

Naisiin kohdistuva väkivalta

Ulla Pikarinen ja Erja Halmesmäki

Yhdistyneet kansakunnat on ottanut tavoitteekseen naisten aseman parantamisen julistamalla naisiin kohdistuvan väkivallan ihmisoikeusrikokseksi. Naisten erityisasemaa on käsitelty lukuisissa maailmankongresseissa vuodesta 1975. Naisten sukupuolielinten silpominen, »kunniamurhat» ja sodankäynnin keinona käytettävät järjestelmälliset joukkoraiskaukset ovat tulleet uutisten kautta tutuiksi myös Suomessa. Tavallisin naisiin kohdistuvan väkivallan muoto on kuitenkin perheväkivalta, jota harjoitetaan kaikissa kulttuureissa. Pahoinpidellyt naiset käyttävät terveyspalveluja muita enemmän vaikka eivät hakisikaan apua väkivaltaiseen elämäntilanteeseensa. Heillä esiintyy ruumiillisten vammojen lisäksi enemmän pitkäaikaisia, elämänlaatua huonontavia terveysongelmia ja päihteiden käyttöä. Raskaus kaksinkertaistaa pahoinpitelyn riskin väkivaltaisessa parisuhteessa. Väkivallan merkkien havaitseminen ja väkivallasta kärsineiden naisten hoito kuuluvat hyvään terveydenhuoltoon.

Naisiin kohdistuva väkivalta ilmenee monella eri tavalla ja tasolla. Väestötilastojen mukaan maailmassa on noin 60 miljoonaa naista vähemmän kuin väestöennusteiden mukaan pitäisi olla. Tyttösikiöiden abortointi, tyttöauvojen surmaaminen ja se, että naiset ja tytöt saavat huonompaa ravintoa ja vähemmän lääkintäpalveluja, ovat osaltaan vaikuttaneet naisten suhteelliseen vähentymiseen. Samoin naisten sukupuolielinten silpominen (ympäri-leikkaus), suvulle häpeää tuottaneen naisen surmaaminen eli »kunniamurha», myötäjaisriitoihin liittyvät murhat ja hapon heittäminen kasvoille ja keholle ovat kulttuurisidonnaisia väkivallan muotoja. Naisväestön järjestelmällinen pahoinpitely ja joukkoraiskaukset kuuluvat sodankäynnin keinoihin. Valitettavasti ongelmat eivät kuitenkaan rajoitu poikkeusoloihin ja kolmanteen maailmaan, vaan naisia raiskataan kaikkialla maailmassa ja perheväkivaltaa esiintyy kaikissa kulttuureissa. Suomalaisen väestötutkimuksen mukaan 15-vuotiaista tai sitä van-

hemmista naisista 40 % on joutunut miehen tekemän fyysisen tai seksuaalisen väkivallan kohteeksi. Kaksi viidestä parisuhteessa elävästä naisesta on joutunut puolisonsa pahoinpitelemäksi tai uhkaamaksi (Heiskanen ja Piispa 1998).

Keskitymme tässä katsauksessa erityisesti terveydenhuollon näkökulmaan. Seksuaalirikoksen uhrin tutkimista on käsitelty hiljan suomalaisissa artikkeleissa (Vala 2000, Brusila 2001), ja Väestöliitto on vastikään julkaissut RAP-raiskauksen uhrin akuuttihoito -kansiossa ohjeet lääkäreille ja hoitajille (Brandt ym. 2001).

Väkivaltaisen käyttäytymisen selitysmalleja

Tutkimukset selittävät miesten väkivaltaista käyttäytymistä monenlaisilla teorioilla, mutta niissä kaikissa naisiin kohdistuva väkivalta selittyy sukupuolten välisellä eriarvoisuudella. Monesti yhteisö ja varsinkin tekijä syyllistävät uhrin, ja puolisonsa pahoinpitelemää naista syy-

tetään miehen ärsyttämisestä, vaimon tehtävien laiminlyönnistä tai uskottomuudesta. Raiskattujen väitetään provosoineen raiskaajaa pukeutumisellaan tai käytöksellään.

