

SOSIAALIALAN KORKEAKOULUTETTUJEN ACE-KOKE- MUKSET

Kerttu Viironen
Maisterintutkielma
Sosiaalityö
Yhteiskuntatieteiden ja filo-
sofian laitos
Kokkolan yliopistokeskus
Chydenius
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2024

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta: Humanistis-yhteiskuntatieteellinen	Laitos: Kokkolan yliopistokeskus Chydenius
Tekijä: Kerttu Viironen	
Työn nimi: Sosiaalialan korkeakoulutettujen ACE-kokemukset	
Oppiaine: Sosiaalityö	Työn laji: Maisterintutkielma
Aika: Kevät 2024	Sivumäärä: 52 + 6 sivua liitteitä
Ohjaaja: YTT Sirkka Alho	
<p>Tutkimukseni tavoitteena oli selvittää kvantitatiivista menetelmää käyttäen suomalaisten sosiaalialan korkeakoulutettujen raportoimien haitallisten lapsuusajan kokemusten (Adverse Childhood Experience, ACE) määrää. Tutkimukseni teoreettinen perusta rakentuu kiintymyssuhdeteorian, kiintymyssuhdetrauman, trauman ja toksisen stressin käsitteiden pohjalle, joiden avulla pyrin luomaan ymmärrystä ACE-kokemusten merkityksestä kokijalleen. Tieteenfilosofisesti tutkimukseni nojaa metodologian puolesta positivismiin ja tulosten tulkinnan puolesta kriittiseen realismiin.</p> <p>Julkaisin sosiaalialan korkeakoulutettujen ACE-kokemuksia kartoittavan Webropol-kyselyn kahdella eri Facebook-alustalla joulukuun 2023–2024 aikana. Sain yhteensä 286 vastausta. Kyselyni käsittää yhteensä 14 kysymystä, joilla kartoitetaan lapsuusajana koettua kiusaamista, psyykkistä, fyysistä ja seksuaalista väkivaltaa, häirintää tai laiminlyöntiä, perheen taloudellisia ongelmia tai perheessä ilmenneitä mielenterveys tai päihdeongelmia, vanhemman menettämistä, perheen taloudellisia vaikeuksia sekä positiivisista kokemuksista (Positive Childhood Experience, PCE) arvostetuksi tulemisen kokemusta kotona sekä sellaisen aikuisen läsnäoloa, jolle lapsi voi kertoa omista asioistaan. Tarkastelin kyselytutkimuksen vastauksia SPSS-ohjelmaa käyttäen ja vertailin tuloksiani aikaisemmissa tutkimuksissa saatuihin tuloksiin.</p> <p>Tulosteni mukaan suomalaiset sosiaalialan korkeakoulutetut ovat kokeneet keskimäärin yleisväestöä enemmän ACE-kokemuksia liittyen seksuaaliseen häirintään, väkivaltaan ja kosketteluuun. He ovat raportoineet myös yleisväestöä enemmän vanhempien taholta kohdistettua emotionaalista väkivaltaa ja vanhempien päihteiden käyttöä. Sosiaalialan korkeakoulutetut raportoivat niin ikään yleisväestöä enemmän vanhemman menetyksen kokemusta, perheessä ilmenneitä mielenterveysongelmia ja taloudellisia ongelmia sekä fyysistä laiminlyöntiä. Lisäksi sosiaalialan korkeakoulutetut ovat kokeneet kodeissaan yleisväestöä vähemmän arvostusta.</p> <p>Asiakastyön kannalta ACE-kokemusten yleisyys työntekijöiden keskuudessa ei ole välttämättä huono asia. Aikaisempien tutkimusten perusteella ACE-kokemukset ovat yleisiä myös sosiaalialan asiakaskunnassa. Parhaimmillaan nämä kokemukset toimivat työntekijää ja asiakasta yhdistävänä tekijänä, ja menneisyyden kokemukset motivoivat työntekijää auttamistyössään. ACE-kokemukset voivat kuitenkin osaltaan vaikuttaa myös negatiivisesti työntekijöiden työssäjaksamiseen ja työhyvinvointiin. Pohdinkin tutkimukseni tulosten pohjalta, että haitallisten lapsuusajan kokemusten yleisyys sosiaalialan korkeakoulutettujen keskuudessa tulisi ottaa työyhteisöissä huomioon. Traumainformoitujen työyhteisöjen luominen ei olisi vain asiakkaiden vaan myös työntekijöiden etu.</p>	
Asiasanat: ACE-kokemukset, kiintymyssuhde, trauma, kvantitatiivinen tutkimus, kriittinen realismi, traumainformoitu työote	
Säilytyspaikka: Jyväskylän yliopisto	
Muita tietoja:	

Tulimme myös tietoiseksi siitä, että elämän yllätyksellisyyden vuoksi auttajan ja asiakkaan paikoilla ei ole pitkää välimatkaa.

– Johanna Linner Matikka ja Tiia Hipp (2023)

KUVAT

Kuva 1. Vastaajien ikäjakauma.	32
Kuva 2. Vastaajien vaustausvaihtoehdoista raportoimat työpaikat.....	33
Kuva 3. Muita vastaajien raportoimia työpaikkoja.....	34

TAULUKOT

Taulukko 1. ACE-kokemusten yleisyys prosentteina eri ihmisryhmillä.....	23
Taulukko 2. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ACE-kokemukset.	36
Taulukko 3. Eri ACE-pistemäärien yleisyys tutkimukseni otannassa.....	38
Taulukko 4. Sosiaalialan korkeakoulutettujen (lihavoidut numerot) ja yleisväestön ACE-kokemukset.	39
Taulukko 5. ACE-kokemusten yleisyys prosentteina eri ihmisryhmillä.....	42
Taulukko 6. ACE-pistemäärien vertailu lastensuojelussa/lapsiperhepalveluissa ja muissa työpaikoissa työskentelevien välillä.....	43
Taulukko 7. Seksuaalisen häirinnän/väkivallan kokemusten jakauma ikäryhmissä ikä ≤ 35 / 35 < ikä < 44 / ikä ≥ 44 vuotta.....	44
Taulukko 8. ACE-pistemäärien vertailu eri ikäryhmien välillä.	45
Taulukko 9. Traumainformoidusti ja traumalähtöisesti toimivien organisaatioiden ominaispiirteitä (Lähde: Sarvela 2023, 38).	51
Taulukko 10. Lastensuojelussa/lapsiperhepalveluissa (lihavoidut numerot) ja muissa työpaikoissa työskentelevien ACE-kokemusten jakaumat.	58
Taulukko 11. ACE-pistemäärän jakauma; lastensuojelu/lapsiperhepalvelut....	59
Taulukko 12. ACE-pistemäärän jakauma; muut.	60
Taulukko 13. ACE-kokemukset ikäryhmittäin (ikä ≤ 35 vuotta/35 < ikä < 44/ ikä ≥ 44 vuotta.....	60

Sisällys

1	JOHDANTO	1
2	TUTKIMUSKYSYMYS JA TUTKIMUKSEN ONTOLOGINEN JA EPISTEMOLOGINEN PAIKANNUS.....	4
3	TEORIOITA JA KÄSITTEITÄ ACE-KOKEMUSTEN YMMÄRTÄMISEKSI.....	6
	3.1 Kiintymyssuhdeteoria	6
	3.2 Trauma.....	10
	3.3 Toksinen stressi	12
	3.4 ACE- ja PCE-kokemukset	13
	3.5 Yhteenveto	14
4	AIKAISEMPIA ACE-TUTKIMUKSIA.....	16
	4.1 Yleisväestön ACE-kokemukset.....	16
	4.2 Sosiaalihuollon asiakaskunnan ACE-kokemukset.....	19
	4.3 Sosiaalialan työntekijöiden ja opiskelijoiden ACE-kokemukset.....	21
	4.4 Yhteenvetoa ACE-kokemusten yleisyydestä.....	23
	4.5 ACE-kokemukset ja työhyvinvointi.....	24
5	SOSIAALIALAN KORKEAKOULUTETTUJEN ACE-KOKEMUSTEN KARTOITUS	27
	5.1 ACE-kyselylomake	27
	5.2 Aineiston keruu.....	28
	5.3 Aineiston analyysi.....	28
	5.4 Tutkimusetiikka	29
6	TULOKSET	32
	6.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja.....	32
	6.2 Oman tutkimukseni absoluuttisia tuloksia	34
	6.2.1 Sosiaalialan korkeakoulutettujen ACE-kokemukset.....	34
	6.2.2 ACE-kokemusten kokonaismäärä	36
	6.3 Oman tutkimukseni suhteellisia tuloksia.....	39
	6.3.1 ACE-kokemusten yleisyys verrattuna Hietamäen ym. (2023a) yleisväestöä koskeviin tuloksiin	39
	6.3.2 ACE-pistemäärien vertailu aikaisempiin tutkimuksiin.....	41
	6.4 Tutkimukseni tulosten sisäinen vertailu	42
	6.5 Tulosten yhteenveto ja luotettavuus	45

7 POHDINTA.....47

LÄHTEET.....52

LIITTEET

1 JOHDANTO

Mitä kuuluu sosiaalialan ammattilaisille? Hyvinvointialueiden synnyn aiheuttamassa myllerryksessä, ja sosiaalityöntekijöiden vakanssien kerta toisensa jälkeen jäädessä täyttämättä, jonkun, tai oikeastaan meidän kaikkien alalla olevien, olisi aika kysyä tuo kysymys. Mitä sosiaalialan ammattilaisille kuuluu, missä he ovat, minne he ovat menossa ja miksi? Miksi yksissä työpaikoissa sosiaalityöntekijöiden vakanssit ammottavat kuukaudesta ja vuodesta toiseen tyhjillään, tai täyttyvät aina välillä vain tyhjentyäkseen pian taas uudestaan? Miksi toisissa työpaikoissa taas ammattilaiset ovat ja pysyvät, ja liikkuvuus liittyy lähinnä eläköitymiseen tai muihin elämään kuuluviin normaaleihin tapahtumiin? Tuskin pelkkä sattuma selittää tätä.

En pyri antamaan enkä anna omassa tutkimuksessani vastausta näihin kysymyksiin. Pyrin kuitenkin osaltani lisäämään hieman tietoisuutta siitä, mitä suomalaisille sosiaalialan korkeakoulutetuille kuuluu, ja mitä kenties olisi tehtävissä, jotta he viihtyisivät paremmin työpaikoillaan, ja jotta he voisivat paremmin hoitaa perustehtävänsä: asiakkaidensa auttamista, kuntouttamista, voimaannuttamista ja asioiden ajoa. Selvittääkseni tätä kysymystä kartoitan sosiaalialan korkeakoulutettujen lapsuutta, ja tarkemmin ottaen heidän lapsuudessaan kokemia haitallisia kokemuksia. Uskon meidän kaikkien alalla työskentelevien tietävän, että monilla sosiaalipalveluiden asiakkailla on taustallaan vaikeita kokemuksia ja usein myös ylisukupolvista traumatisoitumista ja huono-osaisuutta. Mutta mikä on meidän itsemme laita?

Lapsuusvaiheen erityinen merkitys ihmisen elämänkaaressa on ollut jo pitkään tutkijoiden tietoisuudessa. Kuitenkin niin kutsuttujen lapsuuden aikaisten haitallisten kokemusten (Adverse Childhood Experience, ACE) laaja-alainen tutkimus alkoi vasta vajaat kolmekymmentä vuotta sitten Vincent Felittin ym. (1998) julkaistua tutkimuksensa, jonka tulokset osoittavat yhteyden ACE-kokemusten ja useiden aikuisiän fyysisten sekä psyykkisten sairauksien ja aikuisiän riskikäyttäytymisen välillä. Felittin ym. (1998) alkuperäistutkimuksia on seurannut useita jatkotutkimuksia, jotka yhdessä osoittavat ACE-kokemusten pitkäkestoisia vaikutuksia niitä kokeneiden elämään. Aikaisempi ulkomailla toteutettu tutkimus aiheesta antaa näyttöä siitä, että ACE-kokemukset todellakin ovat yleisiä sosiaalihuollon asiakkaiden keskuudessa (McGavock & Spratt 2014). Ulkomaiset tutkimukset osoittavat kuitenkin myös, että ACE-kokemukset ovat yleisväestöä keskimääräistä yleisempiä sosiaalityön

opiskelijoiden ja ammattilaisten keskuudessa (esim. Steen, Senreich & Ashenberg Straussner 2020; Thomas 2016; Howard ym. 2015; Esaki & Larkin 2013). Vastaavia tutkimuksia ei ole toistaiseksi Suomessa tehty, ja tämä on se kysymys, mihin tartun tässä tutkimuksessani. Ovatko ACE-kokemukset yleisiä myös suomalaisten sosiaalialan korkeakoulutettujen keskuudessa? Ja jos ja kun ovat, luonnollisesti tämä on asia, mikä tulisi ottaa huomioon pohdittaessa sosiaalialan ammattilaisten työssä jaksamista ja työssä viihtymistä.

Kartoitan tutkimuksessani kvantitatiivista menetelmää käyttäen ACE-kokemusten yleisyyttä sosiaalialan korkeakoulutettujen keskuudessa Suomessa. Terveysvaikutusten lisäksi ACE-kokemukset vaikuttavat myös muun muassa ammattilaisten työkykyyn: niiden on tutkitusti todettu olevan yhteydessä aikuisiän heikentyneen työkyvyn kanssa (Anda ym. 2004). Toisaalta Howardin ym. (2015) tutkimukset paljastavat, vastoin tutkijoiden odotuksia, muun muassa käänteisen yhteyden ACE-kokemusten ja loppuunpalamisen välillä niin, että enemmän ACE-kokemuksia kokeneet työntekijät kokevat keskimääräistä harvemmin loppuunpalamisia (emt. 2015, 141, 145).

Tutkimukseni aihe on mielestäni tärkeä ja ajankohtainen ei vain työntekijöiden työhyvinvoinnin ja työssä jaksamisen kannalta vaan myös asiakkaiden kannalta. Hyvinvointialueiden mukanaan tuoma organisatorinen muutos voisi parhailaan mahdollistaa myös muutoksen kohti parempia, toimivampia ja sekä asiakkaiden että työntekijöiden hyvinvointia tukevia työyhteisöjä. Niin kutsuttu traumainformoitu työote on parhailaan kovaa vauhtia, niin ainakin toivon, jalkautumassa maahamme. Aiheesta on vastikään julkaistu suomenkielinen, sosiaalityön, terveydenhuollon ja kasvatusalan ammattilaisille suunnattu tietokirja (Linner Matikka & Hipp 2023). Yksi traumainformoidun työotteen peruspilareista on työntekijän omien traumaattisten kokemusten tunnistaminen (kts. esim. Karkkunen ym. 2014). Toivon oman ACE-kokemuksia kartoittavan tutkimukseni voivan osaltaan edesauttaa sosiaalialaa tässä asiassa lisäämällä tietoisuutta haitallisten lapsuuskokemusten yleisyydestä ammattilaisten keskuudessa.

Aiheeni ajankohtaisuutta puoltaa myös se, että kotimaassamme on parhailaan meneillään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen johtama hanke (THL 2023), jonka tavoitteena on kehittää lapsuuskokemuksia kartoittava kyselylomake sekä yleisväestön että kohdennetumpien väestöryhmien kokemusten kartoittamiseksi. Lomakkeen testattu ja validioitu versio on hiljattain julkaistu (Hietämäki 2023a,b), ja olenkin siis ai-tiopaikalla voidessani hyödyntää tätä vasta julkaistua lomaketta tutkimuksessani.

Esitän tutkielmani alussa tutkimuskysymykseni ja pohdin tutkimukseni ontologista ja epistemologista paikannusta (Luku 2). Tämän jälkeen esitän teorioita ja käsitteitä, jotka auttavat lukijaani ja itseäni paikantamaan tutkimukseni teoreettisen viitekehyksen ennalta yleisesti tunnettujen teorioiden ja käsitteiden avulla (Luku 3). Luvussa 4 esitän katsauksen aikaisempaan ACE-tutkimukseen. Etenkin Yhdysvalloissa ACE-tutkimus on viimeisen vajaan kolmenkymmenen vuoden aikana ollut kiivasta, eikä katsaukseni ole millään tavoin kattava. Pyrin kuitenkin esittelemään luvussa 4 oman tutkimukseni kannalta merkittäviä aikaisempia tutkimuksia. Esitän oman

tutkimukseni toteuttamiseen liittyvät vaiheet sekä analyysimenetelmät ja pohdin tutkimukseeni liittyviä eettisiä kysymyksiä luvussa 5. Luvussa 6 kuvaan tutkimukseni tulokset ja arvioin tulosten luotettavuutta. Päätän tutkielmani luvussa 7 esitettyyn pohdintaan.

2 TUTKIMUSKYSYMYKSI JA TUTKIMUKSEN ONTOLOGINEN JA EPISTEMOLOGINEN PAIKANNUS

Tutkimukseni tavoitteena on selvittää sosiaalialan korkeakoulutettujen ACE-kokemusten yleisyyttä Suomessa. Hypoteesini on, kansainvälisiin tutkimuksiin perustuen, että sosiaalialan työntekijöiden ACE-kokemusten määrä on väestön keskimääräistä korkeampi. Suomalaisväestön keskimääräistä ACE-kokemusten määrää ei tosin ole tutkittu, joten voin käyttää kotimaisena vertailukohteena vain Johanna Hietamäen ym. (2023a) julkaisemia tuloksia koskien lapsuusajan kokemuksia pienehkössä otannassa suomalaista yleisväestöä. Lisäksi voin vertailla tuloksiani muissa maissa tehtyjen tutkimusten tuloksiin. Tuovi Hakulinen ja Saija Westerlund-Cook (2020) pohtivat blogikirjoituksessaan, ettei ole mitään syytä olettaa, että ACE-kokemusten esiintyvyys maassamme poikkeaisi merkittävästi muiden maiden esiintyvyydestä.

Tutkimukseni on luonteeltaan kvantitatiivinen eli määrällinen ja empiirinen eli kokemusperäinen, oman tutkimukseni tapauksessa mittaukseen perustuva. Tässä mielessä tutkimukseni metateoreettinen lähtökohta on *positivismi*. Positivismin keskeinen määre on empirismi: maailmasta voidaan saada tietoa kokemuksen, havaintojen ja mittaamisen avulla. Asioista ja ilmiöistä, joita ei pystytä havainnoilla tavoittamaan, ei voida saada tieteellistä tietoa. Ne kuuluvat metafysiikan alueelle. Empirismen ontologinen näkemys maailmasta on realistinen: maailma on eikä ihmisillä ja heidän näkemyksillään maailmasta ole vaikutusta sen olemassaoloon. (Raunio 2009, 163–164 viitteineen.)

Mittaan haitallisten lapsuuskokemusten määrää kysymällä tutkimukseeni osallistuvilta heidän kokemuksistaan ja tarkastelemalla tilastollisesti heidän antamiaan vastauksia. Vaikka pystynkin tällä tavalla empiirisesti mittaamaan haitallisten lapsuuskokemusten määrää, itse kokemusten merkitys kokijalleen, tai oman tutkimukseni tapauksessa esimerkiksi työyhteisölle, tuskin kokonaisuudessaan redusoituu empiirisesti mitattaviin määreisiin. Siksi ajattelenkin, että tulosteni tulkinta ja ACE-kokemusten ymmärtäminen vaatii avarammat ontologiset ja epistemologiset lähtökohdat kuin mitä positivismi tarjoaa. Mielestäni *kriittinen realismi* voi tarjota tulosten tulkinnalle ja niiden merkityksen ymmärtämiselle positivismia paremmat metateoreettiset

lähtökohdat. Kriittisessä realismissa maailman ajatellaan koostuvan kolmesta alasta: reaalisesta, aktuaalisesta ja empiirisestä. Reaalisella alalla viitataan realismin mukaiseen kuvaan maailmasta, eli kaikkeen mitä on, riippumatta ihmisestä, ihmisen havainnoista tai ihmisen ymmärryksestä. Aktuaaliseen alaan kuuluvat reaalisen alan laukaisemat tapahtumat. Nämä tapahtumat voidaan havaita tai ne voivat jäädä havaitsematta. Empiiriseen alaan kuuluu kaikki se, mitä havaitsemme. (Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 187 viittauksineen.)

Kriittisen realismin mukaan havaintojen ulkopuolisestakin todellisuudesta voidaan saada tietoa tutkimuksen avulla. Teoriat toimivat niin kutsuttuina transitiivisina objekteina: Niiden avulla voidaan pyrkiä ymmärtämään havaintojen saavuttamattomissa olevaa maailmaa, vaikka täyttä totuutta reaalisesta alasta ei voidakaan koskaan saavuttaa. Jotkut teoriat lähestyvät reaalista alaa toisia paremmin ja on tärkeää pohtia kriittisesti, mikä tieteellinen teoria lähestyy reaalista alaa parhaiten. Kriittiseen realismiin kuuluu myös keskeisenä osana emansipaation tavoittelu. (Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009, 188, 199 viittauksineen.)

Esittelen seuraavassa luvussa teorioita ja käsitteitä, joiden avulla pyrin luomaan ymmärrystä ACE-kokemusten mahdollisista seurauksista ja merkityksistä kokijalleen. Tutkin siis omalla kvantitatiivisella tutkimuksellani maailman empiiristä alaa, mutta pyrin teorioiden avulla saamaan tietoa myös empiiristen havaintojen ulkopuolella olevista mekanismeista, eli maailman aktuaalisesta alasta. Pyrin myös tutkimuksellani tuomaan esille sosiaalityön tekemiseen vaikuttavia rakenteita: työntekijöiden omaan lapsuuteen kuuluvia ja tässä hetkessä yhä vaikuttavia tapahtumia. Toivon tutkimukseni voivan osaltaan vaikuttaa tietoisuuden lisääntymiseen näiden kokemusten olemassaolosta ja vaikutuksista, ja tätä kautta tarjota mahdollisuus emansipaatioon: mahdollistaa yksilöille ja työyhteisöille tiedostamisen kautta ainakin osittainen vapautuminen ACE-kokemusten vaikutuksista.

3 TEORIOITA JA KÄSITTEITÄ ACE-KOKEMUSTEN YMMÄRTÄMISEKSI

3.1 Kiintymyssuhdeteoria

Lähden liikkeelle tutkimukseni teoreettista viitekehystä avatessani kiintymyssuhdeteoriasta, joka on yksi psykologian valtavirtateorioista, ja siksi luultavasti useimmille tätäkin tutkielmaa lukeville tuttu. John Bowlby (1977, 201) kuvaa kehittämänsä kiintymyssuhdeteoriaa sanoin (suomennos artikkelista Sinkkonen 2004):

Kiintymyssuhdeteoria on yritys käsitteellistää ihmisen taipumusta muodostaa voimakkaita tunnesiteitä toisiin ihmisiin ja selittää niitä ahdistuksena, vihamielisyytenä, depressiona ja tunteiden eristämisenä ilmeneviä stressin muotoja, jotka aiheutuvat tahattomista erokokemuksista ja menetyksistä.

Kiintymyssuhdeteorian kehitykseen on vaikuttanut vahvasti psykoanalyttinen¹ ajattelu. Lisäksi sen peruseriaatteita on johdettu etologiasta², kognitiivisesta

¹ Psykoanalyysi on hoitomenetelmä, tieteellinen tutkimusmenetelmä ja mielen teoria, jonka kehittämisen aloitti saksalainen neurologi Sigmund Freud 1880-luvulla. Tuoretta tietoa psykoanalyysistä suomen kielellä tarjoaa muun muassa Suomen psykoanalyttinen yhdistys (psykoanalyysi.com).

² Etologia on eläinten käyttäytymistä tutkiva tieteenala, jonka ensimmäisinä kehittäjinä yleisesti pidetään 1920-luvulla vaikuttanutta hollantilaista biologia Nikolaas Tinbergeniä ja itävaltalaisista biologia Konrad Lorenzia (Encyclopaedia Britannica: <https://www.britannica.com/science/ethology>).

psykologiasta³ ja kontrolliteoriasta⁴ (Bowlby 1977, 201). Kiintymyssuhdeteorian taustalla vaikuttaa evoluutioteoreettinen ajattelutapa: Kiintymyssuhdeteorian ydinajatuksen mukaan lapsella on muiden eläinten tapaan synnynnäinen tarve muodostaa vahva tunneside hoitajaansa. Eläimet, joilla on tiivis yhteys emoonsa ovat kautta historian saaneet varmemmin hoivaa ja suojelua, ja heidän selviytymismahdollisuuksiensa aikuisikäen ovat täten olleet suuremmat. Näin ollen ihmiselle ominainen kiintymyskäyttäytymisen kehittyminen on tapahtunut luonnollisen valinnan kautta. (Bowlby 1982, 223–227.)

Kiintymyssuhteen muodostuminen on yhteydessä lapsen kognitiivisen kehitykseen, ja kiintymyssuhde muotoutuu vauvan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa. Vauvan ominaispiirteet vaikuttavat muodostuvaan suhteeseen jossakin määrin, mutta merkittävin vaikutus on hoitajan käyttäytymisellä. Kun hoitaja reagoi vauvan sosiaalisiin aloitteisiin useimmiten ennakoivasti ja vastavuoroisesti, vauva voi oppia luottamaan siihen, että hänen tarpeisiinsa vastataan. Hoitajan ja vauvan välille muodostuu toimiva vuorovaikutussuhde, ja edellytykset turvallisen kiintymyssuhteen muodostumiselle täyttyvät. Hoitajan kyvyttömyys tai haluttomuus vastata vauvan sosiaalisiin aloitteisiin heikentää vauvan ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta. Mitä enemmän puutteita ja viiveitä hoitajan reagoinnissa vauvan aloitteisiin ilmenee, sitä pienemmät ovat turvallisen kiintymyssuhteen muodostumisen mahdollisuudet. (Bowlby 1982, 339–346; Ainsworth ym. 2015, luku 1.)

