

Essi Argillander & Pinja Virtanen

**SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSIA NAISIIN KOHDISTUVAN LÄHISUHDEVÄ-  
KIVALLAN TUNNISTAMISESTA JA PUHEEKSI OTTAMISESTA SAIRAAHOI-  
TAJAN VASTAANOTOLLA PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA**

**SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSIA NAISIIN KOHDISTUVAN LÄHISUHDEVÄ-  
KIVALLAN TUNNISTAMISESTA JA PUHEEKSI OTTAMISESTA SAIRAAHOI-  
TAJAN VASTAANOTOLLA PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA**

Essi Argillander & Pinja Virtanen  
Opinnäytetyö  
Syksy 2014  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

---

Tekijä(t): Essi Argillander & Pinja Virtanen

Opinnäytetyön nimi: Sairaanhoitajien kokemuksia naisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan tunnistamisesta ja puheeksi ottamisesta sairaanhoitajan vastaanotolla perusterveydenhuollossa

Työn ohjaaja: Kaisa Koivisto & Ulla Paananen

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Syksy 2014

Sivumäärä: 37+2

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia lähisuhdeväkivallan tunnistamisesta, puheeksi ottamisesta, omista valmiuksista väkivaltatyöhön sekä lisäkoulutuksen tarpeesta. Tavoitteena oli saada kokemuksellista tietoa sairaanhoitajien valmiuksista tunnistaa ja puheeksi ottaa lähisuhdeväkivalta. Lisäksi otimme lisäkoulutuksen tarpeen yhdeksi osaksi tätä.

Tutkimuksen toteutimme erään kunnan terveysaseman vastaanotolla. Tutkimuksen aineisto on kerätty teema- eli puolistrukturoidun haastattelun avulla. Haastattelimme kahta eri sairaanhoitajaa, joilla työkokemusta oli yhteensä 9-22 vuotta. Aineiston analysoinnissa käytimme sisällönanalyysia.

Tutkimuksemme pääkategoriat ovat tunnistaminen, puheeksiottaminen, sairaanhoitajan omat valmiudet väkivaltatyöhön ja lisäkoulutus. Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat kokevat tunnistamisen ja puheeksi ottamisen vaikeaksi ja hankalaksi ilman selviä näkyviä fyysisiä merkkejä. Tiedostettiin kyllä, mitkä eri asiat voivat herättää epäilyn väkivallasta, kuten jatkuva vastaanotolla käynti erinäisistä syistä. Sairaanhoitajat toivat ilmi, että kokemus tilanteista helpottaisi tunnistamista ja puheeksiottoa. Sairaanhoitajien koulutuksessa asiaa ei juuri oteta laisinkaan esille, joten lisäkoulutusta kaivattiin. Kaivattiin konkreettisia neuvoja ja oppaita kuinka asia voidaan ottaa esille ja kuinka jatkaa mikäli asia tulee esille potilaan kohdalla. Riippuen vastaanotosta jonkinlaisia kaavakkeita oli käytössä ja ne koettiin hyväksi lähisuhdeväkivallan tunnistamisessa ja puheeksi ottamisessa. Koettiin myös, että asiasta ei ole tarjolla juuri laisinkaan koulutuksia.

Tutkimustulosten perusteella lisäkoulutusta on vähän ja sitä kaivattaisiin lisää. Erilaiset kaavakkeet koettiin hyväksi puheeksi ottamisen tukena. Jatkossa sairaanhoitajille voisi kehittää projektimuotoisena opinnäytetyönä oppaan tai koulutuspäivän lähisuhdeväkivallan tunnistamisesta ja puheeksi ottamisesta. Lisäksi jatkossa voisi tutkia myös lasten kokemuksia väkivaltaisessa perheessä elämisestä tai sairaanhoitajan taustojen tai omien kokemusten vaikutuksesta puheeksi ottamiseen.