Sukupuolirooliteorian mukaan miehet ja naiset oppivat tietyt maskuliinisen ja feminiinisen käyttäytymisen mallit. Kovuus, voima ja hallinta ovat miehisiä piirteitä, joita väkivaltainen mies vahvistaa heikomman alistamisella. Naisen odotetuista sukupuolirooleista poikkeava käyttäytyminen ja kulttuurisidonnaisen hyvän naisuuden normien täyttämättömyys synnyttävät konflikteja (Jewkes 2002).

Sosiaalisen oppimisen mallin mukaan väkivaltainen käytös opitaan ympäristöä havainnoimalla. Väkivaltaisen käyttäytymismallin jatkuminen sukupolvesta toiseen on kuvattu monissa tutkimuksissa. Väkivaltainen lapsuudenympäristö viestii lapselle, että väkivallan käyttö on normaalia tietyissä tilanteissa. Tämä nivoutuu tilannekohtaiseen teoriaan, jonka mukaan pahoinpitelijä ratkaisee esimerkiksi stressaavan tilanteen väkivallalla (Heiskanen ja Piispa 1998). Lisäksi päihteiden käyttö, työttömyys ja pienet tulot lisäävät perheväkivaltaa. Riitaisassa parisuhteessa väkivalta usein tehostaa sanoja pettymyksen ja vihan ilmaisijana. Alkoholi antaa monissa kulttuureissa tekosyn tai puolustuksen muuten sopimattomalle käytökselle.

Perheväkivalta on tavallisin naisiin kohdistuvan väkivallan muoto

Kotikuritus kiellettiin Suomessa lailla vasta vuonna 1970, ja raiskaus avioliitossa kriminalisoitiin 1994. Pahoinpitely yksityisellä paikalla tuli virallisen syytteen alaiseksi 1995, eli kotona tapahtunut väkivallanteko johtaa syyteharkintaan ilman, että väkivallan kohteeksi joutuneen on sitä vaadittava. Lähestymiskielto on otettu käyttöön vuoden 1999 alusta. Nämä lainmuutokset viestivät yhteiskunnan yksiselitteistä tuomiota väkivallalle ja kansalaisen henkilökohtaisen koskemattomuuden ehdottomuutta myös perheissä (Kirkkohallituksen perheasiain toimisto 2002). Edellä kuvatuista juridisista toimenpiteistä huolimatta naisiin kohdistuu väkivaltaa edelleen tavallisimmin parisuhteessa tai perhees-

sä; 90 %:ssa tapauksista tekijä on puoliso (Heiskanen ja Piispa 1998) ja pahoinpitely saattaa jatkua vuosia. Perheväkivaltaa esiintyy kaikissa yhteiskuntaryhmissä, ja väestötieteellisiä altistavia tekijöitä on vain vähän. Taloudelliset vaikeudet ja äärimmäinen köyhyys lisäävät parisuhteen ristiriitoja, heikentävät naisen asemaa ja vaurioittavat miehen itsetuntoa niin vauriissa kuin kehitysmaissa. Koulutus sekä naisen omat tulot ja hyvä asema antavat parhaan suojan perheväkivaltaa vastaan (Jewkes 2002). Antropologisissa tutkimuksissa on havaittu, että perheväkivaltaa esiintyy vähiten sellaisissa yhteiskunnissa, joissa naista arvostetaan yksilönä ja naimattoman naisen asema on riittävän hyvä, jotta naimattomuus on realistinen vaihtoehto, ja joissa avioero toteutuu helposti (Watts ja Zimmerman 2002).

