

Laajenevatko lähtökohdat, muuttuvatko menetelmät, väheneekö perheväkivalta?

TUIJA LEPPÄKOSKI, AUNE FLINCK, JOONAS KÄLVINMÄKI, EIJA PAAVILAINEN

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma pyrkii vaikuttamaan perheiden ja lasten hyvinvointiin ja terveyteen asettamalla tavoitteeksi vähentää muiden muassa ihmissuhteisiin ja parisuhteisiin liittyviä ongelmia ja perheväkivaltaa. Kaste-ohjelma 2008–2011 tähdentää väestön ongelmien ehkäisyä ja varhaista puuttumista, henkilöstön osaamisen vahvistamista lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyssä ja hoidossa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eheidän palvelukokonaisuuksien ja vaikuttavien toimintamallien luomista erityisesti lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Suomen vammaispoliittisessa toimintaohjelmassa (2010–2015) kiinnitetään huomiota vammaisten ihmisten suojelemiseen väkivallalta ja hyväksikäytöltä. Turvallinen elämä ikääntyneille (2011) turvallisuusohjelma ehdottaa väkivaltaan puuttumista viranomaisyhteistyötä vahvistamalla ja luomalla pysyviä toimintamalleja. Hallituksen laatiman poikkihallinnollisen naiseen kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelman 2010–2015 tavoitteena on puuttua väkivaltaan ennakoivasti muun muassa vaikuttamalla asenteisiin ja käyttäytymismalleihin myös väestötasolla.

Ohjelmat nostavat esiin uusia haasteita suomalaisen väkivaltatyöhön: väkivaltaa voi esiintyä muissakin lähisuhteissa kuin vain parisuhteissa, ja työn painopisteiden tulisi olla ennaltaehkäisyssä ja varhaisessa väkivaltaan puuttumisessa, henkilöstön koulutuksessa ja yhtenevien toimintamallien luomisessa.

Väkivaltatyössä tarvitaan nykyistä laajempia lähtökohia: on huomioitava perheväkivallan erilaiset selitysmallit ja molempien sukupuolten kokemukset (Wolffe ja Jaffe, 1999, Archer 2000, Danis 2003, Winstock 2007, Langhinrinchen-Rohling 2010). On myös tunnistettava väkivallan kaksisuuntaisuus, mikä tarkoittaa sitä, että molemmat osapuolet voivat olla väkivallan tekijöitä

ja uhreja sekä naisten ja miesten välisissä että muissa lähisuhteissa sekä väkivallan monimuotoisuus (mm. Archer 2000, Johnson ja Ferraro 2000), mikä tarkoittaa väkivallan ilmenemistä eri tavoin. Väkivallan syitä ja selittäjiä etsittäessä on otettava huomioon monitieteinen tieto. Se osoittaa, että väkivaltaa selittävät patriarkaalisesta valankäyttö -tradition ohella muun muassa neurologiset, psykologiset ja kulttuuriset tekijät, päihde- ja mielenterveysongelmat, aikaisemmat traumatkokemukset sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmat (Acher 2000, Jewkes 2002, McHugh 2005, Dutton ja Corvo 2006, Kelly ja Johnson 2008). Väkivallan ehkäisyssä ja pysäyttämässä on kiinnitettävä huomio myös erilaisiin väkivallan kohteina ja tekijöinä oleviin ihmisryhmiin ja sukupuolten symmetriaan ja asymmetriaan (Holtzworth-Munroe ja Stuart 1994, Johnson ja Ferraro 2000). Sen mukaan esimerkiksi naisten ja miesten väkivallan syissä ja ilmenemistavoissa on samankaltaisuutta, mutta myös erilaisia piirteitä. Kun väkivallan syntyisyys, motiivit, ilmenemis muodot ja kontekstit ovat moninaiset, myös väkivallan tunnistamisessa ja auttamismenetelmien kehittämisessä on näkökulmia laajennettava ja kehitettävä eri tilanteisiin soveltuvia menetelmiä.

Tutkimusryhmämme on tehnyt tutkimusta monitieteisestä perheväkivallan näkökulmasta vuosien ajan. Teemojamme ovat olleet sekä naiseen että miehiin kohdistuva väkivalta (Flinck 2006, Flinck ja Paavilainen 2010a, 2010b), lasten kaltoinkohtelu (Paavilainen 1998, Flinck ym. 2007, Paavilainen ja Flinck 2008) ja terveystalvelujärjestelmän kyky tunnistaa ja auttaa parisuhdeväkivaltaa kokeneita naisia (Leppäkoski 2007).