---

Asiasanat: lähisuhdeväkivalta, tunnistaminen, puheeksi ottaminen, lisäkoulutus, sairaanhoitaja, perusterveydenhuolto

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care, Oulu, Option of Nursing

---

Author(s): Essi Argillander & Pinja Virtanen

Title of thesis: Nurses' experiences of recognition and broaching of domestic violence

Supervisor(s): Kaisa Koivisto & Ulla Paananen

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2014 Number of pages: 37+2

---

The purpose of the study was to describe the experiences of registered nurses working in the reception of primary health care about their own abilities of recognizing and broaching violence against women in relationships. We also included the necessity of further education to the study.

The material was collected by using the methods of focused interview by interviewing two registered nurses in the reception of primary health care who have been working 9-22 years. The acquired materials were analyzed by inductive material-oriented analyzing method.

Results show that registered nurses experience recognition and broaching of domestic violence challenging and difficult without physical signs. Registered nurses experience that they need more charges and education about domestic violence. The use of questionnaires about violence was seen useful. Experience of domestic violence issues were seen helpful and important.

Based on the results there is a small amount of further education and it was needed. Different kind of questionnaires was seen useful for broaching. In the future there could be developed a thesis as a project about recognition and broaching of domestic violence. The thesis could be a guide book or an education day. It would be also interesting to study from children's perspectives the experiences of living in a violent family or the effects of registered nurse's own background and own experiences to broaching.

---

Keywords: domestic violence, registered nurse, broaching, recognition, primary health care, further education

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	7
2	NAISIIN KOHDISTUVA LÄHISUHDEVÄKIVALTA.....	8
2.1	Esiintyvyys.....	8
2.2	Väkivallan muodot.....	9
2.3	Väkivallan merkit .....	10
2.4	Väkivallan vaikutukset .....	11
2.5	Väkivallan selitysmallit.....	12
3	LÄHISUHDEVÄKIVALLAN PUHEEKSIOTTAMINEN SAIRAANHOITAJAN VASTAANOTOLLA.....	15
3.1	Väkivallan puheeksi ottaminen .....	15
3.2	Sairaanhoitajan rooli väkivaltatyössä.....	16
3.3	Lomakkeet lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamisen apuna .....	17
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET .....	19
5	TUTKIMUSMETODOLOGIA.....	20
5.1	Laadullinen tutkimus.....	20
5.2	Tutkimukseen osallistuvien valinta .....	20
5.3	Teemahaastattelu aineiston keruumenetelmänä .....	21
5.4	Aineiston analyysi.....	22
6	TUTKIMUSTULOKSET .....	23
6.1	Tunnistaminen.....	24
6.2	Puheeksi ottaminen.....	25
6.3	Sairaanhoitajan omat valmiudet väkivaltatyöhön.....	26
6.4	Lisäkoulutus .....	27
7	POHDINTA .....	29
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimustulosten mukaan .....	29
7.2	Tutkimuksen tekemiseen liittyvää pohdintaa .....	30
7.3	Tutkimuksen luotettavuus.....	31
7.4	Tutkimuksen eettisyys .....	32
7.5	Omat oppimiskokemukset .....	34
7.6	Jatkotutkimusmahdollisuudet .....	34

LÄHTEET.....	35
LIITTEET .....	38

# 1 JOHDANTO

Naisiin kohdistuva lähisuhdeväkivalta ja sen puheeksi ottaminen ovat ajankohtaisia asioita tämän päivän Suomessa. Viime aikoina mediassa on ollut paljon uutisia ja keskusteluja tästä aiheesta. Aiemman tutkimuksen mukaan puheeksi ottaminen on koettu jännittäväksi ja vieraaksi ja hoitaja voi kokea, ettei hänellä ole ammatillisia valmiuksia siihen. Puheeksi ottamisessa on mietityttänyt, että kuinka asia uskalletaan ottaa esille, koska asia on vaikea ja intiimi. (Perttu 2004, 48-51.)

