



HOITOTYÖN TUTKIMUSSÄÄTIÖ

5.3.2008

LASTEN KALTOINKOHTELUN TUNNISTAMINEN JA SIIHEN PUUTTUMINEN Hoitotyön suositus

Työryhmän johtaja:

Paavilainen Eija, TtT, professori, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Työryhmän jäsenet:

Flinck Aune, TtT, post doc -tutkija, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos

Leppäkoski Tuija, TtT, post doc -tutkija, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos

Merikanto Juhani, LT, dosentti, osastonylilääkäri, Tampereen yliopistosairaala, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Pösö Tarja, YTT, sosiaalityön professori, Tampereen yliopisto

Rautakorpi Helena, sairaanhoitaja, osastonhoitaja, Tampereen yliopistosairaala

Pikkarainen Tarja, TtM, osastonhoitaja, Tampereen yliopistosairaala

White Marjorie, PhD, Professor emerita (Nursing Science), University of Florida

Laaditusta hoitotyön suositusluonnoksesta saatiin lausunnot Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin –hankkeen johtoryhmältä ja valituilta asiantuntijoilta (Lapsiasiavaltuutettu Maria Kaisa Aula; Lapsiasiamies Tiia Heinäsuo, Tampereen kaupunki; Yliopettaja Hanna Hopia, Jyväskylän ammattikorkeakoulu; Ylihoitaja Tarja Pukuri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri; Ylihoitaja Tyyne Ranta, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri; Puheenjohtaja ja päätoimittaja Eeva-Liisa Urjanheimo, Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus; Hoitotyön opettaja Anne Vuori, Lahden ammattikorkeakoulu), jotka edustavat monialaista perehtyneisyyttä hoitotyön suosituksen aihealueeseen.

Suosituksen kirjoittajat:

Eija Paavilainen

Aune Flinck

Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos

Suosituksen kirjoittajat kiittävät koko työryhmää pitkäjänteisestä yhteistyöstä. Tekijät haluavat kiittää myös Tampereen yliopiston terveystieteiden kirjaston informaattikkoa Maritta Tuhkiota opastuksesta kirjallisuushakujen suunnittelussa, hoitotieteen laitoksen ma. assistentteja TtM Anu Tuomista ja TtM Tiia Lehtosta sekä tutkija, TtT Merja Kanervistoa avustamisesta aineiston haussa sekä Suomen Akatemiaa ja Suomen Sairaanhoitajaliittoa rahallisesta tuesta.

HOITOTYÖN SUOSITUKSEN TAUSTA

Lasten kaltoinkohtelu on sensitiivinen ja vaikea aihepiiri sekä käytännön työssä että tutkimuksessa. Lasten kaltoinkohtelu on sekä lastensuojelun että terveydenhuollon asia. Terveydenhuollon henkilökunnalla on tietoa aihepiiristä, mutta aiheen arkaluontoisuus, työkiire ja yhtenäisten ohjeiden puuttuminen vaikeuttavat ilmiön tunnistamista. Myös käsitykset perheen yksityisyydestä ja pelko vääristä tulkinnoista ja niiden aiheuttamista luottamusristiriidoista voivat vaikeuttaa puuttumista. (Paavilainen ym. 2002ab, Paavilainen ym. 2006.) Lasten kaltoinkohtelu aiheuttaa paljon inhimillistä kärsimystä lapsille ja runsaasti vaikeasti laskettavissa olevia kustannuksia (Sadler ym. 1999).

Vaikka suomalaisten lasten terveys ja turvallisuus on suhteellisen hyvä, lasten kaltoinkohtelun mahdollisuus on olemassa, ja terveydenhuollon ja muiden lasten kanssa työskentelevien työntekijöiden tulee ottaa se huomioon työssään. Fyysinen pahoinpitely ja selkeä hoidon laiminlyöminen ovat helpompia tunnistaa kuin henkinen pahoinpitely. On tärkeää, että myös terveydenhuollossa toimivat työntekijät osaavat tunnistaa kaltoinkohtelun ja puuttua siihen asiantuntevasti. Työntekijä ei saa paeta vastuuta tilanteesta, vaan hänen tulee viedä maltillisesti, rohkeasti ja asiantuntevasti asia jatkoselvittelyyn ja olla valmis moniammatilliseen yhteistyöhön. Tällöin lapsen ja perheen auttaminen voi alkaa siihen kuuluvine moniammatillisine hoito- ja selvittelyprosesseineen (Taskinen 2003, Lastensuojelulaki 2007). Kaltoinkohteluun puuttumiseen ja selvittämiseen liittyy eettisiä, juridisia ja lastensuojelullisia kysymyksiä, joilla ja joiden selvittämistavoilla voi olla kauaskantoisia vaikutuksia osapuolten elämään.

Väkivallan kohteena oleva lapsi ei yleensä ole aktiivinen avun hakija, sillä hän voi olettaa, että hänen perheensä käyttäytyminen on normaalia. Vaikka lapsi tiedostaakin väkivallan epänormaalisuuden, hänellä ei ole keinoja ratkaista ongelmaa. Asiaan liittyvä salailu ja häpeä vaikeuttavat avun hakemista. (Paavilainen & Pösö 2003.) Tutkimusten mukaan kaltoinkohteluun ei puututa riittävästi ja määrätietoisesti ja esimerkiksi terveydenhuoltohenkilökunta tarvitsee jatkuvaa koulutusta, työnohjausta, yksilötason asennemuutosta ja selkeitä apuvälineitä kaltoinkohtelun tunnistamiseksi ja siihen puuttumiseksi. (Hopia ym. 2004, Sanders & Copley 2005, Ziegler ym. 2005).

Keskeinen lähtökohta on se, että lasten kaltoinkohteluongelma tunnustetaan yhteiskunnassa olevana tosiasiana (Brown ym. 1998, Leventhal 1999, McAllister 2000). Lasten oikeuksien sopimuksen (www.unicef.fi) mukaan alle 18-vuotiaita lapsia tulee suojella kaikelta väkivallalta, välinpitämättömältä kohtelulta ja hyväksikäytöltä. YK:n jäsenvaltioista vain 18 maata on lainsäädännössään kieltänyt kaiken lapsiin kohdistuvan väkivallan (www.lapsiasia.fi). Daron ja Connellyn (2002) mukaan eri vuosikymmeninä on lasten kaltoinkohtelun ennaltaehkäisyssä sekä edistytty että tehty virheitä: ilmiötä on yksinkertaistettu, ennaltaehkäisyssä ei ole löydetty oikeita mittasuhteita eikä yhteistyö eri tahojen välillä ole toiminut parhaalla mahdollisella tavalla. Ennaltaehkäisyssä ohella ilmiön tunnistaminen ja siihen puuttumisen keinot ovat tärkeitä (Thurston 2006). WHO ehdottaa väkivallan ehkäisyssä ja hoidossa ekologisen mallin käyttöä (Tenney-Soeiro & Wilson 2004). Ekologisen mallin (Bronfenbrenner 1986) tunteminen helpottaa tunnistamista ja mahdollistaa erilaisia puuttumiskeinoja (MacLeod & Nelson 2000, Little & Kaufman Kantor 2002). Mallin mukaan lasten kaltoinkohtelua voidaan tarkastella eri tasoilla:

yksilöt, perheet, yhteisöt ja koko yhteiskunta. Ihmissuhdetasolla korostetaan positiivista vuorovaikutusta perheen sisällä. Yhteisöllisillä toimilla aktivoidaan yhteisöjä ja keskitytään esimerkiksi uhrien auttamiseen. Yhteiskunnalliset lähestymistavat korostavat taloudellisia olosuhteita, kulttuurisia normeja ja laajaa yhteiskunnallista vaikuttamista ja viestintää. Näillä eri tasoilla vaaditaan erilaisia ja samanaikaisia toimia, jotta lasten kaltoinkohteluun voidaan puuttua ja ennaltaehkäistä sitä.

Näiden eri tasojen toimintaa voidaan kuvata seuraavasti. Lastensuojelulaki on uudistettu ja se antaa puitteet toiminnalle. Uusi, vuoden 2008 alusta voimaan tullut laki antaa selkeästi tehtäviä myös terveydenhuollolle ja korostaa moniammatillisen yhteistyön tärkeyttä. Se täsmentää myös kuntien velvollisuuksia ja korostaa lapsen ja perheen osallisuutta. Lasten fyysisen pahoinpitelyn selvittämisen toimintaohjeita (Taskinen 2003) voidaan pitää myös esimerkkinä yhteiskunnan tason toimenpiteestä, kun taas Tampereen yliopistosairaalassa kehitettyä lasten pahoinpitelyn tunnistamisen ja selvittelyn toimintamallia (Paavilainen ym. 2002ab, Paavilainen & Merikanto 2003, Flinck ym. 2007) voidaan tarkastella yhteisöllisenä mallina. Edellä mainittu toimintamalli on seurantatutkimuksessa osoittautunut hyväksi apuvälineeksi pahoinpitelyn tunnistamisessa ja hoidossa. Sen toimivuutta kehitetään edelleen koulutusinterventioin ja kehittämällä työkaluja tunnistamisen avuksi. Tällaisia voivat olla esimerkiksi tilanteen arviointiin tarkoitetut kyselylomakkeet (ks. Macmillan 2006). Myös Tampereen kaupungin organisaatiossa on kehitetty kaltoinkohdellun lapsen tunnistamisen ja hoidon moniammatilliseen työskentelyyn pohjautuvaa toimintamallia (www.tampere.fi/sosiaalipalvelut/materiaalipankki). Petersin ja Barlowin systemaattisen katsauksen (2003) mukaan ei ole vielä olemassa riittäviä instrumentteja, joiden avulla kaltoinkohtelua voitaisiin luotettavasti havaita tai ennustaa.

Yksittäisen perheen ja lapsen kohdalla sovelletaan edellä mainitun kaltaisia toimintamalleja ja ohjeita, kunkin tilanteen ja lapsen tarpeiden vaatimalla tavalla. Kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen liittyvät yhteen ja muodostavat kokonaisuuden: epäily kaltoinkohtelusta ja ilmiön tunnistaminen ovat edellytyksiä asiaan puuttumiselle. Epäily ja tunnistaminen ovat samalla asiaan puuttumista. Tässä suosituksessa tätä kokonaisuutta käsitellään prosessina (ks. myös Flinck ym. 2007, www.tampere.fi/sosiaalipalvelut/materiaalipankki). Varsinainen hoito (kuten esimerkiksi erilaiset terapiat) tai ennaltaehkäisy ei kuulu tämän suosituksen piiriin. Hoitotyön suosituksessa kiinnitetään huomiota erityisesti siihen, miten hoitotyöntekijän toiminta voi edistää tunnistamisen ja puuttumisen prosessia moniammatillisen työn osana.

Kaltoinkohtelun tunnistamista ja siihen puuttumista vaikeuttavat asenteet, liika varovaisuus ja eri työntekijäryhmien koulutuksen puutteet (Leventhal 1999, Truman 2000, Lazenbatt & Freeman 2006). Joskus myös äärimmäisen vakavatkin vammat voivat olla suhteellisen vähäoireisia, henkisen kaltoinkohtelun tunnistaminen on vaikeaa ja väärän epäilyn pelko tekee henkilökunnan varovaiseksi.

Lasten kaltoinkohtelun hoitotyön suositus pyrkii helpottamaan asian tunnistamista ja siihen puuttumista. Se antaa tutkimukselliseen tietoon ja näyttöön perustuvia periaatteita, keinoja ja menetelmiä tunnistaa lasten kaltoinkohtelua sekä kohdata lapsia ja perheitä osana moniammatillista työryhmää. Vaikka tämä suositus on

tehty erityisesti ajatellen hoitotyöntekijöitä, myös muut lasten ja lapsiperheiden kanssa työskentelevät voivat käyttää suositusta.

Lasten kaltoinkohtelun hoitotyön suositus on tarkoitettu valtakunnalliseksi ohjeeksi, erityisesti käytännön hoitotyössä käyttöön otettavaksi. Hoitotyön ja muiden lasten palveluista vastaavien johtajien eri sektoreilla tulisi osaltaan mahdollistaa sen käyttö. Hoitotyön suositusta voidaan käyttää myös oppimateriaalina ammatillisessa perus- ja täydennyskoulutuksessa.

