

Soili Poijula

Henkirikosuhrien perheenjäsenten selviytyminen,

MIELENTERVEYS JA KOKEMUKSET TUESTA JA PALVELUISTA

Soili Poijula

Henkirikosuhrien perheenjäsenten selviytyminen,
mielenterveys ja kokemukset tuesta ja palveluista

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:21

ISBN 978-952-00-3037-7 (PDF)

ISSN-L 1236-2115

ISSN 1797-9897 (verkkojulkaisu)

URN:ISBN:978-952-00-3037-7

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3037-7>

www.stm.fi/julkaisut

Kustantaja: Sosiaali- ja terveysministeriö

Taitto ja paino: Yliopistopaino, Helsinki 2010

TIIVISTELMÄ

HENKIRIKOSUHRIEN PERHEENJÄSENTEN SELVIITYMINEN, MIELENTERVEYS JA KOKEMUKSET TUESTA JA PALVELUISTA

TUTKIMUKSEN TARKOITUS: Tutkimus selvittää suomalaisten henkirikosuhrien perheenjäsenten selviytymistä ja tuen ja hoidon saantia 2 – 10 vuoden kuluessa henkirikoksesta. Tutkimuskysymykset koskivat aikuisikäisten perheenjäsenten toipumista, toimintakykyä, psyykkisiä oireita ja mielenterveyshäiriöitä. Lisäksi selvitettiin perheenjäsenen, sosiaaliseen verkostoon, henkirikoskuolemaan, poliisi- ja oikeuslaitokseen sekä saatuihin palveluihin ja hoitoon liittyviä tekijöitä.

TUTKIMUKSEN TOTEUTUS: Kyselytutkimuksen kohteena olivat vuosina 1999, 2004-2007 tapahtuneiden henkirikosten uhrien aikuisikäiset perheenjäsenet. Tutkimus toteutettiin Henkirikoksen uhrien läheiset ry:n ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteisenä hankkeena.

TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT: Tutkimuskysely lähetettiin vuonna 2009 yhdelle perheenjäsenelle kustakin vuosien 1999, 2004-2007 henkirikostapauksesta. Tieto kerättiin perheenjäsenten itse täyttämällä arviointilomakkeilla, jotka muodostuivat taustatiedoista ja traumaperäisen stressihäiriön (Impact of Event Scale), masennuksen (Raitsalo-Beck Depression Inventory), unen laadun (Pittsburgh Sleep Quality Inventory), surureaktioitten (Hogan Grief Reaction Checklist) ja pitkittyneen surun häiriön (Prolonged Grief Disorder, PG-13) sekä trauman jälkeisen kasvun (Posttraumatic Growth Inventory) kyselyistä. Lisäksi perheenjäsenet arvioivat saamaansa tukea ja palveluita ja median toimintaa.

TULOKSET: Tutkimukseen osallistui 131 perheenjäsentä, mikä oli 44 prosenttia kyselyn saaneista. Osallistujien keski-ikä oli 47 vuotta ja heistä 70 prosenttia oli naisia ja 30 prosenttia miehiä. Yli puolet omaisista ei toivu perheenjäsenensä henkirikoskuolemasta 2 – 10 vuoden kuluessa menetyksen jälkeen, vaan kärsii yhdestä tai useammasta psyykkisestä häiriöstä. Naisilla on psyykkisiä oireita enemmän kuin miehillä. Perheenjäsenistä 57 prosentilla oli traumaperäisiä stressioireita, 37 prosenttia kärsi traumaperäisestä stressihäiriöstä ja lisäksi 51 prosenttia depressiosta ja 42 prosenttia unihäiriöstä. Surun traumaperäisiä reaktioita lukuun ottamatta surureaktiot lievittyvät ajan kuluessa. Pitkittyneen surun häiriöstä kärsi 8 prosenttia. Trauman jälkeinen kasvu ei lisääntynyt ajan kuluessa. Omaisista 25 prosenttia oli diagnosoitu fyysinen sairaus ja 35 prosenttia psyykkinen häiriö perheenjäsenen henkirikoskuoleman jälkeen ja 31 prosenttia arvioi työkykynsä alentuneeksi. Suurin osa oli saanut tukea perheeltään, joka oli pääosalle (71 %) myös tärkein sosiaalisen tuen antaja. Vertaistukea suurin osa (70%) perheenjäsenistä ei ollut saanut. Viranomaispalvelu- ja auttajatahoista vastaajat olivat tyytyväisimpiä kirkkoon (81 %), poliisiin (75 %), lakiasia- tai oikeusaputoimistoon (75 %) ja syyttäjään (72 %). Terveystuhoon tyytyväisiä oli 58 prosenttia, Kelaan 57 prosenttia ja sosiaalitoimeen 49 prosenttia. Järjestöjen toiminnasta Henkirikoksen uhrien läheiset ry:een tyytyväisiä oli 57 prosenttia, Rikosuhripäivystykseen 51 prosenttia ja Suomen Mielenterveysseuraan 41 prosenttia. Ammatillista tukea, apua ja hoitoa vastaajista 56 prosenttia koki saaneensa riittävästi. Saamiinsa mielenterveyspalveluihin vastaajat olivat tyytyväisiä seuraavasti: mielenterveystoimisto 70 prosenttia, terveyskeskus 55 prosenttia, psykiatrinen sairaala 50 prosenttia, työterveyshuolto 44 prosenttia ja kriisikeskus 44 prosenttia. Henkirikoskuolemasta oli raportoitu mediassa lähes kaikissa tapauksissa (98 %). Mediaraportointi oli huonontanut vointia 36 prosenttia vastaajista. Rikoksesta aiheutui omaisille traumaattisen surun ja terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien ohella taloudellisia ja muita menetyksiä. Omaisen asema oikeusprosessissa koettiin heikoksi ja kuormittavaksi. Avun ja hoidon saamisessa ongelmana oli sen satunnaisuus, epäjatkuvuus ja riittämättömyys. Yleisesti ongelmaksi koettiin se, ettei apua tarjottu ja psykologisen avun ('keskusteluavun')

saamisen vaikeus. Tutkimuksen perusteella suositellaan priorisoitua tehostettua ja laaja-alaista palveluiden kehittämistä henkirikoksen uhrien perheenjäsenille.

Asiasanat:

henkirikokset, mielenterveyshäiriöt, mielenterveyspalvelut, omaiset, palvelut, psykososiaalinen tuki, seulonta, sosiaaliset vaikutukset, stressi, suru, trauma, traumaperäinen stressihäiriö.

SAMMANDRAG

HUR FAMILJEMEDLEMMAR TILL OFFER FÖR BROTT MOT LIV KLARAR SIG, DERAS MENTALA HÄLSA OCH ERFARENHETER AV STÖD OCH TJÄNSTER

■ I enkätstudien om familjemedlemmar till offer för brott mot liv deltog 131 familjemedlemmar, dvs. 44 procent av dem som fått enkäten åren 1999, 2004–2007. Deltagarnas genomsnittsålder var 47 år och av dem var 70 procent kvinnor och 30 procent män. Deltagarna besvarade självutvärderingsenkäter (IES-R, R-BDI, PSQI, HGRC, PG-I3) om posttraumatisk stresstörning, depression, sömnkvalitet, sorgereaktioner och förlängd sorg och utvärderade det stöd och de tjänster som de fått samt medias verksamhet.

Bland anhöriga led 37 procent av posttraumatisk stresstörning, 51 procent av depression och 42 procent av sömnstörningar. Åtta procent led av förlängd sorg. Hos 25 procent av dem hade en fysisk sjukdom och hos 35 procent en psykisk störning diagnostiserats efter att en familjemedlem dött till följd av brott mot liv. För de flesta (71 %) var familjen den viktigaste resursen när det gäller socialt stöd. I fråga om instanser för tjänster och hjälp var enkättagarna mest nöjda med begravningsbyrån (93 %), kyrkan (81 %), polisen (75 %), advokat- och rättshjälpsbyrån (75 %) och åklagaren (72 %). Statskontoret var deltagarna huvudsakligen missnöjda med. Nöjda med hälso- och sjukvården var 58 procent, med FPA 57 procent och socialväsendet 49 procent. I fråga om organisationernas verksamhet var 57 procent nöjda med Henkirikoksen uhrien läheiset ry, med Brottsofferjouren 51 procent och med Föreningen för Mental Hälsa i Finland 41 procent. Av dem som svarade upplevde 56 procent att de fått tillräckligt med professionellt stöd, hjälp och vård. Deltagarna var nöjda med de mentalvårdstjänster som de fått enligt följande: mentalvårdsbyrå 70 procent, hälsovårdscentral 55 procent, psykiatriskt sjukhus 50 procent, företagshälsovård 44 procent och kriscentral 44 procent. I nästan samtliga fall hade det rapporterats i media om dödsfallet till följd av brott mot liv (98 %). Detta hade försämrat hälsotillståndet för 36 procent av deltagarna.

Över hälften av de anhöriga har inte kommit över döden av en familjemedlem till följd av brott mot liv inom 2 – 10 år efter förlusten, utan lider fortfarande av en eller flera psykiska störningar. Vid sidan av traumatisk sorg och hälsorelaterade och sociala problem vållade brottet ekonomiska och andra förluster för de anhöriga. Ställningen för anhöriga i rättsprocessen upplevdes som svag och belastande. I samband med att man fick hjälp och vård var problemet att denna var slumpmässig och diskontinuerlig. Svårigheten med att få psykologisk hjälp ('samtalshjälp') upplevdes som ett problem. Även en stor del av dem som var nöjda med de mentalvårdstjänster de fått och vars vård redan hade avslutats hade enligt en kartläggning av symtom fortfarande psykiatriska störningar som fortsatt kräver vård. På basis av studien rekommenderas effektiverad och vidsträckt utveckling av tjänster för familjemedlemmarna till offren för brott mot liv.

Nyckelord:

mentala störningar, mentalvårdstjänster, anhöriga, brott mot liv, tjänster, psykosocialt stöd, screening, sociala konsekvenser, stress, sorg, traumarelaterad stress

SUMMARY

COPING OF FAMILY MEMBERS OF HOMICIDE VICTIMS, THEIR MENTAL HEALTH AND EXPERIENCES OF SUPPORT AND SERVICES

■ In 1999 and 2004–2007 131 family members participated in the questionnaire for family members of homicide victims, i.e. 44 per cent of those who had been sent the questionnaire. The mean age of the participants was 47 years, and 70 per cent of them were women and 30 per cent men. The participants replied to inquiries regarding self-assessment of traumatic stress disorder, depression, quality of sleep, sorrow reactions and prolonged sorrow disorder (IES-R, R-BDI, PSQI, HGRC, PG-I3) as well as evaluated the support and services they received and actions of the media.

Altogether 37 per cent of the family members suffered from traumatic stress disorder, 51 per cent from depression and 42 per cent from sleep disorders. Eight per cent suffered from prolonged sorrow disorder. Of them, 25 per cent had been diagnosed for a physical illness and 35 per cent for a psychiatric disorder after the death of their family member as a result of homicide. For the majority (71 %) the family was the most important provider of social support. As regards the providers of services and assistance the respondents were most satisfied with the undertaker's office (93 %), the church (81 %), the police (75 %), the law or legal aid office (75 %) and the prosecutor (72 %). The respondents were mostly dissatisfied with the State Treasury. The proportion of those satisfied with health services was 58 per cent, with the Social Insurance Institution 57 per cent and with social services 49 per cent. As regards NGOs 57 per cent were satisfied with the activities of the organisation for family members of homicide victims *Henkirikoksen uhrien läheiset*, 51 per cent with *Rikosuhripäivystys -Victim Support in Finland*, and 41 per cent with the Finnish Association for Mental Health. Altogether 56 per cent of the respondents experienced that they received enough professional support, help and care. The respondents were satisfied with the mental health services they were provided as follows: mental health office 70 per cent, health centre 55 per cent, psychiatric hospital 50 per cent, occupational health care 44 per cent and the crisis centre 44 per cent. The media covered almost all cases of deaths as a result of homicide (98 %). This had worsened the condition for 36 per cent of the respondents.

More than half of the family members did not recover from the homicide in 2 to 10 years after the loss of family member but continue to suffer from one or more mental health disorders. Besides traumatic sorrow and health and social problems the offence also causes family members financial and other losses. The position of the family members in the ensuing legal process was experienced to be weak and straining. The problem with getting help and care is that it is occasional and not continuous. One problem was the difficulty of obtaining psychological help (discussion help). Judging from the results of the symptom survey included in the study a major part of even those who were satisfied with the mental health services they had received and whose care had already been concluded still had psychiatric disorders that require psychiatric treatment. Based on the results of the study, prioritised, intensified and extensive service development is recommended for family members of homicide victims.

Key words:

family members, homicides, mental health disorders, mental health services, psychosocial support, screening, services, social impact, sorrow, stress, traumatic stress

SISÄLLYS

Tiivistelmät.....	3
I. Esipuhe	9
2. Tausta	11
2.1. Henkirikokset Suomessa	11
2.2. Rikosuhri.....	11
2.3. Henkirikosuhrin omaisen mielenterveys.....	12
2.3.1. Yleistä	12
2.3.2. Henkirikos traumaattisena stressikokemuksena.....	14
2.3.3. Suru ja pitkittyneen surun häiriö	15
2.4. Trauman ja menetyksen jälkeinen myönteinen kasvu.....	18
2.4.1. Trauman jälkeinen kasvu.....	18
2.4.2. Menetyksen jälkeinen kasvu.....	19
2.5. Tuki ja palvelut.....	21
2.5.1. Epävirallinen tuki	21
2.5.1.1. Luonnollinen sosiaalinen verkosto	21
2.5.1.2. Vertaistuki.....	22
2.5.2. Viranomaispalvelut.....	23
2.5.2.1. Viralliset palvelut.....	23
2.5.2.2. Poliisi ja oikeusjärjestelmä	24
2.5.2.3. Psykososiaalinen tuki ja palvelut.....	25
2.6. Media	26
3. Tutkimusasetelma ja menetelmät.....	27
3.1. Tutkimusasetelma, tutkittavat ja menetelmät.....	27
3.2. Eettiset näkökohdat.....	30
4. Tulokset.....	31
4.1. Tausta	31
4.2. Henkirikokseen liittyvät tekijät.....	32
4.3. Psykososiaaliset muutokset ja epävirallinen sosiaalinen tuki	35
4.3.1. Psykososiaaliset muutokset	35
4.3.2. Sosiaalinen tuki.....	37
4.4. Suru ja pitkittyneen surun häiriö	41
4.5. Traumaperäiset stressioireet, masennus, unen laatu ja oma arvio mielenterveydestä	42
4.6. Trauman jälkeinen kasvu.....	44
4.7. Ammatillinen toiminta, apu ja hoito.....	45
4.7.1. Poliisi, oikeusjärjestelmä, sosiaali- ja terveydenhuolto, koulu, kirkko ja järjestöt	45
4.7.2. Mielenterveyspalvelut.....	52
4.8. Media	56
4.9. Yhteenveto tuloksista	58
5 Johtopäätökset.....	60
6 Pohdinta	65
Kirjallisuus	67

I. ESIPUHE

”Vieläkin on vahva tunne, että olen kävellyt helvetin läpi turvallisuuden, välittämisen ja jaksamisen kannalta mitä yhteiskunta tarjoaa sellaisen tilanteen kanssa.”

- Henkirikoksen uhrin omainen

■ Henkirikoksen uhrien läheiset ry:n ja sosiaali- ja terveysministeriön ”Henkirikosuhrien perheiden selviytyminen: mielenterveydelliset ja sosiaaliset seuraukset sekä hoidon ja palveluiden merkitys” – hankkeen tavoitteena oli tutkia suomalaisten yksittäisten henkirikosten uhrien perheenjäsenten selviytymistä ja tuottaa kansainvälisesti vertailukelpoista tietoa henkirikosten vaikutuksista uhrien perheenjäseniin ja selviytymiseen yhteydessä olevista tekijöistä. Yksittäisten henkirikosten uhrien omaisia ei ole aikaisemmin tutkittu Suomessa. Henkirikoksen uhrien läheiset ry:n jäsenet ovat kokeneet, että he ovat rikoksen sekundaarisina uhreina huonossa asemassa oikeusprosessissa verrattuna rikoksen tekijöihin ja yhteiskunnallisen tuen ja palveluiden saajina verrattuna esimerkiksi suuronnettomuuksien ja joukkomurhien uhriin ja omaisiin ja näiden saamiin kohdennettuihin erityispalveluihin.

Vakavaan trauma ja menetys eivät suoraan johda mielenterveyshäiriöihin tai sairastumiseen, mutta traumaattinen suru ja voimakas stressi ovat riski terveydelle ja selviytymiselle. Riskejä lisäävät moninaiset sosiaaliset, psyykkiset ja vuorovaikutukselliset tekijät. Tieto on puuttunut sekä selviytymisestä ja häiriöistä että siitä, millaista apua ja tukea ensisijaisesti tarvitaan. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa haavoittavista ja suojelevista tekijöistä trauman ja perheenjäsenen menetyksen kokeneissa yksilöissä ja perheissä. Tavoitteena oli analysoida, miten perheenjäsenen henkirikoskuolema on yhteydessä uhrien omaisten psyykkiseen terveyteen ja työ- ja toimintakykyyn, läheissuhteisiin ja hyvinvointiin sekä kartoittaa kokonaisvaltaisesti henkirikoksen uhrien perheenjäsenten toimintakykyä ja terveyskäyttämistä, kuten terveys- ja mielenterveyspalvelujen käyttöä ja heidän kokemuksiaan niiden tehokkuudesta ja tarpeellisuudesta. Myös poliisin ja oikeuslaitoksen sekä sosiaalitoimen, kirkon ja järjestöjen palveluiden käyttöä ja niistä hyötymistä sekä median toiminnan vaikutuksia selviytymiseen haluttiin kartoittaa palvelujärjestelmän kehittämiseksi. Tavoitteena oli tulosten avulla luoda pohjaa varhaiselle, täsmälliselle ja tutkimusnäyttöön perustuvalla ennaltaehkäisylle ja hoito- ja kuntoutusinterventioille rikostrauman kokeneille sureville yksilöille ja perheille. Tutkimuksella saatava tieto palvelee läheisten tarpeita vastaavan auttamisen kehittämistä.

Vuosittain Suomessa kuolee henkirikoksen uhrina 125 ihmistä. Yhtä henkirikoksen uhria jää suremaan arviolta 4-6 perheenjäsentä, 500 – 750 suomalaista vuodessa. Henkirikosuhrien omaiset on viktimologiassa määritelty rikosuhreiksi. He ovat rikoksen sekundaariuhreja. Tutkimuksen kohteena olivat kaikki poliisin tulostietojärjestelmään tilastoidut vuosien 1999, 2004 - 2007 567 henkirikoksen uhrin aikuiset lähiomaiset. Tutkimuskyselyyn vastasi 131 omaista, joiden menetyksestä oli kulunut kahdesta kymmeneen vuoteen. Tutkimuksen tulosten mukaan henkirikoksesta aiheutuu omaisille psyykkisen kärsimyksen ohella materiaalisia ja immateriaalisia menetyksiä ja kielteisiä muutoksia. Pakollinen osallisuus oikeusprosessissa aiheuttaa monille selviytymistä hankaloittavaa vakavaa stressiä ja sekundaarista traumatisoitumista. Tulosten mukaan yli puolet omaisista kärsi traumaattiseen perheenjäsenen kuolemaan liittyvistä psykiatrista hoitoa vaativista psyykkisistä häiriöistä. Johtopäätöksenä on, että henkirikoksen uhrien perheenjäsenet ovat riskiryhmä, jonka psyykkisten ja sosiaalisten häiriöiden ja ongelmien ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan kuuluvaa käytännöllistä ja taloudellista tukea ja apua tulee tehostaa ja mielenterveyspalveluita kehittää tutkimusnäyttöön perustuvien hoitosuosittelujen mukaisesti. Selviytymisen tukemisessa keskeistä on myös poliisin, oikeuslaitoksen ja Valtiokonttorin toiminnassa arvioida ja kehittää omaisten asemaa ja palveluita rikosuhreina sekä henkirikosuhrin omaisen asemaa koskevan lainsäädännön arvioiminen ja kehittäminen. Viranomaisten ja järjestöjen kuten Henkirikoksen uhrien läheiset ry, Rikosuhripäivystys ja Suomen Mielenterveysseura ry yhteistyö on tärkeää palveluiden saavutettavuuden parantamisessa. Palveluiden kehittämiseksi tarvitaan myös

uusia tutkimuksia henkirikoksen uhrien perheistä ja perheenjäsenistä ja erityisesti perheiden lapsista ja nuorista.

Kiitän tutkimuksen ohjausryhmää, joka aktiivisesti ja ystävällisesti antoi tukea ja apua tutkimuksen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Ohjausryhmään kuuluivat sosiaali- ja terveysministeriön edustajina Lars Koltola ja Kari Vinni, Henkirikoksen uhrien läheiset ry:n edustajana Risto Räsänen, Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen edustajina Päivi Honkatukia ja Martti Lehti sekä tutkimuksen tieteellisenä ohjaajana Raija-Leena Punamäki Tampereen yliopiston psykologian laitokselta. Kiitän myös poliisin tulostietojärjestelmästä tutkimuksen osallistujien poimintaan liittyvästä avusta Juha Heleniusta Poliisiammattikorkeakoulusta ja Dart Center for Trauma & Journalism Suomen yhteyshenkilöä Klas Backholmia yhteistyöstä tutkimuksen mediaa koskevien kysymysten osalta. Erityisesti kiitän tutkimuksen tilastotieteellisestä asiantuntijatyöstä Helinä Hakkoa.

Suurin kiitos kuuluu kaikille Teille tutkimukseen osallistuneille omaisille, jotka jaksoitte vastata vaatimaan kyselylomakkeeseen palvellen tulevien kohtalontovereidenne auttamista ja annoitte arvokasta tietoa henkirikoksen uhrin omaisen selviytymisestä auttamisen ja palveluiden kehittämistyön perustaksi.

Tutkimuksessa esitetyt ajatukset ja mielipiteet eivät ole sosiaali- ja terveysministeriön virallisia kannanottoja, vaan edustavat tutkijan omia näkemyksiä ja katsantokantoja.

Soili Poijula

2. TAUSTA

2.1. HENKIRIKOKSET SUOMESSA

Henkirikosten määrä on Suomessa selvästi korkeampi kuin muissa Länsi-Euroopan maissa. Vuosittain henkirikoksen uhriksi joutuu keskimäärin 125 suomalaista, mikä on noin 2.5 uhrina 100 000 asukasta kohden. Henkirikokset liittyvät usein keski-ikäisten, työelämän ulkopuolella olevien miesten keskinäiseen alkoholinkäyttöön. Henkirikoksen uhri on yleisimmin tuttavain tai ystävän surmaama mies (44 % uhreista). Seuraavaksi yleisimmät uhrin ovat parisuhdekumppanin surmaama nainen (19 %) ja uhrille ennalta tuntemattoman henkilön surmaama mies (11 %). Henkirikoksista 4 prosenttia on naisen puolisoonsa kohdistamia ja 13 prosenttia muiden perheenjäsenten välisiä. Vuosina 2003 - 2007 alle 15-vuotiaisiin lapsiin kohdistuneissa henkirikoksissa 20 (67 %) lapsen surmaaja oli äiti, seitsemässä (17 %) isä ja kahdessa (17 %) veli. Vuosina 2003 - 2007 lapsi surmasi vanhempansa 25 henkirikoksessa. Vanhempien surmaajat yhtä lukuun ottamatta olivat miehiä. Muita perheväkivaltaan liittyviä henkirikoksia tehtiin yhteensä 14. Kolmessa henkirikoksessa surmattu oli sisar ja kolmessa veli. Seitsemässä henkirikoksessa vanhempi surmasi aikuisen lapsensa. Lisäksi tehtiin viisi henkirikosta, joissa uhrina oli etäisempi sukulainen tai sukulaisen puoliso ja kaikissa surmaaja oli mies. Näissä henkirikoksissa uhreista kuusi oli poikia ja tekijöistä kuusi oli isiä. Lisäksi Suomessa on 2000-luvulla tapahtunut neljä joukkomurhaa. Kolmasosaan henkirikoksista liittyy perhe- ja parisuhdeväkivalta. Valtaosa tapoista ja murhista (70 %) tapahtuu yksityisasunnoissa ja uhreista 40 prosenttia surmataan kotonaan. Noin joka viides henkirikos tehdään julkisilla paikoilla. Yleisimmät tekovälineet henkirikoksissa ovat teräase (38 %), väkivalta ilman välinettä (23 %), ampuma-ase 17 prosenttia ja tylppä ase 9 prosenttia. Suurimmassa osassa tapauksista (yli 80 %) henkirikoksen tekijän henkilöllisyys selvitetään vuorokauden kuluessa rikoksen ilmitulosta. Vuosien 2002 - 2007 aikana henkirikokseen epäillyistä 86 prosenttia vastaan nostettiin syyte ja 76 prosenttia tuomittiin rangaistukseen. Rangaistukseen tuomituista 93 prosenttia sai ehdottoman vankeusrangaistuksen (Lehti, 2010; Salmi, Lehti, Sirén, Kivivuori & Aaltonen, 2009).

2.2. RIKOSUHRI

Rikosuhriin käsitettä käytetään henkilöstä, ryhmästä tai kokonaisuudesta, joka on rikoksen seurauksena kärsinyt vahingoittumisen tai menetyksen. Vahinko voi olla fyysinen, psykologinen tai taloudellinen. Primaariuhrien lisäksi vahingoittuvat epäsuorat eli sekundaariset uhrin. Sekundaariuhrien lukumäärä on paljon primaariuhrien lukumäärää suurempi. Yhtä henkirikoksen uhriä jää suremaan arviolta 4 - 6 perheenjäsentä ja lisäksi vaihteleva määrä ystäviä ja läheisiä. Henkirikosuhrien omaisten asema rikosuhreina on ollut epäselvä, koska he eivät itse ole suoraan rikoksen uhreja. Omaisia on kuvattu piilossa olevaksi väestöryhmäksi, jonka tarpeet rikoksen uhrina valtio ja oikeusjärjestelmä on laiminlyönyt (Karmen, 2009; Rock, 2007; Amick-McMullen, Kilpatrick, Resnick, 1991; Rynearson, 1986). Henkirikoksista, tekijöistä ja henkirikosuhreista kerätään rutiininomaisesti tilastotietoa, kun puolestaan omaisia koskeva tieto puuttuu.

Rikoksen aiheuttamat ja sen jälkeen ilmenevät kielteiset fyysiset ja psyykkiset vaikutukset ovat yleisiä lähes kaikilla rikoksen uhreilla. Havaittuja vaikutuksia ovat fyysiseen terveyteen liittyen huonontunut terveydentila, lisääntynyt terveydenhuoltopalveluiden käyttö, lisääntynyt sairastavuus ja ennenaikainen kuolleisuus (Schnurr, Green, 2004). Yleisin (75 %) rikosuhreja koskeva ongelma on psykologiset vaikeudet, joihin kuuluvat pelko, ahdistuneisuus, hermostuneisuus, itsesyytökset, viha, häpeä ja univaikeudet. Nämä ongelmat liittyvät usein kroonisen traumaperäisen stressihäiriön kehittymiseen (Sebba, 1996). Rikoksen uhrin kärsivät myös itsetunnon ja luottamuksen menetyksestä (Strang, 2003). Uhrien tiedetään reagoivan siten, että usko omaan haavoittuvuuteen, käsitys maailmasta merkityksettömänä

ja käsittämättömänä ja itsensä näkeminen kielteisessä valossa lisääntyvät. Rikoksen uhriksi joutuminen voi vaikuttaa kielteisesti vanhemmuuteen ja työkykyyn. Se myös lisää työtömyyttä ja tuo ongelmia läheisiin ihmissuhteisiin (Hanson, Sawyer, Begle, Hubel, 2010; Yancey, Gabel-Hughes, Ezell & Zalkind, 1994). Väkivaltarikosten uhriksi joutumisen ja traumaperäisen stressihäiriön sekä depression, huumeriippuvuuden, paniikkihäiriön, ahdistuneisuushäiriöiden, agorafobian, sosiaalisen fobian, pakko-oireisen häiriön ja itsemurhan välillä on todettu yhteys (Bourdreaux, Kilpatrick, Resnick, Best & Saunders, 1998; Breslau, Davis, Andreski & Petersen, 1991; Kilpatrick & Acierno, 2003; Orth & Maercker, 2004; Resick, 1987; Salmon ym., 2004).

Henkirikosuhrien omaisten reaktiot ovat monessa suhteessa samanlaisia kuin muiden vakavien väkivaltarikosten uhrien, mutta ne voivat olla myös vakavampia ja monimutkaisempia (Ruback & Thompson, 2001; Zinzow, Rheingold, Hawkins, Saunders & Kilpatrick, 2009). Läheisen kuoleman vaikutus eroaa suoran väkivallan vaikutuksesta. Traumaattinen suru on elinikäinen prosessi (Shuchter & Zisook, 1993). Verrattaessa henkirikosuhrien perheenjäseniä muihin traumauhreihiin ja traumaa kokemattomiin, havaittiin, että huomattavalla osalla (26 %) heistä oli hoitoa vaativia psyykkisiä oireita ja että he kärsivät oireista todennäköisemmin kuin sosiodemograafisilta piirteiltään samankaltaiset traumauhrit ja traumaa kokemattomat. Perheenjäsenten oireilua lisääviä tekijöitä olivat 1) asuminen yhdessä uhrin kanssa henkirikoksen ajankohtana, 2) koettu läheisyys uhriin ja 3) uhrin tapaaminen säännöllisesti ennen henkirikosta (Thompson, Norris, Ruback, 1998). Muista rikosuhreista poiketen henkirikosuhrien omaiset joutuvat usein median ja rikosoikeusjärjestelmän voimakkaan tunkeutumisen kohteeksi. Perhesurmissa taas kuormittavat suhteet rikoksesta epäiltyihin perheenjäseniin (Hertz, Prothrow-Stith & Chery, 2005). Arvioitaessa väkivaltarikosten taloudellisia kustannuksia mukaan lukien kuoleman omaisille aiheuttamat psyykkiset vauriot yhden murhan kustannusten on Yhdysvalloissa arvioitu olevan 2.2 miljoonaa dollaria (Miller, Cohen & Rossman, 1993).

2.3. HENKIRIKOSUHRIN OMAISEN MIELENTERVEYS

2.3.1. Yleistä

Rikoksen uhriksi joutumisen seurausten vakavuutta arvioitaessa pääkriteerinä pidetään traumareaktioita. Psyykkisen trauman aiheuttajana on yleensä rasittava, järkyttävä ja poikkeuksellisen traumatisoiva tapahtuma, joka ylittää yksilön voimavarat ja voi käynnistää psykofyysisen prosessin. Traumaattisen tapahtuman stressaavuuteen vaikuttaa sen järkyttävyys, tapahtuman luonne ja laatu sekä trauman uhriin itseensä liittyvät tekijät. Järkyttävimpiin tapahtumiin kuuluu lähiomaisen väkivaltainen yllättävä kuolema, joka on ihmisen toiminnallaan aiheuttama ja loukkaa yksilön henkilökohtaista koskemattomuutta ja ihmisarvoa. Uhriin yksilönä liittyviä tekijöitä ovat henkilön aikaisemmat mielenterveysongelmat, traumaattiset kokemukset ja traumatisoituminen, persoonallisuuden ominaisuudet, ikä ja naissukupuoli sekä uhrin sosioekonominen asema ja sosiaalisen verkoston laatu ja laajuus (American Psychiatric Association, 2000; Brewin, Andrews, Valentine, 2000).

American Psychiatric Associationin (2000) DSM IV-tautiluokituksen mukaan traumaperäisessä stressihäiriössä henkilö on joutunut traumaattiseen tilanteeseen, jossa hän koki tai näki sellaisen tapahtuman, johon liittyi kuolema tai vakava loukkaantuminen taikka sellaisen uhka ja johon reaktiona oli voimakas pelko, avuttomuus tai kauhu. Henkilö kokee traumaattisen tapahtuman jatkuvasti uudelleen vähintään yhdellä nimetyllä tavalla, hänellä esiintyy traumaan liittyvää välttämistä ja yleisen reagointiherkkyyden turtumista vähintään kolmella nimetyllä tavalla. Hänellä esiintyy vähintään kaksi jatkuvaa kohonneen vireystilan oiretta. Oireet kestävät yli kuukauden ja häiriö aiheuttaa kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sosiaalisella, ammatillisella tai muulla tärkeällä toiminnan alueella. Häiriö on krooninen, kun oireet ovat kestäneet vähintään kolme kuukautta. Häiriö voi alkaa myös viiveellä, jolloin oireet alkavat yli kuusi kuukautta stressitekijän esiintymisen jälkeen.

Traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys väestössä on arviolta 5 – 11 prosenttia (Kramer, Green, 1997). Traumaperäinen stressihäiriö esiintyy jossakin elämänvaiheessa keskimäärin arviolta 7 - 8 prosenttia ihmisistä: naisilla esiintyvyys on 10,4 prosenttia ja miehillä 5,0

prosenttia. Erityisen vaikeiden stressitapahtumien jälkeen ilmaantuvuus voi olla paljon tätä suurempaa. Noin kolmasosalla häiriön saaneista se voi olla diagnostisoitavissa vielä vuosien kuluttua trauman aiheuttaneesta tapahtumasta (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson, 1995; Perkonig, Kessler, Storz, Wittchen, 2000; Brady, Killeen, Brewerton, Lucerini, 2000; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, Walters, 2005; Kramer, Green, 1997).

Trauman kokeminen lisää myös muun psyykkisen häiriön kehittymisen riskiä ja monihäiriöisyyttä, mikä on erittäin yleistä traumaperäisen stressihäiriön yhteydessä (McFarlane & Papay, 1992). Suurimmalla osalla (yli 80 %) traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivistä on ainakin yksi muu diagnostisoitavissa oleva psykiatrinen häiriö. Yleisimmät rinnakkaishäiriöt ovat erilaiset masennustilat (jopa 80-95 %:lla) sekä alkoholin väärinkäyttö tai alkoholiriippuvuus, yleistynyt tai muu ahdistuneisuushäiriö, lääkkeiden ja huumeiden väärinkäyttö tai riippuvuus näistä (Darves-Bornoz, ym., 2008; Maes, Mylle, Delmeire & Altamura, 2000; Joseph, Williams & Yule, 1997). Kahden rinnakkaishäiriön esiintyminen on yleistä. Traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivällä on myös usein ollut muu psyykinen häiriö ennen trauma (Brady, Killeen, Brewerton, Lucerini, 2000). On raportoitu, että traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsiviksi tunnistetut henkilöt eivät hakeudu mielenterveyspalveluihin yhtään todennäköisemmin kuin ne, joilla ei ole häiriötä (Horowitz, Zimmerman, Moulton, Mattia, 1996). Yleisin syy hoitoon hakeutumattomuuteen on se, ettei henkilö tunnista itsellään olevan häiriötä. Arviolta 38 prosenttia traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivistä henkilöistä saa hoitoa (Kessler, 2000).

Yleensä kapea-alaisen psykiatrisen oirekeskeisen poikkileikkaustutkimuksen sijaan on suositeltu tehtäväksi pitkän aikavälin laaja-alaista tutkimusta. Psykososiaalinen traumamalli korostaa ympäristön, yksilön ja sosiaalisten avainelementtien vuorovaikutusta yksilön oireiden kehittymisessä ja uhrin ajattelun välittävää roolia (Joseph, Williams & Yule, 1997). Diagnostoitavan häiriön ohella trauma-altistus voi aiheuttaa monia kielteisiä seuraamuksia muisti- ja ajattelutoimintaan (Gil, Calev, Greenberg, Kugelmass & Lerer, 1990), tunne-elämään, käyttäytymiseen ja sosiaalisuuteen. Pitkäaikaisvaikutukset ilmenevät kielteisinä käyttäytymisen muutoksina kuten työkyvyn heikentymisenä, päihteiden väärinkäyttönä, riskikäyttäytymisenä, ihmissuhdevaikeuksina ja väkivaltaisuuksina (Shalev, 2002). Traumaperäinen stressihäiriön tiedetään aiheuttavan samalla tavalla työkyvyttömyyttä kuin vaikean masennuksen (Wald, 2009). Traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivillä on 150 prosenttia suurempi todennäköisyys olla työtön verrattuna niihin, joilla ei ole traumaperäistä stressihäiriötä (Kessler, 2000).

Henkirikoksen jälkeisiin omaisen kokemuksiin vaikuttaa voimakkaasti hänen sosiaalinen ympäristönsä ja oikeusjärjestelmän ensisijaisuus. Mitätöivän sosiaalisen ympäristön ja omaisuhrien selviytymisyritysten sivuuttaminen on ollut yleistä psykiatrisissa oirekeskeisissä tutkimuksissa (Armour, 2002b). Henkirikosuhrien omaisten psykososiaalisia ongelmia lisääviä henkirikokseen liittyviä tekijöitä on todettu olevan seuraavien: 1) äkillinen, odottamaton kuolema, 2) kuoleman ennenaikaisuus, 3) kauheiden olosuhteiden todistaminen, 4) oma hengenvaara tai muu oman turvallisuuden menetyksen uhka, 5) syllisyys omasta hengissä selviytymisestä, 6) voimakas viha tai ambivalenssi ja 7) ihmisen aiheuttama kuolema (Parkes, 1993). Henkirikoksen uhrien omaisille tyypillistä on 1) mahdollinen taloudellinen stressi menetettyjen tulojen seurauksena ja muut uhrin asemaan liittyvät rahavaikkeudet, 2) vainajan ja hänen läheistensä leimautuminen ja 3) syllisyyteen ja vastuuseen liittyvät ongelmat, erityisesti jos uhri on lapsi ja vanhemmat kokevat vanhempana epäonnistumisen tunteita, koska eivät kyenneet suojelemaan lastaan (Masters, Friedman, Getzel, 1988). Henkirikos tehdään julkiseksi useammin kuin muut rikokset, mikä altistaa perheenjäsenet heidän yksityisasioidensa laajalle yhteisössä ja mediassa käsittelylle. Tavallisesti surussa käytettävissä olevat ihmissuhteet ovat koetuksella, varsinkin jos tekijä on ystävä tai perheenjäsen ja syntynyt epäluottamus voi aiheuttaa ristiriitoja sosiaaliseen verkostoon (Freeman, 1998). Pelolla voi olla voimakas vaikutus perheenjäseniin heidän kamppaillessaan murhaajan tarkoituksen kanssa. Perheenjäseniä voi hallita myös kostonhalu, johon liittyy valtava viha (Masters, Friedman, Getzel, 1988). Perheenjäsenten on pakko osallistua oikeusjärjestelmän toimintaan juuri silloin, kun he ovat emotionaalisesti haavoittuneimpia ja vähiten kykeneviä

käsittämään yksityiskohtia sekä voittamaan esteitä, joita tulee vastaan prosessin aikana (Amick-McMullan, Kilpatrick, Resnick, 1991). Perheenjäsenten subjektiivisten kokemusten keskeisiksi teemoiksi on tunnistettu seuraavat: 1) tämä on painajainen, josta ei herää, 2) tunnen, että ne, joista välitin, ovat pettäneet minut, 3) mitä oikeuksia minulla enää on, 4) kuuluminen johonkin lievittää vieraantuneisuuttani ja yksinäisyyttäni, 5) olen lopettanut asioiden entiselleen palautumisen odottamisen ja 6) voimakas merkityksen etsiminen on elämäni tarkoitus (Armour, 2002a).

2.3.2. Henkirikos traumaattisena stressikokemuksena

Empiiristä tutkimustietoa henkirikoksen vaikutuksista uhrin perheenjäseniin on olemassa vasta hyvin vähän (Amic-McMullan, Kilpatrick, Veronen, Smith, 2006; Armour, 2002b).

Yleensä tutkimuksissa traumaperäinen stressihäiriö määritellään DSM -tautiluokituksen kriteereiden mukaan (Amick-McMullan, Kilpatrick, Resnick, 1991). Vaikka henkirikosuhrien omaisen kokemus sisältää surun, se sisältää myös henkirikokseen liittyviä tunkeutuvia ajatuksia, henkirikokseen liittyvien ärsykkeiden välttelyä, fysiologista ylivireisyyttä, emotionaalista rasitusta ja sosiaalisen toimintakykyisyyden heikkenemistä. Koska nämä oireet eivät yleensä vähene ajan kuluessa, ne liittyvät enemmän traumaperäiseen stressihäiriöön kuin pelkästään suruun (Amick-McMullan, Kilpatrick, Resnick, 1991). Toisaalta traumaperäinen stressihäiriö ei yksinään riitä kuvaamaan omaisten selviytymistä, koska monet perheet kamppailevat kostofantasioiden, vihan ja pelon kanssa. Uhan ja pelon tunteet voivat olla jatkuvia ja hyvin todellisia (Feldman Hertz, Prothrow-Stith, Chery, 2005).

