressihäiriön kriteeristö kuvannut oireilua aineistossamme osuvammin. Lisäksi, kuten johdannossa toimme ilmi, traumaperäinen oireilu on ilmiänsuhtaan osittain kulttuurisidonnaista, ja traumaperäisen stressihäiriön tutkimus ja diagnostinen luokittelu on painottunut länsimaisiin kulttuureihin (Andary ym., 2003). On siis mahdollista, että osa pakolaisten traumaperäisestä oireilusta jää käyttämämme mittarin ulkopuolelle.

Mahdollisia rajoituksia löytyy myös analyysimenetelmistä. Muodostimme summamuuttujat Likert- ja dikotomisella asteikolla olevista muuttujista ja käsitelimme niitä analyyseissa jatkuvina muuttujina. Muodostetut summamuuttujat eivät olleet normaalijakautuneita. Käytimme tästä syystä analyyseissämme epäparametrissa Mann Whitneyyn U-testiä, joka on tilastollisesti parametrisia testejä heikompi. Jakaumien vinous on voinut vaikuttaa myös regressioanalyysin tuloksiin.

Jatkotutkimustarpeet

Tutkimuksemme rajoituksista ja kysymyksiä herättäneistä tuloksista kumpuaa useita jatkotutkimustarpeita. Poikkileikkausasetelman vuoksi tulokset eivät tuo tietoa kausaalisuhteista eivätkä osallistujien palautumisesta. Täsmällisemmän hoidon kohdentamisen mahdollistamiseksi tärkeä jatkotutkimusaihe olisi, millaisilla oireprofiileilla palautuminen on heikointa, ja mitkä tekijät taas tukevat traumanjälkeistä kasvua pakolaisilla. Erilaisia oireprofiileja vertailemalla voitaisiin pyrkiä erottelemaan tiettyjä traumaperäisiä stressioireita tai toimintakyvyn haasteita, jotka ennustavat hitaampaa tai heikompaa palautumista.

Tämä tutkimus vahvistaa aikaisempaa käsitystä traumaperäisen stressioireilun ja toimintakyvyn heikentymisen yhteydestä, mutta täsmällisempää tietoa yhteyden laadusta kaivataan. Tähän liittyvä pitkittäistä tutkimusasetelmaa vaativa kysymys olisi, aiheuttaako traumaperäinen stressihäiriö toimintakyvyn laskun, vai esiintyykö toimintakyvyn heikentyminen osana stressioireilua. Erityinen tuloksistamme esiin nouseva kysymys liittyy välttely- ja uudelleenkokemisen oireiden selitysvoimaan. Mikäli otoksessamme uudelleenkokemisen oireet vaikuttavat toimintakykyyn välttelyoireiden välityksellä, olisi vaikutuksen löytyminen olennaista tukitoimien oikeanlaiselle kohdentamiselle.

Tutkimuksessamme traumatapahtumien kasaantumisen merkitystä ei saatu mukaan optimaalisesti. Olisi tärkeää tehdä jatkotutkimusta kasaantumisen ja traumaperäisen oireilun yhteydestä siten, että traumatapahtumasta kysyttäessä selvitetään sen toistuvuus, ajankohta ja mahdollisuuksien mukaan vaikeusaste tai subjektiivinen tulkinta kokemuksen kuormittavuudesta. Myös pitkittäistutkimukselle olisi paikkansa. Tässä tutkimuksessa jää avoimeksi, olisiko traumakokemusten kasaantumisella ollut yhteys pitkäkestoisiin oireisiin, ja olisiko tämä yhteys ollut voimakkaampi kuin saamamme tulos poikkileikkaustilanteessa.