Selvitysten mukaan naisiin kohdistuvan väkivallan palvelut ovat puutteelliset koko maassa ja vain harvoissa kunnissa on riittävät valmiudet tähän. Naiset hakevat apua eniten (11%) terveyskeskuksesta. Työntekijät kokevat valmiutensa riittämättömiksi tunnistaa ja työskennellä väkivaltaa kohdanneiden parissa. Suomalaisista naisista 40 % on joutunut joskus miehen väkivallan tai sillä uhkailun kohteeksi. Lähisuhdeväkivaltaa esiintyy kaikissa sosiaaliluokissa, eikä se ole yhteydessä ammattiin eikä tulotasoon. Suomessa kuolee noin 27 naista vuodessa lähisuhdeväkivallan uhrina. Jopa joka kuudes minuutti nainen joutuu puolisonsa väkivallan kohteeksi. (Perttu 2002, 20-25.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia sairaanhoitajien kokemuksia naisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan tunnistamisesta ja puheeksi ottamisesta teemahaastattelun avulla. Tavoitteena on madaltaa puheeksi ottamisen kynnystä sairaanhoitajan vastaanotolla, sillä väkivallan merkit eivät ole aina näkyviä. Tutkimuksesta hyötyvät terveyskeskuksen sairaanhoitajat, sillä he saavat työhönsä konkreettisia neuvoja, jotka helpottavat väkivallan tunnistamista ja puheeksi ottamista. Tutkimuksen tekijöinä myös me itse saamme tietoa ja valmiuksia tulevaan työhömme sairaanhoitajina.

## 2 NAISIIN KOHDISTUVA LÄHISUHDEVÄKIVALTA

Suomi on muuhun Eurooppaan verrattuna väkivaltainen maa. Maassamme tapahtuvista perheväkivaltatapauksista suurin osa kohdistuu nimenomaan naiseen. Naisen asema onkin ollut lähes kautta historian huonompi kuin miehen. Väkivaltaa on yritetty selittää historialla ja erilaisin selitysmallein. (Lehti, 2009, viitattu 17.9.2013; Ramsay 2003, viitattu 10.3.2014; Perttu 2002, 30–35.)

Väkivalta mielletään usein vain fyysiseksi, mutta se voi olla myös taloudellista, henkistä tai seksuaalista. Väkivallan vaikutukset eivät ole ainoastaan fyysisiä vaan myös psyykkisiä, sosiaalisia, taloudellisia tai yhteiskunnallisia. Se voi aiheuttaa traumoja ja pitkälle ulottuvia ongelmia, kuten työkyyttömyyttä. (Perttu 2002, 42–43.)

Potilas tarvitsee kaiken tuen ja tiedon päästäkseen irti väkivaltaisesta suhteesta. Se on pitkäkestoinen projekti, joka vaatii hoitajalta kärsivällisyyttä ja ymmärrystä. On hyvä varmistaa, ettei potilas jää yksin asian kanssa, vaan informoida häntä erilaisista mahdollisuuksista ja olla hänen tukenaan irrottautumisprojektissa. (Perttu 2002, 84–89.)

### 2.1 Esiintyvyys

Suomi on Baltian maiden ja Itä-Euroopan ohella yksi Euroopan väkivaltaisimmista maista. Suomessa tehdään vuosittain henkirikoksia asukasta kohden kaksinkertainen määrä esimerkiksi Ruotsiin, Norjaan ja Tanskaan verrattuna.

Väkivalta perhe- ja lähisuhteissa on Suomessa yleistä. Vuonna 2009 poliisin tietoon tulleista väkivaltarikoksista n. 12 % on perheväkivaltaa; tästä 9 % kohdistuu naisiin ja 3 % miehiin. Ruokakunnan sisällä tapahtuneista lievistä ja perusmuotoisista pahoinpitelyistä 71 % on kohdistunut naiseen ja 15 % mieheen. Loput 14 % pahoinpitelyistä on kohdistunut alle 15 v. lapseen. Joka kolmas henkirikos Suomessa liittyy perhe- ja parisuhdeväkivaltaan. Naiset kohtaavat perheväkivaltaa kolme kertaa useammin kuin miehet; vuodessa noin 100 000 naista joutuu kokemaan parisuhteessaan fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa tai sillä uhkailua. (Lehti, 2009, viitattu 17.9.2013.)