Henkirikosuhrien omaisilla on hoitoa vaativia mielenterveyshäiriöitä enemmän kuin muilla traumauhreilla tai henkilöillä, jotka eivät ole kokeneet traumaa (Thompson, Norris & Ruback, 1998; Poijula, 2004). Yhdysvalloissa tehdyssä henkirikosuhrien perheenjäseniä koskevassa pilottitutkimuksessa henkirikosuhrien omaisista suurimmalla osalla (66 %) oli hoitoa vaativan tason ylittäviä yleisiä psykiatrisia oireita vielä 2,5 vuoden kuluttua tapahtumasta. Tyytymättömyys oikeusjärjestelmään oli yhteydessä lisääntyneisiin masennus- ja ahdistuneisuusoireisiin (Amick-McMullan, Kilpatrick, Veronen & Smith, 2006). Amick-McMullanin ja työryhmän tekemän tutkimuksen mukaan 23 prosenttia henkirikosuhrien omaisista kehittyi traumaperäinen stressihäiriö ja 50 prosenttia omaisista ilmeni vähintään yksi traumaperäisen stressihäiriön oire. Tilastollisesti merkittävää yhteyttä henkirikoksesta kuluneen ajan ja traumaperäisten stressioireitten kokonaismäärän välillä ei havaittu. Tutkimus osoitti myös, että traumaperäinen stressihäiriö voi kehittyä, vaikka yksilö ei ole itse nähnyt henkirikosta. Omaisilla on todettu olevan lisääntynyt riski psykiatrisille oireille, he sairastavat vakavaa masennusta ja heillä on huumeiden väärinkäyttöä tai huumeriippuvuutta (Zinzow, Rheingold, Hawkins, Saunders & Kilpatrick, 2009; Lundin, 1984; Murphy, 1996; Thompson, Norris & Ruback, 1998). Henkirikosuhrien perheenjäsenistä 27 prosenttia menetti työpaikan (Mezey, Evans & Hobdell, 2002) ja puolet vanhemmista piti itseään työkyvyttöminä 4 kuukauden kuluttua kuolemasta (Murphy ym., 1999).

Tutkimusaineistossa, joka koostui lapsensa erilaisten väkivaltaisten kuolemantapausten (onnettomuus-, itsemurha- tai henkirikoskuoleman) seurauksena menettäneistä vanhemmista henkirikoksen ja traumaperäisen stressihäiriön välillä todettiin olevan tilastollisesti merkittävä yhteys. Prospektiivisessä tutkimuksessa havaittiin, että murhattujen lasten vanhemmat (21 % äideistä ja 14 % isistä) kärsivät traumaperäisestä stressihäiriöstä kaksi kertaa todennäköisemmin kuin muut vanhemmat kahden vuoden kuluttua lapsen kuolemasta. Kaikista traumaoireista ns. uudelleen kokemisen oireet olivat yleisimpiä (Murphy ym., 1999). Viisi vuotta lapsen väkivaltaisen kuoleman jälkeen traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys oli äideillä (27 %) noin kaksinkertainen verrattuna isiin (13%) ja myös yleisempää kuin keskimäärin väestössä (5 – 11 %). Traumaperäistä stressihäiriötä on todettu ennustavan saatu vähäinen sosiaalinen tuki ja vanhemman naissukupuoli. (Murphy, Johnson, Chung & Beaton, 2003).

Suomessa henkirikosten uhrien omaisista ei ole kerätty eikä julkaistu tilastotietoja rikosuhteina, eivätkä he ole olleet tieteellisen tutkimuksen kohderyhmänä. Poikkeuksena on Myyrmannin pommiräjähdyksen uhrien omaisia koskeva tutkimus, jossa joukkomurhan uhrien omaisten psyykkisiä oireita ja kokemuksia saaduista palveluista mitattiin 4 ja 13

kuukauden kuluttua tapahtumasta. Tutkimustuloksista ilmeni, että suurella osalla heistä oli traumaperäinen stressihäiriö (63 %) ja depressio (67 %). Kaksi omaista yhdeksästä kärsi komplisoituneesta surusta. Omaisten psyykkisten häiriöitten riski oli puolta suurempi kuin fyysisesti ja/tai psyykkisesti traumatisoituneiden henkiin jääneiden uhrien. Riskipistemäärät ylittävään oireiluun liittyivät riittämättömiksi koetut mielenterveyspalvelut ja taloudelliset menetykset (Poijula, 2004).

2.3.3. Suru ja pitkittyneen surun häiriö

Normaalissa surussa sureva henkilö kykenee kohtaamaan ja myöntämään kuoleman tosiasian. Sureva ei tunne äärimmäistä yksinäisyyttä tai tyhjiyttä menetyksen jälkeen. Hän kykenee tuntemaan tunneyhteyttä muihin ja kokee, että elämällä on yhä tarkoitus ja merkitys. Menetyks ei ole murttanut tunnetta minuudesta, omasta pätevyydestä ja luottamusta toisiin. Sureva ei ole äärimmäisen vihainen menetyksen vuoksi ja sopeutuu elämään kuolleen poissa ollessa. Hän tuntee surua menetyksestä ja kaipaa kuollutta, erityisesti ensi kuukausina, mutta kokee asteittaisen palautumisen kyvyssään panostaa uusiin harrastuksiin, toimintoihin ja ihmisuhteisiin. Hän ei kärsi voimakkaista ja sitkeistä traumaattisen surun oireista. Hän näyttää kykenevän sopeutumaan uusiin olosuhteisiin ilman ylivoimaista vaikeutta (esim. Schuchter, & Zisook, 1993; Stroebe, Hansson, Schut & Stroebe, 2008).

Tutkimuksessa, jossa analysoitiin surevien resilienssiä (kyky itsensä tasapainottamiseen ja vähäinen oireilu ajan kuluessa) todettiin, että surevat henkilöt jakautuvat neljään pääreagointitapaan: 1) toipuminen, 2) resilienssi, 3) krooninen dysfunktio ja 4) viivästyneet reaktiot. Puolet surevista on resilienttejä. Suruun liittyviä resilienssitekijöitä ovat yksilöön liittyvät tekijät (temperamentti, persoonallisuus, selviytymisstrategiat), demograafiset tekijät (mies-sukupuoli, ikä, koulutus) ja sosiokulttuuriset tekijät (tukea antavat ihmissuhteet, yhteisön resurssit). Suhteellisen suuri alaryhmä surevista (noin 20 %) ei tunne syvää surua heti kuoleman jälkeen eikä myöhemmin, vaikka olisi menettänyt oman lapsensa (Bonanno & Kaltman, 2001). Psyykkinen resilienssi on tärkeä adaptiivisessa reagoinnissa läheisen väkivaltaiseen kuolemaan. Verrattuna luonnolliseen kuolemaan resilienssinsä säilyttävien omaisten osuus on pienempi väkivaltaisen kuoleman jälkeen (Bonanno, 2006). Yleisesti henkilöillä, jotka näyttävät sopeutuvan parhaiten stressaavissa kokemuksissa, on käytettävissä monenlaisia selviytymisstrategioita ja resursseja, mikä antaa enemmän joustavuutta traumaattisen tapahtuman vaatimuksista selviytymiseen (Aldwin, 2007; Silver & Wortman, 1980). Surutyö-käsitettä on käytetty psykologisesta prosessista, jossa perheenjäsen siirtyy henkirikoksen uhrin jatkuvasta ajattelemisesta tuskallisten menetyskokemukseen liittyvien muistojen kautta lopulta trauman integroimiseen (Parkes, 1975).

Nancy Hoganin muodostamassa perheenjäsenten surua koskevaan laadulliseen tutkimukseen perustuvassa surumallissa suru koostuu useasta ulottuvuudesta. Ydinsurun muodostavat epätoivon ja irrallisuuden faktorit. Traumaattiseen suruun kuuluvat ydinsurun lisäksi paniikkikäyttäytyminen (traumaperäiset reaktiot) sekä syyttäminen ja viha. Kuolemasta kuluneen ajan myötä surun reaktioiden voimakkuus vähenee (Hogan, Greenfield & Schmidt, 2001; Laakso, 2000; Yildirim, 2003).

Omaisista koskevissa tutkimuksissa kuoleman aiheuttaman surun on todettu lisäävän sairastavuutta ja kuolleisuutta (Li, Precht, Mortensen & Olsen, 2003). Suru voi olla fyysisen tai psyykkisen sairauden syy. Suurella osalla surevista elämänlaatu, hyvinvoinnin tunne ja toimintakyky heikkenevät (Stroebe & Stroebe 1983). Nuorilla leskillä on todettu olevan enemmän vakavia ruumiillisia terveysongelmia 2 vuotta puolison kuoleman jälkeen kuin muilla samanikäisillä (12 % vs. 3 %). Masennuksesta kärsii vuoden kuluttua puolison kuolemasta 16 prosenttia leskistä (Zisook & Schuchter, 1991). Traumaperäistä stressihäiriötä sairastaa ensimmäisen kahden vuoden aikana 8 prosenttia puolisoista (Schut ym., 1991) ja komplisoituneesta surusta kärsii 5 – 33 prosenttia leskistä akuutin surun aikana (Middleton ym., 1998). Menetyksen ja akuutin surun tiedetään lisäävän riskiä sairastua vakavaan masennukseen, ahdistushäiriöihin ja traumaperäiseen stressihäiriöön. Suhteen läheisyys lisää psyykkisiä ongelmia ja selviytymisvaikeuksia (Wood Harper, & Voigt, 2007). Itsesyytökset ja tapahtumalle annettu kielteinen merkitys ovat myös psykopatologisten riskien taustalla. Kokemuksen

jakaminen toisten kanssa ja tapahtuman oikein ajoitettu ja mielekäs käsittely voivat kuitenkin estää mielenterveydelliset ongelmat (Acierno ym., 2007). Surevia vanhempia koskeneessa 4 ja 9 vuoden seurantatutkimuksessa havaittiin, että surun läpityöskentely oli yhteydessä terveydentilaan. Läpityöstämätön suru ilmeni psyykkisen ja fyysisen terveyden huonontumiseen. Isille oli tyypillistä lisääntynyt unihäiriöiden riski ja äideille lääkarissäkäyntien ja sairauslomien määrän lisääntyminen (Lannen, Wolfe, Prigerson, Onelov & Keickergs, 2008).

Mielenterveyshäiriöiden riskit ovat suuremmat, jos läheisen kuolema on ollut väkivaltainen, äkillinen tai odottamaton. Kuoleman väkivaltaisuus on vakavin häiriön riskitekijä (Kaltman & Bonanno, 2003). Viiden vuoden kuluttua lapsen traumaattisesta kuolemasta noin 60 prosenttia vanhemmista kärsii yleisestä psyykkisestä pahoinvoinnista, 34-52 prosenttia traumaperäisestä stressihäiriöstä ja 57-87 prosenttia komplisoituneesta surusta Inventory of Complicated Grief – itsearviointikyselyllä mitattuna (Dyregrov, Nordanger & Dyregrov, 2000). Lähes 70 prosentilla vanhemmista kesti kolmesta neljään vuotta saada etäisyyttä lapsensa kuolemaan ja jatkaa omaa elämäänsä (Murphy, Johnson, Wu, Fan & Lohan, 2003). Tutkimuksessa, jossa aineistona oli äkillisen kuoleman vuoksi lapsensa menettäneet äidit, henkirisuhrien äitien suru erosi muilla tavoilla kuolleiden lasten äitien surusta siten, että muilla syyttämisen ja vihan reaktiot vähentyivät ja lieventyivät ajan kuluessa, mutta henkirisuhrien äideillä syyttämisen ja vihan reaktiot olivat voimakkaita vielä yli kolmen vuoden kuluttua lapsen kuolemasta (Hogan ym., 2001).

Englantilaiselta Victim Support – järjestöltä vuosina 1997 - 98 apua saaneiden henkirisuhrien omaisia koskevaan tutkimukseen osallistui 35 uhrin perheenjäsentä (89 % naisia, 11 % miehiä) noin 10 kuukautta henkirisuon kuoleman jälkeen. Perheenjäsenillä todettiin olevan korkea traumaperäisten stressioireiden taso. Lisäksi suuri osa heistä (80 %) kärsi yleistyneistä psyykkisistä oireista ja psyykenlääkkeiden käyttö oli lisääntynyt. Uhrien perheenjäsenillä ilmeneviä muita kielteisiä muutoksia olivat tupakoinnin sekä vihan ja ärtyisyyden lisääntyminen ja työpaikan menetykset. He olivat hakeneet tukea, apua tai hoitoa perheenjäseniltään ja ystäviltään (77 %), yleislääkäriltä (66 %), vertaistukiryhmästä (28 %) ja suruneuvojalta (20 %). Juuri ketään heistä ei ollut ohjattu mielenterveyspalveluihin ja vain 31 prosenttia apua hakeneista oli saanut lähetteen mielenterveyspalveluihin tai sai hoidossa. Psyykenlääkitys oli määrätty 56 prosenttia (Mezey, Evans & Hobdell, 2002).

Surun patogeneesimallin mukainen tutkimus on tuottanut tietoa siitä, miten sureaktiot kehittyvät ja mitkä tekijät vuorovaikutuksessa määräävät surevan havaittujen responsien kirjon, johon kuuluvat fyysiset, emotionaaliset, psykologiset, sosiaaliset ja spirituaaliset faktorit (Gamino, Sewell, Easterling, 2000). Tavoitteena on ollut, että klinikko voi mallin avulla paremmin ymmärtää apua hakevia surevia henkilöitä ja auttaa heitä tunnistamaan ja ymmärtämään ajatuksiaan, tunteitaan ja reaktioitaan. Tämän ymmärryksen perusteella on mahdollista suunnitella tehokkaita interventiostrategioita erityisiin vaikeuksiin surussa kuten vääristyneet uskomukset, laantumattomat tunnetilat tai sosiaalinen eristäytyneisyys. Patogeenisen mallin mukaan vahvimmat surun tunteen ennustajat olivat situationaaliset tekijät: traumaattinen kuolema, kuolleen nuori ikä ja käsitys kuoleman ehkäistävyydestä. Myös omaisen mielenterveyshoitojen historia ja suurempi menetysten määrä liittyivät voimakkaampaan surun aiheuttamaan kärsimykseen (Gamino, Sewell, Easterling, 2000).

Reaktiot menetykseen ovat yhtä monenlaisia ja monitasoisia kuin surevat ovat itse, mutta pääosa ihmisistä kokee voimakkaita tunteita, kognitiivista epätasapainoisuutta ja toimintakyvyn huonontumista ainakin lyhyen aikaa (Bonanno & Kaltman, 2001). Suurin osa surevista toipuu ajan kuluessa ilman ammatillista apua, kun taas osa tarvitsee hoitoa toipuakseen (Bonanno, Wortman & Nesse, 2004). Läheisen kuolema voi aiheuttaa psyykkisiä ja fyysisiä oireita, jotka voivat osoittautua jopa fataaleiksi (Prigerson ym., 1997). Komplisoitunut suru tai pitkittyneen surun häiriö on mielenterveyshäiriö, jota on ehdotettu sisällytettäväksi DSM-V ja ICD-11 -tautiluokitukseen (Prigerson, Vanderwerker & Maciejewski, 2008). Komplisoituneen tai pitkittyneen surun häiriön erityispiirteitä ovat kuolleen henkilön jatkuva voimakas ikävöinti ja kaipaaminen, häiritsevät jatkuvat kuollutta henkilöä koskevat ajatukset ja muistot, henkilön kuolemasta muistuttavien tekijöiden välttely, joukko kielteisiä tunteita, joihin kuuluu kuolemaan liittyvä syvä suru, itsesyytökset, katkeruus tai viha ja kyvyttömyys kokea mielihyvää

tai iloa tärkeiden toimintojen tekemisestä tai läheissuhteissa. Komplisoituneen surun häiriöstä voi kärsiä arviolta 10 prosenttia surevista henkilöistä (Shear, 2009). Valkoihoisista amerikkalaista noin 12 prosenttia ja afroamerikkalaisista 21 prosenttia kärsii pitkittyneen surun häiriöstä Prolonged Grief Inventorylla mitattuna. Afroamerikkalaisilla pitkittynen surun häiriön riski on suurempi kuin valkoihoisilla amerikkalaisilla. Äkillisen ja yllättävän kuoleman todettiin ennustavan pitkittyneen surun häiriötä enemmän kuin rodun/etnisyyden (Goldsmith, Morrison, Vanderwerker & Prigerson, 2008). Komplisoitunutta tai pitkittynyttä surua koskevat tutkimukset osoittavat, että surevan kärsimys eroaa tavanomaisista mielenterveyshäiriöistä kuten masennus tai traumaperäinen stressihäiriö (mm. Boelen & Prigerson, 2007). Pitkittyneen surun häiriötä ennustaa kiintymyssuhde menetettyyn ihmiseen (Johnson, Zhang, Greer & Prigerson, 2007). Vanhemmat (ja ehkä lapset) näyttävät kärsivän eniten pitkittyneen surun häiriöstä, kun taas sisaruksilla ja muilla sukulaisilla pitkittyneen surun häiriön esiintyvyys on pienempää riippuen kuitenkin siitä, millainen kiintymyssuhde henkilöiden välillä on ollut (Prigerson, 2010). Pitkittyneen surun häiriötä voidaan mitata Prigersonin ja Maciejewskin kehittämällä Prolonged Grief Disorder (PG – 13) – itsearviointikyselyllä (Prigerson, ym., 2009). Aikaisemmin komplisoituneen surun tutkimuksissa käytettiin Inventory of Complicated Grief (ICG) –itsearviointikyselyä (Prigerson ym., 1995). Boelenin ja Prigersonin (2007) tutkimuksessa, jossa aineistona oli 346 surevaa henkilöä 6 kuukauden ja kahden vuoden kuluttua läheisen kuolemasta, pitkittyneen surun häiriön todettiin olevan erillinen depressiosta ja ahdistuneisuudesta ja sen havaittiin heikentävän surevien elämänlaatua ja mielenterveyttä. Bonannon tutkimusryhmä (2007) on vertaillut surun, masennuksen ja traumaperäisen stressihäiriön oireita 4 ja 18 kuukauden ja 2.5 – 3.5 vuoden kuluttua menetyksestä. Suru oli selvin toimintakykyä ennustava tekijä sekä poikkileikkauksellisessa että prospektiivisessä tutkimuksessa, kun mahdollinen depressio ja traumaperäinen stressihäiriö oli kontrolloitu tilastollisissa analyyseissä. Bonannon työryhmän mukaan tulokset tukevat komplisoituneen surun validiteettia riippumattomana suruun liittyvän patologian merkinä. Komplisoituneen surun ja depression erillisyyttä tukee tutkimushavainto, jonka mukaan komplisoituneesta surusta kärsivillä naisilla aivojen palkkiokeskusten aktivaatio lisääntyy altistettaessa ärsykeille, jotka muistuttivat kuolleesta (O'Connor ym., 2008).

Pitkittyneen surun häiriön olemassaoloa omana ilmiönä, sen eroavuutta normaalista surusta ja jo olemassa olevista mielenterveyshäiriöiden diagnooseista ei ole kuitenkaan vielä tutkittu laajasti. Joukko surututkijoita ja klinikoita on ilmaissut huolestumisensa komplisoituneen surun sisällyttämisestä tautiluokitukseen ennen kuin kriteerit on riittävästi empiirisesti validoitu (Parkes, 2005-2006; Hogan, 2002; Stroebe ym., 2000; Stroebe, Schut, & Finkenauer, 2001; Worden & Hogan, 2001). Osa surututkijoista epäilee, ettei patologista surua voi pitää tautiluokkana, joka olisi itsenäinen ja eroaisi muista jo olemassa olevista mielenterveyshäiriöiden muodoista. He pitävät surua kokonaisuutena, jossa on eri ulottuvuuksia ja reaktioiden voimakkuuksia mutta ei erillistä suruhäiriötä. (Hogan, Worden & Schmidt, 2003-2004, Schaal, Elbert, Neuner, 2009). Schaal, Elbertin ja Neunerin (2009) tutkimuksessa 40 leskestä, jotka olivat menettäneet miehensä Ruandan kansanmurhassa vuona 1994, 12,5 prosenttia täytti pitkittyneen surun diagnoosin kriteerit ja 40 prosenttia täytti vakavan masennuksen kriteerit. Nämä kaksi oireyhtymää olivat voimakkaasti yhteydessä toisiinsa. Tutkimuksessa ei löydetty diskriminanttivaliditeettia kahden eri rakenteen välillä, minkä katsottiin olevan merkki siitä, että pitkittynyt suru voi olla depression ilmentymä pikemmin kuin erillinen sairauskokonaisuus. Hoganin, Wordenin ja Schmidtin (2003-2004) mukaan komplisoituneen surun diagnoosin kriteerien pitäisi edustaa epätyypillistä surua, mutta heidän tutkimuksensa mukaan komplisoituneen surun oireryypät olivat päällekkäisiä normaalia surua mittaavan Hogan Grief Reaction Checklistin (HGRC) surun faktoreiden kanssa. Tämä voi osoittaa, että sekä HGRC että ICG mittaa hyvin samanlaista ilmiötä. On esitetty, että normaali suru ja komplisoitunut suru eivät ehkä ole erillisiä kokonaisuuksia, vaan saman ilmiön elementtejä ja ero on reaktion voimakkuudessa (Goodkin et al., 2005-2006). Hogan Grief Reaction Checklistissä matalia pistemääriä saaneet on määritelty adaptiivisiksi sureviksi ja korkeita pistemääriä saaneet maladaptiivisiksi sureviksi (Gamino, Sewell ja Eaterling, 2000).

Henkirikosuhrien omaisten surun tiedetään olevan syvempää, pitkäkestoisempaa ja monimutkaisempaa kuin normaalin surun (Sprang, McNeil & Wright, 1989). Henkirikoskuolema eroaa luonnollisesta kuolemasta kolmella tavalla. Kuolema on 1) väkivaltainen. Sen aiheuttaa voimakas, äkillinen traumaattinen teko. 2) Kuolema on vahingoittava. Sen aiheuttaa vahingoittava teko. 3) Kuolema on tarkoituksellinen. Sen aiheuttaa tahallinen teko. Väkiältä, vahingoittaminen ja tarkoituksellisuus on yhdistetty oireisiin, joita ovat 1) traumaperäisen stressihäiriön oireet, 2) uhriutumisen (raivo ja petetyksi tulemisen tunne) ja 3) pakonomainen psykologinen ja sosiaalinen tarve selvittämiseen ja rankaisemiseen (Ryneerson, 1994). Henkirikosuhrin omaisen suruun liittyy tekijöitä, jotka lisäävät pitkäkestoisten psyykkisten ongelmien riskiä. Itseen vahvistaviin noidankehiin kuuluvat traumaperäiset stressihäiriöt, ahdistuneisuustilat, paniikkihäiriöt, obsessiivinen kostonhakuisuus ja masennus (Parkes, 1993). Surun aiheuttama stressi yksinään ei ole pitkäaikaisten mielenterveyden ja fyysisen terveyden häiriöiden ja kielteisen terveyskäyttäytymisen riskitekijä, vaan pikemminkin traumaattinen suru (Prigerson ym., 1997). Henkirikosuhrin omaisen suru on monimutkainen. Surussa tyypillisiä ovat pitkittyneet sururesponssit sekoittuneena voimakkaisiin trauma-responsseihin. Suru syntyy menetyksestä, trauma itse kauheasta kuolemantapahtumasta. Omaiset uhriutuvat kahdesti, ensin rikoksesta ja sitten järjestelmästä. Sopeutumista vaikeuttaa perheen joutuminen pakosta osallistumaan poliisitutkintaan, oikeusprosessi ja mediaraportointi (Ryneerson, 1994). Monille perheille surun ja vihan käsittely ei ole mahdollista ennen kuin oikeusprosessi on päättynyt. Yleisimmät henkirikosuhrin omaisten reaktiot ovat seuraavat: 1) sokin ja turtuneisuuden tunteet, 2) rakkaan ihmisen kuoleman jatkuva ajatteleva, 3) huoli murhan raakuudesta tai uhrin kärsimyksestä, 4) viha tekijää kohtaan, 5) halu tietää kuoleman yksityiskohdat, 6) ruokahalun väheneminen tai lisääntyminen, 7) unen häiriöt, 8) niin voimakkaat masennuksen tai toivottomuuden tunteet, että sureva kokee epätodelliseksi oman elämänsä ja 9) kyvyttömyys olla ajattelematta kuolemaa (Rinear, 1988). Sprangin työryhmän tekemän henkirikosuhrien omaisiin kohdistuneeseen tutkimukseen osallistui 101 satunnaisotannalla valittua ja vertaistukiryhmiin osallistunutta perheenjäsentä, joiden keski-ikä oli 37 vuotta ja joista puolet oli naisia. Tutkimustulosten mukaan voimakkaasti surevia olivat naiset, jotka olivat naimattomia, pienituloisia, käyttivät vähän tai epäsäännöllisesti sosiaalista tukea ja olivat uskonnollisempia. Iällä, aikaisemmilla läheisen kuoleman kokemuksilla ja kuolemasta kuluneella ajalla ei ollut merkittävää yhteyttä suruun. Miehillä surun voimakkuuden suuruuteen liittyivät vähäinen sosiaalinen tuki ja lyhyt aika kuolemasta (Sprang, McNeil, Wright, 1992-93).

2.4. TRAUMAN JA MENETYKSEN JÄLKEINEN MYÖNTEINEN KASVU

2.4.1. Trauman jälkeinen kasvu

Trauman jälkeinen kasvu on kokemus myönteisestä kasvusta, jota ilmenee seurauksena äärimmäisen vaikeiden elämäntilanteiden kanssa kamppailusta. Se ilmenee monilla tavoilla kuten yleisensä elämän lisääntyneenä arvostamisena, merkityksellisimpinä ihmissuhteina, oman vahvuuden tunteen lisääntymisenä, prioriteettien muuttumisena ja rikkaampana eksistentiaalisena ja spirituaalisena elämänä. Trauman jälkeisen kasvun mallissa tärkeässä asemassa ovat yksilölliset ominaisuudet, tuki sekä itsensä ilmaiseminen ja kognitiiviset prosessit, mukaan lukien kognitiiviset rakenteet, joita traumaattiset tapahtumat uhkaavat tai mitätöivät (Tedeschi, Calhoun, 2004).

Trauman kokeneiden perusparadoksi on se, että koetut menetykset ovat tuottaneet jotakin arvokastakin. Toinen paradoksi on se, että trauman kokeneet kokevat olevansa aikaisempaa haavoittuvampia, mutta vahvempia. He kärsivät tavoilla, joita eivät kykene itse kontrolloimaan tai estämään. Samanaikaisesti heidän kokemuksensa omista selviytymisvoimavaroista ja selviytymisestä vahvistuvat. Trauman kokeneilla on tarve puhua traumaattisesta tapahtumasta, mikä panee ihmissuhteet koetukselle. He voivat myös huomata muuttuneensa kykenevämmiksi läheisyyteen ja että he ovat myötätuntoisempia toisia elämän vaikeuksia kokeneita kohtaan. Trauman kohdanneet joutuvat muita todennäköisemmin vastakkain perustavien eksistentiaalisten kuolemaa ja elämän tarkoitusta koskevien kysymysten kanssa. Yleinen muutos on elämän

pienien asioiden arvostaminen ja tärkeät muutokset uskonnollisilla, henkisillä, hengellisillä ja eksistentiaalisilla elämän filosofioiden alueilla. Spirituaalisen tai eksistentiaalisen kysymyksen työstämisen jälkeen elämänfilosofia on kypsempi, tyydyttävämpi ja merkityksellisempi. Omien uskomusten kyseenalaistamisen ajanjakso johtaa siihen, että eksistentiaaliset tai spirituaaliset kysymykset muuttuvat selkeämmiksi ja vähemmän abstrakteiksi. Vaikka pitäviä vastauksia trauman herättämiin kysymyksiin – miksi traumaattisia tapahtumia sattuu, mitä merkitystä elämälläni on nyt, kun tämä trauma on tapahtunut, miksi jatkaisin kamppailua—ei välttämättä löydy, näiden kysymysten kanssa kamppailu tuottaa usein tyydytystä traumasta selviytyville siten, että he kokevat elämän syvemmän tiedostamisen tasolla. Oman trauman ja sen seurausten reflektointi on usein epämiellyttävää, vaikka välttämätöntä elämän kertomuksen uudelleen rakentamisessa ja laajemman perspektiivin luomisessa elämiseen, joka mukautuu vaikeisiin olosuhteisiin (Tedeschi, Calhoun, 2004).

Traumaattinen tapahtuma järkyttää maanjäristyksen tavoin uskomuksia maailmasta ja omasta paikasta maailmassa sekä oman arjen mielekkyyden kokemusta. Uskomusten uudelleenrakentaminen kokemuksesta opitaan tuskalla. Yksilön kognitiiviseen trauman prosessointiin voi olla avuksi sisäisistä prosesseista toisille kertominen sosiaalista tukea antavassa ympäristössä. Metakognitio tai oman traumaattisen tapahtuman prosessoinnin tarkastelu voi olla jossakin vaiheessa mahdollista ja ihminen ymmärtää käyttäneensä aikaa suurien muutosten tekemiseen itsensä ja oman elämän ymmärtämisessä. Tästä tulee osa omaa elämäkertomusta ja se sisältää uuden, kehittyneemmän elämäntapahtumien ymmärtämisen arvostamisen (Tedeschi, Calhoun, 2004).

Ydinasiat trauman jälkeisessä kasvussa ovat seuraavat: 1) Trauman jälkeistä kasvua esiintyy kärsimyksen ja voimakkaan psykologisen kamppailun yhteydessä. Kasvuun ei pitäisi keskittyä trauman aiheuttamaa tuskaa ja kärsimystä kohtaan koetun empatian kustannuksella. Useimmilla trauman kokeneilla trauman jälkeinen kasvu ja kärsimys esiintyvät rinnakkain ja kasvu syntyy selviytymiskamppailusta, ei traumasta itsestään.

2) Trauma ei ole välttämätön kasvulle. Ihmiset voivat kypsyä ja kehittyä ilman tragedian tai trauman kokemista. 3) Trauma ei ole ”hyvä”. Elämäkriisit, menetykset ja traumat eivät ole toivottuja. 4) Trauman jälkeinen kasvu ei ole universaali eikä väistämätön. Vaikka suuri osa vaikeita elämäntilanteita kokeneista kokee trauman jälkeistä kasvua, on myös merkittävä osa ihmisiä, jotka eivät koe kasvua tai kokevat sitä vain vähäisesti kamppaillessaan trauman kanssa. Trauman jälkeinen kasvu ei ole toipumisen edellytys (Tedeschi, Calhoun, 2004). Korkea-asteisen resilienssin (traumaperäisen stressihäiriön puuttuminen) on todettu olevan yhteydessä vähäiseen traumanjälkeiseen kasvuun. Vaikka kasvu ja resilienssi molemmat ovat salutogeenisiä eli terveyslähtöisiä rakenteita, ne ovat käänteisessä yhteydessä toisiinsa (Tedeschi & Calhoun, 2004; Levine, Laufer, Stein, Hamama-Raz & Solomon, 2009).

Trauman jälkeisen myönteisen kasvun mittaamista varten Tedeschi ja Calhoun (1996) ovat kehittäneet traumanjälkeisen kasvun kyselyn (the Posttraumatic Growth Inventory, PTGI). Asteikkoa käytetään arvioimaan kuinka trauman jälkeen selviytyvät yksilöt onnistuvat rekonstruoimaan tai vahvistamaan havaintojaan itsestä, toisista ja tapahtumien merkityksestä. Traumaattisia tapahtumia kokeneet raportoivat yleensä enemmän myönteistä muutosta kuin henkilöt, jotka eivät ole kokeneet poikkeuksellisia tapahtumia. Traumanjälkeisen kasvun kysely liittyy optimismiin ja ekstraversioon. PTGIN pistemäärän on raportoitu korreloivan positiivisesti myös uskovaisuuden ja kaikkien peruspersoonallisuuspiirteiden paitsi neuroottisuuden kanssa. Naiset pyrkivät raportoimaan enemmän hyötyjä kuin miehet. Iän, tapahtumasta kuluneen ajan ja PTGI-pisteiden välillä ei ole havaittu yhteyttä (Tedeschi & Calhoun, 1996). Itsekunnioitus on yhteydessä PTGI:n kasvun pistemääriin surevilla vanhemmilla (Engelkemeyer, Marwit, 2008). Henkirikosuhrien vanhempien itsekunnioitus oli kaikista heikoin verrattuna onnettomuuden tai sairauden vuoksi lapsensa menettäneisiin vanhempiin (Matthews, Marwit, 2003-2004).

2.4.2. Menetyksen jälkeinen kasvu

Surun henkisen kasvun malli kuvaa läheisen menetystä seuraavia laadullisia muutoksia (Hogan & Schmidt, 2002). Menetyksen jälkeinen kasvu tarkoittaa arvojärjestelmän muutosta, läheisten

arvostamisen lisääntymistä ja välittävää ja myötätuntoista suhtautumista. Sillä oletetaan olevan yhteys toipumiseen ja sitä pidetään tärkeänä parantumisprosessissa. Ihminen voi surra läheisen menetystä koko loppuelämänsä, mutta menetyksen merkittävyys muuttuu ajan kuluessa (Hagman, 2001). Vaikeista elämän tapahtumista voi seurata jotakin myönteistä. Kun kuolema riistää perusturvallisuuden, seuraa eksistentiaalinen kriisi. Sureva luo uuden merkityksen ole-massaololle ja integroi kuolemantapauksen jatkoelämäänsä. Franklinin (1959, 1978) mukaan kasvumuutos tarkoittaa, että kun emme kykene muuttamaan tilannetta, haasteenamme on muuttaa itseämme. Ihmiset voivat aikaansaada kärsimyksestä suuremman merkityksen ja löytää merkityksen ja päämäärän huolimatta kauheasta menetyksestä. Ensisijainen ihmistä motivoiva voima on merkitys/tarkoitus omassa elämässä. Sureva luo itse oman todellisuutensa ja kasvu liittyy haluun luoda mielettömästä jotakin merkityksellistä. Janoff-Bulmanin (1998) mukaan onnistunut selviytyminen johtaa kokemuksesta oppimiseen, johon kuuluu elämän ja oman itsen uuden arvostamisen saavuttaminen.

Surun muuttuminen henkiseksi kasvuksi etenee eri tavoilla riippuen surevan suhteesta kuolleeseen. Lapsensa äkillisesti ja odottamatta menettäneiden vanhempien kasvua tutkit-taessa on havaittu, että suurin osa kokee myönteisiä henkilökohtaisia muutoksia tai henkilö-kohtaista kasvua menetyksen jälkeen (Dyregrov & Dyregrov, 2007). Tutkimuksessa jatku-vien kiintymyssiteiden, selviytymisen ja merkityksen rakentamisen ja komplisoituneen surun oireiston välisen yhteydestä havaittiin, että voimakkaat kiintymyssiteet ennustivat voimakasta traumaattista surua ja erityisesti eroahdistusta, mutta vain silloin, kun sureva ei kyennyt löytämään merkitystä menetykselle henkilökohtaisesti, eksistentiaalisesti tai spirituaalisesti (Neimeyer, Baldwin & Gilles, 2006). Ne surevat, jotka kykenivät löytämään merkityksen menetykokemukselleen, sopeutuivat paremmin eikä heidän surunsa komplisoitunut (Davis, Wortman, Lehman, & Silver, 2000; Tolstikova, Fleming, & Chartier, 2005). Ne, jotka eivät pysty löytämään minkäänlaista merkitystä traumalleen kärsivät todennäköisimmin komplisoi-tuneesta surusta (Armour, 2003). Komplisoituneen surun oireet koostuvat kyvyttömyydestä rekonstruoida todellisuus henkilökohtaisesti mielekkäällä tavalla. Ilman yrityksiä integroida menetyksen merkitys, psykoterapia tai lääkitys ei voi merkittävästi vähentää perheenjäsenen kärsimystä. Myöskään henkirikosuhrin surevien vanhempien kirkossa käyminen ja rukoilemi-nen tai sururyhmään osallistuminen ei tuota merkittävää helpotusta, jos niihin ei liity lapsen traumaattisen menetyksen mielekästä integraatiota (Neimeyer, Prigerson, Davies, 2002).

Hoganin (1988) surureaktiokyselyn the Hogan Grief Reaction Checklist, HGRC (Hogan ym., 2001) henkilökohtaisen kasvun ala-asteikko koostuu 12 väittämästä, joiden kautta tutki-taan tunteeke sureva tulleen kärsivällisemmäksi, myötätuntoisemmaksi, rakastavammaksi, resilientimmäksi ja paremmaksi ihmiseksi rakastamansa ihmisen menetyksen jälkeen. Kasvun ala-asteikossa on kysymyksiä, joissa kuvataan käännekohdan saavuttamista surussa, jolloin epätoivo on alkanut vähentyä. Muut kysymykset kuvaavat eksistentiaalista/spirituaalista kas-vua ja toivon heräämistä kärsimyksen kokemisen seurauksena. Henkilökohtaisen kasvun on esitetty voimistuvan suruprosessin edetessä. Ne, joilla menetyksestä oli kulunut yli kolme vuotta, saivat korkeampia pistemääriä kuin juuri menetyksen kokeneet surevat. Kasvu ei merkitse paluuta aikaisemmalle toimintatasolle, vaan muuttumista erilaiseksi kuin ennen menetystä, jota sureva kokee itsessään (esim. myötätuntoisempi, kärsivällisempi, syvemmin välittävä ja vahvempi surun vuoksi). Henkilökohtaisen kasvun ja surun vaikeuksien, trauma-peräisen stressin ja komplisoituneen surun välillä on havaittu käänteinen yhteys. HGRC:n henkilökohtaisen kasvun ja spirituaalisuuden välillä on yhteys (Easterling, Gamino, Sewell & Stirman, 2000).

Hoganin henkilökohtaisen kasvun asteikosta on julkaistu tähän mennessä vain vähän tutki-mustuloksia. Gaminon, Sewellin ja Easterlingin (2000) tekemässä tutkimuksessa 85 surevasta ne henkilöt, joiden henkisen kasvun pistemäärä oli korkea, kokivat todennäköisemmin adap-tiivista suremista ja todennäköisemmin havaitsivat kuolemasta seuraavan jotakin hyvääkin, heillä oli ollut tilaisuus hyvästellä kuollut, he kokivat hengellisyyttä ja heillä oli spontaaneja positiivisia muistoja kuolleesta. Hogan ja Schmidt (2002) saivat poikkileikkaustutkimukses-saan näyttöä henkilökohtaisen kasvun lisääntymisestä menetyksen jälkeen. HGRC -kyselyn henkisen kasvun faktorin ja mielenterveyden yhteyttä on tutkittu surevilla vanhemmilla

surun alkuvaiheessa ja saatu viitteitä siitä, että optimistinen ja adaptiivinen selviytyminen liittyi korkeampiin henkisen kasvun pistemääriin (Riley et al., 2007). Feigelmanin, Jordanin ja Gormanin (2009) mukaan kasvun pistemäärät kasvoivat kuolemasta kuluneen ajan myötä ja ovat käänteisesti yhteydessä itsetuhoisuuteen, suruvaikeuksiin ja mielenterveysongelmiin. Suurimmalla osalla, lähes 2/3:lla surevista vanhemmista henkisen kasvun pistemäärät olivat koko ryhmän keskiarvoa korkeampia 5 vuoden kuluttua menetyksestä. Henkistä kasvua kokeneitten surevien suuri määrä viittaa surun transformatiiviseen voimaan, mikä auttaa surevia kokemaan, että menetys on muuttanut heitä ja muovannut heitä myönteiseen kasvuun. Tutkimustulokset ovat osoittaneet, että ammattiavun hakeminen, huono mielenterveys, suuremmat vaikeudet surussa ja vähäisempi henkinen kasvu liittyvät toisiinsa surun alkuvaiheessa. Eri ikäryhmien on raportoitu eroavan toisistaan siten, että keski-ikäisillä (35 – 45 –vuotiaat) oli alhaisemmat henkisen kasvun pistemäärät kuin vanhemmilla ikäryhmillä (56-65- ja yli 66-vuotiaat). Pitkällä aikavälillä voidaan olettaa, että menetyksestä kulunut aika on yhteydessä vähäisempiin mielenterveysongelmiin, lisääntyneeseen henkiseen kasvuun ja vähentyneeseen mielenterveyspalveluiden tarpeeseen (Feigelman, Gorman & Jordan. 2009).