Väkivallan vaikutukset naisten ja lasten terveydentilaan

Väkivaltaiset kokemukset huonontavat naisten terveyttä. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa ensiapupoliklinikoiden naispotilaista 11–30 % kärsi fyysisen tai seksuaalisen väkivallan aiheuttamista välittömistä vammoista, kuten ruhjeista, haavoista ja murtumista. Pahoinpideltyjen naisten vammat sijaitsivat yleisimmin kasvoissa, kaulassa, ylävartalossa, rinnoissa ja vatsassa. Väkivaltainen vaginaalinen tai anaalihydyntä olivat vaurioittaneet ulkosynnyttimiä, peräaukkoa, emättimen ja peräsuolen limakalvoja ja altistaneet sukupuoliteitse tarttuville tulehduksille (Campbell 2002, Campbell ym. 2002).

Väkivallan henkisistä seurauksista yleisimpiä ovat viha, pelko, masennus, itsetunnon heikkeneminen, häpeä, univaikeudet ja syyllisyys (Bradley ym. 2002). Perheväkivallalla on epäsuora mutta merkittävä yhteys perheen lasten hyvinvointiin, vaikka lasta itseään ei pahoinpideltäisikään. Äidin pahoinpitelyn näkeminen on haitallista lapsen psyykelle, mutta tutkimusten mukaan pahoinpitelyn uhrin lapset jäävät helposti ilman tavallisia terveystarkastuksia ja esimerkiksi rokotuksia. Tämä näkyi hyvin englantilaisessa tutkimuksessa, jossa selvitettiin perheväkivallan vuoksi turvakodeissa tilapäisesti asu-

neiden lasten terveydentilaa ja huoltoa. Lapsista 20 %:lla todettiin kehityksen viivästymä ja 49 %:lla henkisiä ongelmia, ja 76 % äideistä oli huolissaan lastensa terveydestä ja kehityksestä (Webb ym. 2001).

Suomessa väkivaltarikoksen uhrina kuolee vuosittain lähes 50 naista, joista kaksi kolmannesta perheväkivaltaan. McFarlanen ym. (2002) kymmenessä yhdysvaltalaisessa kaupungissa tehdyn tapaus-verrokkitutkimuksen mukaan 5 % kumppanin murhaamista naisista oli ras-kaana. Pahoinpidellyillä on raportoitu keski-määräistä enemmän itsemurhayrityksiä sekä al-koholin ja huumeiden käyttöä. Perheväkivallan vuoksi itsemurhaan päätyneet jäivät tilastojen ulkopuolelle.

Väkivallan vaikutukset naisen seksuaaliterveyteen

Seksuaalinen väkivalta aiheuttaa synnyttelinten vaurioita, tulehduksia ja myöhemmin seksuaali-terveyden ongelmia (Arnold ym. 1990). Monet pitkittyneet terveysongelmat, kuten vatsakipu, ruoansulatushäiriöt, päänsärky ja gynekologiset vaivat, ovat pahoinpidellyillä tavallisempia kuin muilla. Ongelmat voivat johtua suoraan pahoin-pitelyn aiheuttamasta kudosaivuriosta tai välilli-sesti fysiologisesta vasteesta stressiin (Campbell 2002). Osalla kipu tulkitaan gynekologista al-kuperää olevaksi ja osalla suolistoperäiseksi, useimmiten ärtynen paksusuolen aiheuttamak-si (Drossman ym. 1995). Seksuaalisen väkival-lan seurauksena kehittyneet krooniset alavatsakivut saattavat olla lisäämässä myös koh-dunpoistoleikkausten määrää, sillä kuudesosa hedelmällisessä iässä olevista naisista potee se-littämättömiä, yli kuusi kuukautta kestäneitä lantionpohjakipuja, ja esimerkiksi Yhdysvallois-sa 12–15 % kohdunpoistoleikkauksista tehdään pelkkien alavatsakipujen takia. Myös diagnos-tisten toimenpiteiden tarve voi lisääntyä. Lant-ionpohjan kipujen vuoksi tehdyissä diagnosti-sissa vatsaontelon tähytyksissä todettiin erääs-sä ruotsalaistutkimuksessa elimellisiä poikkeaa-vuuksia vain 60 %:lla ja huolimatta normaali-löydöksestä selittämättömät kivut jatkuivat 65 %:lla tutkituista (Hahn 2001). Väkivaltais-

Ote Yhdistyneiden kansakuntien Pekingin kokouksen toimintaohjelmasta 1995.