LASTEN KALTOINKOHTELUN MÄÄRITTELY

Lasten kaltoinkohtelun (child maltreatment) käsitettä käytetään lapsiin ja nuoriin kohdistuvasta väkivallasta. Rinnakkaisena käsitteenä käytetään usein lasten pahoinpitelyä (child abuse) tai lapseen kohdistuvaa väkivaltaa. Kaltoinkohtelu on eräänlainen yläkäsite, joka kattaa lapseen kohdistuvan negatiivisen tekemisen tai tekemättä jättämisen muodot. (Paavilainen ym. 1996, Paavilainen 1998, McAllister 2000, Paavilainen & Pösö 2003, Söderholm ym. 2004.) Tässä suosituksessa lasten kaltoinkohtelulla tarkoitetaan lapseen perheessään kohdistunutta fyysistä tai henkistä väkivaltaa ja laiminlyöntiä.

Kaltoinkohtelun eri muodot esiintyvät usein yhtä aikaa, ja parisuhdeväkivallalla ja lasten kaltoinkohtelulla on voimakas yhteys (Bethea 1999, Nair ym. 2003, Hopia ym. 2004, Tenney-Soeiro & Wilson 2004). Kaltoinkohtelu voi kohdistua suoraan lapseen itseensä tai epäsuorasti jonkun perheenjäsenen välityksellä esimerkiksi silloin kun perheen muut jäsenet käyttäytyvät toisiaan kohtaan väkivaltaisesti. Kaltoinkohtelu koskettaa kaikkia perheenjäseniä, joko siihen osallistumisen tai sivustaseuraajana tai silminnäkijänä olemisen kautta.

Lasten kaltoinkohtelua esiintyy kaikissa yhteiskunnissa ja yhteiskuntaluokissa. Suomessa lapsiin kohdistunutta väkivaltaa ovat tutkineet Sariola ja Uutela (1992). Tuolloin vanhempiansa lievän väkivallan kohteeksi kertoi joutuneensa 72 % ja vakavan väkivallan kohteeksi 8 % tutkimukseen osallistuneista lapsista ja nuorista. (Sariola & Uutela 1992.) Lasten kokemaa väkivaltaa kuvaavat tilastot ovat hyvin vaihtelevat eri maissa. Niiden vertailu on lähes mahdotonta. Yhdysvalloissa on todettu lasten kaltoinkohtelun lisääntyneen vuodesta 1980 vuoteen 1995 150% ja myös Japanissa raportointi on lisääntynyt. Suomessa nuorten todennäköisyys joutua yleensä väkivallan uhriksi on vähentynyt (Ellonen, Kivivuori & Kääriäinen 2007). Unicefin suorittamassa eurooppalaisessa lasten hyvinvointikatsauksessa (2007) todetaan, että lasten kotona kokemasta väkivallasta tulisi tietää nykyistä enemmän. Suomessa toteutetaan lapsille ja nuorille kysely heidän kokemastaan väkivallasta vuonna 2008. Kysely toteutetaan kouluissa ja tavoitteena on saada kattavasti tietoa lasten ja nuorten kokemasta väkivallasta heiltä itseltään. Kyselyn toteuttaa Poliisiammattikorkeakoulu.

Fyysinen kaltoinkohtelu tarkoittaa toimintaa, jonka seurauksena lapsille aiheutuu kipua sekä tilapäisiä tai pysyviä fyysisen toiminnan vaikeuksia. Näitä ovat esimerkiksi mustelmat, palovammat, pään vammat, murtumat, sisäiset vammat ja viiltelyhaavat. Usein ne ovat pysyviä, kuten arpia, kipuja tai jokin neurologinen poikkeavuus. Seurauksena voi olla jopa lapsen kuolema. Kuolemaan johtavassa kaltoinkohtelussa on usein todettu pahoinpitelyn jatkuneen pitkään ennen

kuolemaa. (Loiselle 2002.) Kuolemaan johtavan kaltoinkohtelun määrää ei tarkkaan tunneta (Jenny & Isaac 2006).

Fyysistä pahoinpitelyä ovat esimerkiksi lyöminen, potkiminen, tupakalla polttaminen, hiuksista repiminen ja kuristaminen. (Loiselle 2002) **Munchausen by proxy (Munchausenin syndrooma)** on erityinen fyysisen väkivallan muoto, jossa vanhemmat, usein lapsen äiti, aiheuttavat lapselle tahallaan vahinkoa erilaisin keinoin saadakseen huomiota terveydenhuollossa (Fulton 2000, Thomas 2003, Galvin ym. 2005). **Kemiallinen väkivalta**, jolloin lapselle joko annetaan rauhoittavia lääkkeitä tai päihteitä, jotta lapsi nukkuisi tai jätetään antamatta lapselle hänen tarvitsemiaan lääkkeitä tai ei noudateta lapsen tarvitsemaa ruokavaliota, katsotaan tässä yhteydessä kuuluvan fyysiseen kaltoinkohteluun. (Loiselle 2002) **Vauvan ravisteluun** fyysisen pahoinpitelyn muotona on viime aikoina alettu kiinnittää erityistä huomiota. Sen vahingollisuudesta on järjestetty koulutusta terveydenhuoltohenkilökunnalle ja tehty esite ("Käsiteltävä varoen") vanhemmille neuvolassa jaettavaksi (Suomen Lastenlääkäriyhdistys 2006).

Psyykinen pahoinpitely tarkoittaa pelottavaa uhkaamista, naurunalaiseksi tekemistä, nöyryyttämistä, vähättelyä ja muuta lapseen kohdistuvaa psykologista uhkaa siinä määrin, että lapsen henkinen hyvinvointi ja kehitys vaarantuvat. Ruumiilliseen kuritukseen ja muuhun fyysiseen väkivaltaan liittyy aina psyykinen pahoinpitely. Sitä sisältyy myös aina seksuaaliseen hyväksikäyttöön ja laiminlyöntiin. Psyykkistä pahoinpitelyä voi esiintyä myös yksinään, mutta sitä saattaa olla vaikea havaita ja määritellä. (Hart ym. 1996)

Seksuaalinen hyväksikäyttö (seksuaalinen riisto) tarkoittaa lapsen ruumiillista pahoinpitelyä, joka kohdistuu pääasiassa lapsen sukupuolielimiin ja sukupuolisiin tunnusmerkkeihin. Se voi tarkoittaa myös sukupuoliyhteyttä tai sen yritystä tai muuta lapsen ruumiillista koskemattomuutta loukkaavaa seksuaalitekoa, esimerkiksi sukupuolielinten koskettelua. Lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön kuuluvat myös lapsen johdattaminen ikää ja kehitystasoa vastaamattomaan seksuaalikäyttäytymiseen, lapsen altistaminen seksuaalisille ärsykeille tai lapsen käyttäminen esiintyjänä epäsideellisissä julkaisuissa. Yleisintä on se, että uhrin ovat tyttäjä ja tekijät miehiä, mutta viime aikoina on alettu kiinnittää huomiota myös äitien ja naispuolisten huoltajien poikia kohtaan harjoittamaan seksuaaliseen hyväksikäyttöön. (Taskinen 2003.)

Lasten laiminlyönti tarkoittaa puutteellista hoitoa tai huolenpitoa, jolloin lapsen perustarpeista ei huolehdita fyysisesti tai emotionaalisesti. Laiminlyönti voi olla tyypiltään, vaikeudeltaan tai jatkuvuudeltaan eriasteista. Lapsen kokonaisvaltainen kehitys ei etene parhaalla mahdollisella tavalla. On todettu, että laiminlyödyillä lapsilla on jopa enemmän ongelmia kuin fyysisesti pahoinpidellyillä. (Grouch & Milner 1993) Laiminlyönti on monitasoinen ilmiö, jolle ei ole yhtenäistä määritelmää (Allin ym. 2005).

Lasten kaltoinkohtelun osa-alueista tässä suosituksessa keskitytään fyysisen pahoinpitelyn, henkisen pahoinpitelyn ja hoidon laiminlyönnin tunnistamiseen ja niihin puuttumiseen. Nämä kaltoinkohtelun muodot voivat esiintyä joko erikseen tai yhdessä ja niitä on usein vaikeaa erottaa tarkkarajaisesti toisistaan (Grietens ym. 2004, Scher ym. 2004). Suosituksen kohderyhmänä ovat kaikki alaikäiset, alle 18-vuotiaat lapset ja nuoret. Lapsiin kohdistuva seksuaalinen

hyväksikäyttö on jätetty tämän suosituksen ulkopuolelle, koska sen todettiin olevan muusta kaltoinkohtelusta eroava ilmiö omine erityispiirteineen. Siitä on olemassa Käypä hoito-suositus (www.kaypahoito.fi/ lapsen seksuaalisen hyväksikäytön epäilyn tutkiminen).

HOITOTYÖN SUOSITUS -HANKKEEN TOTEUTUS

Tutkimuskysymykset

Hoitotyön suosituksen pohjaksi on laadittu (Paavilainen & Flinck 2007) systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Sillä tarkoitetaan tieteellistä tutkimusmenetelmää, jossa määritellään ja rajataan tutkimuskysymykset, etsitään olemassa oleva tutkimustieto systemaattisin kirjallisuushauin, arvioidaan kootun tiedon laatu, kootaan näyttö ja tulkitaan tulokset (Khan Khalid ym. 2003).

Kirjallisuuskatsauksessa (Paavilainen & Flinck 2007) vastattiin seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten aiempi tutkimustieto kuvaa lasten kaltoinkohtelun tunnistamista?
2. Miten aiempi tutkimustieto kuvaa lasten kaltoinkohteluun puuttumista?

Kun kirjallisuuskatsaus oli tehty, vastattiin kysymykseen:

3. Millaiset suosituslauseet kuvaavat lasten kaltoinkohtelun tunnistamista ja siihen puuttumista?

Aineiston keruu

Hoitotyön suosituksen pohjaksi on laadittu systemaattinen kirjallisuuskatsaus (Paavilainen & Flinck 2007) kaikesta aiheesta käsittelevästä korkealaatuisesta tutkimustiedosta (Khan Khalid ym. 2002, Kääriäinen & Lahtinen 2006). Tietokantojen valinnassa ja tiedonhaun suunnittelussa opasti Tampereen yliopiston terveystieteellisen kirjaston informaatikko. Tutkimustietoa on koottu siitä, miten hoitotyöntekijät eri terveydenhuollon konteksteissa voivat tunnistaa lasten kaltoinkohtelun eri muotoja sekä siitä, millaisilla lapsiin ja perheisiin kohdistuvilla varhaisen puuttumisen interventioilla voidaan vaikuttaa lasten ja perheiden terveyteen ja hyvinvointiin silloin, kun lapsella on vaara altistua kaltoinkohtelulle, kaltoinkohtelua epäillään tai se todetaan.

Tiedonhaku: ensimmäinen vaihe

Keväällä 2005 haku tehtiin seuraavasti:

Tietokannat, hakustrategia ja hakusanat:

Sähköinen tiedonhaku on tehty tammi–helmikuun aikana viitetietokannoista, joiksi valittiin Cinahl, Medline, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Journals of OVID Full Text, MEDIC, TAMCAT, LINDA, EBM Reviews-Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) ja British Nursing Index. Haku rajattiin vuosille 1998–2005.