Tutkijoina olemme huolestuneita yhtä lailla myös vammaisiin, vanhuksiin ja muihin vähemmistöryhmiin kohdistuvasta väkivallasta. Omien

tutkimustulostemme ja kansainvälisistä tutkimuksista nousevan tiedon ohella olemme ottaneet huomioon edellä mainittuihin kansallisiin ohjelmiin kirjatut haasteet tutkimustyöme suuntaamisessa. Kuvaamme tässä puheenvuorossa keskeisiä tutkimustuloksiamme perheväkivallan tunnistamisesta ja siihen puuttumisesta sekä luomme katsauksen kehittämiemme koulutus- ja toimintaohjeinterventioiden vaikuttavuuden arviointiin, joka on meneillään olevan tutkimuksemme tavoite.

Vuonna 2008 käynnistimme tutkimuksen perheväkivallan tunnistamisesta ja siihen puuttumisesta neljässä terveydenhuollon organisaatiossa Suomessa. Sen tarkoituksena on muodostaa vaihteittain malli siitä, miten perheväkivaltaa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa tunnistetaan, miten potilaat kohdataan ja miten heitä autetaan (Leppäkoski ym. 2010a). Vaiheita ovat alkukyselyn tekeminen terveydenhuoltoorganisaatioiden henkilökunnalle, siihen ja muuhun aiempaan tutkimustietoon pohjautuva koulutusohjelma ja toimintaohje (= interventio, jonka vaikuttavuutta arvioidaan) sekä seurantakyselyn tekeminen samalla mittarilla kuin aiemmassa vaiheessa. Myös asiakkaille tehdään kysely. Tavoitteena on, että hyödynsaajina ovat hoitoon hakeutuvat perheväkivaltaa kokeneet ja väkivaltaisesti käyttäytyneet potilaat ja heidän läheisensä, mutta myös terveydenhuoltohenkilöstö ja terveyspalveluja tarjoavat organisaatiot. Toimintakäytäntöjen ja potilaiden saaman hoidon laadun edellytetään parantuvan ja palvelujärjestelmän toimijoiden välisen yhteistyön tehostuvan ja toimivan entistä tarkoituksenmukaisemmin. Myös potilaiden ja näiden läheisten terveydentilassa ja hyvinvoinnissa odotetaan tapahtuvan muutoksia myönteiseen suuntaan.

Alkukyselyn (Flinck ym. 2009) tuottaman tiedon mukaan kaikissa tutkimukseen osallistuneissa terveydenhuollon yksiköissä työntekijät olivat kohdanneet ja hoitaneet sekä väkivallan kohteeksi joutuneita että väkivaltaa käyttäneitä. Lähes kaikki vastaajat olivat kohdanneet ja hoitaneet perheväkivaltaa kokeneita naisia, sen sijaan perheväkivaltaa kokeneita miehiä oli kohdannut ja hoitanut noin puolet kyselyyn vastanneista. Alkukartoituksen tulosten perusteella totesimme, että terveydenhuollon henkilöstöllä on eri syistä joutuvia esteitä taidoissa ja halukkuudessa tunnistaa perheväkivaltaa ja puuttua siihen. Suurimpina tunnistamisen ja puuttumisen esteinä raportoitiin potilaan haluttomuus kertoa väkivallasta ja se,

että potilas ei myönnä kokeneensa sitä. Lisäksi puuttumattomuudessa vedottiin potilaiden itsemääräämisoikeuteen, ja väkivallan esille ottamisen katsottiin olevan potilaan omalla vastuulla ja harkinnassa. Myös yhteisen toimintaohjeen ja potilaan taustatietojen puute sekä potilaiden kokema häpeä tekivät perheväkivaltaan puuttumisesta vaikeaa.