2.5. TUKI JA PALVELUT

2.5.1. Epävirallinen tuki

2.5.1.1. Luonnollinen sosiaalinen verkosto

Sosiaalinen tuki tarkoittaa sosiaalisten suhteiden toimintaa ja laatua kuten avun tai tuen saatavuutta tarvittaessa. Sosiaalisen tuen myönteiset vaikutukset terveyteen ja tunteisiin paljastuvat vastoinkäymisten yhteydessä, kun se vaimentaa stressaavien tapahtumien vaikutusta (Cassel, 1976). Sosiaalinen verkosto on niiden vuorovaikutussuhteiden summa, joka vaikuttaa yksilön elämään (House & Kahn, 1985). Sosiaalinen verkosto koostuu läheisistä ja etäisemmistä perheenjäsenistä ja ystävistä, työtovereista, koulutovereista, naapureista, tutuista ja toisista omaisista tai samassa tilanteessa olevista toisista, vertaisista. Rikosuhreista lähes kaikki tukeutuvat perheeseen ja ystäviin saadakseen emotionaalista tukea (Brickman ym., 2002). Myyrmannin pommiräjähdyksen uhrien omaisista suurimmalle osalle tärkein tuen lähde oli oma perhe ja ystävät. Vertaistukea oli saanut vain hyvin pieni osa omaisista (Poijula, 2004). Epävirallisen tuen kuten perheen ja ystävien antaman tuen käyttö on yleisempää kuin virallisen ammatti-avun hakeminen (Coker, Derrick, Lumkin, Aldrick & Oldendick, 2000). Epäviralliseen tukeen ollaan myös kaikista tyytyväisimpiä (Becker, Skinner, Abel, Howell & Bruce, 1982; Cambell, 2008). Verkoston tuki voi edistää hallintaa tai helpottaa omaisten tilannetta äkillisen kuoleman jälkeen (Stroebe, Zech, Stroebe, Abakoumkin, 2005). Surevien henkilöiden sosiaaliselta verkostolta saamaan sosiaaliseen tukeen sisältyvät emotionaalinen tuki ja lohdutus, keskustelut, sosiaalinen stimulointi, tieto, neuvo, osallistuminen rutiineihin ja rituaaleihin, sosiaaliset toiminnot sekä käytännöllinen ja taloudellinen apu surevalle (Dyregrov & Dyregrov, 2007).

Traumaattisen kuoleman jälkeinen suru on eriasteisesti kompleksista ja suruprosessi vaikuttaa yksilön vuorovaikutukseen toisiin ihmisiin (Dyregrov, Nordanger & Dyregrov, 2000a; Schaefer, Quesberry & Wi, 1995; Tedeschi & Calhoun, 1995). Sopeutumista ja selviytymistä edistäviksi tekijöiksi on todettu aktiivinen selviytymistyyli ja sosiaalisen tuen etsiminen (Kumpfer, 1999). Muiden henkilöiden antama arvostelematon myötätunto ja tuki auttaa omaisia selviytymään surun vaikeuksista. Pelkkä tukea antavien ihmissuhteiden olemassaolo ei kuitenkaan riitä, vaan sitä on sekä oltava olemassa että myös käytettävä. Toisten ylivaativat odotukset voivat torjua surevan vetäytymään vuorovaikutuksesta (Parkes & Weiss, 1983). Selviytyminen traumaattisista tapahtumista ja menetyksistä tarkoittaa aikaa, jonka kuluessa uhri/omainen kokee uudelleen tunkeutuvia muisti- ja mielikuvia ja alkaa asteittain rakentaa uudelleen uskomuksia itsestä ja maailmasta. Sosiaalinen tuki mahdollistaa sen, että uhri voi tehdä emotionaalisen ja kognitiivisen työn rakentaakseen uudestaan hajonneet uskomuksensa. Hoganin ja Schmidtin (2002) mukaan sosiaalinen tuki tarkoittaa, että ihmisellä on vähintään yksi henkilö, joka on häntä varten ja joka antaa surra arvostelematta tai tuomitsematta. Perheenjäsenen äkillisen kuoleman jälkeen sosiaalisessa verkostossa on havaittu tapahtuvan muutoksia. Norjalaisessa omaisia koskeneessa tutkimuksessa 88 prosenttia koki

perheenjäsenten tulleen aikaisempaa läheisemmiksi ja vain pieni vähemmistö koki etääntymistä. Verkostonsa kanssa läheisemmäksi oli tullut 75 prosenttia tutkimukseen osallistuneista perheenjäsenistä. Jotkut ihmissuhteet päättyivät ja uusia ihmisiä liittyi verkostoon. Lisäksi monet omaiset kokivat eristäytyneisyyttä erityisesti surun alkuaikoina. Puolet omaista oli välillä vetäytyneet toisten seurasta ja yli puolet oli kokenut toisten vetäytyneen heidän seurastaan (Dyregrov, 2003-2004; Dyregrov, Nordanger & Dyregrov, 2002b). Surevan psykologista myönteistä sopeutumista henkirikoskuoleman jälkeen vaikeuttaa paitsi kuolemantapa myös surevan suhteet mahdollisiin tukijoihin. Saatavilla olevan verkoston koko, kielteisten ihmissuhteiden määrä ja suruspesifisen tuen taso korreloivat surun lopputulokseen (Burke, Neimeyer, McDevitt-Murphy, 2010). Sosiaalisen verkoston hyvän tuen edellytyksenä se, että verkostolla on tietoa tavallisista surureaktioista ja avuntarpeista, tuen vaatavuudesta ja ratkaisuisista ja rohkeutta ottaa yhteyttä sureviin. Verkostolla tulee olla myös tietoa milloin tarvitaan ammattiapua. Sosiaalisen verkoston tulee saada tarvitsemaansa tukea ammatti-ihmisiltä (Dyregrov & Dyregrov, 2007)

2.5.1.2. Vertaistuki

Vertaistukea saadaan usein täysin tuntemattomilta ja vierailta ihmisiltä, mikä tekee siitä erityisen tuen muodon. Surevien vertaistuki on sitä, että omainen tapaa toisen omaisen sururyhmässä, omaisjärjestössä, yksityisestä aloitteesta tai yhteydestä tai auttamistahon järjestettyä yhteyden. Monet, mutta eivät kaikki, omaiset haluavat tavata toisen, joka on kokenut läheisen äkillisen ja odottamattoman kuoleman. Vertaistueelta odotetaan keskustelua, lohdutusta, neuvoa, tietoa, kaveruutta ja taukoja surussa, että toinen tietää mistä kenkä puristaa, ettei tarvitse sanoa paljon tavatessa, koska toinen tietää. Sururyhmään osallistuminen sovitetaan yksilön toiveisiin ja tarpeisiin (Dyregrov & Dyregrov, 2007).

Vertaistuki-/itseapu-/sururyhmiä järjestetään lisääntyvästi, mutta niiden vaikutuksia tai vaikuttavuutta ei juuri ole tutkittu (Cerel, Padgett, Conwell, Reed, 2009). Ryhmät ovat erilaisia ja tutkimukset epäjohdonmukaisia, eikä niiden pohjalta voi tehdä luotettavia yleistyksiä (Lieberman, 1993). Feigelmanin, Jordanin ja Gormanin (2009) mukaan vertaistukiryhmiin osallistuvilla on havaittu olevan todennäköisemmin enemmän mielenterveysongelmia kuin niillä omaisilla, jotka eivät niihin osallistu. Liittyen henkisen kasvun ja paremman mielenterveyden väliseen yhteyteen Feigeman, Jordan ja Gorman (2009) ovat esittäneet, että kannustamalla surevia osallistumaan enemmän huolta pitäviin toimintoihin toisten surevien kanssa vertaistukiryhmissä, he voisivat auttaa omaa emotionaalista parantumistaan ja myös toisten, joiden kanssa ovat vuorovaikutuksessa. Surevan on todettu voivan löytävää merkityksen elämälle toisten surevien auttamisesta. Surevat, jotka auttavat surevien oman joukon ulkopuolella muuttamaan yleistä suhtautumista traumaattiseen kuolemaan, työskentelevät saadakseen rahoitusta tutkimukseen ja laajentavat mielenterveyspalveluiden saatavuutta, voivat tuntea ponnistelujensa palkitsevuutta ja aikaansaamista. Tämä voi auttaa palauttamaan kokemusta elämän mielekkyydestä ja tekemään menetyksestä jotakin hyvää.

Sururyhmään osallistuminen voi lisätä kykyä keskustella surusta toisten kanssa ja vähentää itseen kohdistuvaa vihaa, lisätä itseluottamusta, itsehallintaa, onnellisuutta ja tunteiden ilmaisun vapautta. Osallistuminen voi myös vähentää depressiota, ahdistuneisuutta, syyllisyyttä, vihaa ja eristäytyneisyyttä. Sosiaalinen osallistuminen voi tuottaa myönteistä muutosta. On havaittu, että surun aiheuttaman kärsimyksen helpottumista kokevat ne, jotka luovat ystävyysuhteita toisiin sururyhmän jäseniin (Videka-Sherman, 1982). Ajan kulumisen tai ryhmään osallistuminen yksinään eivät paranna mielenterveyttä, mutta myöskään psykoterapia yksinään ei riitä. Verrattaessa surevien leskien psykodynaamista lyhytpsykoterapiaa ja vertaistukiryhmää, ne havaittiin yhtä tehokkaiksi psyykkisten oireiden vähentymisellä arvioituna (Marmar, Horowitz, Weiss, Wilner & Kaltreider, 1988). Tutkimustulokset ovat antaneet viitteitä siitä, että surevien vertaistukiryhmään osallistumisen aktiivisuus, mutta ei niinkään mielenterveyspalveluiden käyttö, näyttää olevan yhteydessä myönteiseen sopeutumiseen pitkään surua kokeneilla omaisilla. Monille sureville vertaisryhmät voivat olla auttavain interventiomuoto, jopa enemmän kuin formaali mielenterveysalan ammattilaisen interventio (McMenamy, Jordan & Mitchell, 2008).

Vertaistukiryhmään osallistuneita henkirikosuhrien omaisia ovat tutkineet jotkut tutkimusryhmät (Amick-McMullan ym., 1989; Rynearson, 1984; Amick-McMullan, Kilpatrick, Veronen ym., 1988; Klass, 1988; Redmond, 1989). Vanhempien surun ja itseapuprosessien yhteyttä tutkittaessa on tunnistettu kaksi tehtävää, jotka suoritetaan vertaistukiryhmissä. Ensinnäkin kokemusten jakaminen niiden ongelmien ratkaisemisesta, jotka syntyvät elämästä uudessa surevien vanhempien maailmassa. Esimerkiksi mitä voi vastata, kun kysytään, että montako lasta sinulla on. Ryhmässä vanhemmat kertovat erilaisista ratkaisutavoistaan. Toiseksi aikaisemmin lapseen koettu emotionaalinen kiintymys siirretään ryhmään tavalla, joka sallii lasta koskevien sisäisten representaatioiden muuttuvan. Murhattujen lasten vanhempien vertaistukiryhmässä molemmat em. elementit ovat olemassa, mutta ryhmässä on myös lisääntynyt voimattomuus, kostonhalu ja loukkumainen oikeusjärjestelmä synnyttävät vihaa ja raivoa, joka on paljon voimakkaampaa ja erityisempää kuin muilla surevilla. Lisäksi omainen joutuu olemaan pitkään osallisena oikeusprosessissa. Jatkuva poliisin ja oikeuden toiminta merkitsee kuoleman prosessin jatkumista. Vain osa vertaistukiryhmiin osallistuvista voi kokea, että kuolema on menneisyydessä ja suru on ajankohtainen. Viha ja raivo voidaan kanavoida ryhmässä toimimiseen. Kahdentyyppinen toiminta on tärkeää: 1) ryhmän jäsenet auttavat toisiaan oikeusjärjestelmään liittyvissä ajankohtaisissa ongelmissa ja 2) ryhmä toimii uudistusten aikaansaamiseksi ja valistaa poliisia ja syyttäjää jäsenten kokemuksista (Peach & Klass, 1987). Murhattujen lasten vanhempien ryhmän vuoden kestäneessä tutkimuksessa lapsen kuolemanjälkeiseksi surua komplisoiviksi ongelmiksi tunnistettiin seuraavat: 1) viha keskittyy henkilöön, joka tarkoituksellisesti aiheutti kuoleman ja kostonhalu on olemassa, 2) suru ei etene ennen kuin oikeusprosessit ovat päättyneet ja oikeusjärjestelmässä vanhempi joutuu proseduraaliseen labyrinttiin, jossa heillä ei ole mitään laillista asemaa, 3) vanhemmat pelkäävät oman ja toisten perheenjäsentensä turvallisuutensa puolesta ja 4) murhatun lapsen vanhemman sosiaalinen rooli on tabu (Armour, 2002a).

Tilanteissa, joissa vertaistukea on vaikea saada omalla asuinpaikkakunnalla, on alettu järjestää valtakunnallisia vertaistukikokouksia. Kollektiivista vertaistukea alettiin käyttää ensin Norjassa suuronnettomuuksien uhrien omaisten auttamisessa (Dyregrov & Straume, 2008). Suomessa kollektiivista vertaistuki-interventiota käytettiin suuronnettomuuden/joukkomurhan yhteydessä ensimmäistä kertaa Myyrmannin pommiräjähdyksen jälkeen, kun uhrien ja omaisten selviytymistä koskeneessa tutkimuksessa havaittiin, että vain pieni osa vastanneista (5%) oli saanut tukea toisilta uhreilta ja omaisilta. Ensimmäiseen ammatillisesti ohjattuun kollektiiviseen vertaistukitapaamiseen osallistui 60 uhria ja omaista, joista 11 oli lapsia ja nuoria (Pojula, 2004). Myöhemmin ryhmämuotoista ammatillisesti ohjattuja kollektiivisia vertaistukitilaisuuksia on järjestetty suuronnettomuuksien uhrien omaisille kuten Konginkankaan bussionnettomuuden ja Aasian hyökyaaltokatastrofin uhrien omaisille (Saari, 2006). Henkirikoksen uhrien läheiset ry järjestää säännöllisesti valtakunnallisia kollektiivisia ammatillisesti ohjattuja vertaistukiviikonloppuja selviytymistä tukevana sopeutumisvalmennus- ja kuntoutustoimintana, mutta toimintaa koskevaa tutkimusta ei ole tehty (Henkirikoksen uhrien läheiset ry, 2010).

2.5.2. Viranomaispalvelut

2.5.2.1. Viralliset palvelut

Vain pieni osa rikosuhreista hakee apua virallisista palveluista (Campbell, 2008; Kaukinen, 2002). Rikosuhrien on todettu saavan huonosti mielenterveyspalveluita. Vaikka traumaperäisen stressihäiriön ja siihen liittyvien häiriöiden hoitoon on tarjolla tehokkaita interventioita (Amstadter, McCart & Ruggiero, 2007) suhteellisen harva väkivaltarikoksen uhri hakeutuu mielenterveyspalveluihin (McCart, Smith, Sawyer, 2010). Rikosuhrien trauma jää myös usein tunnistamatta mielenterveyspalveluissa, joissa ei rutiininomaisesti arvioida traumahistoriaa eikä tarjota erikoistuneita traumaan liittyviä palveluita (Hanson, Kilpatrick, Falsetti & Resnick, 1995; Frueh ym., 2002). Henkirikosuhrien omaisia koskevaa tutkimustietoa on vähän eikä heidän auttamiseensa ole hoitosuosituksista, mallia tai manuaalia (Mezey, Evans & Hobdell, 2002; Ruback & Thompson, 2001).

Yleisesti esteenä rikosuhrien avun hakemiselle on rikosuhrien tarpeisiin vastaavien palveluiden ja palveluita koskevan tiedon puute (McCart, Smith, Sawyer, 2010). Rikosuhrien palveluiden tarpeissa psyykkisen tuen tarve on yleisin (67 %), puolet rikosuhreista tarvitsee tietoa ja asianajoa poliisi- ja oikeusasioissa ja 25 prosenttia konkreettista apua, mutta vain alle puolella rikosuhreista on tietoa palveluista. Uhrien tarpeisiin suunniteltujen toimintamallien välityksellä tarjotut palvelut ovat tyytyväisyyskyselyissä osoittautuneet olevan erityisen tehokkaita. Palveluiden paikka ja koordinointi esimerkiksi poliisiasemalla tai oikeustalolla on havaittu hyväksi (Brickman ym., 2002). Ganjun (2003) tekemän tutkimuksen mukaan hoitoa hakeneista rikoksen uhreista vain vähemmistö saa tutkimusnäyttöön perustuvaa hoitoa. Norjalaistutkimuksessa äkillisen traumaattisen menetyksen kokeneista omaisista surevat perheenjäsenet raportoivat, että elämänkriisissä, josta seuraa fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia, ei apua ole saatavilla. Myyrmannin pommiräjähdyksen uhrien omaisilla oli vaikeuksia palveluiden saamisessa (Poiijula, 2004). Tutkimuksen mukaan perheenjäsenen traumaattisen kuoleman jälkeen omaiset odottavat saavansa seuraavanlaista apua ammatti-auttajilta: automaattinen avuntarjoaminen, avun tarjoaminen nopeasti ja ajan kuluessa, tieto, apua jäähyväisten jättämiseen vainajalle parhaalla mahdollisella tavalla, joustavuus, keskusteluapu päteviltä ammatti-ihmisiltä, yhteensopiva kemia auttajien kanssa, itse valittu fokus puhumisessa ja vapaasti puhuminen sekä tieto tukiyhdistyksistä ja yhteys niihin (Dyregrov & Dyregrov, 2007).

Getzelin ja Mastersin (1984) mukaan Yhdysvalloissa alettiin kiinnittää huomiota henkirikosuhrien omaisiin *vasta* 1980-luvulla. Alettiin ymmärtää, että perheet ovat myös uhreja kärsimiensä raskaiden emotionaalisten, sosiaalisten ja taloudellisten seurausten ja kustannusten vuoksi. Havaittiin, että köyhät perheet joutuivat kantamaan taakkoja, joista selviytyminen vie vuosia, jos he ylipäättänsäkään selviytyvät. Mielenterveyspalvelut olivat useimmiten kyvyttömiä tarjoamaan tarvittavia palveluja näille perheille, joita kohtaa pitkäkestoinen trauma ja muutokset. Omaiset kokivat, ettei heidän tarpeillaan ollut korkeaa asemaa poliisissa, oikeudessa eikä rikosseuraamusjärjestelmässä. Henkirikosuhrien omaisia varten vuonna 1979 Yhdysvalloissa perustetussa palvelussa (jonka henkilökuntaan kuului juristi-sosiaalityöntekijä, kliininen sosiaalityöntekijä ja toimistotyöntekijä) ensimmäisen 1,5 vuoden aikana käyneistä 356 eri perheestä yhteydenottajista oli 47 prosenttia henkirikosuhrien vanhempia, 29 prosenttia puolisoita, 13 prosenttia sisaruksia ja 11 prosenttia muita sukulaisia. Asiakkaiden tarpeista suurimman osuuden (60 %) muodostivat taloudellinen ja asianajoapu, 30 prosenttia avuntarpeista koski akuutteja surureaktioita ja lasten ja muiden sukulaisten käytösongelmia. Todettiin, ettei ylivoimaisten emotionaalisten reaktioiden syvyyttä voida ylikorostaa. Asiakkaat olivat syvässä sokissa ja apaattisia, avuttomia, kauhun, raivon, syyllisyyden ja voimakkaan ikävöinnin vallassa. Aktiivinen, syvä suru saattoi jatkua kuukausia. Kaikista sukulaisista lapsensa menettäneillä vanhemmilla oli voimakkaimmat surureaktiot.

2.5.2.2. Poliisi ja oikeusjärjestelmä

Poliisi on ensimmäinen yhteys oikeusjärjestelmään. Siksi poliisilla on erityinen vastuu rikosuhrien tarpeisiin vastaamisesta (Seymour, Gaboury & Edmunds, 2002). Parhaimmassa tapauksessa poliisi huolehtii henkisen ensiavun palveluista, tiedottaa rikosuhria hänen oikeuksistaan, selittää syyttämisprosessin ja ohjaa rikosuhripalveluihin (Frazier & Haney, 1996). Poliisin toiminnassa kuolinviestin viemistä pidetään jopa omaisten toipumisprosessin kulmakivenä (Spungen, 1988). Henkirikosuhrien omaisten mukaan tapa, jolla heille ilmoitettiin perheenjäsenen henkirikoskuolemasta, vaikutti syvästi heidän elämäänsä siitä eteenpäin ja vaikutti myös heidän suhteeseensa oikeusjärjestelmään (Rinear, 1988).

Oikeusjärjestelmän toimintaan osalliseksi joutuminen vaikuttaa rikosuhrien mielenterveyteen. Suurimmassa osassa tutkimuksista todetaan oikeusjärjestelmä potentiaalisesti traumatisoivaksi (Campbell & Raja, 2005; Renk & Svensson, 1997) ja rikosuhrien olevan tyytymättömiä kokemuksiinsa oikeudessa (Kilpatrick, Beatty & Howley, 1998). Yhteys oikeusjärjestelmään voi johtaa sekundaariseen uhriutumiseen (Orth, 2004). Rikosoikeusjärjestelmässä on ominaisuuksia, jotka voivat voimistaa rikoksen traumaattisia vaikutuksia (Campbell & Raja, 1999; Herman, 2003; Orth, 2002). Osalliseksi joutuvista rikosuhreista oikeusprosessi on monimutkainen ja vaikeaselkoinen, lopputulos sattumanvarainen ja oikeusprosessia koskevan tiedon

saanti vaikeaa. Vain vähemmistö rikoksen uhreista on tyytyväisiä kokemukseensa oikeusjärjestelmästä (Bibas, 2006; Kilpatrick ym., 1998). Oikeudenkäyntien säännöt ja menettelyt on kehitetty puolustamaan syytetyn oikeuksia, mikä on johtanut sokeuteen rikosuhrien tarpeita kohtaan (Herman, 2003; Kilpatrick ym., 1998; Orth, 2002). Oikeudenkäynnit on rakennettu rikosuhrien ja syytetyn väliseksi kielteiseksi kilpailuksi, mikä voi olla erityisen traumatisoivaa väkivaltarikoksen uhreille (Herman, 2003). Rikoksen tekijän kohtaaminen oikeudessa, rikoksen yksityiskohtien muistaminen ja muiden rikostilanteissa olleiden (silminnäkijät tai poliisi) kohtaaminen voivat kaikki laukaista traumaan liittyviä sekundaarisia reaktioita (Rothbaum ym., 1992). Oikeusjärjestelmä jättää usein huomiotta murhatun perheenjäsenet (Armour, 2003). Heidän täytyy hyvin lyhyessä ajassa tulla tutuiksi rikosoikeudellisen järjestelmän tutkinnan, syyttämisen ja lainsäädännön haarojen kuten myös rikospaikka-, todiste- ja ruumiinaavausmaailman kanssa. Omaisten odotetaan nopeasti ymmärtävän järjestelmää, joka ei juuri ota huomioon omaista ja on suunniteltu ensisijaisesti suojelemaan syytetyn oikeuksia (Rinear, 1988). Puolustusasianajat yrittävät usein vyöryttää syytä rikoksesta tekijästä muualle (Bell, 2007; Herman, 2003). Prosessin pitäminen epäoikeudenmukaisena on yhteydessä alentuneeseen itsetuntoon (Koper, Van Knippenberg, Bouhuijs, Vermunt & Wilke, 1993). Perheenjäsenen kuoleman aiheuttamaa stressiä voimistaa murhan häpäisevä leimaavuus ja oikeusprosessi, joka jättää huomiotta omaisten tuskan. Perheenjäsenten surun keskeinen osa on oikeusjärjestelmän aiheuttamat pettymykset, tiedon puute ja vainajan ruumiin hallinnan puuttuminen. Murhalle annettu julkisuus ja rikosentekijäkeskeisyys sekä oikeuden epäoikeudenmukaisuudet voivat 'tahrata' vainajan muistoa. Spontaaneille ja henkilökohtaisille surureaktioille ei rikos- ja oikeusprosessissa ole tilaa. Nämä kaikki voivat vaikeuttaa perheen ihmissuhteita ja normaalia suremista entisestään (Riches, 1998).

Henkirikoskuolemaan liittyvät voimakkaat yhteisön ja perheen koston ja rangaistuksen tarpeet. Perheen puolesta kostamisen hoitaa valtion oikeusjärjestelmä suorittamalla rikostutkinnan ja antamalla tekijälle pitkän vankeustuomion (Rynewson, 2006). On todettu, että oikeusprosessiin liittyvistä asioista ja aikatauluista sekä saatavilla olevista tukipalveluista tiedottaminen voi auttaa uhreja realistisiin odotuksiin. Uhrien tiedottaminen tuomitun vankeudesta vapautumisen päivämäärästä voi vahvistaa turvallisuuden tunteita (Frazier & Haney, 1996). Sekä tyytyväisyys tuomioon että psyykkisen voimien parantuminen ovat yhteydessä uhrin käsitykseen siitä, että oikeusprosessi oli reilu ja tasapuolinen (Bell, 2007). Joissakin tapauksissa mahdollisia oikeusprosessin myönteisiä vaikutuksia voivat olla rikoksen kohtaaminen ja siihen liittyvä katarttinen vaikutus, joka voi olla yhteydessä toipumiseen (Foa & Kozak, 1986; Orth, 2002).

2.5.2.3. Psykososiaalinen tuki ja palvelut

Traumatisoivissa tapahtumissa viranomaisten suositellaan osana omaa työtään huolehtivan omaisten psyykkisestä ensiavusta ja että tukea ja palveluita tarjotaan aktiivisesti autettavien tarpeiden ja psyykkisen tilan mukaan lyhyellä ja pitkällä aikavälillä (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2009). Kun stressi on hallitsematonta, tehokkainta tukea antaa viranomaisten ja auttajien toiminta, josta välittyy ystävällisyys, välittäminen ja hyväksyntä. Avun tarjoaminen aktiivisesti on tarpeen, sillä traumaperäisen stressihäiriön kriteerit täyttävät henkilöt eivät välttämättä itse hakeudu käyttämään mielenterveyspalveluja yhtään todennäköisemmin kuin ne, jotka seulonnan perusteella eivät kärsi häiriöstä (Horowitz, Zimmerman, Moulton, Mattia, 1996). Traumaperäisten stressihäiriöitten tunnistamista, diagnosointia ja hoitoa ohjaavat tutkimusnäyttöön perustuvat Käypä hoito – suositukset (Suomen Lääkäriseura Duodecim, 2009). Suositusten mukaan traumakeskeinen psykologinen hoito on ensisijainen traumaperäisen stressihäiriön hoitovaihtoehto ja lääkehoito toissijainen.

Surun hoidosta ei ole tutkimusnäyttöön perustuvia suosituksia. Pitkittänyt suru voidaan diagnosoida aikaisintaan kuuden kuukauden kuluttua läheisen kuolemasta. Surututkimuksen mukaan surevien hoito on tehokkainta, jos sitä tarjotaan seulonnan ja arvioinnin perusteella häiriöittömien riskissä oleville. Pitkittäneen surun häiriön diagnoosi on vasta kehitteillä. Komplisoituneen surun hoitoon suunnitellut interventiot ovat osoittautuneet tehokkaammiksi kuin perinteiset hoidot kuten interpersoonallinen ja supportiivinen psykoterapia (Shear, Frank,

Houck, Reynolds III, 2005). Suru ja masennus ovat eri asioita. Masennuslääke ei auta suruun. Vaikka masennuslääkehoito (nortriptyliini) ja interpersoonallinen terapia voivat vähentää suruun liittyviä masennusoireita, nämä hoitomuodot eivät ole osoittautuneet tehokkaiksi surun oireiden vähentämisessä (mm. Reynolds, ym. 1999). Eniten näyttöä hoidon vaikuttavuudesta on komplisoidun surun, surun liittyvän depression tai traumaperäisen stressihäiriön hoidosta, lasten ja korkean riskin perheiden hoidosta (Stroebe, ym., 2008). Traumaattisen surun trauma- ja surukeskeistä kognitiivisbehavioraalista terapiaa on tutkimuksiin perustuen suositeltu käytettäväksi lapsilla ja nuorilla (Cohen & Mannarino, Deblinger, 2006). Komplisoituneen surun hoito sisältää 1) yleisen terveydentilan ylläpitämisen kuntoilun, terveellisen ruokavalion, asianmukaisen nukkumisen ja alkoholin ja huumaavien aineiden välttämisen, 2) omalääkärin arvion ja lähetteen psykiatrilta sekä psykiatrin diagnosoinnin ja hoitosuosituksen, 3) psykoterapian, 4) vertaistukiryhmät ja 5) lääkityksen, jos masennus on diagnosoitu (masennuslääkitys ja lyhytaikainen lääkehoito unihäiriöön) (Stroebe, ym., 2008).

Henkirikosuhrien omaisten terapiasta tai lääkehoidosta on tehty tutkimuksia vain pienillä, valikoituneilla omaisryhmillä (esim. Burgess, 1975, Parkes, 1975). Parkes (1993) ja Rynearson (1994) ovat tutkineet psykiatrisessa hoidossa olleita henkirikosuhrien omaisia. Näiden kuvailevien tutkimusten tulosten perusteella tiedetään, että omaisilla on vakavia ongelmia ja täten ne tukevat näkemystä, että henkirikosuhrien omaiset ovat hoitoa vaativien psyykkisten häiriöiden riskiryhmä. Henkirikosuhrien perheenjäsenen trauman ja surun yhteyttä tutkittaessa havaittiin, että hoitoon hakeutuvilla omaisilla yleistä oli koettu oman lapsen kuolema ja voimakas idealisoiva kiintymyssuhde kuolleeseen. Heillä oli myös keskimääräistä todennäköisemmin aikaisempi psyykkisen häiriön psykiatrisen hoidon historia ja korkeammat trauma- ja suruoireiden pistemäärät. Omaisten sopeutuminen henkirikoskuoleman jälkeen kestää loppuelämän, siksi terapeutin ja potilaan pitäisi olla tietoisia, että hoidon tuottama muutos voi olla rajallinen.

2.6. MEDIA

Yleensä ihmisen kuolema ja katoavaisuus halutaan kulttuurissamme pitää piilossa. Kuoleman jälkeen vainajan kunnioittava kohtelu ja ”viimeisen matkan” virheettömyys on omaisille tärkeää (Molander, 2009). Ihmisen kuolema on julkinen asia, mutta kuolemaan liittyvä kuuluu yksityisyyden suojan piiriin. Henkirikokset eivät juuri koskaan pysy yksityisasiaina. ”*De mortuis nil nisi bonum dicendum est*”, kuolleista saa puhua vain hyvää, on yleinen länsimainen periaate vainajista puhumisessa ja kirjoittamisessa varsinkin heti kuoleman jälkeisenä aikana. Henkirikosuhrien kohdalla tätä periaatetta ei noudateta. Rikostutkinnan ja oikeusprosessin osana vainaja, traumaattinen kuolema yksityiskohtineen ja monesti myös vainajan elämä ja omaiset joutuvat nopeasti julkisuuteen ja julkisuuden riistaksi. Rinearin (1987) mukaan jotkut toimittajat ja kuvaajat käyttävät harkintaa ja objektiivisuutta raportoidessaan henkirikostapahtumia, mutta omaisten elämään tunkeutuminen on yleistä. Median tulkinta rikoksesta usein pyrkii muuttamaan, rekonstruoimaan ja vähättelemään tragedian merkitystä perheelle. Kun joukkoviestimien ’ei toivottu’ -huomio loppuu, perheet jätetään yksin surunsa, raivonsa ja vahingoitetuksi tulemisen tunteen kanssa, joka seuraa tosiasiaista, että heidän perheenjäsenensä on surmattu (Peterson Armour, 2003).

Kuuselan (2005) journalistiikan pro gradu-tutkielmassa uhreiksi ymmärretään myös välilliset uhrin, kun tarkastellaan Myyrmannin pommiräjähdyttä käsittelevän lehtijournalismin eettisiä ongelmia. Tutkielman mukaan useimpien kuolleiden elämää käsiteltiin varsin yksityiskohtaisesti. Eettisesti arveluttavia piirteitä oli kaikissa lehdissä Hesarista Seiskaan, mutta iltapäivälehdet menivät kaikkein lähimmäs uhrien yksityisyyttä. Suuronnettomuuksien ja joukkomurhien jälkeen median toimintatapoihin ja omaisten suojelemiseen vahingoittavalta median toiminnalta on Suomessa puututtu mm. Julkisen sanan neuvoston langettavilla päätöksillä ja median toimintaa koskevilla tutkimuksilla (Hakala, 2009), mutta yksittäisten henkirikosten uhreja ja omaisia koskevaan median toimintaan ei ole kiinnitetty vakavasti huomiota. Kansainvälisesti Dart Center for Journalism & Trauma (2010) on kehittänyt ja ohjeistanut väkivaltaa ja henkirikoksia koskevaa eettistä journalismia.

3. TUTKIMUSASETELMA JA MENETELMÄT

3.1. TUTKIMUSASETELMA, TUTKITTAVAT JA MENETELMÄT

Henkirikoksella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa tappoa, sen törkeämpää tekoastetta eli murhaa ja poikkeuksellisesti sovellettavaa lievintä surma – nimikettä. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, Poliisiammattikorkeakoulu ja sisäasiainministeriön poliisiosasto ylläpitävät henkirikollisuuden seurantajärjestelmää. Tietokantaan kirjataan perustiedot poliisin tietoon tulleista henkirikoksista. Tiedot kerätään rikosten esitutkinnasta vastaavilta henkilöiltä määrämuotoisella sähköisellä lomakkeella. Oikeusministeriön alainen Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos tutkii ja julkaisee säännöllisesti henkirikoksia, henkirikoksen uhreina kuolleita ja henkirikosten tekijöitä koskevia tutkimustietoja.

Poliisin tulostietojärjestelmään (Polstat) kirjataan Suomen poliisin tietoon tulleet henkirikokset. Polstatin tiedot tulevat suoraan poliisiasiantietojärjestelmästä (PATJA). Jokainen henkirikoksen uhri tilastoidaan. Poliisin kirjaamisohjeena on, että kaikkien juttuun liittyvien luonnollisten henkilöiden henkilö-, osoite- ja muut tiedot kirjataan ajantasaisina poliisiasiantietojärjestelmään (PATJA). Poikkeuksena ovat turvakiellon tai muun syyen vuoksi kirjaamatta jätetyt tiedot. Omaisiksi kirjataan PATJA -ilmoitukseen oikeuden omaisohjeen mukaisesti ensisijaisesti elossa oleva virallinen aviopuoliso ja lapset sekä uhrin vanhemmat ja sisarukset, jotka kaikki merkitään asianomistajiksi. Poliisin tietoon tulleita henkirikoksia oli vuonna 1999 142, 2004 130, 2005 99, 2006 96 ja 2007 109 (Taulukko 1). Yhteensä tutkimusvuosina henkirikosuhreja oli 576 (Tilastokeskus, 2007).

Taulukko 1. Poliisille ilmoitettuja henkirikoksia koko maassa

Ilmoitettu kpl	1999	2004	2005	2006	2007
TAPPO	103	85	64	61	59
SURMA	2	0	0	0	1
MURHA	37	45	35	35	49
Yhteensä	142	130	99	96	109

Tämän työn tavoitteena oli toteuttaa kokonaistutkimus siten, että poliisin tulostietojärjestelmästä poimittiin satunnaisesti jokaisen vuosina 1999, 2004, 2005, 2006 ja 2007 henkirikoksen uhrina kuolleen yksi lähiomaiseksi merkitty aikuisikäinen henkilö.

Sisäasiainministeriön poliisiosaston myöntämän luvan mukaisesti Poliisiammattikorkeakoulun henkirikosten seurantajärjestelmästä poimittiin tutkimusvuosien henkirikoksen uhrien omaisten nimi- ja henkilötunnustiedot. Tutkimusvuosina tapahtuneiden henkirikosuhrien omainen löydettiin poliisin tulostietorekisteristä vain osalle uhreista. Poiminnassa löydettiin vuoden 1999 henkirikosuhreista 85 (60%) lähiomaista, 2004 93 (72%), 2005 67 (68%), 2006 76 (79%) ja 2007 72 (66%). Yhteensä heitä oli 393, mikä on 68 prosenttia henkirikosuhrien kokonaismäärästä. Syy siihen, miksi rekisteriin ei osaan tapauksista ollut kirjattu lähiomaista tai löydetty tietoja lähiomaisesta, jää tuntemattomaksi. Oletettavasti osalla uhreista ei ollut asianomistajan statusta täyttäviä läheisiä ja/tai poliisien kirjauskäytännöt eivät ole olleet ohjeiden mukaisia.

Väestörekisterikeskuksessa osoitetietoja ei löytynyt 57 omaiselle. Syitä väestörekisterin osoitetiedon puuttumiseen oli mm. se, että passivoituja henkilötunnuksia oli 7 ja tunnistamattomia henkilötunnuksia oli 12. Väestörekisterikeskuksen rekisteristä löytyi osoitetiedot 337 omaiselle. Näistä 20 oli kuolleita, 6 asui ulkomailla ja 16 osoite oli tuntematon tai luovutuskiellossa. Lopullisen tutkimusjoukon muodostivat 295 omaista (51%), joiden nimi ja osoitetiedot olivat tiedossa.

Jokaiselle 295 omaiselle lähetettiin tutkimuskysely joulukuussa 2009. Tutkimuskirje sisälsi kutsun tutkimukseen osallistumiseen ja tiedotteen tutkimuksesta, tietoisuuden suostumuksen kaavakkeen, kysymyskaavakkeen ja postimerkillä varustetun vastauskuoren. Niille, jotka eivät

olleet vastanneet määräaikaan mennessä, lähetettiin muistutus vastaamisesta tammikuussa 2010.

Kuusi henkilöä, jotka olivat tutkimuksen kohderyhmään kuulumattomia, mutta virheellisesti tutkimusryhmään poimittuja, oli saanut kyselyn. Yksi henkilö ei ollut omainen, vaan oli ollut itse väkivaltarikoksen uhri, kaksi henkilöä oli todistanut henkirikoksen, yksi henkilö oli kotona luonnollisesti kuolleen lähiomainen ja kaksi ei ollut omainen vaan tuttava. Nämä henkilöt eivät osallistuneet tutkimukseen.

Tutkimuskyselyn saaneista omaisista seitsemän otti yhteyttä ja halusi henkilökohtaisesti kertoa miksi ei voi osallistua, tai miksi kyselyn saanut omainen ei voi osallistua tutkimukseen. Yksi kyselyn saanut lähiomainen oli kuollut joulukuussa 2009. Perheenjäsenen ilmoituksen mukaan yksi sairasti muistisairautta ja oli tapahtumasta lähtien täysin välttänyt henkirikoskuolemasta ja vainajasta puhumista. Yksi omainen palautti kyselyn todeten, että kuolemasta on jo niin pitkä aika (10 vuotta), etteivät kysymykset tuntuneet enää ajankohtaisilta. Yksi omainen ilmoitti puhelimitse, että ei voi vastata kyselyyn, koska itse oli helpottunut vaikean elämän eläneen perheenjäsenensä henkirikoskuolemasta. Yksi palautti kyselyn saatteena viesti, että on liian tuskallista vastata kysymyksiin. Yksi lähetti sähköpostiviestin, jossa ilmoitti, ettei halua eikä pysty käsittelemään perheenjäsenensä kohdistunutta henkirikosta enää viiden vuoden kuluttua kuolemasta niin laajasti, kuin vastaaminen olisi edellyttänyt. Yksi omainen oli syvästi huolissaan henkirikoksen tekijän selviytymisestä ja koki tarvetta käsitellä sitä eikä omaa selviytymistään, sillä tekijä oli hänen oma lapsensa.

KYSELYKAAVAKKEET

Tutkimukseen osallistujat täyttivät tutkimusta varten laaditun ja kansainvälisiä mittareita sisältävän kyselylomakkeen, jossa oli kysymyksistä omaisen taustatiedoista, henkirikoksesta, poliisin ja oikeuslaitoksen toiminnasta, henkirikoksen aiheuttamista taloudellisista menetyksistä ja korvauksista, perheenjäsenen henkirikoskuoleman jälkeisistä oireista, terveyskäyttäytymisestä, henkisestä kasvusta, sosiaalisesta tuesta, median toiminnasta, palveluiden, tuen ja hoidon tarpeista, toteutuneista palveluista ja niiden riittävydestä, ongelmista ja kehittämisideoista.

Tapahtuman vaikuttavuusasteikko, the Impact of Event Scale – Revised

Traumaperäisen stressihäiriön riskiä mitattiin Tapahtuman vaikuttavuusasteikon avulla (the Impact of Event Scale – Revised, IES-R). IES-R on uudistettu 22 kysymyksen versio alkuperäisestä 15 kysymystä sisältäneestä IES-asteikosta (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979; Weiss, Marmar, 1996). IES-R sisältää 7 lisäkysymystä, jotka kartoittavat traumaperäiseen stressihäiriöön liittyvää ylivireisyyttä. IES-R-asteikon kysymyksistä 14 kysymystä on yhteneväisiä DSM-IV traumaperäisen stressihäiriön oirekysymysten kanssa. Vastaaaja itse arvioi oireiden esiintymistä viimeksi kuluneiden seitsemän päivän aikana käyttäen neliportaista asteikkoa. Vastausvaihtoehdot ja niiden pisteyttäminen ovat seuraavat: 1 = ”ei lainkaan” (0 pistettä), 2 = ”harvoin” (1 piste), 3 = ”joskus” (3 pistettä) ja 4 = ”usein” (5 pistettä). IES R –asteikolla kokonaispistemäärän lisäksi ala-asteikkojen avulla arvioidaan tunkeutuvien ajatusten ja mielikuvien esiintyvyyttä (IES-I), tapahtumaa koskevien ajatusten ja muistuttajien välttämistä (IES-A) sekä tapahtuman aiheuttamaa ylivireisyyttä. Traumaperäisen stressihäiriön riskiä mitataan summaamalla 15 alkuperäisestä kysymyksestä IES-I ja IES-A- ala-asteikkojen kokonaispistemäärät (vaihteluväli 0 – 75). Traumaperäisen stressihäiriön riskin katkaisupistemäärä on 19/20, todennäköisen diagnostiset kriteerit täyttävän traumaperäisen stressihäiriön katkaisupistemäärä on 34/35 ja 35 pistettä tai enemmän saaneet henkilöt tulkitaan merkittävästi oireileviksi. Tutkimukset ovat osoittaneet, että katkaisupistemäärä 35 tunnustaa oikein 89 prosenttia henkilöistä, joilla on diagnosoitavissa oleva traumaperäinen stressihäiriö (Neal ym., 1994). The IES-R on virallisesti käännetty suomen kielelle (Poijula, 2002).