Kun vauva havainnoi tietyn käytöksen tuottaneen hyvää tietyssä tilanteessa, hän pyrkii toistamaan saman toisessakin tilanteessa. Tavoitteena on hoivaajan pitäminen vauvan lähellä. Saamiensa kokemusten perusteella lapsi alkaa kehittää tiedostamattomia psyykkisiä rakenteita, niin kutsuttuja sisäisiä työskentelymalleja. Nämä mallit ovat alussa hyvin yksinkertaisia, mutta lapsen kasvun ja kehityksen myötä niistä tulee järjestäytyneempiä ja monimutkaisempia. Vauvan ja hänen hoivaajansa välille muodostuu yleensä aina jonkinlainen kiintymyssuhde. Vain jos vauvalla ei ole ketään riittävän pysyvää hoitajaa, johon kiintyä, voi kiintymyssuhde jäädä kokonaan muodostumatta. Yleensä vauvalla on kuitenkin pysyvä hoitaja, ja siksi kokonaan muodostumaton kiintymyssuhde on erittäin harvinainen ilmiö. (Ainsworth ym. 2015, luku 1.)

Lapsuudessa muodostuneilla kiintymyssuhdemalleilla on taipumus ohjata yksilön käytöstä ja ajattelua pitkälle tulevaisuuteen. Kiintymys omaa alkuperäistä

³ Kognitiivisessa psykologiassa tutkitaan ihmisen mielen toimintaa, kuten tietoisuutta, ajattelua, oppimista, keskittymistä ja muistia. Kognitiivinen psykologia syntyi 1900-luvun puolessa välissä tarjoamaan vastalauseen behaviorismille, joka pyrkii selittämään ihmisen käyttäytymistä pelkästään muille näkyvän toiminnan kautta. (Zivony 2019.)

⁴ Kontrolliteoria on alun perin matematiikan ja teknillisten tieteiden yhteydessä kehitetty teoria, joka selittää järjestelmän käyttäytymisen säätelyä palautteiden avulla halutun toiminnon aikaan saamiseksi. Nykyään kontrolliteoriaa hyödynnetään laajemmin selittämään ympäristöä muokkaavia teknisiä, biologisia ja myös sosiaalisia prosesseja. (Encyclopaedia Britannica: <https://www.britannica.com/science/control-theory-mathematics>)

kiintymyksen kohdetta, eli usein omaa vanhempaa, kohtaan voi heiketä lapsen läheisyydessä aikuisuutta. Muut kiintymyksen kohteet voivat nousta alkuperäisen kohteen rinnalle tai jopa syrjäyttää sen. Yleensä kuitenkin varhaisten kiintymyssuhteiden vaikutus säilyy aina aikuisikään saakka, ja myös kiintymys omia vanhempia kohtaan jatkuu aikuisuudessakin ainakin jollakin tietoisuuden tasolla. (Ainsworth ym. 2015, luku 1.)

Mary Ainsworth yhdessä tutkijatovereittensa kanssa (Ainsworth ym. 1978) kehitti menetelmän lapsen kiintymyssuhteen laadun luokitteluksi, ja esitteli kolme kiintymyssuhdekategoriaa: turvallisen, ristiriitaisesti turvattoman ja välttelevästi turvattoman kiintymyssuhdemallin. Myöhemmin Mary Main ja Judith Solomon (1986) lisäsivät omien tutkimustensa pohjalta vielä neljännen kategorian: kaoottinen eli jäsentymätön kiintymyssuhdemalli.

Jos vauva saa elää johdonmukaisessa ympäristössä, jossa vauva voi luottaa, että hänen tarpeisiinsa vastataan empaattisesti ja viiveettä, voi vauva muodostaa hoitaajaansa turvallisen kiintymyssuhteen. Turvallisesti kiintynyt vauva ilmaisee hätäänsä stressaavissa tilanteissa, koska hän olettaa, että häntä tullaan auttamaan. (Ainsworth ym. 2015, luku 15.) Turvallinen kiintymyssuhde kantaa aikuisuuteen saakka ja sillä on vaikutusta aikuisen ihmissuhteisiin ja aikuisen omaan vanhemmuuteen. Lapsuudessa turvallisesti kiintynyt aikuinen pystyy aikuisiälläkin suhtautumaan hyväksyvästi muihin ihmisiin ja luottamaan heihin sekä muodostamaan toimivia ihmissuhteita. Hänellä on kyky empatiaan ja hänen ihmissuhteisiinsa vaikuttavat sekä tunteet että järki. Lapsuuden turvallinen kiintymyssuhde vaikuttaa myös positiivisesti aikuisiän itsetuntoon. (Bartholomew & Horowitz 1991, 227 viittauksineen; Sinkkonen 2004, 1867.) Lapsuuden turvallinen kiintymyssuhde auttaa aikuista vastaamaan vanhempansa riittävästi oman lapsensa tarpeisiin. Turvallisesti kiintynyt aikuinen pystyy tarjoamaan lapselleen lämpöä ja emotionaalista tukea. (Crowell & Feldman 1988, 1283.)

Välttelevän turvaton kiintymyssuhdemalli voi syntyä lapsille, jotka ovat kasvaneet tunneilmaisultaan köyhässä ilmapiirissä. Lapsi oppii hillitsemään tunneilmaisuaan, koska hän ei saa vanhemmiltaan tarvitsemaansa emotionaalista kannattelua. Välttelevän turvattomasti kiintyneiden lasten kognitiivinen kehitys on turvallisesti kiintyneimpiä hitaampaa, ja he ovat yleensä keskimääräistä aggressiivisempia tai joissakin tapauksissa passiivisempia kuin turvallisesti kiintyneet lapset. Jos lapsen tarpeilla ja tunneilmaisulla ei ole vaikutusta hänen hoivaajaansa, lapsi oppii, ettei hän voi hallita sitä, mitä hänelle tapahtuu. Myöhemmällä iällä tämä epäluottamus näytetään ongelmina kohdata ja käsitellä elämän eteen tuomia haasteita ja vaikeuksia. Välttelevän turvattomasti kiintynyt aikuinen luottaa enemmän järkeensä kuin tunteisiinsa ja pahimmassa tapauksessa menettää kokonaan yhteyden tunteisiinsa (Ainsworth ym. 2015, luku 15; Sinkkonen 2004, 1867.) Aikuisena välttelevän turvattomasti kiintyneellä ihmisellä on vaikeuksia luottaa siihen, että muut ihmiset tukisivat häntä. Hänen itseluottamuksensa on heikompi, ja parisuhteensa lyhytkestoisempia ja vähemmän tyydyttäviä kuin turvallisesti kiintyneillä. (Bartholomew & Horowitz 1991, 227 viittauksineen.) Omalle lapselleen välttelevän turvattomasti kiintynyt vanhempi

voi olla emotionaalisesti etäinen ja kontrolloiva. Häneltä itseltään on lapsena vaadittu itsenäisyyttä, ja tämä sama malli näyttäytyy hänen omassa vanhemmuudessaan. (Crowell & Feldman 1988, 1283.)

Jos lapsi joutuu kasvamaan ja kehittymään epäjohdonmukaisessa tunneilmapiirissä, voi lapsen kiintymyssuhde muodostua ristiriitaisesti turvattomaksi. Ristiriitaisesti turvaton kiintymysmalli voi muodostua perheissä, joissa vanhemman toiminta on jäykkää ja pakonomaista. Vanhempi voi ärtyä lapsen huomionhakuisuudesta ja mahdollisesti kohdella tämän seurauksena lasta kovakouraisesti. Vanhempi ei pelkää jätä lapsen tarpeita huomioimatta, vaan voi myös kokea läheisen kontaktin lapsensa epämiellyttäväksi. Näin ollen lapsi tulee toistuvasti torjutuksi hakeutuessaan lähelle vanhempaansa, ja lapsi turhautuu yrityksissään hakea tarvitsemaansa läheisyyttä. Tämä puolestaan synnyttää lapsessa vihaa. Lapsi alkaa vältellä omaa vanhempaansa, ja hänen on vaikeaa olla hyvässä vuorovaikutuksessa muidenkaan aikuisten kanssa. (Ainsworth ym. 2015, luku 15.) Tämän kiintymyssuhdemalli heijastuu negatiivisesti aikuisiän itsetuntoon ja kykyyn muodostaa tyydyttäviä parisuhteita (Bartholomew & Horowitz 1991, 227 viittauksineen). Ristiriitaisesti kiintynyt vanhempi käyttäytyy helposti ristiriitaisesti myös omaa lastaan kohtaan: hän on ajoittain hellä ja huomaavainen, mutta toisissa hetkissä vihainen, rankaiseva tai kenties hämmentynyt. Hänen voi olla vaikeaa asettaa lapselle rauhallisesti ja jämäkästi rajoja. (Crowell & Feldman 1988, 1283.)

Harvinaisin kaikista kiintymysmalleista on kaoottinen eli jäsentymätön kiintymyssuhdemalli. Tällainen muodostuu, jos lapsen kasvuympäristö on niin kaoottinen, ettei lapsi onnistu kehittämään minkäänlaista toimivaa kiintymysstrategiaa. (Main & Solomon 1986, Sinkkonen 2004, 1867.) Joissakin tapauksissa lapsi joutuu niin pahoin ja usein laiminlyödyksi tai hylätyksi, ettei hän pysty muodostamaan minkäänlaista pysyvää kiintymyssuhdetta kehenkään. Kiintymysmallin puuttuessa lapsen suhtautuminen aikuisiin voi olla jyrkän vetäytyvää tai vaihtoehtoisesti estottoman valikoimatonta. Tälle tilalle on olemassa oma sairausluokituksensa: reaktiivinen kiintymyssuhdehäiriö eli RAD. (Sinkkonen 2004, 1867–1868.)

Kiintymyssuhdeteoria on suosionsa lisäksi saanut toki osakseen myös kritiikkiä. Esimerkiksi Ross Thompson, Jeffry Simpson & Lisa Berlin (2022) tarjoavat tuoreen katsauksen alan tutkijoiden keskuudessa esiintyvistä kiintymyssuhdeteoriaa koskevista yksi- ja erimielisyyksistä. Kirjoittajat toteavat johtopäätöksensä, että tutkijoilla on edelleen eriäviä näkemyksiä tietyistä kiintymyssuhdeteorian peruskysymyksistä, kuten mitkä ihmissuhteet voidaan luokitella kiintymyssuhteita muodostaviksi, miten kiintymystä mitataan eri ikäryhmissä johdonmukaisesti, ja minkälaisia sisäiset työskentelymallit ovat luonteeltaan ja toiminnaltaan. Tutkijoiden välillä on myös eriäviä näkemyksiä siitä, miten kiintymyssuhde kehittyy ihmisen elinkaaren aikana. (Emt. 2022, 557.) Kirjoittajat eivät kuitenkaan pidä kiintymyssuhdeteoriaa aikansa eläneenä, vaan ennemminkin edelleen kehittyvänä teoriana, jonka kohdalla tutkijoiden tulee vastata esiin tuotuihin kehitystarpeisiin (emt. 2022, 558).

3.2 Trauma

Sanaa trauma käytetään nykyään usein aika kevyin perustein. Kaikki ihmiset kokevat kuitenkin elämässään stressaavia tapahtumia, jotka eivät välttämättä vaikuta ihmisen elämään tai lapsen kehitykseen merkittävästi. Trauma puolestaan syntyy silloin, kun tapahtuma tai tapahtumien sarja ylittää yksilön sieto- ja käsittelykyvyn. Trauman syntyyn liittyy kuoleman tai vakavan vammautumisen uhka, joka voi olla todellinen tai koettu. (Korhonen 2021, 255.)

Lenore Terr (1991) käsittelee ja luokittelee lapsuusajan traumoja vuonna 1991 julkaistussa kirjoituksessaan. Terrin ajatuksia ja trauman luokittelua on kuvattu myös saman tutkijan myöhemmässä julkaisussa (Terr 2003). Terr kirjoittaa siitä, kuinka monen myöhemmällä iällä diagnosoidun mielenterveyshäiriön tai rikollisen käyttäytymisen takana on usein lapsuuden aikainen ulkoinen tapahtuma, joka on aiheuttanut sisäisen muutoksen lapsessa: trauma. Hän määrittelee lapsuuden trauman henkiseksi seuraukseksi yhdestä äkillisestä, ulkoisesta pelottavasta tapahtumasta, jonka edessä lapsi kokee itsensä avuttomaksi ja kyvyttömäksi turvautumaan tavanomaisiin selviytymis- ja puolustusmekanismeihinsa, tai vaihtoehtoisesti seuraukseksi jatkuvien uhkaavien tapahtumien kokemisesta. Olennaista on se, että ulkoinen tapahtuma aiheuttaa lapsessa sisäisiä muutoksia, joilla on kauaskantoiset vaikutukset. Terrin mukaan on mahdollista, että tapahtuvat muutokset ovat biologisesti selitettävissä, mutta jos näin on, ei selitystä vielä tunneta. (Terr 2003, 322–323.)

Terr (2003) listaa neljä tunnusomaista oiretta, joita esiintyy yleisesti traumatisoituneilla lapsilla jatkuen aikuisuuteen saakka, ellei trauman kokenut saa onnistunutta hoitoa. Yksi näistä tyypillisistä oireista ovat vahvat, joko visuaaliset tai muuten koetut takaumat traumaattisista tapahtumista. Lapsella voi myös esiintyä toistuvia leikkejä tai muuta käyttäytymistä, jossa pohjimmiltaan on kyse siitä, että lapsi käy uudelleen ja uudelleen läpi traumakokemustaan. Myös spesifiset, traumakokemukseen tai -kokemuksiin liittyvät pelot ovat tyypillisiä oireita. Traumatisoituneilla lapsilla esiintyy myös yleisesti rajoittuneita tulevaisuuden näkymiä ja epätavallisia asenteita ihmisiä ja elämää kohtaan. (Terr 2003, 324–327.)

Terr (2003) luokittelee traumat kahteen tyyppiin: tyyppin I ja tyyppin II trauma, niin että yksittäinen pelottava tapahtuma aiheuttaa tyyppin I trauman, kun taas tyyppin II trauman synnyn takana ovat toistuvat ja odotettavissa olevat pelottavat tapahtumat lapsen elämässä. Yllä mainitut neljä trauman tyyppioiretta ovat yleisiä sekä tyyppin I että II oireita. Kuitenkin mainitun kahden traumatyyppin tyypillisissä oirehdinnoissa on myös huomattavissa eroavaisuuksia. Terr (2003) viittaa Anna Freudin (1895–1982) kirjoituksiin traumoista ja toteaa tyyppin I trauman vastaavan tyypillistä, klassista trauman määritelmää. Tyyppin I trauman seurauksena lapsella esiintyy tyypillisenä oireena tarkkoja ja yksityiskohtaisia muistoja traumaattisesta tapahtumasta. Lapsella voi olla myös tarve työstää tapahtumaa uudelleen ja uudelleen, ja hän voi käyttää paljon henkisiä voimavarojaan onnistuakseen jollakin tavoin järjeistämään tapahtunutta

ja saavuttamaan jonkinlaisen kontrollin tunteen. Lapsi voi myös kokea traumaan liittyviä näkyjä. (Terr 2003, 323, 327–328.)

Tyyppin II traumoissa lapsi on kokenut ensimmäisen traumaattisen tapahtumansa, ja voi näyttää siihen liittyvää tyypillistä traumaoirehdintaa. Lisäksi lapsi oppii odottamaan tulevia kaltoinkohteluja, ja yrityksenä suojella itseään ja psyykkettään lapsessa aktivoituu puolustus- ja hallintamekanismeja. Yksi tällainen puolustusmekanismi on kieltäminen ja turtuminen. Lapsesta voi tulla äärimmäisen sulkeutunut niin, ettei hän kuitenkaan ilmaise kokevansa itseään turraksi, koska hän ei itsekään tunnista tätä. Häneltä puuttuu subjektiivinen kokemus muunlaisesta olemisen tavasta. On myös tavallista, että tällä tavoin traumatisoituneet lapset välttelevät koettelemuksistaan puhumista, tai saattavat kertoa niistä kerran tai kaksi ja myöhemmin kieltää tapahtumat. He voivat ponnistella näyttäytyäkseen koulussa ja muissa yhteisöissä mahdollisimman normaaleina. Heillä on myös usein taipumus unohtamiseen niin, että he saattavat unohtaa esimerkiksi pitkiä pätkiä lapsuudestaan. Lapsi voi osoittaa välinpitämättömyyttä kipua kohtaan, he voivat näyttää empatian puutetta ja he voivat olla kyvyttömiä määrittelemään tai tunnistamaan tunteita. He voivat myös vahvasti vältellä psykologista läheisyyttä. (Terr 2003, 329–330.)

Tyypillisiä puolustusmekanismeja ovat myös spontaani itsehypnoosi, dissosiaatio⁵ ja vieraantumisen omasta itsestä. Itsehypnoosi voi esiintyä esimerkiksi toistuvana toimintana tai ajatteluna, jolla lapsi pyrkii uhkaavassa tilanteessa rauhoittamaan itse itseään. Lapsi voi myös kokea voimakasta vihaa, joka voi näyttäytyä aggressiivina muita kohtaan tai mahdollisesti aggressiivina itseään kohtaan. Vihan tunne voi olla lapselle niin pelottava, että sen vastakohtana lapsi vaipuu äärimmäiseen passiivisuuteen. Lapsen tunnetila voi myös ailahdella äärimmäisestä vihasta äärimmäiseen passiivisuuteen. (Terr 2003, 330–331.) Sekä tutkimukset että kliiniset kokemukset osoittavat miesten tyypillisesti näyttävän vihaansa enemmän ulospäin, kun taas naisilla viha kääntyy tavallisemmin itseään kohtaan (Solomon ja Heide 1999, 203).

Eldra Solomon & Kathleen Heide (1999) ehdottivat tyyppin II trauman luokittelun jakamista edelleen tyyppiin II ja III siten, että tyyppin II traumaattiset kokemukset ovat jossakin määrin lievempiä kuin ne, jotka johtavat tyyppin III trauman syntymiseen. Lapselle voisi syntyä tyyppin II trauma esimerkiksi kohtalaista psyykkistä tai fyysistä väkivaltaa harjoittavien vanhempien kasvatuksen tuloksena. Tyyppin III trauman taustalla puolestaan olisivat toistuvat ja hyvin vakavat lapsen kohdistuvat laiminlyönnit, kuten esimerkiksi äärimmäinen ja sadistinen väkivalta. (Solomon & Heide, 1999, 204.)

Kiintymyssuhdetraumalla puolestaan viitataan kiintymyssuhteessa tapahtuvaan traumatisoitumiseen. Kun traumaattisen tapahtuman aiheuttajana on lapsen kiintymyksen kohde, jää lapsi yleensä tilanteessa täysin yksin niin, ettei kukaan kannattele häntä hänen tunnekuohussaan. Kiintymyssuhdetraumojen kohdalla

⁵ Dissosiaatiossa ihmisen mieli ikään kuin jakaantuu kahteen osaan. Yksi osa kantaa traumaattista tunnemuistoa toisen osan pyrkiessä elämään normaalia arkea. (Mielenterveyden keskusliitto: dissosiaatio ja dissosiaatiohäiriöt.)

kaltoinkohtelu on aina myös lapsen laiminlyömistä ja päinvastoin. Kiintymyksen kohteen kaltoinkohdellessa lasta, hän samalla laiminlyö lapsen emotionaaliset tarpeet. Vastaavasti, jos kiintymyksen kohde laiminlyö lapsen tarpeita, aiheuttaa se lapsessa voimakasta emotionaalista stressiä, jonka aiheuttaminen voidaan luokitella kaltoinkohteluksi. Kun kaltoinkohtelijana ja laiminlyöjänä toimii lapsen oma kiintymyksen kohde, joutuu lapsi ratkaisemattoman kehityksellisen dilemman eteen: kiintymyksen kohde aiheuttaa lapsessa ahdistusta ja pelkoa, mutta toisaalta aktivoi lapsen kiintymyssuhdekäyttäytymisen, ja ohjaa lasta hakemaan turvaa kiintymyksen kohteesta läheisyyden kautta, johtaen mahdollisesti lisääntyvään ahdistuneisuuteen. (Allen 2013, 163–164; Lahousen, Unterrainer & Kapfhammer 2019, 9.)

3.3 Toksinen stressi

Stressi on yleisesti käytetty ja hyvin tunnettu termi, jolla kuvataan ihmisessä tapahtuvaa vastetta elämässä eteen tuleviin vaatimuksiin. Stressi voi olla luonteeltaan positiivista tai negatiivista, ja stressin aiheuttajat eli stressitekijät voivat olla luonteeltaan fyysisiä, emotionaalisia, ympäristöön liittyviä tai kuvitteellisia. Stressitekijöiden luonteesta riippumatta olennaista on se, että aiheuttaessaan stressiä, ne kaikki saavat kehossa aikaan samanlaisen vasteen: hengitys kiihtyy, sydän lyö tiheämmin, verenpaine ja hapen kulutus kasvavat. Yleensä nämä fysiologiset muutokset ovat ohimeneviä, ja stressaavan tilanteen lauettua keho palaa takaisin normaalitilaan. (Franke 2014, 390–391.)

Stressi on normaali lapsuuteen kuuluva ilmiö, ja positiivinen stressi on tarpeellista lapsen optimaaliselle kasvulle ja kehitykselle. Stressi on positiivista silloin, kun se on lievää, lyhytkestoista ja harvoin tapahtuvaa, ja lapsi saa stressaavissa tilanteissa emotionaalista tukea esimerkiksi vanhemmiltaan. Positiivista stressiä voivat aiheuttaa esimerkiksi uusien ihmisten tapaaminen tai uusien taitojen opettelu, ja positiivisen stressikokemuksen jälkeen elimistö palaa nopeasti takaisin normaalitilaan. Positiiviset stressikokemukset kasvattavat lapsen motivaatiota ja resilienssiä. (Franke 2014, 391.)

Kun stressikokemusten vakavuus ja tiheys kasvaa, kasvaa myös todennäköisyys niiden haitallisuudelle. Lapsen kokemien stressivasteiden ollessa voimakkaampia ja tiheämpiä, kasvaa todennäköisyys sille, että stressi vaikuttaa negatiivisesti lapsen aivojen kehitykseen. Tällaisia stressaavia tapahtumia voisivat olla esimerkiksi vanhempien avioero tai jonkun läheisen kuolema. Kuitenkin, jos lapsi saa tarpeeksi sosiaalista ja emotionaalista tukea, pystyvät aivot ja elimistö palaamaan normaalitilaan stressitekijöiden poistuttua, ja stressi on edelleen lapselle siedettävää. (Franke 2014, 392.)

Stressi muuttuu toksiseksi silloin, kun se jatkuu pitkään ja paluu normaalitilaan estyy. Lapsuudessa stressi voi päästä muodostumaan toksiseksi tilanteissa, joissa lapsi joutuu kokemaan voimakkaita ja toistuvia stressaavia tapahtumia ilman riittävää emotionaalista tukea, jotta elimistön paluu normaalitilaan mahdollistuisi. Toksinen

stressi voi vaikuttaa pysyvästi lapsen aivojen kehitykseen ja aiheuttaa lapsessa geenitason muutoksia. Lisäksi toksisen stressin on todettu vaikuttavan kehon kortisolitasapainoon ja aiheuttavan tätä kautta ihmisessä immuunijärjestelmän häiriötä. (Franke 2014, 392.)

3.4 ACE- ja PCE-kokemukset

Termi *ACE* on lyhenne englanninkielisistä sanoista *Adverse Childhood Experience* eli lapsuusajan haitallinen kokemus. ACE-termi tuli ensimmäisen kerran tunnetuksi yhdysvaltalaisen Kalifornian osavaltiossa sijaitsevan *Centers for Disease Control and Kaiser Permanente* -terveydenhuoltojärjestön urauurtavan tutkimuksen myötä (Felitti ym. 1998). ACE-kokemus on ihmisen lapsuudessa kokema ja kehitykseen haitallisesti vaikuttava tapahtuma. ACE-kokemuksiksi voidaan luokitella sekä psyykinen, fyysinen ja seksuaalinen väkivalta tai laiminlyönti että muu perheen dynamiikkaan negatiivisesti vaikuttava tekijä. ACE-kokemuksia ovat muun muassa lapsuusaikainen väkivallan kokeminen tai näkeminen, vanhemman riippuvuussairaus, avioero perheessä, lapsen joutuminen eroon vanhemmastaan ja vanhemman mielenterveysongelmat. (Felitti ym. 1998, 248.)

Sitten Felittin ym. (1998) alkuperäistutkimuksen on julkaistu lukuisia ACE-kokemuksiin liittyviä jatkotutkimuksia. Harvardin yliopiston *Center on the Developing Child:n* (2020) ylläpitämällä nettisivulla on listattu alkuperäisen Felittin ym. (1998) ja sitä seuranneiden kymmenien ACE-kokemuksia koskevien tutkimusten tärkeimpiä tuloksia. Tulosten mukaan ACE-kokemukset ovat väestötasolla melko yleisiä. Näin on jopa keskiluokan keskuudessa: yli kaksi kolmasosaa yhdysvaltalaisväestöstä ilmoittaa kokeneensa yhden ACE-kokemuksen ja lähes neljäsosa ilmoittaa kokeneensa kolme tai enemmän. On myös voitu osoittaa, että ACE-kokemusten määrän ja tiettyjen aikuisiän sairauksien tai vastoinkäymisten välillä on olemassa vahva ja pysyvä korrelaatio: lisääntyvien ACE-kokemusten myötä riski sydänsairauksiin, diabetekseen, liikalihavuuteen, masennukseen, päihteiden väärinkäyttöön, tupakointiin, huonoihin oppimistuloksiin, pitkäaikaistyöttömyyteen ja varhaiseen kuolemaan kasvaa. (kts. *Center on the Developing Child* 2020 viitteineen.)