Hakusanoina seuraavat tekstitermit tai Mesh-termit ja niiden yhdistelmät:

(child abuse **OR** child maltreatment **OR** physical abuse **OR** emotional abuse **OR** child abuse, sexual **OR** child neglect) **AND** (prevention **OR** early intervention) **AND** (nursing **OR** primary care setting **OR** health care **OR** pediatric care **OR** social services)

(child abuse **OR** child maltreatment **OR** physical abuse **OR** emotional abuse **OR** child abuse, sexual **OR** child neglect) **AND** (education **OR** training)

(child abuse **OR** child maltreatment **OR** physical abuse **OR** emotional abuse **OR** child abuse, sexual **OR** child neglect) **AND** (practice guidelines **OR** handbook **OR** manual) **AND** nursing*

(child abuse **OR** child maltreatment **OR** physical abuse **OR** emotional abuse **OR** child abuse, sexual **OR** child neglect) **AND** treatment

(child abuse **OR** child maltreatment **OR** physical abuse **OR** emotional abuse **OR** child abuse, sexual **OR** child neglect) **AND** (systematic review **AND** controlled trial)

(child abuse **OR** child maltreatment **OR** physical abuse **OR** emotional abuse **OR** child abuse, sexual **OR** child neglect) **AND** (prevention **OR** early intervention **OR** diagnosis **OR** recognition)

*Hakusana nursing rajattiin seuraaviin Mesh-termeihin: school nursing **OR** maternal-child nursing **OR** community health nursing **OR** legislation, nursing **OR** nursing care **OR** pediatric nursing **OR** education, nursing **OR** public health nursing **OR** emergency nursing **OR** neonatal nursing **OR** nursing, practical

Seksuaalinen hyväksikäyttö on hakusanoissa mukana, koska vasta prosessin aikana päätettiin jättää se suosituksen ulkopuolelle. Oli kuitenkin tärkeää pitää ”sexual” hakusanoissa mukana koko ajan, koska siihen liittyvissä tutkimuksissa usein sivuttiin myös muita, tämän suosituksen aihepiiriin kuuluvia kaltoinkohtelun muotoja.

Hakutulos

Aineiston haku- ja valintaprosessi on kuvattu kuviossa 1. Ensimmäisen vaiheen haku tuotti yhteensä 6220 tulosta, eli tutkimus- tai muuta artikkelia. Otsikoiden perusteella valittiin 623, joiden abstraktit luettiin. Abstraktien perusteella mukaan valittiin sellaiset tutkimukset ja asiantuntija-artikkelit tai hoito-ohjeet, jotka käsittelivät lasten kaltoinkohtelua ja joiden aihealana oli sen tunnistaminen ja siihen puuttuminen. Huomiota kiinnitettiin myös artikkelien lähdeviitteiden laajuuteen ja siten artikkelin tieteelliseen tasoon. Abstraktit luettiin ja niistä valittiin 224 koko tekstiä, jotka molemmat lukijat (AF, EP) arvioivat.

Tässä vaiheessa rajattiin sisäänoton ulkopuolelle puhtaasti lääketieteelliset tutkimukset sekä ne, jotka käsittelivät pelkästään kaltoinkohdeltujen lasten hoitomenetelmiä, esimerkiksi terapiamuotoja tai kaltoinkohtelun ennaltaehkäisyä. Poissuljettiin myös sellaiset artikkelit, jotka olivat kannanottoja tai kommenttiartikkeleita, jotka eivät perustuneet tutkimuksiin. Huomioitiin myös lähdeviitteet ja niistä löytyvä tärkeä lisämateriaali, joka oli mahdollisesti jäänyt haun ulkopuolelle.

Hakutuloksen ja artikkelien lukemisen sekä 19.4.2005 pidetyn ohjausryhmän kokouksen jälkeen päädyttiin kohdentamaan hoitosuositus vielä tarkemmin

pelkästään lasten kaltoinkohtelun tunnistamiseen ja siihen puuttumiseen, koska muuten aihe olisi ollut liian laaja. Siksi tehtiin vielä tarkennettu haku kesäkuussa 2005 seuraavan hakustrategian mukaan. Haku toistettiin vielä kertaalleen alkuvuodesta 2007.

Tiedonhaku: toinen, tarkennettu vaihe

HAKUSANAT: (child abuse **OR** child abuse, sexual **OR** child neglect **OR** child maltreatment) **AND** (identification **OR** detection **OR** diagnosis **OR** early intervention) **AND** nursing,

Haku tehtiin seuraavista tietokannoista: **Ovid MEDLINE® ja Ovid MEDLINE daily update, Ovid MEDLINE® in-Process, Other Non-Indexed Citations, CINAHL, EBM Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, EBM-Database of Abstracts of Reviews of Effects, EBM-Cochrane Database of Systematic Reviews, CDSR, ACP Journal Club, DARE ja British Nursing Index, vuosille 1998–2005.**

Tehty haku tuotti 2065 tulosta, joten päädyttiin lisärajauxiin seuraavasti: englanninkieliset review-artikkelit vuosina 1998–2005 ja full text (koko artikkeli saatavilla). Näin rajattu **uusintahaku tuotti 1126 otsikkoa, jotka vielä rajattiin review-artikkeleihin: 222 tulosta.** Näistä valittiin otsikoiden perusteella **115**, joista abstraktin perusteella otettiin mukaan **47 artikkelia**, joiden koko tekstit molemmat arvioitsijat lukivat.

Päivityshaku vuosille 2006– tehtiin helmikuussa 2007, jotta saatiin mukaan uusin tutkimustieto aiheesta. Hakusanat ja tietokannat olivat samat kuin edellä. **Haku tuotti 70 otsikkoa, joiden tiivistelmät luettiin. Niiden perusteella luettiin 43 kokotekstiä.** Yhtään artikkelia ei valittu mukaan, koska niissä toistuivat samat asiat kuin jo aiemmin valituissa.

Yhteenveto hakujen tuloksista

Yhteensä hakustrategiat tuottivat 7416 otsikkoa => 808 artikkelia (tiivistelmät), joista luettiin kokotekstit 314:stä artikkelista. Kaksi arvioijaa arvioi artikkelit käyttäen Suomen Sairaanhoidajaliiton hoitotyön suositustyöryhmissä yhteisesti käyttöön otettua arviointilomaketta. Johtopäätöksenä todettiin, voidaanko tutkimusta tai artikkelia käyttää hoitotyön suosituksen perustana ja lisättiin mahdolliset muut kommentit. Valittuja artikkeleita saatiin yhteensä 77 (LIITE 1). Artikkelit jaoteltiin lisäksi tutkimusartikkeleihin (n = 38) ja systemaattisiin katsauksiin tai asiantuntija-artikkeleihin (n = 39). Seuraavia sisäänotto- ja poissulkukriteereitä käytettiin haun eri vaiheissa.

Artikkeleiden sisäänottokriteerit:

- tutkimus (RCT-tutkimus, kvasikokeellinen, muu määrällinen tai laadullinen tutkimus), review-artikkeli, systemaattinen katsaus, asiantuntija-artikkeli, mikäli perustuivat tutkittuun tai koeteltuun näyttöön
- perheen sisällä tapahtuva erityyppinen kaltoinkohtelu, joka kohdistuu lapsiin tai nuoriin (0–18-vuotiaat): rajauksena fyysinen ja psyykinen

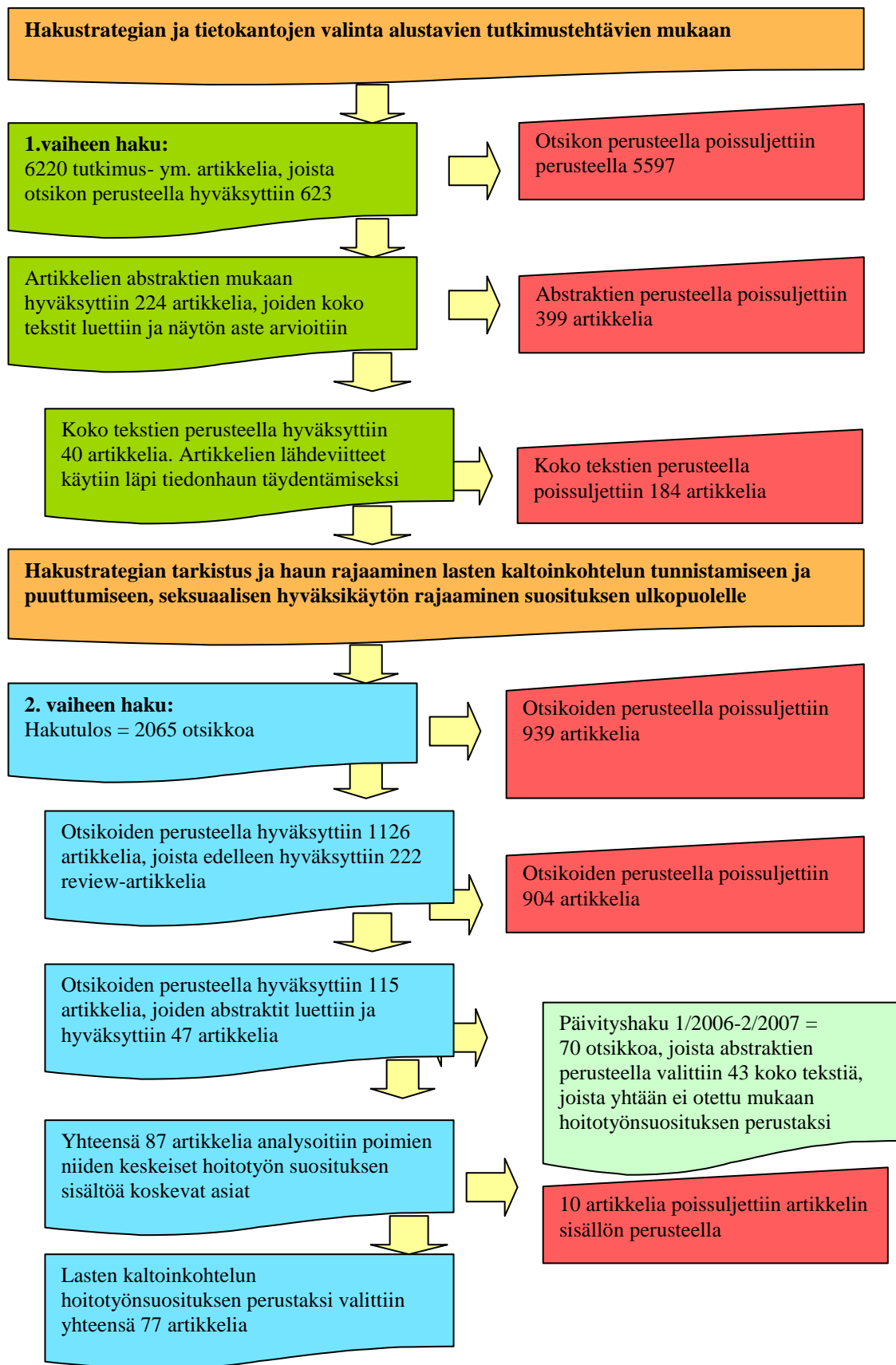
- pahoinpitely tai laiminlyönti
- tutkimuksen kohteena kaltoinkohtelua kohtaavat ammattihenkilöt: opettajat, hoitohenkilöstö, sosiaalityöntekijät, päivähoitohenkilökunta ja vastaavat
- kaltoinkohteluun puuttuminen
- kaltoinkohtelun tunnistaminen
- tieteellinen julkaisu (ammattilehtien artikkeleita ei oteta mukaan)
- alan muu keskeinen kirjallisuus (kuten tutkimus- ja asiantuntijatiedon perusteella kootut käytännön oppaat tai hoito-ohjeet ("guidelines"))
- englannin-, ruotsin- ja suomenkielinen artikkeli
- julkaisuvuosi 1998–2007

Artikkeleiden poissulkukriteerit

- puhtaasti lääketieteellinen tutkimus
- pelkästään ennaltaehkäisyyn tai hoitomenetelmiin liittyvä tutkimus tai muu artikkeli
- tutkimus tai muu artikkeli, jossa keskityttiin pelkästään seksuaaliseen hyväksikäyttöön

Artikkelien arvioinnissa käytetty näytön asteen luokitus:

- A (I)** Meta-analyysi, hyvä systemoitu katsaus
- B (II)** Systemoitu katsaus, yksi satunnaistettu hoitokoe (rct) tai useita hyviä kvasikokeellisia tutkimuksia, joiden tulokset samansuuntaiset
- C (III)** Yksi hyvä kvasikokeellinen tutkimus tai useita muita kvasikokeellisia tutkimuksia, joiden tulokset samansuuntaiset
TAI Useita määrällisesti kuvailevia tai korrelatiivisia tutkimuksia, joiden tulokset samansuuntaiset
TAI Useita hyviä laadullisia tutkimuksia, joiden tulokset samansuuntaiset
- D (IV)** Yksittäiset hyvät muut tutkimukset, tapaustutkimukset, konsensuslausumat ja asiantuntija-arviot (Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin-käsikirja, www.sairaanhoitajaliitto.fi, Käypähoito-käsikirja, www.kaypahoito.fi).