Surureaktiokysely, the Hogan Grief Reaction Checklist

Surureaktioita kartoitettiin the Hogan Grief Reaction Checklist, HGRC–itsearviointikyselyllä (Hogan, 1988; Hogan, Greenfield & Schmidt, 2001). HGRC on 61 kysymyksen viisiportaisen

Likert-tyyppinen kysely. Asteikon vastausvaihtoehdot ovat 0:sta (ei kuvaa lainkaan minua) 4:ään (kuvaa minua erittäin hyvin). Mitattavat surun kuusi ulottuvuutta ovat epätoivo (13 kysymystä), paniikkikäyttäytyminen (14), persoonallinen kasvu (10), syyttely ja viha (7), irrallisuus (8) ja hajanaisuus (8). Surun voimakkuutta mittaa muiden ulottuvuuksien paitsi persoonallisen kasvun ulottuvuuden kysymysten yhteenlaskettu summapistemäärä, ns. HGRC misery scales -pistemäärä (Sewell & Easterling, 2000). Adaptiivisessa surussa surun ulottuvuuksien pistemäärät pienenevät kuolemasta kuluneen ajan myötä. Poikkeuksena on persoonallisen kasvun pistemäärä, jonka odotetaan kasvavan ajan kuluessa. The Hogan Grief Reaction Checklist on virallisesti käännetty suomen kielelle (Laakso, 2000).

Pitkittyneen surun häiriön asteikko, the Prolonged Grief Inventory

Komplisoitunutta surua mitattiin Prigersonin ja Maciejewskin Prolonged Grief Disorder, PG-13-itsearviointikyselyllä (Prigerson, Vanderwerker, Maciejewski, 2008; Prigerson ym. 2009). Pitkittyneen surun häiriö on hiljattain määritelty kehitteillä oleva oireyhtymä, joka on erityinen reaktio jonkun hyvin rakkaan ihmisen menetykseen. Tiettyjen pitkittyneen surun häiriön oireiden (tunteet, ajatukset, teot) kokonaisuuden tulee kestää vähintään kuusi kuukautta ja liittyä merkittävään toimintakyvyn huonontumiseen, jotta henkilö täyttää suruhäiriön kriteerit. Diagnoosin ehtona on, että jokaisen kriteerin A – E tulee täytyä. Kriteerit ovat a) tapahtumakriteeri (vastaaja on kokenut rakastetun ihmisen menetyksen), b) separaatiokriteeri (vastaajan tulee kokea vähintään päivittäin eroahdistusta), c) kestokriteeri (separaatioahdistuksen tulee kestää vähintään 6 kuukautta menetyksen jälkeen), d) kognitiiviset, emotionaaliset ja käyttäytymisoireet (vastaajan on koettava vähintään päivittäin tai aika paljon 5:ssä kysymyksistä 4 – 12 esitettyjä oireita ja e) huonontumiskriteeri (vastaajalla on oltava merkittävää huonontumista koulu-, ammatillisella tai muulla tärkeällä toiminnan alueella). PG-13-kysely käännettiin virallisesti suomen kielelle tätä tutkimusta varten, koska sitä ei ole Suomessa käytetty aikaisemmin.

Mielialakysely, Raitsalo- Beck Depression Inventory

Masennusta mitattiin Mielialakyselyllä (Raitsalon modifikaatio Beck Depression Inventoryn lyhyestä versiosta, RBDI), joka on Suomen oloihin Beckin lyhyen masennuskyselyn pohjalta kehitetty mittari. Se mittaa masennusoireiden vaikeusastetta. Masentuneisuuden voimakkuutta kuvaava summapistemäärä lasketaan kysymyksistä 1-13 siten, että kunkin kysymyksen vastausvaihtoehdot 1 ja 2 saavat arvon nolla ja 3 arvon 1, 4 arvon 2 ja 5 arvon 3. Summapistemäärä vaihtelee välillä 0 – 39 (Raitsalo, 2009). Masentuneisuuden vaikeusaste luokitellaan alkuperäisten suositusten mukaisella tavalla (Beck, Steer, Garbin, 1988): 0 – 4 = ei masentuneisuutta tai vain erittäin lievä masennus, 5 – 7 = lievä, 8 – 15 = keskivaikea ja 16 – 39 = vaikea masennus.

Unen laadun kysely, The Pittsburgh Sleep Quality Index

Unihäiriötä mitattiin Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) – mittarilla (Buysse, Reynolds III, Monk, Berman & Kupfer, 1989). PSQI:lla henkilö arvioi unen laatua ja häiriötä viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Mittarin 19 kysymyksestä koostuu seitsemän komponenttipistemäärää, joita ovat 1) subjektiivisen unen laatu, 2) unen latenssi, 3) unen kesto, 4) totutun unen tehokkuus, 5) unen häiriöt, 6) unilääkkeiden käyttö ja 7) päiväaikainen toiminnan häiriö. Näiden seitsemän osatekijän summasta tulee yksi kokonaispistemäärä. Hyvät ja huonot nukkujat erottava kokonaispistemäärä on 5 pistettä. Pistemäärän diagnostinen herkkyys on 89,6 prosenttia. PSQI -mittarin on todettu soveltuvan sekä psykiatriseen kliiniseen käyttöön että tutkimuskäyttöön. Tutkimuksessa käytettiin suomen kielelle käännettyä PSQI -kyselyä (http://www.proqolid.org/instruments/pittsburgh_sleep_quality_index_psqi).

Trauman jälkeisen kasvun kysely, The Posttraumatic Growth Inventory

Trauman jälkeisen kasvun mittarin (The Posttraumatic Growth Inventory, PTGI), avulla arvioidaan traumaattisen tapahtuman myönteisiä seurauksia (Taku, Lawrence, Calhoun & Tedeschi, 2008; Tedeschi & Calhoun, 1996). Mittari sisältää 21-väittämää, joihin vastataan 5-portaisella

asteikolla (ei lainkaan, hieman, kohtalaisesti, paljon, erittäin paljon). Asteikon kysymyksistä muodostuu 5 faktoria: 1) uudet mahdollisuudet, 2) toisiin liittyminen, 3) henkilökohtainen vahvuus, 4) spirituaalinen muutos ja 5) elämän arvostaminen. Kokonaispistemäärän vaihteluväli on 0 – 105 (Tedeschi & Calhoun, 1996). Tutkimuksessa käytetyn Trauman jälkeisen kasvun kyselyn (PTGI) ovat virallisesti suomentaneet Raija-Leena Punamäki ja Tuija Turunen.

Sosiaalisen tuen kysely, The Inventory of Social Support

Sosiaalisen tuen saamisen arvioinnissa käytettiin Hoganin ja Schmidtin (2002) kehittämää The Inventory of Social Support (ISS) – kyselyä. ISS on lyhyt, viisi väittämää sisältävä kysely. Kukin kysymys sisältää viisi vastausvaihtoehtoa (1 = ei kuvaa minua ollenkaan, 2 = ei kuvaa minua, 3 = kuvaa minua aika hyvin, 4 = kuvaa minua hyvin ja 5 = kuvaa minua erittäin hyvin). Tilastollisissa analyyseissä muuttujat koodattiin uudelleen, jolloin ”ei kuvaa minua ollenkaan” ja ”ei kuvaa minua” saivat arvon nolla (0) ja loput eli ”kuvaa aika hyvin”, ”kuvaa hyvin” ja ”kuvaa erittäin hyvin” saivat arvon yksi (1). Muuttujista laskettiin summa, jonka vaihteluväli oli 0-5. Tutkimuksessa käytettiin suomen kielelle käännettyä Sosiaalisen tuen arviointia (ISS) (Pojula, 2002).

Tulosten tilastollinen analysointi

Tutkimustuloksia raportoidaan kuvailevien tunnuslukujen (lukumäärä ja %-jakaumat, keskiarvo ja – hajonta, mediaan ja kvartiiliväli) avulla. Ryhmien välisten erojen tilastollista merkitsevyyttä luokitteluasteikon muuttujissa analysoitiin khiin-neliö tai Fisherin testillä (luokitteluasteikolliset muuttujat) ja jatkuvissa muuttujissa Studentin t-testillä tai yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Tilastollisen merkitsevyyden rajana on $p = 0.05$ ja kaikki tilastolliset testit ovat kaksisuuntaisia. Kaikki tilastoanalyysit toteutettiin SPSS for Windows, versio 16, tilastollisella ohjelmalla.

3.2. EETTISET NÄKÖKOHDAT

Tässä tutkimuksessa on noudatettu surututkimuksen eettisiä ohjeita (Cook, 2001; Parkes, 1995 ja Sales, Folkman, 2001). Surututkimuksen eettisiä periaatteita ovat osallistumisen vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus, ei vahingoittamista, ei painostamista osallistumiseen, vastuu tutkimuksen aiheuttamasta kärsimyksestä, tarkka metodologia ja tutkimuksen merkityksellisyys (Parkes, 1995). Surututkimuksen kriteereiden mukaan tutkimusasetelma ja metodologia ovat asianmukaisia ja eettisestä vastuusta on huolehdittu. Tutkimus on teoreettisesti ja sosiaalisesti tärkeä (Stroebe, Stroebe & Schut, 2003). Tämä tutkimus on toteutettu Henkirikoksen uhrien läheiset ry:n aloitteesta ja Henkirikoksen uhrien läheiset ry:n ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön hankkeena, johon tutkijaksi on valittu tutkijakliinikko. Koska kysymyksessä on psykologian tutkimus, tutkimuksessa noudatettiin Psykologiliiton ja Suomen psykologisen seuran ohjeita psykologien tutkimuseettisiksi periaatteiksi. Tutkimukselle haettiin ja saatiin tutkimuslupa sisäasiainministeriön poliisiosastolta tietojen saamiseksi poliisin henkilörekistereistä tutkimuksen tekemiseksi. Tutkimuksen kohteena olevat henkirikosuhrien omaiset olivat menettäneet perheenjäsenensä 2 – 10 vuotta aikaisemmin, joten osallistujia ei lähestytty tutkimuskutsulla surun akuutissa vaiheessa. Tutkimukseen osallistujat saivat kirjallisen tiedotteen tutkimuksesta ja allekirjoittivat kirjallisen tietoisuuden tutkimukseen osallistumiseen. Tutkimukseen osallistumisen ja sen edellyttämän traumaattisen tapahtuman mieleen palautumisen ei ole todettu aiheuttavan haittaa osallistujille. Yleensä osallistuminen koetaan myönteiseksi eikä osallistumista jälkeenpäin kaduta, vaikka trauman ja erityisesti traumaattisen menetyksen käsittely on raskasta (Pennebaker, 1997, Dyregrov, 2004). Traumatutkimukseen osallistumisesta näyttää olevan tutkimukseen osallistuvilla enemmän hyötyä kuin haittaa. Suurin osa traumatutkimuksiin osallistuneista raportoi kokemuksensa tutkimukseen osallistumisesta myönteiseksi, kiinnostavaksi ja hyödylliseksi (Griffin, 2003). Tutkijalla on aikaisempaa kokemusta traumatisoivien tapahtumien uhrien ja omaisten tutkijana. Tutkija on myös psyykkisten traumojen ja surun hoitoon erikoistunut psykologi ja traumapsykoterapeutti. Tutkimukseen osallistuneilla oli mahdollisuus soittaa tai lähettää sähköpostia tutkijalle, mitä mahdollisuutta osa tutkimuskyselyn saaneista käyttikin.

4. TULOKSET

4.1. TAUSTA

Henkirikoksen tekovuosi. Vastaajat jakautuivat henkirikoksen tapahtumavuoden mukaan siten, että vastaajista 12 prosenttia oli menettänyt perheenjäsenensä vuonna 1999, 27 prosenttia vuonna 2004, 11 prosenttia vuonna 2005, 22 prosenttia vuonna 2006, 26 prosenttia vuonna 2007.

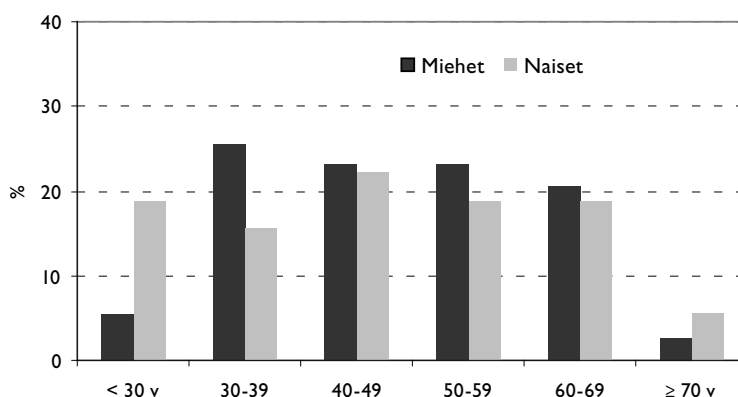
Osallistujat. Tutkimuskyselyyn vastasi 131 omaista, mikä kattoi 44 prosenttia (131/295) kaikista kyselylomakkeen lähetetyistä.

Syntymämaa. Kaikki vastaajat olivat syntyneet Suomessa ja suomalaisia.

Sukupuoli. Vastanneista 92 (70 %) oli naisia ja 39 (30 %) miehiä.

Ikä. Vastaajien keski-ikä oli 47 vuotta. Naisten ja miesten keski-ikä oli sama. Kuviossa 1 on esitetty vastaajien luokiteltu ikäjakauma sukupuolen mukaan eriteltyinä.

Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma (%) sukupuolittain.

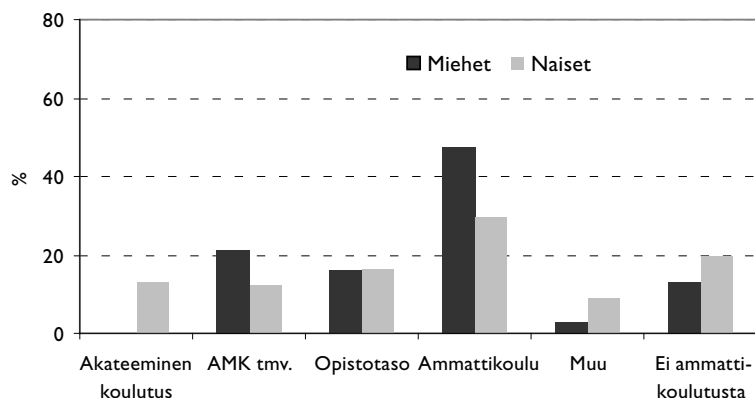


Perheellisyys. Vastaajista suurimmalla osalla (71 %) oli lapsia (miehet 66 %, naiset 73 %).

Asuinalue. Vastaajista asui kaupungissa 55 prosenttia (miehet 54 %, naiset 56 %), taajamassa 26 prosenttia (miehet 21 %, naiset 29 %) ja maaseudulla 19 prosenttia prosenttia (miehet 26 %, naiset 15 %). Koko Suomen väestöstä 68 prosenttia asuu kaupunkimaisissa kunnissa, 16 prosenttia taajaan asutuissa kunnissa ja 16 prosenttia maaseutumaisissa kunnissa (Tilastokeskus, 2010).

Koulutus. Vastaajien ammatillinen koulutus oli seuraava: akateeminen koulutus 9 prosenttia, ammattikorkeakoulutaso (AMK) 15 prosenttia, opistotason koulutus 16 prosenttia, ammatikoulu 35 prosenttia, muu koulutus 7 prosenttia. Ilman mitään ammatillista koulutusta oli 18 prosenttia vastaajista. Kuviossa 2 esitetään ammattikoulutuksen jakauma sukupuolittain. Koko väestössä peruskoulun jälkeisiä tutkintoja suorittaneiden osuus on 62 prosenttia, keskiasteen tutkinnon suorittaneita on 39 prosenttia ja korkea-asteen tutkinnon suorittaneita 23 prosenttia (Tilastokeskus, 2010). Vastaajien koulutustasot eivät suuresti poikkea koko väestön koulutustasoista.

Kuvio 2. Vastaajien ammatillinen koulutus sukupuolittain.



Työmarkkina- ja ammattiasema. Vastaamishetkellä säännöllisessä työssä (koko- tai osapäivätyö) oli 59 prosenttia kyselyyn vastanneista (miehet 63 %, naiset 58 %), työttömänä oli 8 prosenttia (miehet 11 %, naiset 6 %). Työssä olevien osuus vastaa koko väestön (15 – 74-vuotiaat) työllisyysastetta, joka on 61 prosenttia (miesten 62 % ja naisten 60 % (Tilastokeskus, 2010). Opiskelijana tai kotiäiti/-isänä oli 9 prosenttia (miehet 3 %, naiset 11 %). Eläkkeellä tai sairauslomalla oli 25 prosenttia vastaajista (miehet 23 %, naiset 25 %).

Vastaajien ammattiasema työelämässä on kuvattu taulukossa 2. Miehistä noin puolet oli työntekijöitä, kun naisista kolmasosa oli alempia toimihenkilöitä.

Taulukko 2. Vastaajien ammattiasema työelämässä.

	Vastaajan sukupuoli		
	Miehet	Naiset	Kaikki yhteensä
Yrittäjä	17 %	8 %	10 %
Ylempi toimihenkilö	20 %	5 %	9 %
Alempi toimihenkilö	6 %	29 %	23 %
Työntekijä	46 %	35 %	38 %
Opiskelija	3 %	2 %	2 %
Eläkeläinen	9 %	17 %	15 %
Muu	0 %	3 %	2 %

4.2. HENKIRIKOKSEEN LIITTYVÄT TEKIJÄT

Perheenjäsenuhrien lukumäärä. Vastaajista 89 prosenttia (miehet 90 %, naiset 89 %) oli menettänyt yhden perheenjäsenensä henkirikoksen uhrina. Kaksi tai useamman perhejäsenen oli menettänyt 11 prosenttia vastanneista (miehet 10 %, naiset 11 %).

Suhde henkirikosuhriin. Vastaajista 32 prosenttia oli uhrin vanhempia (10 isää, 32 äitiä), 31 prosenttia uhrin lapsia (13 poikaa, 27 tytärtä), 25 prosenttia uhrin sisaruksia (14 veljeä, 19 siskoa), 8 prosenttia uhrin puolisoita (1 mies, 9 vaimoa) ja 5 prosenttia muita sukulaisia (1 miespuolinen, 5 naispuolista).

Henkirikoksen tekijän ja uhrin välinen suhde. Henkirikoksista 35 prosenttia tekijä oli satunnainen tuttava tai tuntematon, 32 prosenttia nykyinen tai entinen avio- tai avopuoliso tai seurustelukumppani, 19 prosenttia ystävä, tuttu, työ- tai opiskelukaveri, uhrin lapsi 6 prosenttia, uhrin veli 5 prosenttia ja uhrin vanhempi 4 prosenttia. Verrattuna keskimääräisiin uhrin ja tekijän välisiin suhteisiin, tutkimuksen tapauksista suurempi osa tekijöistä oli nykyinen tai entinen puoliso tai seurustelukumppani tai perheenjäsen.

Henkirikoksen tekotapa. Henkirikos oli yleisimmin tehty teräaseella (53 %), vastaavasti kuin kaikissa henkirikoksissa. 17 prosenttia tekotapa oli väkivalta ilman välineitä ja 14 prosenttia ampuma-ase, jälkimmäiset tekotavat olivat yleisempiä kuin kaikissa henkirikoksissa. Taulukossa 3 on kuvattu henkirikosten tekotavat henkirikoksen tekijän sukupuolen mukaan.

Taulukko 3. Henkirikoksen tekotavat henkirikoksen tekijän sukupuolen mukaan.

	Henkirikoksen tekijän sukupuoli		
	Mies	Nainen	Kaikki yhteensä
Teräase	51 %	67 %	53 %
Väkivalta ilman välineitä	18 %	0 %	17 %
Ampuma-ase	16 %	0 %	14 %
Tylppä esine	2 %	0 %	2 %
Tuli	0 %	11 %	1 %
Myrky	0 %	22 %	2 %
Muu	13 %	0 %	11 %

Omaisten kirjoittamia kuvauksia henkirikoksista:

- Multa lähti mun äiti! Erittäin raaka, kiduttava ja täysin turha kuolema!
- Tappo, puukotus, En pysty enempään. Sairastuin itse aika pahasti. Elämä meni silloin pois raiteiltaan.
- En osaa enää muuten kuvailla kuin, että päivä, jona tämä tappo tapahtui, on jatkuvasti mielessä.
- Veljeni tappoi vanhempani. Enempi on vaan tuskallista.
- Isäni ampui äitini ja sen jälkeen itsensä heidän yhteisessä kodissaan (lapsuudenkotini). Ennen itsensä ampumista isäni soitti minulle ja kertoi teostaan. Isäni ei koskaan aikaisemmin ole ollut väkivaltainen.
- Samanikäinen kaveri puukotti poikamme.
- Isäni menehtyi riitatilanteessa ystävänsä useisiin puukoniskuihin.

Tekijän saama tuomio. Oikeudenkäynnin lopputulos oli 80 prosenttia tapauksista se, että tekijälle tuomittiin ehdoton vankeusrangaistus. 11 tapauksessa syytetty jätettiin tuomitsematta rangaistukseen ja kymmenessä tapauksessa tekijä joutui sairaalahoitoon. Tuomittujen osuus on hyvin samanlainen kuin keskimäärin kaikissa henkirikoksissa.

Omaisten arvioita tuomiosta

- Oikeuden päätös ja rangaistus ei mielestäni ollut oikeudenmukainen. Syyte oli lievempi kuin vaatimani.
- Olen pettynyt suomalaisen henkirikoksien käsittelyyn. Oikeudenkäyntien mukaan ei tätäkään tekoa pidetty edes raakana, vaikka mies surmasi vanhuksen lekalla monta kertaa lyöden ja poltti sen jälkeen vielä sekä ruumiin että talon.
- Tuomio oli 12 vuotta kahdesta murhasta, ensikertalaisena putoaa 6 vuoteen. Kysyn, onko ihmisarvoa?

Taloudellinen tilanne. Vastaajista 38 prosenttia (miehet 56 %, naiset 31 %) arvioi taloudellisen tilanteensa hyväksi tai erittäin hyväksi, 52 prosenttia (miehet 39 %, naiset 57 %) tyydyttäväksi ja 10 prosenttia (miehet 5 %, naiset 12 %) huonoksi tai erittäin huonoksi. Suurin osa (72 %) vastaajista (miehet 77 %, naiset 70 %) arvioi, ettei oma taloudellinen tilanne ollut muuttunut merkittävästi henkirikoskuoleman jälkeen. Noin kolmannes (28 %) vastaajista (miehet 23 %, naiset 30 %) koki taloudellisen tilanteen muuttuneen merkittävästi.

Taloudelliset kulut ja vahingot. Vastanneista 78 prosenttia (miehet 77 %, naiset 78 %) oli aiheutunut taloudellisia kuluja ja vahinkoja henkirikoksen vuoksi. Taulukossa 4 kuvataan henkirikoksesta aiheutuneet kulut. Eniten kuluja aiheutui hautajaisista (53 %) ja matkoista (40 %). Vastaajista 49 prosenttia (miehet 52 %, naiset 48 %) arvioi, että aiheutuneet taloudelliset menetykset olivat vähäiset, 41 prosenttia (miehet 36 %, naiset 43 %) arvioi menetykset merkittäviksi ja 10 prosenttia (miehet 12 %, naiset 9 %) suuriksi tai erittäin suuriksi.

Taulukko 4. Koetut taloudelliset kulut ja vahingot vastaajan sukupuolen mukaan.

	Vastaajan sukupuoli		
	Miehet	Naiset	Kaikki yhteensä
Hautajaiskulut	37 %	60 %	53 %
Sairaanhoidokustannuksia	11 %	26 %	21 %
Lääkekuluja	11 %	32 %	25 %
Työtulon menetys	29 %	26 %	27 %
Matkakuluja	37 %	42 %	40 %
Muita kuluja	24 %	17 %	19 %

Vahingonkorvaus. Suurin osa (76 %) vastaajista (miehet 78 %, naiset 76 %) vaati tekijältä vahingonkorvausta. Korvausta vaatineista puolet vaati noin 8500 euroa tai enemmän, neljäsosa 4000 euroa tai vähemmän ja neljäsosa 15 000 euroa tai enemmän. Syytetty tuomittiin 54 tapauksessa maksamaan keskimäärin 7500 euroa.

Esimerkiksi äitinsä menettänyt aikuinen vaati tekijältä vahingonkorvausta 5000 euroa. Tekijä tuomittiin maksamaan noin 5000 euroa. Omainen sai taloudellista tukea vakuutusyhtiöltä ja oli tyytyväinen saamiinsa korvauksiin. Ainoan lapsensa menettänyt vanhempi vaati vahingonkorvausta 20 000 euroa, tekijä tuomittiin maksamaan noin 8000 euroa. Omainen sai valituksen kautta Valtiokonttorilta 3700 euroa. Hän kirjoitti: *"Se on vain niin, kun ainoan lapsensa menettää, sitä rahallista arvoa ei ole, sitä summaa ei ole lapsesta."*

Neljäsosa ei vaatinut korvausta, yleisimmin koska tekijä oli lähiomainen. Kun vastaaja ei ollut vaatinut tekijältä vahingonkorvausta, perusteluina olivat mm. seuraavat:

- Eihän rakkaalta perheenjäseneltä voinut kyniä.
- En vaatinut tekijältä vahingonkorvauksia, koska hän oli oma lapsemme.
- Se oli muodollisuus, tiedettiin, ettei korvausta tulla saamaan.
- Tekijä kuoli myös.

Taloudellisen avun tai korvausten hakeminen. Vastaajista 64 prosenttia (miehet 60 %, naiset 66 %) oli hakenut taloudellista apua tai korvauksia. Eniten korvauksia oli haettu Valtiokonttorilta (52 %; miehet 51 %, naiset 53 %). Korvausta tai taloudellista apua oli haettu myös vakuutusyhtiöltä (19 %; miehet 16 %, naiset 21 %) sekä sosiaalitoimelta (12 %; miehet 5 %, naiset 15 %) ja Kelalta (8 %; miehet 0 %, naiset 12 %). Saamiinsa korvauksiin tyytymättömiä oli 76 prosenttia vastaajista (miehet 90 %, naiset 70 %). Oikeuden määräämät korvaukset olivat yleisesti pienempiä kuin omaisen vaatimat.

- Vaadin tekijältä vahingonkorvausta 7000 euroa, Syytetty tuomittiin Niuvanniemeen ja maksamaan vahingonkorvausta noin 4600 euroa. En ole saanut senttiäkään. Jouduin maksamaan henkirikoksen uhrina kuolleen lapseni lainaa loppuikäni, koska olen takaaja. Kukaan ei ole myöntänyt minulle minkäänlaista tukea, saan vain pienen eläkkeen.
- Vaadin tekijältä vahingonkorvausta noin 20 000 euroa, tekijä tuomittiin maksamaan 250 euroa.
- Vaadin tekijältä vahingonkorvausta 10 000 euroa. Tekijä tuomittiin maksamaan 10 000 euroa. Valtiokonttori ei maksanut mitään.

Käytännössä suuri osa ei saanut oikeuden määräämääkään korvausta tekijältä, vaan joutui hakemaan korvausta Valtiokonttorilta, jonka maksamat korvaukset olivat huomattavasti pienempiä kuin oikeuden päätöksissä määrätty korvaussummat. Osalle omaisista Valtiokonttori ei maksanut korvauksia lainkaan.

Rikosvahinkolain uudistuksen yhteydessä vuonna 2005 laista poistettiin läheisten oikeus valtion maksamaan korvaukseen kuolemantapauksen aiheuttamasta kärsimyksestä. Sen tilalle tuli läheisen oikeus saada rikosvahinkolain perusteella korvaus sairaanhoitokuluista ja ansionmenetyksestä. Oikeusministeriön tekemässä selvityksessä rikosvahinkolain uudistuksen vaikutuksista surmansa saaneen läheisen korvaussuojaan kävi ilmi, etteivät läheiset tunne tarpeeksi hyvin muuttuneita korvausoikeuksiaan. Myös korvauskäytännön tulkinnanvaraisuus on koettu ongelmalliseksi. Esimerkiksi pitkää terapiajaksoa ei Valtiokonttorin korvauskäytännössä katsota rikosvahinkolain nojalla korvattavaksi, vaikka se saattaisi murhatun

läheisestä tuntua välttämättömältä. Läheisten taloudellista tilannetta heikentää myös se, että lakia uudistettaessa käyttöön otettu perusvähennys (160 euroa) lohkaisee osan korvauksesta.

Yksi omaisista kuvasi Valtiokonttorilta korvauksen saamisen vaikeutta seuraavasti:

...jo oikeusprosessin aikana olisi joitakin asioita kai pitänyt jo tehdä eri tavalla. En tiedä, olisiko korvausten saaminen ollut helpompaa, jos ensinnäkin olisi jo oikeusprosessin alusta lähtien ollut tiedossa tämä lainmuutos (kärsimyskorvauksen sijaan ns. kuntoutuskuluja: lääkäri, lääkkeet, terapia jne. saantimahdollisuus) Meidän asianajajamme kovin vaati kärsimyskorvauksia, vaikka olisihan hänen pitänyt tietää, ettei sellaisia enää edes myönnetä - käräjäoikeus oli 10/2007 ja hovi 5/2008. Eihän meillä omaisilla ollut oikeuskäsittelyjen aikaan voimia perehtyä monenlaisiin asioihin, hyvä kun saatiin edes esitutkintapöytäkirja liitteineen (rekonstruktio, tunnustus...) kahlattua läpi ennen käräjiä... Ei siis luonnollisestikaan ollut osattu hakea päätöksiin merkintää siitä, että näitä kuntoutuskuluja tmv. tulisi maksettavaksi. Tiedä häntä, olisiko tämä edes mennyt läpi. (Itsekin ymmärsin tuon ensin niin, että olisi ollut mahdollista hakea korvausta vain niistä käynneistä, joita oli itse tapahtuman ja käräjien väliltä).

Vuime vuoden heinäkuussa (2009) Huoma ry:n projektipäällikkö Räsänen Risto lähetti huomalaisille tiedotteen liittyen korvausten hakemiseen ja vasta sitten tajusin, että minullakin pitäisi nähtävästi olla mahdollisuus hakea korvausta näistä terapia- ja lääkekuluista. Onhan asia muutenkin niin, että ilman tapahtunutta tuskin olisi tarvetta näihin tullutkaan... Tällöin sitten aloitin korvaushakemuksen täydentämisen Valtiokonttorille lähettämällä heille ensin kaikesta siihen mennessä kertyneestä yhden hakemuksen ja myöhemmin säännöllisesti kuukausittaisista menoista hakemuksen.

4.3. PSYKOSOSIAALISET MUUTOKSET JA EPÄVIRALLINEN SOSIAALINEN TUKI

4.3.1. Psykososiaaliset muutokset

Ruumiillinen ja henkinen terveydentila, kuntoliikunta, ruokavalio ja ruokailutottumukset, tupakointi ja alkoholi. Ruumiillinen terveydentila oli pysynyt samana 76 prosenttia (miehet 89 %, naiset 70 %) vastaajista ja henkinen terveydentila 65 prosenttia (miehet 84 %, naiset 57 %) vastaajista verrattuna tilanteeseen ennen perheenjäsenen henkirikoskuolemaa. Vastaajista 68 prosenttia (miehet 84 %, naiset 61 %) ilmoitti olevansa ruumiillisesti terveitä ja 62 prosenttia (miehet 84 %, naiset 52 %) henkisesti terveitä. Ennen perheenjäsenen henkirikoskuolemaa oli 8 prosenttia (miehet 5 %, naiset 9 %) vastaajista diagnosoitu ruumiillinen sairaus ja 31 prosenttia (miehet 0 %, naiset 5 %) jokin mielenterveyshäiriö. Perheenjäsenen henkirikoskuoleman jälkeen diagnosoituja, uusia ruumiillisia sairauksia, kuten syöpä, oli 24 prosentilla (miehet 11 %, naiset 30 %) vastaajista, ja uusi mielenterveyshäiriö tai -häiriöitä, kuten traumaperäinen stressireaktio, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö tai masennus, oli diagnosoitu 35 prosentilla (miehet 16 %, naiset 44 %) vastaajista. Naisilla uusien ruumiillisten sairauksien ja psyykkisten häiriöiden esiintyvyys oli huomattavasti suurempaa kuin miehillä. Traumalle altistuneiden naisten riski sairastua traumaperäisiin psyykkisiin häiriöihin ja ruumiillisiin sairauksiin oli suurempi kuin miesten.

Kuntoliikunnan määrä oli pysynyt samana lähes puolella (49 %; miehet 54 %, naiset 47 %) vastaajista, vähentynyt 34 prosenttia (miehet 33 %, naiset 34 %) ja lisääntynyt 17 prosenttia (miehet 13 %, naiset 19 %) vastaajista.

Ruokavalio ja ruokailutottumukset olivat pysyneet samoina 65 prosenttia (miehet 80 %, naiset 59 %), muuttuneet epäterveellisemmiksi 25 prosenttia (miehet 12 %, naiset 31 %) ja terveellisemmiksi 9 prosenttia (miehet 8 %, naiset 10 %) vastaajista.

Vastaajista 64 prosenttia (62 % miehet, naiset 64 %) ei tupakoinut, 16 prosenttia (miehet 26 prosenttia, naiset 11 %) tupakoinnin määrä oli pysynyt samana, 15 prosenttia (miehet 5 %, naiset 19 %) lisääntynyt ja 6 prosenttia (miehet 8 %, nainen 6 %) vähentynyt.

Alkoholia ei käyttänyt 9 prosenttia (miehet 13 %, naiset 36 %) vastaajista. Alkoholin käyttö oli pysynyt samana 41 prosenttia (miehet 56 %, naiset 34 %), lisääntynyt 19 prosenttia (miehet 13 %, naiset 21 %) ja vähentynyt 12 prosenttia (miehet 18 %, naiset 9 %) vastaajilla.

Perheenjäsenten väliset ihmissuhteet, kommunikaatio, ärtyvyys ja riitely.

Perheenjäsenten väliset ihmissuhteet olivat muuttuneet läheisemmiksi 44 prosenttia vastaajista (miehet 34 %, naiset 48 %). Suhteissa ei ollut tapahtunut muutosta henkirikoskuoleman jälkeen 20 prosenttia vastaajista (miehet 53 %, naiset 18 %). Suhteet olivat muuttuneet etäisemmiksi 11 prosenttia (miehet 8 %, naiset 13 %) ja ristiriitaisiksi 16 prosenttia (miehet 3 %, naiset 22 %) vastaajista. Miesten ja naisten vastaukset erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ($p < 0.001$).

- Teimme sisareni kanssa sopimuksen, että emme katkeroidu tai haudaudu pois eläältä. Vähintä mitä voimme kuolleelle vanhemmalle tehdä on elää.
- Perheenjäsenten väliset suhteet muuttuneet ristiriitaisemmiksi (esim. perintöasiat).

Perheenjäsenten välinen kommunikaatio ei ollut muuttunut 43 prosenttia vastaajista (miehet 63 %, naiset 35 %). Kommunikaatio oli muuttunut avoimemmaksi 37 prosenttia vastaajista (miehet 4 %, naiset 43 %) ja estyneemmäksi 18 prosenttia vastaajista (miehet 13 %, naiset 20 %). Perheenjäsenten välinen keskusteluyhteys oli katkennut 2 prosenttia vastaajista (miehet 0 %, naiset 3 %). Miesten ja naisten vastauksissa oli tilastollisesti merkitsevästi ero ($p = 0.022$).

- Äitini kanssa en ole käynyt ko. asiasta (poika tappoi isän) mitään keskustelua. Äitini ei ole kysynyt kuinka voin ja pärjään. Tuomiosta äitini tokaisi asianajajalle, että vaadittiin liian kovaa rangaistusta. Hänen mielestään ei olisi pitänyt rangaista ollenkaan.
- Oma perhe vain kuunteli, eivät kommentoineet. (ei lainkaan saanut tukea)

Perheenjäsenten välisessä ärtyvyydessä ja riitelystä ei ollut tapahtunut muutosta henkirikoskuoleman jälkeen 55 prosenttia prosentilla (miehet 71 %, naiset 48 %). Ärtyvyys ja riitely olivat vähentyneet 23 prosenttia vastaajista (miehet 18 %, naiset 25 %) ja lisääntyneet 22 prosenttia vastaajista (miehet 11 %, naiset 27 %). Perheenjäsenten välisessä ärtyvyydessä ja riitelystä oli tilastollisesti merkitsevä ero sukupuolten välillä ($p = 0.039$). Perheenjäsenten välillä ei ollut ruumiillista väkivaltaa kenelläkään vastaajista.

- Oma äiti loukkasi eniten! En tule hautajaisiin SINUN TAKIA vaan vainajan.

Sosiaalinen elämä ja ihmissuhteet. Sosiaaliseen elämään liittyvässä käyttäytymisessä ja ihmissuhteissa (vuorovaikutus työtovereiden, naapureiden ja sukulaisten kanssa, harrastuksiin osallistuminen, ystävyysuhteiden päättymisen ja alkaminen tms.) ei ollut tapahtunut muutoksia 41 prosenttia vastaajista (miehet 56 %, naiset 34 %). Kanssakäyminen työtovereiden, naapureiden, sukulaisten ja ystävien kanssa oli lisääntynyt 19 prosenttia (miehet 15 %, naiset 21 %) ja vähentynyt 40 prosenttia (miehet 29 %, naiset 46 %).

- *Ikinä en tule olemaan enää se sama ihminen. En kykene solmimaan uutta suhdetta. Pelkään, että taas kärsin.*
- Kanssakäyminen oli vähentynyt: Eräs sukulaiseni sanoi, ettei jaksa kuunnella mun valittamistani.
- Läheiset sukulaiset eivät puhu lainkaan ko. asiasta. Ikään kuin ei olisi tapahtunut mitään. Tai sanotaan, että elettävä on.

Uusia ystävyysuhteita oli alkanut 42 prosenttia vastaajista (miehet 17 %, naiset 52 %, $p = 0.003$). Vanhoja ystävyysuhteita oli päättyneet 32 prosenttia vastaajista (miehet 13 %, naiset 39 %, $p = 0.016$). Naisilla muutoksia ystävyysuhteissa oli tapahtunut enemmän kuin miehillä.

- Ystäväpiiri on mennyt uusiksi.
- Kavereiden ja tuttavien töykeä käyttäytyminen haittasi jonkun verran alkuun, mutta se meni ohi.

Harrastuksiin osallistuminen oli säilynyt ennallaan 55 prosenttia (miehet 50 %, naiset 56 %) ja lisääntynyt 12 prosenttia (miehet 21 %, naiset 9 %) vastaajista. Harrastuksiin osallistuminen oli vähentynyt tai loppunut 34 prosenttia vastaajista (miehet 29 %, naiset 35 %).

- Noin yhden vuoden kuluttua tapahtumasta aloin harrastaa uutta ja kurssit antoivat uutta ajateltavaa.

4.3.2. Sosiaalinen tuki

Sosiaalinen tuki. Vastaajien (n=107) Sosiaalisen tuen (ISS)-kyselyn (Hogan & Schmidt, 2002) tuloksia tarkasteltiin tukea saaneiden osuuksien avulla. Taulukossa 5 kuvataan yksittäisten väittämien % -osuudet niistä vastauksista, joissa arviona on ollut ”Kuvaa minua aika hyvin/hyvin/erittäin hyvin”.

Taulukko 5. Sosiaalisen tuen arviointi ISS-kyselyllä.

ISS-kysely *	Vastaaajan sukupuoli		
	Miehet	Naiset	Kaikki yhteensä
Ihmisillä on aikaa kuunnella kuinka voin	71 %	73 %	73 %
Voin ilmaista surua koskevat tunteeni avoimesti ja rehellisesti	72 %	68 %	69 %
Minua auttaa puhuminen jollekin, joka ei arvostele tapaani selviytyä	82 %	91 %	88 %
On olemassa ainakin yksi ihminen, jolle voin puhua ajatuksistani ja tunteistani	97 %	88 %	90 %
On olemassa ainakin yksi ihminen, jolle voin puhua ajatuksistani ja tunteistani	81 %	81 %	81 %

* taulukossa % -osuudet niistä vastauksista, joissa arviona on ollut ”Kuvaa minua aika hyvin/hyvin/erittäin hyvin”.