Felittin (1998) alkuperäistutkimuksen jälkeen ACE-kokemukset ovat saavuttaneet laajaa huomiota etenkin Yhdysvalloissa. Yhdysvaltojen kansallinen terveysjärjestö *Centers for Disease Control and Prevention* ylläpitää kattavaa nettisivustoa aiheesta (ACE-CDC 2023a), sisältäen muun muassa listauksen ACE-kokemuksia koskevista tutkimuksista (ACE-CDC 2023b). Yhdysvaltalainen lastenlääkäri Nadine Burke Harris on puolestaan tullut tunnetuksi ponnistuksistaan ACE-kokemusten huomioon ottamiseksi kliinisessä lääkärin työssä, ja erityisesti julkaisemistaan kirjoista, joissa hän (emt. 2019, 2020) on tuonut aiheetta suuren yleisön tietoisuuteen.

Yhdysvalloista ACE-tutkimus on alkanut pikkuhiljaa levitä muualle maailmaan. Vuonna 2019 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Lastensuojelun keskusliitto järjestivät ensimmäisen suomalaisen ACE-konferenssin. Parhaillaan Suomessa on meneillään hanke, jonka osana on kehitetty suomalainen kyselylomake lapsuuskokemusten kartoittamiseksi (THL 2023; Hietämäki 2023a,b). Suomessa ACE-tutkimus on siis vasta aluillaan. Hakulinen ja Westerlund-Cook (2020) käsittelevät ACE-kokemuksia blogikirjoituksessaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämässä THL-bloggissa. He (emt.) pohtivat, ettei ole mitään syytä olettaa, että ACE-kokemusten esiintyvyys Suomessa poikkeaisi merkittävästi muiden maiden esiintyvyydestä.

Muutamia vuosia sitten heräsi tutkimuksellinen kiinnostus niin kutsuttuja positiivisia lapsuusajan kokemuksia kohtaan (Positive Childhood Experience, PCE, Bethell ym. 2019). Lapsuusajan positiivisten kokemusten, tai turvallisten aikuisten läsnäolon, suojaava vaikutus negatiivisia kokemuksia kohtaan ei ajatuksena ollut tuolloinkaan uusi. Kuitenkin perinteiset ACE-mittarit keskittyivät mittaamaan vain haitallisia lapsuusajan kokemuksia. Bethell ym. (2019) lisäsivät ACE-kokemuksia kartoittavaan tutkimukseensa seitsemää eri PCE-kokemusta retrospektiivisesti kartoitettavaa kysymystä. Yllämainitun suomalaishankkeen (THL 2023) yhteydessä kehitetyssä kyselylomakkeessa PCE kokemuksia kartoitetaan kahdella kysymyksellä (Hietämäki ym. 2023a,b).

3.5 Yhteenveto

Olen esittänyt tässä luvussa ACE-kokemusten lisäksi tutkimukseni aihepiirin ymmärtämisen kannalta muita merkittäviä teorioita ja käsitteitä: kiintymyssuhde, trauma, toksinen stressi ja PCE-kokemukset. Nämä kaikki liittyvät jollakin tavalla tutkimukseni varsinaiseen aiheeseen eli ACE-kokemuksiin, mutta yhteys ei ole suoraviivainen. ACE-kokemukseksi on perinteisesti ymmärretty toistuvat haitalliset perheen sisäiset tapahtumat lapsen elämässä. Näin ollen ACE-kokemusten mahdollinen seuraus on tyyppin II tai tyyppin III trauma. Jessica Bartlet ja Vanessa Sacks (2019) pohtivat artikkelissaan ACE-kokemusten ja trauman välistä yhteyttä. Vaikka ACE-kokemusten seurauksena lapselle voikin kehittyä trauma, ei näin välttämättä tapahdu. Kaikki ACE-kokemukset eivät mittaa kaltoinkohtelua ja laiminlyöntejä, ja jotkut lapsuusajan haitalliset kokemukset ovat keskimäärin vähemmän traumatisoivia kuin toiset. Esimerkiksi vanhempien avioeron ei tarvitse välttämättä näyttäytyä lapselle erityisen traumaattisena. Toisaalta vaikeimpienkaan ACE-kokemusten seurauksena ei välttämättä kehity traumaa. Trauman syntyyn vaikuttavat lapsen yksilölliset ominaisuudet sekä perheen ja ympäristön tarjoamat riski- ja suojatekijät (PCE-kokemukset). Toisaalta taas trauma voi syntyä muidenkin kuin ACE-kyselyssä kartoitettavien tapahtumien seurauksena. (Bartlet & Sacks 2019.)

ACE-kokemusten ajatellaan aiheuttavan lapsessa toksista stressiä (kts. esim. Franke 2014), mikä puolestaan selittää näiden kokemusten pitkäaikaiset fyysiset ja psyykkiset seuraukset. Jos lapsella ei stressaavia kokemuksia kohdatessaan ole ketään aikuista kannattelemassa ja tukemassa häntä, on todennäköisyys toksisen stressin syntymiselle suurempi (Franke 2014, 391). Juuri siksi nimenomaan ACE-kokemukset, jotka syntyvät lapsen omassa perheympäristössä, ovat vaikutuksiltaan erityisen haitallisia. Terveessä ja tasapainoisessa perheessä kasvanut lapsi voi yleensä vaikeuksia kohdatessaan luottaa omien vanhempiansa tarjoamaan tukeen. Perheissä, joiden ihmissuhteissa ja dynamiikassa on puutteita, näin ei välttämättä tapahdu.

Jos lapsuuden aikaisen perhepiirissä tapahtuvan kaltoinkohtelun tai laiminlyönnin tekijänä toimii lapsen kiintymyksen kohde, kuten usein on, vaikuttavat nämä kokemukset luonnollisesti negatiivisesti lapselle syntyvään kiintymyssuhteeseen. Pahimmillaan lapselle muodostuu sekä trauma että kiintymyssuhdetrauma. Tämäkään yhteys ei kuitenkaan ole suoraviivainen, kuten esimerkiksi Baer & Martinezin (2006) katsausartikkeli osoittaa. Baer & Martinez (2006) kokosivat yhteen kahdeksan eri tutkimuksen tulokset, joissa kartoitettiin alle kaksivuotiaiden kaltoinkohdeltujen lasten kiintymyssuhdetta, ja joissa tuloksia lisäksi verrattiin verrokkiryhmän vastaaviin tuloksiin. Vaikka kaltoinkohdelluista lapsista suurin osa (80 %) osoittautuikin olevan turvattomasti kiintyneitä, osoittautui 20 % turvallisesti kiintyneiksi. Kirjoittajat pohtivat yhdeksi selittäväksi tekijäksi mahdollisten suojaavien mekanismien olemassaoloa. (Baer & Martinez 2006, 192–194.) Näitä suojaavia mekanismeja voivat olla esimerkiksi PCE-kokemukset.

4 AIKAISEMPIA ACE-TUTKIMUKSIA

4.1 Yleisväestön ACE-kokemukset

Lapsuusajan kaltoinkohtelun negatiiviset pitkäaikaisvaikutukset ovat olleet psykologien tietoisuudessa ja kiinnostuksen kohteena jo pitkään ennen Felittin ym. (1998) ACE-tutkimusta. Kuitenkin Felittin ym. (1998) tutkimus on tiettävästi ensimmäinen, jossa kartoitetaan laajasti usean erityyppisen lapsuusajan kaltoinkohtelun ja lapsuuskodin toimintahäiriöisyyden vaikutusta aikuisiän sekä psyykkiseen että fyysiseen terveyteen ja sairastavuuteen sekä riskikäyttäytymiseen. Felittin ym. (1998) mukaan suurimmat sairastavuutta ja kuolleisuutta aiheuttavat tekijät Yhdysvalloissa liittyvät ihmisten elämäntapoihin ja terveyskäyttäytymiseen. Siksi todellisina kuolinsyinä voidaanakin pitää näitä tekijöitä, vaikka näennäisesti kuoleman aiheuttajana olisikin joku sairaus. Jos taas puolestaan ACE-kokemusten todetaan aiheuttavan aikuisiän riskikäyttäytymistä, voidaan aiheellisesti väittää, että lapsuusajan kaltoinkohtelu on valtakunnallisesti yksi merkittävistä sairastavuutta ja kuolleisuutta aiheuttavista tekijöistä. (Felitti ym. 1998, 246.)

Felittin ym. (1998) alkuperäinen ACE-kysely koostuu yhteensä seitsemästätoista kysymyksestä, jotka mittavat seitsemää eri haitallisten lapsuusajan kokemusten kategoriaa: henkinen (1), fyysinen (2) ja seksuaalinen (3) väkivalta tai kaltoinkohtelu, ja perheen toimintahäiriötä aiheuttavista tekijöistä perheenjäsenen päihdeongelmaa (4), mielenterveysongelmia (5) tai rikollisuutta (6) ja äidin (tai äitipuolen) kaltoinkohtelua (7). Vastaaajien ACE-kokemusten määrä tällä kyselyllä kartoitettuna voi toisin sanoen vaihdella nollan ja seitsemän välillä. Kysely lähetettiin yhteensä 13494 ihmiselle, jotka olivat aiemmin osallistunut Kaiser Permanente's San Diego Health Appraisal klinikan laajaan terveystutkimukseen. Yhteensä 9508 ihmistä (70,5 %) vastasi ACE-kyselyyn, ja näistä 8056 vastasi jättämättä yhtään kohtaa tyhjäksi, ja nämä vastaukset hyväksyttiin käytettäväksi tutkimuksessa. (Felitti ym. 1998, 248–249.)

Felitti ym. (1998) tutkivat ACE-kokemusten yhteyttä kymmeneen riskitekijään, joiden tiedetään olevan Yhdysvalloissa merkittävimpiä sairastavuuden ja kuolleisuuden aiheuttajia: tupakointi, vakava ylipaino, fyysinen epäaktiivisuus, masentuneisuus, itsemurhayritykset, alkoholismi, huumeiden/lääkkeiden väärinkäyttö, suonensisäisten huumeiden käyttö, suuri (≥ 50) seksikumppaneiden määrä, ja sukupuolitauditartunnat. Tutkijat kartoittivat myös ACE-kokemusten yhteyttä Yhdysvalloissa eniten kuolleisuutta aiheuttaviin sairauksiin: sepelvaltimotauti, diabetes, syöpä, aivohalvaus, krooninen bronkiitti tai keuhkolaajentuma, hepatiitti ja luunmurtumat (tapaturmaisuu- den mittarina). (Felitti ym. 1998, 248–249.)

Tutkimustulosten mukaan yli puolet (52 %) Yhdysvaltojen yleisväestöstä on kokenut vähintään yhden ACE-kokemuksen, ja 6,2 % on kokenut neljä tai enemmän ACE-kokemuksia. Altistuminen yhdelle kokemukselle lisäsi todennäköisyyttä altistua useammille ACE-kokemuksille. ACE-kokemusten ja aikuisiän riskikäyttäytymisen väliltä löytyi selkeä yhteys niin, että eri riskikäyttäytymisen muotojen yleisyys kasvoi ACE-kokemusten määrän kasvaessa. Selkeimmin tämä yhteys näkyi itsemurhayritysten kohdalla, ja vähiten selkeästi aikuisiän fyysisen epäaktiivisuuden kohdalla: ACE-kokemusten määrän kasvaessa nolasta neljään, kasvoi todennäköisyys aikuisiän fyysiselle epäaktiivisuudelle 1,3 kertaiseksi ja todennäköisyys itsemurhayrityksille jopa 12,2 kertaiseksi. ACE-kokemusten ja aikuisiän sairastavuuden väliltä löytyi myös selkeä yhteys. ACE-kokemusten määrän kasvaessa nolasta neljään, kasvoi todennäköisyys aikuisiän sairastavuudelle 1,6 kertaisesta diabeteksen kohdalla 3,9 kertaiseksi kroonisen bronkiitin tai keuhkolaajentuman kohdalla. (Felitti ym. 1998, 249–250.)

Felitti ym. (1998) ehdottavat ACE-kokemusten ja aikuisiän riskikäyttäytymisen ja sairastavuuden väliseksi linkiksi jo nuoruudessa aloitettuja epäterveellisiä elämäntapoja. Kirjoittajat pohtivat, että nuoruusiässä tupakointi, päihteiden käyttö, liika syöminen tai seksuaalinen toiminta voi auttaa hetkellisesti selviämään kodin vaikeiden olosuhteiden aiheuttamasta stressistä. Vaarana on kuitenkin, että nämä käyttäytymiset muodostuvat riippuvuudeksi, ja haitallisten tapojen pitkäaikaisvaikutukset näkyvät aikuisiässä sairastavuutena. Kirjoittajat nostavatkin esiin lapsiperheille tarjotun varhaisen tuen merkityksen aikuisiän sairastavuuden ehkäisyssä. Toisaalta he myös myöntävät, että on vaikeaa saada yhteiskunnallista tukea sellaisille ennaltaehkäiseville toimille, joiden syy-seuraussuhteita eivät ole selkeitä positiivisten tulosten tullessa näkyviksi vasta todella pitkällä aikavälillä. (Felitti ym. 1998, 253–255.)

Myöhemmin alkuperäiseen ACE-kyselyyn lisättiin kysymyksiä, jotka kartoittivat emotionaalista ja fyysistä laiminlyöntiä sekä vanhempien avioeroa tai vastaavaa perheen rikkoutumista. Vastaajien ACE-kokemusten määrä tällä kysymyspatteristolla voi toisin sanoen vaihdella nollassa ja kymmenen välillä. Lisäksi vastausvaihtoehtoja laajennettiin osan kysymyksistä kohdalla yksinkertaisesta 'kyllä tai ei' -vastausvaihtoehtoista viisiportaiseen 'ei koskaan, kerran tai kahdesti, joskus, usein tai hyvin usein' tai vaihtoehtoisesti 'ei koskaan totta, harvoin totta, joskus totta, usein totta ja hyvin usein totta' -vastausvaihtoehtoihin. Vastaajien määrää laajennettiin lähettämällä kysely

uusille 13330 ihmiselle, joista 8667 vastasi kyselyyn. Kun näistä vastaajista suljettiin pois ne, joiden antamat taustatiedot olivat vaillinaiset, jäi tutkimuksessa käytettävien vastausten määräksi 8629. (Dube ym. 2001, 1629–1631; Dong ym. 2004, 774.) Tämän uuden otoksen ja tutkimusasetelman tulosten mukaan 36,1 % yhdysvaltalaisesta yleisväestöstä ei ole kokenut yhtään ACE-kokemusta, 25,8 % on kokenut yhden, 14,7 % kaksi, 8,9 % kolme ja 14,5 % neljä tai useamman ACE-kokemuksen (Dube ym. 2001, 1634).

Useat tutkijat ovat sittemmin kartoittaneet aikuisiän fyysisen ja psyykkisen sairastavuuden sekä ACE-kokemusten välistä yhteyttä, ja vahvistaneet yhteyden ole-massaolon. Lisäksi ACE-kokemusten yleisyyttä on tutkittu useissa maissa, ja Sheri Madigan ym. (2023) tarjoavat yhteenvedon ACE-kokemusten yleisyydestä 206 eri tutkimuksen valossa 22 eri maassa. Tutkimukset kattavat yhteensä noin puoli miljoonaa ihmistä. Tulosten mukaan 39,9 % kansainvälisestä yleisväestöstä ei ole kokenut yhtään ACE-kokemusta, 22,4 % on kokenut yhden, 13,0 % kaksi, 8,7 % kolme ja 16,1 % neljä tai useamman ACE-kokemuksen. Kirjoittajat mainitsevat eri tutkimusten tulosten välillä olevan kohtalaisen kokoista vaihtelua yli neljää tai nollaa ACE-kokemusta koskevien tulosten kohdalla. Vaihtelu sen sijaan on pientä yhtä, kahta ja kolmea ACE-kokemusta koskevien tulosten kohdalla. (Madigan ym. 2023, 465.)

Christina Bethell ym. (2019) kartoittivat tutkimukseensa osallistuneilta henkilöiltä ACE-kokemusten lisäksi retrospektiivisesti seitsemän eri PCE-kokemuksen olemassa oloa: (1) tunsiko vastaaja voineensa puhua perheelleen tunteista; (2) tunsiko vastaaja perheensä tukevan häntä vaikeina aikoina; (3) nauttiko vastaaja yhteisön perinteisiin osallistumisesta; (4) tunsiko vastaaja kuuluvansa joukkoon koulussa (jos vastaaja kävi koulua eikä esimerkiksi kotikoulua); (5) tunsiko vastaaja saavansa tukea ystäviltä; (6) oliko vastaajalla vähintään kaksi aikuista, jotka eivät olleet hänen vanhempiaan, ja jotka olivat aidosti kiinnostuneita hänestä; ja (7) tunsiko vastaaja olonsa turvalliseksi ja aikuisen suojelemaksi kotonaan. Lisäksi vastaajilta kysyttiin heidän tämänhetkistä kokemuksestaan omista mahdollisuuksistaan saada sosiaalista tukea ja heidän elämänsä aikana kokemistaan mielenterveyden ongelmista. Tutkimusta varten haastateltiin yhteensä 6187 henkilöä, joista 4926 vastasivat kaikkiin esitettyihin kysymyksiin. (Bethell ym. 2019, 2–4.)

Tutkimusten tulokset paljastivat yhteyden aikuisiän mielenterveysongelmien ja PCE-kokemusten sekä aikuisiällä saadun sosiaalisen tuen välillä: Ne vastaajat raportoivat vähiten mielenterveysongelmia, jotka raportoivat runsaasti (6–7) PCE koke-muksia (10,5 %) tai jotka raportoivat saavansa tällä hetkellä sosiaalista tukea (8,5 %). Eniten mielenterveysongelmia puolestaan raportoivat he, joilla oli vähän PCE koke-muksia (0–2) ja joko useita ACE-kokemuksia (≥ 4 ; 59,7 %) tai jotka kokivat saavansa sosiaalista tukea vain joskus, harvoin tai ei koskaan (61,7 %). Tällä hetkellä saatava sosiaalinen tuki ei kuitenkaan täysin kompensoinut ACE-kokemusten vaikutusta: nekin vastaajat, jotka raportoivat saavansa aina sosiaalista tukea, mutta joiden lapsuu-teen kuului vain 0–2 PCE-kokemusta, raportoivat neljä kertaa useammin mielenter-veyden ongelmia, kuin ne vastaajat, joiden PCE-kokemusten määrä oli 6–7 (33,8 % vs.

8,5 %). PCE-kokemusten suojaava vaikutus ACE-kokemuksia vastaan näkyi vertailtaessa raportoituja mielenterveysongelmia PCE-kokemusten määrän muuttuessa, mutta ACE-kokemusten määrän pysyessä vakioituna (ACE kokemusten määrä = 1 tai 2–3 tai 4–8; Bethell ym. 2019, 7, taulukko 3): PCE kokemusten määrän kasvaessa mielenterveysongelmien määrä väheni. Vain silloin, jos vastaaja ei ollut raportoinut yhtään ACE-kokemusta ei PCE kokemuksilla näyttänyt olevan vaikutusta mielenterveyden ongelmien kokemisen yleisyyteen. Tutkijat tosin pohtivat tämän voivan johtua otoskoon pienuudesta: vastaajista vain pieni joukko raportoi vähän sekä ACE että PCE kokemuksia. (Bethell ym. 2019, 5–7.)

4.2 Sosiaalihuollon asiakaskunnan ACE-kokemukset

Sekä Heather Larkin & Jihyun Park (2012) että Michelle Patterson, Akm Moniruzzaman & Julian Somers (2014) ovat kartoittaneet kodittomien ihmisten ACE-kokemuksia. Larkin & Park (2012) pyysivät pohjois-Kalifornian ja New Yorkin kaupungin alueella toimivan neljän eri kodittomien palveluohjelman osallistujia sekä yhden kodittomien vastaanottokeskuksen asiakkaita osallistumaan tutkimukseensa. He saivat yhteensä 224 vastausta. Sen lisäksi, että vastaajien jo tiedettiin osallistuvan kodittomille suunnattuihin palveluihin, heidän osallistumistaan muihin sosiaalipalveluihin kartoitettiin osana tutkimusta. Lisäksi osallistujilta kysyttiin heidän ACE-kokemuksistaan. Tutkijat kartoittivat eri ACE-kokemusten ja eri palvelujen välisiä korrelaatioita sekä kysyivät vastaajien kokemuksia palvelujen hyödyllisyydestä. (Larkin & Park 2012, 86–87.) Oman tutkimukseni kannalta mielenkiintoinen tulos on kuitenkin asunnottomien ACE-kokemusten määrä. Larkinin & Parkin (2014, 88) tulokset osoittavat, että asunnottomilla on selkeästi yleisväestöä enemmän ACE-kokemuksia: vain 13 % raportoi, ettei ollut kokenut yhtään ACE-kokemusta, 14 % raportoi kokeneensa yhden, 9 % kaksi, 5 % kolme ja 59 % yli neljä ACE-kokemusta.

Pattersonin ym. (2014) tutkimus kertoo vastaavanlaista tarinaa asunnottomien ACE-kokemusten runsaasta määrästä: 12 % tutkimukseen osallistuneesta raportoi nolla ACE-kokemusta, 12 % yhden, 14 % kaksi, 11 % kolme ja 51 % neljä tai useamman ACE-kokemuksen (emt. 2014, 5). Pattersonin ym. (2014) tutkimukseen osallistui yhteensä 497 koditonta ja mielenterveysongelmaista ihmistä British Columbian Vancouverista. Vastaajista 364 vastasivat kaikkiin ACE-kokemuksiin liittyviin kysymyksiin, ja näitä tuloksia käytettiin ACE-kokemuksia koskevassa tutkimuksen osassa. Tutkimukseen valikoidut vastaajat olivat jo oletusarvoisesti huono-osaisia: sekä kodittomia että mielenterveysongelmaisia. Toisaalta tutkijat korostavat, että kaikilla tutkimukseen osallistuneilla oli yksityinen terveysvakuutus, joten tutkimustuloksia ei voi yleistää kaikkiin asunnottomiin ja mielenterveysongelmaisiin. (Patterson ym. 2014, 2–3.)

Kyunghee Lee & Cassandra Lawton (2022) kartoittivat tutkimuksessaan ACE-kokemusten ja sosiaalipalveluiden käytön välistä yhteyttä *Head Start* -ohjelmaan oikeutetuilla perheillä. Head Start on Yhdysvalloissa toimiva valtion rahoittama ohjelma, jonka tavoitteena on tukea lasten kasvua ja kouluvalmiuksia. Ohjelmaan ovat oikeutettuja osallistumaan perheet, joilla on 3–5-vuotiaita lapsia ja joiden tulotaso on kansallisen (USA) köyhyysrajan alapuolella. Tutkijat halusivat selvittää, lisääkö ACE-kokemusten määrä sosiaalipalveluiden käyttöä, vai voivatko nämä kokemukset mahdollisesti toimia esteenä palveluiden hyödyntämiselle. Tutkijoiden käytössä oli aineisto, johon oli satunnaisesti valittu 2646 Head Start -ohjelmaan osallistuvaa lasta ja 1796 kontrolliryhmään kuuluvaa lasta, ja tutkijat halusivat myös selvittää, auttaako Head Start -ohjelma asiakkaita hakeutumaan paremmin palveluiden piiriin. (Lee & Lawton 2022, 217.) En kuitenkaan tarkastele seuraavassa tätä Head Start -ohjelman toimivuutta tarkastelevaa tutkimuksen osa-alueita.

Leen & Lawtonin (2022) lähestymistapa ACE-kokemuksiin poikkesi useiden muiden tutkijoiden käyttämästä retrospektiivisestä lähestymistavasta, jossa aikuiset muistinvaraisesti kertovat omista lapsuuden aikaisista kokemuksistaan. Kirjoittajat (emt.) kysyivät sen sijaan tutkimukseen osallistuneiden lasten vanhemmilta heidän lastensa kokemista ACE-kokemuksista. Tulosten ACE-kokemusten määrä voi vaihdella nollan ja seitsemän välillä. (Lee & Lawton 2022, 218.) Näin ollen Leen & Lawtonin (2022) tulokset eivät ole suoraan verrattavissa tutkimuksiin, joissa maksimi ACE-kokemusten määrä voi olla kymmenen, ja jossa ACE-kokemuksia on kartoitettu retrospektiivisesti. Joka tapauksessa, tutkimustulosten sisäinen vertailu osoittaa, että perheet, joissa lapsen ACE-kokemusten kokonaismäärä oli kaksi, kolme tai enemmän käyttivät huomattavasti enemmän sosiaalipalveluita kuin ne perheet, joissa lapsen ACE-kokemusten kokonaismäärä oli yksi (Lee & Lawton 2022, 219).

Lian McGavock & Trevor Spratt (2014) kartoittivat yliopisto-opiskelijoiden ACE-kokemuksia sekä ACE-kokemusten ja sosiaalipalvelujen käyttämisen välistä yhteyttä. Kyselyyn vastasi yhteensä 764 ensimmäisen vuoden yliopisto-opiskelijaa. Tulosten mukaan 44 % vastanneista ei ollut kokenut yhtään ACE-kokemusta, 21,2 % on kokenut yhden, 13,6 % kaksi, 8,8 % kolme ja 12,4 % neljä tai useamman ACE-kokemuksen. (McGavock & Spratt 2014, 657, 667.)