Kuvio 1. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineistonkeruun ja valinnan prosessi.

Aineiston analysointi

Hoitotyön suosituksen perustana ovat systemaattiseen katsaukseen valitut kansainväliset tutkimus- tai asiantuntija-artikkelit, jotka löydettiin järjestelmällisesti edellä kuvattuja hakustrategioita käyttäen valituista tietokannoista. Artikkeleille laadittiin sisäänottokriteerit, jotka niiden tuli täyttää tullakseen valituiksi hoitotyön suosituksen perustaksi. Erillisten poissulkukriteerien perusteella osa tutkimuksista ja katsausartikkeleista rajattiin ulkopuolelle. Artikkeleista 11 oli hoitotieteellisiä tutkimuksia tai katsauksia, ja muiden tieteenalojen (mm. lääketiede, psykologia, sosiaalitieteet) 66. Valitut tutkimukset ja katsausartikkelit esitellään taulukkona, joka mahdollistaa lukijalle arvioida niiden relevanssia. Artikkelit on analysoitu poimien niistä keskeiset lasten fyysisen pahoinpitelyn, henkisen pahoinpitelyn ja laiminlyönnin tunnistamista ja siihen puuttumista koskevat asiat.

Tiedonhakuun liittyvät ongelmat

Hoitotyön suosituksen laadinnan ongelmana oli aiheen laajuus ja interventioiden erilaisuus sekä korkealaatuisten kokeellisten ja kvasikokeellisten tutkimusten puute. Systemaattisen katsauksen ja suosituksen aiheen luonne vaikuttaa siten, ettei kokeellista tutkimusta aiheesta juurikaan ole olemassa ja joudutaan tyytymään kuvailevaan tutkimukseen ja alhaiseen näytön asteeseen. Kokeellisen tutkimuksen lisäksi tarvitaan kuvailevaa tutkimusta, jonka avulla saadaan esille tärkeitä kokemuksellisia puolia aiheesta.

Tiedonhaun ensimmäisessä vaiheessa todettiin, että kaltoinkohtelua kuvaavien termien erilaisuus ja ilmiön moniulotteisuus vaikeuttivat haun rajaamista. Hakusanoja ja hakustrategiaa täsmennettiin tiedonhaun edetessä pitäen mukana hakusanat, joiden avulla ilmiön monipuolisuus säilyi. Hakua tarkennettiin uusintahauilla, jotta kaikki sopivat tutkimukset löydettäisiin. Mukaan otettiin runsaasti materiaalia, joka tuotti hyvin samansuuntaista näyttöä. Useilla samansuuntaisilla tutkimuksilla pyritään vahvistamaan systemaattisen katsauksen tuottamaa näyttöä ja siten vahvistamaan suosituslauseiden tasoa. (Khan Khalid ym. 2003, Kylmä ym. 2004)

HOITOTYÖN SUOSITUS

Lasten kaltoinkohtelun (fyysinen pahoinpitely, henkinen pahoinpitely, hoidon laiminlyönti) tunnistamisessa ja siihen puuttumisessa ovat aiemman tutkimustiedon systemaattisen koonnin ja analysoinnin mukaan (Paavilainen & Flinck 2007) keskeisiä seuraavat asiat, joita suositellaan. Suluissa esitetään kunkin tutkimuksen näytön aste (A-D, joista A merkitsee vahvinta näyttöä ja D heikointa), ja näiden perusteella kunkin suosituslauseen näytön aste. Suosituksen aineistona olevat tutkimukset esitellään liitteessä 1.

RISKITEKIJÖIDEN TIETÄMINEN JA ARVIOINTI

1. Lapsen ja hänen käyttäytymiseensä liittyvien riskitekijöiden tietäminen helpottaa lapsen kaltoinkohtelun tunnistamista ja siihen puuttumista. (B)

Riskitekijöitä ovat:

- raskauteen tai synnytykseen liittynyt komplikaatio: synnytyksen ennenaikaisuus, lapsen pienuus (Brown ym. 1998 (B), Bethea 1999 (D), McAllister 2000 (B), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D))
- lapsen vammaisuus (Bethea 1999 (D), McAllister 2000 (B), English 1998 (D), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D))
- lapsen heikko kielellinen kehitys (Brown ym. 1998 (B))
- lapsen alhainen ikä (Tenney-Soeiro & Wilson 2004 (B), Tupola & Kallio 2004 (D), English 1998 (D))
- lapsen käyttäytymisongelmat (English 1998 (D), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D))
- lapsen itkuisuus (Newton & Vandeven 2005 (D), Ricci ym. 2003 (D), Reijneweld ym. 2004 (D), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D))
- lapsen ärsyttävyyttä (Kayama ym. 2004 (C), Ricci ym. 2003 (D))
Ärsyttäviä tekijöitä lapsessa: huono käyttäytyminen, uhma, tottelemattomuus, lapsi nostaa äidin omat lapsuusmuistot pintaan, lapsi ei pidä äidistä/hylkää tämän, lapsi loukkaa äitiään, lapsi ei täytä äidin odotuksia (näytön aste C)
- lapsen ravistelun riskitekijöitä erityisesti (Kivitie-Kallio & Tupola 2004 (D), Newton & Vandeven 2005 (D)): keskosuus, kaksosuus, poikasukupuoli, lapsi itkee paljon
- Munchausenin syndrooman riskitekijöitä erityisesti (Fulton 2000 (D), Thomas 2003 (D), Galvin ym. 2005 (D)): lapsi on alle 2-vuotias, äiti väkivallantekijänä, sisaruksilla usein todettu myös monipuolinen medikaalinen (esimerkiksi runsaasti käyntejä terveystieteiden järjestelmässä) tausta (complicated medical history) tai äkkikuolema.

2. Vanhempiin ja heidän käyttäytymiseensä liittyvien riskitekijöiden tietäminen helpottaa lasten kaltoinkohtelun tunnistamista ja siihen puuttumista. (B)

Riskitekijöitä ovat:

- päihteiden käyttö (Nair ym. 2003 (B), Bethea 1999 (D), McAllister 2000 (B), Väisänen & Väisänen 2000 (D), Tupola & Kallio 2004 (D), English 1998 (D), DiLauro 2004 (D), Locke & Newcomb 2004 (B), Sprang ym. 2005 (D), Bernet 1997, Ricci ym. 2003 (D), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D))
- isän tai äidin vähäinen osallistuminen lapsen hoitoon (Brown ym. 1998 (B), Bethea 1999 (D), English 1998 (D))
- tunnekylläisyys (Brown ym. 1998 (B), McAllister 2000 (B), Perez-Albeniz & de Paul 2004 (D))
- vakava sairaus (Brown ym. 1998 (B), Väisänen & Väisänen 2000 (D))
- tupakointi (Toomey & Bernstein 2001 (C), Murphey & Braner 2000 (D))
- rikollinen tausta (Ricci ym. 2003 (D))
- alhainen koulutus (Brown ym. 1998 (B), McAllister 2000 (B), Tenney-Soeiro & Wilson 2004 (B), DiLauro 2004 (D), Toomey & Bernstein 2001 (C), Murphey & Braner 2000 (D))

- nuoruus (Nair ym. 2003 (B), Brown ym. 1998 (B), Bethea 1999 (D), Kivittie-Kallio & Tupola 2004 (D), Tenney-Soeiro & Wilson 2004 (B), Tupola & Kallio 2004 (D), Toomey & Bernstein 2001 (C), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D))
- yksinhuoltajuus (Nair ym. 2003 (B), Brown ym. 1998 (B), Bethea 1999 (D), Toomey & Bernstein 2001 (C), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D), Murphey & Braner 2000 (D))
- lapsena koettu kaltoinkohtelu (Bethea 1999 (D), McAllister 2000 (B), Tupola & Kallio 2004 (D), English 1998 (D), Toomey & Bernstein 2001 (C), Ertem ym. 2000 (D), Locke & Newcomb 2004 (B), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D))
- emotionaalinen kypsymättömyys (Bethea 1999 (D), McAllister 2000 (B), English 1998 (D), DiLauro 2004 (D), Perez-Albeniz & de Paul 2004 (D), Ricci ym. 2003 (D))
- ei-toivottu raskaus/raskauden kieltäminen (Bethea 1999 (D), Kivittie-Kallio & Tupola 2004 (D))
- mielenterveysongelma (Nair ym. 2003 (B), Brown ym. 1998 (B), Bethea 1999 (D), Kivittie-Kallio & Tupola 2004 (D), McAllister 2000 (B), Tenney-Soeiro & Wilson 2004 (B), Väisänen & Väisänen 2000 (D), Tupola & Kallio 2004 (D), DiLauro 2004 (D), Bernet 1997 (D), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D))
- avioero (McAllister 2000 (B))
- vaikeus selviytyä vaativasta tilanteesta (Tenney-Soeiro & Wilson 2004 (B))
- äärimmäinen ylihuolehtivuus (Paavilainen & Tarkka 2003 (D), Väisänen & Väisänen 2000 (D))
- huono hoitomyöntyvyyys (Väisänen & Väisänen 2000 (D), English 1998 (D), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D), Murphey & Braner 2000 (D))
- vastaanotolle varattujen aikojen runsas laiminlyönti (Paavilainen & Tarkka 2003 (D), Väisänen & Väisänen 2000 (D), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D))
- autoritaarinen kasvatustapa ja siihen liittyvät kurinpitokäytännöt (Tupola & Kallio 2004 (D), DiLauro 2004 (D), Bernet 1997 (D))
- vanhemman kokemus sosiaalisen tuen puute (Bethea 1999 (D), English 1998 (D))
- lapseen kohdistuvat epärealistiset odotukset (Bethea 1999 (D), DiLauro 2004 (D), Ricci ym. 2003 (D), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D))

3. Perhetilanteeseen tai perheen käyttäytymiseen liittyvien riskitekijöiden tietäminen helpottaa lapsiin kohdistuvan kaltoinkohtelun tunnistamista ja siihen puuttumista. (B)

Riskitekijöitä ovat:

- monilapsisuus (Bethea 1999 (D), Toomey & Bernstein 2001 (C), Murphey & Braner 2000 (D))
- pienet tulot (Kivittie-Kallio & Tupola 2004 (D), McAllister 2000 (B), Tenney-Soeiro & Wilson 2004 (B), English 1998 (D), DiLauro 2004 (D), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D))
- huono sosiaalinen tilanne (Kivittie-Kallio & Tupola 2004 (D), McAllister 2000 (B), Tenney-Soeiro & Wilson 2004 (B), English 1998 (D), DiLauro 2004 (D))
- perheen aiempi lastensuojelutausta (Kivittie-Kallio & Tupola 2004 (D), DiLauro 2004 (D), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D))
- perheväkivalta (Nair ym. 2003 (B), Bethea 1999 (D), Tenney-Soeiro & Wilson 2004 (B), Väisänen & Väisänen 2000 (D), DiLauro 2004 (D), Bernet 1997 (D), Toomey & Bernstein 2001 (C), Ricci ym. 2003 (D), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D), Rumm ym. 2000 (D), Tajima 2004 (C))
- työttömyys (McAllister 2000 (B), Tenney-Soeiro & Wilson 2004 (B), English 1998 (D), DiLauro 2004 (D), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D))
- perheen stressi tai kriisi (McAllister 2000 (B), English 1998 (D), Sprang ym. 2005 (D))
- riitely (Brown ym. 1998 (B), Mollerström ym. 1992 (D))
- perheenjäsenten välisen yhteenkuuluvuuden puute (Mollerström ym. 1992 (D))
- lapsen ja vanhemman vähäinen vuorovaikutus (Paavilainen & Tarkka 2003 (D), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D))
- vanhempien haluttomuus keskustella terveydenhuollon työntekijöiden kanssa (Paavilainen & Tarkka 2003 (D))
- perheen eristäytyminen tai syrjäytyminen (Brown ym. 1998 (B), Paavilainen & Tarkka 2003 (D), Mollerstrom ym. 1992 (D), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D))
- riippuvuus hyvinvointipalveluista (Brown ym. 1998 (B))
- perheen kokemus sosiaalisen tuen puute (Bethea 1999 (D), Mollerstrom ym. 1992 (D), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D))
- puutteelliset empatiataidot sekä yleisesti että perheen sisällä (Perez-Albeniz & dePaul 2004 (D))