Naisiin kohdistuva väkivalta tarkoittaa

- mitä tahansa sukupuoleen liittyvää väkivaltaa, joka aiheuttaa tai saattaa aiheuttaa naisille fyysistä, seksuaalista tai henkistä haittaa tai kärsimystä
- tällaisella väkivallalla uhkaamista, pakottamista tai mielivaltaista julkisesti tai yksityiselämässä tapahtuvaa vapauden riistoa
- perheessä tapahtuvaa fyysistä, seksuaalista ja henkistä väkivaltaa, mukaan luettuina pahoinpitely, tyttöjen kotona tapahtuva sukupuolinen riisto, myötajäisiin liittyvä väkivalta, raiskaus avioliitossa, naisten sukupuoli-elinten silpominen ja muut naisille haitalliset, perinteistä johtuvat käytännöt sekä muidenkin kuin puolison harjoittama ja riistoon liittyvä väkivalta
- a) Kodin ulkopuolella tapahtuva fyysinen, seksuaalinen ja henkinen väkivalta, mukaan luettuina raiskaus, seksuaalinen riisto, seksuaalinen häirintä tai ahdistelu, uhkailu työpaikalla, oppilaitoksissa tai muualla, naisilla käytävä kauppa ja prostituutioon pakottaminen
- b) Fyysinen, seksuaalinen ja henkinen väkivalta, johon valtio syyllistyy tai jonka se sallii, missä tahansa sitä esiintyykin
- c) Muita naisiin kohdistuvan väkivallan muotoja ovat esimerkiksi naisten ihmisoikeuksien loukkaukset aseellisten konfliktien yhteydessä – varsinkin murhat, systemaattiset raiskaukset, seksuaalinen orjuuttaminen ja väkisin raskaaksi tekeminen

ten lapsuudenkokemusten ja erityisesti seksuaalisen hyväksikäytön yhteys lantionpohjakipuihin on osoitettu useissa tutkimuksissa (Walling ym. 1994a, b, Jamieson ja Steege 1997).

Raskaus lisää väkivaltaisessa suhteessa pahoinpitelyn riskiä. Suomalaisessa tutkimuksessa kymmentä prosenttia parisuhdeväkivaltaa kokeista naisista pahoinpideltiin myös raskauden aikana (Heiskanen ja Piispa 1998). Yhdysvaltalaisessa aineistossa määrä oli noin 8 % (McFarlane ym. 2002). Raskauden aikainen väkivalta on siis yleisempää kuin tavallisimmat raskaus-häiriöt, kuten raskausdiabetes, raskausmyrkytys tai etinen istukka. Pahoinpidellyt naiset aloittavat neuvolakäynnit merkitsevästi myöhemmäs-sä raskauden vaiheessa kuin väkivaltaa koke-mattomat (Mezey ja Bewley 1997). Tutkittaessa perheväkivallan yhteyttä erilaisiin raskaus-häiriöihin havaittiin, että pienipainoisten vau-vojen äitejä oli pahoinpidelty raskauden aikana normaalipainoisten vauvojen äitejä enemmän (Campbell 2002).

Väkivaltaa kokenut nainen terveydenhuollossa

Väkivallan uhrin käyttävät enemmän terveyspalveluita kuin muu väestö. Irlantilaisessa tutkimuksessa perheväkivaltaa kokeneiden määrä perusterveydenhuollon lääkärinvastaanotoilla oli kaksinkertainen verrattuna saman alueen väestötutkimuksessa saatuihin lukuihin (Bradley ym. 2002).