Tulokset paljastivat selkeän yhteyden ACE-kokemusten määrän ja sosiaalipalveluiden käyttämisen välillä. Ne vastaajat, jotka olivat jossakin vaiheessa elämäänsä käyttäneet sosiaalipalveluita, raportoivat 23 kertaa todennäköisemmin yli neljä ACE-kokemusta kuin vastaajat, jotka eivät raportoineet käyttäneensä sosiaalipalveluita (McGavock & Spratt 2014, 664). Kirjoittajat pohtivatkin, että pelkkä sosiaalipalveluiden käyttö on jo yksi indikaattori ACE-kokemusten olemassaolosta. He pohtivat myös, että raportoitujen ACE-kokemusten määrä on luultavasti vähäisempi kuin todellisuudessa tapahtuneet laiminlyönnit. Myös sosiaalihuollon kontaktien määrä on luultavasti aliarvioitu, koska vastaajat eivät välttämättä muista varhaislapsuudessa tapahtuneita asioita. Lisäksi tutkimukseen osallistuneet ovat yliopisto-opiskelijoita, eli

tietyllä tavalla elämässä pärjänneitä yksilöitä. Heidän ei siis voi olettaa edustavan yleisväestöä. (McGavock & Spratt 2014, 667–669.)

Yllä mainituissa tutkimuksissa on kartoitettu ACE-kokemusten ja sosiaalipalveluiden käytön välistä yhteyttä erilaisilla ihmisryhmillä, joista minkään ei voi väittää edustavan yleisväestöä. Kolmen ensimmäisen kuvaamani tutkimuksen kohderyhmän voisi ajatella olevan lähtökohtaisesti yleisväestön keskimääräistä epäonnisempia (asunnottomia, mielenterveysongelmaisia ja vähävaraisia), kun taas viimeisen kuvaamani tutkimuksen kohderyhmän voisi ajatella olevan yleisväestön keskimääräistä etuoikeutetumpia (yliopisto-opiskelijat). Yhteistä kaikista kohderyhmistä saaduille tuloksille on kuitenkin se, että suurempi ACE-kokemusten määrä on yhteydessä lisääntyneeseen sosiaalipalveluiden käyttämiseen. Tämä mielestäni antaa vähintäänkin vahvaa osviittaa siitä, että ACE-kokemusten määrän voi ajatella olevan yleisväestön keskimääräistä korkeampi sosiaalipalveluiden asiakaskunnan keskuudessa.

4.3 Sosiaalialan työntekijöiden ja opiskelijoiden ACE-kokemukset

Nina Esaki & Heather Larkin (2013) tutkivat ACE-kokemusten yleisyyttä lasten kanssa työskentelevien ammattilaisten keskuudessa. Tutkimukseen osallistui yhden vapaaehtoisen asumis-, päivätoiminta- ja koulupalveluita traumatisoituneille lapsille tarjoavan yrityksen työntekijät. Yrityksessä työskenteli tutkimuksen aikaan yhteensä 360 työntekijää, ja 94 heistä vastasi kyselyyn. Kirjoittajien mainitsevat yhden tutkimuksensa tavoitteen olevan edesauttaa sosiaalialaa tiedostamaan ACE-kokemusten yleisyys henkilökunnan keskuudessa. Osallistujien joukossa oli kuitenkin muitakin ammattiryhmiä kuin varsinaisesti sosiaalialalle kouluttautuneita: läheisessä kontaktissa lasten kanssa työskenteleviä klinikoita, ympäristöterapeutteja, lastenhoitotyöntekijöitä, kotipalvelun työntekijöitä ja opettajia sekä hallinto-, johto-, tutkimus-, koulutus-, toimihenkilö-, talous-, henkilöstö- ja kehitystehtävissä työskenteleviä henkilöitä. (Esaki & Larkin 2013, 31–33.)

Tutkimustulosten mukaan 29,9 % vastaajista ei ollut kokenut yhtään ACE-kokemusta, 16,1 % oli kokenut yhden, 26,4 % kaksi, 11,5 % kolme ja 16,1 % neljä tai useamman ACE-kokemuksen. Kyselyyn vastanneiden ACE-kokemusten keskiarvo oli 2,0. Kirjoittajat toteavat yhden ACE-kokemuksen kokemisen olevan jossakin määrin yleisempää heidän otoksessaan kuin yleisväestöä koskevissa tutkimuksissa (Dube ym. 2001; Dong ym. 2004) keskimäärin, kun taas kaksi tai useampi ACE-kokemus on puolestaan selkeästi yleisväestöä yleisempi Esakin & Larkin (2013) tutkimuksessa. (Esaki & Larkin 2013, 34–35.)

Kirjoittavat keskustelevat tulostensa merkityksestä sosiaalialalle. Tulokset osoittavat ACE-kokemusten olevan yleisväestön keskimääräistä yleisempiä sosiaalialalla työskentelevien keskuudessa. Ensimmäinen askel olisi tunnistaa ACE-kokemusten yleisyys työntekijöiden keskuudessa ja näiden kokemusten yhä vaikuttavat

seuraukset. Tämän jälkeen olisi mahdollista ryhtyä toimiin organisaatiotasolla näiden kokemusten negatiivisten vaikutusten minimoimiseksi. Työntekijöille voitaisiin tarjota koulutuksia tietoisuuden lisäämiseksi ACE-kokemuksista, niiden vaikutuksista ja resilienssistä. Johtajat niin ikään voisivat hyötyä koulutuksista, jotka auttaisivat heitä luomaan työpaikalle positiivisia käytäntöjä ja toimimaan näissä hyvänä esimerkkinä. Lisäksi olisi tarpeen luoda työympäristö, joka antaa työntekijöille mahdollisuuden huolehtia itsestään. Kirjoittajat ehdottavat ACE-kokemusten huomioimisen myös sosiaalialan opintoja kehitettäessä. Opetushenkilökunnan tietämystä voitaisiin hyödyntää korjaavien opiskeluympäristöjen kehittämiseksi. Oppilaitokset voisivat toimia esimerkkinä hyvien käytäntöjen juurruttamisessa, ja tätä kautta edesauttaa näiden käytäntöjen siirtymistä myös käytännön työn kentälle. (Esaki & Larkin 2013, 35–36.)

Amanda Howard ym. (2015) tarkastelivat puolestaan tutkimuksessaan sijoitetujen/huostaanotettujen lasten kanssa työskentelevien ammattilaisten ACE-kokemuksia. Tutkimuksen tulosten mukaan 25,0 % vastaajista ei ollut kokenut yhtään ACE-kokemusta ja 24,5 % raportoi kokeneensa yhden, 15,6 % kaksi, 9,9 % kolme ja 25,1 % neljä tai useamman ACE-kokemuksen. Vastaajia oli yhteensä 192 ja he työskentelivät 48 eri organisaatiossa Yhdysvaltojen eteläosassa. Vastaajat edustivat eri ammattikuntia ja heidän koulutustasonsa vaihteli kandidaatin tasoisesta (Bachelor's degree) tohtorin tutkintoon. (Howard ym. 2015, 143–144.)

Jeffrey T. Steen, Evan Senreich & Shulamith Lala Ashenberg Straussner (2021a) laajensivat sosiaalialaa koskevan ACE-tutkimusta kartoittamalla yhteensä 5540:n kolmentoista eri Yhdysvaltojen osavaltion laillistetun sosiaalityöntekijän haitallisia lapsuusajan kokemuksia. Tulokset vahvistivat aiemmat, suppeammilla otoksella saadut tulokset siitä, että sosiaalialan työntekijöillä on yleisväestön keskimääräistä enemmän ACE kokemuksia: 29,7 % kyselyyn vastanneista sosiaalityöntekijöistä ei ollut kokenut yhtään ACE-kokemusta, 20,7 % oli kokenut yhden, 14,4 % kaksi, 11,6 % kolme ja 23,6 % vähintään neljä ACE-kokemusta. Käytetyllä kysymyspatteristolla kyselyyn osallistuneiden sosiaalityöntekijöiden ACE-kokemusten määrä voi vaihdella nolosta kymmeneen, ja tulosten mukaan vastaajien haitallisten lapsuuskokemusten keskiarvo oli 2,1. (Steen, Senreich & Straussner 2021a, 184–188.)

Jacky T. Thomas (2016) kartoitti yhden yhdysvaltalaisen yliopiston sosiaalityön maisteriopiskelijoiden ACE-kokemuksia. Ohjelman 86 opiskelijasta 79 osallistui tutkimukseen. Vastaajista 20,2 % ilmoitti, ettei ollut kokenut yhtään ACE-kokemusta, 15,2 % yhden, 12,7 % kaksi, 10,1 % kolme ja 41,8 % vähintään neljä ACE-kokemusta. (Emt. 2016, 243.) Sosiaalityön maisteriopiskelijoiden raportoima ACE-kokemusten määrä oli siis huomattavasti suurempi kuin yleisväestöllä keskimäärin (Dube ym. 2001; Dong ym. 2004) tai sosiaalialalla työskentelevien raportoima ACE-kokemusten määrä (Esaki & Larkin 2013; Steen, Senreich & Straussner 2021a).

4.4 Yhteenvetoa ACE-kokemusten yleisyydestä

Olen käsitellyt tässä luvussa oman tutkimukseni kannalta merkittäviä aikaisempia ACE-tutkimuksia. Olen koonnut yllä kuvaamani tutkimustulokset yleisväestön, ensimmäisen vuoden yliopisto-opiskelijoiden ja sosiaalipalveluiden asiakkaiden ja sosiaalialan ammattilaisten ACE-kokemusten yleisyydestä taulukkoon 1. Taulukosta on helposti nähtävissä, että yliopisto-opiskelijoissa on muita taulukossa esitettyjä ihmisryhmiä enemmän heitä, jotka eivät ole kokeneet yhtään ACE-kokemusta. Sosiaalialan ammattilaisista ja sosiaalialan maisteriopiskelijoista puolestaan yleisväestöä suuremmalla osalla on taustallaan vähintään yksi ACE-kokemus. Asunnottomista taas ei yhtään ACE-kokemusta kokeneiden määrä on vain reilu kymmenesosa. Vastaavasti taas yliopisto-opiskelijoissa on vähiten heitä, jotka ovat kokeneet neljä tai enemmän ACE-kokemuksia. Sosiaalialan työntekijöissä suuri (≥ 4) ACE-kokemusten määrä on, tutkimuksesta riippuen, yleisväestön tasoista tai korkeampaa, niin että laajan, vain sosiaalityöntekijöihin keskittyneen tutkimuksen (Steen, Senreich ja Straussner 2021a) mukaan lähes neljäsosalla laillistetuista sosiaalityöntekijöistä on taustallaan neljä tai enemmän ACE-kokemuksia. Sosiaalityön maisteriopiskelijoista puolestaan yli 40 % ja asunnottomista yli puolet on kokenut neljä tai enemmän ACE-kokemuksia. Toisin sanoen aikaisempien tutkimusten valossa näyttäisi siltä, että ACE-kokemukset ovat yleisväestöön verrattuna yleisempiä sosiaalialan ammattilaisten ja opiskelijoiden keskuudessa.

Taulukko 1. ACE-kokemusten yleisyys prosentteina eri ihmisryhmillä.

Tutkimus	McG&S (2014) ¹	D. ym. (2001) ²	M. ym. (2023) ³	T. (2016) ⁴	E&L (2013) ⁵	S&S&S (2021) ⁶	H. ym. (2015) ⁷	P. ym. (2014) ⁸	L&P (2014) ⁹
ACE-kokemusten määrä	Yliopistoopiskelijat	Yleisväestö		Sost. M. opiskelijat	Sosiaalialan ammattilaiset			Asunnottomat	
0	44,0	36,1	39,9	20,2	29,9	29,7	25,0	12	13
1	21,2	25,8	22,4	15,2	16,1	20,7	24,5	12	14
2	13,6	14,7	13,0	12,7	26,4	14,4	15,6	14	9
3	8,8	8,9	8,7	10,1	11,5	11,6	9,9	11	5
≥ 4	12,4	14,5	16,1	41,8	16,1	23,6	25,1	51	59

¹Mc Gavock & Spratt (2014); ²Dube ym. 2001; ³Madigam ym. (2023); ⁴Thomas (2016); ⁵Esaki & Larkin (2013); ⁶Steen, Senreich & Straussner (2021); ⁷Howard ym. (2015); ⁸Patterson ym. (2014); ⁹Larkin & Park (2014)

4.5 ACE-kokemukset ja työhyvinvointi

ACE-kokemusten ja sosiaalialan ammattilaisten työhyvinvoinnin tai työssäjaksamisen välinen yhteys on merkityksellinen kysymys tutkimustulosteni vaikutusten pohdinnan kannalta. Löysin kaksi artikkelia, joissa käsitellään tätä aihetta, ja esitän tässä näiden tutkimusten tärkeimpiä tuloksia. Sosiaalityöntekijöiden ACE-kokemuksia käsittelevän tutkimuksensa osana Steen, Senreich & Straussner (2021a) kartoittivat sosiaalityöntekijöiden psyykkiseen ja fyysiseen terveydentilaan, päihteiden ja tupakan käyttöön, uneen, myötätuntotyydytykseen (compassion satisfaction) ja työstressiin liittyviä kysymyksiä ja niiden yhteyttä ACE-kokemuksiin. Fyysistä ja psyykkistä terveyttä kartoitettiin kysymällä tutkimukseen osallistuneilta, olivatko he työuransa aikana kokeneet yhden tai useamman fyysiseen tai psyykkiseen terveyteen liittyvän ongelman, tupakan käyttöä kysymällä, kuinka usein vastaajat ovat tupakoineet työuransa aikana ja uneen ja päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia kysymällä, ovatko vastaajat työuransa aikana kokeneet uniongelmia tai ongelmia päihteiden käytön kanssa. Myötätuntotyydytystä mitattiin *Professional Quality of Life Scale* -mittaristolla⁶ ja työuupumusta *The Workplace Stress Scale* -mittaristolla⁷. (Steen, Senreich & Straussner 2021a, 185–186.)

Yli puolet tutkimukseen osallistuneista sosiaalityöntekijöistä raportoi kokeneensa jossakin vaiheessa uransa psyykkiseen tai fyysiseen terveyteen liittyviä ongelmia sekä uniongelmia (60,8 %, 51,8 %, 60,6 %, samassa järjestyksessä). Noin kolmasosa vastanneista (29,7 %) raportoi tupakoineensa jossakin vaiheessa uransa aikana, ja 7,5 % raportoi kokeneensa päihdeongelmia. Tutkimuksessa ei löytynyt yhteyttä ACE-kokemusten määrän ja myötätuntotyydytyksen välillä. Kaikkien muiden tarkasteltujen suureiden ja ACE-kokemusten määrän väliltä sen sijaan löytyi yhteys. Sosiaalityöntekijöillä, jotka raportoivat fyysiseen tai psyykkiseen terveyteen liittyviä ongelmia, uniongelmia, tupakan tai päihteiden käyttöä, oli keskimäärin taustallaan enemmän ACE-kokemuksia kuin niillä sosiaalityöntekijöillä, jotka eivät raportoineet kokeneensa näitä ongelmia. Tupakan polton kohdalla ero oli merkittävä: tupakkaa polttaneiden keskimääräinen ACE-kokemusten määrä oli 2,49, kun taas heillä, jotka eivät olleet polttaneet vastaava keskiarvo oli 1,97. Lisäksi vastaajien raportoiman ACE-kokemusten ja työstressin väliltä löytyi positiivinen korrelaatio. (Steen, Senreich & Straussner 2021a, 187, 189.)

⁶ kts. Proqol.org

⁷ kts. <https://www.stress.org/wp-content/uploads/2023/02/The-Workplace-Stress-Scale.pdf>

Myös Howard ym. (2015) olivat jo aikaisemmin tutkineet sijoitettujen/huostaanotettujen lasten kanssa työskentelevien ammattilaisten myötätuntotyydytyksen, loppuunpalamisen ja sijaistraumatisoitumisen yhteyttä heidän kokemiensa ACE-kokemusten määrään. Tutkijat käyttivät samaa *Professional Quality of Life Scale* -mittaristoa kuin yllä mainitussa Steenin, Senreichin & Straussnerin (2021a) tutkimuksessa, mutta heidän otoksensa oli huomattavasti pienempi (192 vastaajaa), eikä se rajoittunut vain sosiaalityöntekijöihin. Tutkimukseen osallistuneet raportoivat yleisväestöä enemmän myötätuntotyydytystä, loppuunpalamisia ja sijaistraumatisoitumista. ACE-kokemusten määrän ja sijaistraumatisoitumisen väliltä ei löytynyt merkittävää yhteyttä, mutta vastoin odotuksiaan tutkijat löysivät selvän yhteyden sekä myötätuntotyydytyksen että loppuunpalamisten ja ACE-kokemusten määrän väliltä: vastaajat, joilla oli enemmän ACE-kokemuksia raportoivat kokevansa enemmän myötätuntotyydytystä, ja enemmän ACE-kokemuksia raportoineet vastaajat raportoivat myös vähemmän loppuunpalamisia. (Howard ym. 2015, 145–146.)

Rinnakkain kvantitatiivisen, sosiaalityöntekijöiden ACE-kokemuksia ja työhyvinvointia kartoittavan tutkimuksensa kanssa Steen, Straussner & Senreich (2021b) julkaisivat kvalitatiivisen tutkimuksen, jossa he kartoittivat sosiaalityöntekijöiden kokemuksia siitä, että 1) vaikuttivatko ACE-kokemukset heidän uranvalintaansa, ja jos vaikuttivat, niin miten, ja 2) ovatko ACE-kokemukset vaikuttaneet heidän työhönsä, ja jos ovat, niin miten. Yhteensä 1862 sosiaalityöntekijää vastasi vähintään yhteen kahdesta esitetystä laadullisesta kysymyksestä. (Steen, Straussner & Senreich 2021b, 219–220.)

Vastauksista paljastui useita tapoja, millä ACE-kokemukset olivat vaikuttaneet vastaajien uranvalintaan. Osa vastaajista raportoi uranvalinnan taustalla olleen halu ymmärtää omaa lapsuusperhettään. Jotkut vastaajat kertoivat halustaan auttaa muita, jotka kokivat vastaavanlaisia tilanteita, mitä he itse olivat aikoinaan kokeneet. Osa raportoi saaneensa itse aikoinaan apua ammattilaisilta, ja halusivat voida vastaavanlaaisesti auttaa toisia. Toisille taas apu ei ollut ollut toimivaa, ja he halusivat itse ammattilaisina osata toimia paremmin. Jotkut vastaajista kokivat olleensa onnekkaita, koska he olivat aikoinaan saaneet tukea toisilta ihmisiltä tai hengellisyydestä, ja he halusivat nyt voida olla itse avuksi muille. (Steen, Straussner & Senreich 2021b, 222–225.)

Yleisin vastaus kysymykseen siitä, miten ACE-kokemukset vaikuttivat sosiaalityöntekijöiden työskentelyyn, oli se, että nämä kokemukset auttoivat ammattilaista samaistumaan asiakkaan kokemukseen. Yleisesti vastaajat pitivät kykyä samaistua hyvänä asiana. Vastaajat kuitenkin tunnistivat myös tarpeen varovaisuuteen silloin, jos asiakkaiden tilanteet muistuttivat heitä paljon heidän omista kokemuksistaan. Jotkut sosiaalityöntekijät kokivat myös, että vaikeat lapsuusajan kokemukset olivat tehneet heistä vahvempia taistelemaan vääryyttä vastaan ja ajamaan asiakkaiden asioita. Vastaajat kertoivat myös ACE-kokemusten positiivisista vaikutuksista heidän suhteeseensa työkavereiden kanssa: he kokivat halunsa auttaa ja ymmärtää yltävän asiakkaiden lisäksi myös kollegoihin. Sosiaalityöntekijät nostivat esiin myös työnohjauksen

merkityksen silloin, jos työntekijä koki asiakassuhteessa vastatunteensiirtoa⁸. (Steen, Straussner & Senreich 2021b, 225–227.)

Tutkimukseen vastanneet kuvasivat lähinnä ACE-kokemusten positiivisia vaikutuksia heidän työskentelylleen. Tutkijat (Steen, Straussner & Senreich 2021b) ehdottavat, että sosiaalityön opiskelijoille tulisi tarjota mahdollisuuksia reflektioon ja henkilökohtaiseen kasvuun, ja heitä tulisi ohjata huolehtimaan itsestään ja tarvittaessa hakeutumaan avun piiriin. Tutkijat pohtivat myös, tulisiko sosiaalityön opiskelijoiden oman terapian vaatimus ottaa harkintaan. Kirjoittajat ehdottavat, että ACE-kokemusten yleisyys tulisi ottaa huomioon sosiaalialan työyhteisöissä ja työpaikoilla tulisi ottaa käyttöön traumainformoituja käytänteitä. Lisäksi tutkijat ehdottavat, että ACE-kokemusten negatiivisiin seurauksiin keskittymisen sijaan tulevaisuudessa tutkimuksissa voitaisiin kiinnittää huomiota resilienssiä ja post-traumaattista kasvua koskeviin tutkimukseen ja etsiä vastauksia sille, miten nämä voitaisiin valjastaa tukemaan sosiaalityön harjoittamista. (Steen, Straussner & Senreich 2021b, 228.)

⁸ Vastatunteensiirto, englanniksi countertransference, on ilmiö, jossa terapeutissa suhteessa terapeutti tiedostamattaan tai tiedostaen kokee vastatunteita reaktiona asiakkaan osoittamiin tunteisiin (<https://dictionary.apa.org/countertransference>).

5 SOSIAALIALAN KORKEAKOULUTETTUIJEN ACE-KOKEMUSTEN KARTOITUS

Oman tutkimukseni tavoitteena on kartoittaa sosiaalialan korkeakoulutettujen ACE-kokemusten määrää kotimaassamme. Hypoteesini on, että omassakin maassamme sosiaalialalla työskentelevien ACE-kokemusten määrä on yleisväestön keskimääräistä suurempi. Kuvaan tässä kappaleessa tutkimusaineistoni keruuta ja sen analysointia.

5.1 ACE-kyselylomake

Felitti ym. (1998) kehittivät ACE-kokemusten kartoittamista varten ensimmäisen kyselylomakkeen, jolla mitataan lapsuusajan fyysistä ja psyykkistä kaltoinkohtelua. Sittemmin erilaisia ACE-kokemuksia tutkivia mittareita on kehitetty lukuisia: kahden aihetta koskevan katsausartikkelin mukaan erilaisia instrumentteja olisi vähintään 20 (Bethell ym. 2017, 64; Holden, Gower & Chmielewski 2017, 4). Suomalaista THL-ACE mittaristoa kuvaavassa artikkelissaan Hietämäki ym. (2023a) toteavat olemassa olevien instrumenttien sisältävän useita puutteita. Puutteet liittyvät yhtäältä siihen, kuinka kattavasti ja luotettavasti mittaristot mittaavat itse ACE-kokemuksia ja toisaalta siihen, että mittaristoista puuttuu PCE-kokemuksia mittaavat kysymykset. Lisäksi mittaristoissa ei perinteisesti ole mitattu kokemusten toistuvuustiheyttä. (Emt. 2023, 2, 8).

Hietämäki ym. (2023a,b) ovat puuttuneet näihin kehitystarpeisiin kehittämällä uuden sekä ACE- että PCE-kokemuksia mittaavan kyselylomakkeen. Kyselylomake mittaa samoja asioita kuin aiemmat ACE-kyselyt (fyysinen, seksuaalinen ja henkinen väkivalta, perheväkivalta ja laiminlyönti, päihteiden käyttö tai mielenterveysongelmat perheessä ja vanhemman menetyt), ja lisäksi se mittaa lapsuusaikaista koulukiusaamista sekä perheen taloudellisia vaikeuksia. Positiivisista lapsuuskokemuksista Hietämäen ym. (2023a,b) mittaristossa mitataan arvostetuksi tulemisen kokemusta kotiloissa sekä sellaisen aikuisen läsnäoloa, kenelle lapsi on voinut puhua. Mittaristo

mittaa näitä asioita viisiportaisella ei koskaan – harvoin – joskus – usein – koko ajan – asteikolla. Lomake koostuu yhteensä neljästätoista kysymyksestä, joista 12 kartoittavat ACE-kokemuksia ja kaksi suojaavia tekijöitä. Tämä THL-ACE lomake on julkaistu sekä englannin kielellä (Hietamäki ym. 2023a) että suomen kielellä (Hietamäki ym. 2023b).

5.2 Aineiston keruu

Olen käyttänyt omassa tutkimuksessani suomenkielistä versiota THL-ACE lomakkeesta (Hietamäki ym. 2023b). Muodostin lomakkeen kysymyksistä Webropol-kyseilyn, ja lisäsin kyselyyn myös muutamia vastaajan taustatietoja kartoittavia lisäkysymyksiä: vastaajan ikä, sukupuoli, koulutustaso ja sosiaalihuollon osa-alue, jolla vastaaja työskentelee. Olen liittänyt Hietamäen ym. (2023b) kyselylomakkeen liitteeksi (LIITE 1). Liitteessä näkyvät myös esittämäni lisäkysymykset vastausvaihtoehtoineen. Kutsuin sosiaalialan korkeakoulutettuja vastaamaan kyselyyni julkaisemalla kyselylinkin Facebookin ”Sosiaalityön uraverkosto” -ryhmässä yhteensä kaksi kertaa. Kyseinen ryhmä on suljettu, ja sen jäsenmäärä oli kyselyn viimeisenä aukiolopäivänä (11.2.2024) 5129. Ryhmän jäseneksi hyväksytään vain Valviran rekisterissä olevia laillistettuja sosiaalityöntekijöitä tai sosiaalityön tutkinto-opiskelijoita, jotka joko lisää jäseneksi ryhmään jo kuuluva jäsen, tai joita suosittelee lisättäväksi laillistettu sosiaalityöntekijä.