4. Mikään riskitekijä tai merkki ei yksinään ilmaise välttämättä kaltoinkohtelua tapahtuneen, vaan lapsen ja perheen kokonaisuus tulee ottaa huomioon. Kun jokin kaltoinkohtelun muoto on todettu, voi epäillä muidenkin olevan kyseessä (Howes ym. 2000 (D), Grietens ym. 2004 (C), Scher ym. 2004 (D)). **(C)**

Riskitekijöiden yhdistelmiä, jotka selittävät kaltoinkohtelua:

- vanhemman masennus, alkoholin käyttö ja perheväkivaltahistoria (Berger 2005 (D))
- äidin eristyneisyys (ilmenee esimerkiksi äidin tyytymättömyytenä saatuun tukeen tai äidit voivat olla onnettomia tai suhtautua kielteisesti tilanteeseensa), äidin psykologiset ongelmat (ilmenee esimerkiksi vääristyneinä odotuksina lasta kohtaan tai itseluottamuksen puutteena) ja äidin kommunikaatio-ongelmat (millainen ilmapiiri perheessä, millainen äidin tapa käsitellä vauvaa) (Grietens ym. 2004 (C))
=> näitä tulisi huomioida varhaisina huolen aiheina kotikäynneillä ja vastaanotoilla
- pienituloisuus, sosiaalisen tuen puute, jos on itse ollut lapsena kaltoinkohdeltu ja yksinhuoltajuus (Hall ym. 1998 (C))
- äidin raskauden aikainen tupakointi, enemmän kuin kaksi lasta perheessä, naimattomuus ja lapsen alhainen syntymäpaino (Wu ym. 2004 (D))
- äidin alhainen koulutus, raskaudenajan neuvolakäyntien laiminlyönti, yksinhuoltajuus, useat synnytykset, tupakointi, useita lapsia perheessä (Murphey & Braner 2000 (D))
- lasta kaltoinkohtelevat äidit ovat erittäin heterogeeninen ryhmä (Wilson ym. 2005 (D))

5. Riskitekijöiden kasaantuminen lisää lapsen kohdistuvaa kaltoinkohtelua. Riskitekijöiden määrän ja laadun tietäminen ja arviointi helpottaa kaltoinkohtelun tunnistamista (Nair ym. 2003 (B), Brown ym. 1998 (B), Hall ym. 1998 (C), Ricci ym. 2003 (D), Wu ym. 2004 (D)). **(B)**

LASTEN KALTOINKOHTELUN MERKIT

6. Lapsen kaltoinkohtelusta aiheutuvien oireiden tai merkkien tunteminen helpottaa lasten kaltoinkohtelun tunnistamista ja siihen puuttumista. (B)

Fyysiset merkit:

- mustelmat poskissa, reisissä, vartalossa, käsivarren yläosassa (Truman 2000 (D))
- mustelmat pakaroissa (Kim 1999 (D), Bernet 1997 (D))
- alle 9 kk ikäisen mustelmat (Truman 2000 (D))
- esineen muotoiset mustelmat/laseraatiot (Kim 1999 (D), Mudd & Findlay 2004 (D), American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect 2002 (D))
- useat mustelmat (Kim 1999 (D))
- perineumin alueen vammat (Kim 1999 (D))
- savukkeella polttamisjäljet (Kim 1999 (D), Mudd & Findlay 2004 (D), Bernet 1997 (D))
- esineen muotoiset ja selvärajaiset, ”sukkaa muistuttavat” palovammat (Kim 1999 (D), Mudd & Findlay 2004 (D), American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect 2002 (D), Bernet 1997 (D))
- eri-ikäiset vammat (Bernet 1997 (D), Mudd & Findlay 2004 (D)), esimerkiksi mustelmien värin vaihtelu
- vammapaikkana iho (Kim 1999 (D), Mudd & Findlay 2004 (D), Tenney-Soeiro & Wilson 2004 (B), American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect 2002 (D))
- vammapaikkana pään alue (Kim 1999 (D), Tenney-Soeiro & Wilson 2004 (B), Newton & Vandeven 2005 (D), Toomey & Bernstein 2001 (C), Chang ym. 2004 (D))
- vammapaikkana luusto (Kim 1999 (D), Tenney-Soeiro & Wilson 2004 (B), Bernet 1997 (D), Newton & Vandeven 2005 (D), Toomey & Bernstein 2001 (C))
- vammapaikkana vatsa (Kim 1999 (D), Bernet 1997 (D))
- velttous, kohtaukset, oksentelu, uneliaisuus, hengityspysähdys (Starling ym. 2004 (C))

Muita merkkejä:

- tunnetaakka, pelko (Paavilainen & Tarkka 2003 (D))
- psykosomaattiset oireet, esimerkiksi vatsakivut ja päänsärky (Paavilainen & Tarkka 2003 (D))
- masennus (Tenney-Soeiro & Wilson 2004 (B))
- sopeutumisongelmat (Tenney-Soeiro & Wilson 2004 (B), Lansford ym. 2002 (C))
- koulunkäyntivaikkeudet (Lansford ym. 2002 (C))
- päihteiden käyttö (Tenney-Soeiro & Wilson 2004 (B), Lansford ym. 2002 (C))
- muut pitkän aikavälin psyykkiset tai käyttäytymisongelmat (Lansford ym. 2002 (C))
- laiminlyönnin merkit lapsessa (kehityksen viivästyminen, erilaiset fyysisen terveyden ongelmat, merkkien ilmenemistapa yhteydessä lapsen ikään) ja kodissa (esimerkiksi, likaisuus, siivoamattomuus) (Cowen 1999 (D), Paavilainen & Tarkka 2003 (D), Straus & Kaufman Kantor 2005 (D))
- lapsen toistuvat käynnit vastaanotolla (Paavilainen & Tarkka 2003 (D))
- lapsi kertoo kivusta ilman selkeää syytä tai aiheuttajaa (Chaney 2000 (D))

KALTOINKOHTELUN TUNNISTAMISEN JA SIIHEN PUUTTUMISEN PERIAATTEET JA KEINOT

7. Lapsen fyysisen pahoinpitelyn epäilyn heräämistä helpottaa seuraavien periaatteiden tietäminen:

- lapsella olevan vamman sijainti, ikä ja vaikeusaste ovat ristiriidassa (tai selittävinä tekijöinä mahdottomia tai epäuskottavia) tapahtumakuvauksen ja lapsen iänmukaisen kehitysvaiheen kanssa (Kim 1999 (D), Mudd & Findlay 2004 (D), Truman 2000 (D), Tupola & Kallio 2004 (D), American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect 2002 (D), Bernet 1997 (D), Newton & Vandeven 2005 (D)) (C)
- mitä nuoremman lapsen vammasta (murtuma, kallovamma, mustelma, palovamma) on kyse, sitä varmemmin vamma johtuu pahoinpitelystä (Truman 2000 (D), Tupola & Kallio 2004 (D), Jenny & Hymel 1999 (C), Chang ym. 2004 (D)) (C)
- lapsen epäspesifit oireet voivat viitata kaltoinkohteluun (Kim 1999 (D), Newton & Vandeven 2005 (D)) (C)
- viive hoitoon hakeutumisessa voi viitata kaltoinkohteluun (Kim 1999 (D), Mudd & Findlay 2004 (D), Tupola & Kallio 2004 (D)) (C)
- vaihtelevat selitykset voivat viitata kaltoinkohteluun (Kim 1999 (D), Tupola & Kallio 2004 (D)) (C)
- vanhemman vähättelevä suhtautuminen voi viitata kaltoinkohteluun (Kim 1999 (D)) (D)
- useat aiemmat vammat tai aiemmat käynnit voivat viitata kaltoinkohteluun (Mudd & Findlay 2004 (D)) (D)
- lapsen huolellinen fyysinen tutkiminen on tärkeää (Kivitie-Kallio & Tupola 2004 (D), Chaney 2000 (D), McAllister 2000 (B)) (LÄÄKÄRIN TEHTÄVÄ) (C)

8. Kaltoinkohtelua tunnistettaessa ja siihen puututtaessa tulee ottaa huomioon useat lapsen ja perheeseen liittyvät asiat (taustat, lapsi, aikuiset, heidän suhteensa) (Little & Kaufman Kantor 2002 (D), Sprang ym. 2005 (D)), ja olla päättelyssä varovainen ja johdonmukainen (Bernet 1997 (D), Sprang ym. 2005 (D)). (C)

9. Perheväkivaltaa tulee arvioida terveiden lasten neuvolakäynneillä ja perheväkivaltaa kokeneille äideille tulee kertoa väkivallan vaikutuksista lapseen (McFarlane ym. 2003 (C)) (C)

Keskustelu äitiys- ja lastenneuvolassa vanhemman kanssa perheen kasvattamis- ja kurinpitokäytännöistä voi johdattaa keskusteluun mahdollisesta kaltoinkohtelusta

(Gaffney ym. 2002 (D), Kayama ym. 2004 (C), Straus 2000 (D), Straus ym.1998 (B)). Myös asennekasvatus ruumiillista kurittamista vastaan on tärkeää Straus 2000 (D).

Kysymyksiä:

- Miten oma äitisi tai isäsi kasvatti sinua lapsena? Muistatko kokeneesi hoivaa/ikäviä asioita; millaisia? Millaisia kurinpitokeinoja vanhempasi käyttivät ja millaisia aiot käyttää omaan lapseesi?
- Millaisia kurinpitokeinoja käytät? Keskustele kurinpitoasenteista ja –keinoista ja pohdi niitä yhdessä vanhempien kanssa. Johtuuko kaltoinkohtelu kasvatuksellisesta kurinpidosta vai siitä, että vanhempi menettää tilanteen hallinnan? Keskustele tarvittaessa moniammatillisen tiimin kanssa. Varmista että vanhemmilla on tietoa ja esimerkiksi yhteystiedot auttamistahoihin silloin, jos tulee yllirasittumistilanteita.
- Ärsyttääkö lapsesi sinua (ks. ärsyttävyystekijät edellä)
=> käynnistää usein runsaan keskustelun.
- Kysy vanhempien kurinpitoasenteista; miten suhtautuvat siihen, saako käyttää ruumiillista kuritusta.
- Kysy tarvittaessa suoraan kaltoinkohtelusta, riittävän konkreettisin kysymyksiin.
- Selvitä, onko vanhemmilla tietoa lapsen normaaleista kehitysvaiheista ja lapsen ikään liittyvistä asioista, esimerkiksi uhmaikästä. Vanhempien on myös hyvä tietää lapsen itkun ”normaaliudesta”: esimerkiksi noin 1 kuukauden ikäinen lapsi itkee noin 1-5 tuntia päivässä (Reijneweld ym. 2004 (D)).

10. Vanhemmilta tulee kysyä lapsen hoitamiseen ja vanhempien parisuhteeseen liittyviä kysymyksiä (Betha 1999 (D), Reijneweld ym. 2004 (D)) **(D):**

- Millaista on hoitaa tätä lasta?
- Kuka auttaa sinua, vanhempia?
- Onko sinulla aikaa itsellesi? Tai molemmilla vanhemmilla?
- Mitä teette kun lapsen käytös hermostuttaa?
- Mitä teette, kun lapsi itkee?
- Onko sinulla vaikeuksia lapsen kanssa ruokailussa tai nukkumaan mennessä?
- Ovatko lapsenne päivähoidossa?
- Millaiset ovat sinun ja puolisoasi suhteet?
- Miten selviydytte perheen arjesta?