Omassa kyselytutkimukssamme keräsimme 3 641 poliklinikkapotilaan terveydentilaa ja väkivaltakokemuksia kartoittavan aineiston viidestä pohjoismaisesta yliopistollisen sairaalan naistenklinikasta. Ruumiillista väkivaltaa kokeneiden määrä vaihteli eri maissa välillä 38–66 %. Suomi sijoittui Islannin ohella tässä tilastossa kärkisijoille. Henkistä väkivaltaa oli kokenut 19–37 % vastanneista ja seksuaalista väkivaltaa 17–33 %. Vain harva potilas (2–8 %) oli kertonut kokemuksistaan gynekologille (Wijma ym. 2003).

Tulisiko lääkärin kysyä, onko potilas kokenut väkivaltaa?

Perusterveydenhuollon naispotilaista yli puolet on joskus joutunut väkivallan uhriksi (Ramsay ym. 2002). Koska väkivaltakokemukset aiheuttavat monia pitkäaikaisia terveysongelmia ja sairauksia ja pahentavat niitä, on perusteltua kysyä väkivaltaa koskevia taustatietoja muiltakin kuin traumapotilailta. Tämä vaatii hyviä vuorovaikutustaitoja, rehellisyyttä ja hienotunteisuutta, koska suurin osa väkivaltaa kokeneista häpeää tapahtunutta.

Väkivaltaisten kokemusten ja erityisesti perheväkivallan rutiinimaista kysymistä kaikilta naispotilailta suositellaan useimmissa naisiin kohdistuvaa väkivaltaa käsittelevissä artikkeleissa, ja uusia väkivaltaa seuloivia kysymyksiä kehitellään ja kokeillaan koko ajan. Eri tutkimusten mukaan 43–85 % naisista hyväksyisi seulonnan. Väkivaltaa kokeneet suhtautuivat suopeimmin mahdolliseen seulontaan. Kuitenkin lähes puolet ensiapupoliklinikoiden hoitajista ja kaksi kolmasosaa lääkäreistä vastusti seulontaa ajan, koulutuksen ja tehokkaan hoidon puuttu-

misen takia sekä potilaiden kieltäytymisen, loukkaantumisen ja vaarantamisen pelon vuoksi. Seulontaan kielteisesti suhtautuvat katsoivat, että potilaalla on halutessaan mahdollisuus kertoa pahoinpitelystä oma-aloitteisesti ja toisaalta myös oikeus olla siitä kertomatta (Bradley ym. 2002, Richardson ym. 2002).

Naisiin kohdistuvan väkivallan seulontaa myös kritisoidaan, koska yleensä seulonnalla tarkoitetaan sensitiivistä ja spesifistä menetelmää, joka paljastaa oireettomalta potilaalta hoidettavissa olevan sairauden tai tilan. Ramsay ym. 2002 selvittivät, millaista tutkimustietoa perheväkivallan seulonnasta terveydenhuollossa on saatu. Seulonnalla todettiin löydettävän tehokkaasti väkivallan uhreja terveyspalvelujen käyttäjistä. Näyttö intervention tehosta jäi kuitenkin heikoksi, eikä seulonnasta voitu osoittaa olevan hyötyä.

Miten kohdata väkivallan uhri?

Perheväkivaltaa epäiltäessä uhrin turvallisuus on asetettava etusijalle. Väkivaltaisessa suhteessa elävä nainen voi joutua hengenvaaraan, jos tekijä saa tietää paljastuneensa. On muistettava, että 20–30 % pahoinpitelijöistä uhkailee kumppaniaan ja vähättelee tämän kertomusta, 50 % kritisoi ja 30 % halventaa ja pilkkaa uhria julkisesti. Joka neljäs pahoinpitelijä pyrkii hallitsemaan kumppaninsa sosiaalisia kontakteja, joten pahoinpidellyn kanssa on päästävä keskustelemaan kahden kesken (Bradley ym. 2002). Tämä olisi huomiotava myös raskausaikana, koska isät osallistuvat tällöin aktiivisesti neuvola- ja äitiyspoliklinikkakäynteihin. Perheväkivallan yleisyyden takia olisikin pohdittava sitä mahdollisuutta, että äidille varattaisiin vastaanotolla mahdollisuus kahdenkeskiseen keskusteluun lääkärin tai kättilön kanssa.