Lisäksi sosionomitaustainen kanssaopiskelijani julkaisi ystävällisesti kyselylinkkini sosionomeille suunnatussa Facebookin ”Sosionomien uraverkosto” -ryhmässä samoilla vastausajoilla kuin sosiaalityöntekijöiden ryhmässä julkaisemani kysely. Tämä ryhmä on suunnattu laillistetuille sosionomeille sekä sosionomiopiskelijoille. Ryhmän jäsenmäärä oli kyselyn viimeisenä aukiolopäivänä (11.2.2024) 12550. Tarjosin kyselylinkkiä julkaistavaksi myös sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentian julkaisemassa Talentia-lehdessä, mutta opiskelijatoiminnan koordinaattori ilmoitti minulle tulevien lehtien olevan jo täynnä, ja tutkimukseen osallistumiskutsuani ei näin ollen voitu julkaista.

5.3 Aineiston analyysi

Käytin aineiston analyysissä tilastotieteelliseen analyysiin suunniteltua IBM SPSS Statistics⁹ ohjelmistoa, jota kutsun jatkossa pelkästään lyhenteellä SPSS. SPSS-ohjelmaa voidaan käyttää sekä käyttöliittymän valikkojen kautta tai syntaksiin kirjoitetun ohjelmointikielen avulla. Olen hyödyntänyt näistä molempia tutkimukseni tuloksia

⁹ <https://www.ibm.com/downloads/cas/OEK36ZNX>

analysoidessani. Ohjelman perustoimintoihin kuuluvat tilastollisten analyysimenetelmien lisäksi tiedonhallinta, kuten tapausten valinta, tiedostojen uudelleenmuotoilu ja uusien datatiedostojen luominen. SPSS mahdollistaa myös monipuolisten graafisten esitysten luomisen.

Olen käyttänyt tässä tutkimuksessani SPSS:n tiedonhallintaominaisuutta voidakseni tehdä muuttujamuunnoksia, valita otoksestani vain tiettyjä tapauksia ja muodostaakseni uusia datatiedostoja, kuten myöhemmin luvussa 6 tulen kuvaamaan. Olen myös hyödyntänyt SPSS:ää tarkastellakseni muuttujieni ja myös tulosteni jakaumia ja luodakseni datastani ja tuloksistani graafisia esityksiä. SPSS:n tilastollisista analyysimeneleistä olen hyödyntänyt jakaumien keskiarvon ja mediaanin laskeamista sekä ristiintaulukointia. Verratessani ristiintaulukoinnilla kahta tai kolmea riippumatonta ryhmää koskevia havaintoja, olen tarkastellut todettujen eroavaisuuksien merkittävyyttä Khiin neliö (χ^2) -testillä.

5.4 Tutkimusetiikka

Itse tutkimusaiheen valinta sisältää jo monia eettisiä kysymyksiä (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 53). Näistä oman tutkimukseni kohdalla mielestäni erityisen olennainen on kysymys siitä, ketä tutkimukseni hyödyttää, vai hyödyttääkö ketään? Vai voiko tutkimukseni mahdollisesti jopa aiheuttaa haittaa jollekulle? Tutkiessani sosiaalialan ammattilaisten lapsuusajan haitallisia kokemuksia tietäen, että näillä kokemuksilla on aikuisuuteen saakka kantavia negatiivisia vaikutuksia ja olettaen, että näitä kokemuksia on tutkimukseeni osallistuvilla enemmän kuin yleisväestöllä keskimäärin, tämä kysymys on kriittinen. Voivatko tutkimukseni tulokset jollakin tavalla aiheuttaa haittaa sosiaalialan ammattilaisille? Voiko heidän maineensa vaarantua? Näihin kysymyksiin minulla ei ole antaa vastausta. Toivon kuitenkin, että aikana, jolloin erilaiset psyykkisetkään ongelmat eivät ole samalla tavalla tabu kuin joskus aiemmin, tutkimukseni ei ainakaan aiheuttaisi haittaa kenellekään. Sen sijaan toivon sillä olevan parhaimmillaan jonkinlainen emansipatorinen vaikutus lukijalleen lisätessään tietoisuutta ACE-kokemuksista ja niiden vaikutuksista.

Merkittävä eettinen kysymys kvantitatiivisessa tutkimuksessa on otoskoon riittävyys. Onko se tarpeeksi suuri, jotta saamani tilastolliset tulokset ovat luotettavia eivätkä pelkän sattuman sanelemia? Ammattijärjestö Talentian kieltäytyttyä julkaisemasta kyselylinkkiäni, julkaisin linkin vain kahdella eri Facebook-alustalla. Julkaisin tutkimukseni yhteensä kaksi kertaa ja annoin vastausaikaa yhteensä yli kuukauden. Tällä menetelmällä otoskookseni tuli 286 vastausta. Suurempi otoskoko olisi taatusti lisännyt tulosteni tarkkuutta ottaen huomioon, että Talentian vuonna 2019 julkaiseman tiedotteen (Talentia 2019) mukaan Valviran ylläpitämään sosiaalihuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteri Suosikkiin oli tuolloin rekisteröitynyt jo pelkästään sosiaalityöntekijöitä 7200 kappaletta. Pidän kuitenkin saamaani vastausmäärää

kohtuullisen hyvänä oman tilastollisen tutkimukseni tarpeisiin. Myös silloin, kun olen jakanut otostani tarkastelussani osatoksiin, olen pyrkinyt tekemään sen niin, että tulosten tilastollinen merkittävyys ei vaarannu.

Toinen merkittävä eettinen kysymys kvantitatiivisen tutkimuksen kohdalla on otoksen edustavuus. Voinko luotettavasti yleistää tulokseni koskemaan perusjoukkoa, eli oman tutkimukseni tapauksessa kaikkia suomalaisia sosiaalialan korkeakoulutettuja? Julkaisin kyselyni lopulta pelkästään sosiaalisessa mediassa, kahdella eri Facebook-sivustolla. Voinko luottaa siihen, että näiden alustojen käyttäjiksi on valikoitunut satunnainen otos sosiaalialan korkeakoulutettuja, vai voiko julkaiseminen vain näillä alustoilla jo lähtökohtaisesti aiheuttaa otantaani jonkinlaisen vinouman? Mietin erityisesti ikäkysymystä: voisiko ikä vaikuttaa siihen, käyttääkö sosiaalialan korkeakoulutettu Facebook-alustaa? Vuonna 2021 tehdyn tutkimuksen mukaan (Fonecta 2021) Facebook on Suomessa suosituin sosiaalisen median alusta yli 24-vuotiaiden keskuudessa niin, että sen suosio muihin sosiaalisen median kanaviin verrattuna kasvaa käyttäjän iän kasvaessa. Kuitenkin 37 prosenttia yli 65-vuotiaista ja 30 prosenttia 55–64-vuotiaista ei Fonectan (2021) tutkimuksen mukaan käytä lainkaan somea, kun taas vastaava luku 25–34-vuotiaissa on 7 prosenttia. Voisi siis ajatella, että kyselyn julkaiseminen vain Facebookissa mahdollisesti aiheuttaa otantaan jonkinlaisen ikävinouman. Toisaalta ehkä korkea koulutus edesauttaa sitä, että ihminen käyttää myös sosiaalista mediaa ja tällöin sosiaalialan korkeakoulutetut eivät kuuluisi Fonectan (2021) tutkimuksen somea käyttämättömien ryhmään. Tähän minulla ei ole antaa tarkkaa vastausta, ja pelkkä somekanavan käyttö aineiston keruussa voi toisin sanoen mahdollisesti aiheuttaa otantaani vinoumaa.

Tutkimusta tehdessäni olen pyrkinyt noudattamaan hyviä tieteellisen käytännön periaatteita. Eurooppalaisen tutkimuseettisen ohjeistuksen mukaan tällaisia peruseriaatteita ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. Tähän kuuluu muun muassa se, että tutkimustuloksia julkaistaessa tulee muiden saavutuksille antaa niille kuuluva arvo, ja muiden julkaisuihin tulee viitata asianmukaisella tavalla (Keiski ym. 2023, 11, 14). Hyödyntäessäni tutkimuksessani aikaisempia julkaisuja, olen lisännyt huolellisesti asiaankuuluvat lähdeviitteet. Olen myös pyrkinyt tuomaan tutkielmassani esille ainakin aiheeni kannalta merkittävimmät aikaisemmat tutkimukset. Työssäni esittämä katsaus aikaisempaan ACE-kokemuksia koskevaan tutkimukseen ei kuitenkaan ole täysin kattava, ja näin ollen olen oletettavasti jättänyt huomiotta osan mielenkiintoisista aiheeseen liittyvistä tutkimuksista. Tämä on luonnollisesti yksi tutkimukseni eettinen puute.

Eettiset kysymykset tulee ottaa huomioon myös tutkimusaineistoa käsiteltäessä. Käsittelyssä tulisi huolehtia salassapidosta, luottamuksellisuudesta ja vaitiolovelvollisuuden täyttymisestä, ja tutkimuseettisen neuvottelukunnan suositusten mukaan aineistojen avoimuutta ja jatkokäyttöä tulisi edistää mahdollisuuksien mukaan (Keiski ym. 2023, 13–14). Webropol-linkin kautta vastaaminen mahdollisti tutkimukseen osallistuneille vapauden valita, osallistuvatko he tutkimukseen vaiko eivät. Kerroin kyseilylinkin jakamisen yhteydessä mihin tarkoitukseen ja kenen käyttöön aineistoa

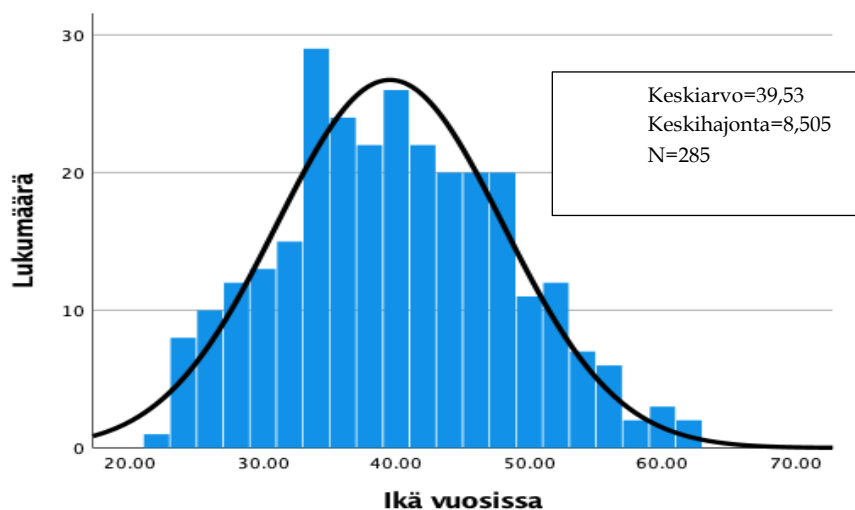
kerätään. Vastaustapa mahdollisti osallistujien täyden anonymiteetin, enkä myöskään lisännyt kyselyyni kysymyksiä, jotka voisivat suoraan paljastaa vastaajien henkilöllisyyden. Lisäksi laadin tietosuojaselosteen, jossa lupauduin tuhoamaan aineiston tutkimuksen päätyttyä. Tätä lupaukseen olen hieman katunut jälkikäteen, koska aineiston tuhoaminen estää sen mahdollisen jatkokäytön.

Tutkimusta tehtäessä tulisi myös muun muassa varmistaa, että siitä ei aiheudu minkäänlaista haittaa tai vaaraa tutkimuksen kohteena olevien tai itse tutkijoiden terveydelle ja turvallisuudelle (Keiski ym. 2023, 13). Tämä asia on oman tutkimukseni yhteydessä otettava huomioon, koska lapsuusaikaisten huonojen kokemusten muistelu voi mahdollisesti aiheuttaa vastaajassa jonkinlaisen negatiivisen reaktion. Käytin kuitenkin tutkimuksessani jo aiemmin julkaistua kyselylomaketta (Hietämäki ym. 2023a,b), jonka tekijät olivat ottaneet tämän seikan huomioon lisäämällä lomakkeeseen yhteystietoja, joista saada tarvittaessa keskusteluapua. Lisäsin nämä samat yhteystiedot saatesanoineen omaan Webropol-kyselyyni.

6 TULOKSET

6.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja

Yhteensä 286 ihmistä vastasi ACE-kokemuksia koskevaan kyselyyn. Heistä 285 ilmoitti ikänsä. Nuorin vastaajista ilmoitti iäkseen 22 vuotta, vanhin 62 vuotta ja ikien keskiarvo ja mediaani olivat 39,5 ja 39 vuotta. Esitän vastaajien ikien jakauman alla (Kuva 1). Jakaumasta näkee, että se lähentelee muodoltaan Gaussin käyrää. Jos siis ikävinoumaa aineistossani on, ei se ole silmiinpistävää.

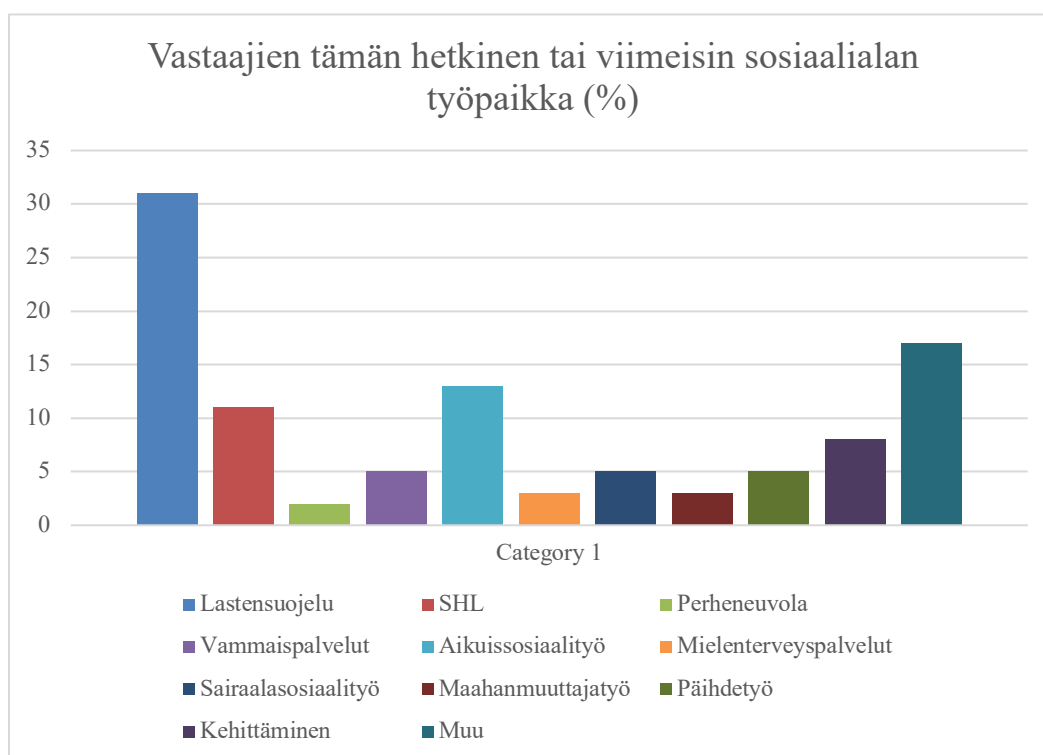


Kuva 1. Vastaajien ikäjakauma.

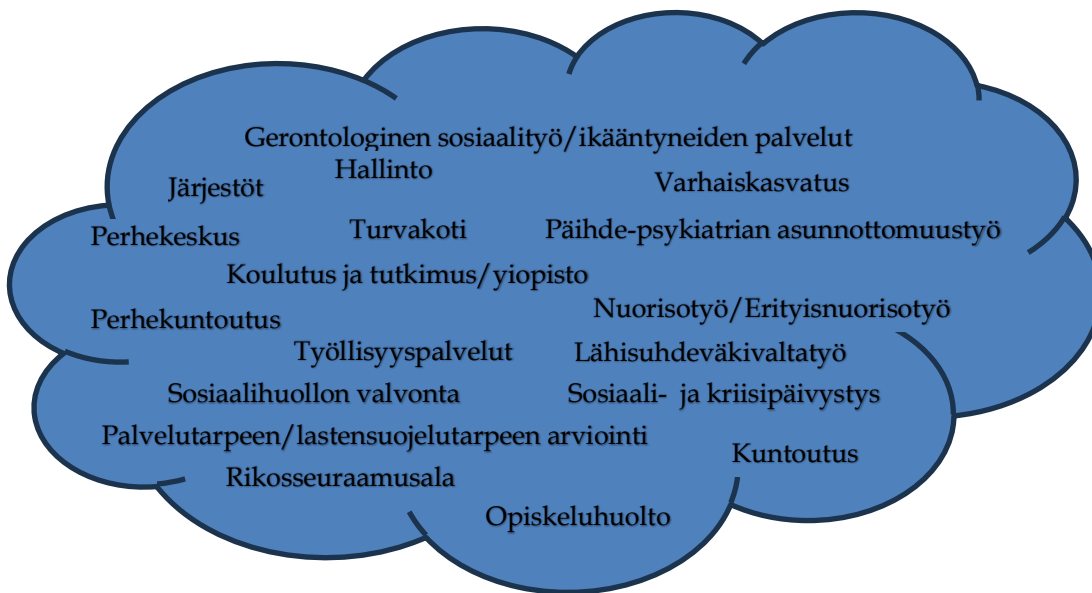
Sukupuolta koskevaan kysymykseen vastasi 280 osallistujaa. Heistä 272 (97,1 %) ilmoitti sukupuolekseen "nainen", kolme (1,1 %) "mies" ja viisi (1,8 %) "muu". Korkeinta koulutustasoa koskevaan kysymykseen tuli yhteensä 301 vastausta, mikä

kuvastanee sitä, että ihmisillä voi olla useampia koulutuksia eikä koulutuksen korkeusasteen määrittäminen välttämättä ole yksiselitteistä. Vastaajista 60,8 prosenttia ilmoitti korkeimmaksi koulutustasokseen sosiaalityöntekijän, 28,0 % sosionomi AMK, 9,1 % sosionomi YAMK ja 7,2 % (21 kappaletta) ”muu”. Ryhmässä ”muu” vastaajat ilmoittivat korkeampia koulutustasoja, kuten lisensiaatin tai tohtorin tutkintoja, ja joissakin tapauksissa myös olevansa vielä opiskelijoita. En kuitenkaan karsinut vastauksia pois sillä perusteella, että opintoja ei vielä oltu saatu päätökseen, koska en ajattele tällä olevan merkitystä tutkimuskysymyksen kannalta.

Kysymykseen ”tämänhetkinen tai viimeisin sosiaalialan työpaikkasi” tuli yhteensä 299 vastausta. Esitän selkeyden vuoksi vastaukset alla pylväsdiagrammina (Kuva 2). Diagrammista näkee, että melkein kolmasosa vastaajista työskentelee lastensuojelussa muiden alojen edustuksen ollessa tasaisemmin jakautunut. Antamani vastausvaihtoehdot olivat ”Lastensuojelu”, ”Lapsiperhepalvelut (SHL)”, ”Perheneuvola”, ”Vammaispalvelut”, ”Aikuissosiaalityö”, ”Mielenterveyspalvelut”, ”Sairaalasosiaalityö (muu kuin mielenterveys)”, ”Maahanmuuttajatyö”, ”Päihdetyö”, ”Kehittäminen” ja ”Muu, mikä?”. Kohdan ”Muu, mikä?” vastaukset paljastavat yhtäältä sen, että olin jättänyt listaltani pois olennaisia sosiaalialan työllistäjiä ja toisaalta sen, kuinka moninaisia sosiaalialan työpaikat ovat. Esitän mielenkiinnosta tähän kysymykseen tulleet vastaukset kuvassa 2.



Kuva 2. Vastaajien vaustausvaihtoehdoista raportoimat työpaikat.



Kuva 3. Muita vastaajien raportoimia työpaikkoja.

6.2 Oman tutkimukseni absoluuttisia tuloksia

Esitän ensiksi oman tutkimukseni tulokset sellaisenaan seuraavassa kahdessa alaluvussa. Tarkastelen sekä vastausten jakaumaa viisiportaisella Likert-asteikolla kaikkien neljäntoista ACE- tai PCE-kokemusta kartoittavan kysymyksen kohdalla että ACE-kokemusten kokonaismäärää ja eri kokonaismäärien yleisyyttä. Nämä tulokset kertovat, missä määrin sosiaalialan korkeakoulutetut ovat kokeneet haitallisia lapsuusajan kokemuksia tai suojaavia tekijöitä. Tulosten todellinen merkityssisältö paljastuu kuitenkin vasta, kun tuloksia vertaa aikaisempiin, muita ihmisryhmiä koskevien tutkimusten tuloksiin. Absoluuttisia tuloksia käsittelevien alalukujen jälkeen esitän seuraavissa alaluvuissa näitä vertailuja.

6.2.1 Sosiaalialan korkeakoulutettujen ACE-kokemukset

Suurin osa 286:sta tutkimukseeni osallistuneesta oli vastannut jokaiseen ACE-kokemuksia koskevaan kysymykseen. Yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta kiusaamista koskevaan, yksi vanhemman menettämistä koskevaan ja yksi arvostetuksi tulemista koskevaan kysymykseen, kaksi perheen mielenterveysongelmia koskevaan kysymykseen ja kolme vanhempien välistä väkivaltaa koskevaan kysymykseen. Laskin vastausfrekvenssit kunkin kysymyksen ja kunkin vastausvaihtoehdon kohdalla käyttäen SPSS:n DESCRIPTIVE STATISTICS FREQUENCES toimintoa. Esitän tutkimukseni tulokset kussakin neljässätoissa kysymyskategoriassa alla olevassa taulukossa

(Taulukko 2). Taulukossa näkyvät vastaajien ilmaisemat ACE-kokemusten yleisyydet sekä numeroina että prosentteina ja kuhunkin kysymykseen vastanneiden kokonaismäärä. Esittämäni kysymykset kokonaisuudessaan olivat (kts. LIITE 1):

Missä tahansa, kotona tai muualla:

1. Minua kiusattiin.
2. Jouduin fyysisen väkivallan kohteeksi.
3. Jouduin seksuaalisen häirinnän tai seksuaalisen väkivallan kohteeksi.
4. Joku kosketti minua seksuaalisella tavalla tai sai minut koskettamaan häntä seksuaalisella tavalla, vaikken olisi halunnut.
5. Minulla oli aikuinen, jolle pystyin kertomaan omista asioistani.

Vanhemmat ja perhe:

Vanhemmalla tarkoitetaan aikuista, jolla oli vastuu sinusta. Vastaa ajatellen vanhempaasi, joka kyseisen väitteen suhteen kohteli sinua huonoimmin.

6. Vanhempani loukkasi, vähätteli tai nöyryytti minua.
7. Vanhempani läimäytti, löi, potki, tukisti tai muulla tavoin satutti fyysisesti minua.
8. Vanhempani läimäytti, löi, potki, tukisti tai muulla tavoin satutti fyysisesti toista vanhempaani.
9. Vanhempani oli päihtyneenä (humalassa tai huumeissa).
10. Perheelläni oli taloudellisia vaikeuksia.
11. Jouduin olemaan nälissäni tai esimerkiksi likaisissa tai rikkinäisissä vaatteissa.
12. Perheenjäsenelläni oli mielenterveyden ongelmia, esimerkiksi masennusta tai itsetuhoisuutta.
13. Kärsin vanhempani menettämisestä esimerkiksi eron, hylkäämisen tai kuoleman takia.
14. Minua arvostettiin ja pidettiin tärkeänä kotona.

Taulukko 2. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ACE-kokemukset.

		Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Jatkuvasti	Yhteensä
1. Kiusaaminen	Lukumäärä	35	85	105	51	9	285
	Prosenttiosuus	12.3%	29.8%	36.8%	17.9%	3.2%	100.0%
2. Fyysinen väkivalta	Lukumäärä	135	88	57	6	0	286
	Prosenttiosuus	47.2%	30.8%	19.9%	2.1%	0.0%	100.0%
3. Seksuaalinen häirintä/väkivalta	Lukumäärä	132	77	59	15	3	286
	Prosenttiosuus	46.2%	26.9%	20.6%	5.2%	1.0%	100.0%
4. Seksuaalinen koskettelu	Lukumäärä	161	70	44	9	2	286
	Prosenttiosuus	56.3%	24.5%	15.4%	3.1%	0.7%	100.0%
5. Aikuinen kenelle puhua	Lukumäärä	53	54	59	60	60	286
	Prosenttiosuus	18.5%	18.9%	20.6%	21.0%	21.0%	100.0%
6. Vanhempi nöyryytti	Lukumäärä	73	63	94	44	12	286
	Prosenttiosuus	25.5%	22.0%	32.9%	15.4%	4.2%	100.0%
7. Vanhempi satutti minua	Lukumäärä	108	105	56	15	2	286
	Prosenttiosuus	37.8%	36.7%	19.6%	5.2%	0.7%	100.0%
8. Vanhempi satutti toista vanhempaa	Lukumäärä	206	35	31	11	0	283
	Prosenttiosuus	72.8%	12.4%	11.0%	3.9%	0.0%	100.0%
9. Vanhempi päihtynyt	Lukumäärä	84	64	60	58	20	286
	Prosenttiosuus	29.4%	22.4%	21.0%	20.3%	7.0%	100.0%
10. Taloudelliset vaikeudet	Lukumäärä	67	65	80	47	27	286
	Prosenttiosuus	23.4%	22.7%	28.0%	16.4%	9.4%	100.0%
11. Nälkä/vaatetus	Lukumäärä	220	34	24	7	1	286
	Prosenttiosuus	76.9%	11.9%	8.4%	2.4%	0.3%	100.0%
12. Mielenterveysongelmat	Lukumäärä	113	41	67	41	22	284
	Prosenttiosuus	39.8%	14.4%	23.6%	14.4%	7.7%	100.0%
13. Vanhemman menettäminen	Lukumäärä	165	24	27	46	23	285
	Prosenttiosuus	57.9%	8.4%	9.5%	16.1%	8.1%	100.0%
14. Arvostetuksi tuleminen	Lukumäärä	10	43	66	104	62	285
	Prosenttiosuus	3.5%	15.1%	23.2%	36.5%	21.8%	100.0%

6.2.2 ACE-kokemusten kokonaismäärä

Kirjallisuudessa yleinen tapa esittää ACE-kokemusten määrä on laskea ne yhteen, jolloin saadaan niin kutsuttu ACE-pistemäärä (*ACE-score*). Dong ym. (2004) kuvaa artikkelissaan viisiportaisen Likert-asteikko vastausten muuntamista dikotomiselle kyllä-ei-asteikolle. Dongia ym. (2004) mukaillen muutin oman ACE-kyselyni vastaukset dikotomisiksi seuraavasti:

Emotionaalinen kaltoinkohtelu. Jos vastaaja vastasi *usein* tai *jatkuvasti* kysymykseen numero 6 ”Vanhempani loukkasi, vähätteli tai nöyryytti minua”, luokittelin vastaajan kokeneen emotionaalista kaltoinkohtelua.