11. Lapsen vammojen ja oireiden lisäksi on oleellista selvittää myös vanhempien käyttäytymistä mahdollista kaltoinkohtelua epäiltäessä, kysymällä vanhemmilta suoraan näiden omasta käyttäytymisestä (Straus ym. 1998 (B), Straus & Kaufman Kantor 2005 (D), Wilson ym. 2005 (D)). **(C)**

12. Kun työskennellään vanhempien kanssa, joilla on ollut omassa lapsuudessaan kaltoinkohtelua, on oleellista selvittää ja kysyä suoraan, kuinka he kasvattavat omia lapsiaan, ja miten toimivat vanhempina (Locke & Newcomb 2004 (B), Sprang ym. 2005 (D)). **(C)**

13. Lasten kaltoinkohtelusta kannattaa kysyä, koska kysyttäessä vanhemmat usein kertovat siitä (Sharon ym. 2001 (D), Kerker ym. 2000 (D)). **(C)**

14. Varhainen kotiin suunnattu interventio (esimerkiksi perheen ohjaaminen lapsen kehitykseen liittyvissä asioissa, konkreettinen apu ja tuki, vanhempana olemisen harjaannuttaminen, lapsen ja vanhemman välisen positiivisen vuorovaikutuksen lisäämisen tukeminen kotiloissa) korkean riskin perheille, joissa kaltoinkohtelu on todennäköistä, on suotuisaa lapselle (Nair ym. 2003 (B), Rubin ym. 2001 (C), Thomlinson 2003 (B), Dawson & Berry 2002 ((D)). **(B)**

15. Perhetason pitkäkestoiset interventiot, perheen sitoutuminen niihin, yhteiset tavoitteet, hyvä vuorovaikutus työntekijän ja perheen välillä sekä se, että perhe hyväksyy tarjotun avun, ovat keskeisiä lasten kaltoinkohteluun puuttumisessa (Bethea 1999 (D), Paavilainen & Tarkka 2003 (D), Dawson & Berry 2002 ((D), Toomey & Bernstein 2001 (C), Howes ym. 2000 (D), DePanfilis & Zuravin 2002 (D), Thomlinson 2003 (B), Grietens ym. 2004 (C), Macmillan 2006 (B)). **(B)**

16. Hoitotyöntekijöiden tai muiden ammattilaisten huolellisesti suunnitellut ja toteutetut kotikäynnit ovat käyttökelpoisia sekä tunnistamisen että puuttumisen keinoina (Rubin ym. 2001 (C), Eckenrode ym. 2000 (B), Leventhal 1996 (D), Olds ym. 1997 (B), Olds 2002 (B), Fraser ym. 2000 (C), Chaney 2000 (D), Centre for Reviews and Dissemination 2005 (A), Cerny & Inouye 2001 (D), Duggan ym. 2004 (B)). **(B)**

- raskauden ja pikkulapsivaiheen aikaiset kotikäynnit vähentävät äitien tekemää kaltoinkohtelua, mutta kotikäynneillä ei ole vaikutusta muun perheväkivallan määrään. Jos runsaasti perheväkivaltaa, myöskään lasten kaltoinkohtelu ei vähene kotikäynnein. (Eckenrode ym. 2000 (B), Olds ym. 1997 (B), DePanfilis & Zuravin 2002 (D)) **(B)**
- pitkäaikaisessa seurannassa (25 vuotta) kaltoinkohtelu saattaa vähentyä kotikäynnein, jos ne ovat perheille sopivia ja kotikäyntejä tekevät hoitajat koulutetaan (Olds 2002 (B)). Pitkäkestoiset, suunnitelmalliset ja voimavaralähtöiset, perheitä tukevat kotikäyntiohjelmat vähentävät kaltoinkohtelua (MacLeod & Nelson 2000 (A)). **(B)**
- jos kotikäynnit ovat huonosti toteutettuja ja suunniteltuja, ne saattavat jopa lisätä kaltoinkohtelua (Murphey & Braner 2000 (D)). Kotikäynneillä ei ole välttämättä lasten kaltoinkohtelua vähentävää vaikutusta (Duggan ym. 2004 (B), (Rubin ym. 2001 (C), Centre for Reviews and Dissemination 2005 (A)) **(B)**
- välittömästi synnytyksen jälkeen on sopiva aika arvioida korkean riskin (=useita riskitekijöitä) perheitä kotikäynnein (Fraser ym. 2000 (C)) **(C)**
- jos positiivinen suhde asiakkaan ja hoitajan välillä, kotikäynnit ovat tehokas keino arvioida perheiden tilannetta (Cerny & Inouye 2001 (D)) **(D)**

Seuraavien kriteerien toteutuminen tukee kotikäyntien onnistumista (Leventhal 1996 (D)):

- kotikäynnit tulee aloittaa varhain
- kotikäyntien tulee tapahtua riittävän usein (perhe ja työntekijä oppivat tuntemaan toisensa)
- kotikäynnin päätarkoituksena on luoda terapeutin suhde vanhempiin
- työntekijä keskusteleo mahdollisesta kaltoinkohtelusta ja sen merkeistä
- työntekijä kykenee antamaan toimivan vanhemmuuden mallin
- työntekijä ei jätä lapsen tarpeita huomiotta
- työntekijä kykenee tarjoamaan perheelle konkreettisia palveluita
- palvelun tulee kohdistua kaikkiin perheenjäseniin
- kotikäynnit tulee räätälöidä perheen tarpeisiin: ei tarjota "kaikkea kaikille"

17. Moniammatillinen yhteistyö helpottaa lasten kaltoinkohtelun tunnistamista ja siihen puuttumista (Bethea 1999 (D), American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect 2002 (D), Sharon ym. 2001 (D), Berner 1997 (D), Little & Kaufman Kantor 2002 (D), Jenny & Hymel 1999 (C), Galvin ym. 2005 (D), Grietens ym. 2004 (C), Cowen & Reed 2002 (D), Leventhal 1999 (D), Sadler ym. 1999 (D), Murry ym. 2000 (D)). **(B)**

18. Hoitajien rooli ja vuorovaikutustaidot kaltoinkohtelun tunnistamisessa ja siihen puuttuessa ovat erittäin tärkeitä (Paavilainen & Tarkka 2003 (D), Little & Kaufman Kantor 2002 (D), Cowen & Reed 2002 (D), Peck & Priolo-Kapel 2002 (D), Kim 1999 (D), Sharon ym. 2001 (D), King & Reid 2003 (D), Chaney 2000 (D)). **(C)**

Hoitajan tehtäviä:

- vammojen, merkkien ja tilanteen havainnointi ja dokumentointi: ajankohta, vamman kuvaus (myös valokuvaus), arvio sen synnystä, lapsen kasvuun (esimerkiksi ravitsemustila) ja kehitykseen liittyvät seikat
- potilaan/asiakkaan turvallisuuden arviointi ja varmistaminen tilanteessa ja sen jälkeen
- löydöksistä informointi muulle tiimille
- lapsen ja vanhempien käyttäytymisen havainnointi (esimerkiksi vastaavatko verbaalinen ja non-verbaalinen viestintä toisiaan, millaiset ovat lapsen ja vanhemman väliset suhteet)
- tietojen hankkiminen perheeltä kysymällä
- perheiden kuunteleminen
- perheiden riskitekijöiden tunnistaminen
- jatkohoidon järjestäminen
- omahoitajuus tärkeää lapsen ja perheen kohtaamisen ja hoidon kannalta
- systemaattinen dokumentointi tärkeää: esimerkiksi vuokaaviot, tarkistuslistat saattavat olla hyviä. Niiden käyttöön tulee liittää koulutusta. (Ranger & Pearce 2002 (D))

19. Laaja-alainen koulutus (esimerkiksi ilmiö sinänsä, keinot tunnistaa ja puuttua, dokumentointi sekä lainsäädäntö) yhdessä eri ammattiryhmille on keskeinen keino parantaa kaltoinkohtelun tunnistamista ja siihen puuttumista (Bannon & Carter 2003 (D), Cerezo & Pons-Salvador 2004 (C), Elders 1999 (D), Leventhal 1999 (D), Little & Kaufman Kantor 2002 (D), Renger & Pearce 2002 (D), King & Reid 2003 (D)). **(C)**

HOITOTYÖN SUOSITUKSEN YHTEENVETO JA SOVELTAMINEN

Hoitotyön suositukset perustuvat kohtalaiseen näyttöön (Kahn Khalid ym. 2003). Taustalla olevassa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (Paavilainen & Flinck 2007) on mukana 77 tutkimusta tai muuta korkeatasoista tieteellistä artikkelia eri tieteenaloilta. Suositukset on ryhmitelty riskitekijöiden arviointiin, kaltoinkohtelun merkkeihin sekä kaltoinkohteluun puuttumisen periaatteisiin ja keinoihin. Suositus on yhteenveto saatavilla olevasta tutkimustiedosta, joka on tiivistetty lasten kaltoinkohtelun tunnistamista ja siihen varhaista puuttumista edistäviksi periaatteiksi. Kaltoinkohtelun riskitekijöitä on tutkittu paljon, ja niiden osuus ja kasautumisen merkitys korostuu tässä suosituksessa. Tulee kuitenkin välttää niiden perusteella perheen leimaamista kaltoinkohteleväksi, ja muistaa että erilaisia kaltoinkohtelun muotoja voi esiintyä hyvin erilaisissa perheissä.

Suosituksia voidaan käyttää monipuolisesti sekä avoterveydenhuollossa ja sairaalassa että muissa moniammatillisen yhteistyön tilanteissa, joissa ollaan tekemisissä lasten, nuorten ja heidän perheidensä kanssa. Suosituksen antamaa koottua, tutkittua ja analysoitua tietoa voidaan käyttää tilanteissa, joissa epäily lapseen kohdistuvasta kaltoinkohtelusta herää. Tietoa tulee soveltaa yhdessä työntekijän kokemustiedon ja lapselta ja hänen perheeltään kerätyn kokemukset tai muun tilanteeseen liittyvän tiedon kanssa. Tutkitun tiedon avulla työntekijällä on mahdollisuus vahvistaa omaa tietopohjaansa aihepiiristä ja lisätä valmiuksia keskustella aiheesta moniammatillisissa työryhmissä. Näin voidaan vahvistaa työntekijöiden uskallusta ja rohkeutta puuttua asiaan, joka on aiemmin voitu sivuuttaa helpommin, kun ei ole ollut tarvittavaa tietoa ja rohkeutta (Paavilainen & Pösö 2003). Lapsen tai nuoren omat kokemukset tulee myös kuulla ja ottaa huomioon. Aiempaa tutkimustietoa niistä ei ole vielä riittävästi saatavilla, joten tähän pitää myös tutkimuksellisesti panostaa.

Suosituksista voidaan soveltaa myös hoitotyön ja muiden ammattilaisten koulutuksessa ja moniammatillisen yhteistyön koulutuksissa eri tasoilla. Ne soveltuvat sekä peruskoulutuksen että täydennyskoulutuksen sisällöksi ja ne tulisi ottaa huomioon kun suunnitellaan ja toteutetaan lapsiin, nuoriin ja heidän perheisiinsä liittyviä opetuksen sisältöjä. Suositus tulisi ottaa huomioon myös, kun organisoidaan ja johdetaan moniammatillisen yhteistyön käytäntöjä eri sektoreilla ja niiden yhteistyönä. Lasten kaltoinkohtelun ja varhaisen puuttumisen työyksikkökohtaisia, paikallisia ja alueellisia toimintamalleja tulee edelleen kehittää (Flinck ym. 2007), ja siinä voidaan tämän suosituksen sisältöä käyttää apuna. Myös Sprang ym. (2005) tuovat esiin tarpeen kehittää monipuolisia arviointimenetelmiä kaltoinkohtelun tunnistamiseksi ja siihen puuttumiseksi.