- Aivan heti lapsemme kuoleman jälkeen minusta tuntui, etten ymmärtänyt maailmasta enää mitään, se oli erilainen kuin olin koko elämäni ajatellut ja mitään hyvää ei näkynyt millään suunnalla. Ikään kuin kaikki olisi romahtanut, mitä olin pitänyt oikeana ja totena. Se, että sukulaiset, ystävät ja naapurit (jopa lähes tuntemattomat) kävivät meillä ja tulivat luokse, osoitti minulle, että jotain hyvää on vielä ja elämän voi koota uudestaan näistä pienistä hyvistä sirpaleista. Se antoi elämänuskon vähitellen takaisin.

Henkinen tuki sosiaaliselta verkostolta. Omasta verkostosta tärkeimmäksi nimetty auttava taho oli perhe 71 prosenttia vastaajista (miehet 81 %, naiset 67 %). Taulukossa 6 kuvataan henkisen ja sosiaalisen tuen saanti sosiaaliselta verkostolta (oma perhe, sukulaiset, ystävät, työtoverit/opiskelutoverit, vertaiset = toiset henkirikosuhrien omaiset). Vastaajista suurin osa sai eniten tukea omalta perheeltään, kun puolestaan vähiten oli saatu vertaistukea.

Taulukko 6. Sosiaalinen tuki verkostolta

Henkinen tuki sosiaaliselta verkostolta	Vastaajan sukupuoli		Kaikki yhteensä
	Miehet	Naiset	
Oma perhe			
Ei lainkaan	17 %	11 %	13 %
Jonkin verran	17 %	17 %	17 %
Melko paljon	11 %	11 %	11 %
Paljon/erittäin paljon	46 %	61 %	59 %
Sukulaiset			
Ei lainkaan	18 %	21 %	21 %
Jonkin verran	34 %	33 %	34 %
Melko paljon	21 %	14 %	16 %
Paljon/erittäin paljon	26 %	31 %	30 %
Ystävät			
Ei lainkaan	13 %	7 %	9 %
Jonkin verran	32 %	29 %	30 %
Melko paljon	32 %	21 %	24 %
Paljon/erittäin paljon	24 %	32 %	37 %
Työtoverit/opiskelutoverit			
Ei lainkaan	57 %	32 %	40 %
Jonkin verran	23 %	29 %	27 %
Melko paljon	6 %	25 %	19 %
Paljon/erittäin paljon	14 %	14 %	14 %
Vertaiset (toiset henkikirikosuhrien omaiset)			
Ei lainkaan	70 %	70 %	70 %
Jonkin verran	13 %	9 %	10 %
Melko paljon	7 %	9 %	8 %
Paljon/erittäin paljon	10 %	13 %	12 %

Sosiaalisessa verkostossa ja tuessa selviytymistä estäneitä tekijöitä olivat yksin jääminen, puhumattomuus, puhumisen vaikeus ja riittämättömyys, toisten kuormittamisen pelko, ristiriidat läheis- ja sukulaissuhteissa, pelot, luottamuksen menetys, vetäytyminen, uteliaisuus, tabu, häpeä ja syyllisyys, työhön ja kouluun liittyvät vaatimukset, stressi ja omaan itseen liittyvät esteet.

- Kyllä se yksin jääminen on vaikeinta.
- On syytä välttää aiheesta puhumista, ettei ahdistaa/ pelota muita.
- On vaikeutta puhua kuolleesta ja surustani myös läheisten kanssa ja perheen sisällä. On ehkä tuntunut, että en jaksaa olla surullinen tai aiheuttaa surua muille.
- Tuntuu, että en kuitenkaan ole voinut riittävästi puhua asiasta. En ole halunnut liian paljon puhua asiaa, ettei toisten elämä kuormitu liikaa minun huolilla ja murheilla. Vaikka uskon, että heille voi puhua ja he kuuntelevat, pelkään, että he pitävät ihan outona, jos liikaa puhun asiasta.
- Se, että asiaa ei ole otettu ollenkaan puheeksi läheisten kanssa on harmittanut ja jättänyt pahan mielen... (esim. puolisoni sukulaiset eivät edes pahoitelleet minulle niin isoa asiaa...).
- Huoli lapsista; Koska lapseni tarvitsevat minua, en ole saanut aikaa itkeä.
- Oman puolison vähättely surustani.
- Sisareni katkaisi välinsä minuun.
- Omat vanhempani eivät halunneet puhua tyttärenpojan murhasta.
- Ristiriidat sukulaisten kanssa.
- Ihmiset varovat puhumasta veljeni kuolemasta ja pyytävät anteeksi, jos asia tulee esiin. Itse haluaisin kyllä puhua siitä, tuntuu hyvältä, kun kysytään ja aiheessa pysytään
- Niin sanotut ystävät katosivat, todelliset jäivät.

- Vertaistukea olisin ehkä enemmän kaivannut. Olisin mielelläni esim. lukenut muiden kokemuksista.
- Idioottimaisten ihmisten olemassaolon tajuaminen.
- Järkevien ihmisten kyvyttömyys joskus ymmärtää tilaani.
- En jaksaa välillä olla tekemisissä kenenkään kanssa.
- Liian tuttu asuinympäristö, jossa asiat tiedetään paremmin kuin asianomaiset.
- Tietynlainen kyräily ja tuijottelu, joka on kyllä vähentynyt.
- Täysin se ei unohdu milloinkaan, niin tolkuton on asioiden hoito. Uusintarikollisia on kait missä vaan. Illalla pelkään kävellä kaupungilla ja kukaan ei saa kävellä takanani.
- Kenenkään ei voi luottaa, kuoleman pelko.
- Suurimpana ongelmana nykyisin se, että en pysty luottamaan vastakkaiseen sukupuoleen. Ajattelen, että he kaikki voivat olla väkivaltaisia hulluja.
- Luotto meni kaikkeen.
- Häpeä ja syyllisyys tapahtumasta (perheenjäsen surmannut toisen perheenjäsenen). Auttaisiko tietää, ettei ole ainoa.
- Pahin este selviämiseksi on ollut se, että henkirikoksen tekijäkin oli oma perheenjäsen.
- Yritin etsiä paljon vertaistukea, mutta en päässyt kenenkään kanssa puheisiin, jolla olisi tapahtunut samankaltaista. Aihe on niin vaikea ja tabu; perheenjäsenet, jotka yrittävät murhata ja murhaavat. Mitä jos perheenjäseneni olisi tappanut joitain muita...pitäisikö minun tuntea syyllisyyttä?
- *Ristiriitaisuus: kun tekijä oli perheenjäsen, häntä ei ole voinut vihata. Enemminkin olen yrittänyt tukea myös häntä. Samoin se, ettei asiasta ole voinut puhua; asia on häpeällinen ja karmea. Lapsille ei mitenkään voi kertoa. Myös ristiriitainen suhtautuminen perheen sisällä, osa ei halua olla missään tekemisissä surmaaajan kanssa.*
- *Syyllisyydentunne siitä, että mitä jos olisi itse tehnyt toisin.*
- *Koen, että ympäristö (työ/koulu) odottaa minulta yhtä tehokkaita tuloksia kuin aikaisemmin. Asetan myös itse itselleni liian korkeita tavoitteita. En halua/ ei ole aikaa keskittyä vain omaan rauhoittumiseen ja hyvinvointiin.*
- Stressaava, kiireinen työ (enkä voinut antaa periksi, jotta olisin ajoissa pyytänyt sairauslomaa ja sitten kun olin aivan puhki monen kuukauden unettomien öiden jälkeen unilääkkeitä hakiessani, vielä piti pyytää lomaa. Sain viisi päivää).
- Työkavereiden kanssa ei enää tule puhuttua aiheesta, koska he luulevat, että olen päässyt asiasta yli. He ovat jopa minulle itselleni sen sanoneet. Sen vuoksi töissä en oikein jaksaa henkisesti hyvin.
- Varmaan minä itse. Olen luonteeltani arka, ujo, hiljainen, syrjäänvetäytyvä. Puhuminen on vaikeaa, en aina löydä sanoja. Näyttelen reippaampaa kuin aina olisin, siitä on voinut jäädä käsitys, että olen päässyt asian yli.

Selviytymisessä auttaneita sosiaaliseen verkostoon ja itseapuun liittyviä tekijöitä olivat oma perhe ja perheenjäsenet, seurustelukumppani, sukulaiset, ystävät, naapurit, työtoverit, kyläyhteisö, lemmikkieläimet, usko, kirkko, kirkon työntekijät, Huoma ry ja vertaistuki, puhuminen, muistelu ja kirjoittaminen, työ, liikunta, nautintoaineet ja harrastukset.

- Sen oivaltaminen, että minulla ja kuolleilla perheenjäsenilläni oli läheiset välit eikä minun tarvitse katua juuri mitään. Oma usko siihen, että elämän on jatkuttava.
- Auttavaa oli puhua ääneen, ikään kuin aivot ”järjesteli” asioita samalla kun puhui, tuotti helpotusta, ahdistus lieveni, vaikka edelleenkin muistikuvat saavat kyynelehtimään...
- Minulle tärkein selviytymiskeino oli läheisten kanssa puhuminen.
- Puhuminen ja muistelu.
- Kirjoittaminen (päiväkirjan), vaikka harvakseltaankin. Siinä huomaa asioiden eteenpäin menemisen
- *Se, että aviomieheni on väsymättä jaksanut kuunnella minua ja käydä läpi tapahtumaa aina uudelleen. Hän on myös auttanut käytännön asioiden hoitamisessa (hautajaisjärjestelyt, oikeudenkäynnit, ositukset jne.)*

- Minua on auttanut se, että tyttäreni on saanut apua ja että olen huomannut sen auttavan häntä eteenpäin.
- Lapseni. Hänen olemassaolonsa pakottaa jaksamaan. Hänen takiaan on ollut pakko hoitaa arki ja huolehtia, että hän on onnellinen.
- Jäljelle jäänyt lapseni ja kuolleen lapseni ystävät.
- Oma perhe.
- Lapsenlapset.
- Uuteen seurustelukumppaniin tutustuminen pelasti varmasti kokonaan romahtamiselta ja muutama oikea ystävä.
- Isäni auttoi ja neuvoi hoitamaan asioita ja hoiti niitä kanssani.
- Suurin apu minulle oli naapureiden, sukulaisten ja ystävien tuki. Ilman heitä en varmaan olisi selvinnyt.
- *On huomannut, että ystävät todellakin välittävät ja välittävät vieläkin. Naapurit kävivät päivittäin, joku toi ruokaa, toinen vei ulos "lenkille" tai sitten he tulivat vain kysymään onko kaikki OK, ennen kuin menivät töihin. Koira oli myös hyvä terapia. Myös ihanat työkaverit olivat mukana surussani. En ollut yksin. Suru oli koko kyläyhteisön.*
- Ystäväni tuki paljon, kuunteli ja hoiti kanssani asioita.
- Se, että ihmiset ovat pahoitelleet ja ottaneet osaa suruun on helpottanut.
- Tekijän äidin kanssa soittelemme.
- Se, että oma elämä on muuten kaikin puolin kunnossa.
- *Työ oli ja on eräänlaista terapiaa; Itselleni oli tärkein, että pystyin aloittamaan työt ja arkirutiinit*
- *Työ, sairausloman jälkeen töihin meno antoi sisältöä elämään. Tunsin kuuluvani edes johonkin. Antoi muuta ajateltavaa. Tunsin olevani tarpeellinen ja hyödyksi*
- *Seurakunnan pastori, joka alkoi käydä luonamme kuolemantapauksen jälkeen.*
- Merkittävin tekijä selviytymisessäni on ollut hakeutuminen aktiiviseen yhteyteen kirkkoon. Siinä kirkonpalvelijat sekä kristilliset perinteet, arvot ja lähestymistapa elämään.
- Jumala
- Usko Jeesukseen Kristukseen, hän kulkee rinnallani ja tietää parhaiten kärsimykseni eikä hylkää kärsivää lapsensa menettänyttä ihmistä. Luottamus siihen, että näen lapseni taivaassa, kun kerran siirryn ajasta iäisyyteen.
- Ystävien esirukous.
- Se on auttanut eniten, että sain ylikuonnollisen avun. Jumala antoi meille viestin.
- Sururyhmä
- Vertaistuki
- Huoman vertaisryhmässä olo oli merkittävästi helpottava kokemus. Ymmärrys ja saman asian kokeneet ihmiset auttoivat jakamaan surua.
- Toimiminen Huomassa
- HUOMAN vertaistuki + internet
- Huoma on ollut tärkein auttajani, samoin psykoterapia
- Henkirikosten uhrien läheiset ry:n järjestämä kuntoutuskurssi, siellä tapasi muita läheisen menettäneitä.
- Huoma ry (vertaistapaamiset, siellä solmitut ystävyysuhteet)
- Huoma, voi puhua ihmisille, joilla itsellään on traaginen läheisen menetykokemus
- Eläimet auttoivat
- Oma hevonen pakotti jaksamaa
- Koiran läsnäolo ja silytys vaikutti positiivisesti
- Koirat, jotka pakottivat minut ulos
- Aloin hoitaa itseäni ruumiillisesti käymällä esim. hermoratahieronnassa.
- Hyvä kunto on auttanut merkittävästi selviytymistä. Tapahtuman jälkeen tuli tunne, että liikuntaa pitää vaan lisätä, se tuntui auttavan ja liikuntasuorituksen jälkeen tulee hyvä olo; Lenkkien tekeminen metsässä; Liikunta auttaa minua paljon. Kun tapahtuneesta ei enää jaksu/halua/voi puhua, niin puran tunteet salilla
- Hyvä ruoka: Käyn välillä itsekseni ravintolassa herkuttelemassa

- Viina. Ystävien ja sukulaisten kans juopottelu ja kanssakäyminen on auttanut. Ilman viinaa en olis jaksanut
- Harrastukset; etenkin musiikki, sen kuunteleminen ja laulaminen
- Matkustelu
- Puutarhanhoito.
- Metsä: paikka, jossa voi alussa itkeä ja huutaa.

4.4. SURU JA PITKITTYNEEN SURUN HÄIRIÖ

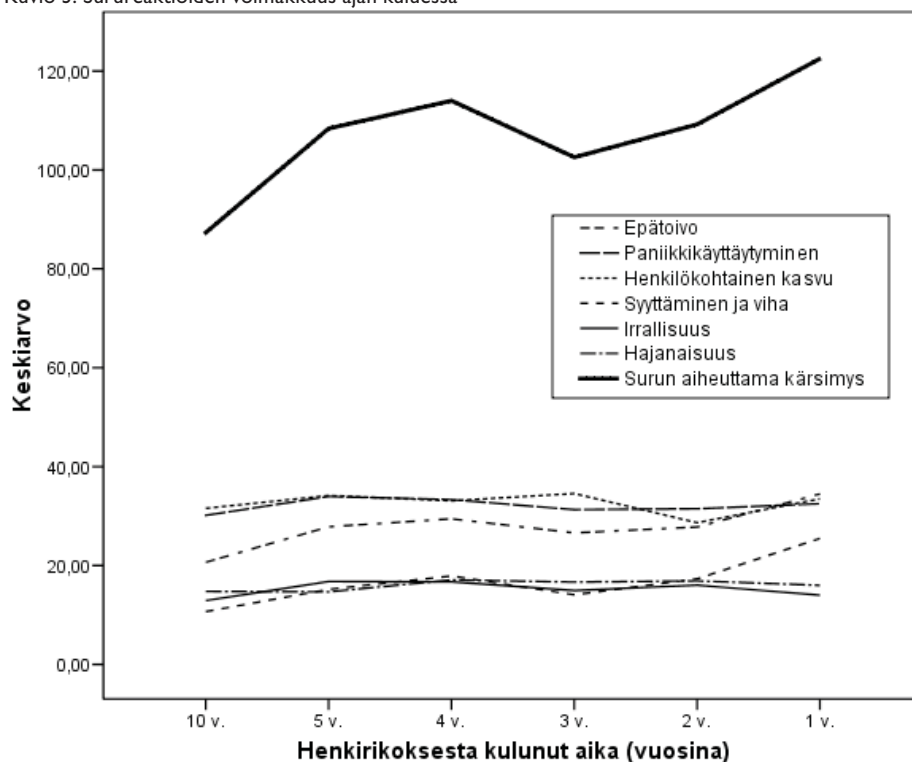
Surureaktioiden voimakkuus. Surureaktiokyselyn (Hogan Grief Reaction Checklist, HGRC, Hogan, Greenfield, Schmidt, 2001) avulla mitattiin surun eri faktoreita (epätoivo, paniikkikäyttäytyminen, henkilökohtainen kasvu, syyttäminen ja viha, irrallisuus sekä hajaannus). Taulukossa 7 esitetään kyselyn sisältämä 5-faktorin keskimääräiset pisteet. Naisten pistemäärät olivat yleensä korkeampia kuin miesten. Kaikissa faktoreissa oli tilastollisesti merkitsevä ero miesten ja naisten keskimääräisten pisteiden välillä.

Taulukko 7. Surureaktiokyselyn faktorit.

Surureaktiokyselyn faktorit	Miehet	Naiset	Kaikki yhteensä
Epätoivo	21.2	28.9	26.7
Paniikkikäyttäytyminen	22.4	35.6	31.6
Henkilökohtainen kasvu	30.1	33.5	32.5
Syyttäminen ja viha	13.4	16.0	15.2
Irrallisuus	11.0	17.1	15.3
Hajanaisuus	12.1	17.4	15.8

Surun aiheuttaman kärsimyksen (*misery*) eli surureaktioiden voimakkuuspistemäärän keskiarvo oli 103.9 (miehet 79.6 vs. naiset 113.9, $p < 0.001$). Ajan vaikutus ilmenee siten, että epätoivo-, syyttäminen ja viha-, irrallisuus- ja hajaannus-oluttuvuuksien sekä surun aiheuttama kärsimyksen (*misery*) reaktiot vähenevät ajan kuluessa verrattaessa vuosina 1999 ja 2004-2007 kuolleiden perheenjäsenten surureaktioita (Kuvio 3). Paniikkikäyttäytymisreaktiot (1. traumareaktiot) puolestaan eivät osoita vähenemistä kuolemasta kuluneen ajan myötä. Henkisen kasvun oluttuvuuden oletetaan olevan normaalin adaptiivisen suruprosessin tulos (Hogan & Schmidt, 2002).

Kuvio 3. Surureaktioiden voimakkuus ajan kuluessa



Vastaajien kuvauksia:

- Olen oppinut elämään surun kanssa – kuolema on peruuttamaton asia eikä sille mahda mitään, sen kanssa on vain tultava toimeen.
- Aluksi toivoin, että tapahtumat osoittautuisivat uneksi ja heräisin lopulta. Välillä ajattelin, että lapsemme vain tulisi kotitietä pitkin niin kuin oli aina ennenkin tullut.
- Yli vuoden ajan tunsin olevani shokissa, mutta vuoden jälkeen pahin helpotti.
- Heti tapahtuman jälkeen olin shokissa ja sitten tuntui tosiaan, että elämän perusrakenteet ovat särkyneet. Vähitellen ymmärsin, että kaikki ei kuitenkaan ole mennyt ja että olisi pidettävä kiinni siitä, mitä jäi.
- Aluksi mulla ja toisella veljelläni oli ensisijaisesti mielessä, että telotetaan se akka (= veljen surmannut nainen). Keskustelimme tästä ystävämme rikosylikonstaapelin kanssa, joka oli myös kuolleen veljemme ystävä. Hän sai meidät järkiintymään. Päätimme luottaa Suomen oikeuslaitokseen. Se tapahtuma vaan tuntui niin epäoikeudenmukaiselta.
- Suhteeni isääni oli erittäin kaukainen. Minulla oli enemmänkin vihantunteita häntä kohtaan (hänen oman väkivaltaisen käytöksen vuoksi).

Pitkittyneen surun häiriö. Pitkittyneen surun diagnoosin kaikki viisi kriteeriä (Prolonged Grief Inventory, PG-13) täyttyi 11 (8.4 %) vastaajalla (miehet 7.7 %, naiset 9.1 %). Suurin osa (n=9) pitkittyneen surun häiriöstä kärsivistä oli lapsensa menettäneitä vanhempia (9 henkilöä, 81.8 %), yksi oli uhrin lapsi ja yksi muu sukulainen. Osittaisesta pitkittyneen surun häiriöstä (neljä kriteeriä täyttyi) kärsi 20 perheenjäsentä (15.3 %) kaikista vastaajista. Heistä 12 (60.0 %) oli vanhempia ja 5 (25.0 %) uhrin lapsia, 2 sisarusta ja 1 puoliso.

4.5. TRAUMAPERÄISET STRESSIOIREET, MASENNUS, UNEN LAATU JA OMA ARVIO MIELENTERVEYDESTÄ

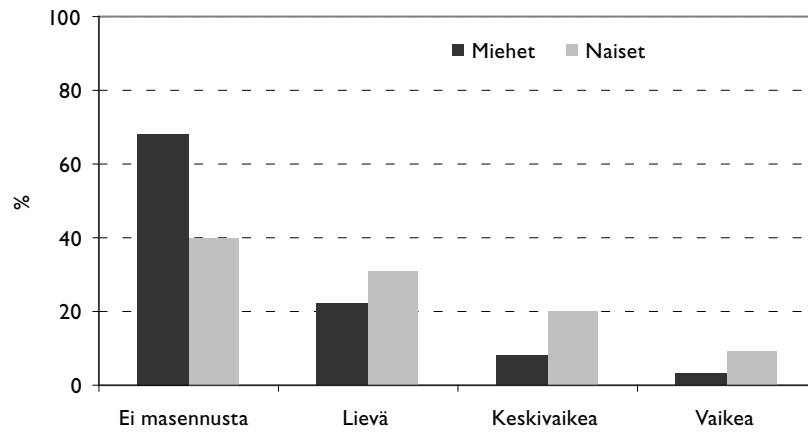
Traumaperäiset stressioireet. Tapahtuman vaikuttavuusasteikon (Impact of Event Scale, IES) perusteella 57 prosenttia vastaajista oli traumaperäisen stressihäiriön oireita. Traumaperäisen stressihäiriön kriteerit (PSTD \geq 35) täyttyivät 37 prosenttia vastaajista (miehet 24 % vs. naiset 42 %) ja kohtalaisesti oireita (PSTD 20-34) oli 20 prosenttia vastaajista (miehet 12 % vs. naiset 23 %). Miesten ja naisten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyydessä ($p=0.019$) sekä kaikissa tapahtuman vaikuttavuusasteikon oireulottuvuuksissa (Taulukko 8). Eri vuosina perheenjäsenensä menettäneiden välillä ei ollut merkittävää eroa oireissa, joten ajan kulumisella ei näyttäisi olevan yhteyttä traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyyteen.

Taulukko 8. Tapahtuman vaikuttavuusasteikon (Impact of Event Scale, Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979) oireulottuvuudet.

Traumaperäiset stressioireet	Miehet	Naiset	Kaikki yhteensä
Välttämiskäyttäytyminen	8,1	15,0	13,1
Mielteentunkeutuvuus	10,3	15,0	13,7
Traumaperäisen stressihäiriön oireet	17,6	30,1	26,6
Ylivireisyys	6,4	12,6	10,8

Masennusoireet. Vastaajien keskimääräinen masennuspistemäärä oli 5.6 (naiset 6.7 vs. miehet 3.4, $p=0.001$). Vastaajista 51 prosenttia kärsi masennuksesta; 28 prosenttia lievistä, 16 prosenttia keskivaikeasta ja 6 prosenttia vaikeasta masennuksesta. Masennus oli tilastollisesti merkitsevästi yleisempää naisilla kuin miehillä ($p=0.040$) (Kuvio 4). Itsetuhoajatuksia oli ollut 8 vastaajalla (1 mies, 7 naista).

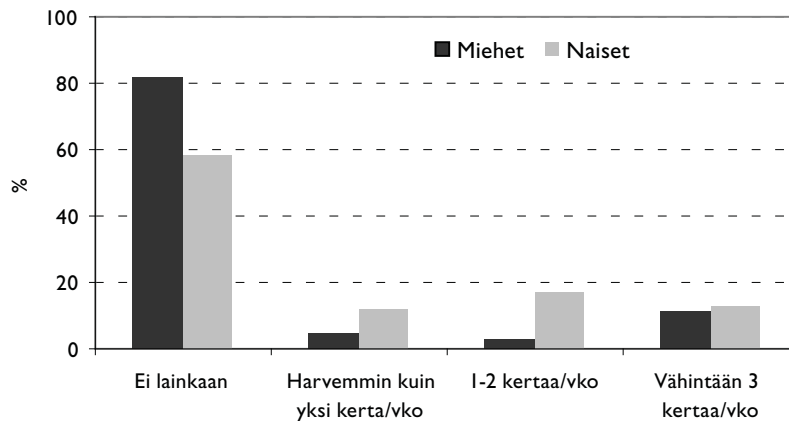
Kuvio 4. Masennuksen esiintyvyys vastaajilla.



Uhrin vanhempien (7.6) ja muiden sukulaisten (6.8) masennuspistemäärät olivat tilastollisesti merkitsevästi korkeampia kuin uhrin sisarusten (4.3), puolisoien (4.8) ja lasten (4.8) ($p=0.042$). Kaksi tai useampia perheenjäseniä henkirikosuhrina menettäneiden masennuspistemäärä (6.9) oli hieman suurempi kuin yhden perheenjäsenen menettäneiden (5.6).

Unen laatu. Unen laatua mitattiin PSQI – mittarilla (Pittsburg Sleep Quality Index, Buysse ym., 1989). Keskimääräinen Global PSQI – pistemäärä vastaajilla ($n=104$) oli 6.3. Miesten pistemäärä (4.2) oli tilastollisesti merkitsevästi pienempi kuin naisten (7.1) ($p=0.017$). Merkittävä unihäiriö (PSQI > 5) oli 47 prosenttia vastaajista (miehet 51 %, naiset 38 %). Unilääkkeiden käyttö viimeisen kuukauden aikana oli tilastollisesti merkitsevästi yleisempää naisilla kuin miehillä ($p = 0.047$) (kuvio 5).

Kuvio 5. Unilääkkeiden käyttö viimeisen kuukauden aikana.



Oma arvio mielenterveydestä

Henkirikoskuolemaan liittyvä mielenterveydellinen ongelma tai häiriö.

Vastaajista 23 prosenttia (miehet 3 % vs. naiset 32 %, $p = 0.001$) arvioi kärsivänsä nykyisin henkirikoskuolemaan liittyvästä mielenterveydellisestä ongelmasta tai häiriöstä. Uhrin sisaruksilla oli vähemmän (12 %) mielenterveyteen liittyviä ongelmia tai häiriöitä kuin uhrin vanhemmilla (29 %), muilla sukulaisilla (33 %) tai uhrin puolisoilla (22 %) tai lapsilla (25 %)

- Masennus vaivaa jatkuvasti, koulunkäynti melko vaikeaa, keskittyminen hankalaa.
- Univaikeudet ja masennus
- Pelot
- Erittäin vaikea masennus, paniikkihäiriöt, syömishäiriöt, itsemurhayritykset.
- Ahdistus, paniikkihäiriö, masennus
- Traumaperäinen stressireaktio

- Masennuksesta olen kärsinyt. En ole uskaltanut lopettaa mielialalääkkeitä (jo 3 vuotta lääkitys).
- Masennus ja sosiaalinen fobia
- Masennus. Tuntuu kuin olisin asian käsittelyssä samassa pisteessä kuin 3 kk tapahtuman jälkeen, vaikka siitä on kulunut reilut 3 vuotta.
- En ole käynyt lääkärissä, mutta henkisesti olen välillä ihan loppu.
- Suru ja tuska musertaa ihmisen niin pieneksi. Valtava ikävä syö voimia. Psykkinen tasapaino on järkkynyt loppuelämäksi.

Työkykyisyys. Traumaattinen suru, ongelma tai häiriö ei heikennä työkykyä vastaajan oman arvion mukaan 53 prosenttia (miehet 71 %, naiset 46 %). Työkykynsä arvioi lievästi alentuneeksi 22 prosenttia (miehet 15 %, naiset 24 %) ja huomattavasti alentuneeksi 9 prosenttia (miehet 3 %, naiset 11 %) vastaajista. Työkyvyttömiä oli 6 prosenttia (miehet 3 %, naiset 8 %) ja iän vuoksi eläkkeellä 10 prosenttia (miehet 8 %, naiset 11 %) vastaajista.

Vastaajien omia kuvauksia tilastaan:

- Olen ihmisraunio (masentunut ja surullinen)
- Työkyvyttömyys: työvuosia olisi vielä ollut monta.
- Sanouduin irti töistä 1 kk tapahtuman jälkeen.

4.6. TRAUMAN JÄLKEINEN KASVU

Trauman jälkeinen kasvu. Trauman jälkeisen henkisen kasvun kyselyllä (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI, Tedeschi & Calhoun, 1996) arvioitiin 5 faktoria (Taulukko 9). Naisilla oli tilastollisesti merkitsevästi korkeammat pisteet seuraavissa faktoreissa: toisiin liittyminen ($p=0.003$), uudet mahdollisuudet ($p=0.030$) ja elämän arvostaminen ($p=0.010$) faktoreissa.

Taulukko 9. Trauman jälkeisen henkisen kasvun ulottuvuudet.

Trauman jälkeisen henkisen kasvun faktorit	Miehet	Naiset	Kaikki yhteensä
Toisiin liittyminen	14.2	17.2	16.3
Uudet mahdollisuudet	8.3	9.8	9.3
Henkilökohtainen vahvuus	10.1	11.2	10.8
Uskonnollinen muutos	3.6	4.1	3.9
Elämän arvostaminen	8.1	9.6	9.2

Vastaajien henkiseen kasvuun liittyviä kuvauksia:

- Voimakkaammin sen hyväksymistä, että on asioita, joille ei voi mitään.
- Etsin kuumeisesti ihmisiä, joilta olisin halunnut kuulla, että tällaisen jälkeen voi elää normaalia elämää...vai voiko? ...vai johtaako tällainen aina itsemurhaan tai uuteen väkivallan tekoon? Nyt olen selvittänyt vastaukset itselleni ja haluaisin antaa muille uhreille sitä vertaistukea, jota en itse löytänyt. Ehkä kirjoitan kirjan...
- Kuvittelin musertuvani täysin, että olisin haluton jatkamaan elämää ilman äitiäni, mutta olin ja yritän olla vahva lapseni vuoksi. Sitä äiti olisi halunnut.
- Pahempaa ei voi enää tapahtua.
- Opin, että kauheita asioita voi tapahtua ihan tavallisille ihmisille. On hyvin pieni todellisuus, että tavallisessa perheessä, jossa ei ole perheväkivaltaa eikä päihdeongelmaa ja lapset käyvät koulua säännöllisesti jne. sisarus surmaisi toisen tarkoituksella, mutta kun se sattuu kohdalle, niin se on 100 prosenttia siinä. Yleensä nykyaikana ajatellaan, että kun noudattaa kaikkia neuvolan ja vanhempainiltojen ohjeita ja vielä elää terveesti, ei mitään pahaa tapahdu, eli ajatellaan ihmisen voivan jotenkin hallita elämäänsä. Mutta se ei vain ole niin. On paljon asioita, jotka sattuvat vain kohdalle joillekin perheille tai ihmisille – sairauksia, onnettomuuksia yms., vaikka yrittäisi parhaansa. On ollut tärkeä oppia, nähdä konkreettisesti, että elämässä voi joutua tilanteisiin ilman omaa syytä ja ne, joille sattuu onnettomuuksia, eivät ole sen huonompia ihmisiä kuin nekään, joille ei sati (vaikka teoriassa sen on kyllä tiennyt). Ja vaikka jotakin sattuisi, siitä on yleensä

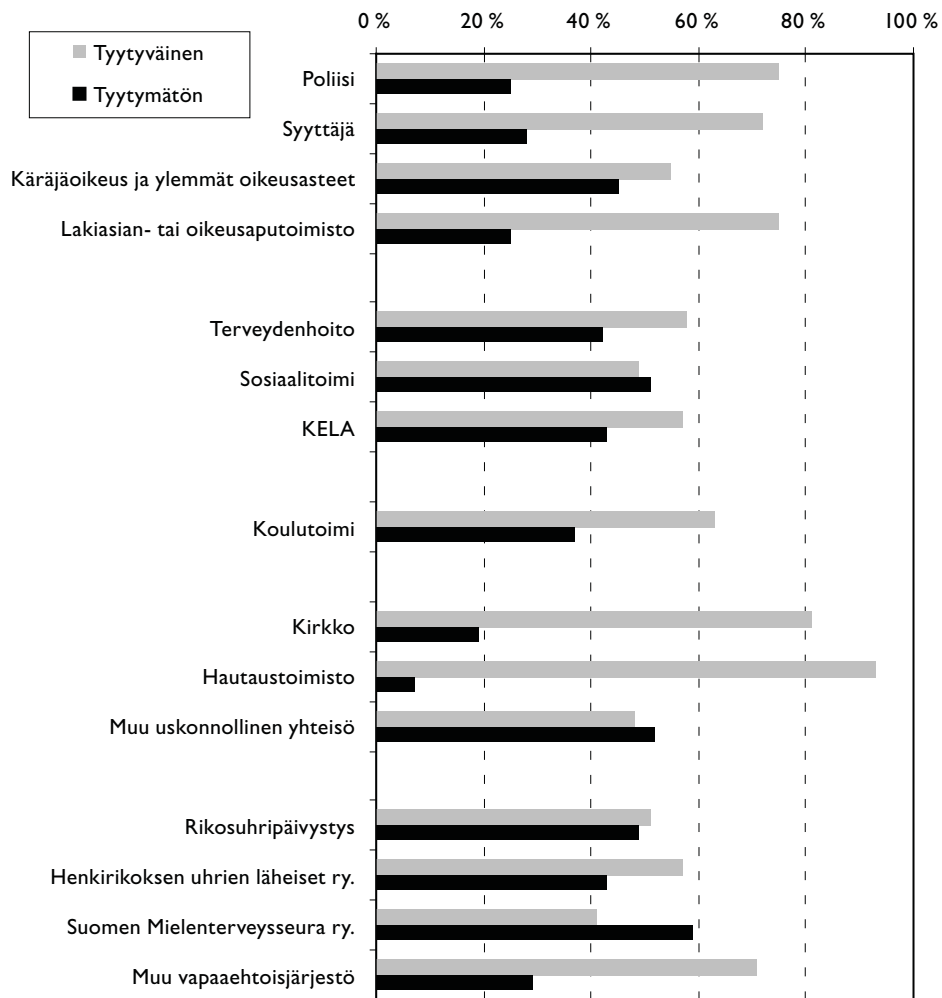
tie eteenpäin. Ei ehkä samanlaiseen elämään kuin aikaisemmin, mutta jotenkin hyvään kuitenkin.

4.7. AMMATILLINEN TOIMINTA, APU JA HOITO

4.7.1. Poliisi, oikeusjärjestelmä, sosiaali- ja terveydenhuolto, koulu, kirkko ja järjestöt

Vastaajat arvioivat tyytyväisyyttään/tyytymättömyyttään niitä viranomais- ja auttajatahoja kohtaan, joissa olivat asioineet (kuvio 6). Naisten ja miesten välillä tyytyväisyydessä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.

Kuvio 6. Tyytyväisyys niihin viranomais- tai auttajatahoihin, joissa oli asioinut tapauksen vuoksi.



Poliisin toimintaa arvioi 113 vastaajaa, joista tyytyväisiä oli 75 prosenttia. Uhrin vanhemmat olivat vähemmän tyytyväisiä (64 %) poliisiin kuin muut omaiset (79 % - 88 %).

- Rikospoliisi suhtautui minuun erittäin asiallisesti ja kärsivällisesti. Heti tapauksen jälkeen kävin siellä päivittäin kyselemässä kaikkea mahdollista.
- Poliisi kuulusteli minua asianomaisena. Minua pyydettiin odottamaan ”vuoroani” aulassa. Pian rikoksen tekijä kuljetettiin metrin päästä minusta, vaikka minun tiedettiin olevan aulassa. Tämä oli mielestäni täysin käsittämätöntä. Poliisi vain kohautti harteitaan ja selitti jotain pienistä tiloista. Ja tämän kohtaamisen jälkeen minun odotettiin vastailevan kysymyksiin täysin toimintakykyisenä. Mielestäni olisi voinut edes anteeksi pyytää.

Kuolinviesti. Poliisi toi tiedon perheenjäsen henkirikoskuolemasta 68 vastaajalle. Heistä tyytyväisiä poliisin tapaan antaa kuolinviesti oli 65 prosenttia (miehet 90% vs. naiset 55%, $p = 0.008$).

Kuolinviestin tuomiseen tyytyväiset kuvasivat poliisin toimintaa seuraavasti:

- Olivat tosi ystävällisiä ja soittivat mulle kriisiavun.
- Poliisit tulivat tuomaan kuolinviestin. He olivat erittäin osaa-ottavia ja olivat luonani pari tuntia. Sain heiltä paljon lohtua.
- Poliisin ymmärtäväisyys oli äärimmäisen tärkeää sekä tarkka asioiden kuvaus.
- Sain tiedon yöllä. Poliisit ja papit tulivat ovelle. Oli hienoa, että tulivat heti kertomaan ja henkilökohtaisesti, vaikka olikin yö. Oli myös hienoa, että mukana oli naisia, naispoliisi ja naispappi ja olivat kodissani niin kauna, että omat ystävät saapuivat paikalle.

Kuolinviestin tuomiseen tyytymättömät kuvasivat poliisin toimintaa seuraavasti:

- Olin itse paikalla yli tunnin ja odotin, että elvyttäjät tulisivat sanomaan jotakin. Mutta kun huomasin, että yksi ambulanssi lähti, meni pois, kysyin toiselta kuskilta, että mikä on. Hän vastasi: "Kysy poliisilta". Jolloin vanhempi poliisi otti hatun päästä ja sanoi olevansa pahoillaan. Siihen jäin, kunnes tajusin lähteä ajamaan pois.
- Kukaan poliisista EI KOSKAAN ottanut minuun yhteyttä. Soitin itse seuraavana päivänä tapahtumapaikkakunnan poliisiin. Vastaus ko. poliisilta oli hyvin empaattinen ja asiallinen. Minä odotin, että minuun lähimaisena olisi otettu yhteyttä; ei kai kuuluisi itse soitella ja kysyä asiasta.
- Poliisit tulivat kertomaan. Eivät kertoneet mitään mukamas tutkinnallisista syistä. Oliko mukavaa lukea seuraavana aamuna sanomalehdestä?
- Sain tiedon kuolemasta poliisin puhelinsoitolla. Kylmä ja tyly esitys.
- Olen pettynyt, koska en saanut poliisilta mitään tietoja auttamistahoista enkä siinä tilanteessa tajunnut itse kysyä, olin niin shokissa. Jouduin itse ottamaan auttamistahoista selvää.
- Olin käymässä toisella paikkakunnalla, kun lapseni isä puukotettiin kotonamme. Itse sain tietää ystävältäni, joka sai "juorupuhelun", joka osui kohdalleni. Menin pian kotiin, kun en saanut oikeaa tietoa ja soitin poliisille. Aluksi tietoa ei annettu, koska emme olleet naimisissa. Minua ei varoitettu kotona olevasta verimäärästä. Soitin poliisin käymään, he kertoivat tilanteen ja jättivät minut veriseen kotiin yksin, eivät järjestäneet esim. kriisiapua.
- Kotiin oli jätetty yhteydenottopyyntö poliisilta. Kun soitin, niin konstaapeli töksäytti: "Hyvä, kun soitit. Isäsi on tapettu. Pääsetkö käymään?"

Lakiasia- tai oikeusaputoimiston toimintaa arvioi 93 vastaajaa, joista tyytyväisiä oli 75 prosenttia. Uhrin vanhemmat (68 %) ja muut sukulaiset (50 %) olivat vähemmän tyytyväisiä lakiasia- ja oikeusaputoimiston toimintaan kuin muut omaiset (78 % - 88 %).

- Asianajaja laittoi mahdollisimman pienen summan, koska ensin korvausta haetaan Valtionkonttorilta, jotta se maksaisi paremmin. Mutta ei mitään korvausta tullut ja se siirtyi tekijälle. Tekijä tuomittiin maksamaan, mutta ulosottomies sanoi, että hänellä on ennestään maksamatta hirveän isoja summia ja töissä hän ei ole koskaan käynyt. Mitään ei tulla koskaan saamaan!
- Syytetty tuomittiin maksamaan vahingonkorvausta 15 000 euroa. En ole saanut korvausta tekijältä enkä valtiolta.
- Poliisi suositteli meille lakimiehen palkkaamista. Tämän kiinnostus asiamme kohtaan väheni huomattavasti, kun hänelle selvisi, että emme aio vaatia tekijältä (perheenjäseneltämme) korvauksia. Jouduin itse soittamaan lakimiehelle usein tiedustellakseni missä vaiheessa hakemuksemme oikeudenkäynnin salaiseksi saamisesta on. Lakimies vaikutti kovin kiireiseltä. Oli rankkaa, kun tuntui, ettei voi luottaa siihen, että hän hoitaa asiat ajallaan.
- Taloudellisista syistä jouduimme laatimaan itse tutkimuspöytäkirjojen vastaukset, siis emme palkanneet juristia siitä syystä, että lapsemme kuolemasta olisimme joutuneet maksamaan! Emme ymmärtäneet rikoslakipykälän sisältöä.
- Lakiasiaintoinimisto oli suurena apuna kaikkien käytännön asioiden suhteen.