Fyysinen kaltoinkohtelu. Jos vastaaja vastasi *joskus*, *usein* tai *jatkuvasti* kysymykseen numero 7 ”Vanhempani läimäytti, löi, potki, tukisti tai muulla tavoin satutti fyysisesti minua”, luokittelin vastaajan kokeneen fyysisistä kaltoinkohtelua.

Seksuaalinen häirintä. Jos vastaaja vastasi *harvoin, joskus, usein tai jatkuvasti* kysymykseen numero 3 "Jouduin seksuaalisen häirinnän tai seksuaalisen väkivallan kohteeksi" tai kysymykseen numero 4 "Joku kosketti minua seksuaalisella tavalla tai sai minut koskettamaan häntä seksuaalisella tavalla, vaikken olisi halunnut", luokittelin vastaajan kokeneen seksuaalista häirintää tai kaltoinkohtelua.

Emotionaalinen laiminlyönti. Jos vastaaja vastasi *ei koskaan, harvoin tai joskus* kysymykseen numero 5 "Minulla oli aikuinen, jolle pystyin kertomaan omista asioistani" tai *ei koskaan, harvoin tai joskus* kysymykseen numero 14 "Minua arvostettiin ja pidettiin tärkeänä kotona", luokittelin vastaajan kokeneen emotionaalista laiminlyöntiä.

Fyysinen laiminlyönti. Jos vastaaja vastasi *usein tai jatkuvasti* kysymykseen numero 11 "Jouduin olemaan nälissäni tai esimerkiksi likaisissa tai rikkinäisissä vaatteissa", luokittelin vastaajan kokeneen fyysistä laiminlyöntiä.

Fyysinen väkivalta kotona. Jos vastaaja vastasi *joskus, usein tai jatkuvasti* kysymykseen numero 8 "Vanhempani läimäytti, löi, potki, tukisti tai muulla tavoin satutti fyysisesti toista vanhempaani", luokittelin vastaajan joutuneen todistamaan väkivaltatilanteita kotona.

Vanhempien päihteiden käyttö. Jos vastaaja vastasi *usein tai jatkuvasti* kysymykseen numero 9 "Vanhempani oli päihtyneenä (humalassa tai huumeissa)", luokittelin vastaajan joutuneen kärsimään vanhemman päihdeongelmasta.

Mielenterveysongelmat. Jos vastaaja vastasi *joskus, usein tai jatkuvasti* kysymykseen numero 12 "Perheenjäsenelläni oli mielenterveyden ongelmia, esimerkiksi masennusta tai itsetuhoisuutta", luokittelin vastaajan joutuneen kärsimään vanhemman mielenterveysongelmista.

Vanhemman menettäminen. Jos vastaaja vastasi *joskus, usein tai jatkuvasti* kysymykseen numero 13 "Kärsin vanhempani menettämisestä esimerkiksi eron, hylkäämisen tai kuoleman takia", luokittelin vastaajan joutuneen kärsimään vanhemman menettämisestä.

Kiusaaminen. Jos vastaaja vastasi *usein tai jatkuvasti* kysymykseen numero 1 "Minua kiusattiin", luokittelin vastaajan joutuneen kärsimään kiusaamisesta.

Köyhyys. Jos vastaaja vastasi *usein tai jatkuvasti* kysymykseen numero 10 "Perheelläni oli taloudellisia vaikeuksia", luokittelin vastaajan joutuneen kärsimään köyhyydestä.

Laskin SPSS:n DO IF syntaxia käyttäen uudet muuttujat jokaiselle yllä mainitulle kymmenelle ACE-kokemukselle. Muuttuja sai arvon "0", jos yllä mainitut väittämät

eivät pitäneet paikkaansa ja arvon "1", jos väittämät pitivät paikkansa. Niissä harvoissa tapauksissa, joissa vastaaja ei ollut vastannut kyseessä olevaan kysymykseen, muuttuja sai arvon "MISSING". Tämän jälkeen laskin jokaiselle vastaajalle ACE-pistemäärän summaamalla näiden uusien muuttujien arvot. Jos vastaaja ei ollut vastannut johonkin yksittäiseen kysymykseen, annoin tässä tapauksessa vastaajan ACE-pistemäärälle arvon "MISSING" välttääkseni puuttuvaa vastausta koskevien tulkintojen tekemistä. Yhteensä 280 vastaajaa oli vastannut kysymyksiin jättämättä yhtäkään ACE-kokemusta koskevaa vastausta tyhjäksi.

Seuraavaksi laskin kunkin ACE-pistemäärän yleisyyden otannassani käyttäen SPSS:n DESCRIPTIVE STATISTICS FREQUENCIES toimintoa. Esitän tulokset taulukossa 3. Laskin myös vastaajien ACE-pistemäärien keskiarvon ja tulos oli 3,4. ACE-pistemäärien mediaani puolestaan on 3,0.

Taulukko 3. Eri ACE-pistemäärien yleisyys tutkimukseni otannassa.

		Frekvenssi	Prosentit	Validit prosentit	Kumulatiiviset prosentit
Validit	.00	29	10.1	10.4	10.4
	1.00	40	14.0	14.3	24.6
	2.00	40	14.0	14.3	38.9
	3.00	45	15.7	16.1	55.0
	4.00	40	14.0	14.3	69.3
	5.00	35	12.2	12.5	81.8
	6.00	20	7.0	7.1	88.9
	7.00	15	5.2	5.4	94.3
	8.00	11	3.8	3.9	98.2
	9.00	3	1.0	1.1	99.3
	10.00	1	.3	.4	99.6
	11.00	1	.3	.4	100.0
	Total	280	97.9	100.0	
Puuttuvat		6	2.1		
Yhteensä		286	100.0		

6.3 Oman tutkimukseni suhteellisia tuloksia

6.3.1 ACE-kokemusten yleisyys verrattuna Hietamäen ym. (2023a) yleisväestöä koskeviin tuloksiin

Hietämäki ym. (2023a) julkaisivat ACE-kyselyn tulokset otokselle suomalaista yleisväestöä. Kyselyyn oli vastannut yhteensä 513 ihmistä, ja kysely suoritettiin osana tutkimusta, jonka tavoitteena oli validoidun ACE-kysymyspatteriston luominen. Kirjoittajat (emt. 2023a, 6) toteavat kuitenkin otoksen olevan yleisväestöä edustava. Esitän taulukossa 4 Hietamäen ym. (2023a) ja oman otokseni tulosten vertailun. Esitän Hietamäen ym. (2023a) tulokset taulukossa ilman lihavoitua ja oman tutkimukseni tulokset lihavoituna.

Taulukko 4. Sosiaalialan korkeakoulutettujen (lihavoidut numerot) ja yleisväestön ACE-kokemukset.

Kysymyksen numero	Aihe	Ei koskaan (%)	Harvoin (%)	Joskus (%)	Usein (%)	Jatkuvasti (%)
1	kiusaaminen	12,3/10,6	29,8/32,9	36,8/36,2	17,9/16,0	3,2/4,3
2	fyysinen väkivalta	47,2/45,7	30,8/31,4	19,9/19,9	2,1/2,8	0,0/0,4
3*	seksuaalinen häirintä/väkivalta	46,2/72,9	26,9/13,3	20,6/11,2	5,2/2,2	1,1/0,4
4*	seksuaalinen koskettelu	56,3/75,6	24,5/13,9	15,4/8,8	3,1/1,6	0,7/0,2
5	aikuinen, kenelle puhua	18,5/17,0	18,9/16,4	20,6/20,1	21,0/23,4	21,0/23,0
6*	emotionaalinen väkivalta	25,5/51,0	22,0/22,5	32,9/18,6	15,4/6,4	4,2/1,6
7	fyysinen väkivalta lasta kohtaan	37,8/41,4	36,7/32,2	19,6/22,5	5,2/3,7	0,7/0,2
8	fyysinen väkivalta	72,8/78,1	12,4/8,8	10,9/9,4	3,9/3,7	0,0/0,0

	vanhempaa kohtaan					
9*	päihteet	29,3/36,3	22,4/27,3	21,0/19,2	20,3/16,1	7,0/1,2
10*	taloudelliset vaikeudet	23,4/33,1	22,7/24,9	28,0/25,8	16,4/11,0	9,5/5,3
11*	puute	76,9/86,1	11,9/8,0	8,4/5,1	2,4/0,6	0,4/0,2
12*	mielenterveysongelmat	39,8/70,3	14,4/9,2	23,6/12,5	14,4/5,9	7,8/2,1
13*	vanhemman menettäminen	57,9/75,4	8,4/5,5	9,5/11,1	16,1/6,4	8,1/1,6
14*	arvostus	3,5/3,3	15,1/6,8	23,2/23,6	36,5/35,2	21,7/31,1

1. df=4; $\chi^2(4)=2,029$; $p=0,730$. 2. df=4; $\chi^2(4)=1,575$; $p=0,813$ (2:ssa solussa (20 %) frekvenssi alle 5). 3. df=4; $\chi^2(4)=57,188$; $p<0,001$ (2:ssa solussa (20 %) frekvenssi alle 5). 4. df=4; $\chi^2(4)=32,192$; $p<0,001$ (2:ssa solussa (20 %) frekvenssi alle 5). 5. df=4; $\chi^2(4)=1,765$; $p=0,779$. 6. df=4; $\chi^2(4)=64,561$; $p<0,001$. 7. df=4; $\chi^2(4)=4,663$; $p=0,324$ (2:ssa solussa (20 %) frekvenssi alle 5). 8. df=3; $\chi^2(3)=3,472$; $p=0,324$. 9. df=4; $\chi^2(4)=25,399$; $p<0,001$. 10. df=4; $\chi^2(4)=15,351$; $p=0,004$. 11. df=3; $\chi^2(3)=12,909$; $p=0,005$ (1:ssa solussa (12,5 %) frekvenssi alle 5). 12. df=4; $\chi^2(4)=75,739$; $p<0,001$. 13. df=4; $\chi^2(4)=48,327$; $p<0,001$. 14. df=4; $\chi^2(4)=18,578$; $p<0,001$.

Taulukossa on nähtävissä eroja oman otokseni ja Hietamäen (2023a) yleisväestöä koskevan otoksen välillä. Nämä erot voivat olla joko todellisia tai otantavirheestä johtuvia. Selvittääkseni, mitkä taulukossa nähtävistä eroista ovat tilastollisesti merkittäviä, suoritin SPSS-ohjelmaa käyttäen χ^2 -testin. Olen lisännyt χ^2 -testin tunnusluvut kunkin kysymyksen kohdalla taulukon alle. Kysymyksen 8 kohdalla vapausasteita on vain kolme neljän sijaan, koska sekä Hietamäen ym. (2023a) että omassa tutkimuksessani yksikään vastaajista ei ollut antanut kysymykseen vastausta "Jatkuvasti". Kysymyksen 11 kohdalla vapausasteita puolestaan on kolme siksi, että yhdistin kohtien "Usein" ja "Jatkuvasti" vastausfrekvenssit, jotta vastausfrekvenssit eivät jäisi alle viiden yli kahdessakymmenessä prosentissa soluista.

Suurimman osan kysymyksistä kohdalla erot yleisväestön ja sosiaalialan korkeakoulutettujen antamien vastausten välillä ovat tilastollisesti merkittäviä. Olen esittänyt nämä kysymykset vastauksineen taulukossa 3 sinisellä pohjalla ja lisäksi merkinnyt näiden kysymysten numerot tähti-merkillä. Kahden tutkimuksen vastausten erojen tilastollinen merkittävyys ei kerro sitä, minkälaisia tai minkä suuntaisia erot ovat. Kuitenkin taulukkoa 3 tarkastelemalla voi huomata, että selkeästi tutkimukseeni osallistuneet sosiaalialan korkeakoulutetut ovat raportoineet keskimäärin yleisväestöä **enemmän** ACE-kokemuksia ja **vähemmän** PCE-kokemuksia sinisellä merkitsemieni kysymysten kohdalla. Tilastollisesti merkittäviä eroja yleisväestöön verrattuna ei

kuitenkaan tullut esille ACE-kokemuksista kiusaamista koskevan kysymyksen kohdalla tai fyysistä väkivaltaa koskevien kysymysten kohdalla. PCE-kokemuksista ero yleisväestön ja sosiaalialan korkeakoulutettujen välillä ei ollut tilastollisesti merkittävä luotettavaa aikuista, kenelle voi puhua, koskevan kysymyksen kohdalla.

6.3.2 ACE-pistemäärien vertailu aikaisempiin tutkimuksiin

Esitin luvussa 4.4. koosteen ACE-pistemäärien yleisyydestä eri ihmisryhmillä eri tutkimusten valossa. Liitän alle luvussa 4.4. esittämäni taulukon niin, että olen lisännyt siihen yhdeksi sarakkeeksi oman tutkimukseni tulokset. Olen merkinnyt oman tutkimukseni tulokset selvyuden vuoksi sinisellä. Taulukosta näkee, että suomalaiset sosiaalialan korkeakoulutetut ovat raportoineet hieman useammin yli neljä ACE-kokemusta kuin Thomasin ym. (2016) tutkimukseen osallistuneet sosiaalityön maisteriopiskelijat. Luku on, asunnottomia lukuun ottamatta, selkeästi suurempi kuin muilla taulukossa näkyvillä ihmisryhmillä. Lisäksi suomalaisista sosiaalialan korkeakoulutetuista vain reilu 10 prosenttia ei ole kokenut yhtään ACE-kokemusta, mikä on kaikista taulukoissa näkyvistä ihmisryhmistä pienin prosenttiosuus.

ACE-pistemäärien vertailu eri tutkimusten välillä on haastavaa siinä mielessä, että ACE-kyselyt ovat kehittyneet ajan kuluessa, ja eri kyselyissä kysytään hieman erilaisia kysymyksiä. Suomalaisessa (Hietämäki 2023a,b) ACE-kyselylomakkeessa kysytään esimerkiksi kiusaamisesta ja taloudellisista vaikeuksista, mistä ei taulukossa näkyvissä aikaisemmissä tutkimuksissa ole kysytty. Toisaalta useissa aikaisemmissä kyselylomakkeissa on kysytty vanhemman vankilassaolosta, jota taas suomalaiseen lomakkeeseen ei ole sisällytetty. Testasin, miten kiusaamista ja taloudellisia vaikeuksia koskevien kysymyksen huomiotta jättäminen vaikuttaisi ACE-pistemääriin. Olen lisännyt nämä arvot taulukkoon 5 sulkeisiin. Kahden ACE-kokemusta koskevan kysymyksen huomiotta jättäminen luonnollisesti vähentää laskennallisten ACE-kokemusten määrää. ACE-pistemäärän keskiarvo ja mediaani, kun taloudelliset vaikeudet ja kiusaaminen jätetään huomiotta, ovat 2,9 ja 3,0. Kvalitatiivisesti tulokset eivät kuitenkaan muutu siltä osin, että omassa otoksessani ACE-pistemäärät edelleen näyttävät sangen suurina. Omassa otoksessani nolla ACE-kokemusta on edelleen raportoinut vähemmän vastaajia kuin muissa taulukossa näkyvissä tutkimuksissa on raportoitu. Kun kaksi ACE-kokemusta jätetään huomiotta, on omassa tutkimuksessani raportoitu yli neljän ACE-kokemuksen prosenttiosuus pienempi kuin Thomasin (2016) sosiaalityön maisteriopiskelijoita koskeva tulos. Prosenttiosuus on kuitenkin edelleen selkeästi yleisväestöä koskevia tuloksia korkeampi.

Taulukko 5. ACE-kokemusten yleisyys prosentteina eri ihmisryhmillä.

Tutkimus	McG&S (2014) ¹	D. ym. (2001) ²	M. ym. (2023) ³	T. (2016) ⁴	E&L (2013) ⁵	S&S&S (2021) ⁶	H. ym. (2015) ⁷	V. (2024) ¹⁰	P. ym. (2014) ⁸	L&P (2014) ⁹
ACE-kokemusten määrä	Yliopistoopiskelijat	Yleisväestö		Sost. M. opiskelijat	Sosiaalialan ammattilaiset				Asunnottomat	
0	44,0	36,1	39,9	20,2	29,9	29,7	25,0	10,4 (11,4)	12	13
1	21,2	25,8	22,4	15,2	16,1	20,7	24,5	14,3 (16,4)	12	14
2	13,6	14,7	13,0	12,7	26,4	14,4	15,6	14,3 (16,7)	14	9
3	8,8	8,9	8,7	10,1	11,5	11,6	9,9	16,1 (18,9)	11	5
≥4	12,4	14,5	16,1	41,8	16,1	23,6	25,1	45,1 (36,7)	51	59

¹Mc Gavock & Spratt (2014); ²Dube ym. 2001; ³Madigam ym. (2023); ⁴Thomas (2016); ⁵Esaki & Larkin (2013); ⁶Steen, Senreich & Straussner (2021); ⁷Howard ym. (2015); ⁸Petterson ym. (2014); ⁹Larkin & Park (2014); ¹⁰Viironen (2024)

6.4 Tutkimukseni tulosten sisäinen vertailu

Tarkastelin seuraavaksi eroja sosiaalihuollon ammattilaisten, jotka työskentelevät lapsiperhepalveluissa tai lastensuojelussa, ja muiden sosiaalihuollon ammattilaisten tulosten välillä omassa otoksessani. Hypoteesini tässä tarkastelussa oli se, että mahdollisesti enemmän haitallisia lapsuuskokemuksia kokeneet hakeutuisivat työskentelemään nimenomaan lasten kanssa. Laskin SPSS:N SELECT IF syntaksin avulla vastausten jakaumat jokaisen neljäntoista kysymyksen kohdalla erikseen heille, jotka olivat ilmoittaneet työskentelevänsä joko lastensuojelussa tai lapsiperhepalveluissa (118 vastaajaa) ja heille, joiden ilmoittama työpaikka oli joku muu (168 vastaajaa). Tarkastelin tämän jälkeen jakaumien erojen tilastollista merkittävyyttä jokaisen kysymyksen kohdalla suorittaen χ^2 -testin. Yhdistin tarvittaessa solujen "Usein" ja "Jatkuvasti", ja joissakin tapauksissa myös "Joskus" frekvenssit, jotta vastausfrekvenssit eivät jäisi alle viiden yli kahdessakymmenessä prosentissa soluista. Jakaumien välillä oli pieniä

eroja, mutta erot eivät minkään kysymyksen kohdalla olleet tilastollisesti merkittäviä. Olen lisännyt nämä tulokset liitteeksi (LIITE 2, Taulukko 9).

Laskin myös ACE-pistemäärien jakaumat erikseen lastensuojelun/lapsiperhepalveluiden työntekijöille ja muissa työpaikoissa työskenteleville. Esitän myös nämä tulokset taulukkoina liitteenä (LIITE 2, Taulukko 10). Oletusteni vastaisesti ACE-pistemäärä oli jopa keskimäärin hieman korkeampi muissa työpaikoissa toimivilla (keskiarvo=3,2; mediaani 3,0) kuin lastensuojelussa/lapsiperhepalveluissa työskentelevillä (keskiarvo=3,0; mediaani=3,0). Esitän taulukossa 6 tulosten yhteenvedon, joiden perusteella myös näyttäisi, että muualla kuin lasten kanssa työskentelevillä on jopa enemmän ACE-kokemuksia kuin lastensuojelussa/lapsiperhepalveluissa työskentelevillä. Taulukon 6 tulosten tilastollinen tarkastelu, χ^2 -testi, paljastaa kuitenkin, ettei ero ole tilastollisesti merkittävä ($df=4$; $\chi^2(4)=1,486$; $p=0,829$).

Taulukko 6. ACE-pistemäärien vertailu lastensuojelussa/lapsiperhepalveluissa ja muissa työpaikoissa työskentelevien välillä.

ACE-pistemäärä	LaSu/PePa	Muu
0	12,3 %	9,6 %
1	15,8 %	13,3 %
2	15,8 %	16,3 %
3	18,4 %	16,9 %
≥4	37,7 %	44,0 %

$df=4$; $\chi^2(4)=1,486$; $p=0,829$

Lopuksi tarkastelin vielä, vaikuttaako vastaajan ikä hänen raportoimiensa ACE-kokemusten määrään. Esitin vastaajien ikäjakauman kuvassa 1. Jaoin vastaukset kolmeen ryhmään laskemalla ikien keskiarvosta $\pm 0,5$ keskihajontaa, ja valitsemalla leikkauspisteiksi lähimmät kokonaisluvut. Toisin sanoen valitsin SPSS:n SELECT CASES toiminnolla ikäryhmät ikä ≤ 35 vuotta, $35 < \text{ikä} < 44$ ja ikä ≥ 44 vuotta. Ryhmissä oli yhteensä 101, 95 ja 89 vastaaja.

Laskin jälleen vastausten jakaumat jokaisen kysymyksen kohdalla jokaiselle ikäryhmälle ja tarkastelin vastausten jakaumien erojen tilastollista merkittävyyttä jokaisen kysymyksen kohdalla suorittaen χ^2 - testin. Yhdistin tarvittaessa solujen "Usein" ja "Jatkuvasti", ja joissakin tapauksissa myös "Joskus" frekvenssit, jotta vastausfrekvenssit eivät jäisi alle viiden yli kahdessakymmenessä prosentissa soluista. Vertailin tilastollisia eroja sekä kaikkien kolmen ikäryhmän vastausten välillä että vain nuorimman (ikä ≤ 35) ja vanhimman (ikä ≥ 44 vuotta) välillä. Olen lisännyt tulokset liitteeksi (LIITE 2, Taulukko 11). Jakaumien välillä on pieniä eroja, mutta erot ovat tilastollisesti merkittäviä vain kysymyksen 3 "Jouduin seksuaalisen häirinnän tai seksuaalisen väkivallan kohteeksi". Näytän tämän kysymyksen vastausjakaumat ja χ^2 - testin tulokset alla taulukossa 7. Tämän kysymyksen kohdalla vaihtoehdon "jatkuvasti" oli

valinnut niin pieni osa vastaajista, että summasin tilastollista tarkastelua varten vaihtoehtojen ”usein” ja ”jatkuvasti” vastausfrekvenssit.

Taulukko 7. Seksuaalisen häirinnän/väkivallan kokemusten jakauma ikäryhmissä ikä ≤ 35 / 35 < ikä < 44 / ikä ≥ 44 vuotta.

Nro.	Aihe	Ei koskaan (%)	Harvoin (%)	Joskus (%)	Usein (%)	Jatkuvasti (%)
3*	seksuaalinen häirintä/väkivalta	35,6/47,4/57,3	25,7/28,4/25,8	28,7/17,9/14,6	7,9/6,3/1,1	2,0/0,0/1,1

3. df=6; $\chi^2(6)=14,469$; $p=0,025$ / df=3; $\chi^2(3)=13,494$; $p=0,004$.

Taulukkoa tarkastelemalla voi nähdä, että iän kasvaessa suurempi osuus vastaajista kokee, ettei ole joutunut kokemaan seksuaalista häirintää tai väkivaltaa koskaan. Toisaalta taas nuoremmat ikäryhmät raportoivat vanhempia useammin kokeneensa joskus tai usein seksuaalista häirintää/väkivaltaa. Toisin sanoen, näyttäisi siltä, että nuoremmat ikäryhmät ovat joutuneet lapsuudessaan kokemaan enemmän seksuaalista häirintää/väkivaltaa kuin vanhemmat ikäryhmät.

Mistä tämä tulos kertoo? Kertooko se siitä, että lapsiin/nuoriin kohdistuvan seksuaalinen häirintä/väkivalta on yleistynyt niin, että nuoremmat ikäpolvet todella joutuvat kärsimään tällaisesta kohtalosta vanhempia enemmän? Esimerkiksi lisääntyvä sosiaalisen median käyttö ja globalisoituminen voisivat mahdollisesti vaikuttaa tähän. Toisaalta voi olla niinkin, että nuoremmat sukupolvet ovat enemmän tietoisia oikeuksistaan ja tunnistavat vanhempia paremmin seksuaalisen häirinnän/väkivallan kokemuksensa, ja siksi myös raportoivat niitä enemmän. Tähän oma puhtaasti tilastollinen tutkimukseni ei anna vastausta.

Tätä yhtä kysymystä lukuun ottamatta iällä ei tulosteni valossa näytä olevan vaikutusta vastaajien keskimäärin kokemien ACE-kokemusten määrään. Tulos on tutkimukseni kannalta merkittävä myös siinä mielessä, että pohdin yllä (Luku 5.5), että otoksessani voisi mahdollisesti olla vinoumaa suosien nuorempia ikäluokkia. Jos näin olisi, ei tässä luvussa esittämieni tarkastelujen perusteella mahdollisella vinoumalla olisi vaikutusta tutkimukseni tuloksiin muiden kuin kysymyksen numero kolme kohdalla.