Vuonna 2007 perheväkivaltarikoksia tuli poliisin tietoon 3605. Näiden rikoksien uhreista 368 oli alle 15-vuotiaita (n. 10,21 %), 15 - 20-vuotiaita 240 (n. 6,66 %) ja parisuhdeväkivallan uhreja 2812 (78,00 %). Perinteisiä korkean henkirikollisuuden maita ovat Euroopassa Suomi, useimmat Balkanin maat, Baltian maat ja Itä-Euroopan maat. (STM, 2008, viitattu 24.2.2014; STM, 2010, 16–18.)

Väkivallan ja uhkailun kokemukset ovat yleisimpiä entisen puolison taholta. Yleistymistä selittävätkin päättyneissä parisuhteissa väkivaltaa kokeneiden lukumäärän kasvu, työssä koetun väkivallan lisääntyminen sekä parisuhteen ulkopuolella koetun seksuaalisen väkivallan ja uhkaavan käyttäytymisen lisääntyminen. Tutkimusten mukaan naisiin kohdistuvat henkirikokset tapahtuvat useimmiten silloin, kun naiset ovat eronneet, tai eroamassa puolisostaan. Puolison surmaamien naisten määrä on kuolemansyytilastoissa laskenut 2000-luvulla 1990-luvun loppuun verrattuna lähes 25 %. (Aaltonen, Kivivuori, Lehti, Salmi & Sirén, 2009, viitattu 17.9.2013.)

## **2.2 Väkivallan muodot**

Väkivallan muotoja ovat esimerkiksi fyysinen, henkinen, taloudellinen ja seksuaalinen väkivalta. Pari- ja lähisuhdeväkivallalle on tavallista, että tekijä käyttää useampaa eri väkivallan muotoa. Tyyppillistä pari- ja lähisuhdeväkivallalle on kausittaisuus; väkivaltaisuuksien välissä voi olla pitkiäkin niin kutsuttuja helliä aikoja, jotka luovat väkivallan uhrille toivoa normaalista parisuhteesta.

Fyysinen väkivalta voi olla esimerkiksi puremista, lyömistä, läimäisemistä, potkimista, sylkemistä, tarttumista, tönimistä, työntämistä, heittäviä, kahlitsemista, raapimista, ravistelua, nyrkillä lyömistä, vääntämistä, polttamista, erilaisten terä- tai tuliaseiden käyttöä. Väkivallan muodot ovat myös usein yhteyksissä toisiinsa, fyysinen väkivalta jättää aina fyysisten jälkien lisäksi myös henkisiä jälkiä uhuriin. Lisäksi lähisuhdeväkivalta harvoin alkaa fyysisellä väkivallalla, vaan esimerkiksi henkisesti rajoittamalla ja ahdistamalla, josta se voi edetä rajumpiin väkivallan muotoihin.

Henkinen väkivalta voi olla esimerkiksi haukkumista, nimittelyä tai vähättelyä. Sen tarkoitus on heikentää uhrin itsetuntoa ja uskoa itseensä lopulta niin, että väkivalta tuntuu uhrista oikeutetulta ja hän itse syylliseltä siihen. Henkinen väkivalta voi olla myös vapaa-ajan ja sosiaalisten suhteiden rajoittamista, eristämistä, puhelimen ja tietokoneen käytön rajoittamista.