Syyttäjän toimintaa arvioi 88 vastaajaa, joista tyytyväisiä oli 72 prosenttia. Eniten tyytyväisiä syyttäjän toimintaan oli uhrin puoliset (88 %) ja vähiten muut sukulaiset (25 %) ja uhrin lapset, vanhemmat ja sisarukset (71 % - 74 %).

- Maallikon näkemys tapahtuneesta oli murha. Syyte tuli kuitenkin taposta

Käräjäoikeuden toimintaa arvioi 98 vastaajaa, joista tyytyväisiä oli 55 prosenttia. Eniten tyytyväisiä käräjäoikeuden toimintaan olivat uhrin puoliset (89 %) ja vähiten uhrin vanhemmat (42 %) ja muut sukulaiset (25 %) ja uhrin lapset ja sisarukset (61 % - 62 %).

- Oikeuslaitoksen eriarvoisuus: syyttäjä luettuaan poliisipöytäkirjat antoi syytteen: murha. Käräjäoikeudelle se meni läpi. Murhamiehen vanhemmat vetivät hoviin ja ottivat uuden asianajajan. Näin ollen meidän olisi tarvinnut ottaa uudelleen asianajaja. Emme kuitenkaan ottaneet, uskoimme syyttäjän voimaan, joka meni mukaan hovioikeuteen. Siellä tuomarit eivät nähneet murhaksi. Hovissa aleni tapoksi. Ampuja sai kahden ampumisesta 12 vuotta, mutta ensikertalaisena alenee puoleen. Jos tuomio olisi pysynyt murhana, hän olisi joutunut lusiin 12 vuotta.
- Tekijä sai aluksi noin 4 vuotta vankeutta käräjillä. Mutta muuttui hovissa muutamaksi kuukaudeksi. Ainoa vaade meillä oli, että tekijä tuomitaan. Poliisi ei ole tähän mennessäkään ilmoittanut meille, että tuomio muuttui. Ei ole annettu mahdollisuutta valittaa päätöksestä. Luimme lehdestä! Suoraan sanottuna Suomen oikeusjärjestelmässä olisi parantamisen varaa. Odotan ”innolla” milloin kyseinen tekijä tappaa taas, kun saa olla vapaana. Toivottavasti kohteena on joku arvokkaampi henkilö, jotta tekijä tuomitaan. Näin kärjistettynä.

Oikeusjärjestelmään tyytymättömien kuvauksia oli paljon ja tyytyväisten kuvauksia hyvin vähän.

- Suomen oikeusjärjestelmä on rikosystävällinen, valitettavasti.
- Yhteiskunta hoitaa rikollisten asiat epätaloudellisesti ja epäoikeudenmukaisesti muihin verrattuna. Rikolliset saavat itse valita asianajajan vaikka maan ääri laidasta ja kalliimmasta päästä (Matkat ja kulut korvaukset). Yhteiskunta suosii asianajajia ja rikollisia. **TODELLA EPÄOIKEUDENMUKAISTA.**
- Kun uhrin vanhemmille on tehty maailman suurin rikos, hirveä epäkohta oli heti, kun jouduimme hankkimaan asianajajan, joka puolustaa oikeudessa, että lapsemme on murhattu. Tämä asia olisi korjattava pikimmiten. Murhaajalle valtio kyllä antaa heti asianajajan. Niitä lausuntoja oli hirveä lukea, esim. että lapseni ampuminen oli vähäpätöinen juttu, eikä hän kerinnyt mitään kärsimään. Että vihani on suuri tuomariakin kohtaan.
- Oikeudessa puolustuksen paskapuheidon kuunteleminen oli selviytymisen kannalta haittaava kokemus
- Olin siinä suhteessa tyytyväinen oikeuslaitoksen toimintaan, ettei syytettyä jätetty rankaisematta, mutta oikeudenkäynnit olivat järkyttävää sirkusta. Syytetty ja hänen puolustusasianajajansa saivat vapaasti valehdella ja ainoastaan syytetyn oikeusturvasta kannettiin huolta loppuun saakka.
- Oikeudenkäynti oli ihmeen puhdistava kokemus.
- Tieto siitä, että tekijä istuu vähintään elinkautisen, auttaa.

Valtiokonttorin toimintaa raportoitiin tyytymättömyyttä aiheuttavana.

- Vaadin tekijältä vahingonkorvausta 1500 euroa. Syytetty tuomittiin maksamaan vahingonkorvausta ja valtiokonttori maksoi 81 euroa.
- Valtiokonttorin huono korvaus todellisista kuluista, koska ottivat 150 euroa omavastuuta jokaisesta korvattavasta kulusta.
- Syytetty tuomittiin maksamaan vahingonkorvausta noin 10 000 euroa. En saanut mitään, paitsi hautauskulut Valtiokonttorilta.
- Syytetty tuomittiin maksamaan vahingonkorvausta noin 6000 euroa. Valtiokonttori hylkäsi korvaukset, äiti ei ole kuulemma läheinen.

Hautaustoimiston toimintaa arvioi 106 vastaajaa, joista tyytyväisiä oli 93 prosenttia. Uhrin puoliso, sisarukset ja lapset (89 % - 92 %) olivat vähemmän tyytyväisiä hautaustoimiston toimintaan kuin uhrin vanhemmat ja muut sukulaiset (97 % - 100 %).

- Hautaustoimisto oli auttavainen ja osaaottavainen

Kirkon toimintaa arvioi 91 vastaajaa, joista tyytyväisiä oli 81 prosenttia. Uhrin lapset ja sisarukset (84 % - 88 %) olivat enemmän tyytyväisiä kirkon toimintaa kuin muut omaiset (67 % - 78 %). Muun uskonnollisen yhteisön toimintaa oli käyttänyt 25 vastaajaa, joista tyytyväisiä oli 48 prosenttia.

- Kirkkoherran käynti lohdutti, hän oli ammatillinen.
- Keskustelu siunaavan papin kanssa etukäteen ja tilaisuuden jälkeen oli erittäin myönteinen.
- Selviytymisessä auttoivat hyvin suunnitellut, hienot hautajaiset.
- Paikallisessa Perheasiainneuvottelukeskuksessa sain käydä puhumassa asiasta riittävän pitkään ja säännöllisesti. En enää kokenut itseäni hylkiöksi ja syylliseksi.
- Kirkko kaikin mahdollisin keinoin vaikeutti elämäni. Jopa hautapaikan vaihto oli lähellä. Oli annettu väärästä paikasta. Jouduin maksamaan 320 euroa, jotta sain poikani tänne. Ehti asua toisessa seurakunnassa 9 kuukautta. Sielun kellot piti pyytää. Kirkko ei ottanut yhteyttä. Poika kuului kirkkoon. Minä en, ym., ym.

Oikeuslääketieteellistä tutkimusta arvioi yksi vastaaja.

- *Kun halusin hyvästellä isäni ja laskea ruusun arkkuun, ei meinattu oikein suostua ja syykin selvisi. Isä oli ruumiinavauksen jälkeen kursittu kasaan miten kuten, jopa otsalohko oli jätetty painamatta takaisin paikalleen. Vainajista kokemusta on. Myös oikeuslääketieteellisistä avuksista, eikä kukaan ole ollut niin huonosti "viimeistely", kuin isäni oli. Jäi todella kurja olo.*

Terveydenhuoltoa arvioi 85 vastaajaa, joista tyytyväisiä oli 58 prosenttia. Uhrin vanhemmat olivat enemmän tyytyväisiä (66 %) kuin uhrin lapset (44 %) ja muut omaiset (50 % - 60 %).

- Kriisipsykologit olivat paikalla jo sairaalassa ja sairaalan henkilökunta oli niin ihana, että tuli olo, että haluaa elää. Ensi hetket onnettomuudessa/väkivallassa yms. Ovat ELINTÄRKEITÄ!
- Olen saanut kriisikeskuksesta ja tämän jälkeen kunnallisen terveydenhuollon kautta todella paljon tukea. Ikinä ei ole ollut tilannetta, että olisin jäänyt tarvitessani ilman tukea, oli sitten kysymyksessä arkipäivä tai viikonloppu. Ehdottomasti on ollut kantava voima.
- Kriisipalvelun työntekijät tulivat heti tapahtuman jälkeen ja ottivat kotona ohjat käsiinsä kun itse olin shokissa enkä pystynyt tekemään mitään: matot olivat tuulettumassa, kaupapakassit purkamatta, lapset saatava rauhoittumaan ja nukkumaan, lehmät lypsettävä.
- Kriisikeskus tuki viikon, mutta sitten ei kukaan edes kysynyt tarvitaanko apua.
- Työterveyslääkäri antoi sairauslomaa ja ehdotti, että menisin juttelemaan jonnekin. En siinä shokissa ajatellut tarvitsevani sitä. Sen jälkeen kukaan ei ole ottanut yhteyttä saati tarjonnut apua. Olisin kaivannut sitä, enkä itse tiennyt mistään auttajatahoista.
- Kriisipalvelusta (mielenterveystoimisto) otettiin yhteyttä kolme päivää tapahtuman jälkeen. Senkin avun sain tosin vasta, kun ystäväni vaati minulle apua ja vei minut lääkäriin.
- Kriisiterapia (kaikki sisarukset) oli yhtä tyhjän kanssa.
- Kriisitilanteessa oli ammattitaidoton henkilö, joka olisi laittanut minut (51 v.) vanhusten vuodeosastolle hoitoon.
- Olisin halunnut hoitoa, jutella jollekin, mutta en sitä saanut. Yksityiselle ei ollut varaa. Tyytymätön!
- Minä jäin yksin suruni kanssa. Minusta ei kukaan välittänyt. Äitini luona oli terveydenhoitaja ja tuttava sen ajan, kun minä pääsin perille. Itse olin ulkopaikkakuntalainen. Olisi kiva, jos apu tarjottaisiin kaikille perheenjäsenille.
- Ei lääkärikään ohjannut mihinkään, reseptin kanssa yksin kotia, ei keskustellut asiasta.
- Selviytymistä vaikeutti ymmärtämätön terveyskeskuslääkäri, huono palvelu ja asiaton/töykeä puhetyyli. En saanut tarvitsemaani apua univaikeuksiin..
- Työterveyslääkärin käytös/asiantuntemus oli ala-arvoista, kun työkaverini minut sinne vei, saatuaani tiedon kuolemasta työpaikalla. Sain nukahtamispillereitä ja vaikka valitin

väsymystä ja itkuisuutta, niin töissä joutui käymään. Heti tapahtuman jälkeen sain noin viikon saikkua.

- Työterveydenhuollon kautta saamani lähete psykologille oli ok, mutta petyin palveluun. En saanut siitä mitään apua. Henkilökemiat eivät kohdanneet, lopputuloksena oli lyhyt käynti ja lasku. Lääkkeitä olisi määrätty, mutta en halunnut muuta kuin keskusteluapua. Uutta käyntiä ei sovittu eikä lääkäri ehdottanut muutakaan. Olin pettynyt.

Koulutointa arvioi 32 vastaajaa, joista tyytyväisiä oli 63 prosenttia. Eniten tyytyväisiä koulutoimeen olivat uhrin lapset (83 %). Uhrin puoliset olivat vähemmän tyytyväisiä koulutoimeen (50 %) kuin muut omaiset (64 % - 67 %).

- Lapseni opiskelupaikka halusi salata, että hän sekä tekijä olivat olleet oppilaita!!!

Sosiaalitoimen toimintaa arvioi 65 vastaajaa, joista tyytyväisiä oli 49 prosenttia. Uhrin vanhemmat (54 %) ja puoliset (56 %) olivat hieman enemmän tyytyväisiä sosiaalitoimeen kuin uhrin sisarukset (47 %) ja lapset (50 %).

- Sosiaaliviranomaiset kohtelivat meitä omaisia järkyttävän huonosti, alaikäinen perheenjäsen ei saanut minkäänlaista tukea.
- Sosiaalitoimeen olen tyytymätön, sieltä ei annettu taloudellista apua.
- Sosiaalitoimessa ei ymmärrystä lasten sijoitusasioissa. Taistelu, että saatiin pidettyä orvot lapset yhdessä. Loppu hyvin, lapsille saatiin sijaisvanhemmat.
- Sosiaalityöntekijä auttoi myös, hän soitti ja kysyi tarvitsenko apua. Vainajan kodin siivoamisapu järjestyi hänen kauttaan, samoin hautaamiskuluihin osallistuminen
- Sosiaalitoimi toimi tietojensa eikä luulojensa parissa ja halusi auttaa

Kelan toimintaa arvioi 47 vastaajaa, joista tyytyväisiä oli 57 prosenttia. Eniten tyytyväisiä olivat uhrin puoliset (75 %). Uhrin sisarukset (46 %) ja muut sukulaiset (33 %) olivat vähemmän tyytyväisiä kuin uhrin vanhemmat ja lapset (60 %).

- *Kelaan olen tyytymätön, sieltä ei ole herunut taloudellista apua.*
- *KELA: Ensimmäinen terapiahakemukseni hylättiin, koska en ollut ollut psykiatrisessa hoitosuhteessa kolmea kuukautta (olin käynyt psykologilla YTHS:llä). Nopea hoitoon pääseminen olisi mielestäni ollut tärkeää (mieli ehtii sulkeutua).*
- *Kesti noin puoli vuotta, ennen kuin sain päätöksen Kelalta terapiatukeen. Mutta kun pääsin vihdoin yksityiseen terapiaan, se oli iso osa selviytymistäni. Ikävä kyllä Kela myöntää tukea vain 3 vuodeksi ja koen vielä tarvitsevani terapiaa.*
- *En itse ollut edes tietoinen Kelan kuntoutuksen psykoterapiasta tai kuntoutuksesta. Yksikään taho ei ole antanut informaatiota ja itse en ole jaksanut etsiä.*

Rikosuhripäivystystä arvioi 39 vastaajaa, joista tyytyväisiä oli 51 prosenttia. Uhrin vanhemmat olivat enemmän tyytyväisiä rikosuhripäivystyksen palveluihin (50 %) kuin uhrin puoliset, sisarukset ja lapset (33 % - 40 %).

- Vasta noin vuoden päästä minulle kerrottiin, että sellainenkin on. Vein lääkärillekin yhteyskortteja, että ainakin sellaisen voi antaa uhrin omaiselle, kun ei muuta apua anneta.
- Soitin Rikosuhripäivystykseen, en saanut minkäänlaisia neuvoja tai apua. Sanottiin, että soita ensi viikolla uudestaan.
- En ymmärtänyt, että sieltä voi saada apua.
- Toimii vain viiveellä. Rikosuhripäivystys ei vuonna 1999 toiminut viikonloppuisin, jolloin meillä olisi ollut tarve saada ammattiapua.
- Rikosuhripäivystyksen henkilön kanssa keskustelut olivat tärkeitä. Lähes kuukauden kuluttua tapahtuneesta tuttavamme antoi meille rikosuhripäivystyksen yhteystiedot.
- Rikosuhripäivystyksestä sain hyvää apua ja varsinkin tukeminen oikeuden käsittelyä silmällä pitäen sekä sen aikana oli mahtavaa.

Huoma ry:n toimintaa arvioi 35 vastaajaa, joista tyytyväisiä oli 57 prosenttia. Uhrin puolisoista vain 25 prosenttia oli tyytyväisiä verrattuna uhrien lapsiin, vanhempiin ja sisaruksiin (50 % - 67 %) sekä muihin sukulaisiin (100 %).

- En ollut ensimmäiseen neljään vuoteen kuullut HUOMASTA ja en tiedä onko nyt liian myöhäistä liittyä siihen.
- Henkistä apua ainoastaan HUOMASTA.
- HUOMAAN olen tyytyväinen.
- Huoman ja sen vertaisten löytäminen: siellä kokoontumisessa kuulin, että kaikilla on ollut vastaavia kokemuksia ja he olivat vielä elossa, - Kyllä minäkin selviydyn!!! Tapaamisten jatkuvuus.

Suomen Mielenterveysseura ry:n toimintaa arvioi 29 vastaajaa, joista tyytyväisiä oli 41 prosenttia. Uhrin lapset (67 %) ja vanhemmat (58 %) olivat tyytyväisempiä kuin uhrin puoliset ja sisarukset (20 % - 22 %).

Muu apu

- Paikallinen mielenterveysyhdistys todella auttoi käytännön järjestelyissä, hautajaisten ja vainajan kodin tyhjentämisessä.
- Paikallinen SPR lahjoitti 1000 euron lahjakortin ajokorttiani varten, jotta lapsen hoitaminen ja kuljettaminen helpottui.

Ei tarvinnut apua

- En tuntenut tarvitsevani mitään erityisiä palveluita.
- Olin töissä ennen tapahtumaa ja niin olen nytkin. Olen samassa työpaikassa edelleen. En ole ollut sairauslomalla tapahtuman vuoksi. En ole tosin ollut tähän mennessä vielä yhtään päivää sairauslomalla muutenkaan yli 30 vuoden työurani aikana. En ole kärsinyt unettomuudesta. En syö nyt, enkä ole syönyt unilääkkeitä. Olen absolutisti alkoholin suhteen, olen ollut aina. Olen vain luottanut mummoni sanoihin: "Ei kenellekään anneta enempää kuin olkapäät kantaa". Näillä on pärjätty, niin minä kuin muutkin sisarukseni.
- Olen kärsinyt surut yksin, on kulunut 5 vuotta, vain aika parantaa.

Selviytymisen kannalta tärkeitä haittaavia tekijöitä palveluissa olivat oikeusprosessiin, tuomioihin ja korvauksiin liittyvä tyytymättömyys, työntekijöitten tönkeys, käytännön asioihin liittyvää tietoa, tietoa palveluista ja apua ei tarjottu lyhyellä eikä pitkällä aikavälillä, avun ja hoidon tarvetta ei tunnustettu, puuttuva, riittämätön, liian lyhyt tai kesken jäänyt hoito, lääkehoito keskusteluavun sijasta ja vaikeus saada keskusteluapua.

Poliisi, oikeuslaitos, neuvonta, taloudellinen tuki

- Poliisiin kohtelu oli tönkää ja suututti, mutta myös sisuunnutti. Hetkellisen haittavaiikutuksen jälkeen kasvatti halua saada asiat hoidettua ja lisäsi osaltaan "Mä kyllä pärjään" - ajatusta.
- Itse piti tietää paljon vakuutuksista, maksuista, omaisuuden hoidosta ja myynnistä, lehtien ym. peruuttamisesta, luottokorttien ja monituisten muiden asioiden hoidosta niin lyhyessä ajassa. Sääliksi käy niitä, jotka menettävät aloitekykynsä ja eivät edes osaa pyytää apua, jos eivät itse selviä siitä uhrin jälkeenjäävien asioiden viidakosta.
- Tyytymätön viranomaistahojen antamaan informaatioon tarjolla olevista palveluista.
- Haittaavia tekijöitä on ollut muilla eri tahoilla kuin perusterveydenhuollossa kokemani ammattitaidottomuus. Se on omalta osaltaan lisännyt kärsimystä ja vaikeuttanut selviytymistä (poliisi, oikeuslaitos, asianajopalvelut jne.)
- Asianajokulut valtavat. Asianajaja - ym. hankaluudet liittyen oikeudenkäyntiin.
- *Oikeusprosessi kokonaisuudessaan, käsittelyn venyminen ja valitusten tekeminen on ollut erityisen rankkaa.*
- *Rikoksen tekijöillä on valtion palkkaamat asianajajat käytössä heti pidätyksestä lähtien, vahingon kärsineet palkkaavat itse asianajajan vasta oikeudenkäyntiin, kun se tarvittaisiin jo esim. vakuutusasioiden korvauskäsittelyssä.*
- *Korvausasioita päättäneet tahot*
- *Rahavaikeudet tärkein haitta.*

- *Mistä en saanut tietoa olisiko Kelalta, Valtiokonttorista tai sosiaalitoimesta voinut saada rahallista tukea/korvausta.*
- *Yhteiskunnalta ei mitään apua. Tuet vietiin. Perhe-eläkkeen vaikutukset esim. asumistukeen.*
- *Raha ei tuo onnea, enkä sitä mielestäni ole liikaa vaatinut. Se ei tuo läheisiä takaisin, mutta mielestäni olisin ollut oikeutettu jonkun näköiseen korvaukseen kokemani trauman jäljiltä. Tekijä ei pystynyt sitä tekemään ja valtiolta sain kieltävän vastauksen. Oikeus ja laki kuitenkin ne minulle "määräsi", mutta valtiolle se ei kai riitä. Tuolloin olin vielä yksinhuoltaja.*

Terveystenhoito, kriisipalvelut

- Haittaavaa tunnen olevan sen, kun kriisiapua ei tarjottu enkä shokissani sitä ymmärtänyt hakea. Olin reilun puoli vuotta muissa maailmoissa.
- Kysyin paikalle menneeltä ambulanssimieheltä millainen se tilanne oli, kun menitte sinne, hän vastasi hitaasti, että sellainen kuin tällaisissa tilanteissa yleensä on. Oli niin harvasanainen, ettei saanut mitään irti. Ambulanssiasia on vieläkin auki, kun ei tiedä millä sen miehen saisi puhumaan
- Lääkärin tyly kohtelu rikoksen tapahduttua
- Kukaan ei miltään taholta tarjonnut meille minkäänlaista kriisi- tai keskusteluapua. Itselleni jäi tunne, että kaikki ajattelivat vain, että sorry, paska juttu, mutta yrittäkäähän nyt vain pärjätä. Siinä vaiheessa ei itse heti jaksanut hakea minkäänlaista apua.
- Yritin tavoittaa paikkauntamme kriisiryhmää, mutta sitä ei silloin enää ollut.
- Mikään auttamisjärjestö ei ollut minuun yhteydessä silloin, kun menetin päivänsäteeni ja olin täysin murheen murtama.
- Minulle ei tarjottu mitään apua muuta kuin kriisipalaveri, jossa selitettiin lehtiotsikoista. Se oli kauheaa!!! Kaikki apu olisi pitänyt osata hakea itse. En kyllä osannut.
- Vieraspakkakuntalainen on rikoksen sattuessa omillaan.
- Olisin halunnut puhua, mutta annettiin vain lääkkeitä.
- Olisin toivonut apua/tukea heti henkirikoksen jälkeen. Kukaan ei ohjannut meitä ko. avun piiriin. Olisin toivonut poliiseilta tms. taholta tukea/apua/ohjausta siihen, mistä olisimme voineet saada kriisiapua. Saimme ko. palvelut vasta pitkän ajan kuluttua tapahtumasta, jolloin tuntui, että apu tuli liian myöhään.
- Oma selviytymiseni on ollut pitkittänyt, koska en saanut mitään apua ammattilaisilta. Ystävät perhe ja poliisi olivat ainoat keskustelukumppanit asiassa.
- Avun puute, olisin tarvinnut (tai ehkä tarvitsen vieläkin) ammattiapua asian käsittelyyn. En tiedä mihin voisi ottaa yhteyttä ja minkälaista apua olisi tarjolla
- Sain viikon sairauslomaa. Olisi pitänyt olla huomattavasti pitempi. Koin, että olin haitaksi työtovereille (joillekin) ja keskittymiskyky kävi pitkään ääri rajoilla. Terveystenhoiton, lääkärin olisi pitänyt ohjata ulkopuolista keskusteluapua. Kun ei jaksanut eikä osannut itse hakea. PUUTTEELLISTA HOITOA, kun keskusteluapu olisi ollut reseptiäkin tärkeämpi. Yli 600 km:n päästä ei mennä noin vain kriisiapuun mitä toiset saivat.
- Kukaan ei auttanut, en koskaan saanut puhua asiasta kenellekään. Kannan asiat sisälläni ja koetan ymmärtää. Enkä ole vieläkaan ymmärtänyt. Tulee mieleen kysymys: MIKSI?

Auttavat kokemukset palveluista liittyivät tyytyväisyyteen työntekijöiden ystävällisyyttä, avun saantia ja apua kohtaan.

- Viranomaisten inhimillisuus.
- Nopea reagointi
- Joka taholta autettiin hyvin. Ei tullut tilanteista, joissa ei olisi tiennyt mitä pitää tehdä seuraavaksi. Tapahtuman jälkeen kriisiapu ja sururyhmä, terveyskeskuslääkäri, työterveyslääkäri ja -hoitaja
- Erikoisesti poliisi, käräjäoikeus, syyttäjät, asianajaja, terveydenhoito, rikosuhripäivystys/ Kriisikeskus. Tietysti kaikki edellä mainitut tekivät hyvää työtä, en moiti ketään. Apu ja hoito oli kiitettävää.
- Auttava kokemus on ollut perusterveydenhuollon tuki.
- Kriisiryhmäläiset sanoivat, että nyt ei jossitella ja katsota taaksepäin, vaan katsotaan yhdessä eteenpäin.

4.7.2. Mielenterveyspalvelut

Ammatillinen apu, tuki ja hoito. Vastaajista 56 prosenttia (miehet 55 %, naiset 56 %) ei ollut saanut riittävästi ja 44 prosenttia (miehet 45 %, naiset 44 %) oli saanut riittävästi ammatillista tukea, apua ja hoitoa. Vastaajista 34 prosenttia (miehet 41 %, naiset 33 %) ei ollut tarjottu apua, tukea tai hoitoa, 37 prosenttia (miehet 19 %, naiset 45 %) hakeutui itse hoitoon ja 27 prosenttia (miehet 41 %, naiset 3 %) oli tarjottu apua. Hoidon tarjoamisessa ja hoitoon hakeutumisessa oli tilastollisesti merkitsevä ero sukupuolten välillä ($p = 0.028$).

Taulukossa 10 esitetään vastaajien tyytyväisyys mielenterveyspalveluihin perheenjäsenen henkirikoskuoleman jälkeen niillä, jotka olivat käyttäneet ko. palvelua.

Taulukko 10. Tyytyväisyys mielenterveyspalveluihin perheenjäsenen henkirikoskuoleman jälkeen suhteessa palvelun tarjoajaan..

	Vastausten lkm	Miehet	Naiset	Kaikki yhteensä
Terveyskeskus	40	86 %	49 %	55 %
Työterveyshuolto	27	50 %	44 %	44 %
Opiskelijaterveydenhuolto	12	0 %	11 %	8 %
Kriisikeskus	23	86 %	25 %	44 %
Perheneuvola	14	50 %	10 %	21 %
Kirkon perheasiankeskus	15	75 %	9 %	27 %
Mielenterveystoimisto tai muu vastaava psykiatrinen avohoito	33	50 %	72 %	70 %
Psykologin yksityisvastaanotto	24	50 %	5 %	50 %
Psykiatrin yksityisvastaanotto	19	25 %	47 %	42 %
Muu vastaanotto	7	0 %	50 %	43 %
Psykiatrinen sairaala/osastohoito	12	33 %	56 %	50 %
Kuntoutuskurssi	12	100 %	70 %	75 %

% -osuudet kuvaavat niitä vastauksia, joissa vastaaja on ollut tyytyväinen palveluntarjoajan tuottamiin mielenterveyspalveluihin.

Vastaajien kielteiset kokemukset mielenterveyspalveluista liittyivät seuraaviin tekijöihin: apua ei tarjottu aktiivisesti eikä toistuvasti lyhyellä eikä pitkällä aikavälillä, kriisiauttaminen oli ammattitaidotonta, avun saaminen olisi edellyttänyt omaa aktiivisuutta sen tarpeen arvioimisessa ja avun etsimisessä, pelkästään lääkehoidon tarjoaminen, kriisiapu tarjottiin vain henkirikoksen tapahtumapaikkakunnalla asuville omaisille, vaikeus saada sairauslomaa ja sairausloman lyhytkestoisuus, psykoterapian saaminen vaikeaa tai mahdollista vain yksityisesti tai valitusteitse, psykiatri ei arvioinut hoidon tarvetta asianmukaisesti, tieto Kelan psykoterapiakuntoutuksen tuesta puuttui, kriisiterapian ja psykoterapian keston riittämättömyys ja alkamisen viivästyminen vuosilla, psykoterapiassa käytetyt menetelmät tehottomia, psykoterapiasuuntauksen soveltumattomuus, yhteen sopimaton kemia terapeutin kanssa ja psykoterapeutilla ei henkilökohtaisia eikä ammatillisia valmiuksia kohdata ja hoitaa traumaattisen menetyksen kokenutta omaista.

- Minkäänlaista apua ei ole ehdotettu kummankaan kuolemantapauksen jälkeen (perheessä kaksi henkirikosuhria kymmenen vuoden aikana).
- Lääkäri määräsi 100 kpl Diapamia ja 60 kpl Tenoxia, mutta ei ohjannut mihinkään hoitoon. Koitin vain pärjätä lasten kanssa. 23-vuotiaana kahden lapsen äitinä olisin toivonut, että apua olisi tarjottu, koska itse en sitä osannut pyytää. Asioita täytyi hoitaa ”sumussa”.
- Kriisiterapiaa ja tukihenkilöä tarjottiin, en halunnut ulkopuolista apua. Tarve olisi ollut, mutten itse ymmärtänyt sitä. Ehkäpä ammattilaisen olisi pitänyt tehdä arvio.
- Tyytymätön siihen, että olisi itse pitänyt jaksaa hakea terapiaa. Kukaan ei ole kertonut mistä saa ja mitä.
- *Käydessäni työterveyspsykologilla sanottiin viidennellä kerralla, että minulla ei enää tunnu olevan ongelmaa, kun puhe rönsyili niin monessa eri asiassa. Tämä ehkä osin tuki vääristynyttä kuvaa itselläni (ettei siis ole mitään ongelmia, en ole masentunut tms.).*
- *Nyt aloin terapian, kun hain itse (2,5 vuoden kuluttua tapahtuneesta). En ole tyytyväinen, en saanut apua kuin omalta perheeltäni ja sisaruksiltani, jotka itsekin yrittivät selviytyä surusta!*
- *Kriisiterapia jäi liian lyhyeksi*

- Olen erittäin tyytymätön lyhyeen sairauslomaan, mikä rasitti työyhteisöä ja omaa muistiani liikaa. Olisin tarvinnut keskusteluapua. Olen pienipalkkainen yksinasuva joten yksityinen psykoterapeutti tai psykologi olisi tullut liian kalliiksi. Kelan kuntoutuksena psykoterapiasta en ole tiennyt olevan olemassakaan, vasta nyt tiedän.
- Pitkän pohdinnan jälkeen uskalsin mennä psykiatrille, joka antoi vain ohjeita mennä hakemaan tietoa netistä! Hyvä kun pääsin sinne vastaanotolle ja sitten pitäisi hakea tietoa jostain netistä! Siihen jäi mun avun haku.
- En saanut (psykiatrilta) sitä mitä lopulta uskalsin hakea eli keskusteluapua ammattilaisen kanssa.
- Pidän saamaani terapiaa hyvänä, mutta olisin halunnut sen olevan syvemmälle menevää, intensiivistä. Terapia, jossa kävin, tuntui jutustelulta, jonka olisin voinut käydä kaverinkin kanssa. Kuitenkin pidän puhumista hyvänä ja terapia oli paikka, jossa asiasta puhuttiin.
- Hoitoterapiakäyntejä ei ole ollut, koska olen nukkunut yli 3 vuotta enkä ole pystynyt hoitamaan itseäni enkä asioitani.
- Sain sosiaalitoimen kautta neljä terapiakäyntiä. Tavallinen jutustelu ei ehkä auttanut... henkirkoksiin erikoistunut psykoterapeutti olisi ehkä käsitellyt asiat syvemmin...
- Mielenterveystoimistossa kävin psykologilla avautumassa tapauksen johdosta. En kokenut mitenkään oloa helpottavaksi. Hoitosuhteen olisi mielestäni pitänyt kestää kauemmin.
- Terapeutilla ei ollut valmiuksia. Jouduin lohduttamaan häntä. Hänellä oli murhatun ikäinen lapsi itsellään. Terapeutti koki asian liian läheiseksi. Toinen terapeutti oli analyttisen terapian kannalla. En kokenut omakseni.
- Ei olisi annettu hoitoa psykiatrina poliklinikalla, mutta en suostunut lähtemään pois, ennen kuin sain ajan terapiaan psykiatrian sairaanhoitajalle ja lääkityksen.
- Kaikkiin olen tyytyväinen, paitsi yksilöpsykoterapia ja suruterapia olisi saanut jatkua pitempään kuin tapahtuman jälkeiset kuukaudet. Seuraavana vuonna ei ollut terapiota, joskus olisin kaivannutkin.
- KRIISITERAPIA PSYKIATRIAN POLIKLINIKALLA: Välillä tuntui, että "juttelu" ei kuitenkaan ole riittävä apu/tuki. Ehkä joku ryhmä olisi ollut hyvä.
- En vain saanut "synkkaamaan" psykologin kanssa. Minua ahdisti pelkästään meno mielenterveystoimistoon.
- Mielenterveystoimistosta olen saanut asiallista terapiaa noin vuoden verran, mutta sekin lopetettiin minun kohdallani, koska en enää kuulemma tarvi terapiaa.
- Traumaterapiahoitoa sain potilasasiamiehelle tehdyn kantelun kautta. Aiemmin ohjattiin omalla kustannuksella traumaterapiaan.
- Hakiessani itselleni apua, sain ajan X:n kaupungin psykiatrian sairaanhoitajalle, jolla kävin noin 3 kuukautta. En kokenut saavani apua ja kyseinen tati kanteli tädilleni asioita mitkä olivat henkilökohtaisia. Joten en halunnut enää käydä hänellä ja muuta X:n kaupunki ei suostunut antamaan. Yksityiset lääkäriasemat liian kalliita. Olisin halunnut hoitoa, sitä en saanut. Jonotin myöhemmin psykiatrille, mutta ei ole sinne hyväksytty.
- Terapiat epäonnistuneet (ei löytynyt traumaterapeuttia; Olisi pitänyt olla ulkopuolista apua).
- Niuvanniemen sairaala suhtautui syylliseen kuin lastentarhan asukkaaseen, ehdottivat, että voi tutustua heidän nettisivuihinsa, terapiaan ja toimintaan. Mutta mitään tietoja ei tietenkään voida luovuttaa (tekijä oli isäni). Tutui, että sairaan ja seonneen hyvinvointi tärkeämpi kuin täällä normaalien ja työtätekevien.

Vastaajien myönteisiä kokemuksia mielenterveyspalveluista oli huomattavasti kielteisiä kokemuksia vähemmän. Tyytyväisyys liittyi asiantuntevaan ja räätälöityyn hoitoon sekä joissakin tapauksissa työntekijöiden tuttuuteen.

- Oman ihmisarvon vahvistaminen arvokkaiden, osaavien ja ymmärtävien ihmisten taholta.
- Mielenterveystoimiston ammattilaisen kuuntelu ja lääkkeet olivat hyvästä.
- Sekä tuttu psykiatrini (joka tunsu uhrin) että terapeutini olivat traumapsykologiaan perehtyneitä.
- Psykoterapia on ollut ehdoton selviytymiseni kannalta.

- Psykologilla ja psykiatrilla käyminen. Oman elämän ulkopuolinen, ammattitaitoinen henkilö antoi uusia näkökulmia siihen, miten asian kanssa voi oppia elämään.
- Kaikkein tärkeintä selviytymiseni kannalta oli terapiassa käyminen.
- Traumaterapia on auttanut
- Se, etten ruvennut syömään mitään lääkkeitä!
- YTHS:ssä pääsin heti puhumaan jonkun kanssa asioista mielenterveyspuolella.
- Lääkehoito ja psykoterapia tuntuvat loppujen lopuksi toimineen.
- Suruterapia oli hyvää. Terapeutti oli erittäin osaava.
- Kognitiivinen yksilöpsykoterapia on ollut minulle sopivaa apua; on pystytty paneutumaan todella tärkeisiin asioihin.
- Terapian alkaminen Kelan tukemana
- SMS:n järjestämä kuntoutuskurssi, osallistuminen oli auttava kokemus.
- Niuvan henkilökunta, erityisesti tätä rikoksen tehnyttä perheenjäsentämme hoitanut ylilääkäri, joka antoi ymmärtää, että olisi ollut meille lähes mahdotonta arvata etukäteen, mitä perheenjäsenemme tulisi tekemään.

Surureaktioiden voimistumisen, traumaperäisen stressihäiriön masennuksen ja unihäiriön riski ja hoitoon hakeutuminen tai hoidon tarjoaminen

Niillä, joille ei ollut tarjottu hoitoa/apua, keskimääräinen surun kärsimys (HGRC, misery) -pistemäärä oli pienempi (96.0) kuin niillä, joille apua tarjottu (106.6) tai jotka olivat itse hakeutuneet hoitoon (116.0). Ryhmien välillä ero pistemäärässä oli viitteellinen ($p=0.089$).

Traumaattisen stressin riski oli suurin niillä, jotka olivat hakeutuneet itse hoitoon (31.8) verrattuna vastaajiin, joille oli tarjottu (23.8) tai ei ollut tarjottu hoitoa/apua (24.1). Ryhmien välinen ero keskimääräisessä traumaperäisen stressihäiriön pistemäärässä oli viitteellinen ($p=0.101$).

Masennusriski oli alhaisempi niillä, joille ei ollut tarjottu apua (4.2) kuin niillä, jotka hakeutuivat itse hoitoon (7.0) tai joille tarjottiin hoitoa/apua (6.7). Masennuspiste-määrässä oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0.039$) ryhmien välillä. Unihäiriön riskissä ei ollut eroa eri ryhmien välillä (PSQI total, 6.2-6.5).

Vertaistuki

Taulukossa 11 verrataan sururyhmiin osallistujien ja osallistumattomien keskimääräisiä pistemääriä eri asteikoissa. Yleensä ottaen sururyhmiin osallistuneilla oli isommat pistemäärät kuin osallistumattomilla. Tilastollisesti merkitsevä ero pistemäärissä oli mielentunkeutuvuus ($p=0.007$) ja ylivireisyysasteikoilla ($p=0.019$)

Taulukko 11. Sururyhmiin osallistujien ja osallistumattomien pistemäärät eri asteikoilla.

	Sururyhmiin osallistuminen		
	Ei	Kyllä	p-arvo
Tapahtuman vaikuttavuusasteikko			
Välttämiskäyttäytyminen	12.7	15.3	0.365
Mielentunkeutuvuus	12.5	20.6	0.007
Traumaperäinen stressihäiriö	25.3	34.5	0.100
Ylivireisyys	9.9	16.4	0.019
Surureaktio			
Epätoivo	26.9	30.3	0.331
Paniikkikäyttäytyminen	31.5	37.3	0.153
Henkilökohtainen kasvu	32.8	33.8	0.663
Syyttäminen ja viha	15.2	15.6	0.859
Irrallisuus	15.8	15.1	0.764
Hajanaisuus	15.9	19.1	0.153
Surun voimakkuus	107.9	116.3	0.375
Trauman jälkeinen henkinen kasvu			
Toisiin liittyminen	16.4	15.8	0.676
Uudet mahdollisuudet	9.6	9.5	0.967
Henkilökohtainen vahvuus	10.9	11.5	0.561
Uskonnollinen muutos	3.9	4.6	0.316
Elämän arvostaminen	9.2	9.5	0.723
Masennus	5.8	7.4	0.316
Unen laatu (PSQI)	6.1	8.4	0.192

Vastaajien kuvauksia:

- Vertaistuki on tärkeä asian läpikäymisessä. Vain sellainen ihminen, joka on kokenut menetyksen, pystyy antamaan tukea ja lohtua. Muut pystyy kuuntelemaan, mutta ei auttamaan.
- Vertaistuki, ihmiset ymmärsivät surua paremmin sururyhmässä kuin ammattiauttajat. Vertaistuki on tärkeämpää kuin ammattiapu.
- Minun mielestäni vieras ihminen ei pysty auttamaan, mutta samoin käyneen kanssa juttelu helpottaisi (kohtalontoverin). Kyky käsittää, että elämän on jatkuttava.
- Meitä oli kaksi vanhempaa samalla paikkakunnalla, jotka menetimme samana vuonna lapsemme henkirikoksen uhrina. Meille järjestettiin erikseen sururyhmä. Vertaistuki ja uskavaiset tilaisuudet auttavat.
- Sururyhmässä sai kertoa omin sanoin oman surun ja vaihtaa kokemuksia toisten surua kohdanneiden kesken. Jokainen vuorollaan sai puhua omasta surustaan ja surutapahtumasta.
- Ehkä haittaava kokemus oli läheisensä menettäneiden suruviikonloppu, kun muilla läheinen oli kuollut ”normaalisti” eikä toisen surman uhrina. Se jätti hieman ”patoutuneen” olon, kun ei oltu samalla aaltopituudella.
- Seurakunnan lasten menettäneiden ryhmä, josta ensi tapaamisen jälkeen kaksi äitiä jäi pois lähettäen terveisiä, että minun kertomukseni oli niin kauheaa, etteivät halua tulla. Osallistuminen vei eteenpäin viikosta toiseen, vaikkakin kärsin kovin poisjääneistä, enkä voinut puhua niin kuin asiat olivat tapahtuneet ja kuinka paha on olla eli piti hiukan kaunistella, etteivät toiset järkyttyisi liikaa.
- Seurakunnan sururyhmässä kuuntelin muita läheisiä menettäneitä, kylläkin normaalin kuoleman kautta... Itse en voinut oikein avautua ryhmässä.
- Kävin vain yhden kerran kirkon sururyhmässä. Ei ollut minun paikkani. Mummit ja ukit itki puolisoaan. Keneltäkään ei ollut oma lapsi kuollut, tapettu. En voinut puhua, kertoa. Itkin vain heidänkin surua.
- Olisin halunnut kokeilla sururyhmää, mutta siellä ei sillä hetkellä ollut muita henkiri-kostapauksia niin en mennyt.
- Aluksi tunsin, että en ole yksin. Nyt en halua enää, kun tapahtumasta on yli 5 vuotta. Tulee vain ahdistava olo.

Omaisten tieto HUOMA ry:n olemassaolosta

Vastaajista 71 prosenttia (miehet 75 %, naiset 69 %) ei tiennyt HUOMA – järjestön olemassaolosta, 12 prosenttia (miehet 14 %, naiset 18 %) oli saanut tietoa järjestöstä ja 17 prosenttia (miehet 14 %, naiset 18 %) oli HUOMA ry:n jäseniä. HUOMA ry:n olemassaolosta 15 vastaajaa oli saanut tiedon ystävältä tai läheiseltä, 12 mediasta (lehdet, radio, tv, internet), 5 poliisilta, 3 kirkolta ja 2 kriisipalveluista.

- Itse sain tiedon Huoma ry:n toiminnasta vasta tässä lomakkeessa. Joten jonkinlaisen info-paketin voisi kerätä ja jonka esim. poliisi antaisi käyntinsä yhteydessä.

Taulukossa 12 verrataan eri asteikkojen pistemääriä suhteessa siihen oliko vai eikö vastaaja ollut saanut tietoa HUOMA ry:stä tai oliko HUOMA ry:n jäsen. Yleisesti ottaen niillä, jotka olivat saaneet tietoa HUOMA ry:stä tai jotka olivat HUOMA ry:n jäseniä, oli korkeammat pistemäärät kuin vastaajilla, jotka eivät olleet saaneet tietoa HUOMA ry:stä.

Tilastollisesti merkitsevä ero pistemäärissä ryhmien välillä oli välttämiskäyttäytymisessä, traumaperäisen stressihäiriössä ja yliviireisyydessä. Surureaktiokysely kaikissa osioissa paitsi henkilökohtainen kasvussa oli tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä. Lisäksi masennuspisteet ja unen laatu erosivat tilastollisesti merkitsevästi ryhmien välillä.

Taulukko 12. Asteikkojen pistemäärät suhteessa siihen, miten oli saanut tietoa HUOMA ry:stä

	Sururyhmiin osallistuminen			p-arvo
	Ei ole saanut tietoa	On saanut tietoa	On Huoma ry:n jäsen	
Tapahtuman vaikuttavuusasteikko				
Välttämiskäyttäytyminen	12.1	16.3	14.1	0.341
Mielentunkeutuvuus	11.4	18.9	19.1	0.001
Traumaperäinen stressihäiriö	23.5	35.1	33.3	0.026
Yliviireisyys	8.7	15.0	16.1	0.002
Surureaktio				
Epätoivo	23.9	32.4	35.2	<0.001
Paniikkikäyttäytyminen	29.8	31.2	38.5	0.026
Henkilökohtainen kasvu	33.8	29.6	31.8	0.207
Syyttäminen ja viha	14.0	18.7	18.6	0.003
Irrallisuus	14.2	17.1	19.3	0.017
Hajanaisuus	14.6	19.3	19.3	0.001
Surun voimakkuus	95.0	122.6	130.8	<0.001
Trauman jälkeinen henkinen kasvu				
Toisiin liittyminen	16.3	17.2	15.9	0.770
Uudet mahdollisuudet	9.4	9.0	9.8	0.882
Henkilökohtainen vahvuus	11.0	10.7	10.7	0.886
Uskonnollinen muutos	4.2	4.2	3.0	0.170
Elämän arvostaminen	9.4	9.1	9.0	0.875
Masennus	4.4	7.1	9.7	<0.001
Unen laatu (PSQI)	5.3	8.2	9.1	0.021

4.8. MEDIA

Lähes kaikkien vastaajien (98 %) perheenjäsenen henkirikoskuolemasta oli raportoitu mediassa (lehdet, tv, radio, internet). Perheenjäsenistä 45 prosenttia seurasi aktiivisesti, 23 prosenttia jonkin verran, 21 prosenttia hieman ja 11 prosenttia ei lainkaan mediaraportointia.

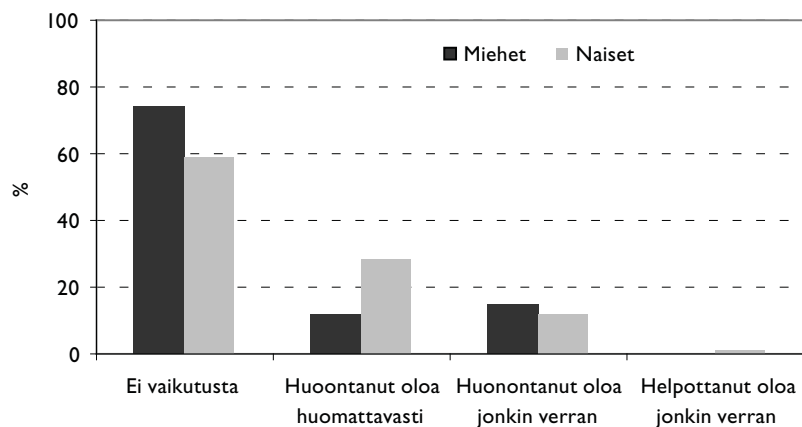
- En pystynyt katsomaan, rupesin tärisemään ja itku meinaa tulla jo nyt ajatellessani, vaikka tapahtuneesta on jo vuosia.
- En ymmärrä, että viranomaiset antavat enemmän tietoja lehdistölle kuin omaisille. Saimme tietää monista asioista lehdistön kautta, ei viranomaisilta ja tämä on väärin!
- Ei ole mukava lukea lehdestä oikeudenkäyntipäivämäärää, kuten tapauksessani kävi.

Toimittajat ottivat yhteyttä 22 vastaajaan, joista neljä suostui haastatteluihin, 18 vastaajaa kieltäytyi haastatteluista ja yksi antoi taustatietoa tapauksesta, muttei suostunut varsinaisiin haastatteluihin.

- Oikeudenkäyntiin meneminen oli karmeaa, kun toimittajat odottivat oikeustalolla kamerat suunnattuna ovelle odottamaan meitä. Toivon, että omaiset eivät olisi kuvauskohteena. Myös omaisten kasvot/sivukuvat ym. tulisi peittää TV:ssä, lehdissä, jos haastatteluja ei ole antanut.
- Toimittaja tuli koputtamaan ovellemme ja kysyi minua etunimeltä ihan kuin olisimme vanhoja tuttuja.
- Media ei saanut meistä yhtään valokuvaa, joten se kuvasi talomme, kotieläimemme ja ovellemme jätetyt surunvalittelukortit. Yksityisyyttämme loukattiin ja valheet inhottivat.

Mediaraportointi perheenjäsenen henkirikoskuolemasta ei ollut vaikuttanut vastaajan hyvinvointiin 64 prosenttia vastanneista. Vastaajista 23 prosentilla mediaraportointi oli huonontanut oloa huomattavasti ja 13 prosenttia jonkin verran. Mediaraportointi oli helpottanut oloa 1 prosenttia vastaajista.

Kuvio 7. Mediaraportoinnin vaikutus vastaajan hyvinvointiin.



Kuvatessaan miten oli kokenut mediaraportoinnin ja minkä mahdollisesti toivoisi muuttuvan median toiminnassa vastaajat kirjoittivat seuraavasti:

- Poliisi olisi voinut informoida minua asioista enemmän, kun kuitenkin ne lehtien välityksellä tuli kaikkien tietoon. Kuoleman jälkeen tietysti lehtikirjoitukset vaikeuttivat selviytymistä. ALIBI-lehti otti kaikki mahdolliset kuvat verijälkineen ja osasta kirjoittivat väärin. Kesti kaksi ja puoli vuotta, ennen kuin ALIBIN kirjoituksen jälkeen pääsin pitämään suruaikaani.
- Syyllinen antoi haastattelun tapahtumasta ALIBI-lehteen, jonne valehteli ja mustamaalasi uhrin. Harmittaa tosi paljon. Hän myös antoi lehteen poliisin ottamia kuvia, joita en itse edes olisi halunnut nähdä. Törkeää.
- Alibi-lehden yksityiskohtainen kirjoittelu oli kamalaa. Emme olisi halunneet, että kaikki saavat lukea yksityiskohtaisesti perheenjäsenemme julmasta kohtelusta.
- Vainajaa tietoisesti häpäistiin niissä. Alibi ja Hymy häpäisivät vainajaa. Kirjoittivat vainajasta paikkansa pitämättömiä asioita. Meille ei annettu kuitenkaan mahdollisuutta oikaista asioita.
- Koin mediaraportoinnin perheemme yksityisyyttä loukkaavana. Tuntui kuin meidät olisi laitettu alasti torille seisomaan muiden tirkisteltäväksi. Median kanssa on voimaton. Ei kannata lähetä korjaamaan väriä väitteitä tms. On parasta olla hiljaa ja toivoa, että uteliaisuuden tuli sammuu itsekseen, kun siihen ei puhalleta ilmaa. Toivon, että mediatyöntekijät miettivät miten toivovat asioita kerrottavan, jos olisivat itse uhrin läheisiä.
- Ilta- ja aamulehdet eivät välitä ollenkaan omaisten tunteista. Toisten ihmisten tragediat ovat heille suuria uutisia, joilla lehtiä myydään. Kun omaisilla hätä on suurin, on kauheaa nähdä lööpeissä rakkaimpansa ja otsikkona arvailuja, mitä heille on käynyt.

- Pelkäsin valtavasti uutisia. Luulin, että kaikki tunnistavat minut surmaajan sisareksi, kun käyn kaupassa tai liikun väkijoukossa. Pelkäsin myös toimittajien etsivän minut.
- Median toiminta raastavaa. Ei huomioi läheisten tunteita. Ei anna rauhaa läheisille. Kesti liian kauan, noin 3 vuotta.
- Pieni uutinen radiossa tai lehdissä kuukausia kuoleman jälkeen voi saada omaisen pois tolaltaan ja itkemään.
- Höpäisivät perheeni ja uhrin kuvillaan ja kirjoituksillaan. Minä VIHAAN LEHTIKIRJOITUKSIA, jotka olivat lehdissä. En pystynyt aloittamaan surutyötäni ennen kuin juorut loppuivat, että nyt siinä ja siinä lehdessä on kirjoitus ko. asiasta.
- Uhrin elämä reposteltiin, uhri tahrattiin ei vääristelemällä vaan vain julkistamalla hänen surkeutensa. Uhrin elämää ei saa vetää julkisuuteen, ei saa!
- Surmaaja eikä surmattu ollut julkisuuden henkilöitä, joten katson, että media olisi voinut jättää tiedottamatta kaiken, mikä viittaa em. Henkilöiden henkilöllisyyteen. Media piti huolen, että myös omaiset tiedettiin, eikä saanut rauhaisaa suruaikaa, kun oli vain yksi niistä kummajaisista..
- Asioiden esille nostaminen 1-2 vuoden välein tympäisee!
- Ensimmäiseksi korvaussummat pois lehdistä. Ne antavat ihmisille väärän kuvan. Meille sanoi moni tuttava, että tähän saatte hyvät korvaukset...

Useat vastaajat kirjoittivat pyytäneensä lehtiä oikaisemaan perheenjäsenensä kuolemaan tai perheenjäsenensä liittyviä julkaistuja virheellisiä tietoja, mutta etteivät lehdet näitä pyyntöjä huomioineet.

Mediaraportointia kommentoi myönteisesti vain seitsemän omaista.

- Toivoisin enemmän mediaraportointia, koska tietoisuus tällaisista murhista pitää saada ihmisten tietoon, että poliitikot laitettaisiin vastaamaan ihmisistä. Tässäkin tapauksessa oli mielenterveyspotilaasta kysymys. Tekijällä oli 10 vuoden pillerikierre.
- Tuntui vastuulliselta, että asia nostettiin pinnalle mahdollisen syyllisen kiinnisaamiseksi.
- Tapauksesta kerrottiin asiallisesti, mielestäni myös uhrin omaiset huomioiden.

4.9. YHTEENVETO TULOKSISTA

Tutkimukseen osallistui 131 omaista, 44 prosenttia kyselyn saaneista. Osallistujien keski-ikä oli 47 vuottaja ja heistä 70 prosenttia oli naisia ja 30 prosenttia miehiä. Suurin osa (71%) vastaajista oli perheellisiä eivätkä he poikenneet asuinalueen, koulutuksen tai työmarkkina- ja ammattiaseman suhteen koko väestöstä.

Yhden perheenjäsenen henkirikoksen uhrina oli menettänyt 89 prosenttia ja kaksi tai useamman perheenjäsenen 11 prosenttia omaisista. Yli puolessa tapauksista henkirikoksen tekijä oli perheen ulkopuolinen, mutta osalla henkirikoksen tekijä oli perheenjäsen, 15 prosenttia uhrin lapsi, veli tai vanhempi ja 32 prosenttia nykyinen tai entinen avio- tai avopuoliso. Vastaajista pääosa (90 %) oli uhrin vanhempia, lapsia tai sisaruksia.

Henkirikoksesta aiheutui taloudellisia kuluja suurimmalle osalle (78 %) omaisista Henkirikoksen jälkeen taloudellinen tilanne oli huonontunut merkittävästi noin kolmasosalla omaisista. Vahingonkorvausta haki tekijältä 76 prosenttia, lisäksi suuri osa (64%) haki taloudellista apua ja korvauksia, eniten korvauksia haettiin Valtiokonttorilta (52 %).

Henkirikoksen jälkeen ruumiillisessa ja henkisessä terveydentilassa oli tapahtunut huonontumista, 24 prosenttia oli diagnosoitu ruumiillinen sairaus ja mielenterveyshäiriö 35 prosenttia. Naisilla uusien ruumiillisten ja psyykkisten häiriöiden esiintyvyys oli huomattavasti yleisempää kuin miehillä. Omaisista 23 prosenttia arvioi itse kärsivänsä nykyisin henkirikoskuolemaan liittyvästä mielenterveydellisestä ongelmasta tai häiriöstä, työkykynsä arvioi alentuneeksi 31 prosenttia ja työkyvyttömiä oli 6 prosenttia.

Kuntoliikunnassa, ruokavaliossa, tupakoinnissa ja alkoholin käytössä muutoksia oli sekä myönteiseen että kielteiseen suuntaan, mutta kielteisiä muutoksia esiintyi enemmän. Perheenjäsenten välisissä ihmissuhteissa naisilla esiintyi enemmän kielteisiä muutoksia kuin miehillä.

Sosiaalisessa elämässä ja ihmissuhteissa oli tapahtunut muutoksia mm. siten, että kanssakäyminen työtovereiden, naapureiden, sukulaisten ja ystävien kanssa oli vähentynyt 40 prosenttia vastaajista. Ystävyyssuhteissa muutoksia esiintyi naisilla enemmän kuin miehillä.

Omassa verkostossa tärkein tuen lähde oli oma perhe. Perheeltä tukea oli saanut 87 prosenttia ja perhe oli tärkein auttava taho 71 prosenttia. Vähiten tukea oli saatu toisilta henkirikoksen uhrien omaisilta, sillä vertaistukea ei ollut saanut lainkaan 70 prosenttia omaisista.

Surureaktiot (HGRC) olivat naisilla voimakkaampia kuin miehillä. Surureaktiot vähenivät kuolemasta kuluvan ajan myötä, paitsi paniikkikäyttäytymisreaktiot. Henkisen kasvun pistemäärät eivät kasvaneet ajan myötä, vaan trendi oli vähenevä. Trauman jälkeistä kasvua esiintyi naisilla enemmän kuin miehillä.

Pitkittyneen surun häiriöstä kärsi 8.4 prosenttia omaisista, joista suurin osa oli lapsensa menettäneitä vanhempia (81.8 %)

Traumaperäisen stressihäiriön kriteerit täyttyivät 37 prosenttia vastaajista ja lisäksi 20 prosenttia oli psykiatrasta arviointia edellyttäviä traumaperäisiä stressioireita. Naisilla esiintyi oireita enemmän kuin miehillä. Kuolemasta kuluneella ajalla ei ollut yhteyttä oireiden esiintyvyyteen.

Masennuksesta kärsi 51 prosenttia omaisista, naiset yleisemmin kuin miehet.

Unihäiriöstä kärsi 47 prosenttia omaisista, naiset enemmän kuin miehet. Myös unilääkkeiden käyttö oli naisilla yleisempää kuin miehillä.

Poliisin toimintaan oli tyytyväisiä 75 prosenttia, kuolinviestin toimittamisen tapaan tyytyväisiä oli 65 prosenttia. Tyytyväisyydessä oli sukupuoliero, sillä naisista tyytyväisiä oli vain noin puolet.

Lakiasiain- tai oikeusaputoimistoon tyytyväisiä oli 75 prosenttia, syyttäjään 72 prosenttia, käräjäoikeuteen 55 prosenttia.

Hautustoimistoon tyytyväisiä oli 93 prosenttia ja kirkon toimintaan 81 prosenttia.

Terveydenhuoltoon tyytyväisiä oli 58 prosenttia, sosiaalitoimeen 49 prosenttia, Kelaan 57 prosenttia ja koulutoimeen 63 prosenttia.

Mielenterveyspalveluista tyytyväisimpiä omaiset olivat mielenterveystoimistoon (70 %) ja Mielenterveysseuran kuntoutuskurssiin (75 %).

Huoma ry:een tyytyväisiä oli 57 prosenttia, Rikosuhripäivystykseen 51 prosenttia ja Suomen Mielenterveysseuraan 41 prosenttia.

Ammatillista tukea, apua ja hoitoa riittävästi koki saaneensa 56 prosenttia omaisista. Miehillä apua oli tarjottu enemmän kuin naisille ja naiset olivat itse hakeutuneet hoitoon enemmän kuin miehet. Surureaktioiden voimakkuuden (HGRC misery) ja masennuksen riski oli pienempi niillä, joille ei ollut tarjottu apua. Traumaperäisen stressihäiriön riski oli suurin niillä, jotka olivat itse hakeutuneet hoitoon. Sururyhmiin osallistuneilla oli korkeammat traumaperäisen stressin, masennuksen, unihäiriön ja surureaktioiden pistemäärät kuin niillä, jotka eivät olleet osallistuneet. Niillä, jotka tiesivät Huoma ry:n ja/tai olivat osallistuneet Huoma ry:n toimintaan, oli korkeammat oirepistemäärät kuin niillä, jotka eivät tienneet HUOMA ry:stä tai olleet osallistuneet sen toimintaan.

Lähes kaikista (98 %) tutkimukseen osallistuneiden perheenjäsenen henkirikoskuolemasta oli raportoitu mediassa. Mediaraportointi huononsi vointia 36 prosenttia.

Viranomaispalveluista suurin osa omaisista (81 – 72%) oli tyytyväisiä kirkon, poliisin ja oikeusjärjestelmän palveluihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä Kelan palveluihin tyytyväisiä oli vain noin puolet omaisista (58 - 49%). Mielenterveyspalveluista Suomen Mielenterveysseuran henkirikosuhrien omaisten kuntoutuskursseihin ja mielenterveystoimiston palveluihin oli eniten (75-70%) tyytyväisyyttä, kun taas niin terveyskeskuksen, työterveyshuollon, yksityissektorin kuin erikoissairaanhoidon ja järjestöjen mielenterveyspalveluihin tyytyväisiä oli puolet tai vähemmän kuin puolet palvelujen käyttäjistä. HUOMA ry:n ja Rikosuhripäivystyksen palveluihin tyytyväisiä oli reilut puolet omaisista. Tyytyväisyyttä koettiin pelkästään inhimillisestä, hyvästä kohtelusta ja siitä, että hoitoa oli saatu sekä tarpeisiin vastaavista palveluista.

Riskiryhmä. Henkirikosuhrien omaiset ovat rikosuhri ryhmä, josta poikkeuksellisen suuri osa, yli puolet, kärsii väkivaltarikoksen aiheuttaman traumaattisen menetyksen jälkeisistä psyykkisistä häiriöistä, mutta saa huonosti palveluita. Häiriöistä kärsivien osuus on suuri verrattuna normaaliväestöön ja muihin rikosten ja traumatisoivien tapahtumien uhreihin ja omaisiin. Vain osa traumaan liittyvästä psyykkisestä häiriöstä kärsivistä omaisista tunnistaa häiriön itse, on hakeutunut hoitoon tai saanut hoitoa.

Palvelut. Palvelujen kehittämisessä henkirikoksen uhrien omaiset pitävät tärkeänä ryhmänsä aseman turvaamista lainsäädännöllisesti rikosentekijän aseman tasoisesti, asianmukaisia taloudellisten menetysten ja aiheutuneen kärsimyksen korvauksia, aktiivista kriisiavun ja rikosuhripalveluiden tarjoamista, asiantuntevien mielenterveyspalveluiden tarjoamista lyhyellä ja pitkällä aikavälillä, palvelujärjestelmän työntekijöiden kriisi- ja trauma asiantuntijuuden kehittämistä sekä vertaistuesta tiedottamista, vertaistuen ja sen saatavuuden kehittämistä. Myös median toiminnan kehittämistä surevien omaisten oikeuksia ja tarpeita paremmin huomioivaksi pidettiin tärkeänä.

Henkirikoksen uhrien lähiomaisia on määrällisesti vähän ja he asuvat eri puolilla Suomea, mistä seuraa, että palveluiden kehittämisessä tarvitaan koko palvelujärjestelmään kohdistuvia valtakunnallisia kehittämistoimia ja kohdennettuihin palveluihin resurssointia. Palveluiden kehittämisessä avuksi ovat jo olemassa olevat Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) Psykososiaalisen tuen ja palveluiden suositukset ja mielenterveyspalveluissa Suomen Lääkäriseura Duodecimin (2009) traumaperäisten stressireaktioiden ja häiriöiden ja muiden psyykkisten häiriöiden Käypä hoito –suositukset. Viranomaispalveluissa tulisi aktiivisesti hyödyntää palveluiden käyttäjien kokemuksia siitä, vastaavatko palvelut olemassa oleviin tarpeisiin. Tämän tutkimuksen tulosten ohella Henkirikoksen uhrien läheiset ry:ssä on omaisten kokemuksiin perustuvaa tietoa palveluiden kehittämistarpeista.

Poliisi. Poliisin toiminta on omaisten kannalta avainasemassa, koska poliisin virkatehtävänä on henkirikoksen tapahduttua viedä kuolinviesti lähiomaisille. Poliisien valmiudet vaativaan työtehtävään ovat tutkimuksen mukaan vain kohtalaiset. Yksilöllinen vaihtelu ammattitaidossa ammattikunnan sisällä on suuri. Suoriutumisen äärimmäisen vaativasta asiakastehtävästä vaihtelee omaista kunnioittavasta, empaattisesta viestin viemisestä tylyyn tiedon antamiseen. Kielteiset kokemukset olivat niin yleisiä, että poliisien valmiutta kuolinviestin viemiseen tulee edelleen kehittää. Omaiset toivoivat käytäntöä, jossa viestin antamistilanteessa olisi poliisin lisäksi kriisityöntekijä ja että omaisille aktiivisesti annettaisiin heti tietoa ja ohjausta kriisi- ja mielenterveyspalveluista ja autettaisiin yhteyden saamisessa palveluihin. Poliisin toimintaan rikostutkinnassa tyytyväisiä oli suurin osa (75 %) omaisista. Tyytymättömyyttä aiheutti erityisesti rikostutkintaa ja oikeusprosessia koskevan tiedottamisen puutteellisuus, jonka kehittäminen voisi osaltaan helpottaa omaisten selviytymistä. Poliisin tulisi huolehtia henkisen ensiavun palveluista, tiedottaa omaista hänen oikeuksistaan, selittää rikostutkinta- ja syyttämisprosessi sekä ohjata rikosuhri- ja vertaistukipalveluihin ja kriisi- ja mielenterveyspalveluihin. Nykyistä tehokkaampi yhteistyö Henkirikoksen uhrien läheiset ry:n ja Rikosuhripäivystyksen kanssa auttaa osaltaan parantamaan omaisten saamaa tukea.

Oikeuslaitos ja lainsäädäntö. Omaisten kannalta valtion oikeuslaitos hoitaa henkirikoksen tapahduttua perheen puolesta kostamisen suorittamalla rikostutkinnan ja antamalla henkirikoksen tekijälle pitkän tuomion. Käräjäoikeuteen ja ylempiin oikeusasteisiin tyytymättömiä oli noin puolet omaisista. Tyytymättömyys liittyi pääasiassa kokemuksiin oikeusjärjestelmän

epäoikeudenmukaisuudesta. Tuomiot koettiin lieviksi ja korvaukset vähäisiksi sekä omaisen tiedottaminen puutteelliseksi. Lakiasiain- ja oikeusaputoimistoon ja syyttäjään suurin osa omaisista oli tyytyväisiä. Syyttäjän toimintaa ei juuri arvosteltu. Asianajajia arvosteltiin työtavoista, jotka eivät riittävästi huomioineet omaisen etuja tai tiedontarpeita. Omaisten selviytymistä vaikeuttaa oikeusprosessi, jossa omaisen asema on huono verrattuna rikoksen tekijän asemaan. Taloudelliset menetykset ja vaikeus saada asianmukaisia korvauksia aiheutuneista kuluista, vahingoista ja kärsimyksistä vaikeuttaa osaltaan omaisten selviytymistä. Omaiset toivovat lakiuudistusta, jossa uhrien omaisten asema muutettaisiin oikeudenmukaiseksi suhteessa rikoksen tekijän asemaan ja oikeuksiin. Tähän liittyen rahallisten korvauskäytäntöjen kehittäminen on tarpeellista. Rikosuhrien psykososiaalisten palveluiden organisoiminen erikseen ja poliisin ja oikeuslaitoksen toiminnan yhteyteen on havaittu tehokkaaksi uhrien avun saannin kannalta. Tämä olisi hyvä huomioida nykyistä paremmin Suomessa viranomaisten ja järjestöjen kehittäessä rikosuhripalveluja, jotta henkirikosuhrien omaiset eivät jäisi väliinputoajiksi.

Valtiokonttori. Omaisten kokemukset Valtiokonttorin toiminnasta ja päätöksistä olivat pääsääntöisesti kielteisiä. Tästä syystä Valtiokonttorin korvauskäytäntöjä henkirikosuhrien omaisten kohdalla olisi hyvä auditoida ja arvioida toteutuuko lainsäädäntö toimeenpanovaiheessa korvauskäytännöissä. Läheiskorvauksien maksamisessa ilmenneiden ongelmien korjaaminen on tärkeää. Omaisten psyykkisen tilan huomioiminen asiakaspalvelussa ja palveluista tiedottamisessa edellyttää asiakaspalvelutehtävissä olevilta traumaattisen menetyksen aiheuttamien psyykkisten reaktioiden tuntemista. Valtiokonttorin internet-sivujen Rikoksella aiheutetut vahingot – kohdan Hyödyllisiin linkkeihin olisi hyvä lisätä Henkirikoksen uhrien läheiset ry:n internetosoite.

Sosiaalinen verkosto. Luonnolliseen verkostoon kuuluvilta toisilta ihmisiltä saatu tuki oli selviytymisen edellytys useimmille omaisille. Suurin osa omaisista sai tukea verkostoltaan, mutta pieni osa ei saanut tukea ollenkaan perheeltä, ystäviltä tai työtovereilta. Usein luonnollinen verkosto tarvitsee tukea ja neuvontaa kyetäkseen antamaan tukea traumaattisen menetyksen kokeneille perheille. Viranomaisverkostolla on mahdollisuus neuvonnan avulla aktivoida omaisten luonnollista verkostoa antamaan sosiaalista tukea. Auttamistyössä olevien tulisi osata antaa traumaattista surua ja omaisten tarpeita koskevaa neuvontaa ja ohjausta surevien sukulaisille, ystäville, naapureille sekä koulu- ja työtovereille. Viranomaisauttajien tulisi huomioida erityisen aktiivisesti ne omaiset, joilla ei ole perhettä eikä tukea antavaa omaa verkostoa.

Henkirikoksen uhrien läheiset, HUOMA ry. Vertaistukea oli saanut vain vähemmistö omaisista. Ainutlaatuisten auttavien vaikutusten vuoksi vertaistuen saamisen mahdollisuutta tulisi kehittää. Tutkimukseen osallistujista suurin osa ei tiennyt HUOMA ry:n olemassaolosta. Omaiset toivoivat nykyistä parempia vertaistuen saamisen mahdollisuuksia ja niiden kehittämistä Henkirikoksen uhrien läheiset ry:n toiminnan avulla. Tämä edellyttää tehokasta yhteistyötä viranomais- ja järjestöverkoston kanssa. Tietoa HUOMA ry:stä juuri kukaan omaisista ei ollut saanut poliisilta tai viranomaisauttajilta, vaikka HUOMA ry on ollut olemassa jo 10 vuotta ja kanavoinut tiedottamista henkirikoksen uhrien omaisille juuri poliisiorganisaation kautta. Poliisilla on avainrooli HUOMA ry:n palveluiden tiedottamisessa omaisille. Siksi yhteistyötä poliisien ja HUOMA ry:n välillä on tärkeä kehittää ja myös muuta viranomais- ja järjestöyhteistyötä. Terveystuella ja kirkon 'kuolematyöntekijät' ovat myös avainasemassa HUOMA ry:stä tiedottamisessa. Erityisen tärkeä on yhteistyö Rikosuhripäivystyksen kanssa parhaan mahdollisen tuen saamiseksi omaisille henkirikoksen jälkeisessä monimutkaisessa tilanteessa.

Vertaistukea saaneet kokivat sen tärkeäksi avun lähteeksi. Tutkimuksen tulosten perusteella vertaistuen piiriin näyttävät hakeutuvan ne, jotka kärsivät voimakkaimmista traumaan ja suruun liittyvistä mielenterveyden häiriöiden oireista. Tämä asettaa HUOMA ry:lle haasteen järjestön toiminnan kehittämisessä tarvittavan mielenterveyttä koskevan asiantuntijuuden

osalta jopa enemmän kuin millekään muulle surevien omaisjärjestölle. Toiminnan kehittämässä järjestön työntekijöiden ja vapaaehtoisten tukihenkilöiden työkykyisyyden ja jaksamisen tukeminen on keskeistä. Tutkimukseen osallistuneet nostivat esille HUOMA ry:n toiminnan kehittämisen tarpeita. Keskeisenä pidettiin vertaistuen eri toimintamuotojen laajentamista ja lisäämistä valtakunnallisesti. Omaiset toivoivat mm. henkirikosuhrien läheisiin kohdistuvaa aktiivista tiedottamista HUOMA ry:n toiminnasta, selviytymisopasta, ammatti-ihmisten ohjaamaa internet-vertaisryhmää, HUOMA ry:n sopeutumisvalmennus- ja kuntoutusviikonloppujen lisäämistä nykyisestään ja Kelan tuen saamista kaikille osallistujille

Rikosuhripäivystys. Suuri osa omaisista ei ollut saanut Rikosuhripäivystyksen palveluita. Omaiset kuvasivat tarvitsevansa heti alusta lähtien tukea ja neuvontaa niin käytännön asioiden hoitamiseen kuin oikeudenkäyntiin liittyvissä asioissa. Omaisten tiedonsaantia Rikosuhripäivystyksestä ja sen tarjoamista palveluista tulisi tehostaa. Yhteistyö tuen ja palveluiden tarjoamisessa poliisin ja Henkirikoksen uhrien läheiset ry:n kanssa on tärkeää.

Media. Lähes kaikista yksittäisistä henkirikoskuolemista raportoidaan mediassa. Merkittävä osa omaisista (36 %) arvioi median toiminnan vaikuttaneen kielteisesti selviytymiseensä. Poikkeuksellisen suuri osa kirjoitti kuvauksia heitä järkyttäneistä ja loukanneista median toimintatavoista. Vainajan kunnioittamisen yhteisössä pitäisi kuulua surevien läheisten ihmis-oikeuksiin. Omaisten kokemuksissa toistui uhrin joutuminen julkisuuteen ja häpäiseminen sekä julkaistut virheelliset tiedot, joita lehdet omaisten pyynnöstä huolimatta eivät koskaan oikaisseet. Paitsi vainajien myös omaisten yksityisyyttä loukattiin ja surua häirittiin henkirikosta koskevalla ja siihen liittyvällä mediaraportoinnilla. Joillekin omaisille pitkään jatkunut asian käsittely mediassa oli suremisen este. Median toimintaan yksittäisten henkirikosten yhteydessä olisi hyvä suunnata arvioivaa tutkimusta ja pyrkiä vakavasti kehittämään toimintaa omaisten selviytymistä paremmin huomioivaksi. Suositeltavaa olisi kehittää henkirikoskuolemiin liittyen vainajaa kunnioittavaa ja läheisiä vahingoittamatonta mediaraportointia. Esimerkiksi itsemurhiin liittyvään tiedottamiseen on WHO:n (2000) julkaisemat ohjeet, joiden mukaisesti Suomessakin media näyttää toimivan. Kansainvälinen Dart Center for Journalism & Trauma -järjestö tarjoaa väkivaltaa koskevaan journalismiin koulutusta, neuvontaa ja ohjeita median ammattilaisille eettisistä toimintatavoista, minkä toivoisi tavoittavan myös suomalaisen median. Median toimintatapojen ja henkilöstön ammattitaidon kehittämisessä omaisia huomioivat eettiset toimintatavat ovat suositeltavia.

Hautustoimisto ja kirkko. Hautausjärjestelyissä osallisina oleviin organisaatioihin, hautaus-toimistoihin ja kirkkoon omaiset olivat kaikista tyytyväisimpiä. Vainajan hautaan saattamiseen tarvittavat työt ja työntekijät huolehtivat kuolemanrituaaleista yhteisön puolesta. Tässä surevien omaisten kannalta äärimmäisen tärkeässä työssä hautaus-toimistot ja kirkko näyttävät onnistuvan hyvin. Tutkimuksessa eivät sen sijaan juurikaan nousseet esille omaisten auttavat kokemukset kirkon työntekijöiden tekemästä sielunhoidollisesta työstä tai kriisityöstä. Vain pienelle osalle omaisista usko ja kirkko olivat hyvin keskeisiä selviytymisen kannalta.

Sosiaali- ja terveydenhuolto ja Kela. Omaisista jonkin verran suurempi osa (57 - 58%) oli tyytyväisiä terveydenhuoltoon ja Kelaan kuin sosiaalitoimeen (49%).

Sosiaali- ja terveydenhuolto. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa tyytymättömyyttä aiheutti paljon se, ettei apua tarjottu aktiivisesti eikä lyhyellä ja pitkällä aikavälillä eivätkä työntekijät olleet riittävän ammattitaitoisia traumatisoituneiden omaisten kohtaamiseen ja auttamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden kriisi- ja traumatiedon tasoa toivottiin parannettavan koulutuksen avulla, koska omaiset odottavat auttajien olevan päteviä kohtaaminen ja hoitamaan kriisissä olevia ja traumatisoituneita omaisia. Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) traumatisoivien tapahtumien psykososiaalisen tuen ja palveluiden suositusten noudattaminen kunnissa ja kuntayhtymissä kehittäisi palveluita paremmin omaisten tarpeita vastaaviksi.

Sosiaalitoimi. Sosiaalitoimen palveluissa pettymyksiä aiheuttivat konkreettisen avun saamisen vaikeudet ja erityisesti lasten tarpeitten huomioimisessa koetut puutteet. Tyytyväisyys liittyi asianmukaisen ja ammattitaitoisen avun saamiseen. Henkirikoksen uhrien omaisten palveluiden kehittämisessä Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) traumatisoivien tapahtumien psykososiaalisen tuen ja palveluiden sosiaalitointa koskevien suositusten noudattaminen kunnissa ja kuntayhtymissä kehittäisi palveluita paremmin omaisten tarpeita vastaaviksi. Sosiaalityöntekijöiden tehtävä päivystävänä ja omaisten konkreettisiin tarpeisiin vastaavana ja neuvontaa antavana viranomaisena ja kriisityöntekijänä on tärkeä varsinkin selviytymisen alkuvaiheessa ja sen pitäisi tehokkaasti integroitua moniorganisatoriseen ja moniammatilliseen kriisityöhön.

Kela. Kelan palveluista omaiset eivät olleet saaneet tietoa. Kuntoutuksen saamista oli estänyt tiedon puuttuminen. Erityisesti Kelan psykoterapiakuntoutuksen tuesta omaiset eivät olleet saaneet tietoa. Henkirikoksen uhrien omaisia palvelisi Kelan internet-sivujen Omaisen kuolema -kohdassa oleva erillinen tiedote henkirikoksen uhrien läheisille, koska Kelalla on sekä omaisia koskevia yleisiä palveluja että juuri tälle erityisryhmälle suunnattuja palveluja. Kelan palveluista tiedottamisessa omaisille sosiaali- ja terveydenhuollon, kirkon ja järjestöjen työntekijöiden tulisi olla aktiivisia. HUOMA ry:n sopeutumisvalmennus- ja kuntoutusviikonloppuihin liittyvän Kelan tuen saamisessa omaiset olivat eri asemassa keskenään ja myös suuronnettomuuksien uhrien omaisten kanssa. Tämä epäkohta tulisi korjata.

Terveydenhuolto. Terveydenhuollossa lääkekeskeisyys, keskusteluavun saamisen vaikeus, vaikeus saada sairauslomaa ja psykoterapeuttisen hoidon tarpeen arviointia ja lähetettä jatkohoitoon koettiin kielteisenä. Tutkimusnäyttöön perustuen traumaperäisen stressihäiriön hoitoon suositellaan ensisijaisesti psykologista hoitoa. Eri hoitomuodoista traumakeskeinen kognitiivisbehavioraalinen psykoterapia on todettu vaikuttavaksi psyykkisen trauman hoidossa. Surun lääkehoidon vaikuttavuudesta ei ole tutkimusnäyttöä eikä sitä suositella, mutta komplisoituneen surun psykoterapeuttisen hoidon vaikuttavuudesta on jo näyttöä. Terveydenhuollon henkilöstön asiantuntemusta psyykkisen trauman, surun ja komplisoituneen surun ja näihin liittyvän monihäiriöisyyden osalta tulisi kehittää. Suomen Lääkäriseura Duodecimin traumaperäisten stressireaktioiden ja -häiriöiden ja muiden psyykkisten häiriöiden Käypä hoito -suositusten noudattaminen merkitsisi palveluiden kehittymistä omaisten toivomaan suuntaan. Tällöin omaiset myös saisivat tarvitsemiaan palveluja riippumatta asuinpaikkakunnasta.

Kriisipalvelut. Tutkimuksiin perustuen on suositeltu, että traumatisoivissa tapahtumissa viranomaisten/kriisityöntekijöiden on tarjottava omaisille ammattitaitoista apua nopeasti, aktiivisesti ja lyhyellä ja pitkällä aikavälillä (STM, 2009). Kriisiapu tulee olla saatavilla kattavasti koko Suomen alueella ja sitä tulee järjestää eri paikkakunnilla asuville lähiomaisille henkirikoksen tapahtuessa eikä vain tapahtumapaikkakunnalla. Omaiset pitivät hyvänä sitä, että henkinen ensiapu ja kriisiytyö eri muodoissaan tarjotaan heille kotiin. Omaiset toivovat aktiivista tiedottamista siitä, mitä apua ja mistä on mahdollista saada sekä tietoa Rikosuhripäivystyksestä ja Henkirikoksen uhrien läheiset ry:stä. Omaiset toivovat ”asiamiestä”, joka auttaisi rikoksen uhrin ja omaisen asemaan liittyvien erilaisten asioiden hoidossa, katsoisi kokonaisuutta (myös terveydentilaa) ja huolehtisi, että perusasiat tulevat hoidetuiksi. Suuronnettomuuksissa ja koulumurhissa palvelujen järjestämiseen on resurssoitu (mm. Kauhajoki-hanke, www.kauhajokihanke.fi). Esimerkiksi Myyrmännin pommiräjähdyksen jälkeen tällaiseen tehtävään perustettiin Myyrmäki rahaston sosiaali- ja kriisityöntekijäpalvelu, jonka toiminnasta uhrin ja omaiset antoivat poikkeuksellisen myönteistä palautetta (Poijula, 2004). Autettavan tarpeisiin sopiva yksilöllinen, räätälöity auttaminen on suositeltavaa. Kriisityön ja traumaattisen surun kriisihoidon mallien ja menetelmien ja ammattitaidon kehittäminen tämän erityisryhmän tarpeita paremmin vastaavaksi on tutkimuksessa esiin nousseiden avun saannin vaikeuksien ja auttamisen sattumanvaraisuuden, epäjatkuvuuden ja tehottomuuden vuoksi erittäin tärkeää. Johdonmukainen ja jatkuva auttaminen edellyttää kriisityön erityisosaamisen ja viranomais- ja järjestöverkoston yhteistyön kehittämistä.