Laskin lopuksi ACE-pistemäärän erikseen kaikille kolmelle ikäryhmälle. Olen kerännyt tulokset taulukkoon 8. Näyttää siltä, että yli 44-vuotiaiden ryhmässä on enemmän heitä, jotka eivät ole kokeneet yhtään ACE-kokemusta ja vähemmän heitä, jotka ovat kokeneet neljä tai enemmän ACE-kokemuksia. Testasin vertailun tilastollista merkittävyyttä jälleen χ^2 -testin avulla sekä kaikkien kolmen ikäryhmän välillä

että vain nuorimman ja vanhimman ikäryhmän välillä. Testi osoittaa, että erot eivät ole tilastollisesti merkittäviä. Kuitenkin, jos samat prosentuaaliset erot säilyisivät otannan ollessa isompi, tulokset olisivat tilastollisesti merkittäviä. Näin ollen ikäryhmyksen tarkastelu suuremmalla otannalla olisi mielenkiintoista.

Taulukko 8. ACE-pistemäärien vertailu eri ikäryhmien välillä.

ACE-pistemäärä	Ikä ≤ 35	35 < ikä < 44	Ikä ≥ 44
0	6,9 %	6,3 %	20,2 %
1	13,9 %	14,7 %	15,7 %
2	15,8 %	20,0 %	12,4 %
3	19,8 %	14,7 %	16,9 %
≥4	43,6 %	44,2 %	34,8 %

df=8; $\chi^2(8)=14,160$; p=0,078; df=4; $\chi^2(4)=8,008$; p=0,091

6.5 Tulosten yhteenveto ja luotettavuus

Olen tarkastellut tässä luvussa sosiaalialan korkeakoulutettujen tutkimuskyselyssäni raportoimia ACE-kokemuksia. Tutkimukseni päätulokset, ACE-kokemusten yleisyys jokaisen kartoitetun neljäntoista kysymyksen kohdalla, ja tulosten vertailu suomalaisen yleisväestöön, on esitetty taulukoissa 2 ja 4. Tulokseni osoittavat, että sosiaalialan korkeakoulutetut raportoivat kokeneensa keskimäärin yleisväestöä enemmän ACE-kokemuksia liittyen seksuaaliseen häirintään, väkivaltaan tai kosketteluun. He ovat raportoineet myös yleisväestöä enemmän vanhempien taholta kohdistettua emotionaalista väkivaltaa ja vanhempien päihteiden käyttöä. Sosiaalialan korkeakoulutetut raportoivat niin ikään yleisväestöä enemmän vanhemman menetyksen kokemusta, perheessä ilmenneitä mielenterveysongelmia ja taloudellisia ongelmia sekä fyysistä laiminlyöntiä. Lisäksi sosiaalialan korkeakoulutetut raportoivat kokeneensa kodeissaan yleisväestöä vähemmän arvostusta. Sen sijaan erot yleisväestön ja sosiaalialan korkeakoulutettujen välillä eivät näyttäyty tilastollisesti merkittävänä fyysistä väkivaltaa ja kiusaamisen kokemusta kartoittavien kysymysten kohdalla. Molemmat ihmisryhmät ovat myös raportoineet suurin piirtein samoissa määrin omanneensa lapsuudessaan aikuisen, kenelle puhua.

Kirjallisuudessa yleisesti käytetty suure ACE-kokemusten kvantifioimiseksi on niin kutsuttu ACE-pistemäärä (ACE-score). Olen laskenut omista tutkimustuloksistani tämän ACE-pistemäärän luvussa 6.2.2. ja verrannut taulukossa 5 oman tutkimukseni tuloksena saatua ACE-pistemäärien jakaumaa aikaisemmissa tutkimuksissa saattuihin tuloksiin. Tämänkin vertailun valossa suomalaisilla sosiaalialan korkeakoulutetuilla näyttäisi olevan taustallaan runsaasti ACE-kokemuksia, selkeästi runsaammin

kuin yleisväestöllä. ACE-pistemäärien vertailua eri tutkimusten välillä tosin haastaa se seikka, että aikaisemmissa tutkimuksissa käytetyt ACE-kyselylomakkeet poikkeavat toisistaan ja omassa tutkimuksessani käytetystä. Lisäksi havaittujen erojen tilastollista merkittävyyttä olisi hyvä tarkastella. En ole kuitenkaan tehnyt tätä, jotta en loisi kuvaa tilastollisesta merkittävyydestä tilanteessa, jossa jo itse tutkimuskysymystenkin erilaisuus aiheuttaa vertailuun epävarmuutta.

ACE-kokemuksia on tutkimuksessani kartoitettu retrospektiivisesti: aikuisiän saavuttaneet vastaajat ovat muistinvaraisesti raportoineet lapsuusaikaisia kokemuksiaan. Onkin siis syytä pohtia, missä määrin tämä muistinvaraisuus vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Felitti ym. (1998) viittaavat ACE-kokemuksia käsittelevässä alkupe-
räistutkimuksessaan aikaisempiin pitkäaikaistutkimuksiin, joissa aikuisten, joiden lapsuusaikainen pahoinpitely oli hyvin raportoitu, oli todettu takautuvissa raporteissaan aliarvioivan hyväksikäytön todellista esiintyvyyttä. Tällä perusteella Felitti ym. (1998) olettavat myös aikuisena raportoituja ACE-kokemuksia kartoittavien tutkimusten aliarvioivan todellisten kokemusten määrää. Oma tutkimukseni kohdalla tosin tulee myös kysyä, voisiko olla niin, että sosiaalialan korkeakoulutetut raportoisivat kokemuksiaan yleisväestöä herkemmin, jolloin tämä voisi osaltaan selittää erot yleisväestön ja sosiaalialan ammattilaisten kokemien ACE-kokemusten määrässä. Minulla ei ole antaa tähän kysymykseen vastausta, mutta pidän tätä mahdollisuutta jopa todennäköisenä. Koulutuksen antama tietämys haitallisten lapsuus- ja muiden elämäntapa-
kemusten vaikutuksesta yksilön elämään sekä asiakastyön luoma tarve oman itsensä ja omien reaktioidensa reflektointiin voi mielestäni hyvinkin herkistää ammattilaiset yleisväestön keskimääräistä enemmän tunnistamaan omia ACE-kokemuksiaan. Jos näin olisi, vähentäisi tämä tuloksissani selkeästi näkyvää yleisväestön ja sosiaalialan korkeakoulutettujen kokemien ACE-kokemusten määrän eron merkittävyyttä. Se ei kuitenkaan poistaisi sitä tosiseikkaa, että sosiaalialan korkeakoulutetut ovat raportoineet näitä kokemuksia runsaasti.

7 POHDINTA

Olen osoittanut tutkimuksessani, että haitalliset lapsuusajan kokemukset ovat yleisiä suomalaisten sosiaalialan korkeakoulutettujen keskuudessa. Tämä voi vaikuttaa ikävältä tulokselta ottaen huomioon, että aikaisemmissa tutkimuksissa on osoitettu ACE-kokemuksilla olevan kauaskantoisia negatiivisia vaikutuksia niitä kokeneiden elämään. ACE-kokemusten seurauksena ihmiselle voi olla kehittynyt trauma, mahdollisesti kiintymyssuhdetrauma, ja yksilön lapsuudessa kokema toksinen stressi heijastuu aikuisuuteen saakka muun muassa lisääntyneenä fyysisenä ja psyykkisenä sairastavuutena. Toisaalta PCE-kokemukset ovat voineet suojella lasta ja lievittää ACE-kokemusten vaikutusta.

Totesin kuitenkin luvussa kaksi, että vaikka tutkimukseni menetelmän puolesta nojaakin positivismiin, mielestäni kriittinen realismi tarjoaa parhaimmat metateoreettiset lähtökohdat tutkimukseni tulosten tulkintaan. Kriittisen realismin mukaiseen ajatteluun ei kuulu vahva determinismi, vaan ennemminkin ajatus siitä, että reaalisen alaan kuuluvien mekanismien aiheuttamat tapahtumat ovat suuntauksia tiukkojen lainalaisuuksien sijaan (Houston 2001, 850). ACE-kokemuksiksi luokiteltavien tapahtumien mahdollisia negatiivisia vaikutuksia on pohdittu jo laajasti kirjallisuudessa, ja ne on tuotu esiin tämänkin tutkielman johdanto- ja teoriaosuuksissa. PCE-kokemusten tutkimus on aloitettu muutamia vuosia sitten. Lienee kuitenkin itsestään selvää, etteivät ihmisen lapsuuteen ja elämään kuuluvat kokemukset ole mitenkään redusoitavissa neljääntoista ACE- ja PCE-kokemusta kartoittavaan kysymykseen. Niinpä tutkimustulokset siitä, miten nämä lapsuuden aikaiset tapahtumat vaikuttavat nykyaikana, ovat mielestäni parhaimmillaankin vain suuntaa antavia. Haluankin kiinnittää tässä loppupohdinnassa huomiota siihen, mitä muutakin kuin tutkimuksissa osoitettua lisääntyvää sairastavuutta ACE-kokemukset voivat tuoda sosiaalialalle, ja mitä mahdollisesti olisi tehtävissä, ja miksi ehdottomasti tulisi tehdä, negatiivisten vaikutusten minimoimiseksi.

ACE-kokemukset eivät siis koske vain asiakaskuntaamme, vaan myös meitä itseämme. Ajattelen tämän tuloksen olevan merkittävä monella tavalla. Sosiaalityön koulutuksessa korostetaan nykyään niin kutsutun horisontaalisen työotteen

merkitystä (kts. esim. Juhila 2014, luku 2). Horisontaalisessa työotteessa ammattilainen ei aseta itseään asiakkaan yläpuolelle jonkinlaiseen paremmin tietävän positioon, vaan asiakas kohdataan asettuen hänen rinnalleen, samalle tasolle, asiakkaan kokemukseen perustuvaa tietämystä kunnioitetaan, ja ratkaisuja asiakkaan ongelmiin pyritään etsimään yhteistyössä. Mielestäni jo pelkkä tieto ja ymmärrys siitä, että ongelmat, kuten haitalliset lapsuusajan kokemukset ja niistä mahdollisesti seuraavaa traumatisoituminen, eivät kuulu vain asiakkaillemme, voi edesauttaa ammattilaista asettumaan asiakkaan rinnallakulkijaksi. Tämä toki vaatii näiden kokemusten ja niiden vaikutusten tiedostamista, ja defensiivisyyden sijaan kykyä ja halua itsereflektioon.

Steenin, Senreichin & Straussnerin (2021b) haastattelemat ACE-kokemuksia kokeneet sosiaalityöntekijät toivat esille juuri tämän kaltaisia ajatuksia. Haastatellut pohtivat, kuinka omakohtaiset ACE-kokemukset auttoivat heitä samaistumaan asiakkaan tilanteisiin, ja kuinka vaikeat lapsuusajan kokemukset olivat tehneet heistä vahvempia taistelemaan vääryyttä vastaan ja ajamaan asiakkaiden asioita. Vastaajat ilmaisivat haluavansa auttaa ja ymmärtää asiakkaiden lisäksi myös työkavereitaan, ja tätä kautta ACE-kokemusten olemassaolo vaikutti positiivisesti myös heidän ja työkavereiden välisiin suhteisiin. Toisaalta haastatellut myös tunnistivat tarpeen varovaisuuteen silloin, jos asiakkaan elämäntilanteet muistuttivat heitä liikaa omista kokemuksistaan. (emt. 2021b, 222–227.) Jälkimmäisten tilanteiden huomaaminen ja varovaisuuden ylläpitäminen vaatii itsereflektiivisyyttä.

Kenties yllättäen Steenin, Senreichin & Straussnerin (2021b) tutkimuksessa sosiaalityöntekijöiden kertomuksissa korostuu ACE-kokemusten työlle antamat positiiviset vaikutukset negatiivisten sijaan. Horisontaalisen työotteen onnistumisen kannalta ja Steenin, Senreichin & Straussnerin (2021b) tutkimustuloksiin vedoten voisikin siis ajatella, että ACE-kokemusten yleisyys sosiaalialan ammattilaisten keskuudessa on asiakkaan etu. Tähän väittämään tulee kuitenkin suhtautua tietyin varauksin. Steenin, Senreichin & Straussnerin (2021b) haastateltujen kertomuksissa korostuu myös työntekijöiden saama tuki ammattilaisilta ja yhteisöiltä, minkä avulla he ovat voineet toipua kokemuksistaan ja kykenevät nyt auttamaan muita (emt. 2021b, 224–225). Tuskin mikään negatiivinen kokemus voikaan itsessään kääntyä hyväksi, kun taas siitä selviäminen voi tuoda mukanaan hyvää. Ja selviämiseen ihmiset tarvitsevat apua ja tukea. Organisaatiotasolla Steenin, Senreichin & Straussnerin (2021b) haastattelemat nostavat esiin työnohjauksen merkityksen.

Olisi myös liioiteltua ja pakotetun optimistista väittää, että ACE-kokemusten olemassaolo kaiken kaikkiaan olisi kenenkään etu. Jo Felitti ym. (1998) toivat esiin alkuperäistutkimuksessaan ACE-kokemusten merkityksen kansanterveydellisenä ongelmana. Aiheuttaessaan aikuisiän sairastavuutta, ACE-kokemusten on laskettu olevan myös kansantaloudellinen ongelma. Mark Bellis ym. (2019) arvioivat katsausartikkelissaan ACE-kokemusten vuosittaisia kokonaiskustannuksia verraten ACE-kokemuksia kokeneiden sairastavuudesta aiheutuvia kustannuksia sairastavuuden kokonaiskustannuksiin henkilöillä, jotka eivät ole kokeneet ACE-kokemuksia. Tulosten mukaan ACE-kokemuksiin liitettävät vuosittaiset kustannukset ovat 581 miljardia

dollaria Euroopassa ja 748 miljardia dollaria Pohjois-Amerikassa. Yli 75 % näistä kustannuksista liittyvät kaksi tai enemmän ACE-kokemuksia kokeneiden yksilöiden sairastavuuteen. (Emt. 2019, 517.) Myös talouden kannalta olisi siis ensiarvoisen tärkeää pohtia, mitä näiden negatiivisten vaikutusten minimoimiseksi olisi tehtävissä. Tämä on merkittävää yhteiskunnan tasolla, mutta myös erityisesti sosiaalialan tasolla, ottaen huomioon tämän tutkimuksen tulokset ACE-kokemusten yleisyydestä juuri sosiaalialalla.

ACE-kokemuksia kokeneiden auttamiseksi on tehtävissä paljon, ja sitä me sosiaalialan ammattilaiset teemmekin jokapäiväisessä työssämme. Jokainen haitallisten lapsuuskokemusten estämiseksi tai näiden kokemusten seurausten minimoimiseksi tehtävä teko on paitsi teko inhimillisen kärsimyksen vähentämiseksi, myös teko kansantalouden tilanteen pitkäaikaiseksi parantamiseksi. Jo Felitti ym. (1998) totesivat kuitenkin alkuperäistutkimuksessaan, että on vaikeaa saada yhteiskunnallista tukea sellaisille ennaltaehkäiseville toimille, joiden positiiviset tulokset ovat nähtävissä vasta todella pitkällä aikavälillä, ja joiden syy-seuraussuhteiden hahmottaminen on tästä syystä haastavaa. Tämä tosiseikka on parhaillaan konkretisoitumassa maassamme, jossa peruspalvelut ja etenkin lapsiperheet ovat jatkuvien resurssien leikkausten kohteena. Jos mitään vastaliikkuja ei tehdä, ACE-kokemusten pitkäaikaisvaikutuksia koskevien tutkimusten tulosten perusteella voidaan olettaa, että hinta näistä säästökeinoista maksetaan myöhemmin tulevaisuuden aikuisten madaltuneena työkykyä, lisääntyneenä sairastavuutena, ja näin ollen kohonneina terveydenhuollon kustannuksina. Sitä inhimillistä kärsimystä unohtamatta, mitä leikkaukset aiheuttavat maamme huono-osaisimmille jo nyt.

Sosiaalialan korkeakoulutetut ovat onnekkaita siinä mielessä, että runsaistakin ACE-kokemuksistaan huolimatta he ovat onnistuneet kouluttautumaan korkealle, ja näin ollen pystynevät hankkimaan itselleen turvatun toimeentulon. Lisätutkimusta tarvitaan sen selvittämiseksi, mitkä kaikki seikat vaikuttavat yksilön resilienssiin ja kykyyn menestyä vaikeuksista huolimatta. Vaikka korkea koulutus onkin onnistuttu hankkimaan, ja vaikka Steenin, Senreichin & Straussnerin (2021b) haastattelemat sosiaalityöntekijät nostivatkin esiin monia ACE-kokemusten työlleen antamia positiivisia seikkoja, olisi jälleen liian optimistista väittää, etteikö koetuilla ACE-kokemuksilla olisi myös negatiivisia vaikutuksia kokijaansa ja hänen työssä jaksamiseensa. Tosin tutkimustulokset tästä aiheesta ovat vielä jossakin määrin ristiriitaisia.

Steen, Senreich & Straussner (2021a) löysivät positiivisen korrelaation sosiaalityöntekijöiden ACE-kokemusten määrän ja koetun työstressin väliltä. Lisäksi enemmän ACE-kokemuksia kokeneet sosiaalityöntekijät raportoivat myös enemmän haitallisia elämäntapoja, kuten päihteiden käyttöä ja tupakointia, enemmän terveysongelmia ja enemmän univaikeuksia kuin vähemmän ACE-kokemuksia kokeneet verrokkit. (Emt. 2021a, 187–189.) Toisaalta Howardin ym. (2015) tutkimuksen mukaan runsaasti ACE-kokemuksia kokeneet sosiaalialan ammattilaiset olivat verrokkeja pienemmässä vaarassa kokea loppuunpalamisia, ja he kokivat työssään verrokkeja enemmän myötätuntotyydytystä (emt. 2015, 145–146). Enemmän ACE-kokemuksia

kokeneen ammattilaisen pienempi taipumus palaa loppuun on mielestäni sangen jär-keenkäypä tulos. Jos kovia lapsuudessaan kokenut ammattilainen on selvinnyt koke- muksistaan, kouluttautunut ja päässyt kiinni työelämään, voinee olla niinkin, että hä- nen resilienssinsä on kasvanut ja todennäköisyys loppuunpalamisille työelämän eteen tuomien koettelemusten edessä pienenee. Tai kenties yksilö on kokemuksistaan selvi- täkseen käynyt esimerkiksi terapiassa ja saanut tätä kautta keinoja stressin säätelyyn. Nämä aiheet vaatisivat lisätutkimusta.

Osoitettuani ACE-kokemusten yleisyyden sosiaalialan korkeakoulutettujen kes- kuudessa, haluan peräänkuuluttaa alallemme tietoisuuden lisäämistä niin kutsutusta traumainformoidusta työotteesta. Laajassa mittakaavassa traumainformoidun työot- teen taustalla on pyrkimys kohti universaalia, traumatisoituneita palvelevaa järjestel- mää, jossa pyritään ennaltaehkäisemään haitallisten kokemusten syntymistä ja edes- auttamaan niistä toipumista. Ajatuksena on, että toipumista ei tapahdu vain terapi- assa, vaan koko ihmisosaajien järjestelmässä: ihmiset pyritään integroimaan osaksi toipumista edistävää elämäntapaa. Yksi laaja-alaisen toipumisen kulttuurin syntymi- sen edellytys on niin kutsutun episteemisen oikeudenmukaisuuden vaaliminen. Tällä viitataan siihen, että kaikkien maailmankuvaa ja tiedollisia perinteitä pyritään arvos- tamaan. Viisaus syntyy näiden synteestistä. (Sarvela 2023, 28–32.) Käytännössä tulkit- sen tämän itse kaikkialle ulottuvana horisontaalisuutena hierarkkisuuden sijaan. Aja- tusmaailmamme, kulttuuriperintömme, koulutustaustamme tai asemamme työyhteis- ön hierarkiassa ovat erilaisia, mutta ihmisenä tai ammattilaisena olemme kaikki sa- man arvoisia.

Käytännössä traumatietoinen työote edellyttää hierarkioiden madaltumisen li- säksi terveitä rakenteita ja traumatietoisia ammattilaisia. Ammattilaisten tulisi harjoit- taa jatkuvaa itsereflektiota, ja heillä tulisi olla somaattista (eli ruumiillista, elimellistä, hermostollista) tietoisuutta. (Sarvela 2023, 35.) Sairaissa rakenteissa taistelevan trau- matietoisien ammattilaisen asema voi kuitenkin äkkiseltään vaikuttaa todelliselta alta- vastaajan paikalta. Jos monet organisaation muodostavista yksilöistä ovat itse pahoin- voivia, miten tervettä organisaatiota oikeastaan voi edes muodostua? Miten ”sairaat” ihmiset muodostaisivat terveitä rakenteita? Kriittisen realismin mukaisessa ajatte- lussa ei kuitenkaan yksilön ja rakenteiden välistä suhdettakaan nähdä deterministisen rajoittavana: toimijoilla on mahdollisuus murtaa ja uudistaa näitä sosiaalisia raken- teita sekä vaikuttaa toistensa toimijapositioniin ja niiden välisiin suhteisiin (Pekkari- nen & Tapola-Haapala 2009, 184).

Kaikki kolme traumatietoisien työotteen toteutumisen kannalta välttämätöntä ulottuvuutta vaikuttavat toinen toisiinsa, ja muutosta olisi tapahduttava kaikilla näillä kolmella tasolla todellisen muutoksen synnyttämiseksi: traumatietoiset ammattilaiset muodostamassa terveitä, matalan hierarkian rakenteita. Olisi liioiteltua väittää, että oma tutkimukseni voisi merkittävästi vaikuttaa sosiaalialan ammattilaisten, saati sit- ten organisaatioiden, traumatietoisuuteen. Ehkä kuitenkin tieto ACE-kokemusten yleisyydestä ja niiden kauaskantoisista vaikutuksista kokijaansa voi lisätä ammatti- laisten mielenkiintoa etsiä lisää tietoa näistä kokemuksista ja niiden vaikutuksista, ja

tätä kautta löytää myös keinoja haitallisten kokemusten vaikutusten minimoimiseksi ja kenties motivaatiota traumainformoitujen organisaatiokulttuurien luomiseksi. Tämän toivoisin olevan tutkimukseni emansipatorinen vaikutus.

Taulukko 9. Traumainformoidusti ja traumalähtöisesti toimivien organisaatioiden ominaispiirteitä (Lähde: Sarvela 2023, 38).

TRAUMALÄHTÖISESTI TOIMIVA ORGANISAATIO	TRAUMAINFORMOITU ORGANISAATIO
<ul style="list-style-type: none"> - Stressin ja varjosysteemin ohjaama epävakaa järjestelmä. - Toiminta tapahtuu siiloista käsin, ja palveluiden tuottaminen on erillistynyttä. - Tämän tyyppiset organisaatiot voivat traumatisoida tuettavia tai syventää heidän olemassa olevia traumojaan, koska palvelunkäyttäjä pirstotaan järjestelmään sopivaksi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Järjestelmä, joka edistää toipumista, koska työyhteisöjen käytännöt, toimenpiteet, palvelut ja hoitomallit sisältävät kaikilla tasoilla ymmärryksen traumojen vaikutuksesta asiakkaisiin ja ammattilaisiin. - Ihmislähtöiset palvelut suojaavat tuettavia uudelta traumalta tai vähentävät trauman vaikutuksia.
<ul style="list-style-type: none"> - Tunnuspiirteitä <ul style="list-style-type: none"> o Reaktiivisuus, ylivireys tai lamaantuneisuus o Uudelleen eläviä tai samoja tarinoita ja strategioita toistavia o Informaatiokatkoksia ja tehotomuutta o Kiusaamiskulttuuria o Muutosvastarintaa o Autoritaarista johtamista 	<ul style="list-style-type: none"> - Tunnuspiirteitä: <ul style="list-style-type: none"> o Edistää toipumista o Jaettu kieli: yhteinen syvälinen ymmärrys traumatisoitumisesta o Ymmärretään laaja-alaisesti, miten trauma vaikuttaa ihmisiin, yhteisöihin ja instituutioihin o Vahvistetaan osallisuutta, inklusiivisuutta sekä tietoisuutta lapsuuden epäsuotuisten (ACE) ja suotuisten (PCE) kokemusten vaikutuksista o Vaalitaan itsetuntemusta, somaattista tietoisuutta ja myötätuntoa o Reflektiivisiä ja yhteistoiminnallisia, oppivia organisaatioita o Luodaan toipumista edistäviä merkityksiä menneestä o Suuntaudutaan inhimilliseen kasvuun ja pahoinvoinnin ennaltaehkäisyyn o Johtajuus kannattelee o Tiedostavat, itseohjautuvat ja hyvinvoivat työntekijät o Vahvistaa syvädemokratiaa

Liitän taulukkoon 9 Sarvelan (2023, 38) kaavion, jossa vertaillaan traumalähtöisesti toimivan ja traumainformoidusti toimivan, eli toipumista edistävän, organisaation ominaispiirteitä. Sosiaali- ja terveysala on edelleen kotimaassamme suurien organisaatiotason muutosten keskellä uusien hyvinvointialueiden aloitettua toimintansa vasta reilu vuosi sitten. Muutos on aina sekä uhka että mahdollisuus. Henkilökohtaisesti toivoisin, että mahdollisimman moni meistä pyrkisi tarttumaan tähän mahdollisuuden ulottuvuuteen ja omalla toiminnallaan vaikuttamaan siihen, että kulkisimme hyvinvointialueillamme kohti toipumista edistäviä organisaatioita. Omasta asemastaan organisaation hierarkiassa ja omista yksilöllisistä kyvyistään, voimavaroistaan ja motivaatiostaan riippuen jokaisen vaikuttamisen mahdollisuudet ovat erilaiset. Kriittisen realismin mukaiselle maailmankuvalle uskollisena ajattelen kuitenkin, että jokainen pystyy tekemään jotakin enenevässä määrin traumainformoitujen organisaatiokulttuurien luomiseksi. Jos ei muuta, niin vähintään pyrkiä lisäämään omaa traumatietoisuuttaan. Tähän pyrkiminen ei ole vain asiakkaiden, vaan myös meidän sosiaalialan ammattilaisten etu.