Taloudellisessa väkivallassa tekijä yrittää kontrolloida uhriaan rajoittamalla hänen rahan käyttöönsä. Tekijä voi vielä suhteen päätyttyäkin esimerkiksi pimittää elatusapua tai tuhota yhteistä omaisuutta. Taloudelliseen väkivaltaan ei useinkaan liity vähävaraisuus tai taloudellinen riippuvuussuhde ja sitä käytetään kaikenlaisissa perheissä sekä parisuhteissa. (Naisten linja Suomessa Ry 2013, viitattu 21.9.2013; Perttu 2002, 28–30.)

Seksuaalinen väkivalta on sellaista pakotettua seksuaalista käyttäytymistä, johon uhri ei ole ollut halukas. Seksuaalista väkivaltaa on raiskauksen lisäksi myös seksuaalinen hyväksikäyttö, pakottaminen sellaiseen seksiin, jota uhri ei ole halunnut tai pakottaminen seksiin silloin, kun uhri ei ole halunnut. Suomen rikoslaissa on vuonna 1994 luokiteltu avioliiton sisällä tapahtunut raiskaus rikokseksi. Pari- ja lähisuhteessa uhri saattaa ryhtyä seksiin myötäiläkseen väkivaltaista kumppaniin ja välttääkseen siten seksuaalista väkivaltaa pahemmat seuraukset ja riidat. Tästä johtuen pari- ja lähisuhteessa tapahtuva väkivalta johtaa useammin henkisiin kuin fyysisiin vammoihin. (Väestöliitto 2013, viitattu 21.9.2013.)

Myös seuraavat muodot on jaoteltu väkivallan muodoiksi: hengellinen väkivalta, piilevä väkivalta, hoidon laiminlyönti, väkivallalla uhkailu, syrjintä sekä laitosesuhteissa tapahtuva kaltoinkohtelu. Hengellinen väkivalta voi olla uskonnon harjoittamisen kieltämistä tai siihen painostamista. Piileväksi väkivallaksi kutsutaan ilmapiiriä, jossa on uhan ja väkivallan pelkoa. Sitä esiintyy erityisesti perheissä, joissa on väkivaltaa jo joskus tapahtunut. Hoidon laiminlyöntiä on toisista riippuvaisten ihmisten perustarpeiden hoitamatta jättämistä tai epätarkoituksenmukaista. (Perttu 2002, 28–30.)

### **2.3 Väkivallan merkit**

Väkivallan tunnistaminen voi olla hankalaa ja siitä puheeksi ottaminen vielä hankalampaa, mutta hoitotyöntekijänä kannattaa kiinnittää joihinkin asioihin huomiota. Asiat eivät välttämättä kerro väkivallasta, mutta ovat mahdollisia väkivallan merkkejä. Tulee kuitenkin aina muistaa, että yksittäiset merkit eivät välttämättä merkitse väkivaltaa. Aina tulisi kuitenkin ottaa puheeksi, mikäli epäilee väkivaltaa tai jokin merkeistä ilmaantuu.

Väkivallasta aiheutuvia yleisiä merkkejä voivat olla; hoitoon hakeutuminen myöhässä, omasta terveydestä ja raskaudesta piittaaminen, potilas on ärtynyt ja väsynyt, tupakoi, käyttää alkoholia, huu-

meita, uni-, masennus-, tai rauhoittavia lääkkeitä, huolimaton ulkonäkö, aikojen peruminen ja unohdaminen, eristäytyneisyys, toistuvia vammoja (kaatumisia, kompastumisia), erilaiset vammat sekä niiden vähättely ja peittäminen, muita toistuvia ja selittämättömiä vammoja (haavoja, mustelmia, palovammoja).

Seksuaalisesta hyväksikäytöstä aiheutuvia merkkejä voivat olla; vammat sukupuolielimissä, mustelmia reisissä, peräaukon repeytymät ja verenvuoto, usein toistuvia infektioita ja sukupuolitauteja, virtsaamisen ja ulostamisen kipu, gynekologisesta tutkimuksesta kieltäytyminen, abortti, ei-toivottu raskaus.