Tekemiemme rajausten vuoksi tutkimus tarkastelee vain muutamia mahdollisia taustatekijöitä. Erityisesti päivittäisen elämän kuormittavuus ja pakolaisleirien elinolosuhteet tulisi jatkossa ottaa kattavasti huomioon pakolaisten oireilua koskevissa tutkimuksissa. Aikaisemmat tutkimukset ovat esittäneet päivittäisten stressitekijöiden, kuten rahan ja suojan puutteen, toimivan pakolaisilla traumaperäisiä stressioireiden vaikutusta toimintakykyyn välittävänä tekijänä (Tay ym., 2015b; Riley ym., 2017). Jatkotutkimus aiheesta on tarpeen, sillä mahdollisen välittävän vaikutuksen löytyminen Dadaabin pakolaisten keskuudessa mahdollistaisi tukitoimien kohdentamisen erityisen vaikuttaviin stressitekijöihin. Lisänäytön avulla voitaisiin myös korostaa elinolosuhteita parantavien toimien tarjoamisen merkitystä pakolaisuuden kontekstissa.

Myös muita mielenterveyden häiriöitä tulisi huomioida jatkossa laajemmin. Toimintakyvyn heikentymistä esiintyy traumaperäisen stressihäiriön lisäksi esimerkiksi masennuksen yhteydessä (Alonso ym., 2018; Ormel ym., 2008, Verger ym., 2010). Koska tutkimuksessamme ei kontrolloitu masennusoireiden esiintymistä, jää avoimeksi, ovatko masennusoireet voineet aiheuttaa toimintakyvyn laskun, jonka tulkitsimme traumaperäisen stressioireilun kanssa esiintyväksi. Traumaperäisen stressihäiriön kriteeristö vaikutti kuvaavan hyvin oireilua otoksellamme, mutta olisi ollut mielenkiintoista nähdä, millaiset pisteet osallistujamme olisivat saaneet kompleksin traumaperäisen stressihäiriön kriteeristöllä. Tämä olisi tärkeä jatkotutkimusaihe myös viitteiden saamiseksi siitä, kumman diagnoosin kriteeristö kannattaisi vakiinnuttaa pakolaisten oireilun kuvaamiseen.

Tutkimuksen anti ja merkitys

Traumatapahtumien kasaantumisen, traumaperäisten stressioireiden ja toimintakyvyn yhteyden parempi ymmärtäminen on oleellista hoidon kehittämiseksi. Tietoa voidaan hyödyntää muun muassa traumaperäisen stressihäiriön ja toimintakyvyn arviointimenetelmien kehittämisessä sekä pakolaisille tarjottavan hoidon tehokkaammassa kohdentamisessa. Tieto auttaa kohdentamista niin erityisessä avuntarpeessa oleviin, kuin tiettyihin oireisiin, joita helpottamalla hyvinvointia voitaisiin parantaa tehokkaasti.

Tunnistamalla vaikeampaan oirekuvaan johtavia tekijöitä, voitaisiin pakolaisleireillä sekä terveydenhuollossa huomata erityisessä avuntarpeessa olevia henkilöitä nykyistä paremmin. Tulostemme valossa useita traumatapahtumia kokeneet tulisi huomioida riskiryhmänä traumaperäiselle oireilulle. Lisäksi vaikuttaa siltä, että toimintakyvyn kohentamista voitaisiin saavuttaa kohdistamalla hoitoa stressioireisiin, ja niistä erityisesti välttelyoireisiin. Johtopäätöksiä tehdessä tulee varovainen, mutta saatu tieto antaa viitteen siitä, että tietyt oireryhmät olisivat toisia vahvemmin yhteydessä toimintakyvyn heikentymiseen.

Saatu tieto traumaperäisten stressioireiden ja toimintakyvyn heikentymisen yhteyksistä antaa myös arvokasta teoreettista tietoa tutkitun populaation oireiluprofiileista. Tutkimustieto siitä, miten traumaperäiset stressioireet esiintyvät ja vaikuttavat tutkitulla populaatiolla, voi paljastaa mahdollisia erityiskysymyksiä, jotka huomioimalla diagnostiikkaa voidaan parantaa. Toimintakyvyn huomioiva näkökulmamme tarjoaa laajemman katsauksen tutkittavien vointiin ja on arvokas, sillä se korostaa tarvetta suorille toimintakykyyn kohdistuville tukitoimille. Tämä on oleellista, koska toimintakyvyn palautuminen saatetaan kokea henkilökohtaisella tasolla jopa merkityksellisempänä kuin psykologisten oireiden helpottaminen (Benfer & Litz, 2023).