Vastaajista kaksi kolmasosaa oli sitä mieltä, että heidän toimipaikassaan ei ole käytäntönä systemaattisesti kysyä parisuhdeväkivallasta ja neljännes ei osannut sanoa, kysytäänkö vai ei. Tutkimuksen tulosten mukaan kaikissa yksiköissä ei ollut myöskään yhdenmukaista käsitystä siitä, onko työyhteisössä tai paikallisesti ja alueellisesti olemassa yhtenevää toimintaohjetta perheväkivallan tunnistamiseksi, siihen puuttumiseksi ja osapuolten auttamiseksi. Edelleen, vastaajista yli puolet kertoi tekevänsä yhteistyötä eri auttajatahojen (esim. poliisi, turvakoti, sosiaali- ja kriisipäivystys) kanssa kohdatessaan perheväkivallan eri osapuolia. Eniten yhteistyötä kuvattiin tehtävän poliisin kanssa, poliisi puolestaan kertoi yhteistyön olevan varsin vähäistä. Erityisesti ongelmana oli, että perheväkivaltatyön rakenteet olivat heikot: jatkohoitopalvelut väkivaltaa kokeneille, tehneille ja heidän läheisilleen olivat puutteelliset. Yhteistyöverkosto oli hajallaan, ja eri ammattiryhmät eivät tienneet riittävän hyvin toistensa toiminnasta ja työtavoista. Perheväkivaltaan liittyvään koulutukseen oli aikaisemmin osallistunut vain reilu kolmannes vastanneista. Perheväkivaltaan liittyvään täydennyskoulutukseen osallistuminen vaikutti sattumanvaraiselta, ja osallistuminen riippui osittain työntekijöiden omasta kiinnostuksesta aihetta kohtaan.

Alkukyselystä saadun tutkimustiedon ja aieman monitieteisen tutkimusnäytön pohjalta laadimme koulutusohjelman. Koulutuksen sisältöinä olivat monimuotoinen perheväkivallan ilmiö, sen erilaiset selitysmallit, väkivallan ilmenemismuodot ja vaikutukset, perheväkivaltaan puuttumisen keinot ja puuttumiseen liittyvät juridiset ja ammattieettiset kysymykset sekä väkivallan puheeksi ottaminen, palveluverkosto ja moniammatillinen yhteistyö (Leppäkoski ym. 2010b, Flinck ym. 2010). Sisällytimme väkivaltakoulutukseen myös puheeksi ottamisen harjoittelua autenttisten perheväkivaltatilannekuvausten avulla. Terveydenhuollon työntekijät kokivat aitoihin tapauskuvauksiin perustuvat case-harjoitukset erittäin hyödyllisinä ja pitivät väkivallan puheeksi ottamisen taitoja tärkeinä. Kysyminen väkivallasta on ihmi-

sestä välittämistä ja asiakkaalle luvan antamista siihen, että hän saa puhua väkivaltakokemuksensa.

Koulutuksella on nähty tutkimusten mukaan olevan myönteinen vaikutus perheväkivallan tunnistamiseen ja puuttumiseen, mutta arviointitietoa tarvitaan myös koulutuksen sisällöstä, käytetyistä menetelmistä ja koulutuksen laadusta. Nämä näkökulmat on myös sisällytetty koulutusinterventiomme vaikuttavuusarviointiin.

Toimintaohje laadittiin tutkijoiden ja organisaatioiden henkilöstön yhteistyössä ja sen laatiminen alkoi samanaikaisesti koulutuksen kanssa. Ideana oli, että työntekijät pystyivät soveltamaan tuoreeltaan oppimiaan asioita. Kuten koulutuksessa, toimintaohjeen kehittämistyössä pyrittiin kokonaisvaltaiseen väkivaltatyön lähestymistapaan, jossa otetaan huomioon erityyppinen väkivalta, erilaiset väkivallan selitysmallit ja väkivallan motiivit ja eri osapuolten auttaminen. Tärkeänä pidettiin myös osapuolten subjektiivisten kokemusten, uskomusten ja merkityksenantojen kuulemista ja niihin reagoimista. Koulutuksen ja toimintaohjeen tavoitteena oli myös, että ammatillinen ohjaus perustuisi asiakkaan ja eri osapuolten kuulemiseen ja delegeoituun vastuuseen moniammatillisessa yhteistyössä. Väki­valtaa kokeneen ja sitä käyttäneen kohtaamisessa korostettiin sitä, että on tarpeen pysähtyä miettimään tilannetta eri osapuolten näkökulmista. Toimintaohjeeseen tullaan liittämään loppuvuodesta 2011 lasten kaltoinkohtelun toimintaohje (perustana Paavilainen ja Flinck 2008), jota parhaillaan työstetään moniammatillisessa tiimissä.