Saatuja tietoja ei saa ilman lupaa paljastaa, ja sairauskertomusmerkinnät on syytä tehdä niin, ettei niistä koidu haittaa uhrille. Esimerkiksi epikriisiä ei pidä lähettää kirjeitse kotiin (Ellsberg ja Heise 2002, Garcia-Moreno 2002).

Heiskasen ja Piispan (1998) aineistossa vain neljäsosa väkivaltaisessa suhteessa elävistä suomalaisnaisista haki apua virallisilta tahoilta, ta-

vallisimmin terveyskeskuksesta. Muita tahoja, jolta apua haettiin, olivat poliisi, oikeusapu, perheneuvola, sosiaalitoimisto, seurakunta, turvakoti, A-klinikka, kriisipuhelin ja keskusteluryhmä. Väkivallasta aiheutuneiden vammojen takia hoitoon hakeutuneista suurin osa oli tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Eniten tyytymättömyyttä aiheuttivat riittämätön tiedonsaanti muista tuki- ja avunsaantimahdollisuuksista sekä se, että henkilökunta vähätteli, ei ollut riittävän kiinnostunut tai ei kohdellut asiallisesti.

Terveydenhuollon haasteet

Naisiin kohdistuvasta väkivaltasta herättää vilkasta keskustelua. Se ylittää uutiskynnyksen lähes päivittäin. Perheväkivaltaa on käsitelty viime aikoina erityisen paljon naistenlehdissä ja ilta- ja aamulehdissä, joissa julkisuuden henkilöt ovat kertoneet omista kokemuksistaan väkivallan uhreina.

Perheväkivallan havaitseminen ja väkivaltaa kärsineiden asianmukainen hoito ovat nykyaikaisen terveydenhuollon työntekijöiden ammattitaitoa. Toimivan hoidon kehittämiseen onkin panostettu jo monella paikkakunnalla. Väkivallan uhreja auttavat palvelut kattavat lähes koko maan, ja uhria kannustetaan ymmärtämään, ettei hänen tarvitse alistua toistuviin pahoinpitelyihin, että muutos on mahdollinen ja että hän saa muutokseen tukea.

Kireiden säästötoimien paineessa palveluja karsitaan ja uusia investointeja harkitaan perusteellisesti. Väkivaltaa kokeneet ovat terveydenhoidon suurkuluttajien joukossa yliedustettuina. Väkivallan uhrien auttamisesta koituvia säästöjä terveydenhoidossa on vaikea laskea, mutta tavallisia terveysongelmia aiheuttavan syyn väheneminen edistää väistämättä naisten ja heidän kauttaan myös lasten hyvinvointia. Terveysvalistus voi jäädä tehottomaksi myös siksi, että päihteiden käytölle altistavia väkivaltaisia kokemuksia ei käsitellä. Liikuntaa, riittävää lepoa ja painon hallintaa koskevia neuvoja on vaikea noudattaa väkivaltaisessa perhetilanteessa.

Terveydenhuolto on naisvaltainen ala, joten väkivallan uhreja on myös henkilökunnan joukossa. Väkivallan uhrien kohtaaminen herättää aina ahdistusta, joten työntekijät tarvitsevat koulutuksen lisäksi mahdollisuuden työohjaukseen. Väkivaltaa kokeneiden naisten auttamiseen terveydenhuollossa liittyy vielä monia avoimia kysymyksiä, mutta perheväkivallasta on vuoden 2002 aikana julkaistu jo yli viisisataa artikkelia. Näyttöön perustuvaa tietoa on siis tulossa lisää; haasteellinen tehtävämme on soveltaa uusinta tutkimustietoa käytännön työhön.