Tutkimuksemme tuo arvokasta tietoa kasaantuneen trauman aiheuttamasta oirekuvasta pakolaisnäkökulmasta sekä pakolaisleirin kontekstista. Pakolaisleirillä eläminen ja pakolaisuus koskettaa maailmanlaajuisesti kymmeniä miljoonia ihmisiä. Leireille ominaista ovat hyvin rajalliset resurssit, joten tarve tehokkaille ja matalan kynnyksen interventioille on suuri. Tutkimustieto voikin parhaimmillaan tehdä pakolaisten kokemuksista ja mielenterveyden haasteista ilmiönä näkyvämmän ja näin parantaa mahdollisuutta nykyisen resurssitilanteen parantumiseen.

LÄHDELUETTELO

- Alonso, J., Mortier, P., Auerbach, R. P., Bruffaerts, R., Vilagut, G., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Ennis, E., Gutiérrez-García, R. A., Green, J. G., Hasking, P., Lochner, C., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2018). Severe role impairment associated with mental disorders: Results of the WHO World Mental Health Surveys International College Student Project. *Depression and anxiety*, 35(9), 802–814.
<https://doi.org/10.1002/da.22778>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed, American Psychiatric Association.
- Andary, L., Stolk, Y., & Klimidis, S. (2003). *Assessing Mental Health Across Cultures*. Australian Academic Press.
- Arieh, S., Israel, L., & Marmar, C. (2017). Post-traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*, 376(25), 2459–2469. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499>
- Benfer, N., & Litz, B. T. (2023). Assessing and addressing functioning and quality of life in PTSD. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 10(1), 1–20. <https://doi.org/10.1007/s40501-023-00284-8>
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: A systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15(1), 29.
<https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Brady, K. T., & Brewerton, T. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*.
- Castaneda, A. E., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M., & Koskinen, S. (2012). *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi—Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. THL.
<https://www.julkari.fi/handle/10024/90907>
- Cho, S. K., Heiby, E. M., McCracken, L. M., Moon, D. E., & Lee, J. H. (2011). Daily functioning in chronic pain: Study of structural relations with posttraumatic stress disorder symptoms, pain intensity, and pain avoidance. *The Korean Journal of Pain*, 24(1), 13–21.
<https://doi.org/10.3344/kjp.2011.24.1.13>
- Crepet, A., Rita, F., Reid, A., Van den Boogaard, W., Deiana, P., Quaranta, G., Barbieri, A., Bongiorno, F., & Di Carlo, S. (2017). Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: A descriptive study of neglected invisible wounds. *Conflict and Health*, 11(1), 1.
<https://doi.org/10.1186/s13031-017-0103-3>

- Darves-Bornoz, J.-M., Alonso, J., de Girolamo, G., Graaf, R. de, Haro, J.-M., Kovess-Masfety, V., Lepine, J.-P., Nachbaur, G., Negre-Pages, L., Vilagut, G., & Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress, 21*(5), 455–462. <https://doi.org/10.1002/jts.20357>
- Erbes, C. R., Kaler, M. E., Schult, T., Polusny, M. A., & Arbisi, P. A. (2011). Mental health diagnosis and occupational functioning in National Guard/Reserve veterans returning from Iraq. *The Journal of Rehabilitation Research and Development, 48*(10), 1159. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2010.11.0212>
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet, 365*(9467), 1309–1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment, 9*(4), 445–451. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445>
- Fox, J. & Weisberg, S. (2019). An {R} Companion to applied regression, Third Edition. Thousand Oaks CA: Sage. <https://socialsciences.mcmaster.ca/jfox/Books/Companion/>
- Gellis, L. A., Mavandadi, S., & Oslin, D. W. (2010). Functional quality of life in full versus partial posttraumatic stress disorder among veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry, 12*(3), PCC.09m00823. <https://doi.org/10.4088/PCC.09m00823blu>
- Gerber, M. M., Frankfurt, S. B., Contractor, A. A., Oudshoorn, K., Dranger, P., & Brown, L. A. (2018). Influence of multiple traumatic event types on mental health outcomes: Does count matter? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 40*(4), 645–654. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9682-6>
- Giacco, D., Matanov, A., & Priebe, S. (2013). Symptoms and subjective quality of life in post-traumatic stress disorder: A longitudinal study. *PLOS ONE, 8*(4), e60991. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060991>
- Guina, J., Nahhas, R. W., Nguyen, M.-T., & Farnsworth, S. (2018). PTSD symptom severity, but not trauma type, predicts mental health help-seeking in the military. *Journal of Psychiatric Practice®, 24*(5), 310. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000331>
- Henriksson, M., Haravuori, H., & Lönnqvist, J. (2021). *Stressi, traumat ja mielenterveys—Duodecim Oppiportti*. <https://www.oppoportti.fi/op/pkr00152/do>

- Jellestad, L., Vital, N. A., Malamud, J., Taeymans, J., & Mueller-Pfeiffer, C. (2021). Functional impairment in posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 136*, 14–22. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.039>
- Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, L., Shahly, V., Angermeyer, M. C., Bromet, E. J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demeyttenaere, K., Ferry, F., Florescu, S. E., Haro, J. M., He, Y., Karam, A. N., Kawakami, N., ... Koenen, K. C. (2013). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month ptsd in the World Mental Health (wmh) Surveys. *Depression and Anxiety, 31*(2), 130–142. <https://doi.org/10.1002/da.22169>
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *The Journal of Clinical Psychiatry, 61*(sup5), 4–12.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.-P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Khan, S., & Haque, S. (2020). Trauma, mental health, and everyday functioning among Rohingya refugee people living in short- and long-term resettlements. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 56*(3), 497–512. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01962-1>
- Kilpatrick D. G., Resnick H. S., Milanak M. E., Miller M. W., Keyes K. M., & Friedman M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress, 26*(5), 537–547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
- Knipscheer, J. W., Sleijpen, M., Mooren, T., ter Heide, F. J. J., & van der Aa, N. (2015). Trauma exposure and refugee status as predictors of mental health outcomes in treatment-seeking refugees. *BJPsych Bulletin, 39*(4), 178–182. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.047951>
- Kuhn, E., Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (2003). Posttraumatic stress disorder and psychosocial functioning within two samples of MVA survivors. *Behaviour Research and Therapy, 41*(9), 1105–1112. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00071-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00071-8)
- Lie, B. (2002). A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*(6), 415–425. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.01436.x>
- Lor, M., Yu, Z., Chen, W., Xiong, Y., Yonker, J. A., Brown, R., & Krahn, D. D. (2022). Refugee-related trauma patterns and mental health symptoms across three generations of Hmong Americans. *Journal of Traumatic Stress, 35*(4), 1087–1098. <https://doi.org/10.1002/jts.22813>

- McKnight, P. E., Monfort, S. S., Kashdan, T. B., Blalock, D. V., & Calton, J. M. (2016). Anxiety symptoms and functional impairment: A systematic review of the correlation between the two measures. *Clinical Psychology Review, 45*, 115–130. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.005>
- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Ruscio, A. M., Karam, E. G., Shahly, V., Stein, D. J., Hill, E. D., Petukhova, M., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M. C., Borges, G., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Florescu, S. E., Mladenova, M., Posada-Villa, J., ... Kessler, R. C. (2015). Sub-threshold post traumatic stress disorder in the WHO World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry, 77*(4), 375–384. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.03.028>
- Neal, L. A., Green, G., & Turner, M. A. (2004). Post-traumatic stress and disability. *The British Journal of Psychiatry, 184*(3), 247–250. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.3.247>
- Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2004). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry, 4*, 34. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-34>
- Nickerson, A., Byrow, Y., Rasmussen, A., O'Donnell, M., Bryant, R., Murphy, S., Mau, V., McMahon, T., Benson, G., & Liddell, B. (2021). Profiles of exposure to potentially traumatic events in refugees living in Australia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 30*, e18. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000068>
- Nyarko, F., & Punamäki, R.-L. (2021). The content and meaning of war experiences: A qualitative study of trauma and resilience among Liberian young refugees in Ghana. *Transcultural Psychiatry, 58*(2), 254–267. <https://doi.org/10.1177/1363461520901636>
- Ormel, J., Petukhova, M., Somnath, C., Aguilar-Gaxiola, S., Jordi, A., Angermeyer, M. C., Bromet, E. J., Huibert, B., Koen, D., de, G. G., Haro, J. M., Hwang, I., Elie, K., Norito, K., Lépine, J. P., Medina-Mora, M. E., José, P.-V., Sampson, N., Scott, K., ... Kessler, R. C. (2008). Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *The British Journal of Psychiatry, 192*(5), 368–375. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039107>
- Palic, S., & Elklit, A. (2010). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder in adult refugees: A systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique. *Journal of Affective Disorders, 131*(1), 8–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.005>
- R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>.
- Revelle, W. (2022). psych: Procedures for personality and psychological research, Northwestern University, Evanston, Illinois, USA. Versio 2.2.5. <https://CRAN.R-project.org/package=psych>

- Riley, A., Varner, A., Ventevogel, P., Taimur Hasan, M. M., & Welton-Mitchell, C. (2017). Daily stressors, trauma exposure, and mental health among stateless Rohingya refugees in Bangladesh. *Transcultural Psychiatry*, 54(3), 304–331. <https://doi.org/10.1177/1363461517705571>
- Rizopoulos, D. (2006). ltm: An R package for latent variable modelling and item response theory analyses, *Journal of Statistical Software*, 17(5), 1-25. <https://doi.org/10.18637/jss.v017.i05>
- Rudis, B. (2020). hrbrthemes: Additional themes, theme components and utilities for 'ggplot2'. Versio 0.8.0. <https://CRAN.R-project.org/package=hrbrthemes>
- Seery, M. D., Leo, R. J., Lupien, S. P., Kondrak, C. L., & Almonte, J. L. (2013). An upside to adversity?: Moderate cumulative lifetime adversity is associated with resilient responses in the face of controlled stressors. *Psychological Science*, 24(7), 1181–1189. <https://doi.org/10.1177/0956797612469210>
- Sengoelge, M., Johnson-Singh, C. M., Mittendorfer-Rutz, E., Vaez, M., & Saboonchi, F. (2019). Identifying subgroups of refugees from Syria resettled in Sweden based on multiple trauma exposures: A latent class analysis of trauma history and mental health outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 125, 109814. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109814>
- Silove, D. (1999). The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: Toward an integrated conceptual framework. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4), 200.
- Skogberg, N., Mustonen, K.-L., Koponen, P., Tiittala, P., Lilja, E., Ahmed Haji Omar, A., Snellman, O., & Castaneda, A. E. (2019). *Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi: Tutkimus Suomeen vuonna 2018 tulleista turvapaikanhakijoista* [D4]. THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/138298>
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 537–549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>
- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., & Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1114–1119. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1114>
- Tanner, J., Zeffiro, T., Wyss, D., Perron, N., Rufer, M., & Mueller-Pfeiffer, C. (2019). Psychiatric symptom profiles predict functional impairment. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00037>
- Tay, A. K., Rees, S., Chen, J., Kareth, M., Lahe, S., Kitau, R., David, K., Sonoling, J., & Silove, D. (2015). Associations of conflict-related trauma and ongoing stressors with the mental health and