Viimeiseen tutkimusvaiheeseen sisältyy koulutuksen ja toimintaohjeen vaikuttavuuden arviointi. Vaikuttavuutta mitataan sekä henkilöstön osaamisen että potilaiden näkökulmista. Tutkimustietoa kerätään vaiheittain kaikilta tutkimukseen osallistuvilta tahoilta: potilaat, henkilöstö ja organisaatio (kolmitahoinen arviointi). Vaikuttavuustutkimus kohdistuu jatkossa erityisesti siihen, miten hankkeessa mukana olevat organisaatiot, terveydenhuoltohenkilöstö ja terveydenhuollon asiakkaat kokevat hyötyneensä toimintaohjeesta ja mitä vaikutuksia toimintaohjeen käyttöönotolla on perheväkivallan varhaisen tunnistamisen ja siihen puuttumisen käytäntöihin. Syntynyttä toimintaohjetta ja muuta osaamista hyödynnetään tutkimuksen jatkamisessa sekä uusien perheväkivallan varhaisen puuttumisen ja hoidon interventioiden luomisessa. Tavoitteena on, että syntynyt toimintaohje ja uudet toiminta-

käytännöt liitetään osaksi myös paikallista turvallisuus- ja hyvinvointisuunnitelmaa. Tulevaisuudessa kootaan lisäksi tietoa moniammatillisen verkostotyön mahdollisuuksista perheväkivaltaa kokeneiden ja sitä käyttäneiden hoitotilanteissa. Väkivaltatyön vaikuttavuutta suhteessa perheiden toimintakyvyssä ja terveydessä tapahtuviin muutoksiin tullaan mittaamaan Family Functioning, Health, and Social Support (FAFHES) -mittarilla. Mittarin pätevyys ja luotettavuus on testattu aikaisemmin muilla potilasryhmillä ja sen toimivuus on todettu hyväksi (Paavilainen ym. 2006, Åstedt-Kurki ym. 2009). Lisäksi huomio tullaan kiinnittämään väkivaltatyön raportointi- ja kirjaamiskäytäntöihin terveydenhuollossa sosiaali- ja terveysministeriön väkivaltatyön suositusten mukaisesti.

Perheväkivaltatyön interventioiden kehittämisessä keskeisenä tavoitteena tulee olla väkivallan ennaltaehkäisy ja väkivaltaan puuttuminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Väki­valtatyön tulee ulottua kaikkiin asiakasryhmiin ja väkivaltailmiötä tulee tarkastella monista näkökulmista; ei vain äärimmäisen vakavan väkivallan tai heterosuhteissa tapahtuvan naisiin kohdistuvan väkivallan näkökulmasta. Perheväkivallan erilaiset ilmentymät, kontekstit sekä eri osapuolten subjektiiviset kokemukset ja tarpeet on tärkeää ottaa huomioon, jotta väkivaltatyö on riittävän vaikuttavaa.

Viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana väkivaltaongelman ratkaisuja etsittäessä painopiste on ollut väkivaltaa käyttäneiden miesten psyko-educatiivisissa interventioissa, mutta niiden vaikuttavuudesta väkivallan lopettamisessa ei ole vahvaa näyttöä. Myös väkivaltaa kokeneisiin naisiin kohdistuvien interventiomenetelmien vaikuttavuutta koskeva tieto on niukkaa. (mm. Wathen ja MacMillan 2003).

Erilaisille väkivallan käyttäjille ja väkivallan kohteeksi joutuneille, erilaisiin väkivallan ilmentymiin ja eri konteksteihin on keskeistä kehittää niihin soveltuvia, erilaiset väkivallan syntymekanismit ja muodot, persoonallisuustekijät sekä perheen ja lähiyhteisön hyvinvoinnin ja terveyden huomioon ottavia lähestymistapoja. Erityisen tärkeää on lasten äänen kuuleminen ja se, että väkivaltaa kokeneiden elämäntilanne kokonaisuutena otetaan huomioon. Väki­valtatyön kehittämisen pohjana tulee olla monitieteinen tutkimustieto. Tarvitaan säännöllistä koulutusta, moniammatillista yhteistyötä ja yhteisesti hyväksytyjä menetelytapoja perheväkivallan eri osapuolien ja näi-

den läheisten auttamiseksi. Konkreettisten muutosten vieminen käytäntöön edellyttää hallinnollisia tukitoimia, joita voidaan perustella vaikuttavuustutkimuksen tuottaman tiedon pohjalta.