Suosituksen avulla voidaan käydä myös keskustelua kurinpitämiseen ja ruumiilliseen kurittamiseen liittyvistä asenteista ja kurinpitomenettelyistä Suomessa. Suositus voi myös edesauttaa keskustelua vanhempien ja perheiden tuen tarpeista ja vanhempana jaksamisesta, jotta vanhempien jaksamattomuus ja uupumus eivät johtaisi lasten kaltoinkohteluun.

Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen on asia, jota on erittäin hankalaa tutkia ja antaa siitä kaiken kattavia, tutkimustietoon perustuvia ohjeita. Tämä suositus tuo kuitenkin esiin sen, mitä aiheesta tutkimuksen perusteella tiedetään, ja suosituslauseet voivat toimia työskentelyn pohjana. Suositusten käyttöönottamista tulee edistää koulutuksella. Lisäksi tarvitaan vielä lapsen ja perheen kokemusten kartoittamista ja huomioon ottamista sekä lasten kanssa työskentelevien kokemusta ja siihen perustuvaa käytännöllistä näyttöä.

LÄHTEET

Allin H, Wathen CN, & MacMillan H. 2005. Treatment of child neglect: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry* 40, 497–503.

Bethea L. 1999. Primary prevention of child abuse. *American Family Physician* 59, 1577–1585.

Brown J, Cohen P, Johnson JG & Salzinger S. 1998. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17 year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect* 22, 1065–1078.

Bronfenbrenner U. 1986. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology* 22, 723–742.

Daro D & Connelly AC. 2002. Charting the waves of prevention: Two steps forward, one step back. *Child Abuse & Neglect* 26, 731–742.

Ellonen N, Kivivuori J & Kääriäinen J. 2007. Lapset ja nuoret väkivallan kohteina. Poliisiammattikorkeakoulun tiedotteita 64/2007. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 80.

Flinck A, Merikanto J & Paavilainen E. 2007. Lasten fyysisen pahoinpitelyn tunnistaminen ja siihen puuttuminen yliopistollisessa sairaalassa. *Hoitotiede* 19, 164–173.

Fulton D. 2000. Early recognition of Munchausen Syndrome by Proxy. *Critical Care Nursing Quarterly/August 2000*, 23(2), 35–42.

Galvin HK, Newton AW & Vandeven AM. 2005. Update on Munchausen Syndrome by Proxy. *Current Opinion in Pediatrics* 17, 252–257.

Grietens H, Geeraert L & Helinckx W. 2004. A scale for home visiting nurses to identify risks of physical abuse and neglect among mothers with newborn infants. *Child Abuse & Neglect* 28, 321–337.

Grouch JL & Milner JS. 1993. Effects of child neglect on children. *Criminal Justice and Behavior* 20, 49–65.

Hart S, Brassard M & Karlson H. 1996. Psychological maltreatment. Teoksessa: Briere J, Berliner L, Bulkley J, Jenny C, Reid T. (toim.) *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Sage, Thousand Oaks, 72–89.

Hopia H, Orhanen S & Paavilainen E. 2004. Perheiden käyttäytyminen sairaalassa: terveydenhuoltohenkilöstön kuvaus epäilemistään lapseen tai nuoreen kohdistuneesta kaltoinkohtelutapauksesta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 41, 324–335.

Jenny C & Isaac R. 2006. The relation between child death and child maltreatment. *Archives of Disease in Childhood* 91, 265–269.

Khan Khalid S, Kunz R, Kleijnen J & Antes G. 2003. Systematic Reviews to Support Evidence-based Medicine. How to review and apply findings of health care research. The Royal Society of Medicine Press, London.

Kylmä J, Pelkonen M & Hakulinen T. 2004. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. *Hoitotiede* 16, 250–257.

Kääriäinen M & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18, 37–45.

Lastensuojelulaki 2007/417.

Lazenbatt A & Freeman R. 2006. Recognizing and reporting child physical abuse: A survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing* 56, 227–236.

Leventhal JM. 1999. The challenges of recognizing child abuse: Seeing is believing. *The Journal of American Medical Association (JAMA)* 281, 657–659.

Little L & Kaufman Kantor G. 2002. Using ecological theory to understand intimate partner violence and child maltreatment. *Journal of Community Health Nursing* 19, 133–145.

Loiselle J. 2002. Physical abuse. Teoksessa: Giardino A, Giardino E. (toim.) *Recognition of child abuse*. 3.p. G.W. Medical Publishing, Inc. St. Louis, Missouri.

MacLeod J & Nelson G. 2000. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect* 24, 1127–1149.

MacMillan H. 2006. Preventive health care 2000 update: Prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal* 163(11), 1451–1486.

McAllister M. 2000. Domestic violence: A life-span approach to assessment and intervention. *Primary Care Practice* 4, 174–189.

Nair P, Schuler ME, Black MM, Kettinger L & Harrington D. 2003. Cumulative environmental risk in substance abusing women: Early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child Abuse & Neglect* 27, 997–1017.

Paavilainen E. 1998. Lasten kaltoinkohtelu perheessä: perheen toiminta ja yhteistyö perhettä hoitavan terveydenhoitajan kanssa. *Acta Universitas Tamperensis* vol 604, Tampereen yliopisto.

Paavilainen E, Merikanto J, Åstedt-Kurki P, Laippala P, Tammentie T & Paunonen-Ilmonen M. 2002a. Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital. *International Journal of Nursing Studies* 39, 287–294.

Paavilainen E, Åstedt-Kurki P, Paunonen-Ilmonen M & Laippala P. 2002b. Caring for maltreated children: A challenge for health care education. *Journal of Advanced Nursing* 37, 551–557.

Paavilainen E, Åstedt-Kurki P & Paunonen M. 1996. Lapsen kaltoinkohtelu perheessä: Pahoinpitelyä, hyväksikäyttöä, laiminlyöntiä – käsitteanalyysi. *Hoitotiede* 8, 111–118.

Paavilainen E & Pösö T. 2003. *Lapset, perhe ja väkivaltatyö*. WSOY, Porvoo.

Paavilainen E & Merikanto J. 2003. Pahoinpidellyn lapsen tunnistamisen ja hoitamisen toimintamalli. Teoksessa: Paavilainen E, Pösö T. *Lapset, perhe ja väkivaltatyö*. WSOY, Porvoo, 229–235.

Paavilainen E, Kanervisto M, Flinck A & Rautakorpi H. 2006. Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen, siihen puuttuminen ja näihin liittyvä koulutuksen tarve. *Tutkiva Hoitotyö* 4, 23–29.

Paavilainen E & Flinck A. 2007. Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen: Systemaattisesti kerätty tutkimustieto kehittämistyön tukena. *Tutkiva Hoitotyö* 5(2), 4–8.

Peters R & Barlow J. 2003. Systematic review of instruments designed to predict child maltreatment during the antenatal and postnatal periods. *Child Abuse Review* 12, 416–439.

Sadler B, Chadwick D & Hensler D. 1999. The summary chapter – the national call to action: Moving ahead. *Child Abuse & Neglect* 23, 1011–1018.

Sanders T & Cogley C. 2005. Identifying non-accidental injury in children presenting to A & E departments: An overview of the literature. *Accident and Emergency Nursing* 13, 130–136.

Sariola H & Uutela A. 1992. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect* 16, 823–832.

Scher CD, Forde DR, McQuaid JR & Stein MB. 2004. Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in a adult community sample. *Child Abuse & Neglect* 28, 167–180.

Sprang G, Clark JJ & Bass S. 2005. Factors that contribute to child maltreatment severity: a multi-method and multidimensional investigation. *Child Abuse & Neglect* 29: 335–350.

Suomen Lastenlääkäriyhdistys. 2006. *Käsiteltävä varoen -esite*.

Söderholm A, Halila R, Kivitie-Kallio S, Mertsola J & Niemi S. 2004. *Lapsen kaltoinkohtelu*. Duodecim, Helsinki.

Taskinen S. 2003. *Lapsen seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn selvittäminen*. Stakes. Oppaita 55. Stakes, Helsinki.

Tenney-Soeiro R & Wilson C. 2004. An update on child abuse and neglect. *Current Opinion in Pediatrics* 16, 233–237.

Thomas K. 2003. Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and diagnosis. *Journal of Pediatric Nursing* 18, 174–180.

Thurston C. 2006. Child protection: Primary prevention and early intervention. *Practice Nurse* 31(11), 44–50.

Truman P. 2000. Physical child abuse. *Nursing Standard* 14, 33–34.

Unicef. 2007. Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. Unicef Innocenti Research Centre, Report Card 7, Italy.

www.kaypahoito.fi

www.lapsiasia.fi (Tiedote: YK:lle erityisedustaja vähentämään lapsiin kohdistuvaa väkivaltaa)

www.sairaanhoitajaliitto.fi

www.tampere.fi/sosiaalipalvelut/materiaalipankki

www.unicef.fi/lapsen_oikeuksien_sopimus

Ziegler D, Sammut J & Piper A. 2005. Assessment and follow-up of suspected child abuse in preschool children with fractures seen in a general hospital emergency department. *Journal of Paediatric & Child Health* 41, 251–255.

LASTEN KALTOINKOHTELUN TUNNISTAMINEN JA SIIHEN PUUTTUMINEN - HOITOTYÖN SUOSITUKSEN PERUSTANA OLEVA KIRJALLISUUS

1.	Nair P, Schuler ME, Black MM, Kettinger L & Harrington D. 2003. Cumulative environmental risk in substance abusing women: early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. <i>Child Abuse & Neglect</i> 27: 997–1017.
2.	Brown J, Cohen P, Johnson JG & Salzinger S. 1998. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. <i>Child Abuse & Neglect</i> 22: 1065–1078.
3.	Bethea L. 1999. Primary Prevention of Child Abuse. <i>American Family Physician</i> 59: 1577–1585.
4.	Kim K Cheung. 1999. Identifying and Documenting Findings of Physical Child Abuse and Neglect. <i>Journal of Pediatric Health Care</i> 13: 142–143.
5.	Cowen PS. 1999. Child neglect: injuries of omission. <i>Pediatric Nursing</i> 25(4): 401–416.
6.	Gaffney KF, Barndt-Maglio B, Myers S & Kollar SJ. 2002. Early Clinical Assessment for Harsh Child Discipline Strategies. <i>The American Journal of Maternal/Child Nursing</i> 27(1):34–40.
7.	Kayama M, Sagami A, Watanabe Y, Senoo E & Ohara M. 2004. Child Abuse Prevention in Japan: An Approach to Screening and Intervention with Mothers. <i>Public Health Nursing</i> 21: 513–518.
8.	Kivitie-Kallio S & Tupola S. 2004. Ravistellun vauvan oireyhtymä. <i>Duodecim</i> 120: 2306–2312.
9.	McAllister M. 2000. Domestic Violence: A Life-Span Approach to Assessment and Intervention. <i>Primary Care Practice</i> 4: 174–189.
10.	Paavilainen E & Tarkka M-T. 2003. Definition and Identification of Child Abuse by Finnish Public Health Nurses. <i>Public Health Nursing</i> 20: 49–55.
11.	Mudd SS & Findlay JS. 2004. The Cutaneous Manifestations and Common Mimickers of Physical Child Abuse. <i>Journal of Pediatric Health Care</i> 18:123–129.
12.	Starling SP, Patel S, Burke BL, Sirotnak AP, Stronks S & Rosquist P. 2004. Analysis of Perpetrator Admissions to Inflicted Traumatic Brain Injury in Children. <i>Arch Pediatr Adolesc Med</i> 158: 454–458.
13.	Straus MA. 2000. Corporal Punishment and primary prevention of physical abuse. <i>Child Abuse & Neglect</i> 24(9), 1109–1114.
14.	Tenney-Soeiro R & Wilson C. 2004. An update on child abuse and neglect. <i>Current Opinion in Pediatrics</i> 16 233–237.
15.	Truman P. 2000. Physical child abuse. <i>Nursing Standard</i> 14(50): 33–34
16.	Väisänen L & Väisänen E. 2000. Perheväkivallan uhrin kohtaaminen lääkärin työssä. <i>Suomen Lääkärilehti</i> 55(24–26), 2655–2659.
17.	Tupola S & Kallio P. 2004. Lasten fyysinen pahoinpitely – diagnostiikka, menettelytavat ja seuranta. <i>Suomen Lääkärilehti</i> 59(40), 3749–3755.
18.	American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect 2002. When Inflicted Skin Injuries Constitute Child Abuse. <i>Pediatrics</i> 110: 644–645.
19.	English DJ. 1998. The Extent and Consequences of Child Maltreatment. <i>Protecting Children from Abuse and Neglect</i> 8: 39–53.
20.	DiLauro M D. 2004. Psychosocial Factors Associated with Types of Child Maltreatment. <i>Child Welfare League of America</i> 83: 69–99.
21.	Sharon EM, Gerardi MJ, Dietrich AM, Knazik SR, Mulligan-Smith, Sweeney RL & Warden CR. 2001. Injury Prevention and Control in Children. <i>Annals of Emergency Medicine</i> 38: 405–414.
22.	Bernet W (pääasiainen kirjoittaja). 1997. Practice Parameters for the Forensic Evaluation of Children and Adolescents Who May Have Been Physically or Sexually Abused. <i>Child & Adolescent Psychiatry</i> 36: 423–442.
23.	Little L & Kaufman Kantor G. 2002. Using Ecological Theory to Understand Intimate Partner Violence and Child Maltreatment. <i>Journal of Community Health Nursing</i> 19 (3): 133–145.