LÄHTEET

- ACE-CDC. 2023a. Adverse Childhood Experiences (ACEs). <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>. Päivitetty 29.6.2023. Viitattu 22.10.2023.
- ACE-CDC. 2023b. Adverse Childhood Experiences Resources. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/resources.html>. Päivitetty 29.6.2023. Viitattu 22.10.2023
- Ainsworth, Mary D. Salter, Mary C. Blehar, Everett Waters ja Sally N. Wall. 1978. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Ainsworth, Mary D. Salter, Mary C. Blehar, Everett Waters ja Sally N. Wall. 2015. *Patterns of Attachment*. 1. painos. Taylor and Francis. Saatavissa: <https://www.perlego.com/book/1611408/patterns-of-attachment-a-psychological-study-of-the-strange-situation-pdf>. Viitattu 22.11.2023.
- Allen, Jon G.. 2013. *Mentalizing in the Development and Treatment of Attachment Trauma*. London: Taylor & Francis Group, ProQuest Ebook Central.
- Anda, Robert F., Vladimir I. Fleisher, Vincent J. Felitti, Valerie J. Edwards, Charles L. Whitfield, Shanta R. Dube, ja David F. Williamson. 2004. "Childhood abuse, household dysfunction, and indicators of impaired adult worker performance". *Permanente Journal*, 8, 1, 30–38.
- Baer, Judith. C. ja Colleen Daly Martinez. 2006. "Child maltreatment and insecure attachment: a meta-analysis". *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24, 3, 187–197.
- Bartholomew, Kim ja Horowitz, Leonard M. 1988. "Attachment Styles Among young Adults: A Test of a Four-Category Model". *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 2, 226–244.
- Bartlett, Jessica ja Vanessa Sacs. 2019. "Adverse childhood experiences are different than child trauma, and it's important to understand why". *Child Welfare*. Julkaistu elokuussa 2019. Viitattu 31.1.2024.

- Bellis, Mark. A., Karen Hughes, Kat Ford, Gabriela Ramos Rodriguez, Dinesh Sethi ja Jonathon Passmore. 2019. "Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis." *The Lancet. Public health*, 4, 10, e517–e528.
- Bethell Christina, Jennifer Jones, Narangerel Gombojav, Jeff Linkenbach ja Robert Sege. 2019. "Positive Childhood Experiences and Adult Mental and Relational Health in a Statewide Sample: Associations Across Adverse Childhood Experiences Levels". *JAMA Pediatrics*, 173, 11.
- Bethell, Christina D., Adam Carle, James Hudziak, Narangerel Gombojav, Kathleen Powers, Roy Wade ja Paula Braveman. 2017. "Methods to assess adverse childhood experiences of children and families: Toward approaches to promote child well-being in policy and practice". *Academic pediatrics* 17, 7, 51–69.
- Bowlby, John. 1977. "The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976". *The British Journal of Psychiatry*, 130, 201–210.
- Bowlby, John. 1982. *Attachment and Loss, Volume I, Attachment, Second Edition*. Basic Books, Perseus Books Group.
- Burke Harris, Nadine, ja Juha Kuvajainen. 2019. *Syvälle Ulottuvat Juuret: Turvattomasta Lapsuudesta Tasapainoiseen Aikuisuuteen*. Helsinki: Basam Books.
- Burke Harris, Nadine. 2020. *The legacy of early trauma and how to heal*. Basam Books.
- Center on the Developing Child. 2020. <https://developingchild.harvard.edu/resources/aces-and-toxic-stress-frequently-asked-questions/>. Julkaistu 3.8.2018. Päivitetty 30.10.2020. Viitattu 22.10.2023.
- Clarkeburn, Henriikka ja Arto Mustajoki. 2007. *Tutkijan arkipäivän etiikka*. Vastapaino. Tampere.
- Crowell, Judith A ja S Shirley Feldman. 1988. "Mothers' internal models of relationships and children's behavioral and developmental status: a study of mother-child interaction." *Child development*, 59, 5, 1273–1285.
- Dong, Maxia, Robert F. Anda, Vincent J. Felitti, Shanta R. Dube, David F. Williamson, Theodore J. Thompson, Clifton M. Loo ja Wayne H. Giles. 2004. "The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction". *Child Abuse & Neglect*, 28, 7, 771–784.
- Dube, Shanta R., Robert F. Anda, Vincent J. Felitti, Janet B. Croft, Valerie J. Edwards ja Wayne H. Giles. 2001. "Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction". *Child Abuse & Neglect*, 25, 12, 1627–1640.
- Esaki, Nina ja Heather Larkin. 2013. "Prevalence of Adverse Childhood Experiences (ACEs) Among Child Service Providers". *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 94, 1, 31–37.

- Felitti, Vincent J., Robert F. Anda, Dale Nordenberg, David F. Williamson, Alison M. Spitz, Valerie Edwards, Mary P. Koss ja James S. Marks. 1998. "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study". *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 4, 245–258.
- Fonecta. 2021. Tuhat suomalaista -tutkimus, IRO Research Oy. <https://kaiku.kuvat.fi/i/9CMHwrsA7v6xYNdF4TB2nKVGybXUtSzE>
- Franke, Hillary A. 2014. "Toxic Stress: Effects, Prevention and Treatment". *Children*, 1, 390–402.
- Hakulinen, Tuovi ja Saija Westerlund-Cook. 2020. "Lapsuusajan haitallisista kokemuksista kohti toiveikasta tulevaisuutta". *Tiedosta terveyttä ja hyvinvointia: THL:n blogi*. Julkaistu 9.7.2020. Viitattu 22.10.2023.
- Hietämäki, Johanna, Maija Lindgren, Sebastian Therman ja Taina Laajasalo. 2023b. "Lapsuuskoemuksia-kyselylomake (ACE-THL) haitallisten lapsuudenkokemusten tutkimiseen". *Julkaisuarhasto Julkari*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.
- Hietämäki, Johanna, Taina Laajasalo, Maija Lindgren ja Sebastian Therman. 2023a. "Development and initial validation of the THL Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-THL)". *Child Abuse & Neglect*, Volume 146.
- Holden, George W., Tricia Gower ja Michael Chmielewski. 2020. "Methodological considerations in ACEs research". Gordon J.G Asmundson ja Tracie O. Afifi (toim.): *Adverse Childhood Experiences*, Academic Press, 161–182.
- Houston, S. (2001). Beyond social constructionism: Critical realism and social work. *The British journal of social work*, 31(6), 845–861.
- Howard, Amanda R. Hiles, Sheri Parris, Jordan S. Hall, Casey D. Call, Erin Becker Razuri, Karyn B. Purvis ja David R. Cross. 2015. "An examination of the relationships between professional quality of life, adverse childhood experiences, resilience, and work environment in a sample of human service providers". *Children and Youth Services Review*, 57, 141–148.
- Juhila, Kirsi. 2018. *Aika, paikka ja sosiaalityö*. Vastapaino
- Karkkunen, Anne, Riikka Litsilä ja Aki Miettinen. 2017. "Kuinka voin parantaa tietoisuustaitojani lastensuojelutyössä?" *Talentia-lehti*. Julkaistu 3.7.2017. Viitattu 14.11.2023.
- Keiski, Riitta, Kari Hämäläinen, Matti Karhunen, Erika Löfström, Susanna Näreaho, Krista Varantola, Sanna-Kaisa Spooft, Terhi Tarkiainen, Eero Kaila ja Minna Aittasalo. 2023. "Hyvä teollinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023". *Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/23*.
- Korhonen, Laura. 2021. "Traumaattiset kokemukset ja traumaperäiset häiriöt". Laura Korhonen ja Jari Sinkkonen (toim.), *Pulassa lapsen kanssa*. Kustannus Oy Duodecim, 255–259.
- Lahousen, Theresa, Human Friedrich Unterrainer ja Hans-Peter Kapfhammer. 2019. "Psychobiology of Attachment and Trauma - Some General Remarks From a Clinical Perspective". *Frontiers in Psychiatry*, 10, 914.

- Larkin, Heather ja Jihyun Park. 2012. "Adverse Childhood Experiences (ACEs), Service Use, and Service Helpfulness among People Experiencing Homelessness". *Families in Society*, 93, 2, 85–93.
- Lee, Kyunghye, Cassandra Lawton. 2022. "The Associations between Adverse Childhood Experiences and Social Services Use among Head Start-Eligible Low-Income Families." *Health & Social Work*, 47, 3, 215–224.
- Linner Matikka, Johanna ja Tiia Hip (toim.). 2023. Traumainformoitu työote. PS-kustannus.
- Madigan Sheri, Aundrey-Ann Deneault, Nicole Racine, Julianna Park, Raela Thiemann, Jenney Zhu, Gina Dimitropoulos, Tyler Williamson, Pasco Fearon, Jude Mary Cénat, Sheila McDonald, Chloe Devereux, Ross D. Neville. 2023. "Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies". *World Psychiatry*, 22, 3, 463–471.
- Main, Mary ja Judith Solomon. 1986. "Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern". T. Berry Brazelton ja Michael W. Yogman (toim.), *Affective development in infancy*, 95–124. Ablex Publishing.
- McGavock, Lian ja Trevor Spratt. 2014. "Prevalence of Adverse Childhood Experiences in a University Population: Associations with Use of Social Services". *British Journal of Social Work*, 44, 3, 657–674.
- Patterson, Michelle L., Akm Moniruzzaman ja Julian M. Somers. 2014. "Setting the stage for chronic health problems: cumulative childhood adversity among homeless adults with mental illness in Vancouver, British Columbia". *BMC Public Health*, 14, 350.
- Pekkarinen, Elina ja Maria Tapola-Haapala. 2009. "Kriittinen realismi sosiaalityössä - tiedontuotannosta emansipaatioon". Mikko Mäntysaari, Anneli Pohjola ja Tarja Pösö (toim.), *Sosiaalityö ja teoria*, PS-kustannus, 183–205.
- Raunio, Kyösti. 2009. "Positivismi - havaintoon perustuva teoria". Mikko Mäntysaari, Anneli Pohjola ja Tarja Pösö (toim.), *Sosiaalityö ja teoria*, PS-kustannus, 161–181.
- Sarvela, Kati. 2023. "Traumainformoitu lähestymistapa – Siirtymä oikeudenmukaisempaan toipumisen kulttuuriin". Johanna Linner Matikka ja Tiia Hip (toim.), *Traumainformoitu työote*. PS-kustannus.
- Sinkkonen, Jari. 2004. "Kiintymyssuhdeteoria – Tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin". *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 120, 15, 1866–1873.
- Solomon, Eldra Pearl ja Kathleen M. Heide. 1999. "Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma". *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43, 2, 202–210.
- Steen, Jeffrey T., Evan Senreich ja Shulamith Lala Ashenberg Straussner. 2021a. "Adverse Childhood Experiences Among Licensed Social Workers." *Families in Society*, 102, 2, 182–193.
- Steen, Jeffrey T., Shulamith Lala Ashenberg Straussner ja Evan Senreich. 2021b. "Adverse Childhood Experiences and Career-Related Issues among Licensed Social Workers: A Qualitative Study". *Smith College Studies in Social Work*, 91, 3, 216–233.

- Talentia. 2019. "Sosiaalityöntekijöitä on riittävästi". Ammattiliitto Talentian tiedote. Julkaistu 27.9.2019. Viitattu 20.2.2024.
- Terr, Lenore C.. 1991. "Childhood traumas: an outline and overview". *American Journal of Psychiatry*, Jan 148, 1, 10-20.
- Terr, Lenore C.. 2003. "Childhood Traumas: An Outline and Overview". *FOCUS*, 1, 3, 322-334.
- THL. 2023. Lapsuuskokemuksia-kyselylomakkeen kehittäminen. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/lapsuuskokemuksia-kyselylomakkeen-kehittaminen>. Päivitetty 31.8.2023. Viitattu 12.11.2023.
- Thomas, Jacky T.. 2016. "Adverse Childhood Experiences Among MSW Students". *Journal of Teaching in Social Work*, 36, 3, 235-255.
- Thompson, Ross A., Jeffrey A. Simpson ja Lisa J. Berlin. 2022. "Taking perspective on attachment theory and research: nine fundamental questions". *Attachment & Human Development*, 24, 5, 543-560.
- Zivony, Alon. 2019. "What is cognitive psychology?" *The British Academyn* blogikirjoitus. <https://www.thebritishacademy.ac.uk/blog/what-is-cognitive-psychology/>. Luotu 5.9.2019. Luettu 27.12.2023.

LIITTEET

LIITE 1

Tutkimuksessa käytetty lapsuuskokemuksia kyselylomake (Hietämäki ym. 2023a,b).

Lapsuuskokemuksia-kysely (ACE-THL)

Seuraavaksi sinulta kysytään lapsuudestasi. Joihinkin kohtiin vastaaminen voi tuntua raskaalta.

Kysymykset koskevat aikaa, jolloin olit **alle 18-vuotias**.

Missä tahansa, kotona tai muualla:

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Jatkuvasti
1. Minua kiusattiin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jouduin fyysisen väkivallan kohteeksi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jouduin seksuaalisen häirinnän tai seksuaalisen väkivallan kohteeksi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Joku kosketti minua seksuaalisella tavalla tai sai minut koskettamaan häntä seksuaalisella tavalla, vaikken olisi halunnut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Minulla oli aikuinen, jolle pystyin kertomaan omista asioistani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vanhemmat ja perhe:

*Vanhemmalla tarkoitetaan aikuista, jolla oli **vastuu sinusta**.*

*Vastaa ajatellen vanhempaasi, joka kyseisen väitteen suhteen **kohteli sinua huonoimmin**.*

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Jatkuvasti
6. Vanhempani loukkasi, vähätteli tai nöyryytti minua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vanhempani läimäytti, löi, potki, tukisti tai muulla tavoin satutti fyysisesti minua .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vanhempani läimäytti, löi, potki, tukisti tai muulla tavoin satutti fyysisesti toista vanhempaani .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vanhempani oli päihtyneenä (humalassa tai huumeissa).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Perheelläni oli taloudellisia vaikeuksia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jouduin olemaan nälissäni tai esimerkiksi likaisissa tai rikkiäisissä vaatteissa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Perheenjäsenelläni oli mielenterveyden ongelmia, esimerkiksi masennusta tai itsetuhoisuutta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kärsin vanhempani menettämisestä esimerkiksi eron, hylkäämisen tai kuoleman takia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Minua arvostettiin ja pidettiin tärkeänä kotona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mikäli kyselyyn vastaaminen herätti sinussa halun keskustella lisää aiheesta, voit olla yhteydessä alueesi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, Kriisipuhelimeen p. 09 2525 0111 ja väkivaltakokemuksista Nollalinjaan p. 080 005 005.

Lisäksi kysytään:

Ikä: vuosissa

Sukupuoli: mies/nainen/muu

Korkein koulutustaso: sosiaalityöntekijä/sosionomi YAMK/sosionomi AMK/muu

Työpaikka: Lastensuojelu/lapsiperhepalvelut (SHL)/perheneuvola/vammaispalvelut/aikuissosiaalityö/mielenterveyspalvelut/sairaalasosiaalityö (muu kuin mielen-terveys)/maahanmuuttajatyö/päihdetyö/kehittäminen/muu (mikä)

LIITE 2

Taulukko 10. Lastensuojelussa/lapsiperhepalveluissa (lihavoidut numerot) ja muissa työpai-koissa työskentelevien ACE-kokemusten jakaumat.

Kysymyksen numero	Aihe	Ei koskaan (%)	Harvoin (%)	Joskus (%)	Usein (%)	Jatkuvasti (%)
1	kiusaaminen	12,8/11,9	32,5/28,0	32,5/39,9	20,5/16,1	1,7/4,2
2	fyysinen väkivalta	44,1/49,4	33,9/28,6	22,0/18,5	0,0/3,6	0,0/0,0
3	seksuaalinen häirintä/väkivalta	48,3/44,6	25,4/28,0	22,0/19,6	2,5/7,1	1,7/0,6
4	seksuaalinen kosketelu	55,1/57,1	24,6/24,4	18,6/13,1	0,8/4,8	0,8/0,6
5	aikuinen, kenelle puhua	17,8/19,0	16,9/20,2	21,2/20,2	18,6/22,6	25,4/17,9
6	emotionaalinen väkivalta	24,6/26,2	24,6/20,2	35,6/31,0	13,6/16,7	1,7/6,0
7	fyysinen väkivalta lasta kohtaan	38,1/37,5	39,0/35,1	18,6/20,2	3,4/6,5	0,8/0,6
8	fyysinen väkivalta	70,7/74,3	16,4/9,6	8,6/12,6	4,3/3,6	0,0/0,0

	vanhempaa kohtaan					
9	päihteet	33,9/26,2	22,9/22,0	18,6/22,6	16,9/22,6	7,6/6,5
10	taloudelliset vaikeudet	21,2/25,0	28,8/18,5	28,8/27,4	15,3/17,3	5,9/11,9
11	puute	77,1/76,8	11,9/11,9	7,6/8,9	3,4/1,8	0,0/0,6
12	mielenterveysongelmat	44,4/36,5	15,4/13,8	23,1/24,0	12,8/15,6	4,3/10,2
13	vanhemman menettäminen	55,1/59,9	7,6/9,0	14,4/6,0	16,1/16,2	6,8/9,0
14	arvostus	2,6/4,2	15,4/14,9	22,2/23,8	37,6/35,7	22,2/21,4

1. df=4; $\chi^2(4)=3,621$; $p=0,460$ (1:ssa solussa (10 %) frekvenssi alle 5). 2. df=2; $\chi^2(2)=1,057$; $p=0,589$. 3. df=4; $\chi^2(4)=4,157$; $p=0,385$ (2:ssa solussa (20 %) frekvenssi alle 5). 4. df=3; $\chi^2(3)=3,857$; $p=0,277$ (1:ssa solussa (12,5 %) frekvenssi alle 5). 5. df=4; $\chi^2(4)=2,900$; $p=0,575$. 6. df=4; $\chi^2(4)=4,547$; $p=0,337$ (1:ssa solussa (10 %) frekvenssi alle 5). 7. df=4; $\chi^2(4)=1,760$; $p=0,780$ (2:ssa solussa (20 %) frekvenssi alle 5). 8. df=3; $\chi^2(3)=3,745$; $p=0,290$ (1:ssa solussa (12,5 %) frekvenssi alle 5). 9. df=4; $\chi^2(4)=3,161$; $p=0,531$. 10. df=4; $\chi^2(4)=6,544$; $p=0,162$. 11. df=2; $\chi^2(2)=0,006$; $p=0,997$. 12. df=4; $\chi^2(4)=4,688$; $p=0,321$. 13. df=4; $\chi^2(4)=6,014$; $p=0,198$. 14. df=4; $\chi^2(4)=0,679$; $p=0,954$ (1:ssa solussa (10 %) frekvenssi alle 5).

Taulukko 11. ACE-pistemäärän jakauma; lastensuojelu/lapsiperhepalvelut.

		Frekvenssi	Prosentti	Validi prosentti	Kumulatiivinen prosentti
Validi	.00	14	11.9	12.3	12.3
	1.00	18	15.3	15.8	28.1
	2.00	18	15.3	15.8	43.9
	3.00	21	17.8	18.4	62.3
	4.00	19	16.1	16.7	78.9
	5.00	8	6.8	7.0	86.0
	6.00	8	6.8	7.0	93.0
	7.00	3	2.5	2.6	95.6
	8.00	3	2.5	2.6	98.2
	9.00	1	.8	.9	99.1
	10.00	1	.8	.9	100.0
	Yhteensä	114	96.6	100.0	
Puuttuva		4	3.4		

Yhteensä	118	100.0		
-----------------	------------	--------------	--	--

Taulukko 12. ACE-pistemäärän jakauma; muut.

		Frekvenssi	Prosentti	Validi prosentti	Kumulatiivinen prosentti
Validi	.00	16	9.5	9.6	9.6
	1.00	22	13.1	13.3	22.9
	2.00	27	16.1	16.3	39.2
	3.00	28	16.7	16.9	56.0
	4.00	32	19.0	19.3	75.3
	5.00	17	10.1	10.2	85.5
	6.00	13	7.7	7.8	93.4
	7.00	7	4.2	4.2	97.6
	8.00	3	1.8	1.8	99.4
	9.00	1	.6	.6	100.0
	Yhteensä	166	98.8	100.0	
Puuttuva		2	1.2		
Yhteensä		168	100.0		

Taulukko 13. ACE-kokemukset ikäryhmittäin (ikä ≤ 35 vuotta/35 < ikä < 44/ ikä ≥ 44 vuotta).

Ky-sy-myksen numero	Aihe	Ei koskaan (%)	Harvoin (%)	Joskus (%)	Usein (%)	Jatkuvasti (%)
1	kiusaa-minen	12,9/8,4/15,9	25,7/28,4/36,4	36,6/43,2/30,7	19,8/16,8/15,9	5,0/3,2/1,1
2	fyysinen väkivalta	41,6/48,4/52,8	30,7/30,5/31,5	25,7/17,9/15,7	2,0/3,2/0,0	0,0/0,0/0,0

3*	seksuaalinen häirintä/väkivalta	35,6/47,4/57,3	25,7/28,4/25,8	28,7/17,9/14,6	7,9/6,3/1,1	2,0/0,0/1,1
4	seksuaalinen kosketelu	51,5/51,6/67,4	24,8/28,4/19,1	19,8/15,8/10,1	3,0/4,2/2,2	1,0/0,0/1,1
5	aikuisen, kenelle puhua	12,9/22,1/21,3	18,8/21,1/15,7	24,8/18,9/18,0	21,8/21,1/20,2	21,8/16,8/24,7
6	emotio-naalinen väkivalta	23,8/27,4/25,8	18,8/22,1/25,8	36,6/33,7/28,1	17,8/11,6/15,7	3,0/5,3/4,5
7	fyysinen väkivalta lasta kohtaan	40,6/34,7/38,2	32,7/40,0/38,2	19,8/17,9/21,3	5,9/6,3/2,2	1,0/1,1/0,0
8	fyysinen väkivalta vanhempaa kohtaan	80,0/68,1/69,7	10,0/14,9/12,4	6,0/13,8/13,5	4,0/3,2/4,5	0,0/0,0/0,0
9	päihteet	34,7/22,1/31,5	21,8/21,1/23,6	19,8/25,3/18,0	17,8/22,1/21,3	5,9/9,5/5,6
10	taloudelliset vaikeudet	25,7/15,8/29,2	20,8/25,3/22,5	23,8/31,6/29,2	16,8/20,0/12,4	12,9/7,4/6,7
11	puute	78,2/71,6/80,9	8,9/16,8/10,1	9,9/6,3/9,0	3,0/4,2/0,0	0,0/1,1/0,0
12	mielenterveysongelmat	34,7/38,3/47,2	13,9/9,6/20,2	26,7/27,7/15,7	15,8/16,0/11,2	8,9/8,5/5,6

13	vanhemman menettämisen	50,5/54,3/70,8	10,9/7,4/6,7	11,9/11,7/4,5	17,8/19,1/11,2	8,9/7,4/6,7
14	arvostus	5,0/2,1/3,4	10,9/21,3/13,5	26,7/18,1/24,7	39,6/33,0/36,0	17,8/25,5/22,5

1. df=8; $X^2(8)=8,537$; $p=0,383$ / df=4; $X^2(4)=5,076$; $p=0,280$ (2:ssa solussa (20 %) frekvenssi alle 5). 2. df=4; $X^2(4)=4,466$; $p=0,347$ / df=2; $X^2(2)=4,360$; $p=0,113$. 3. df=6; $X^2(6)=14,469$; $p=0,025$ / df=3; $X^2(3)=13,494$; $p=0,004$. 4. df=4; $X^2(4)=7,028$; $p=0,134$ / df=2; $X^2(2)=5,359$; $p=0,069$. 5. df=8; $X^2(8)=6,185$; $p=0,627$ / df=4; $X^2(4)=3,514$; $p=0,476$. 6. df=8; $X^2(8)=4,313$; $p=0,828$ (3:ssa solussa (20 %) frekvenssi alle 5) / df=4; $X^2(4)=2,620$; $p=0,623$ (2:ssa solussa (20 %) frekvenssi alle 5). 7. df=6; $X^2(6)=4,135$; $p=0,658$ (1:ssa solussa (8,3 %) frekvenssi alle 5) / df=2; $X^2(2)=0,663$; $p=0,718$. 8. df=4; $X^2(4)=4,528$; $p=0,339$ / df=2; $X^2(2)=3,084$; $p=0,214$. 9. df=8; $X^2(8)=5,942$; $p=0,654$ / df=4; $X^2(4)=0,608$; $p=0,962$. 10. df=8; $X^2(8)=9,483$; $p=0,303$ / df=4; $X^2(4)=3,224$; $p=0,521$. 11. df=4; $X^2(4)=4,148$; $p=0,386$ / df=2; $X^2(2)=0,760$; $p=0,684$. 12. df=8; $X^2(8)=10,677$; $p=0,221$ / df=4; $X^2(4)=7,056$; $p=0,133$. 13. df=8; $X^2(8)=10,595$; $p=0,226$ / df=4; $X^2(4)=8,897$; $p=0,064$. 14. df=8; $X^2(8)=8,445$; $p=0,391$ (3:ssa solussa (20 %) frekvenssi alle 5) / df=4; $X^2(4)=1,295$; $p=0,862$ (2:ssa solussa (20 %) frekvenssi alle 5).