Perheväkivaltatyössä on tärkeää vahvistaa sosiaalisen verkoston osallisuutta väkivallattomuuden ja osapuolten eheytyksen tukemisessa. Auttamismenetelmiä tulee kehittää siten, että niissä myös etsitään ihmissuhteita tukevia ja korjaavia ratkaisuja ja kehitetään varhaisen tuen muotoja jo ennen kuin ongelmat ovat puhjennet väkivallaksi. Tarvitaan uusia varhaisen puuttumisen työmuotoja ja lähestymistapoja, joissa paneudutaan ihmissuhteiden vuorovaikutuksen, toimivuuden ja tyytyväisyyden parantamiseen ja väkivaltaan liittyvien tunteiden käsittelyyn, sillä syvimmillään väkivallan kokijat ja tekijät etsivät oikeuttaan elää ilman väkivaltaa ja löytää itsensä ja paikkansa yksilöinä ja yhteisön jäseninä. Tukeva ja välittävä ilmapiiri parantaa hoitotulosten tehoa ja hoitotulokset paranevat, kun ammattilaiset kykenevät osoittamaan empatiaa (Taft ym. 2001).

Toimintaa tulisikin suunnata enemmän väkivallan varhaiseen ennalta ehkäisyyn, perheväkivallan riskin tunnistamiseen, ammattilaisten koulutukseen, auttajien osaamisen ajantasaistamiseen

ja valmiuksien kehittämiseen. Erilaisille väkivallasta kärsiville ryhmille tarvittaisiin kullekin kohderyhmälle kehitettyjä seulonamenetelmiä. Toisaalta seulonamenetelmien hyödyllisyydestä on saatava lisänäyttöä (MacMillan ym. 2009). Oleellista on myös se, että väkivallan tultua ilmi seulonassa, jatkohoitomahdollisuuksia on riittävästi tarjolla ja hoidon tarpeeseen pystytään myös vastaamaan.

Perheväkivallan ehkäisyssä ja lopettamisessa lupaaviksi osoittautuneita ekologisia ja yhteisöllisiä toimintamalleja, kuten myös perheen koossa pysymistä tukevia malleja ja parien ryhmäterapioita, kannattaisi edelleen kehittää (Jewkes 2002, Danis 2003). Ekologiset auttamismallit ottavat huomioon yksilön sosiaalisen kontekstin ja sosiaalisen verkoston osallisuuden väkivallattomuuden ja osapuolten eheytyksen tukemisessa (Algood ym. 2011). Mitä useampia tahoja on mukana asiakkaan kohtaamisessa, sitä monipuolisempi kuva asiakkaasta ja hänen tilanteestaan muodostuu. Yhtä ainoaa tuloksellista auttamismenetelmää ei toistaiseksi ole, joten menetelmiä tulisikin kehittää kulttuurisesti ja tapauskohtaisesti alueellisessa yhteistyöverkostossa, ja menetelmiin tulisi liittää niiden vaikuttavuuden arviointi.

KIRJALLISUUS

- Algood CL, Hong JS, Gourdine RM, Williams AB. Maltreatment of children with developmental disabilities: An ecological systems analysis. *Child Youth Serv Rev* 2011;33:1142–1148.
- Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 2000;126:651–680.
- Danis FS. The Criminalization of Domestic Violence: what social workers need to know. *Social Work* 2003;48:37–46.
- Dutton DG, Corvo K. Transforming a flawed policy: A call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. *Aggression and Viol Beh* 2006;11(5): 457–483.
- Flinck A, Leppäkoski T, Paavilainen E. Parisuhdeväkivallan tunnistaminen, siihen puuttuminen ja moniammatillinen koulutus. Tutkimus- ja kehittämishankkeen väliraportti. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri julkaisusarja B. Raportit 2009.
- Flinck A, Leppäkoski T, Paavilainen E. Perheväkivallan tunnistamista ja siihen puuttumista voidaan parantaa koulutuksella. *Aikuiskasvatus* 2010;30(1):50–56.
- Flinck A, Merikanto J, Paavilainen E. Lasten fyysisen pahoinpitelyn tunnistaminen ja siihen puuttuminen yliopistollisessa sairaalassa. *Hoitotiede* 2007;19:163–173.
- Flinck A, Paavilainen E. Naisten kokemuksia omasta väkivaltaisuudestaan parisuhteessa. *Sosiaalilääketiet Aikakausi* 2010a;47:187–200.
- Flinck A, Paavilainen E. Women's experiences of their violent behavior in an intimate partner relationship – phenomenological perspective. *Qual Health Res* 2010b;20:306–318.
- Flinck A. Parisuhdeväkivalta naisen ja miehen kokemana. Rikottu lemменmarja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1169. Tampereen yliopistopaino, Tampere 2006.
- Holtzworth-Munroe A, Stuart GL. Typologies of male perpetrators: three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin* 1994;116:476–497.
- Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet* 2002;359:1423–1429.
- Johnson MP, Ferraro KJ. Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions. *J Marriage Fam* 2000;62 948–962.