24.	Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE, Crozier J & Kaplow J. 2002. A 12-Year Prospective Study of the Long-Term Effects of Early Child Physical Maltreatment on Psychological, Behavioral, and Academic Problems in Adolescence. <i>Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine</i> 156, 824–830.
25.	Jenny C, & Hymel KP. 1999. Analysis of Missed Cases of Abusive Head Trauma. <i>Journal of American Medical Association</i> , 281(7): 621–626.
26.	Galvin HK, Newton AW & Vandeven AM. 2005. Update on Munchausen syndrome by proxy. <i>Current Opinion in Pediatrics</i> 17: 252–257.
27.	Newton AW & Vandeven AM. 2005. Update on child maltreatment with a special focus on shaken baby syndrome. <i>Current Opinion in Pediatrics</i> 17: 246–251.
28.	Dawson K & Berry M. 2002. Engaging Family in Child Welfare Services: An Evidence-Based Approach to Best Practice. <i>Child Welfare League of America</i> 81(2): 293-317.
29.	McFarlane JM, Groff JY, O'Brien JA & Watson K. 2003. Behaviors of Children Who Are Exposed and Not Exposed to Intimate Partner Violence: An Analysis of 330 Black, White, and Hispanic Children. <i>Pediatrics</i> 112: 202–207.
30.	Renger JR & Pearce AV. 2002. Quality improvement report: Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. <i>BMJ (British Medical Journal)</i> 324: 780–782.
31.	Bannon MJ & Carter YH. 2003. Paediatricians and child protection: the need for effective education and training. <i>Archives of Disease in Childhood</i> 88: 560-562.
32.	Toomey S & Bernstein H. 2001. Child abuse and neglect: prevention and intervention. <i>Current Opinion in Pediatrics</i> 13: 211–215.
33.	Grietens H, Geeraert L & Hellinckx W. 2004. A scale for home visiting nurses to identify risks of physical abuse and neglect among mothers with newborn infants. <i>Child Abuse & Neglect</i> 28(3): 321–337.
34.	Rubin D, Lane W & Ludwig S. 2001. Child abuse prevention. <i>Current Opinion in Pediatrics</i> 13, 388–401.
35.	Howes PW, Cicchetti D, Toth SL, Rogosch FA. 2000. Affective, organizational, and relational characteristics of maltreating families: a systems perspective. <i>Journal of Family Psychology</i> 14 (1) 95–110.
36.	Scher CD, Forde DR, McQuaid JR, Stein MB. 2004: Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in a adult community sample. <i>Child Abuse & Neglect</i> 28(2): 167–180.
37.	Cowen PS & Reed DA. 2002. Effects of Respite Care for Children with Developmental Disabilities: Evaluation of an Intervention for At Risk Families. <i>Public Health Nursing</i> 19(4): 272–283.
38.	Locke TF & Newcomb MD. 2004. Child Maltreatment, Parent Alcohol- and Drug-Related Problems, Polydrug Problems, and Parenting Practices: A Test of Gender Differences and Four Theoretical Perspectives. <i>Journal of Family Psychology</i> 18(1): 120–134.
39.	DePanfilis D & Zuravin SJ. 2002. The effect of services on the recurrence of child maltreatment. <i>Child Abuse & Neglect</i> 26: 187–205.
40.	Mollerstrom WW, Patchner MA & Milner JS. 1992. Family Functioning and Child Abuse Potential. <i>Journal of Clinical Psychology</i> 48 (4): 445–453.
41.	Straus MA, Hamby SL, Finkelhor D, Moore DW & Runyan D. 1998. Identification of child maltreatment with the parent-child conflict tactics scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. <i>Child Abuse & Neglect</i> 22 (4): 249–270.
42.	Chang DC, Knight V, Ziegfeld S, Haider A, Warfield D & Paidas C. 2004. The Tip of the Iceberg for Child Abuse: The Critical Roles of the Pediatric Trauma Service and its Registry. <i>The Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care</i> 57 (6): 1189–1198.
43.	Ricci L, Giantris A, Merriam P, Hodge S & Doyle T. 2003. Abusive head trauma in Maine infants: medical, child protective, and law enforcement analysis. <i>Child Abuse & Neglect</i> 27: 271–283.
44.	Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CR, Smith E, Olds DL, Powers J, Cole R, Kitzman H, Sidora K. 2000. Preventing Child Abuse and Neglect With a Program of Nurse Home Visitation: The Limiting Effects of Domestic Violence. <i>The Journal of American Medical Association (JAMA)</i> 284 (11) 1385–1391.

45.	Leventhal JM 1996. Twenty years later: we do know how to prevent child abuse and neglect. <i>Child Abuse & Neglect</i> 20(8): 647–653.
46.	Olds, DL, Eckenrode J, Henderson C, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettit LM & Luckey D. 1997. Long-term effects of Home-Visitation on Maternal Life Course and Child Abuse and Neglect: Fifteen-Year Follow-up of a Randomized Trial. <i>The Journal of American Medical Association (JAMA)</i> 278 (8): 637–643.
47.	Olds DL. 2002. Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses: From Randomized Trials to Community Replication. <i>Prevention Science</i> 3(3):153–172.
48.	Hall LA, Sachs B & Rayens, MK. 1998. Mother's Potential for Child Abuse: The Roles of Childhood Abuse and Social Resources. <i>Nursing Research</i> 47(2): 87–95.
49.	Reijneweld SA, van der Wal MF, Brugman E, Hira Sing RE, Verloove-Vanhorick SP, 2004. Infant crying and abuse. <i>The Lancet</i> 364(9): 1340-1342.
50.	Leventhal JM. 1999. The Challenges of Recognizing Child Abuse: Seeing is believing. <i>The Journal of American Medical Association (JAMA)</i> The 281(7): 657–659.
51.	Cerezo MA & Pons-Salvador G. 2004. Improving child maltreatment detection systems: a large-scale case study involving health, social services, and school. <i>Child Abuse & Neglect</i> 28(11): 1153–1169.
52.	Fraser JA, Armstrong KL, Morris JP & Dadds MR. 2000. Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: follow-up results of a randomized controlled trial. <i>Child Abuse & Neglect</i> 24(11): 1399–1429.
53.	Wilson SL, Kuebli JE & Hughes HM. 2005. Patterns of maternal behavior among neglectful families: Implications for research and intervention. <i>Child Abuse & Neglect</i> 29: 985–1001.
54.	Sprang G, Clark JJ & Bass S. 2005. Factors that contribute to child maltreatment severity: a multi-method and multidimensional investigation. <i>Child Abuse & Neglect</i> 29: 335–350.
55.	Berger LM. 2005. Income, family characteristics, and physical violence towards children. <i>Child Abuse & Neglect</i> 29: 107–133.
56.	Straus MA, Kaufman Kantor G. 2005. Definition and measurement of neglectful behaviour: some principles and guidelines. <i>Child Abuse & Neglect</i> 29: 19–29.
57.	Wu SS, Ma C-X, Carter RL, Ariet M, Fearver EA, Resnick MB & Roth J. 2004. Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. <i>Child Abuse & Neglect</i> 28: 1253–1264.
58.	Murry SK, Baker AW & Lewin L. 2000. Screening families with young children for child maltreatment potential. <i>Pediatric Nursing</i> 26 (1).
59.	Centre for Reviews and Dissemination. 2005. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of the British literature. <i>Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness</i> 2.
60.	King W & Reid C. 2003. National audit of emergency department child protection procedures. <i>Journal of Emerg Med</i> 20: 222–224.
61.	Peck MD & Priolo-Kapel D. 2002. Child Abuse by Burning: A review of the Literature and an Algorithm for Medical Investigation. <i>The Journal of Trauma, Injury, Infection and Critical Care</i> 53, 1013–1022.
62.	Cerny JE & Inouye J. 2001. Utilizing the Child Abuse Potential Inventory in a Community Health Nursing Prevention Program in Child Abuse. <i>Journal of Community Health Nursing</i> 18(4): 199–211.
63.	Ertem IO, Leventhal JM & Dobbs S. 2000. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? <i>The Lancet</i> 356(2) 814–819.
64.	Perez-Albeniz A & de Paul J. 2004. Gender differences in empathy in parents at high- and low-risk of child physical abuse <i>Child Abuse & Neglect</i> 28 (3), 289-300.
65.	Elders MJ. 1999. The Call to Action. <i>Child Abuse & Neglect</i> 23 (10): 1003–1009.
66.	Duggan A, McFarlane E, Fuddy L, Burrell L, Higman SM, Windham A & Sia C. 2004. Randomized trial of a statewide home visiting program: Impact in preventing child abuse and neglect. <i>Child Abuse & Neglect</i> 28: 597–622.
67.	Thomas K. 2003. Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Diagnosis. <i>Journal of Pediatric Nursing</i> 18 (3), 174–180.
68.	Thomlinson B. 2003. Characteristics of Evidence-Based Child Maltreatment Interventions. <i>Child Welfare</i> 2003, 82 (5) September/October 541–569.

69.	Sadler BL, Chadwick DL & Hensler DJ. 1999. The Summary Chapter– The National Call to Action: Movin Ahead. <i>Child Abuse & Neglect</i> 23 (10), 1011-1018.
70.	Rumm PD, Cummings P. Krauss MR, Bell MA & Rivara FP. 2000. Identified spouse abuse as a risk factor for child abuse. <i>Child Abuse & Neglect</i> 24: 1375–1381.
71.	MacLeod J & Nelson G. 2000. Programs for the Promotion of Family Wellness and the Prevention of Child Maltreatment: A Meta-analytic Review. <i>Child Abuse & Neglect</i> 24(9), 1127-1149.
72.	Murphey DA & Braner M. 2000. Linking Child Maltreatment Retrospectively to Birth and Home Visit Records: An Initial Examination. <i>Child Felfare League of America</i> . LXXIX, #6, November/December). 711-728.
73.	Tajima EA 2004. Correlates of the Co-Occurrence of Wife-Abuse Among a Representative Sample. <i>Journal of Family Violence</i> 19(6) 399–410.
74.	Kerker BD, Horwitz SM, Leventhal JM, Plichta S & Leaf PJ. 2000. Identification of Violence in the Home: Pediatric and Parental Reports. <i>Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine</i> 154(5): 457–462.
75.	Chaney S. 2000. Child abuse: Clinical findings and management. <i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</i> 12 (11): 467-471.
76.	Fulton D. 2000. Early recognition of Munchausen syndrome by proxy. <i>Critical Care Nursing Quarterly</i> 23 (2): 35-42.
77.	MacMillan H. 2006. Preventive healthcare 2000 update: Prevention of child maltreatment. Centre of Reviews and Dissemination. <i>Database of Abstracts of Reviews and Effects</i> 3.