Taloudellisesta väkivallasta aiheutuvia merkkejä voi olla; köyhyys, kodittomuus, ”toisten nurkissa pyöriminen”, velat, perustarpeiden puute esimerkiksi ruuan puute, äkillinen suuren rahasumman nosto, laihduminen, huonoissa vaatteissa kulkeminen, maksamattomat laskut tai kyvyttömyys maksaa laskuja. (Perttu 2006, viitattu 8.3.2014.)

## **2.4 Väkivallan vaikutukset**

Väkivalta voi aiheuttaa monenlaisia ongelmia ja seurauksia. Seuraukset voivat olla fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia, taloudellisia tai yhteiskunnallisia. Aina ei ajatella, että väkivalta voi olla paljon muutakin kuin fyysistä väkivaltaa. Muita muotoja ei ole helppo välttämättä huomata ja niitä ei usein tunnisteta väkivallaksi.

Pahoinpitelyistä aiheutuvien fyysisten vammojen kuten mustelmien ja murtumien lisäksi fyysisiä oireita voi olla esimerkiksi unettomuus, päänsärky, sydänoireet tai sukupuolitaudit. Fyysiset oireet eivät välttämättä ole merkki pahoinpitelystä vaan esimerkiksi toisenlaisesta väkivallasta, kuten uhkailusta.

Psyykkiseksi luettavia seurauksia ovat esimerkiksi itsetunnon lasku, uupumus, luottamuksen puute, pelokkuus, miesviha, paniikkikohtaukset ja syömishäiriöt. Psyykkiset seuraukset ovat harvoin välittömiä ja ne kehittyvät pitkän ajan kuluessa. Seuraukset voivat näkyä vasta vuosien kuluessa esimerkiksi eri parisuhteessa, vaikka väkivaltainen parisuhde olisi päättynyt jo kauan sitten.

Väkivalta voi vaikuttaa uhrin tai hänen koko perheensä sosiaalisiin suhteisiin. Väkivallan tekijä voi esimerkiksi rajoittaa tai jopa kieltää uhria tapaamasta ystäviään. Uhri voi eristäytyä sosiaalisista suhteistaan, mikä voi johtaa suhteiden huomattavaan vähenemiseen ja uhrin yksinäisyyteen. Häpeä ja leimaantumisen pelko vaikuttavat suuresti edellä mainittuihin asioihin.

Talouteen vaikuttavat esimerkiksi sairauspäivistä aiheutuneet ansiomenetykset, terapiakustannukset sekä oikeudenkäyntikulut. Yhteiskunnalle naisiin kohdistuva väkivalta on aiheuttanut paljon sekä välillisiä että välittömiä kustannuksia. Väkivalta vaikuttaa yksilön lisäksi myös koko yhteiskuntaan. Väkivallan esiintyminen vahvistaa suvaitsevaisuutta sitä kohtaan yhteiskunnassa. Mitä enemmän väkivaltaa esiintyy, sitä normaalimpana ja tavallisempaan asiana ihmiset sitä pitävät. (Perttu 2002, 42–43.)

## **2.5 Väkivallan selitysmallit**

Väkivallan selitysmalleja on useita ja niillä pyritään selittämään väkivaltaisen käyttäytymisen syytä. Selitysmalleja on yhdeksän; psykopatologinen-, biologinen-, psykososiaalinen-, sosiokulttuurinen/feministinen-, sosiaalisen kontrollin-, sosiaalipsykologinen-, perhedynaaminen-, sosiaalisen oppimisen teoria sekä yhteiskunnan yleiseen väkivaltaisuuteen perustuva selitysmalli.