Tukijärjestöjen Internet-osoitteita:

www.vaestoliitto.net

www.vakivalta.net

www.tukinainen.net

* * *

Kiitämme Yrjö Jahnssonin ja Ane Gyllenbergin säätiöitä sekä Helsingin yliopistollista keskussairaalaa tutkimukseemme myönnetystä taloudellisesta tuesta.

Kirjallisuutta

- Arnold RP, Rogers D, Cook DAG. Medical problems of adults who were sexually abused in childhood. *BMJ* 1990;300:705–8.
- Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002;324:271–4.
- Brandt P, Raijas R, Brusila P, Vala U, Söderholm A, Cacciatore R. RAP – Raiskauksen uhrien akuuttihoito -kansio 2001. www.vaestoliitto.fi, www.tukinainen.fi ja www.stakes.fi
- Brusila P. Seksuaalinen väkivalta ja sen kohtaaminen. *Suom Lääkäril* 2001;42:4195–7.
- Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331–6.

- Campbell J, Jones AS, Dieneman J, ym. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med* 2002;162:1157–63.
- Drossman DA, Talley NJ, Leserman J, Olden KW, Barreiro MA. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations. *Ann Intern Med* 1995;123:782–94.
- Ellsberg M, Heise L. Bearing witness: ethics in domestic violence research. *Lancet* 2002;359:1599–604.
- Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health service response to violence against women. *Lancet* 2002; 359:1509–14.
- Hahn L. Långvarig kvinnlig bäckensmärta. *Läkartidningen* 2001;98:1780–5.

- Heiskanen M, Piispa M. Usko, toivo, hakkaus. Tilastokeskus, 1998.
- Jamieson D, Steege J. The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in primary care population. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177:1408–12.
- Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet* 2002; 359:1423–9.
- Kirkkohallituksen perheasiain toimisto. Perheväkivalta. Kirkkohallituksen perheasiain toimiston tiedote, 2002.
- McFarlane J, Campbell JC, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. *Obstet Gynecol* 2002;100:27–36.
- Mezey G, Bewley S. Domestic violence and pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:528–31.
- Naisiin kohdistuva väkivalta. Yhdistyneiden kansakuntien Pekingin kokouksen toimintaohjelma 1995.
- Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? *BMJ* 2002; 325:314–8.
- Richardson J, Coid J, Petruckvitch A, Chung SW, Moorey S, Feder G. Identifying violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002;324:274–7.
- Vala U. Seksuaalirikoksen uhrin tutkiminen. *Suom Lääkäril* 2000;42:4293–9.
- Walling M, Reiter R, O'Hara M, Milburn A, Lilly G, Vincent S. Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstet Gynecol* 1994(a);84:193–9.
- Walling M, Reiter R, O'Hara M, Milburn A, Lilly G, Vincent S. Abuse history and chronic pain in women: II. A multivariate analysis of abuse and psychological morbidity. *Obstet Gynecol* 1994(b);84:200–6.
- Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* 2002;359:1232–7.
- Webb E, Shankleman J, Evans MR, Brooks R. The health of children in refuges for women victims of domestic violence: cross sectional descriptive survey. *BMJ* 2001;323:210–3.
- Wijma B, Schei B, Swahnberg K, ym. Prevalence of emotional, physical, and sexual abuse. A Nordic, cross-sectional, multicenter study among patients visiting gynaecological clinics. *Lancet* 2003 (painossa).

ULLA PIKARINEN, LL, erikoislääkäri
 ulla.pikarinen@ekshp.fi
 Etelä-Karjalan keskussairaala
 Valto Käkelän katu 1
 53130 Lappeenranta

ERJA HALMESMÄKI, dosentti, osastonyhliäkäri
 HUS:n naistensairaala
 PL 140, 00029 HUS