- functioning of West Papuan refugees in Port Moresby, Papua New Guinea (PNG). *PloS One*, 10(4), e0125178. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125178>
- Tay, A. K., Rees, S., Miah, M. A. A., Khan, S., Badrudduza, M., Morgan, K., Fadil Azim, D., Balasundaram, S., & Silove, D. (2019). Functional impairment as a proxy measure indicating high rates of trauma exposure, post-migration living difficulties, common mental disorders, and poor health amongst Rohingya refugees in Malaysia. *Translational Psychiatry*, 9, 213. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0537-z>
- Tay, A. K., Rees, S., Chan, J., Kareth, M., & Silove, D. (2015b). Examining the broader psychosocial effects of mass conflict on PTSD symptoms and functional impairment amongst West Papuan refugees resettled in Papua New Guinea (PNG). *Social Science & Medicine*, 132, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.020>
- Taycan, O., & Yildirim, A. (2015). An alternative approach to the effects of multiple traumas: Complex post-traumatic stress disorder. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(3), 312–314. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.7573>
- Taylor, S., Wald, J., & Asmundson, G. J. G. (2006). Factors associated with occupational impairment in people seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 289–301. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2006-0026>
- Tekin, A., Karadağ, H., Süleymanoğlu, M., Tekin, M., Kayran, Y., Alpak, G., & Şar, V. (2016). Prevalence and gender differences in symptomatology of posttraumatic stress disorder and depression among Iraqi Yazidis displaced into Turkey. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 28556. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.28556>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (julkaisuaika tuntematon). *Mitä toimintakyky on? - THL*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Noudettu 1. helmikuuta 2023, osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>
- The Center for Victims of Torture. (julkaisuaika tuntematon). *Dadaab, Kenya*. The Center for Victims of Torture. <https://www.cvt.org/where-we-work/africa/dadaab-kenya>
- Tinghög, P., Malm, A., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Lundin, A., & Saboonchi, F. (2017). Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: A population-based survey. *BMJ Open*, 7(12), e018899. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018899>
- UNHCR a. (julkaisuaika tuntematon). *What is a refugee?* UNHCR. Noudettu 4. helmikuuta 2023, osoitteesta <https://www.unhcr.org/what-is-a-refugee.html>
- UNHCR b. (julkaisuaika tuntematon). *UNHCR - Refugee Statistics*. Noudettu 26. huhtikuuta 2023, osoitteesta <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/download/?url=H72wKL>

- UNHCR c. (julkaisuaika tuntematon). *UNHCR - Refugee Statistics*. United Nations High Commissioner of Refugees. Noudettu 23. helmikuuta 2023, osoitteesta <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>
- UNHCR Kenya. (2023). *Kenya Operation Statistics: Kenya Refugee Population Statistics Package 31 January 2023*. UNHCR Kenya. Noudettu 17. huhtikuuta 2023, osoitteesta <https://www.unhcr.org/ke/857-statistics.html>
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 389–399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- Verger, P., Guagliardo, V., Gilbert, F., Rouillon, F., & Kovess-Masfety, V. (2010). Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment, and help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(2), 189–199. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0055-z>
- Vilaplana-Pérez, A., Sidorchuk, A., Pérez-Vigil, A., Brander, G., Isoumura, K., Hesselmark, E., Sevilla-Cermeño, L., Valdimarsdóttir, U. A., Song, H., Jangmo, A., Kuja-Halkola, R., D’Onofrio, B. M., Larsson, H., Garcia-Soriano, G., Mataix-Cols, D., & Cruz, L. F. de la. (2020). Assessment of posttraumatic stress disorder and educational achievement in Sweden. *JAMA Network Open, 3*(12), e2028477. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.28477>
- Vogt, D., Danitz, S. B., Fox, A. B., Sanders, W., & Smith, B. N. (2019). Do functional impairments promote or hinder mental health treatment seeking: Differential results for women and men. *Psychiatry Research, 271*, 614–620. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.031>
- Wei, T., & Simko, V. (2021). corrplot: Visualization of a correlation matrix. Versio 0.92. <https://github.com/taiyun/corrplot>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet, 382*(9904), 1575–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Wickham, H. (2016) ggplot2: Elegant graphics for data analysis. Springer-Verlag New York
- Wickham, H., François, R., Henry, L. & Müller, K. (2022). dplyr: A grammar of data manipulation. Versio 1.0.10. <https://CRAN.R-project.org/package=dplyr>
- World Health Organization (WHO). (2023). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. Noudettu 22. huhtikuuta 2023, osoitteesta <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Wu, K. K., Leung, P. W. L., Wong, C. S. M., Yu, P. M. W., Luk, B. T. C., Cheng, J. P. K., Wong, R. M. F., Wong, P. P. S., Lui, J. C. C., Ngan, J. C. F., Leung, F. L. T., & Lam, L. C. W. (2019). The Hong

- Kong Survey on the epidemiology of trauma exposure and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. Wiley Online Library. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.22430>
- Üstün, B., & Kennedy, C. (2009). What is “functional impairment”? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry*, 8(2), 82–85.
- Üstün, B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., Rehm, J., & World Health Organization. (2010). *Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*