- Kelly JB, Johnson MP. Differentiation among types of intimate partner violence: research update and implications for interventions. *FCR* 2008;46:476–499.
- Langhinrichsen-Rohling J. Controversies involving gender and intimate partner violence in United States. *Sex Roles* 2010;62:179–193.
- Leppäkoski T, Flinck A, Paavilainen E. Parisuhdeväkivallan tunnistamista ja siihen puuttumista koskevan alustavan, käytäntöä kuvaavan teorian kehittäminen. *Hoitotiede* 2010a;22:231–241.
- Leppäkoski T, Flinck A, Paavilainen E, Jokisalo R, Rajala T, Tuohimäki E. Parisuhdeväkivalta – tunnistaminen, puuttuminen ja koulutustarpeet. *Tutkiva Hoitotyö* 2010b;8(4):29–36.
- Leppäkoski T. Women exposed to acute physical intimate partner violence seeking care at emergency departments. Identification of and intervention in violence. *acta Universitatis Tamperensis* 1231. Tampere University Press, Tampere 2007.
- MacMillan HI, Wathen NC, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, Worster A, Lent B, Coben JH, Campbell JC, McNutt L-A. Screening for Intimate Partner Violence in Health care settings. A randomized trial. *JAMA* 2009;5:302(5):493–501.
- McHugh M. Understanding gender and intimate partner abuse. *Sex Roles* 2005;52:717–724.
- Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 5/2010. http://www.stm.fi/c/document_library/.
- Paavilainen E, Flinck A. Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen. *Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö* 2008. www.hotus.fi.
- Paavilainen E, Lehti K, Åstedt-Kuki P, Tarkka M-T. Family functioning assessed by family members in Finnish families of heart patients. *European J Cardiovascular Nurs* 2006;5:54–59.
- Paavilainen E. Lasten kaltoinkohtelu perheessä. Perheen toiminta ja yhteistyö perhettä hoitavan terveydenhoitajan kanssa. *Acta Universitatis Tamperensis* 604. Tampereen yliopistopaino, Tampere 1998.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 6/2008. <http://pre20090115.stm.fi/>.
- Taft CT, Murphy CM, Elliot JD, Morrel TM. Attendance enhanchin proceruder in group counseling for domestic abusers. *J Couns Psychol* 2001;48:51–60.
- Turvallinen elämä ikääntyneille. Toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. Sisäinen turvallisuus. Sisäasiainministeriön julkaisu 19/2011. www.intermin.fi/julkaisu/192011/
- Vahva pohja osallisuudelle ja yhdenvertaisuudelle. Suomen vammaispoliittinen ohjelma VAMPO 2010–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 4/2010. www.stm.fi/julkaisut
- Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 4/2001. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveys/terveys2015.pdf>
- Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for Violence Against Women: Scientific Review. *JAMA* 2003;289:589–600.
- Winstok Z. Toward an interactional perspective in intimate partner violence. *Aggression and Viol Beh* 2007;12:348–363.
- Wolfe DA, Jaffe PG. Emerging Strategies in the Prevention of Domestic Violence. *Future Child* 1999;9:133–144.
- Åstedt-Kurki P, Tarkka M-T, Rikala M-R, Lehti K, Paavilainen E. Further testing of a family nursing instrument (FAFHES). *Int J Nurs Stud* 2009;350–359.

TUIJA LEPPÄKOSKI

*TtT, post doc-tutkija, projektipäällikkö
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Hoitotiede
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri,*

AUNE FLINCK

*TtT, post doc-tutkija, kehittämisspäällikkö
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Hoitotiede
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
Terveystieteiden yksikkö*

JOONAS KÄLVINMÄKI

*Projektityöntekijä, sosionomi (amk)
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Hoitotiede*

EIJA PAAVILAINEN

*TtT, professori
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Hoitotiede
Tutkijakollegium
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri*