

**SOTATRAUMAN YHTEYS MIELENTERVEYTEEN:
MIELEN PAHOINVOINTI JA TRAUMAPERÄISEN KASVUN MAHDOLLISUUS**

Pauliina Rögård

Psykologian pro gradu -tutkielma

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Tampereen yliopisto

Toukokuu 2017

RÖGÅRD, PAULIINA: Sotatrauman yhteys mielenterveyteen: mielen pahoinvointi ja traumaperäisen kasvun mahdollisuus

Pro gradu -tutkielma, 42 s.

Ohjaaja: Raija-Leena Punamäki

Psykologia

Toukokuu 2017

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sotatraumakokemusten yhteyttä mielenterveyteen. Mielenterveyttä tarkasteltiin yhtäältä mielen pahoinvointina, tässä masennus- ja stressioireina, ja toisaalta hyvinvointia ilmentävänä traumaperäisenä kasvuna. Tärkeässä asemassa tutkimuksessa oli myönteisten muutosten mahdollisuuden näkökulma, sillä se on verrattain tuore tutkimuskohde. Traumakokemuksista on kuitenkin mahdollista havaita myös hyötyneensä. Tämä tutkimus lisää osaltaan kattavasti tietoa traumaattisten kokemusten moninaisista seurauksista.

Tutkimusaineisto edusti raskaana olevia palestiinalaisnaisia. Heiltä kerättiin taustatietojen lisäksi tietoa sotatraumakokemusten määrästä, masennus- ja stressioireista sekä traumaperäisestä kasvusta. Vastaajat olivat altistuneet Gazan sodalle vuosina 2008–2009. Levottomuudet Palestiinassa eivät kuitenkaan rajoitu vain sota-aikaan, joten naisten oletettiin altistuneen useammille potentiaalisesti traumatisoiville tapahtumille. Tutkimusmenetelminä käytettiin kuvailevien tietojen lisäksi korrelaatiokertoimia ja hierarkkista regressioanalyysia.

Tulokseksi saatiin odotusten mukaisesti, että mitä enemmän vastaaja raportoi traumakokemuksia, sitä enemmän hän raportoi masennus- ja stressioireita. Sotatraumakokemusten määrän ja traumaperäisen kasvun välillä havaittiin puolestaan käyräviivainen yhteys tarkoittaen, että traumaperäistä kasvua raportoitiin eniten silloin, kun traumaattisia kokemuksia ei ollut vähän eikä liikaa.

Tämä tutkimus osaltaan osoitti, että traumaattisten kokemusten jälkeen on mahdollista kokea sekä kielteisiä mielenterveysoireita että myönteisiä tuntemuksia esimerkiksi itsensä kokemisesta vahvemmaksi, ihmissuhteensa läheisemmiksi tai elämän arvokkaammaksi kuin ennen. On tärkeää, että työntekijä on tietoinen traumaperäisen kasvun mahdollisuudesta traumaattisesta kokemuksesta selviytyjällä, sillä se voi parhaimmassa tapauksessa tukea asiakkaan hyvinvointia ja edesauttaa tapahtumasta toipumista. Lisäksi niin työntekijöiden kuin traumatutkijoidenkin tulisi pitää mielessään, miten monella eri tavalla traumatapahtumat koskettavat ihmistä, ja miten moniulotteisesti niistä voi selviytyä, jotta tutkimukset olisivat kattavia, ja jotta hoitoa osattaisiin tarjota mahdollisimman yksilölähtöisesti.

Avainsanat: trauma, sotatrauma, masennus, stressi, traumaperäinen kasvu, siviilit

SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	1
1.1 Tutkimuksen lähtökohdat.....	1
1.2 Sota traumaattisena kokemuksena	3
1.3 Traumakokemuksen yhteys mielenterveyteen	5
1.3.1 Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD).....	7
1.3.2 Masennus- ja stressioireet	9
1.3.3 Traumaperäinen kasvu	10
1.4 Tutkimuskysymykset ja -hypoteesit.....	14
2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	16
2.1 Osallistujat ja aineiston keruu	16
2.2 Mittarit	16
2.3 Aineiston analysointi.....	18
3. TULOKSET.....	19
3.1 Kuvailevat tulokset	19
3.2 Sotatraumakokemusten yhteys masennus- ja stressioireisiin.....	23
3.3 Sotatraumakokemusten yhteys traumaperäiseen kasvuun	24
3.3.1 Sotatraumakokemusten ja traumaperäisen kasvun suoraviivainen yhteys	24
3.3.2 Sotatraumakokemusten ja traumaperäisen kasvun käyräviivainen yhteys	25
4. POHDINTA	27
4.1 Päätulokset	28
4.2 Tutkimuksen vahvuudet, rajoitukset ja jatkotutkimusaiheet.....	30
4.3 Tutkimuksen soveltaminen käytännön työhön	33
LÄHTEET	35

1. JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Tälläkin hetkellä monessa maassa soditaan. Televisiosta tuttu näky on uutisissa esitettävät kuvat pommitetuista raunioista, sotilaista marssimassa autoituneilla kaduilla, pölyisistä ja surevista ihmisistä ja liikahtamattomista ruumisröykkiöistä. Miljoonat ihmiset ympäri maailman joutuvat elämään pelossa ja turvattomuudessa. He saattavat joutua hengenvaaraan ja menettää taisteluissa kotinsa tai läheisiään. He saattavat olla sivustakatsojina seuraamassa, kun naapurikylää pommitetaan. Tällaiset tapahtumat ovat usein vahingollisia mielenterveydelle, joten on hyvin mahdollista, että ihminen traumatisoituu kokemistaan kauhuista (esim. Weinberg, Besser, Campeas, Shvil, & Neria, 2012). Traumaattisen kokemuksen seuraukset mielenterveydelle voivat olla vakavia ja pitkäaikaisia. Esimerkiksi altistuminen vakavalle väkivallalle voi aiheuttaa psykiatrisia oireita yli vuosikymmenen jälkeen tapahtumasta (Mollica, McInnes, Poole, & Tor, 1998) ja lapsuuden eläminen Holokaustin aikaan (1940–45) voi jättää jälkensä muun muassa PTSD-, masennus- ja ahdistuneisuusoireiluna peräti 55 vuoden päähän (Amir & Lev-Wiesel, 2003).

Sodat ovat tyypillisesti pitkäkestoisia, joten sotaoloissa on todennäköistä kohdata useita erilaisia potentiaalisesti traumaattisia tapahtumia. Toistuvat tai useat erilliset traumaattiset tapahtumat etenkin ihmisten aikaansaamina, kuten sodassa, voivat merkittävästi altistaa mielenterveyden järkkymiselle (Green ym., 2000; Norris ym., 2002). Sodan haitallisia mielenterveysvaikutuksia on tutkittu esimerkiksi sotaveteraaneilla (esim. Ginzburg, Ein-Dor, & Solomon, 2010), mutta myös siviiliväestöllä (Weinberg ym., 2012). Monet sotilaat esimerkiksi Yhdysvalloissa saavat itse päättää osallistumisestaan maanpuolustukseen ja sitä kautta sotatoimiin (Rosner & Powell, 2006). Tällainen valinnanvapaus puuttuu siviileiltä, joille sodankäynnille altistuminen on usein väistämätöntä. Siviiliväestön tuleekin sopeutua pitkäkestoiseen sotatilanteeseen, joka ei kosketa heitä kuitenkaan suoraan (Michultka, Blanchard, & Kalous, 1998; Neria, Nandi, & Galea, 2008;). Tässä tutkimuksessa kohderyhmänä ovat palestiinalaisnaiset, jolloin saadaan tärkeää tietoa traumaattisten kokemusten seurauksista Gazan alueen siviilinaisten mielenterveyteen. Mielenterveyttä tarkastellaan masennus- ja stressioireiden määränä. Lisäksi tutkimukseen osallistuneiden naisten joukko on siinä mielessä erityinen, että he ovat raskaana, vanhemmuuteen siirtymisen kynnyksellä.

Vaikka traumaattiset kokemukset usein horjuttavat ihmisen mielenterveyttä, on lohdullista tietää, että tutkimuksissa on havaittu traumaattisille tapahtumille altistuneiden ihmisten kokevan tapahtuneesta ja sen käsittelystä seuranneen myös jotakin hyvää, kuten ihmissuhteiden aiempaa

suurempaa arvostamista (Tedeschi & Calhoun, 1996; Feder ym., 2008; Turunen, Haravuori, Punamäki, Suomalainen, & Marttunen, 2014). Onkin hyvä kiinnittää huomiota siihen, miten ihmiset selviytyvät traumaattisista kokemuksistaan. Tämän tiedon avulla traumasta toipuvien mielenterveyttä voitaisiin paremmin tukea sen lisäksi, että keskityttäisiin pelkästään hoitamaan jo järkkynyttä psyykettä. Zoellner ja Maercker (2006) toteavatkin katsausartikkelissaan, että tutkimusten olisi jo aika huomioida myös myönteiset muutokset, joita traumaattinen tilanne saattaa saada aikaan. Tämä tutkimus pyrkii vastaamaan tähän toiveeseen ja selvittämään, mahdollistaako traumakokemuksesta selviämisen kanssa kamppailu siitä hyötymisen, kuten sen, että trauman kokenut henkilö tuntee olevansa vahvempi kuin ennen. Traumaperäisen kasvun käsitettä (Calhoun & Tedeschi, 2004) käytetään kuvaamaan tässä tutkimuksessa näitä myönteisiä muutoksia ja havaittuja hyötyjä.

Lisäksi tutkimuksessa selvitetään, onko traumatapahtumien määrällä merkitystä havaittuihin myönteisten muutosten määrään. Traumaperäisen kasvun voidaan ajatella lisääntyvän henkilön kokiessa yhä enemmän traumaattisia tilanteita, joista hyötyjä ammentaa (esim. Bhat & Rangaiah, 2015). Toisaalta on ymmärrettävää, jos jatkuvasti sotatilanteessa hyvin kielteisille ja vakaville traumoille altistunut henkilö ei traumakokemusten aina vaan lisääntyessä enää havaitsisikaan hyötynensä niistä. Päinvastoin liian monen traumakokemuksen jälkeen kasvun kokeminen olisi entistä hankalampaa. Esimerkiksi Fontana ja Rosenheck (1998) havaitsivat, että solidaarisuus myönteisenä muutoksena oli vahvinta silloin, kun potentiaalisesti traumatisoivaa uhkaa ei koettu liian vähän eikä liikaa. Selvittämällä, miten koettujen traumojen määrä on yhteydessä myönteisten muutosten havaitsemiseen, voidaan paremmin ymmärtää traumoja kokeneita ja tukea eteenpäin toipumisessa.

Traumaattinen tapahtuma voi aikaansaada siis monenlaisia seurauksia (Weinberg ym., 2012). Useat polut johtaen niin kielteisiin kuin myönteisiinkin – tai molempiin – trauman jälkeisiin seurauksiin ovat mahdollisia (Almedom, 2005; Magruder, Kılıç, Koryürek, 2015). Tarkastelemalla näitä seurauksia rinnakkain, kuten tässä tutkimuksessa tehdään, saadaan kattavampi kuva traumaattisten kokemusten vaikutuksista. Aiemmissä tutkimuksissa on tarkasteltu esimerkiksi traumaattisen stressin oireita ja optimismia (Bleich, Gelkopf, Melamed, & Solomon, 2006; Bleich, Gelkopf, & Solomon, 2003), masennusoireita ja myönteisiä tunteita (Fredrickson, Tugade, Waugh, & Larkin, 2003) sekä traumaperäisen kasvun piirteitä ja kielteisiä muutoksia (Frazier, Conlon, & Glaser, 2001), jotka seurasivat traumatapahtumaa. Näissä tutkimuksissa ei kuitenkaan joko tutkittu tai havaittu suoraan traumatapahtumalle altistumisen yhteyttä myönteisiin ja/tai kielteisiin seurauksiin. Tässä tutkimuksessa erilaiset sotaolosuhteissa tyypilliset traumatapahtumat, kuten oman kotitalonsa menettäminen pommituksessa, ja niiden määrä ovat kiinnostuksen kohteena, sillä todennäköisesti palestiinalaiset vastaajat ovat kohdanneet useita potentiaalisesti traumatisoivia

tapahtumia eläessään jatkuvassa turvattomuudessa ja epävarmuudessa sotaolosuhteissa. Tutkimus antaa näin ollen kattavasti tietoa sotatraumatapahtumien määrän yhteydestä samanaikaisesti sekä mielenterveysoireiluun, jota kuvataan stressi- ja masennusoireina, että traumakokemuksia mahdollisesti seuraavaan myönteiseen puoleen, traumaperäiseen kasvuun.

1.2 Sota traumaattisena kokemuksena

Maailmassa on useita alueita, joiden väestö kohtaa jatkuvasti laaja-alaisia traumaattisia tapahtumia kuten sotia, järjestäytynyttä rikollisuutta, terrorismia ja luonnonkatastrofeja (Neria ym., 2008). Vuonna 2014 maailmanlaajuisesti oli käynnissä 11 sotaa, mikä on huomattavasti enemmän kuin kymmenenä aiempana vuotena, jolloin käytiin 4–7 sotaa per vuosi (Pettersson & Wallensteen, 2015). Samana vuonna oli 29 lievempää aseellista yhteenottoa, joka määritellään pienempänä kuolleiden määränä kuin sotatilanteessa. Yhteensä aseellisia yhteenottoja käytiin eniten Aasiassa (14) ja Afrikassa (12). Lähi-idässä, johon myös Palestiinan alue kuuluu, aseellisia konflikteja on ollut melko runsaasti jo parin viime vuosikymmenen ajan. Vuonna 2014 niitä tosin käytiin yhtä paljon (6) kuin Euroopassa samana vuonna. Taisteluissa kuolleiden määrä (yli 100 000 kuollutta) vuonna 2014 oli korkein sitten vuoden 1989, mikä johtunee usean konfliktitilanteen voimistumisesta ja äärimmäisestä väkivallasta Syyriassa. Sodassa elinolosuhteet ovat jatkuvasti turvattomat ja vallitsevana tilana se altistaa kansan useille ikäville tapahtumille (Rosner & Powell, 2006). Näin ollen lukemattomat ihmiset ympäri maailmaa altistuvat potentiaalisesti traumatisoiville tapahtumille sotaolosuhteissa.

DSM-5-tautiluokituksen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition) mukaan traumaattinen kokemus määritellään kuolemalle, kuolemanvaaralle, vakavalle loukkaantumiselle tai seksuaaliselle väkivallalle altistavana tilanteena (APA, 2013). Tällaiselle traumaattiselle tilanteelle voi altistua suoraan sen itse kokemalla, esimerkiksi joutumalla auto-onnettomuuteen tai tappoyrityksen kohteeksi. Altistuminen voi myös tapahtua, jos henkilö näkee muiden altistuvan traumaattiselle tapahtumalle, tai jos hän saa tietää, että tällaiselle tapahtumalle on altistunut läheinen perheenjäsen tai ystävä. Lisäksi henkilö voi altistua, jos hän joutuu toistuvasti, esimerkiksi työnsä kautta, kohtaamaan traumaattisia tilanteita.

Traumaattiset kokemukset voidaan jakaa niiden keston suhteen kahteen eri luokkaan: yksittäisiin lyhytkestoisiin tapahtumiin (Tyyppi I) ja pidempikestoisiin, jatkuvaluonteisiin tapahtumiin (Tyyppi II) (Terr, 1991). Shalev (2002) käyttää katsauksessaan näistä nimitystä lyhytkestoinen ja jatkuva potentiaalisesti traumatisoiva tapahtuma. Irrallisia ja äkillisiä traumoja ovat

esimerkiksi itselle tapahtuvat onnettomuudet tai läheisen odottamaton menetys. Sen sijaan jatkuvaluontoinen, vakava ja pitkään kestävä trauma on esimerkiksi lapsuudessa koettu seksuaalinen hyväksikäyttö. Yksittäinen ja jatkuvaluontoinen traumakokemus eroavat toisistaan esimerkiksi mielenterveysseurausten suhteen: jatkuvaluonteinen trauma voi johtaa vakaviin mielenterveysongelmiin (Terr, 1991). Lisäksi Shalev (2002) erottelee toisistaan ensisijaiset ja toissijaiset stressitekijät, joista ensisijaiset ajoittuvat traumatapahtuman kokemiseen, kuten kodin tuhoutuminen pommituksessa, kun taas toissijaiset kuvastavat tapahtuman jälkeistä aikaa, esimerkiksi kodin tuhoutumisesta johtuva muutto. Sotatilanteen pitkäkestoisen ja jatkuvan luonteen vuoksi sotaa voitaisiin pitää tyypin II traumana, jossa todennäköistä on kohdata niin ensi- kuin toissijaisiakin stressitekijöitä.

Sama henkilö on pitkään jatkuneessa sotatilanteessa eläessään voinut kohdata monta erilaista traumaattista tilannetta. Morinan, Rushitin, Salihun ja Fordin (2010) tutkimuksessa kaikki Kosovon sodasta (1998–1999) selvinneet siviilit raportoivat useampia sotaan liittyviä potentiaalisia traumakokemuksia. Heistä suurin osa oli altistunut taistelutilanteelle ja kokenut materiaalisia menetyksiä, kuten puutetta suojasta, ruoasta ja terveydenhuollosta ja joutunut jättämään kotinsa. Selvä enemmistö oli myös kohdannut ihmismenetyksiä, esimerkiksi menettänyt läheisiään tai joutunut heistä eroon. Lisäksi useat olivat nähneet välitöntä uhkaa terveydelle tai joutuneet itse hengenvaaraan. Sodan vaikutukset siviileihin ovat näin ollen hyvin laaja-alaisia, jolloin yksittäisten vahingollisten tapahtumien lisäksi sotaolosuhteet ovat omiaan aiheuttamaan esimerkiksi turvattomuuden tunnetta ja jatkuvaa epävarmuutta omasta tulevaisuudesta (Afana, Pedersen, Rønsbo, & Kirmayer, 2010; Badri, Crutzen, & Van den Borne, 2012).

Aiemmat tutkimukset ovat selvittäneet, kuinka monelle erilaiselle traumaattiselle tapahtumalle henkilö on keskimäärin voinut sotaolosuhteissa altistua. Esimerkiksi Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi ja Calhoun (2003) havaitsivat omassa tutkimuksessaan vastaajilla olevan keskimäärin lähes 20 kokemusta elettyään sotatilanteelle altistuneena useamman vuoden ajan. Mollica ym. (1998) havaitsivat kambodžalaisia pakolaisia tutkiessaan, että neljä vuotta kestäneestä kansanmurhasta (Pol Potin aikakausi Kambodžassa, 1975–1979) selvinneillä oli tuolta ajalta keskimäärin 14 traumaattista kokemusta. Irakilaisia opiskelijoita tutkineet Magruder ym. (2015) puolestaan havaitsivat pilottitutkimuksessaan, että opiskelijoilla oli keskimäärin 13 erilaista sotaan liittyvää kielteistä kokemusta. Badri ym. (2012) selvittivät omassa naispuolisia opiskelijoita käsittäneessä tutkimuksessaan, että yli puolella näistä Afrikan Darfurista paenneista opiskelijoista oli keskimäärin jopa 28 sotatraumakokemusta. Lisäksi De Jongin ym. (2001) palestiinalaisia koskeneessa tutkimuksessa havaittiin, että yli puolet (59,3 %) vastaajista oli kokenut

konfliktitilanteita ollessaan yli 12 vuotiaita. Näin ollen näyttää olevan yleistä, että traumakokemuksia on kertynyt etenkin hyvin vahingollisissa olosuhteissa eläessään useampia.

1.3 Traumakokemuksen yhteys mielenterveyteen

Kukin ihminen kokee traumaattisen tapahtuman omalla yksilöllisellä tavallaan. Henkilö voi esimerkiksi toipua kokemuksestaan nopeastikin tai sitten hän voi oireilla vakavasti ja pitkäkestoisesti (Bonanno, 2004, 2005; Bonanno & Mancini, 2008). On myös mahdollista, että joihinkin ihmisiin traumaattinen kokemus ei välttämättä vaikuta merkittävästi (Almedom, 2005). Tällaisia ihmisiä kutsutaan yleensä resilienteiksi eli selviytymiskykyisiksi (Almedom, 2005; Bonanno, 2004; Lääperi, 2016). He pystyvät selviytymään potentiaalisesti traumaattisista tapahtumista hyvin ilman näkyvää toimintakyvyn heikkenemistä esimerkiksi työssä tai sosiaalisissa suhteissa ja siirtymään näennäisen vaivatta elämässään eteenpäin (Bonanno, 2004). Bonannon (2004) mukaan useat ihmiset selviytyvät erittäin hyvin potentiaalisesti traumaattisista tapahtumista. Esimerkiksi Shalev, Tuval, Frenkiel-Fishman, Hadar ja Eth (2006) havaitsivat, että vain muutamat aseellisille selkkauksille altistuneista sai vakavia oireita, kun taas toiset olivat yllättävän selviytymiskykyisiä. Lisäksi kielteiset tapahtumat itsessään eroavat potentiaalisissa aiheuttaa ahdinkoa, joten kaikki tapahtumat eivät saa samanlaisia oireita aikaan (Shalev, 2002). Siksi olisikin tärkeä puhua potentiaalisesti traumatisoivasta tapahtumasta (engl. potentially traumatic event; PTE), joka käsitteenä pitää sisällään yksilöiden välisen vaihtelumahdollisuuden kokemuksissaan (ks. esim. Bonanno, 2004, 2005; Bonanno & Mancini, 2008; Shalev, 2002).

Tietyissä elämänvaiheissa, esimerkiksi raskauden aikana, voi olla niin, että kielteiset kokemukset ovat vahingollisempia kuin ne muuten olisivat. Harvey, Barnett ja Rupe (2006) ovat tarkastelleet ihmissuhteiden merkitystä menetysten käsittelyssä ja pohtineet sitä, kuinka menetetyn läheisen poismenon käsittelyssä voi edetä, kun samanaikaisesti täytyy pitää huolta muista läheisistään. Näin ollen ei voida tietää varmasti, kuinka esimerkiksi tässä tutkimuksessa mukana olleet raskaana olevat palestiinalaisnaiset ovat kokeneet traumatapahtumat, koska sodassa ihmismenetyksiltä voi olla vaikeaa välttyä, ja heidän on täytynyt pitää huolta vielä syntymättömästä lapsestaan.

Bonanno (2004) esitteli mallin traumaattisen tapahtuman erilaisista seurauksista henkilön toimintakykyyn suhteessa tapahtuneesta kuluneeseen aikaan. Tämä malli sisältää neljä erilaista polkua: krooninen, viivästynyt, toipuminen ja selviytymiskykyinen. Krooninen polku kuvaa

tilannetta, jossa henkilön normaali toimintakyky on jatkuvasti enemmän tai vähemmän heikentynyt. Viivästyneessä mallissa ihmisen toimintakyky on ensin melko normaalia. Vakavat häiriöt toimintakyvyssä alkavat vasta hieman myöhemmin, kun traumaattisesta tapahtumasta on kulunut jonkin aikaa, esimerkiksi vuoden verran. Toipuminen sen sijaan kuvaa tilannetta, jossa toimintakyky on ensin häiriintynyt, mutta joka palaa normaalille tasolle ajan kanssa. Selviytymiskykyisessä polussa traumaattinen tapahtuma ei vaikuta henkilöön juuri lainkaan, jolloin toimintakyky säilyy pysyvästi normaalina tapahtuneesta huolimatta.

Yksilöllisestä tavasta kokea traumaattinen tapahtuma ja käsitellä sitä osoittavat polkujen esiintyvyydessä ilmenevät erot. Esimerkiksi Bonanno ja Mancini (2008) esittivät, että suurimmalla osalla ihmisistä tapahtuu luontaista paranemista melko pian tapahtuneen jälkeen, ja vain suhteellisen pieni osa traumaattiselle tapahtumalle altistuneista oireilee kroonisesti. Hobfollin ym. (2009) tutkimuksessa yleisin kehityskaari traumaattisten kokemusten jälkeen kuitenkin oli krooninen sairastaminen yli puolella israelilaisista juutalaisista ja arabeista. Besser ja Priel (2010) viittaavat Horowitzin katsaukseen vuodelta 1982 esittäessään kokoavasti, että toiset toipuvat traumaattisesta kokemuksesta melko nopeasti, kun taas toiset voivat oireilla vakavasti ja pitkäaikaisesti.

Aiemmissä tutkimuksissa on selvitetty lisäksi heti traumatapahtuman jälkeen ilmenneiden varhaisten oireiden merkitystä tulevalle oirehdinnalle. Shalevin (2002) katsauksen mukaan potentiaalisesti traumaattisista kokemuksista selviytyminen ja tapahtuneeseen sopeutuminen saavat aikaan ahdistavia, ja hetkellisesti jopa lamaannuttavia, biologisia ja psyykkisiä reaktioita. Niihin sisältyy niin pelkoreaktioita kuin uuden asian ja menetyksen käsittelyäkin. Varhaiset reaktiot akuuttivaiheesta sopeutumiseen ilmentävät usein onnistunutta mukautumista poikkeukselliseen tilanteeseen, ja useimmilla ne väistyvät itsestään. Ne voivat kuitenkin myös kieliiä tulevasta mielenterveysoireilusta. Esimerkiksi Neria, Besser, Kipper ja Westphal (2010) esittivät pitkittäistutkimuksessaan varhaisten reaktioiden voivan kuvastaa tapahtumalle altistumisesta alkavaa prosessia, jossa avuttomuuden ja pelon tunteet kielivät pitkäkestoisesta mielenterveysoireilusta.

Tutkimustuloksia on saatu myös niin sanotusta annos-vaikutusyhteydestä traumatapahtumien määrän ja mielenterveysoireilun välillä (esim. Mollica ym., 1998). Yhteydellä voidaan tarkoittaa esimerkiksi sitä, että mitä enemmän henkilöllä on traumaattisia kokemuksia, sitä enemmän hän oirehtii. Tutkimuksissa on havaittu traumakokemusten määrän olevan yhteydessä esimerkiksi lisääntyneeseen masennusoireiluun ja traumaperäisen stressihäiriön (engl. Posttraumatic Stress Disorder, PTSD) oireiluun (Magruder ym., 2015; Mollica ym., 1998). Toisaalta Neria ym. (2010) havaitsivat, ettei israelilaisilla siviileillä traumaattisten kokemusten määrä, jota kuvattiin pommituksille altistumisena, ollut yhteydessä mielenterveysoireiluun. Annos-vaikutusyhteyttä tarkastellaan tässä tutkimuksessa sotatraumakokemusten ja masennus- ja stressioireiden välillä.

Koska traumatutkimuksissa on kuitenkin usein käytetty PTSD:tä kuvaamaan mielen pahoinvointia (Neria ym., 2008), sen esitleminen trauman yhtenä seurauksena nähdään myös tässä tarpeelliseksi.

1.3.1 Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD)

Traumaperäisen stressihäiriön toteamiseksi trauman uhrilla on uusimmassa DSM-5-tautiluokituksessa määritelty erilaisia kriteerejä (APA, 2013). PTSD:n diagnosoinnissa kaikilla yli 6-vuotiailla keskeistä on ensinnäkin altistuminen traumaattiselle tilanteelle eli traumaattinen kokemus, joka voi olla esimerkiksi sotaan liittyvä tai muissa olosuhteissa sattunut vahingollinen tapahtuma elämässä, kuten raiskauksen uhriksi joutuminen. Toiseksi kriteerinä ovat traumaattisen tilanteen jälkeen ilmaantuvat läpitukeutuvat oireet, kuten tapahtuneesta väkisin mieleen palaavat muistikuvat ja/tai traumaattisen tapahtuman läpikäyminen elävästi uudelleen mielessään (ns. flashback-reaktiot). Kolmantena kriteerinä on tapahtuneen jälkeen alkava välttämiskäyttäytyminen, joka liittyy traumaattisesta tilanteesta muistuttavien ulkoisten (mm. ihmiset, paikat, tilanteet) tai sisäisten (tunteet, ajatukset, muistikuvat) tekijöiden välttämiseen. Lisäksi PTSD:n diagnosoinnissa huomioidaan muun muassa tiedonkäsittelyssä ja mielialassa sekä tarkkaavuudessa ja huomiokyvyssä tapahtuneet muutokset, joiden katsotaan alkaneiksi tai pahentuneiksi traumaattisen kokemuksen jälkeen. Tällaisia ovat esimerkiksi jatkuvasti kielteinen minäkuva ja mieliala, lisääntynyt ärsyyntymisherkkyys sekä uni- ja keskittymisongelmat. Edellä mainittujen tapahtuneen jälkeen ilmenneiden oireiden tulee kestää vähintään yhden kuukauden ajan. On hyvä, että PTSD:n diagnosoinnissa huomioidaan myös se, että henkilö on voinut kokea traumaattisia tapahtumia enemmänkin kuin yhden, sillä esimerkiksi juuri sotaolosuhteissa sen voidaan katsoa olevan hyvin yleistä.

PTSD:ltä suojaavat ja sille altistavat tekijät voidaan jakaa ajallisesti traumakokemuksta edeltäviin, trauman aikaisiin ja trauman jälkeisiin tekijöihin (APA, 2013). Persoonallisuuteen liittyvät piirteet, kuten lapsuuden tunne-elämän ongelmat ja aiemmat mielenterveysongelmat, elinolosuhteisiin ja ympäristöön liittyvät tekijät, kuten alempi koulutus- ja älykkyystaso ja aiemmat traumakokemukset, sekä biologiset tekijät, kuten naissukupuoli, lukeutuvat traumakokemuksta edeltäviin riskitekijöihin. Perimä voi toimia PTSD:lle altistavana tai siltä suojaavana tekijänä. Traumatapahtuman aikaisia riskitekijöitä ovat muun muassa trauman vakavampi luonne, oman henkensä edestä pelkääminen, loukkaantuminen, sekä sotilaille vihollisen tappaminen ja hirmutekojen näkeminen. Traumatapahtuman jälkeisiin riskitekijöihin lukeutuvat muun muassa

persoonallisuuteen liittyvä kielteinen arvioiva ajattelu, akuuttiin stressihäiriöön sairastuminen, altistuminen uusille kielteisille elämäntapahtumille ja trauman aiheuttamat taloudelliset menetykset. Sosiaalinen tuki toimii suojaavana tekijänä ennen traumakokemusta ja sen jälkeen. 77 tutkimusta kattaneessa meta-analyysissä havaittiin vahvimmin PTSD:lle altistavan trauman vakavuusaste, sosiaalisen tuen puute ja olosuhteiden aikaansaama elämän stressaavuus trauman aikaisina tai sen jälkeisinä tapahtumina (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000). De Jong ym. (2001) puolestaan havaitsivat palestiinalaisilla vastaajilla esimerkiksi kidutuksen kokemisen ja elinympäristön ankeuden olevan yhteydessä lisääntyneeseen PTSD-oireiluun.

PTSD:n esiintyminen aikuisväestöllä näyttää olevan yleisempää kuin lapsilla tai vanhuksilla (APA, 2013). Veteraaneilla ja työnsä puolesta traumaattisia tilanteita kohtaavilla, kuten poliiseilla ja palomiehillä, PTSD:n esiintyvyys on korkeampi kuin normaaliväestöllä, mutta kaikista korkein (altistuneista kolmasosa–yli puolet) se on esimerkiksi sodasta selvinneillä (APA, 2013; ks. myös Galea, Nandi, & Vlahov, 2005). Koska ihmiset viettävät työssään suurimman osan ajastaan, on ymmärrettävää, että tiettyjä ammatteja edustavilla henkilöillä oirehdinta on yleisempää kuin sellaisissa ammateissa, joissa traumaattisiksi luokiteltavia tapahtumia tarvitsee kohdata vain harvoin. Samoin sodankäynnille altistuneet ihmiset lienevät kohdanneen useampia mahdollisia traumatapahtumia kuin turvallisemmissa olosuhteissa eläneet. Tämän tutkimuksen aineisto koostuu aikuisista naisista, jotka ovat eläneet sotaolosuhteissa jo useamman vuoden ajan. Heillä lienee siis melko suuri riski sairastua PTSD:hen, jolleivat jo oirehdi.

Mielenterveysongelmien ollessa kyseessä on lisäksi tavallista, että yhden ongelman kanssa esiintyy myös toinen häiriö. Esimerkiksi masennuksen ja ahdistuksen on havaittu usein esiintyvän PTSD:n kanssa (Dekel, Ein-Dor, & Solomon, 2012; Galatzer-Levy, Nickerson, Litz, & Marmar, 2013; Ginzburg ym., 2010). Tällaista eri häiriöiden samanaikaista esiintyvyyttä kutsutaan komorbiditeetiksi (www.terveyskirjasto.fi, 2016). Lisäksi Ginzburg ym. (2010) havaitsivat pitkittäistutkimuksessaan, että PTSD:hen sairastuminen edeltää masennukseen tai ahdistukseen sairastumista ja, että häiriöiden samanaikaisuus heikentää enemmän toimintakykyä kuin PTSD yksinään. PTSD:stä kärsivillä myös päihderiippuvuus on yleinen ongelma (Galatzer-Levy ym., 2013).

Vaikka PTSD:tä voidaankin pitää traumaattisen tapahtuman yleisenä seurauksena, aiemmissa tutkimuksissa on ilmennyt tarve tarkastella myös muita mielenterveydelle haitallisia seurauksia. Badri ym. (2012) sisälsivät tutkimukseensa kattavasti erilaisia sotatraumakokemuksia, mutta käyttivät ainoastaan PTSD:tä kuvaamaan koettuihin traumoihin yhteydessä olevaa mielen pahoinvointia. He nostivat tutkimuksensa rajoituksia pohtiessaan esille, että kokonaisvaltaisemman kuvan mielenterveysoireilusta saisi tutkimalla myös ahdistus- ja masennusoireilua. Puolestaan Nerian

ym. (2010) tutkimuksessa huomioitiin PTSD:n ja masennusoireilun lisäksi ahdistusoireet, koska heidän mukaansa PTSD- tai masennusoireilla selittymätöntä murehtimista sodalle tai terrorismille altistumisen yhteydessä on tutkittu vain vähän. Lisäksi raportoidun mielenterveysoireilun perusteella näyttää aiheelliselta tutkia myös muita mielen pahoinvoinnin muotoja. Traumataustaisilla turvapaikanhakijoilla, joista usea oli altistunut esimerkiksi taistelutilanteelle tai ollut hengenvaarassa, havaittiin masennuksen (20 %) ja ahdistusoireilun (11 %) olevan PTSD-oirehdinnan (31 %) lisäksi hyvin yleisiä (Crepet ym., 2017). Irakilaisia, sotatraumataustaisia opiskelijoita tutkineessa pilottitutkimuksessa havaittiin masennuksen olevan heillä jopa yleisempää (esiintyvyys: 23,1 %) kuin PTSD:n (esiintyvyys: 17,2 %) (Magruder ym., 2015). Masennus- ja ahdistusoireilua voi siis yhtä lailla ilmetä sodankäynnille ja turvattomuudelle altistuneilla siviileillä.

1.3.2 Masennus- ja stressioireet

Masennus on enemmän kuin vain alakuloa. Pahimmassa tapauksessa se voi heikentää henkilön työ- ja toimintakykyä pitkäaikaisesti (esim. Huttunen, 2015). Masennukseen sairastunut henkilö oirehtii esimerkiksi menettämällä mielenkiinnon tai mielihyvän aiemmin mielihyvää tuottaneisiin tai kiinnostaviin asioihin ja olemalla poikkeuksellisen väsynyt (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016). Hänellä on myös jatkuvasti masentunut mieliala. Lisäksi hänellä voi olla itesyytöksiä, keskittymisvaikeuksia, unihäiriöitä ja ruokahalun muutoksia. Masennukseen sairastumiseen merkittävästi altistavat perinnöllinen taipumus, altistavat persoonallisuuden piirteet ja laukaisevat kielteiset elämäntapahtumat. Altistavia persoonallisuuden piirteitä ovat vähäinen ulospäinsuuntautuneisuus ja tunnollisuus sekä tunne-elämän tasapainottomuus (Hakulinen ym., 2015). Laukaisevana kielteisenä elämäntapahtuma voi toimia myös sotaolosuhteissa todennäköisesti sattuva traumakokemus, kuten oma vakava loukkaantuminen tai läheisen ihmisen menettäminen.

Masennuksen lisäksi pitkittynyt stressioireilu on omiaan heikentämään ihmisen hyvinvointia (Mattila, 2010). Stressiä syntyy, kun ihminen kokee, ettei hän selviä itseensä kohdistuvista vaatimuksista, jolloin tilanteeseen sopeutuminen hankaloituu tai voi tuntua jopa mahdottomalta. Esimerkiksi äkillinen elämänmuutos, kuten asuinpaikan vaihtaminen sodankäynnin alta, aiheuttaa stressiä. Myös melusta voi aiheutua stressiä. Yötä päivää jatkuvat pommitukset synnyttävät varmasti meluhaittoja sotaa käyvässä maassa. Stressistä kärsivä henkilö voi kokea erilaisia fyysisiä oireita, kuten päänsärkyä, sydämentykytystä, huimausta, vatsavaivoja ja pahoinvointia (Mattila, 2010). Tyypillisiä ovat myös psyykkiset oireet, kuten jännittyneisyys, levottomuus, ärtymys, ahdistuneisuus

ja unen häiriöt. Myös ahdistuneisuus synnyttää unettomuutta ja monia stressioireilun kanssa yhteneviä fyysisiä oireita, kuten hikoilua (Huttunen, 2016). Lisäksi ahdistuksessa tyypillisiä oireita ovat pelon ja huolen tuntemukset sekä myös stressioireilussa tuttu jännittyneisyyden tunne. Koska stressi ja ahdistuneisuus saavat aikaan samankaltaisia oireita, tutkimuskirjallisuuden esittelyssä ei nähty tarpeen tehdä eroa näiden ilmiöiden välillä.

Monet sotaolosuhteissa kohdatut traumaattiset tapahtumat, kuten joutuminen eroon perheenjäsenestään tai epävarmuus ruoan saatavuudesta, lienevät siis omiaan lisäämään niin masennusoireilua kuin ahdistus- ja stressioireiluakin. Ihmismenetykset ja materiaaliset menetykset ovat yhdistetty masennusoireiluun (Carlson & Dalenberg, 2000). Stressiä ja PTSD-oireilua voi sen sijaan syntyä, kun sodankäynti häiriinnyttää normaalin elämänkulun ja aiheuttaa yleisesti elämään stressiä (Brewin ym., 2000; Shalev ym., 2006).

Tutkimuksissa onkin havaittu usean vastaajan raportoineen masennus- ja ahdistusoireilua. Esimerkiksi yli puolet jatkuvien aseellisten konfliktien alaisuudessa elävistä israelilaisista raportoi olonsa masentuneeksi (Bleich ym., 2003). Muutama vuosi myöhemmin samat tutkijat tarkastelivat masennuksen lisäksi ahdistuneisuusoireilua toisella israelilaisista koostuvalla aineistolla ja havaitsivat, että noin yksi kolmasosa vastaajista kärsi masentuneesta mielialasta ja saman verran ahdistuneisuudesta (Bleich ym., 2006). Myös dysforisia oireita, kuten masentuneisuutta ja surua, ja ahdistuneisuutta kuvaavia oireita, kuten levottomuutta ja jännittyneisyyttä on havaittu suoraan terroristihyökkäyksille altistuneilla israelilaisilla siviileillä (Besser & Priel, 2010). Näin ollen sekä masennus- että stressioireilua on hyödyllistä tarkastella sodankäynnille altistuneilla henkilöillä.

1.3.3 Traumaperäinen kasvu

Useimmat traumaattisten kokemusten seurauksia selvittäneet tutkimukset ovat keskittyneet tarkastelemaan kokemusten kielteisiä puolia myönteisten sijaan (Afana ym., 2010). Vaikka traumaattiset tapahtumat ovat luonteeltaan usein ihmisen toimintakykyä heikentäviä, on myös kiinnitettävä huomiota sellaisiin tapoihin, joiden avulla ihmiset sopeutuvat niihin ja selviytyvät niistä (Bonanno, 2004). Traumatapahtuman käsittely voi tuottaa myönteisiä muutoksia, kuten traumaperäistä kasvua (engl. posttraumatic growth, PTG; Tedeschi & Calhoun, 1996) Tämä näkökulma on kuitenkin melko tuore, sillä myönteisten muutosten mahdollisuutta on tutkittu järjestelmällisesti ja siihen on kehitetty mittareita vasta viimeisen kahden vuosikymmenen ajan (Magruder ym., 2015; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Eri tutkimuksissa on käytetty traumakokemuksesta seuranneista myönteisistä kokemuksista erilaisia nimityksiä ja näitä tarkastelevia mittareita. McMillen, Smith ja Fisher (1997) puhuivat traumaattisesta kokemuksesta saadusta mahdollisesta hyödystä, joka voisi liittyä esimerkiksi henkilökohtaiseen kasvuun, kuten elämän prioriteettien arvioiminen uudelleen, tai lisääntyneeseen läheisyyteen ihmissuhteissa. Vastaavasti stressaavista elämäkokemuksista seurannutta kasvua tutkitaan SRGS-mittarilla (Stress-related Growth Scale; Park, Cohen, & Murch, 1996). Sen osiot käsittelevät myönteisiä muutoksia henkilökohtaisissa voimavaroissa, ihmissuhteissa ja coping-keinoissa.

Tässä tutkimuksessa käytössä on Tedeschin ja Calhounin (1996) esittelemä traumaperäisen kasvun käsite. Sillä tarkoitetaan yleisesti, että traumaattisen tapahtuman kokenut henkilö voi havaita tapahtuneesta ja siitä selviämisestä seuranneen myönteisiä muutoksia, kuten aiempaa vahvempaa elämän arvostamista tai karaistumista kokemuksestaan. Tedeschi ja Calhoun (2004) ovat perustelleet käsitteen käyttöä ensinnäkin siten, että se kohdentuu vakavien kriisien olosuhteisiin selvemmin kuin lievemmän stressin. Toiseksi tarkastellut myönteiset muutokset kuvastanevat henkilön aitoja subjektiivisia kokemuksia. Kolmanneksi käsitettä ei ole tarkoitettu kuvaamaan selviytymiskeinoa, vaan traumatapahtuman käsittelyä koskevaa prosessia ja/tai sen lopputulosta. Lopuksi traumaperäisessä kasvussa voi ilmetä niin maailmankuvan järkkymistä kuin ahdinkoakin, mitä pelkästään myönteisiin puoliin keskittyvät termit eivät tavoita. Traumaperäisessä kasvussa useat tekijät toimivat vuorovaikutuksessa vastavuoroisesti kasvun kanssa.

Traumaperäiseen kasvuun sisältyy viisi osa-aluetta, jotka ovat elämän arvostaminen, hengellinen muutos, henkilökohtainen vahvuus, muihin kiinnittyminen ja uudet mahdollisuudet (Tedeschi & Calhoun, 1996). Nämä osa-alueet kuvaavat myönteisiä muutoksia omassa itsessä, ihmissuhteissa ja elämänfilosofiassa. Havaitut muutokset itsessä voivat kertoa esimerkiksi henkilön ymmärryksestä siitä, ettei elämää voi ennustaa eikä ole itse haavoittumaton, ja toisaalta siitä huomiosta, kuinka hyvin hän pystyy selviytymään kokemuksistaan huolimatta (Calhoun & Tedeschi, 1999). Näin ollen luottamus omiin kykyihin voi lisääntyä. Ihmissuhteiden puolestaan voidaan kokea vahventuvan traumakokemuksen jälkeen, esimerkiksi muuttamalla läheisemmiksi. Muutokset voivat myös tarkoittaa esimerkiksi halua tuoda itsestään enemmän asioita esille, ilmaista tunteitaan tai jakaa syvällisiksi kokemiaan asioita vapaammin tai parempaa ymmärrystä samankaltaisia asioita kokeneille (Calhoun & Tedeschi, 1999; Tedeschi & Calhoun, 1996). Muutokset elämänfilosofiassa voivat sen sijaan ilmetä esimerkiksi asioiden laittamisena tärkeysjärjestykseen tai aiempaa suurempana elämän arvostamisena (Calhoun & Tedeschi, 1999). Käsitteen ja ilmiön moniulotteisuuden takia henkilö voi havaita myönteisiä muutoksia joillakin kasvun osa-alueilla, kun taas toisilla ne voivat olla kielteisiä, tai niitä ei välttämättä koeta lainkaan (Calhoun & Tedeschi, 1998;

Taku, Cann, Calhoun, & Tedeschi, 2008). Lisäksi muutosten on ajateltu olevan enemmän kuin pelkästään palaamista traumaa edeltävään tilaan (Calhoun & Tedeschi, 1999). Ne koetaan tärkeiksi ja kielivät kehittämisestä, joka voidaan kokea hyvin perustavanlaatuisella tavalla.

Vaikka tässä tutkimuksessa traumaperäistä kasvua pidetään yksinomaan myönteisiä muutoksia ilmentävänä käsitteenä, tutkimuksissa on myös tarkasteltu traumaperäistä kasvua kielteisenä ilmiönä. Esimerkiksi Hobfoll, Tracy ja Galea (2006) esittävät, että se voi hankaloittaa traumasta ylipääsemistä etenkin tapahtumaan liitetyn märehtimistä muistuttavan kognitiivisen prosessoinnin takia. Calhounin ja Tedeschin (1999) mukaan tapahtumaa märehtimällä, eli tapahtumia Märehtiminen voi olla luonteeltaan osin tunkeilevaa, automaattista ajatusten pyörittämistä päässä, mikä lisää ahdistuneisuutta, ja osin harkittua, pohdiskelevaa reflektiota tapahtumasta. Calhoun, Cann, Tedeschi ja McMillan (2000) esittävätkin, että on tärkeää erottaa pohdiskeleva ja ymmärrystä tavoitteleva traumatapahtumaa käsittelevä ajattelu pakottavasta ja ahdinkoa tuottavasta ajattelusta. Näin ollen traumaperäistä kasvua on vaikeaa nähdä pääasiassa kielteisessä valossa.

Traumaperäisen kasvun syntyminen edellyttäne traumaattista kokemusta (Chan, Young, & Sharif, 2016). Traumakokemuksen lisäksi myönteisten muutosten havaitsemiseen voivat olla yhteydessä ensinnäkin sukupuoli ja ikä. Naisten on havaittu raportoivan hyötyneensä miehiä enemmän kielteisistä kokemuksistaan (Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006; Linley & Joseph, 2004; Vishnevsky, Cann, Calhoun, Tedeschi, & Demakis, 2010). Kılıç, Magruder, Koryürek (2016) havaitsivat naisten lisäksi raportoivan iän myötä vähemmän kasvua. Toiseksi traumakokemuksen luonnetta merkityksellisempi tekijä myönteisten muutosten havaitsemiselle voi olla esimerkiksi trauman aikaansaama kokemus keinottomuudesta tai avuttomuudesta, sillä hyötyjä voidaan havaita traumatapahtuman luonteesta riippumatta (Christopher, 2004; Linley & Joseph, 2004). Muun muassa sodan, raiskauksen uhriksi joutumisen ja syövästä selviytymisen jälkeen on havaittu myönteisiä muutoksia (Linley & Joseph, 2004). Lopuksi esimerkiksi uskonnollisuuden (Hobfoll ym., 2008; Prati & Pietrantonio, 2009; Tedeschi & Calhoun, 1996) ja optimismin, sosiaalisen tuen ja erilaisten coping-keinojen käytön, kuten muihin tukeutumisen, on havaittu olevan yhteydessä traumaperäiseen kasvuun (Prati & Pietrantonio, 2009).

Aiemmissä tutkimuksissa on tarkasteltu melko aktiivisesti mielen pahoinvoinnin ja myönteisten, traumakokemuksesta seuranneiden, muutosten välistä yhteyttä. On pyritty selvittämään, ovatko ne saman ulottuvuuden kaksi eri ääripäätä (neg. yhteys) vai toisistaan erillisiä ilmiöitä (ei yhteyttä, posit. yhteys), mikä mahdollistaisi molempien kokemisen samanaikaisesti (ks. Solomon & Dekel, 2007; Walter & Bates, 2012). Enemmän lienee tutkimustuloksia, jotka osoittavat niiden olevan erillisiä ilmiöitä (Kılıç ym., 2016; Powell ym., 2003; Tedeschi & Calhoun, 1996). Esimerkiksi PTSD:n ja traumaperäisen kasvun on havaittu olevan myönteisessä yhteydessä (Dekel ym., 2012;

Solomon & Dekel, 2007) tai ei lainkaan yhteydessä keskenään (Powell ym., 2003). Dekelin ym. (2012) pitkittäistutkimuksessa havaittiin, että PTSD-oireet tukevat traumaperäistä kasvua. Traumaperäinen kasvu ei kuitenkaan vähentänyt ahdingon kokemista. Sen sijaan toisessa pitkittäistutkimuksessa havaittiin, että ahdingon vähenemiseen on yhteydessä hyödyn havaitseminen, mutta vain jos hyöty havaitaan vasta jonkin aikaa traumaattisen tilanteen jälkeen (Davis, Nolen-Hoeksema, & Larson, 1998). Henkilö voi näin ollen samanaikaisesti kokea traumaattisista kokemuksistaan seuranneen sekä mielen pahoinvointia että havaita myönteisiä muutoksia itsessään, ihmissuhteissaan ja/tai elämän filosofiassaan.

Traumaperäisen kasvun syntyminen vaatii todennäköisesti jonkin verran ahdinkoa koettavaksi (Calhoun & Tedeschi, 1999, Tedeschi & Calhoun, 2004). Näyttää siltä, ettei sitä saa olla kuitenkaan liikaa, sillä monet eivät pysty tiedostamaan mahdollisia myönteisiä hyötyjä ennen kuin traumatilanteen aikaansaama ahdistuneisuus hellittää (Calhoun & Tedeschi, 1998). Tutkimuksissa onkin havaittu, että traumaperäistä kasvua koetaan eniten silloin, kun PTSD-oireita raportoidaan keskimääräisesti (Nuttman-Shwartz, Dekel, & Tuval-Mashiach, 2011; Solomon & Dekel, 2007) Solomon ja Dekel (2007) esittivät käyräviivaisen yhteyden nimenomaan ilmentävän kasvua lisäävän ahdingon optimimäärää. Traumaperäistä kasvua raportoitiin siis eniten silloin, kun ahdinkoa koettiin kasvun syntymiselle tarpeeksi, muttei niin paljon, että hyötyjen havaitseminen olisi ollut mahdotonta. Myös Kleim ja Ehlers (2009) havaitsivat käyräviivaisen yhteyden traumaperäisen kasvun ja PTSD-oireiden sekä masennusoireiden välillä, mutta heidän tutkimuksessaan eniten mielenterveysoireita raportoivat ne vastaajat, jotka kokivat traumaperäistä kasvua keskimääräisesti.

Tutkimustulokset traumakokemuksille altistumisen ja traumaperäisen kasvun välisestä yhteydestä vaihtelevat (Chan ym., 2016). Chanin ym. (2016) katsauksen mukaan useissa pakolaisia koskevissa tutkimuksissa on havaittu myönteinen yhteys traumakokemuksille altistumisen ja traumaperäisen kasvun välillä, mutta on myös tutkimustuloksia, joissa on havaittu kielteinen yhteys tai ei ollenkaan yhteyttä. Esimerkiksi Bhatin ja Rangaiihin (2015) Kashmirin aseelliselle konfliktille altistuneita koskevassa tutkimuksessa havaittiin traumakokemusten ja traumaperäisen kasvun välillä annos-vaiikutusyhteys, jolloin vastaaja raportoi sitä enemmän traumaperäistä kasvua, mitä enemmän hänellä oli traumaattisia kokemuksia. Powell ym. (2003) havaitsivat myös myönteisen yhteyden sotatraumatapahtumien määrän ja traumaperäisen kasvun osa-alueen, muihin kiinnittymisen, välillä.

Toisaalta siis myös kielteisestä yhteydestä on saatu näyttöä (Chan ym., 2016). Kılıç ym. (2016) tutkivat sotatraumataustaisia irakilaisia opiskelijoita, jotka asuivat Turkissa. Heidän tutkimuksessaan havaittiin, että mitä enemmän vastaajalla oli henkilökohtaisesti koettuja traumoja, kuten kidutetuksi joutumista, sitä vähemmän hän raportoi traumaperäistä kasvua. Päinvastainen yhteys havaittiin kuitenkin Boehm-Tabibin (2016) sotatraumataustaisia siviilejä koskevassa

tutkimuksessa, jossa henkilökohtainen traumatilanteille altistuminen ja traumaperäinen kasvu olivat myönteisessä yhteydessä. Kılıçin ym. (2016) aineistossa traumakokemusten yhteismäärä oli kuitenkin myönteisessä yhteydessä traumaperäiseen kasvuun, kun tarkastelussa olivat vain naisvastaajat.

Traumatapahtuman vakavuus on puolestaan ollut yhteydessä lisääntyneeseen traumaperäiseen kasvuun esimerkiksi Zoellnerin, Raben, Karlin ja Maerckerin (2008) tutkimuksessa, jossa havaittiin, että mitä vakavampaan onnettomuuteen vastaaja oli joutunut, sitä enemmän hän raportoi traumaperäistä kasvua. Myös Solomon ja Dekel (2007) havaitsivat sotavangeiksi joutuneiden entisten sotilaiden raportoivan enemmän traumaperäistä kasvua kuin sotaveteraanien, joiden ajateltiin selvinneen sodasta helpommalla. Linley ja Joseph (2004) toteavat lisäksi katsausartikkelissaan, että mitä enemmän esimerkiksi koettiin uhkaa traumatilanteessa, sitä enemmän raportoitiin kasvua. Näyttäisi siis siltä, että traumaperäistä kasvua koetaan sitä enemmän, mitä enemmän henkilöllä on traumakokemuksia tai mitä vakavampaa altistuminen on ollut.

Lisäksi traumalle altistuminen ja traumaperäinen kasvu voisivat olla käyräviivaisessa yhteydessä toisiinsa siten, että eniten traumaperäistä kasvua raportoisivat he, joilla traumatilanteille altistuminen olisi ollut kohtalaista (ks. Chan ym., 2016; Linley & Joseph, 2004). Fontana ja Rosenheck (1998) tutkivat sotaveteraanien traumaattisten kokemusten, kuten taistelutilanteiden ja ruumiiden näkemisen, yhteyttä sekä myönteisiin että kielteisiin muutoksiin vastaajassa itsessään ja/tai hänen ihmissuhteissaan. He havaitsivat solidaarisuuden myönteisistä muutoksena olevan vahvinta silloin, kun uhkaa ei koettu liian vähän eikä liikaa. Lisäksi Powell ym. (2003) totesivat aiempia tutkimuksia koskevassa yhteenvedossaan niiden perusteella näyttävän siltä, että kasvua raportoidaan eniten silloin, kun tapahtuman vakavuus tai stressaavuus on keskimääräistä. Näin ollen ei voida poissulkea sitäkään mahdollisuutta, että kasvua raportoitaisiin eniten silloin, kun traumalle altistuminen on keskimääräistä.

1.4 Tutkimuskysymykset ja -hypoteesit

Gazan sotaa käytiin Palestiinassa vuosina 2008–2009. Tutkimushetkellä vuonna 2013 Gazan sodan päättymisestä oli kulunut jo muutama vuosi. Levottomuudet ja aseelliset yhteenotot Gazan alueella eivät kuitenkaan rajoitu vain sota-aikaan, vaan ratkaisemattoman sotilaskonfliktin olosuhteissa väkivalta, menetykset ja uhan kokeminen ovat jatkuvia. Näin ollen on oletettavaa, että eriaistiset ja useat aseelliset konfliktit varjostavat Gazassa asuvien elinolosuhteita ja kasvu ympäristöä ehkä heidän

koko elämänsä ajan ja synnyttävät turvattomuuden tunnetta ihmisten elämään. Moni palestiinalainen on saattanut vuosien saatossa altistua useammallekin traumaattiselle tapahtumalle sotaolosuhteissa eläessään. Se, miten näille traumaattisille tapahtumille altistuminen on yhteydessä mielenterveyteen, on tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohteena.

Tutkimus pyrkii vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten sotatraumoille altistuminen on yhteydessä mielenterveysongelmien määrään tarkasteltuna stressi- ja masennusoireina?

Hypoteesi 1: Mitä enemmän vastaaja on kokenut sotatraumoja, sitä enemmän hänellä on sekä stressi- että masennusoireita.

2. Miten sotatraumoille altistuminen on yhteydessä traumaperäisen kasvun määrään?

Hypoteesi 2a: Mitä enemmän vastaaja on kokenut sotatraumoja, sitä enemmän hän raportoi traumaperäistä kasvua.

Hypoteesi 2b: Traumakokemusten lisääntyessä myös traumaperäisen kasvun kokeminen lisääntyy, kunnes liian monta kokemusta kääntävätkin kasvun laskuun (ns. käyräviivainen yhteys).

2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

2.1 Osallistujat ja aineiston keruu

Tässä tutkimuksessa osallistujat olivat raskaana olevia palestiinalaisnaisia ($n = 495$), jotka asuivat Gazan alueella Lähi-idässä. Naiset olivat 16–46-vuotiaita ja heidän keski-ikänsä oli noin 25 vuotta ($ka = 24,75$; $kh = 5,57$). Tutkimuksen aineisto on peräisin vuosina 2013–2015 kerätystä laajemmasta tutkimushankkeesta (engl. Gaza Infant Study). Osallistujat tutkimukseen saatiin yhteistyössä Palestiinan terveysministeriön kanssa kymmenen julkisen terveydenhoitoaseman äitiysklinikoilta. Aineisto koostuu näillä äitiysklinikoilla kahden kuukauden aikana käyneistä raskaana olevista naisista, ja se edustaa Gazan viittä aluetta (Pohjois-Gaza, Gaza City, Gazan alueen keskiosa, Khan Yunis, Rafah). Tutkimukseen mukaanottokriteerit olivat: asuminen Gazan alueella, raskaus toisella kolmanneksella ja vapaaehtoinen suostumus osallistua tutkimukseen. Tutkimushanke sai Palestiinan terveysministeriön eettisen lautakunnan hyväksynnän.

Tutkimukseen osallistuneita naisia tutkittiin elo-syyskuussa 2013, jolloin he olivat toisella kolmanneksella raskaana. Kymmenen tehtävään koulutettua kenttätöntekijää haastattelivat naiset äitiysklinikoilla, ja haastattelut kestivät noin 45 minuuttia. Tutkimukseen osallistumisesta sai pienen palkkion. Kenttätöitä tehneet saivat säännöllistä työnohjausta joka toinen viikko. Tämän tutkimuksen aineisto on ainutlaatuinen siinä mielessä, että osallistuneet naiset olivat tulossa vanhemmiksi.

2.2 Mittarit

Sotatraumakokemukset. Sotatraumoja mitattiin 31-osioisella kyselylomakkeella, joka kartoittaa sotaan ja poliittiseen väkivaltaan liittyviä kokemuksia Palestiinassa vuosina 2009–2012. Kysymykset koskivat erityisesti Gazan sotaa (2008–2009) ja sen jälkeisiä traumaattisia tapahtumia. Mahdollisesti traumaattisia tapahtumia ovat esimerkiksi ihmismenetykset, kuten läheisen kuolema, materiaaliset menetykset, kuten kodin menetys, kuoleman ja loukkaantumisen näkeminen, oma loukkaantuminen sekä hengenvaaraan joutuminen ja pelko oman henkensä puolesta. Kysymyksiin vastattiin sen mukaan, oliko altistunut kysytylle tapahtumalle (kyllä = 1, ei = 0). Summamuuttuja muodostettiin

laskemalla kaikki *kyllä*-vastaukset yhteen niiltä henkilöiltä, jotka olivat vastanneet vähintään 28 kysymykseen 31:stä.

Masennusoireet. Osallistujia pyydettiin täyttämään 10-osioinen itsearviointilomake (Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS); Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), jossa tarkasteltiin naisten vointia viimeisen viikon aikana. Jokainen väittämä (esim. ”Olen ollut surullinen ja onneton”) sisältää neljä eri vastausvaihtoehtoa (esim. edellä mainitun väittämän vastausvaihtoehdot ovat ”Kyllä, suurimman osan aikaa”, ”Kyllä, melko usein”, ”En kauhean usein” ja ”En ollenkaan”). Osallistujat arvioivat väittämiä alleviivaamalla omaa vointia viimeisen viikon aikana parhaiten kuvaavan vaihtoehdon. Masennusoireista muodostettiin keskiarvosummamuuttuja niille vastaajille, jotka olivat vastanneet vähintään kahdeksaan kysymykseen kymmenestä. Tämän keskiarvomuuuttujan Cronbachin alfaksi saatiin .78.

Stressioireet. Stressioireita mitattiin 10-osioisella stressiä yleisesti kartoittavalla Perceived Stress Scale -kyselyllä (PSS; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983), joka tarkastelee vastaajien tunteita ja ajatuksia viimeisen kuukauden ajalta. Vastaajaa pyydetään arvioimaan Likertin asteikolla yhdestä viiteen (1 = ei koskaan ja 5 = aina), kuinka usein hän on tuntenut tai ajatellut tietyllä tapaa (esim. ”Kuinka usein sinusta on viimeisen kuukauden aikana tuntunut, ettet pysty kontrolloimaan tärkeitä asioita elämässäsi?”). Keskiarvosummamuuttuja muodostettiin laskemalla keskiarvo niille henkilöille, jotka olivat vastanneet vähintään yhdeksään kohtaan kymmenestä kysymyksestä, ja sen Cronbachin alfaksi saatiin .72.

Traumaperäinen kasvu. Traumaperäistä kasvua mitattiin 21-osioisella The Posttraumatic Growth Inventory (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996) -kyselyllä. Se tarkastelee, missä määrin traumaattinen kokemus ja siitä selviytyminen on mahdollistanut myönteisiä kokemuksia. Kysymykset kartoittavat näitä kokemuksia erilaisilla väittämillä, jotka liittyvät havaittuihin muutoksiin itsessä (esim. ”Tajusin olevani vahvempi kuin luulin”), muutoksiin sosiaalisissa suhteissa (esim. ”Tiedän, että toisiin voi hädän hetkellä tukeutua”) ja muutoksiin elämän filosofiassa (esim. ”Uskoni on vahvistunut”). Tässä tutkimuksessa käytettiin alkuperäisten 21 kysymyksen sijaan 19 kysymystä, mikä perustuu aikaisempaan mittarin kehittelyyn palestiinalaisaineistossa (Salo ym., 2005). Vastaajaa pyydetään arvioimaan Likertin asteikolla yhdestä viiteen (1 = ei muutosta ja 5 = vahva muutos), kuinka vahvana kokemaansa myönteistä muutosta piti. Keskiarvosummamuuttuja kuvaamaan traumaperäistä kasvua kokonaisuudessaan muodostettiin laskemalla vastausten keskiarvo niille henkilöille, jotka olivat vastanneet vähintään seitsemääntoista kysymykseen 19:sta. Tämän keskiarvosummamuuttujan Cronbachin alfa -kertoimeksi saatiin .88.

Taustatekijät. Edellä esiteltyihin summamuuttujiin havaittujen tilastollisesti merkitsevien korrelaatioyhteyksien perusteella taustatekijöiksi tähän tutkimukseen valittiin ikä, koulutus,

taloudelliset ongelmat ja uskonnollisuus (ks. Taulukko 2). Vastaajien taloudellisia ongelmia mitattiin sillä, söivätkö he lämpimiä aterioita harvemmin kuin yleensä (1 = ei koskaan, 2 = jossain määrin ja 3 = suuressa määrin). Uskonnollisuutta puolestaan tarkasteltiin sen avulla, kuinka aktiivisesti vastaaja sitä harjoittaa (0 = ateisti, 1 = uskonto ei-tärkeä, 2 = uskon, mutten harjoita, 3 = rukoilen joskus ja 4 = rukoilen joka päivä).

2.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysoimiseen käytettiin SPSS-tilasto-ohjelman versiota 23. Aluksi selvitettiin, noudattavatko muodostetut summamuuttujat normaalijakaumaa. Histogrammien silmämääräinen tarkastelu osoitti, että masennusoireiden keskiarvosummamuuttujan jakauma vinoutui hieman oikealle, vakavien oireiden suuntaan, joten normaalijakauma ei asettunut aineistoon hyvin eikä masennusoireiden jakauma näin ollen näyttänyt noudattavan normaalijakaumaa. Kolmogorovin-Smirnovin ja Shapiro-Wilkin testeillä suoritettujen normaalisuustarkastelut hylkäsivät normaalijakautuneisuuden ($p < .01$) masennusoireita ja traumaperäistä kasvua tarkastelevien summamuuttujien osalta. Sen sijaan traumakokemusten määrää ja stressioireita tarkastelevien summamuuttujien osalta testien tulokset olivat ristiriitaisia: Kolmogorov-Smirnovin testi hylkäsi normaalijakautuneisuuden ($p < .01$) kun taas Shapiro-Wilkin testin tuloksen mukaan normaalijakautuneisuus jäisi voimaan ($p > .05$).

Normaalisuustestauksen tuloksista huolimatta tässä tutkimuksessa käytetään regressioanalyysiä ilmiöiden välisten yhteyksien tarkastelemiseen kahdesta seuraavasta syystä. Ensinnäkin on otettava huomioon, ettei tässä tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena olevia muuttujia voida luonteeltaan helposti pitää sellaisina muuttujina, joiden uskoisi noudattavan normaalijakaumaa, esim. masennuksen jakauma voi vinoutua sen vakavuuden suhteen. Lisäksi regressioanalyysin on esitetty olevan sen verran vakaa menetelmä, ettei normaalijakaumaoletuksen toteutumattomuus estä saamista luotettavia tuloksia (Metsämuuronen, 2001).

Ilmiöiden yleisyyttä tarkasteltiin muuttujia kuvailevilla tunnusluvuilla (frekvenssit, keskiarvo, keskihajonta) ja muuttujien välisiä yhteyksiä selvitettiin korrelaatiokerroin. Pearsonin korrelaatiokerrointa käytettiin jatkuvien muuttujien ja Spearmanin järjestyskorrelaatiokerrointa luokiteltujen muuttujien välisten yhteyksien tarkastelemisiin.

Summamuuttujien laskemisessa otettiin huomioon, että tutkittavalla tulee olla tietty määrä annettuja vastauksia, jotta hän saa arvon kyseiseltä mittarilta. Näin pyrittiin välttämään puuttuvien

havaintojen tuloksia mahdollisesti vääristävää vaikutusta. Aineistosta poistettiin ne osallistujat, joille jäi summamuuttujien muodostamisen jälkeen puuttuva tieto yhteenkin tässä tutkimuksessa käytettyyn muuttujaan (ikä, koulutus, uskonnollisuus, taloudelliset ongelmat, traumakokemusten määrä, traumaperäinen kasvu, stressioireet ja masennusoireet). Näin varmistuttiin siitä, että aineiston koko ei vaihtele muuttujien kesken tulevissa analyyseissä, jolloin muuttujien väliset yhteydet perustuvat saman suuruiseen aineistoon. Tehtyjen poistojen jälkeen aineiston kooksi saatiin 495 vastaajaa ($n = 495$).

Hierarkkisella regressioanalyysillä tutkittiin ensimmäiseksi, miten sotatraumoille altistuminen on yhteydessä masennusoireisiin ja erikseen stressioireisiin. Toiseksi tutkittiin, miten sotatraumoille altistuminen on yhteydessä traumaperäisen kasvun määrään tarkastelemalla ensin traumakokemusten määrän ja traumaperäisen kasvun suoraviivaista yhteyttä ja erikseen mahdollista käyräviivaista yhteyttä. Kaikissa kolmessa suoraviivaista yhteyttä tutkineissa regressioanalyysissä ensimmäisellä askeleella lisättiin taustamuuttujat (ikä, koulutus, uskonnollisuus ja taloudelliset ongelmat) ja seuraavalla askeleella traumakokemusten määrä.

Traumaattisten kokemusten ja traumaperäisen kasvun välistä käyräviivaista yhteyttä lähdettiin tutkimaan lisäämällä regressioanalyysin ensimmäisellä askeleella taustamuuttujat, toisella askeleella traumaattisten kokemusten määrä ja kolmannella traumaattisten kokemusten määrästä muodostettu toisen asteen termi, eli traumakokemusten määrä kerrottuna traumakokemusten määrällä, joka kuvaa käyräviivaista yhteyttä. Tällöin traumaattisten kokemusten määrän kasvaessa myös traumaperäinen kasvu ensin lisääntyisi tiettyyn pisteeseen asti, niin sanottuun optimikohtaan, jonka jälkeen kasvussa tapahtunut lisääntyminen kääntyisikin laskuun. Näin ollen suuria määriä traumaattisia kokemuksia vastaisikin vain pieni määrä traumaperäistä kasvua.

3. TULOKSET

3.1 Kuvailevat tulokset

Tutkittavista selvästi suurin osa oli naimisissa ja enemmistö heistä ilmoitti olevansa kotiäitejä (Taulukko 1). Yli puolet vastaajista oli käynyt peruskoulun ja noin neljäsosa heistä oli korkeasti koulutettuja. Tutkimukseen osallistuneet naiset harjoittivat aktiivisesti uskontoaan: yli 80 % ilmoitti rukoilevansa joka päivä ja vain kolme vastaajaa raportoivat, ettei uskonto ollut heille tärkeä. Kukaan

vastaajista ei raportoinut olevansa ateisti. Taloudellisiin ongelmiin yleisin vastaus oli, että lämpimiä aterioita syötiin jossain määrin tavallista harvemmin.

TAULUKKO 1. Taustamuuttujien prosentti- ja frekvenssijakaumat aineistossa ($n = 495$)

Muuttujat	%	<i>N</i>
Siviilisäätö		
Naimisissa	99,6	493
Eronnut	0,2	1
Muu	0,2	1
Työtilanne		
Vakituisen virka	2,6	13
Määräaikainen työ	0,4	2
Yksityisyrittäjä	0,6	3
Työtön	2,6	13
Kotiäiti	82,6	409
Eläkkeellä	1,0	5
Opiskelija	9,7	48
Muu	0,4	2
Koulutus		
Ei koulutusta	1,0	5
Ala-aste	11,3	56
Peruskoulu	56,2	278
Lukio	3,2	16
Yliopisto tai muu korkeakoulu	26,3	130
Muu	2,0	10
Uskonnollisuus		
Ateisti	0	0
Uskonto ei-tärkeä	0,6	3
Uskon, mutten harjoita	1,0	5
Rukoilen joskus	15,2	75
Rukoilen joka päivä	83,2	412
Lämmin ruoka harvemmin kuin yleensä		
Ei koskaan	29,9	148
Jossain määrin	43,4	215
Suurella määrin	26,7	132

Taulukkoon 2 on koottu tässä tutkimuksessa käytettyjen muuttujien keskeiset tunnusluvut: vaihteluväli, keskiarvo ja keskihajonta. Sotatraumakokemuksia yhdellä vastaajalla oli enimmillään 30. Keskimäärin traumaattisia tilanteita vastaajat olivat kokeneet noin 15 (ka = 14,82; kh = 5,20). Vain yhdellä vastaajalla (0,2 %) traumaattisia kokemuksia ei ollut lainkaan. Eniten naiset raportoivat olleensa peloissaan (90,7 %) tai järkyttynyt (88,9 %) pommituksesta, kokeneensa, että olivat pommituksessa vähällä kuolla (83,9 %), tai nähneensä hautajaisia (88,4 %). Sen sijaan vähiten naiset raportoivat joutuneensa Israelin armeijan nöyryyttämäksi (5,9 %) tai joutuneensa itse tai perheenjäsenen joutuneen pidätetyksi (9,9 %). Noin viidesosa vastaajista raportoi todistaneensa kotinsa pommitusta (19,9 %) tai perheenjäsenen joutuneen marttyyriksi (18,6 %), ja heistä vajaa viidesosa (15,8 %) raportoi altistuneensa pelkoa tuottaneelle tulipalolle.

Vastaajat tunsivat itsensä keskimääräistä hieman masentuneemmiksi (ka = 2,21; kh = 0,60). Vain muutama vastaaja (1,4 %) ei juuri raportoinut masennusoireita. Vakavien masennusoireiden suuntaan viittasi kahden vastaajan (0,4 %) tulokset. Lisäksi vastaajat kokivat olevansa hieman keskimääräistä stressaantuneempia (ka = 2,97; kh = 0,65) ja kokeneensa traumaperäistä kasvua keskimääräistä enemmän (ka = 3,43; kh = 0,58).

Taulukkoon 2 on kerätty myös muuttujien välisiä yhteyksiä kuvaavat korrelaatiokertoimet. Tässä raportoidaan vain ne muuttujien väliset tilastollisesti merkitsevät yhteydet, jotka eivät tule esille regressioanalyysissä. Mitä vanhempi vastaaja oli ($r = .15, p < .01$) ja mitä useammin hänellä oli taloudellisia ongelmia ($r = .14, p < .01$), sitä useammalle traumaattiselle kokemukselle hän oli altistunut. Toiseksi mitä vanhempi vastaaja oli, sitä aktiivisemmin hän harjoitti uskontoa ($r = .10, p < .05$) ja sitä useammin hänellä oli taloudellisia ongelmia ($r = .13, p < .01$). Taloudellisia ongelmia puolestaan raportoitiin sitä harvemmin, mitä korkeammin koulutettu vastaaja oli ($r = -.15, p < .01$). Lisäksi mitä aktiivisemmin uskontoa harjoitettiin, sitä enemmän raportoitiin traumaperäistä kasvua ($r = .16, p < .001$) ja sitä vähemmän masennusoireita ($r = -.09, p < .05$). Mitä enemmän vastaaja sen sijaan raportoi traumaperäistä kasvua, sitä vähemmän hänellä oli masennus- ($r = -.22, p < .001$) ja stressioireita ($r = -.25, p < .001$). Lopuksi masennus- ja stressioireiden havaittiin korreloivan vahvasti keskenään ($r = .64, p < .001$), mikä voi selittyä esimerkiksi sillä, että masennusta ja stressiä voidaan pitää hieman päällekkäisinä ilmiöinä.

TAULUKKO 2. Muuttujien keskeiset tunnusluvut ja korrelaatiot

Muuttujat	vaihtelu- väli	ka	kh	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Ikä (vuosina) ^a	16–46	24,75	5,57							
2. Koulutus ^b	-	-	-	.03						
3. Uskonnollisuus ^b	-	-	-	.10*	.06					
4. Taloudelliset ongelmat ^b	-	-	-	.13**	-.15**	-.01				
5. Traumakokemusten määrä ^a	0–30	14,82	5,20	.15**	-.09(*)	.07	.14**			
6. Traumaperäinen kasvu ^a	1,37–4,89	3,43	0,58	.11*	.20***	.16***	-.11*	.05		
7. Masennusoireet ^a	1,00–3,90	2,21	0,60	.04	-.08(*)	-.09*	.34***	.14**	-.22***	
8. Stressioireet ^a	1,20–4,80	2,97	0,65	.04	-.07	-.14**	.24***	.16***	-.25***	.64***

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

^a Pearsonin korrelaatio, ^b Spearmanin korrelaatio

3.2 Sotatraumakokemusten yhteys masennus- ja stressioireisiin

Hierarkkisella regressioanalyysillä tutkittiin, miten sotatraumoille altistuminen on yhteydessä mielenterveysongelmien määrään tarkasteltuna sekä masennus- että stressioireina (Taulukko 3). Molemmat regressiomallit olivat tilastollisesti merkitseviä (masennus: $F(5, 489) = 14,51; p < .001$ ja stressi: $F(5, 489) = 10,64; p < .001$). Kun taustatekijät otettiin huomioon, traumaattisten kokemusten määrän kasvaessa raportoitiin hypoteesin 1 mukaisesti enemmän sekä masennus- ($\beta = .10, p < .05$) että stressioireita ($\beta = .14, p < .01$). Nämä yhteydet ovat samansuuntaisia myös korrelaatiotarkasteluihin nähden (ks. Taulukko 2). Traumaattisten kokemusten määrä selitti 1 % ($p < .05$) vastaajan masennusoireiden ja 2 % ($p < .01$) vastaajan stressioireiden vaihtelusta. Kokonaisuudessaan malli selitti vastaajan masennusoireiden vaihtelusta 13 % ($p < .001$) ja stressioireiden vaihtelusta 10 % ($p < .001$).

Taustatekijöiden tarkastelusta selvisi, että mitä useammin vastaajalla oli taloudellisia ongelmia, sitä enemmän hän raportoi masennus- ($\beta = .32, p < .001$) ja stressioireita ($\beta = .23, p < .001$). Lisäksi mitä aktiivisemmin vastaaja harjoitti uskontoaan, sitä vähemmän hän raportoi masennus- ($\beta = -.08, p = .062$) ja stressioireita ($\beta = -.15, p < .01$). Nämä tulokset vastaavat korrelaatiotarkasteluissa saatuja tuloksia (ks. Taulukko 2). Uskonnollisuuden ja masennusoireiden välistä yhteyttä voidaan regressioanalyysissä pitää suuntaa antavana tuloksena, vaikka se olikin korrelaatioyhteytenä tutkittuna tilastollisesti merkitsevä (ks. Taulukko 2).

TAULUKKO 3. Sotatraumakokemusten yhteys masennus- ja stressioireisiin

Muuttujat	Masennusoireet			Stressioireet		
	β	ΔR^2	R^2	β	ΔR^2	R^2
<i>Askel 1: Taustatekijät</i>		.12***	.12***		.08***	.08***
1. Ikä	-.01			-.00		
2. Koulutus	-.03			.01		
3. Uskonnollisuus	-.08			-.15**		
4. Taloudelliset ongelmat	.32***			.23***		
<i>Askel 2:</i>		.01*	.13***		.02**	.10***
5. Traumakokemusten määrä	.10*			.14**		

β = standardoitu regressiokerroin mallin viimeiseltä askeleelta, kun kaikki mallin muuttujat ovat mukana, ΔR^2 = selitysasteen (R^2) muutos, kun askeleen kaikki selittäjät ovat mukana.

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

3.3 Sotatraumakokemusten yhteys traumaperäiseen kasvuun

Muuttujien välisiä yhteyksiä kuvaavia korrelaatioita tarkasteltaessa havaittiin, ettei traumakokemusten määrä ollut tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä traumaperäiseen kasvuun (ks. Taulukko 2). Lisäksi silmämääräisesti tarkastelemalla sotatraumakokemusten ja traumaperäisen kasvun muuttujien arvoja havaittiin, että osa vastaajista oli raportoitunut traumaperäistä kasvua, vaikka heillä ei tiedon mukaan ollut traumakokemuksia. Pohdinnassa palataan siihen, mistä tällainen tulos voi johtua.

3.3.1 Sotatraumakokemusten ja traumaperäisen kasvun suoraviivainen yhteys

Ensin tarkasteltiin traumaattisten kokemusten määrän ja traumaperäisen kasvun välistä suoraviivaista yhteyttä hierarkkisella regressioanalyysillä. Hypoteesina 2a oli, että mitä enemmän vastaaja on kokenut sotatraumoja, sitä enemmän hän raportoi traumaperäistä kasvua. Regressioanalyysin tulokseksi saatiin, ettei traumakokemusten määrän ja traumaperäisen kasvun välillä havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($\beta = .06, p = .207$), joten hypoteesi ei toteutunut (Taulukko 4). Regressiomalli oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($F(5, 489) = 8,22; p < .001$) ja se selitti traumaperäisen kasvun vaihtelusta 8 %. Sotatraumakokemusten määrän lisäys mallin toisella askeleella ei lisännyt mallin selitystasetta tilastollisesti merkitsevästi (0,3 %; $p = .21$).

Taustatekijöistä traumaperäiseen kasvuun olivat yhteydessä ikä, koulutus ja taloudelliset ongelmat. Mitä vanhempi ja korkeammin koulutettu vastaaja oli, sitä enemmän hän raportoi traumaperäistä kasvua (ikä: $\beta = .11, p < .05$; koulutus: $\beta = .21, p < .001$). Lisäksi mitä useammin vastaaja raportoi taloudellisia ongelmia, sitä vähemmän hänellä oli traumaperäistä kasvua ($\beta = -.11, p < .05$). Nämä tulokset ovat linjassa korrelaatiotarkasteluissa havaittujen yhteyksien kanssa (ks. Taulukko 2). Sen sijaan korrelaatiotarkasteluissa havaittu uskonnollisuuden tilastollisesti erittäin merkitsevä myönteinen yhteys traumaperäiseen kasvuun ei ollut enää regressioanalyysissä merkitsevä.

TAULUKKO 4. Sotatraumakokemusten suoraviivainen yhteys traumaperäiseen kasvuun

Muuttujat	β	Traumaperäinen kasvu	
		ΔR^2	R^2
<i>Askel 1: Taustatekijät</i>		.08***	.08***
1. Ikä	.11*		
2. Koulutus	.21***		
3. Uskonnollisuus	.07		
4. Taloudelliset ongelmat	-.11*		
<i>Askel 2:</i>		.00	.08***
5. Traumakokemusten määrä	.06		

β = standardoitu regressiokerroin mallin viimeiseltä askeleelta (kun kaikki mallin muuttujat ovat mukana), ΔR^2 = selitysasteen (R^2) muutos, kun askeleen kaikki selittäjät ovat mukana.

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

3.3.2 Sotatraumakokemusten ja traumaperäisen kasvun käyräviivainen yhteys

Muuttujien suoraviivaista yhteyttä tutkiva regressioanalyysi ei havainnut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä traumakokemusten ja traumaperäisen kasvun välillä vastoin hypoteesia 2a. Sen sijaan hypoteesi 2b käyräviivaisesta yhteydestä eli traumakokemusten optimimäärästä suhteessa kasvuun toteutui. Tulokseksi saatiin, että traumaattisten kokemusten määrä oli sekä suoraviivaisesti ($\beta = .50$, $p = .01$) että käyräviivaisesti ($\beta = -.46$, $p < .05$) tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä traumaperäiseen kasvuun (Taulukko 5). Traumakokemusten määrästä tuli siis merkitsevä selittäjä, kun sitä kuvaava toisen asteen termi oli mukana mallissa.

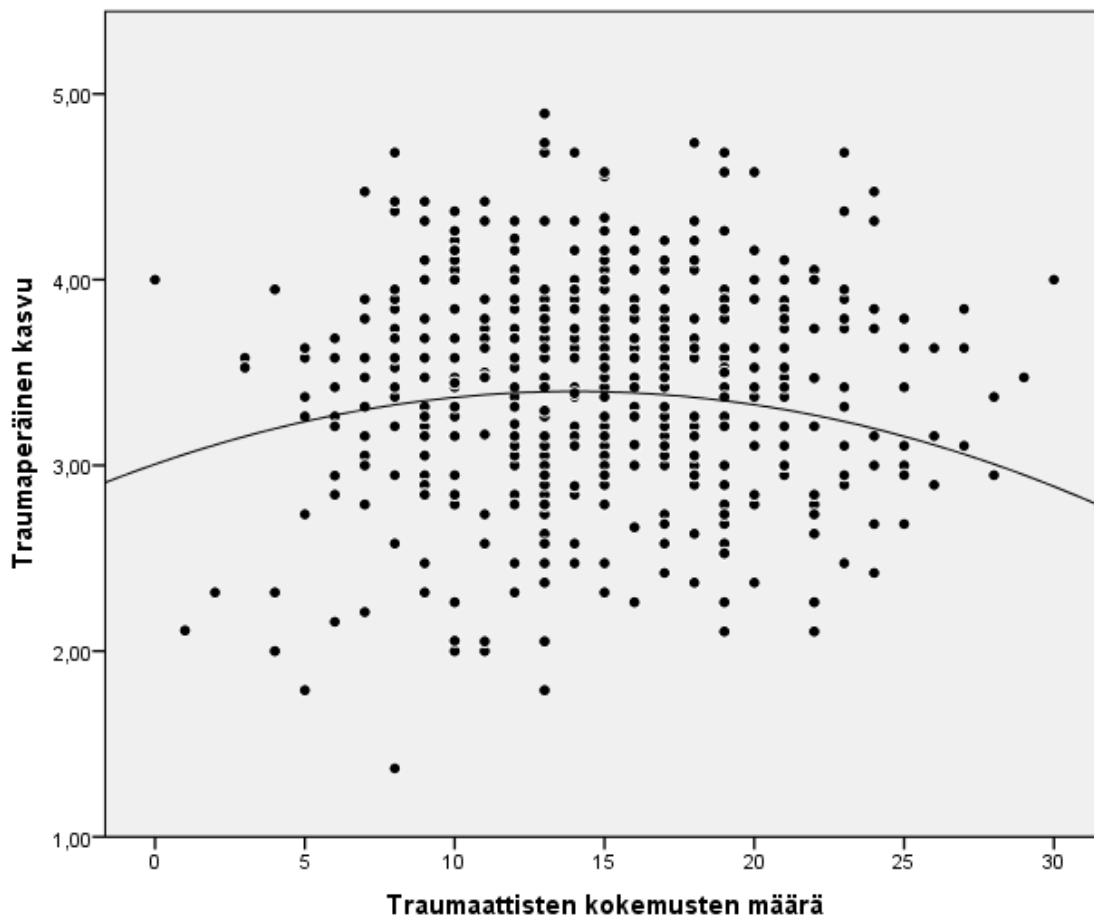
TAULUKKO 5. Sotatraumakokemusten käyräviivainen yhteys traumaperäiseen kasvuun

Muuttujat	β	Traumaperäinen kasvu	
		ΔR^2	R^2
<i>Askel 1: Taustatekijät</i>		.08***	.08***
1. Ikä	.10*		
2. Koulutus	.21***		
3. Uskonnollisuus	.07		
4. Taloudelliset ongelmat	-.10*		
<i>Askel 2:</i>		.00	.08***
5. Traumakokemusten määrä	.50*		
<i>Askel 3:</i>		.01	.09***
6. Traumakokemusten määrä ²	-.46*		

β = standardoitu regressiokerroin mallin viimeiseltä askeleelta (kun kaikki mallin muuttujat ovat mukana), ΔR^2 = selitysasteen (R^2) muutos, kun askeleen kaikki selittäjät ovat mukana.

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

Koska traumaattisten kokemusten määrä ja sitä kuvaava toisen asteen termi olivat molemmat selittäjinä regressiomallissa tilastollisesti merkitseviä, kyseessä ei ole puhdas käänteinen u-käyrä. Näin ollen traumakokemusten määrän kasvaessa myös traumaperäinen kasvu lisääntyy, kunnes liian monta traumakokemusta kääntävätkin kasvun hieman laskuun (Kuva 1), sillä traumakokemusten määrän toisen asteen termi oli negatiivisessa yhteydessä traumaperäiseen kasvuun ($B = -.002$). Regressiomalli oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($F(6, 488) = 7,85; p < .001$) ja se selitti traumaperäisen kasvun vaihtelusta 9 %. Sotatraumakokemusten määrän toisen asteen termin lisäys mallin kolmannella askeleella lisäsi mallin selitysasetta tilastollisesti merkitsevästi (1,0 %; $p < .05$).



KUVIO 1. Traumaattisten kokemusten määrän ja traumaperäisen kasvun havaintojen sirontakuvi, johon on sovitettu näiden muuttujien välistä yhteyttä kuvaava hieman alaspäin aukeava u-käyrä ($y = 3,00632 + 0,056 * x - 0,002 * x^2$)

4. POHDINTA

Tässä tutkimuksessa selvitettiin sotatraumakokemusten ja mielenterveyden välistä yhteyttä. Aiemmista tutkimuksista tiedetään, että traumaattisille kokemuksille altistuminen on yhteydessä mielenterveysoireiluun (esim. Magruder ym., 2015). Mielenterveysoireilua on tutkittu usein etenkin traumaperäisenä stressihäiriönä (Neria ym., 2008), mutta myös muita mielenterveysongelmia, kuten masennusta ja ahdistusta, on havaittu esiintyvän traumaattisten kokemusten jälkeen (Crepet ym., 2017). Mielenterveysoireilua kuvaamaan valikoituinkin tähän tutkimukseen näin ollen masennus- ja stressioireet. Oletuksena oli, että masennus- ja stressioireet lisääntyisivät sotatraumakokemusten määrän kasvaessa, mikä vastaa tutkimuksissa saatua tulosta annos-vaikutusyhteydestä traumakokemusten ja mielenterveysoireilun välillä (esim. Mollica ym., 1998).

Lisäksi tiedetään, etteivät traumakokemukset aiheuta yksinomaan kielteisiä seurauksia hyvinvoinnille (esim. Tedeschi & Calhoun, 1996). Ihmiset voivat vahingollisista kokemuksistaan huolimatta selviytyä elämässään eteenpäin jopa hämmästyttävän hyvin (esim. Bonanno, 2004). On myös mahdollista havaita hyötyneensä kokemuksistaan jollain tapaa, kuten oppia arvostamaan elämäänsä tai ihmissuhteitaan enemmän (Tedeschi & Calhoun, 1996). Siksi tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita myös siitä, havaitsivatko vastaajat sotatraumakokemuksistaan ja niiden kanssa selviämistään seuranneen jotakin myönteistä. Esimerkiksi henkilö, jolle aiemmin on ollut hyvin tärkeässä asemassa uran luominen ja työ, voi traumaattisesta kokemuksestaan selviytyessään havahtua elämän rajallisuuteen ja alkaa aikaisempaan verrattuna viettää enemmän aikaa perheensä kanssa (ks. Calhoun & Tedeschi, 1999).

Aiemmissä tutkimuksissa traumalle altistumisen ja myönteisten muutosten välisen yhteyden luonteesta on esiintynyt erilaisia tulkintoja (Chan ym., 2016). Näin ollen oltiin kiinnostuneita sekä annos-vaikutusyhteydestä (esim. Bhat ja Rangaiah, 2015), että mahdollisesta käyräviivaisesta yhteydestä traumakokemusten ja myönteisten muutosten välillä (Fontana & Rosenheck, 1998). Käyräviivainen yhteys tarkoittaisi traumaperäisen kasvun lisääntymistä jonkin aikaa traumakokemusten määrän kasvaessa, kunnes liian monta kokemusta kääntäisivätkin kasvun hieman laskuun. Tarkastelussa tässä tutkimuksessa olivat siis yhtä aikaa sotatraumojen kielteiset ja myönteiset seuraukset, jolloin saadaan kattavasti tietoa traumaattisten kokemusten moninaisista seurauksista hyvinvoinnille.

4.1 Päätulokset

Tutkimus osoitti, että sotatraumakokemuksiin ovat yhteydessä niin mielenterveysongelmat kuin myönteisten muutosten havaitseminen kokemuksistaan. Vastajat raportoivat tässä tutkimuksessa sitä enemmän masennus- ja stressioireita, mitä enemmän heillä oli sotatraumakokemuksia. Tämä tulos tukee asetettua oletusta annos-vaikutusyhteydestä sotatraumakokemusten ja mielenterveysoireilun välillä, ja se on samansuuntainen aiempien tutkimusten kanssa (esim. Magruder ym., 2015), joissa traumakokemusten suurempi määrä on ollut myönteisessä yhteydessä mielenterveysoireiluun. Tätä tutkimustulosta ei ole vaikea ymmärtää, ja se muistuttaa siitä, että etenkin useita traumatilanteita kokeneiden mielenterveysoireilun hoitaminen on äärimmäisen tärkeää.

Sotatraumojen ja traumaperäisen kasvun välistä yhteyttä tarkastellessa havaittiin, ettei traumakokemusten määrä ollut suoraviivaisessa yhteydessä traumaperäiseen kasvuun. Toisin sanoen oletus traumaperäisen kasvun lisääntymisestä traumakokemusten määrän lisääntyessä ei saanut tukea. Tämä tulos on samansuuntainen Powellin ym. (2003) tutkimustuloksen kanssa, mutta vastakkainen kuin Bhatin ja Rangaiahin (2015) tutkimuksessa saatu tulos. On esitetty, että traumatapahtuman tulee olla merkittävästi henkilön psyykkistä tilaa järkyttävä ja maailmankuvaa järisyttävä, jotta sen käsittelyn kautta voisi havaita traumaperäistä kasvua (Calhoun & Tedeschi, 1999; Zoellner ym., 2008). Uskoisi, että sodan aiheuttamat traumatilanteet olisivat traumaperäisen kasvun kehittymiseksi tarpeeksi haitallisia, joten voikin olla, että erot tutkimusjoukoissa selittävät havaittuja eroja tutkimustuloksissa (ks. myös Magruder ym., 2015; Tedeschi & Calhoun, 2004). Esimerkiksi pakolaisten kokemat traumat voivat jossain määrin erota jatkuvasti sotatilanteelle altistuvan siviiliväestön kokemuksista: Hussainin ja Bhushanin (2011) tutkimuksessa tiibetiläisille pakolaisille esitettiin pakolaisuutta koskevia kysymyksiä, kuten, missä määrin he ovat kokeneet rotusyrjintää tai kuinka he ovat sopeutuneet uuteen kulttuuriin, mutta myös sotatraumoja kartoittavia kysymyksiä, jotka koskivat esimerkiksi läheisten menettämistä tai heistä eroon joutumista.

Vaikkei oletus annos-vaikutusyhteydestä sotatraumakokemusten ja traumaperäisen kasvun välillä toteutunutkaan, oletus käyräviivaisesta yhteydestä sai tutkimuksessa tukea. Kiinnostava havainto kertoo traumaperäisen kasvun ensin lisääntyvän traumakokemusten määrän lisääntyessä, mutta liian monen kokemuksen jälkeen kasvun raportoiminen kääntyykin laskuun. Näin ollen tässä tutkimuksessa oli traumakokemusten määrässä havaittavissa optimikohta, joka tuotti traumaperäistä kasvua eniten. Ymmärrettävästi liian monta kielteistä kokemusta estävät ihmistä havaitsemasta enää hyötyä kärsimyksistään. Tämä tulos vahvistaa myös esityksen siitä, että traumaperäisen kasvun

kehittyminen voi taantua, mikäli henkilö joutuu kokemaan menetyksiä jatkuvasti lisää (Harvey ym., 2006).

Lisäksi aineistosta nousi esille mielenkiintoinen ilmiö. Jotkut vastaajista raportoivat traumaperäistä kasvua, vaikka heillä ei kyselyn mukaan ollut traumaattisia kokemuksia. Tämä ilmiö on havaittu myös esimerkiksi Tedeschin ja Calhounin (1996) tutkimuksessa, jossa vastaajat raportoivat jonkin verran traumaperäistä kasvua ilman kielteisiä elämäkokemuksia. Tulos on kuitenkin ristiriitainen sen ajatuksen kanssa, että traumaperäinen kasvu edellyttäisi traumaattista kokemusta (Chan ym., 2016). Miksi sitten kasvua voi esiintyä, vaikka ei olisi traumakokemuksia? Tulosten tulkinnassa tulee ottaa huomioon se, että myös muut seikat voivat selittää havaittua kasvua. Esimerkiksi Helgeson ym. (2006) esittävät meta-analyysissään, että traumaperäinen kasvu voi olla seurausta todellisista elämänmuutoksista, coping-keinojen käytöstä tai kuvitteellisesta käsityksestä nähdä itsensä jollain tapaa kehittyneenä. Myös Tedeschi ja Calhoun (2004) pohtivat tällaisen kuvitteellisen seurauksen mahdollisuutta, sen lisäksi, että havaitut muutokset voivat olla aikuistumisen tai elämäkokemuksen kautta saatuja. Lisäksi on mahdollista, etteivät kaikki vastaajat ole valmiita tai halukkaita kertomaan kokemuksistaan avoimesti, mutta pitävät niitä kuitenkin mielessään, kun vastaavat traumaperäistä kasvua kartoittaviin kysymyksiin. On myös hyvä muistaa, etteivät sotatraumoja tarkastelevat kysymykset kartoita kaikkia henkilön mahdollisesti kokemia traumoja, kuten perheväkivallalle altistuminen, jolloin raportoitu kasvu voi todellisuudessa kuvastaa kasvua näistä ei-kysytyistä traumoista (ks. Bonanno & Mancini, 2008).

Tutkimuksessa tarkastelussa olleisiin taustatekijöihin liittyen havaittiin ensinnäkin taloudellisten ongelmien olevan vahvassa yhteydessä mielenterveysoireiluun ja traumaperäiseen kasvuun. Mitä enemmän vastaaja raportoi taloudellisia ongelmia, sitä enemmän hän koki stressi- ja masennusoireita ja sitä vähemmän traumaperäistä kasvua. Tämän tutkimustuloksen voidaan ajatella ilmentävän varmaan yleisesti, ja kenties siis myös yleismaailmallisesti, tunnettua kokemusta siitä, että huoli omasta taloudellisesta toimeentulosta lisää stressiä. Myös hyötyjä on ehkä vaikeampi havaita, jos koko ajan saa jännittää, saako perhe tänään syödäkseen. Kun otetaan huomioon vielä sotaolosuhteissa elämisen aikaansaama epävarmuus tulevaisuudesta, kuten se, säilyykö koti vahingoittumattomana vai onko pakko lähteä hakemaan turvaa muualta, olo olisi varmaan varmempi ja henkisesti voisi paremmin, jos olisi hieman ylimääräistä rahaa tarvittaessa toteuttaa tällaisia muutoksia.

Myös koulutus oli vahvassa yhteydessä traumaperäiseen kasvuun. Mitä korkeammin koulutettu henkilö oli, sitä enemmän hän raportoi traumaperäistä kasvua. Hobfoll ym. (2008) sen sijaan havaitsivat eniten traumaperäistä kasvua raportoineen he, jotka olivat keskitasoisesti koulutettuja. Vastaajien iän puolestaan havaittiin olevan myönteisessä yhteydessä traumakokemusten

määrään ja traumaperäiseen kasvuun. Iän myönteinen yhteys traumakokemusten määrään saattaa selittyä siten, että mitä vanhemmaksi henkilö tulee, sitä todennäköisemmin hän on ehtinyt kokea kielteisiä elämäntapahtumia. Mitä vanhempi vastaaja oli, sitä enemmän hän raportoi myös traumaperäistä kasvua. Tämä tulos on vastakkainen Hobfollin ym. (2008) ja Powellin ym. (2003) havainnoille, mutta samansuuntainen kuin Vishnevskyn ym. (2010) meta-analyysin tulos naisvastaajilla. Kılıç ym. (2016) havaitsivat sen sijaan naisten raportoivan iän myötä vähemmän kasvua. Tässä tutkimuksessa vanhin vastaaja oli kuitenkin vain 46-vuotias, mikä rajoittaa tuloksen yleistettävyyttä sitä vanhempiin.

Toiseksi tässä tutkimuksessa uskonnollisuuden harjoittamisella ei havaittu olevan yhteyttä traumaperäiseen kasvuun muiden muuttujien ollessa kontrolloitu. Korrelaatioyhteys näiden muuttujien välillä ilmeni kuitenkin vahvana. Useat aikaisemmat tutkimukset ovat havainneet yhteyden uskonnollisuuden ja kasvun välillä (Helgeson ym., 2006; Hobfoll ym., 2008; Prati & Pietrantonio, 2009; Tedeschi & Calhoun, 1996). Esimerkiksi Prati ja Pietrantonio (2009) ovat esittäneet uskonnollisuuden ja kasvun yhteyden voivan olla seurausta uskonnollisuuden aikaansaamasta yhteisöllisyyden tunteesta. Erot tutkimusten havainnoissa voivat selittyä esimerkiksi vaihtelevuudesta tulosten analysointiin käytetyissä tilastomenetelmissä tai tutkimusjoukkojen ominaisuuksissa. Lisäksi tässä tutkimuksessa uskonnollisuuden havaittiin olevan kielteisessä yhteydessä etenkin stressioireisiin. Mitä aktiivisemmin vastaaja harjoitti uskontoaan, sitä vähemmän hän raportoi stressioireita. Voi olla, että usko suojaaa ihmistä traumaattisten kokemusten aiheuttamilta mielenterveysoireilta, mutta tämän mahdollisuuden tutkiminen vaatisi pitkittäistutkimusta.

4.2 Tutkimuksen vahvuudet, rajoitukset ja jatkotutkimusaiheet

Kuten muitakin tutkimuksia, myös tätä tutkimusta koskevat omat rajoituksensa ja vahvuutensa. Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää ensinnäkin suhteellisen suurta otoskokoja (495 vastaajaa). Lisäksi tutkimuksen aineisto oli kerätty usealta Gazan alueelta, jolloin otoksen voidaan katsoa kuvaavan kattavasti Gazassa eläviä naisia. Lisäksi tutkimuksen aihetta voidaan pitää ajankohtaisena ja maailmanlaajuisesti tärkeänä, sillä traumakokemuksista havaitut myönteiset muutokset ovat verrattain tuore tutkimuskohde (Magruder ym., 2015; Tedeschi & Calhoun, 2004) ja sodankäynnille altistuvat lukuisat ihmiset ympäri maailmaa (Pettersson & Wallensteen, 2015). Tässä tutkimuksessa havaittu ilmiö traumakokemusten optimimäärästä suhteessa traumaperäiseen kasvuun on myös hyvin kiinnostava ja toivottavasti innostaa jatkotutkimuksia tutkimaan aihetta lisää.

Tutkimuksen rajoituksena on ensinnäkin se, että tutkimuksessa käytettiin itsearviointia. Esimerkiksi Fontana ja Rosenheck (1998) nostivat esille tutkimuksessaan itsearvioinnin käyttämisen olevan rajoite siitä syystä, ettei vastaajien omia kokemuksia voida todentaa objektiivisesti, vaikka oletettavasti heidän vastauksensa näitä ilmentävätkin. Zoellner ja Maercker (2006) ovat kuitenkin esittäneet katsausartikkelissaan, että tutkimuksissa tarkasteltu traumaperäinen kasvu on subjektiivinen kokemus. Näin ollen ainakin traumaperäisen kasvun kohdalla itsearvioinnin käyttäminen ilmiön tarkasteluun on luontevaa. Toiseksi, koska tässä tutkimuksessa käytettiin poikkileikkausasetelmaa, muuttujien syy-seuraussuhteisiin ei voida ottaa kantaa. Voi esimerkiksi olla, että naiset tunsivat itsensä masentuneiksi jo ennen altistumista traumaattisille tapahtumille. Syy-seuraussuhteiden selvittämiseksi tarvittaisiin pitkittäistutkimusta. Calhoun ja Tedeschi (2006) ovat kuitenkin esittäneet, että esimerkiksi traumaperäisen kasvun vähemmän tutkittujen yhteyksien ollessa kyseessä myös poikkileikkaustutkimuksia tarvitaan.

Lisäksi tutkimuksen aineisto koostui palestiinalaisnaisista, mikä rajoittaa tulosten yleistettävyyttä. Mikäli traumaattiset kokemukset aiheuttavat erilaisia reaktioita naisissa ja miehissä, olisi kiinnostavaa tarkastella, minkälaisia tuloksia miehet vastaavanlaisessa tutkimuksessa saisivat. Tämän tutkimuksen erityispiirteenä oli se, että tutkimukseen osallistuneet naiset olivat raskaana. Raskaana olo sinällään aiheuttaa monia muutoksia esimerkiksi naisen hormonitoimintaan, jolloin on hankala erotella raskauden mahdolliset vaikutukset hyvinvointiin, kuten raportoituun stressioireiden määrään, traumatapahtumien aiheuttamista vaikutuksista. Lisäksi odottaville äideille on voinut tuottaa lisästressiä huoli vatsassa kasvavasta uudesta elämästä, joka tulee syntymään epävakaisiin ja turvattomiin elinolosuhteisiin. Tutkimus, joka ottaa huomioon raskauden vaikutukset naisten hyvinvointiin, auttaisi selvittämään yhteyttä traumakokemusten ja mielenterveyden välillä.

Traumaperäisestä kasvusta saatuja tuloksia tulkittaessa tulisi huomioida seuraavat seikat. On ensinnäkin esitetty, että traumaperäistä kasvua kuvaavia hyötyjä yleensä pidetään toivottuina, jolloin kysymyksiin on mahdollista vastata sosiaalisesti suotavalla tavalla (Tedeschi & Calhoun, 1996). Tedeschi ja Calhoun (1996) eivät kuitenkaan havainneet PTGI-mittarin olevan yhteydessä sosiaaliseen suotavuuteen. Toiseksi traumaperäistä kasvua tarkasteltiin tässä tutkimuksessa käsittäen se yhdeksi ilmiöksi ilman osa-alueisiin jakamista. Vaikka on tärkeää tutkia kunkin osa-alueen yhteyksiä muihin muuttujiin, on myös mahdollista käyttää mittaria kokonaisuutena (Taku ym., 2008). Tulevissa tutkimuksissa traumaperäistä kasvua olisikin kiinnostavaa tutkia osa-alueittain suhteessa traumakokemusten määrään, tarkastelemalla esimerkiksi, lisäävätkö traumakokemukset myönteisiä muutoksia tietyllä osa-alueella enemmän kuin toisilla.

PTGI-mittari ei myöskään anna vastaajalle mahdollisuutta raportoida kielteisiä muutoksia. Tällaisiin itsearviointeihin on suositeltu suhtautua varauksella (Linley & Joseph, 2004). Esimerkiksi

Frazier ym. (2001) esittivät aiempaan tutkimustietoon nojaten, ettei monikaan tutkimus ole ottanut huomioon myönteisten muutosten lisäksi kielteisiä muutoksia traumaperäisen kasvun osa-alueilla, kuten pettymistä ihmissuhteissa. He nimittäin havaitsivat kielteisiä muutoksia vastaajien uskomuksissa toisten ihmisten hyvyydestä ja turvallisesta maailmasta vielä vuosi traumatapahtuman jälkeenkin. Jotta vastaajan olisi mahdollista raportoida myös havaitsemistaan kielteisistä muutoksista, esimerkiksi Baker, Kelly, Calhoun, Cann ja Tedeschi (2008) kehittivät PTGI-mittaria niin, että vastaajalla oli mahdollisuus raportoida sekä kielteisiä että myönteisiä muutoksia samoilla traumaperäisen kasvun osa-alueilla. Hän voi esimerkiksi ilmaista tunteitaan avoimemmin tietyissä tilanteissa, kun taas toisissa olla pidättyväisempi. Tulevissa tutkimuksissa mahdollisimman kattavan kuvan saamiseksi ihmisen kokemusmaailmasta olisikin tärkeää antaa vastaajalle mahdollisuus kuvata omia tuntemuksiaan kokonaisvaltaisesti, ei vain myönteisiä puolia esiin nostaen.

Aiempien tutkimusten ja tämän tutkimuksen asetelman perusteella ei voida arvioida, oliko tässä tutkimuksessa tutkimusajankohdalla merkitystä traumaperäisen kasvun raportoimiselle. Esimerkiksi Frazier ym. (2001) havaitsivat pitkittäistutkimuksessaan, että myönteisiä muutoksia, kuten ihmissuhteiden ja elämän arvostamisen vahvistumista, raportoitiin jo kahden viikon kuluttua seksuaalirikoksen uhreiksi joutuneilla. Myönteisten muutosten kokeminen vahvana melko pian traumakokemuksen jälkeen myös ennusti Frazierin ym. (2001) tutkimuksessa hyvinvointia jopa vuoden päähän tapahtumasta. Helgeson ym. (2006) sekä Zoellner ja Maercker (2006) ovat kuitenkin esittäneet, että pian trauman jälkeen havaitut myönteiset muutokset voivat kieliä käyttöönotetuista coping-keinoista eikä sinänsä tapahtuman lopputulemasta. Silti Tedeschi ja Calhoun (1996) ovat havainneet, ettei ajan kulumisen traumatapahtuman jälkeen ollut yhteydessä myönteisten muutosten kokemiseen. Kuten Linley ja Joseph (2004) esittävät katsausartikkelissaan, voi olla, että pikemminkin muut elämäntapahtumat kuin ajan kulumisen ovat yhteydessä kasvun kokemiseen. Käytetyn poikkileikkausasetelman lisäksi, koska tässä tutkimuksessa naiset vastatessaan traumakokemuksia kartoittaneisiin kysymyksiin huomioivat useamman vuoden ajanjakson, ei tiedetä, milloin kielteiset kokemukset olivat tarkalleen ottaen naisille sattuneet. Ei myöskään tiedetä, mihin kokemukseen tutkimusajankohtaa tulisi verrata, koska naisista moni raportoi useampia traumaattisia kokemuksia. Tulevissa tutkimuksissa olisikin kiinnostavaa tarkastella, muuntaako tutkimusajankohta traumaattisen tapahtuman ja traumaperäisen kasvun välistä yhteyttä.

Myönteisten muutosten havaitseminen kokemuksistaan ei myöskään aina ole niin yksiselitteistä. Traumaperäinen kasvu esimerkiksi useita menetyksiä kokeneella voi edetä pikkuhiljaa, tulla viivästetysti, esim. vasta, kun on ehtinyt käsitellä hieman menetystä, tai olla jopa mahdotonta (Harvey ym., 2006). Lisäksi Frazier ym. (2001) esittivät, että toiset muutokset voivat tarvita enemmän aikaa ilmentyäkseen kuin toiset. Traumaperäisen kasvun on toisaalta havaittu myös

vähenevän ajan kuluessa (Dekel ym., 2012). Tässä tutkimuksessa ei voitu tarkastella sitä, missä vaiheessa vastaajilla traumaperäinen kasvu oli, tai miten se heillä ilmeni. Siksi traumaperäisen kasvun kehittymistä suhteessa traumatapahtumasta kuluneeseen aikaan olisi hyödyllistä tarkastella pitkittäistutkimuksena (Helgeson ym., 2006; Linley & Joseph, 2004).

Lisäksi tulevissa tutkimuksissa olisi hyödyllistä tarkastella mielen pahoinvoinnin ja hyvinvoinnin keskinäistä yhteyttä. Tämä tieto osaltaan selventäisi traumaperäisen kasvun asettumista mielenterveysoirehdinnan rinnalle. Kuten aiemmin todettu, tutkimustuloksissa esiintyy vaihtelevuutta. Esimerkiksi Magruder ym. (2015) havaitsivat, että mitä enemmän vastaaja raportoi traumaperäistä kasvua, sitä vähemmän hän raportoi masennusoireita, mutta sitä enemmän PTSD-oireita. Traumaperäisen kasvun kehittyminen on todettu myös vaativan ainakin jonkin verran ahdinkoa koettavaksi (Calhoun & Tedeschi, 1999, Tedeschi & Calhoun, 2004). Koska mielenterveysoireilua ei kontrolloitu analyyseissa, tässä tutkimuksessa ei voida poissulkea sitä, etteikö se olisi vaikuttanut traumaperäisen kasvun ilmenemiseen.

4.3 Tutkimuksen soveltaminen käytännön työhön

Tämän tutkimuksen tarjoamaa tietoa sotatraumakokemusten määrän yhteydestä mielenterveyteen voidaan hyödyntää esimerkiksi kliinisessä työssä. Tässä tutkimuksessa vastaajat eivät olleet saaneet tutkimushetkellä hoitoa ongelmiinsa. Kliinistä työtä tekevät tulevat kuitenkin hyvin todennäköisesti kohtaamaan henkilöitä, jotka ovat kokeneet traumaattisia tilanteita. Mahdollisen mielenterveysoireilun hoitamisen lisäksi työntekijän tulisi ensinnäkin olla tietoinen traumaperäisestä kasvusta ilmiönä ja siitä, mitä se tarkoittaa. Kuten Calhoun ja Tedeschi (1998) esittivät, työntekijän tulee esimerkiksi osata erottaa traumaperäinen kasvu ja hyvät coping-keinot toisistaan, jotta traumaperäistä kasvua olisi mahdollista tukea asiakkaalla. Lisäksi, koska traumaperäiseen kasvuun sisältyy viisi eri osa-aluetta, on interventioiden asianmukaiseksi kohdentamiseksi tärkeää havaita ne osa-alueet, joilla traumaperäistä kasvua ilmenee, ja erottaa niistä, joilta se voi vielä puuttua (Taku ym., 2008).

Toiseksi työntekijän sensitiivisyyttä eli herkkyyttä tarvitaan traumaperäisen kasvun tunnistamisessa ja sen puheeksi ottamisessa asiakkaan kanssa (McMillen ym., 1997). Asiakas ei välttämättä pysty kuvittelemaan hyötyneensä jostakin, jonka hän on kokenut liian järkyttävänä (McMillen ym., 1997). Kasvun mahdollisuutta ei olekaan hyvä nostaa vastaanotolla esille ennen kuin asiakas on valmis aiheen vastaanottamaan. Siihen, milloin on sopiva aika alkaa puhua

traumaperäisestä kasvusta asiakkaan kanssa, tarvitaan sensitiivisyyden lisäksi myös työntekijän hyvää harkintakykyä. Traumaperäisestä kasvusta ei tulisi myöskään puhua sellaiseen sävyyn, joka saa asiakkaan tuntemaan, että se olisi jotakin, mitä pitäisi omata (Malhotra & Chebiban, 2016). Tämä voi luoda tarpeettomasti asiakkaalle pahaa mieltä, mikäli hän kokee, ettei myönteisiä muutoksia ole havainnut elämässään, ja se voi myös hankaloittaa työntekijän ja asiakkaan välistä suhdetta (McMillen ym., 1997). Työntekijöiden tulisi sen sijaan kiinnittää huomiota traumaperäiseen kasvuun silloin, kun sitä esimerkiksi asiakkaan kertomassa ilmenee (Malhotra & Chebiban, 2016).

Lopuksi interventioiden oikea-aikaisessa ajoittamisessa tulisi huomioida ihmisten erilainen toipuminen traumaattisista tilanteista (Hobfoll ym., 2009). Siinä missä joku voi oireilla vakavasti, toinen voi olla lähes oireeton ja kolmas jo havaitsemassa myönteisiä muutoksia traumatapahtuman kanssa kamppailunsa jäljiltä (Bonanno, 2004; Tedeschi & Calhoun, 1996). Näin hoidolliset interventiot tulisivat kohdennettua mahdollisimman oikea-aikaisesti ja asianmukaisesti vastaamaan asiakkaan tarpeita (Weinberg ym., 2012).

Traumaperäinen kasvu voi parhaimmassa tapauksessa tukea ihmisen hyvinvointia ja edesauttaa traumatapahtumasta toipumista (Magruder ym., 2015). Näin ollen vain kielteisiin trauman seurauksiin keskittyvä näkökulma voi estää traumatapahtumasta tehokkaan selviytymisen, kun kasvun mahdollisuutta ei osata ottaa asiakkaalla huomioon eikä näin ollen tukea siinä. Tänä päivänä niin tutkimuksissa kuin vastaanotolla tulisi pitää mielessä kattavasti ihmisten kokemusten moniulotteisuus ja ennen kaikkea niissä ilmenevä yksilöiden välinen vaihtelevuus. Näin mahdollisimman moni saisi oikeanlaista apua traumakokemuksistaan selviytyessään.

LÄHTEET

- Afana, A-H., Pedersen, D., Rønsbo, H., & Kirmayer, L. J. (2010). Endurance is to be shown at the first blow: Social representations and reactions to traumatic experiences in the Gaza Strip. *Traumatology, 16*, 73–84.
- Almedom, A. M. (2005). Resilience, hardiness, sense of coherence, and posttraumatic growth: All paths leading to “light at the end of the tunnel”? *Journal of Loss and Trauma, 10*, 253–265.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. painos)*. Washington, DC: APA.
- Amir, M., & Lev-Wiesel, R. (2003). Time does not heal all wounds: Quality of life and psychological distress of people who survived the holocaust as children 55 years later. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 295–299.
- Badri, A., Crutzen, R., & Van den Borne, H. W. (2012). Exposures to war-related traumatic events and post-traumatic stress disorder symptoms among displaced Darfuri female university students: an exploratory study. *BMC Public Health, 12*, 603–611.
- Baker, J. M., Kelly, C., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2008). An examination of posttraumatic growth and posttraumatic depreciation: Two exploratory studies. *Journal of Loss and Trauma, 13*, 450–465.
- Besser, A., & Priel, B. (2010). Personality vulnerability, low social support, and maladaptive cognitive emotion regulation under ongoing exposure to terrorist attacks. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*, 166–201.
- Bhat, R. M., & Rangaiah, B. (2015). The impact of conflict exposure and social support on posttraumatic growth among the young adults in Kashmir. *Cogent Psychology, 2*(1), 1000077.
- Bleich, A., Gelkopf, M., Melamed, Y., & Solomon, Z. (2006). Mental health and resiliency following 44 months of terrorism: A survey of an Israeli national representative sample. *BMC Medicine, 4*, 21.
- Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Journal of the American Medical Association, 290*, 612–620.

- Boehm-Tabib, E. (2016) Acute stress disorder among civilians during a war and post-traumatic growth six years later: the impact of personal and social resources. *Anxiety, Stress, & Coping, 29*, 318–333.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*, 20–28.
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science, 14*, 135–138.
- Bonnano, G. A., & Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics, 121*, 369–375.
- Brewin, C., Andrews, B., & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748–766.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 521–527.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of Social Issues, 54*, 357–371.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. Teoksessa L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (toim.), *The Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*, (s. 3–23). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2004). The foundations of Post Traumatic Growth: New considerations. *Psychological Inquiry, 15*, 93–102.
- Carlson, E. B., & Dalenberg, C. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence & Abuse, 1*, 4–28.
- Chan, K. J., Young, M. Y., & Sharif, N. (2016). Well-Being After Trauma: A Review of Posttraumatic Growth Among Refugees. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 57*(4), 291–299.
- Christopher, M. (2004). A broader view of trauma: A biopsychosocial–evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth. *Clinical Psychology Review, 24*, 75–98.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 385–396.

- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 782–786.
- 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.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construal of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 561–574.
- De Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., Van de Put, W., & Somasundaram, D. (2001). Lifetime Events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 Postconflict Settings. *JAMA*, *286*(5), 555–562.
- Dekel, S., EinDor, T., & Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*, 94–101.
- Depressio. [Verkkojulkaisu]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023#s7>
- Feder, A., Southwick, S. M., Goetz, R. R., Wang, Y., Alonso, A., Smith, B. W., Buchholz, K. R., Waldeck, T., Ameli, R., Moore, J., Hain, R., Charney, D. S., & Vythilingam, M. (2008). Posttraumatic growth in former Vietnam prisoners of war. *Psychiatry*, *71*, 359–370.
- Fontana, A., & Rosenheck, R. (1998). Psychological benefits and liabilities of traumatic exposure in the war zone. *Journal of Traumatic Stress*, *11*, 485–505.
- Frazier, P., Conlon, A., & Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 1048–1055.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What Good Are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(2), 365–376.
- Galatzer-Levy, I. R., Nickerson, A., Litz, B. T., & Marmar, C. R. (2013). Patterns of lifetime PTSD comorbidity: A latent class analysis. *Depression and Anxiety*, *30*, 489–496.

- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, *27*, 78–91.
- Ginzburg, K., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*, *123*, 249–257.
- Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P., & Stern, N. M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress*, *13*, 271–286.
- Hakulinen, C., Elovainio, M., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Kivimäki, M., & Jokela, M. (2015). Personality and depressive symptoms: Individual participant meta-analysis of 10 cohort studies. *Depression and Anxiety*, *32*, 461–470.
- Harvey, J. H., Barnett, K., & Rupe, S. (2006). Posttraumatic growth and other outcomes of major loss in the context of complex family lives. Teoksessa L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (toim.), *The Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*, (s. 100–117). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- 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*, 797–816.
- Hobfoll, S. E., Canetti-Nisim, D., Johnson, R. J., Palmieri, P. A., Varley, J. D., & Galea, S. (2008). The association of exposure, risk, and resiliency factors with PTSD among Jews and Arabs exposed to repeated acts of terrorism in Israel. *Journal of Traumatic Stress*, *21*, 9–21.
- Hobfoll, S. E., Palmieri, P. A., Johnson, R. J., Canetti-Nisim, D., Hall, B. J., & Galea, S. (2009). Trajectories of resilience, resistance, and distress during ongoing terrorism: The case of Jews and Arabs in Israel. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, *77*, 138–148.
- Hobfoll, S. E., Tracy, M., & Galea, S. (2006). The impact of resource loss and “traumatic growth” on probable PTSD and depression following terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress*, *19*, 867–878.
- Hussain, D., & Bhushan, B. (2011). Posttraumatic stress and growth among Tibetan refugees: The mediating role of cognitive-emotional regulation strategies. *Journal of Clinical Psychology*, *67*, 720–735.
- Huttunen, M. (2016). Ahdistuneisuus. [Verkkosivu]. <http://www.terveyskirjasto.fi>. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00188

- Huttunen, M. O. (2015). Mitä on masennus? [Verkkokirja]. *Lääkkeet mielen hoidossa*. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00037#s1
- Kılıç, C., Magruder, K. M., & Koryürek, M. M. (2016). Does trauma type relate to posttraumatic growth after war? A pilot study of young Iraqi war survivors living in Turkey. *Transcultural Psychiatry*, 53, 110–123.
- Kleim, B., & Ehlers, A. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 45–52.
- Komorbidityteetti. [Verkkosivu]. <http://www.terveyskirjasto.fi>. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim, 2016. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01704&p_hakusana=komorbidityteetti
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–21.
- Lääperi, P. (2016). Resilienssi auttaa vastoinkäymisissä. Tunne & Mieli 1/2016 [Verkkosivu]. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto. Saatavissa: <http://mtkl.fi/resilienssi-auttaa-vastoinkaymisissa/>
- Magruder, K. M., Kılıç, C., & Koryürek, M. M. (2015). Relationship of posttraumatic growth to symptoms of posttraumatic stress disorder and depression: A pilot study of Iraqi students. *International Journal of Psychology*, 50, 402–406.
- Malhotra, M., & Chebiyan, S. (2016). Posttraumatic Growth: Positive Changes Following Adversity: An Overview. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 6, 109–118.
- Mattila, A. S. (2010). Stressi. [Verkkosivu]. <http://www.terveyskirjasto.fi>. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00976
- McMillen, J. C., Smith, E. M., & Fisher, R. H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65, 733–739.
- Metsämuuronen, J. (2001). *Monimuuttujamenetelmien perusteet SPSS-ympäristössä*. Helsinki: International Methelp.
- Michultka, D., Blanchard, E. B., & Kalous, T. (1998). Responses to Civilian War Experiences: Predictors of Psychological Functioning and Coping. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 571–577.

- Mollica, R. F., McInnes, K., Poole, C., & Tor, S. (1998). Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *The British Journal of Psychiatry*, *173*, 482–488.
- Morina, N., Rushiti, F., Salihu, M., & Ford, J. D. (2010). Psychopathology and Well-Being in Civilian Survivors of War Seeking Treatment: A Follow-Up Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *17*, 79–86.
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychological Medicine*, *38*, 467–480.
- Neria, Y., Besser, A., Kipper, D., & Westphal, M. (2010). A longitudinal study of posttraumatic stress disorder, depression, and generalized anxiety disorder in civilians exposed to war trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *23*, 322–330.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry*, *65*, 207–39.
- Nuttman-Shwartz, O., Dekel, R., & Tuval-Mashiach, R. (2011). Posttraumatic stress and growth following forced relocation. *British Journal of Social Work*, *41*, 486–501.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, *64*, 71–105.
- Pettersson, T., & Wallensteen, P. (2015). Armed conflicts, 1946–2014. *Journal of Peace Research*, *52*, 536–550.
- 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*, 71–83.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, Social Support, and Coping Strategies As Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Journal of Loss and Trauma*, *14*, 364–388.
- Rosner, R., & Powell, S. (2006). Posttraumatic growth after war. Teoksessa L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (toim.), *The Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*, (s. 197–213). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Salo, J. A., Quota, S., & Punamäki, R-L. (2005). Adult attachment, posttraumatic growth and negative emotions among former political prisoners. *Anxiety, Stress, and Coping*, *18*, 361–378. tarviiko?
- Shalev, A. Y. (2002). Acute stress reactions in adults. *Biological Psychiatry*, *51*, 532–543.

- Shalev, A. Y., Tuval, R., Frenkiel-Fishman, S., Hadar, H., & Eth, S. (2006). Psychological Responses to Continuous Terror: A study of two communities in Israel. *The American Journal of Psychiatry*, *163*(4), 667–673.
- Solomon, Z., & Dekel, R. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-POWs. *Journal of Traumatic Stress*, *20*, 303–312.
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2008). A factor structure of the posttraumatic growth inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*, *21*, 158–164.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9*, 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. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 10–20.
- Turunen, T., Haravuori, H., Punamäki, R-L., Suomalainen, L., & Marttunen, M. (2014). The Role of Attachment in Recovery after a School Shooting Trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, *5*, 22728.
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Demakis, G. J. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly*, *34*(1), 110–120.
- Walter, M., & Bates, G. (2012). Posttraumatic Growth and Recovery from Post Traumatic Stress Disorder. Teoksessa V. Olisah (toim.), *Essential Notes in Psychiatry*, (s. 143–186). [Verkkokirja]. InTech. Saatavissa: <http://www.intechopen.com/books/essential-notes-in-psychiatry/post-traumatic-growth-and-recoveryfrom-post-traumatic-tress-disorder>
- Weinberg, M., Besser, A., Campeas, M., Shvil, E., & Neria, Y. (2012). Reactions of civilians exposed to terrorism and war trauma in Israel: The role of intra- and interpersonal factors. Teoksessa A. M. Columbus (toim.), *Advances in psychology research* (s. 1–53). Hauppauge: Nova Science Publishers.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, *26*, 626–653.

Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A., & Maercker, A. (2008). Posttraumatic growth in accident survivors: Openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 245–263.