Mielenterveyspalvelut. Yli puolet vastaajista kärsi yhdestä tai useammasta psyykkisestä häiriöstä ja yli puolet vastaajista ei ollut saanut riittävästi apua mielenterveysongelmiinsa. Tutkimukseen osallistujista voimakkaimmin psyykkisistä oireista kärsivät olivat todennäköisimmin myös hakeutuneet hoitoon ja saaneet hoitoa. Tutkimuksen tulos on ristiriitainen, koska hoitoa saaneiden oletetaan toipuneen, mutta näin ei ollut käynyt. Eri mielenterveyspalveluista tyytyväisimpiä omaiset olivat mielenterveystoimistosta saamaansa hoitoon. Perusterveydenhuollon tason tai psykiatrisen sairaalan hoitoon tyytyväisyys oli vähäisempää niin kuin myös yksityisten psykiatrien ja psykologien tai perheneuvoloitten ja perheasiainkeskusten palveluihin. Komplisoituneen surun tunnistaminen ja hoito on hankalaa, koska surun hoitoa koskevia tutkimusnäyttöön perustuvia suosituksia ei ole vielä olemassakaan. Mielenterveyspalveluissa tulisi huomioida henkirikosuhrien omaiset riskiryhmänä. Olemassa olevia mielenterveyshäiriöiden Käypä hoito –suosituksia tulisi noudattaa. Ongelmana on se, ettei palveluissa ole suositusten mukaisten hoitovaihtoehtoja eikä osaamista riittävästi. Traumaattista surua ja pitkittyneen surun häiriötä koskeva asiantuntijuus on mielenterveyspalveluissa kaikkein ohuinta ja niiden tunnistamisen ja hoidon kehittäminen suurin haaste. Tutkitusti traumaperäisistä psyykkisistä häiriöistä kärsivät eivät itse tunnista häiriötään eivätkä hakeudu hoitoon. Toisaalta mielenterveyspalveluissa ei tunnisteta traumatisoituneita. Siksi on suositeltu (mm. Hanson & Self-Brown, 2010), että mielenterveyspalveluissa käytettäisiin rutiinisti standardoituja traumahistorian kartoituksia, jotta väkivaltarikoksen uhrien traumaperäiset psyykkiset häiriöt tunnistettaisiin myös pitkällä aikavälillä ja he saisivat tarvitsemaansa hoitoa.

Tällä tutkimuksella saatiin ensimmäistä kertaa tietoa suomalaisten henkirikoksen uhrien omaisten selviytymisestä ja palveluiden tarpeista. Rikostrauman kielteinen vaikutus tutkimukseen osallistuneiden omaisten mielenterveyteen on hälyttävä ja vastaa aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa raportoituja tutkimustuloksia henkirikosten voimakkaista kielteisistä vaikutuksista henkirikosuhrien omaisten terveyteen ja selviytymiseen. Noin puolet omaisesta kärsii yhdestä tai useammasta mielenterveyden häiriöstä. Henkirikosuhrien omaisten oikeusprosessissa ja median toiminnassa kokemat vahingoittavat tekijät, taloudellisista ja psykososiaalisista palvelutarpeista ja vaikeuksista avun ja palveluiden saamisessa aikaisemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa raportoidut havainnot toistuivat suomalaisilla henkirikosuhrien omaisilla. Avun ja hoidon saaminen ei ollut suurella osalla omaisista tarpeiden mukaista. Viranomaisten ja järjestöjen palveluiden kehittäminen tutkimustietoon perustuen on suositeltavaa. Eniten ammatillisen avun kehittämiseen tarvittaisiin panostamista mielenterveyspalveluissa, koska juuri traumaattiseen suruun liittyvät mielenterveyshäiriöt ovat omaisten selviytymisen suurin este. Felman Herzin, Prothrow-Stithin ja Cheryn (2009) mukaan omaisen tärkein viesti terveydenhuollon ammattilaisille on se, ettei ammattilainen voi korjata omaista, parantaa lääkityksellä eikä voi muuttaa tapahtunutta, mutta ammattilainen voi nähdä omaisen ihmisolentona ja käyttää taitojaan ja asiantuntemustaan yhdistääkseen omaiset tarvittaviin resursseihin ja luottaa omaisen kykyyn löytää tie paranemiseen ja toipumiseen, jonka omainen tekee. Erittäin tärkeä tutkimuksella saatu tieto on se, että omaiset kokevat oman perheensä ja verkostonsa tärkeimmäksi tuen lähteeksi tai eniten selviytymistä vaikeuttavaksi tekijäksi. Kehittämistyötä kannattaisi suunnata perheenjäsenten, ystävien, sukulaisten, työtovereiden, naapureiden ja yhteisöjen omaisille antaman sosiaalisen tukemisen aktivoimiseen, joka on laaja-alaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon, kirkon ja järjestöjen työntekijöiden tehtävä, mutta jossa he tarvitsevat koulutusta, konsultaatiota ja työnohjausta mielenterveystyön asiantuntijoilta. Tämä edellyttää mielenterveyspalveluilta trauman ja surun asiantuntijuuden vahvistamista.

TUTKIMUKSEN VAHVUUDET JA RAJOITUKSET

Tutkimukseen osallistuvien voidaan sanoa edustavan suomalaisia henkirikosuhrien omaisia ja tutkimustulokset voidaan yleistää heitä koskeviksi. Suomen rekisterikäytännöt ovat virnaomaisten säätelemiä, mikä takaa rekistereihin tallennettujen tietojen yhteneväisyyden ja kattavuuden. Henkilöiden identifioiminen tapahtuu henkilötunnuksen avulla, joka kullakin suomalaisella on oma ja yksiselitteinen. Eri rekistereistä poimittujen tietojen yhdisteleminen tapahtuu käyttäen hyväksi henkilötunnusta, mikä takaa tietojen yhdistämisen luotettavuuden. Tätä työtä varten tarvittava tutkimusaineisto poimittiin henkirikollisuuden seurantajärjestelmästä ja henkirikosuhrien omaisten tiedot löytyivät 68 prosenttia henkirikosuhrien kokonaismäärästä. Tutkimuskyselyyn vastasi 44 prosenttia niistä, joille kyselylomake lähetettiin. Tutkimusaineiston voidaan katsoa edustavan hyvin suomalaista henkirikosuhrien populaatiota, koska mitään systemaattista harhaa aineiston poiminnassa ei voida olettaa tapahtuneen.

Tutkimukseen osallistuneista suurin osa oli naisia. Yleisesti naisten tiedetään olevan miehiä haavoittuvampia traumaattisten tapahtumien vaikutuksille ja kärsivän miehiä enemmän traumaperäisestä stressihäiriöstä, masennuksesta ja voimakkaammista surureaktioista. Useimmissa surututkimuksissa naiset ovat yliedustettuina (Keese ym., 2008). Tässä tutkimuksessa osallistujista naisia oli puolta enemmän kuin miehiä ja naiset myös kärsivät mitattujen psyykkisten häiriöiden oireista miehiä enemmän. Osallistujamäärä oli niin suuri, että sukupuolten välisiä tilastollisia vertailuja voitiin kuitenkin tehdä.

Tutkimuksen kohteena on haavoittuva ryhmä. Stroeben, Stroeben ja Schutin (2003) mukaan jotkut omaiset voivat valita osallistumisen keinona kertoa menetykokemuksestaan ja hyväksyä sen. Toiset voivat toivoa, että heidän osallistumisensa voi lisätä ymmärtämystä surevia kohtaan ryhmänä. Jotkut voivat kieltäytyä, koska ovat liian järkyttyneitä tai pelkäävät osallistumisen pahentavan surua. Toiset voivat kieltäytyä, koska kokevat päässeensä yli eivätkä halua palata menneeseen. Selektio-ongelmat ovat tärkeitä surututkimuksessa, koska osallistumispäätökset ja surureaktiot liittyvät todennäköisesti läheisesti toisiinsa ja koska juuri surureaktioista halutaan saada tietoa. Norjassa tehtiin kahden vuoden kuluttua katastrofista puhelinhaastattelututkimus niistä tsunamin uhreista ja omaisista, jotka eivät olleet osallistuneet valtakunnalliseen postikyselytutkimukseen. Puhelinhaastattelututkimuksessa kävi ilmi, että tutkimukseen osallistumattomien traumaperäisen stressihäiriön reaktiot olivat lievempitasoisia kuin tutkimukseen osallistuneiden. Syyt tutkimukseen osallistumattomuuteen olivat ”ajan tai kiinnostuksen puute” (39%), ”relevanttien kokemusten puute” (32%) ja ”liian henkilökohtaista tai emotionaalisesti ahdistavaa” (15%). Tulosten tulkittiin voivan merkitä sitä, että katastrofin jälkeiset tutkimukset voivat olla vinoutuneita voimakkaampien traumaperäisten stressireaktioiden suuntaan (Hussain, Weisaeth, Trond, 2009). Tässä tutkimuksessa ei ole tietoa eroavatko tutkimukseen osallistujat niistä omaisista, jotka eivät osallistuneet tutkimukseen. Jatkossa prospektiivinen tutkimus henkirikosuhrien perheenjäsenistä mahdollistaisi tutkimuksen kohdistamisen kaikkiin poliisin kirjaamiin uhrin perheenjäseniin ja samojen henkilöiden selviytymisen seuraamisen ajan kuluessa.

- Acierno, R., Ruggiero, K. J., Galea, S., ym. (2007). Psychological Sequelae Resulting from the 2004 Florida Hurricane: Implications for Postdisaster Intervention. *American Journal of Public Health*, 197, 1, 103-108.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Amick-McMullan, A., Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J. & Smith, S. (1989). Family survivors of homicide victims: Theoretical perspectives and an exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 1, 21-35.
- Amick-McMullan, A., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S. (1991). Homicide as a Risk Factor for PTSD Among Surviving Family Members. *Behavior Modification*, 15, 4, 545-559.
- Amick-McMullan, A., Kilpatrick, D.G., Veronen, L. J., ym. (1988). Family survivors of homicide victims: theoretical perspectives and an exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 21-35.
- Amstadter, A. B., McCart, M. R. & Ruggiero, K. J. (2007). Psychosocial interventions for adults with the crime-related PTSD. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 640-651.
- Armour, M. P. (2002a). Journey of family members of homicide victims: A qualitative study of their posthomicide experience. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72,3, 372-382.
- Armour, M. P. (2002b). Experiences of Covictims of Homicide. Implications for Research and Practice. *Trauma, Violence & Abuse*, 2, 109-124.
- Armour, M. (2003). Meaning making in the aftermath of homicide. *Death Studies*, 27, 519-540.
- Beck, A. T., Ster, R. A., Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G., Howell, J. & Bruce, K. (1982). The effects of sexual assault on rape and attempted rape victims. *Victimology: An International Journal*, 7, 106-113.
- Bell, M. E. (2007). Empowerment and disempowerment for victims of intimate partner violence. An overview of the effects of criminal justice system practices. Teoksessa K. A. Kendall-Tackett & S. Giacomoni (Eds.). *Intimate partner violence* (ss. 21.1-21.15). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Bibas, S. (2006). Transparency of participation in criminal procedure. *New York University Law Review*, 81, 1-45.
- Boelen, P. A. & Prigerson, H. H. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European Archives of Psychiatry and Neuroscience*, 257, 8, 444-452.
- Bonanno, G., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K.G., Litz, B., Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 2, 342-351.

- Bonanno, G.A. (2006). Grief, Trauma and Resilience. Teoksessa Edward K. Rynearson (Ed.). *Violent Death. Resilience and Intervention Beyond the Crisis* (ss. 31-46). New York: Routledge. Taylor & Francis Group.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B, Nesse, R. (2004). Prospective Pattern of Resilience and maladjustment During Wodowhood. *Psychology of Aging*, 19, 2, 260-271.
- Bonanno, G. & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.
- Bourdeaux, E., Kilpatric, D. G., Resnick, H. R., Best, C. L. & Saunders, B. E. (1998). Criminal Victimization, posttraumatic stress disorder and comorbid psychotraumatology among community sample of women. *Journal od Traumatic Stress*, 11, 665-678.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Breweton, T., Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 7, 22-32.
- Breslau, N., Davis, G. C., Anderski, P. & Petersen, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Brewin, C. R., Andrews, B., Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 66, 748-66.
- Brickman, E., Davis, R., Rabinovich, B., Cantor, D., & Shapiro, G. (2002). Victim needs and victim assistance. Report to the National Institute of Justice. New York: Safe Horizon.
- Burgess, A. (1975). Family Reaction to Homicide. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 3, 391-398.
- Burke, L. A., Neimeyer, R. A., McDevitt-Murphy, M. E. (2010). AfricanAmerican Homicide Bereavement: Aspects of Social Support that Predict Complicated Grief, PTSD, and Depression. *OMEGA. Journal of Death and Dying*, 61, 1, 1 -24.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28:193-213. http://www.proqolid.org/instruments/pittsburgh_sleep_quality_index_psqi
- Campbell, R. (2008). The psychological impact of rape victims' experiences with the legal, medical, and mental health systems. *American Psychologist*, 63, 702-717.
- Cambell, R. & Raja, S. (2005). The sexual assault and secondary victimization of female veterans: Help-seeking experences with military and civilian social systems. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 97-106.
- Cambell, R. & Raja, S. (1999). Secondary victimization of rape victims: Insights from mental health professionals who treat survivors of violence. *Violence and Victims*, 14, 261-275.
- Cassel, J. (1976). The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Cerel, J., Padgett, J., Conwell, Y. & Reed, G. A. (2009). A Call for Research: The Need to Better Understand the Impact of Support Groups for Suicide Survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 3, 269-281.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Cook, A. (2001). The dynamics of ethical decision making in bereavement research. Teoksessa M. Stroebe, W. Stroebe, H. Schut (toim.). *Handbook of bereavement research:*

- consequences, coping, and care (ss.119-142). Washington, DC: American psychological Association.
- Coker, A., Derrick, C., Lumpkin, J., Aldrick, T. & Oldendick, R. (2000). Help-seeking for intimate partner violence and forced sex in South Carolina. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 316-320.
- Dart Center for Journalism & Trauma (2010). Dart Center for Journalism and Trauma. A resource for Journalists Who Cover Violence. Internetsivut: www.dartcenter.org
- Davis, C. G., Wortman, C. B., Lehman, D. R. & Silver, R. C. (2000). Searching for meaning of Loss Are clinical assumptions correct? *Death Studies*, 24, 497-540.
- Darves-Bornoz, J. M, Alonso, J., de Girolamo, G. ym. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Trauma Stress*, 21, 455-62.
- Dyregrov, A., & Straume, M. (2008). Kollektiv ivaretakelse etter katastrofer. Erfaringer fra "Sleipner"-ulykken. Teoksessa K. Dyregrov & A. Dyregrov (Red.). *Krisepsykologi i praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, A., Dyregrov, K. & Nordanger, D. (2002). Praktisk organisering av psykososialt støttearbeit: Hvordan kan vi unngå de viktigstefeilene? *The Scandinavian Journal of Trauma and Emergency Medicine*, 28. 16-25.
- Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2007). Sosial nettverkstøtte ved brå død. Hvordan kan vi hjelpe? Bergen: Fagbolaget.
- Dyregrov, K. (2004). Bereaved Parents' Experience of Research Participation. *Social science & Medicine*, 58, 391-400.
- Dyregrov, K. (2003-2004). Micro-sociological analysis of social support following traumatic bereavement: Unhelpful and avoidant responses from the community. *OMEGA – Journal of death and dying*, 48, 1, 23-44.
- Dyregrov, K., Nordanger, D. & Dyregrov, A. (2000a). Omsorg for etterlatte ved brå, uventet død. Evaluering av behov, tilbud og tiltak. Rapport. Bergen: Senter for Krisepsykologi.
- Easterling, L. W., Gamino, L. A., Sewell, K. W., Stirman, L. S. (2000). Spirituality, church attendance and bereavement. *Journal of Pastoral Care*, 54, 3, 263-275.
- Engelkemayer, S. M., Marwitt, S. (2008). Posttraumatic growth in bereaved parents. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 3, 344-346.
- Feigelman, W., Jordan, J. R., Gorman, B. S. (2009). Personal growth after loss may be associated with better mental health among survivors. *OMEGA. Journal of Death and Dying*, 59, 3, 181-202.
- Feldman Hertz, M., Prothrow-Stith, D., Chery, C. (2005). Homicise urvivors. Research and Practice Implications. *American Journal of Preventive Medicine*, 29, 5S2, 288-295.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Freeman, L. N. (1998). Clinical issues in assessment and intervention with children and adolescents exposed to homicide. Teoksessa M. Hernandez, M. Isaacs (Eds.). *Promoting cultural competence in children's mental health services. Systems of care for children's mental health* (ss. 185-206). New York, NY: Columbia University.
- Frankl, V. E. (1959). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press.
- Frankl, V. E. (1978). *Ihmisyden rajalla. Suom. Osmo Jokinen ja Eila Sandborg (alkuteos Man's Search for Meaning)*. Helsinki: Otava.

- Frazier, P. A., Harney, B. (1996). Sexual assault cases in the legal system: Police, prosecutor, and victim perspectives. *Law and Human Behavior*, 1, 607-628.
- Frueh, B. C., Cousins, V. C., Hiers, T. G., Cavanaugh, S. D., Cusack, K. J. & Santos, A. B. (2002). The need for trauma assessment and related clinical services in a state funded mental health system. *Community Mental Health Journal*, 38, 351-356.
- Gamino, L., Sewell, K. W. & Easterling, L. E. (1999). Scott and White Grief Study – Phase 2: Toward adaptive model of grief. *Death Studies*, 24, 633-660.
- Ganju, V. (2003). Implementation of evidence-based practices in state health systems: Implications for research and effectiveness studies. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 125-131.
- Getzel, G. & Masters, R. (1984). Serving Families Who Survive Homicide Victims. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work* (march 1984), 138-144.
- Gil, T., Calev, a., Greenberg, D., Kugelmass, S. & Lerer, B. (1990). Cognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 29-45.
- Goldsmith, B., Morrison, R. S., Vanderwerker, L. C., Prigerson, H. G. (2008). Elevated Rates of Prolonged Grief Disorder in African Americans. *Death Studies*, 32, 4, 352-365.
- Goodkin, K., Lee, D., Frasca, A., ym. (2005-2006). Complicated bereavement: A Commentary on it's state of evolution. *OMEGA. Journal of Death and Dying*, 52, 2, 99-105.
- Griffin, M. G. (2003). Participation in trauma research: is there evidence of harm? *Journal of Traumatic stress*, 16, 3, 221-227.
- Hagman, G. (2001). Beyond decathexis: Towards a new psychoanalytic understanding and treatment of mourning. Teoksessa R. A. Neimeyer (toim.), *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC: American Psychological association, 13-31.
- Hakala, S. (2009). *Koulusurmat verkostoyhteiskunnassa*. Helsingin yliopisto. Viestinnän tutkimuskeskus CRC.
- Hanson, R. F., Sawyer, G. K., Begle, A. M., Hubel, G. S. (2010). The Impact of Crime Victimization on Quality of Life. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 2, 189-197.
- Hanson, R. F. & Self-Brown, S. (2010). Screening and assessment of crime victimization and its effects. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 2, 207-214.
- Hanson, R.F., Kilpatrick, D. G., Falsetti, S. A. & Resnick, H. S. (1995). Violent Crime and Mental Health. Luku teoksessa Freedy, J. R. & Hobfoll, S. E. (toim.). *Traumatic Stress from theory to practice*, 129-178.
- Herman, J. L. (2003). The mental health of crime victims: Impact of legal intervention. *Crime & Delinquency*, 33, 468-478.
- Hertz, M. F., Prothrow-Stith, D., Chery, C. (2005). Homicide survivors: Research and practice implications. *American Journal of Preventive Medicine*, 29, 288-295.
- Hogan, N. S., Worden, W. J. & Schmidt, L. (2003-2004). An Empirical Study of the Proposed Complicated Grief Disorder Criteria. *OMEGA. Journal of Death and Dying*, 48, 3, 263-277.
- Hogan, N. S. & Schmidt, L. A. (2002). Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling. *Death Studies*, 26, 615-634.
- Hogan, N. S. & Schmidt, L. A. (2002). Sosiaalisen tuen arviointi. Teoksessa S. Poijula. *Surutyö* (ss. 216-217). Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Hogan, N. S. (2002). Traumatic Grief (Panel discussion with S. Jacobs). Association of Death Education and Counseling, Portland, OG.

- Hogan, N. S., Greenfield, D. B & Schmidt, L. A. (2001). Development and validation of the Hogan Grief Reaction Checklist. *Death Studies*, 25, 1-31.
- Hogan, N. S. (1988). Factor structure for the Hogan Grief Reactions Checklist –Manual. Miami, FL. The HGRC, Surureaktiokysely. Teoksessa H. Laakso. (2000). Äidin suru alle seitsenvuotiaan lapsen kuoleman jälkeen. Väitöskirja (Liite 1. Surureaktioita koskevat kysymykset). Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Horowitz, B. L., Zimmerman, M., Moulton, A. W., Mattia, J. I. (1996). Screening for posttraumatic stress disorder in primary care practice: prevalence and patterns of health care utilization, psycho-social functioning, and life satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 11, 47.
- Horowitz, M., Wilner, A. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- House, J. S. & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. Luku teoksessa S. Cohen & S. L. Syme (Eds.). *Social support and health* (ss.83-108). Orlando, FL: Academic Press.
- Henkirikoksen uhrien läheiset ry, HUOMA (2010). Internetsivut: www.huoma.fi
- Hussain, A., Weisaeth, L., Trond, H. (2009). Nonresponse to a population-based postdisaster postal questionnaire study. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 4, 324-8.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions*. New York, NY: The Free Press.
- Johnson, J. G., Zhang, B., greer, J. A. & Prigerson, H. G. (2007). Parental Control, Partner Dependency and Complicated Grief Among Widowed Adults in the Community. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 1, 26-30.
- Joseph, S., Williams, R., Yule, W. (1997). *Understanding Post-Traumatic Stress: A Psychosocial Perspective on PTSD and Treatment*. Chicchester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Kaltman, S. R. & Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 2, 131-147.
- Karmen, A. (2009). *Crime victims: An Introduction to Victimology*. Belmont: Wadsworth Cengage Learning.
- Kaukinen, C. (2002). The help-seeking decisions of violent crime victims: An examination of the direct and conditional effects of gender and the victim-offender relationship. *Journal of Interpersonal violence*, 19, 967-990.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-27.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 6, 5, 4-12.
- Kessler, R. C, Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-60.
- Kilpatrick, D. G. & Acierno, R. (2003). Mental health needs of crime victims. *Epidemiology and outcomes*. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 119-132.
- Kilpatrick, D. G., Beatty, D. & Howley, S. S. (1998). The rights of crime victims – does legal protection make a difference? Washington, DC: U.S. Department of Justice Programs.
- Klass, D. (1988). *Parental grief: Resolution and solace*. New York: Springer.

- Koper, G., Van Knippenberg, D., Bouhuis, F., Vermunt, R. & Wilke, H. (1993). Procedural fairness and self-esteem. *European Journal of Social Psychology*, 23, 313-325.
- Kramer, T. L., Green, B. L. (1997). Post-traumatic stress disorder: a historical context and evolution. Teoksessa Halpern, D. F., Voiskounsky, A. E. (Eds.). *States of mind; American and post-Soviet perspectives on contemporary issues in psychology* (ss. 215-237). New York: Oxford University Press.
- Kumpfer, L. K. (1999) Factors and processes contributing resilience: The resilience framework. Teoksessa M. D. Glanz & J. L. Johnson (Eds.). *Resilience and development: Positive life adaptations* (ss. 179-224). New York: Academic/Plenum Press.
- Kuusela, T. (2005). *Tapaus Myyrmäen etiikka Hesarista Seiskaan*. Journalistiikan pro gradu-tutkielma. Viestintätieteiden laitos. Humanistinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto.
- Lannen, P. K., Wolfe, J., Prigerson, H. G., Onelow, E., Kreicbergs, U. C. (2008). Unresolved Grief in a national sample of bereaved parents: impaired mental and physical health 4 to 9 years later. *Journal of Clinical Oncology*, 26, 5870-5876.
- Lehti, M. (2010). *Henkirikoskatsaus 2009. Verkkokatsauksia 13*. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. www.optula.om@om.fi
- Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 4, 282-286.
- Li, J., Precht, P. B., Mortensen, P. B. & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide follow-up study. *The Lancet*, 361, 9355, 363-367.
- Lieberman, M.A. (1993). Bereavement self-help group: A review of conceptual and methodological issues. M. S. Stroebe, W. Stroebe, R. O. Hansson (Eds.). *Handbook of Bereavement. Theory, Research, and Intervention* (ss. 411-426). New York, NY: Cambridge University Press.
- Lundin, T. (1984). Morbidity following sudden and unexpected bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 144, 84-88.
- McFarlane, A. C., Papay, P. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of natural disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 8, 475-541.
- Maes, M., Mylle, J., Delmeire, C. & Altamura, C. (2000). Psychiatric morbidity and comorbidity following accidental man-made traumatic events: incidence and risk. *European Archives of Psychiatry and Neuro Science*, 250, 3, 156-162.
- Marmar, C. R., Horowitz, M. J., weiss, D. S., Wilner, N. R. & Kaltreider, N. B. (1988). A controlled trial of brief psychotherapy and mutual-help group treatment of conjugal bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 145, 203-209.
- Masters, R., Friedman, L. N., Getzel, G. (1988). Helping families of homicide victims: a multi-dimensional approach. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 109-125.
- Matthews, L. T., Marwitt, S.J. (2003-2004). Examining the assumptive world views of parents bereaved by accident, murder, and illness. *Omeja. Journal of Death and Dying*, 48, 2, 115-136.
- McCart, M. R. & Smith, D. W. (2010). Help seeking Among Victims of Crime: A Review of the Empirical Literature. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 2, 198-206.
- McMenamy, J. M., Jordan, J. R., Mitchell, A. M. (2008). What Suicide Survivors Tell Us They Need? Results of a Pilot Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 4, 375-389.
- Mezey, G., Evans, C. & Hobdell, K. (2002). Families of homicide victims: psychiatric responses and helpseeking. *Psychology & Psychotherapy. Theory, Research & Practice*, 75, 1, 65-75.

- Middleton, W., Raphael, B., Burnett, P. & Martinek, N. (1998). A Longitudinal study comparing bereavement phenomena in recently bereaved spouses, adult children and parents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 235-241.
- Miller, T.R., Cohen, M.A. & Rossman, S.B. (1993). Victim cost of violent crime and resulting injuries. *Health Affairs*, 12, 4, 186-197.
- Molander, G. (2009). *Matka mullan alle – kuolematyöntekijöiden arki*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Murphy, S. A., Johnson, L.C., Chung, I.-J. & Beaton, R.D. (2003). The Prevalence of PTSD Following the Violent death of a child and predictors of change 5 Years Later. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 1, 17-25.
- Murphy, S. A., Johnson, C. C., Wu, L., Fan, J. J., & Lohan, J. (2003). Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's death by accident, suicide, or homicide: A comparative study demonstrating differences. *Death Study*, 27, 39-61.
- Murphy, S., Brown, T., Tillery, L., Cain, K. C., Johnson, L. C. & Beaton, R. D. (1999). PTSD among Bereaved parents Following the violent Deaths of Their 12- to 28 – Year- Old Children: A Longitudinal prospective Analysis. *Journal of Traumatic Grief*, 12, 2, 273-291.
- Murphy, S.A. (1996). Parent bereavement stress and preventive intervention following the violent deaths of adolescent or young adult children. *Death Studies*, 20, 441-452.
- Neal, L. A., Bussutil, W., Rollins, J., Herepath, R., Strike, P. & Thurnbull, G. (1994). Convergent validity of measures of posttraumatic stress disorder in a mixed military and civilian population. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 447-455.
- Neimeyer, R., Currier, J. M. (2009). Grief Therapy. Evidence of Efficacy and Emerging Directions. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 352-356.
- Neimeyer, R. A., Baldwin, S. & Gillies, J. (2006). Continuing bonds and reconstructing Meaning: Mitigating complications in bereavement. *Death Studies*, 715-738.
- Neimeyer, R. A., Prigerson, H. G., Davies, B. (2002). Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist*, 46, 2, 235-51.
- Newman, E. (2004). The risks and benefits of participating in trauma-focused research studies. *Journal of Traumatic stress*, 17, 5, 383-394.
- O'Connor, M. F., Wellisch, D. K., Stanton, A. L., Eisenberger, N. I., Irwin, M. R., Lieberman, M. D. (2008). Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *Neuroimage*, 42. 969-972.
- Orth, U. & Maercker, A. (2004). Do trials of perpetrators retraumatize crime victims? *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 212-227.
- Parkes, C. M. (2005-2006). Complicated grief. A symposium (Special issue). *Omega, The Journal of Death and Dying*, 52, 1.
- Parkes, C. M. (1995). Guidelines for conducting ethical bereavement research. *Death Studies*, 19, 171-181.
- Parkes, C. M. (1993). Psychiatric problems following bereavement by murder or manslaughter. *British Journal of Psychiatry*, 162, 49-54.
- Parkes, C. M. & Weiss, R. S. (1983). *Recovery from Bereavement*. New York. Basic Books, 55.
- Parkes, C. M. (1975). Psychosocial transition: Comparison between reactions to loss of a limb and loss of a spouse. *British Journal of Psychiatry*, 127, 204-210.
- Peach, M. R. & Klass, D. (1987). Special Issues in the Grief of Parents of Murdered Children. *Death Studies*, 11, 81-88.

- Pennebaker, J. (1997). *Opening Up. The Healing Power of Expressing Emotions*. The Guilford Press: New York.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59.
- Peterson Armour, M. (2005). When a family member is murdered. Reoksesa D. R. Cathrell (Ed.). *Family stressors* (ss.31- 54). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Pojjula, S. (2004). Myrmanin räjähdys – uhrien ja omaisten psyykinen selviytyminen ja hoidon merkitys. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Monisteita 13.
- Prigerson, H.G. (2010). Säköpostitiedonato 8.2.2010. Julkaisematon lähde.
- Prigerson, H., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S., Wortman, C., Neimeyer, R., Bonanno, G., Block, S., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B., Johnson, J., First, M., & Maciejewski, P. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11 *PLoS Medicine*, 6 (8) DOI: 10.1371/journal.pmed.1000121
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., Maciejewski, P. K. (2008). A Case for the Inclusion of Prolonged Grief Disorder in DSM-V. Teoksessa M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut & W. Sroebe (toim.). *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st Century Perspectives* (ss.165-186). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds 3rd, C. F., Shear, M. K., Day, N., Beery, L. C., Newsom, J. T. & Jacobs, S. (1997). Traumatic Grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154, 616-623.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F., ym. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 1-2, 65-79.
- Raitsalo, R. (2009). Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireiden ja itsetunnon kysely. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 86. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Redmond, L. (1989). *Surviving: When someone you love was murdered*. Clearwater, FL: Psychological Consultation and Education Services.
- Renck, B. & Sevansson, P. G. (1997). The reactions of women who have been assaulted and their efforts to gain redress: A case study. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 6, 44-53.
- Resick, P. A. (1987). Psychological effects of victimization: Complications for the criminal justice system. *Crime & Delinquency*, 33, 468-478.
- Reynolds, C. F., Miller, M. D., Pasternak, R. E. ym. (1999) Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 156-202-208.
- Riches, G. (1998). Spoiled Memories: Problems of Grief Resolution in Families Bereaved through Murder. *Mortality*, 3, 2, 143-159.
- Rikosuhripäivystys, RIKU (2010). Internetsivut: www.riku.fi
- Riley, L. P., LaMontaigne, L. L., Hepworth, J. T., Murphy, B. A. (2007). Parental Grief Responses and Personal Growth Following the Death of a Child. *Death Studies*, 31, 4, 277-299.
- Rinear, E. E. (1988). Psychosocial aspects of parental response patterns to death of a child by homicide. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 3, 305-22.

- Rock, P. (2007). Sociological theories of crime. Teoksessa M. Maguire, R. Morgan & R. Reiner (Eds.). *The Oxford Handbook of Criminology* (ss. 3 – 42). Oxford: Oxford University Press.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T. & Walsh, W. (1992). A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Ruback, R. B. & Thompson, M. P. (2001). *Social and Psychological Consequences of Violent Victimization*. Thousand Oakes, CA: Sage publication.
- Rynearson, T. (1994). Psychotherapy of Bereavement After Homicide. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 341-347.
- Rynearson, E.K., & McCreery, J.M. (1993). Bereavement After Homicide: A Synergism of Trauma and Loss. *American Journal of Psychiatry*, 150, 258-261.
- Rynearson, E. K. (1987). Psychotherapy of pathologic grief: revisions and limitations (grief and bereavement). *Psychiatric Clinis of North America*, 10, 487-499.
- Rynearson, E, K. (1987). Bereavement After Homicide: A Descriptive Study. *American Journal of Psychiatry*, 141, 11, 1452-54.
- Rynearson, E. K. (1986). Psychological Effects of Unnatural Dying on Bereavement. *Psychiatric Annals*, 16, 5, 272-275.
- Rynearson, E. (1984). Bereavement after homicide: A descriptive study. *American Journal of Psychiatry*, 14, 11, 1452-1454.
- Saari, S. (toim.) (2006). Ammatillisesti johdettu vertaistuki ja tsunamin psyykkisistä seurauksista selviäminen. Suomen Punaisen Ristin psykologien vertaistukitoiminta menehtyneiden omaisille. Väliraportti. Helsinki: Suomen Punainen Risti.
- Sales, B., Folkman, S. (2001). *Ethical issues in the conduct of research with human participants*. Washington, DC: American Psychological Assosiation.
- Salmi, V., Lehti, M., Sirén, R., Kivivuori, J. & Aaltonen, M. (2009). Perheväkivalta Suomessa. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Verkkokatsauksia 12.
- Salmon, A., Bassuk, E., Browne, A., Bassuk, S. S., Dawson, R. & Hunyington, N. (2004). Secondary data analysis on the etiology, course, and consequences of intimate partner violence against extremely poor women. Washington, DC: National Institute of Justice.
- Schaal, S., Elbert, T., Neuner, F. (2009). Prolonged Grief Disorder and Depression in Widows Due to Rwanda Genocide. *Omega. Journal of Death and Dying*, 59, 203-219.
- Schaefer, C., Quesenberry, C. P. & Wi, S. (1995). Mortality following conjugal bereavement and the effects of shared environment. *American Journal of Epidemiology*, 141, 1142-1152.
- Schnurr, P. P., Green, B. L. (2004). Understanding relationships among trauma, post-traumatic stress disorder, and health outcomes. *Advances in mind-body medicine*, 20, 2, 18-29.
- Schuchter, S. R. & Zisook, S. (1993). The Course of Normal Grief. Teoksessa M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.). *Handbook of Berevement* (ss. 23-43). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schut, H. A. W., de Keijser, J., Dijkhuis, J. H. (1991). Post-traumatic stress symptoms in teh first years of conjugal bereavement. *Anxiety, Stress & Coping*, 4, 3, 225-234.
- Sebba, L. (1996). *Third Parties: Victim and Criminal System*. Columbus, OH: Ohio State University Press.
- Seymour, A., Gaboury, M., & Edmunds, C. (2002). Dynamics of the criminal justice system. Teoksessa National Victim Assistance Academy Textbook. Eashington, DC: U.S.

- Department of Justice, Office for Victims of Crime. Retrieved June 22, 2007. <http://www.ojp.usdoj.gov/ovc/assist/nvaa2002/toc.html>
- Shalev, A. Y. (2002). Treating survivors in the immediate aftermath of traumatic events. Teoksessa R. Yehuda (Ed.). *Treating trauma survivors with PTSD*. Washington: American Psychiatric Publishing, 157-188.
- Shear, M. K. (2009). Grief and Depression: Treatment Decisions for Bereaved Children and Adults. *American Journal of Psychiatry*, 166, 746-748.
- Shear, M. K., Frank, E., Hanck, P. R., Reynolds III, C. F. (2005). Treatment of Complicated Grief. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 2, 2601-2808.
- Shuchter, S. R. & Zisook, S. (1993). The course of normal grief. Teoksessa M. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.) *Handbook of bereavement* (pp. 23-43). New York: Cambridge University Press.
- Silver, R. E. & Wortman, C. B. (1980). Coping with undesirable life-events. Teoksessa J. Garber & M. E. P. Seligman (Eds.), *Human Helplessness: Theory and applications* (ss. 279-340). New York, Academic Press.
- Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., ym. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 5, 395-399.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2009). Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja, 16.
- Sprang, M.V., McNeil, J.S., Wright, R. Jr. (1992-93). Grief Among Surviving Family Members of Homicide Victims: A Causal Approach. *OMEGA*, 26(2), 145-60.
- Zisook, S. & DeVaul, R. (1984). Measuring Acute Grief. *Psychiatric Medicine*, 2, 169-76.
- Spungen, D. (1988). *Homicide: The Hidden Victims*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Strang, H. (2003). *Repair or revenge. Victims and retributive justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H. & Stroebe, W. (Eds.) (2008). *Handbook of Bereavement Research and Practice. Advances in Theory and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M., Stroebe, w., & Schut, H. (2003). Bereavement research: methodological issues and ethical concerns. *Palliative Medicine*, 17, 235-240.
- Stroebe, M., Schut, H., & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 185-201.
- Stroebe, M., van Son, Stroebe, W., Kleber, R., Shut, H & van der Bout, J. (2001). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, 20, 57-75.
- Stroebe, M. S. & Stroebe, W. (1983). Who suffers more? Sex differences in health risks of the widowhood. *Psychological Bulletin*, 93, 279-301.
- Stroebe, W. E., Zech, E., Stroebe, M. S. & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 7, 1030-1050.
- Suomalainen Lääkärisseura Duodecim (2009). Käypä hoito. Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt. www.kaypahoito.fi
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the posttraumatic growth inventory: A comparison of five models using confirmatory analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 2, 158-164.

- Tedeschi, R. & Calhoun, A. (2004). Posttraumatic Growth: A New Perspective on Psychotraumatology.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1, 1-18.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 3, 455 – 471. PRGI:n suomenkielinen versio, käänös Raija-Leena Punamäki ja Tuija Turunen. Julkaisematon lähde.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L. G. (1995). Trauma and transformation. Growing in the aftermath of suffering. London: Sage Publications.
- Thompson, M. P., Norris, F. H. & Ruback, R. B. (1998). Comparative Distress Levels of Inner-City Family Menebers of Homicide Victims. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 2, 223-42.
- Tilastokeskus (2010). Väestö. Väkiluku.
- Tilastokeskus (2010). Perusasteen jälkeisiä tutkintoja suorittanut väestö muuttujina.
- Tilastokeskus. (2010). Työvoimatutkimus. Väestön työmarkkina-asema vuositietoja.
- Tilastokeskus. (2007). Henkirikokset.
- Tolstikova, K., Flemings, S., Chartier, B. (2005). Grief, Complicated Grief, and Trauma. The Role of the Search for Meaning, impaired self-reference, and death anxiety. *Illness, Crisis & Loss*, 13,4, 293-313.
- Videka-Sherman, L. (1982). Effects of particiapation in a self-help group for bereaved parents: Compassionate Friends. *Prevention in Human Sciences*, 1, 3, 69-77.
- Wald, J. (2009). Work Limitations in employed persons seeking treatment for chronic posttraumtis stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 4, 312-315.
- Weiss, D. S., Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale – Revised. Teoksessa J. Wilson / T. M. Keane (toim.), *Assessing psychological trauma and PTSD*, New York: Guilford, 399-411.
- WHO. Mental Health and Behavioral Disorders. Department of Health (2000). Preventing Suicide. A resource for media professionals. Geneva.
- Wood Harper, D., Voigt, L. (2007). Homicide followed by suicide. *Homicide studies*, 11, 4, 295-318.
- Worden, J. W. & Hogan, N. S. (2001). Traumatic Grief Disorder: Fact, fiction, or something in between. Paper presented at meeting of the Association of Death Education and Counselin, Toronto, Canada.
- Yancey, A., Gabel-Hughes, K., Ezell, S. & Zalkind, D. (1994). The relationship between violent trauma and nonemployment in Washington, DC. *Journal of the National Medical Association*, 86, 661-666.
- Yildirim, S. (2003). Parental grief reactions after an infant death. A Thesis. Middle East Technical University. Social Science. Department pf Psychology.
- Zinzow, H., Rheingold, A. A., Hawkins, A., Saunders, B. E. & Kilpatrick. D. (2009). Losing a Loved One to Homicide: Prevalence and Mental Health Correlates in a National Sample of Young Adults. *Journal of Traumatic Stress*, 2009, 22, 1, 20-27.
- Zisook, S. & Schuchter, S. R. (1991). Depression through the first year after the death of a spouse. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1346-1352.