Psykopatologinen selitysmalli: Psykopatologinen selitysmalli selittää väkivaltaista käyttäytymistä psyykkisellä poikkeavuudella tai aivojen biologisella toimintahäiriöllä. Psykkinen poikkeavuus voi olla esimerkiksi lapsuuden vaikea kokemus tai häiriö persoonallisuudessa. Tiivis psykoterapiajakso voi auttaa ja vaikuttaa persoonallisuuden häiriön hoidossa, mutta väkivaltaisen henkilö on harvoin niin motivoitunut terapiaan, että siitä olisi apua. Aivojen biologinen toimintahäiriö voi johtua esimerkiksi sokeriaineenvaihdunnan häiriöstä tai alkoholin liikakäytöstä, joihin voidaan vaikuttaa usein lääkityksellä, ruokavaliolla ja vähentämällä alkoholin käyttöä.

Biologiset selitysmallit: Biologinen selitysmalli selittää väkivaltaa luonnollisella valinnalla, luonnossa ja ihmisessä ilmenevät ominaisuudet astuvat esiin sen seurauksena. Sellainen voi tapahtua jossakin äärimmäisessä tilanteessa, josta on selviydyttävä. Tämän selitysmallin taustalla on evoluutioteoria, joka on laajennettu Darwinin evoluutioteoriasta. Se selittää erityisesti miesten aggressiivisuuden periytyvän sukupolvelta toiselle ja muuttavan muotoaan ajan kuluessa.

Psykososiaalinen selitysmalli: Psykososiaalisessa selitysmallissa väkivallan ajatellaan johtuvan jonkinlaisesta stressi- tai kriisitilanteesta, jossa yksilö olisi selvitäkseen tarvinnut enemmän tukea ja apua. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi avioero, pienituloisuus ja työttömyys.

Yhteiskunnan yleinen väkivaltaisuus: Tässä selitysmallissa yhteiskunnan yleisen väkivaltaisuuden ajatellaan heijastuvan yksilön tapaan ajatella väkivaltaisuudesta. Väkivaltaa nähdään uutisten kautta, erilaisissa peleissä ja tv-ohjelmissa niin paljon, että sen kohtaaminen on jo normaalia eikä lainkaan epätavallista. Yhteiskunnan väkivaltaisuuteen pyritään vaikuttamaan ja vähentämään esimerkiksi asennekasvatustyöllä ja lainsäädännöllä, mutta ne vaativat paljon aikaa ja työtä.

Sosiokulttuurinen/feministinen selitysmalli: Sosiokulttuurisen ja feministisen selitysmallin mukaan väkivalta johtuu miesten ja naisten epätasa-arvoisesta asemasta. Nainen on ollut alemmassa asemassa kuin mies ja sen ajatellaan olevan pohjana sille, että miesten naisiin kohdistama väkivalta pohjautuu sukupuolten välisiin eriarvoisiin valtasuhteisiin.

Sosiaalisen kontrollin teoria: Sosiaalisen kontrollin teorian mukaan ihmiset käyttäytyvät sosiaalisesti inhimillisesti vain palkkioilla ja rangaistuksilla ohjattuina ja kontrolloituina. Näin ollen mies käyttäisi väkivaltaa, koska parisuhdeväkivallalla ei ole ulkoista kontrollia ja siitä saatu etu on suurempi kuin haitat.

Sosiaalipsykologiset eli interaktionistiset mallit: Sosiaalipsykologisen mallin mukaan väkivaltaisen käyttäytyminen johtuu yksilön, ympäristön ja yhteiskunnan keskinäisestä vuorovaikutuksesta. Yksilön reaktio on riippuvainen yhteiskunnasta ja muista suhteista. Tämän mallin mukaan sosiaalinen ympäristö vaikuttaa käyttäytymiseen. Yksilön tausta ja elämänhallinta määrää sen, käyttääkö yksilö väkivaltaa vai löytääkö vaihtoehtoisia toimintatapoja.

Perhedynaaminen teoria: Perhedynaamisessa selitysmallissa puolisoon kohdistuva väkivalta ajatellaan olevan oire jostain parisuhteen tai perheen ongelmasta, joka liittyy useimmiten kommunikointiin tai vuorovaikutukseen. Tämän selitysmallin ongelma on, että se syyllistää myös uhria hänen vuorovaikutuksestaan tai sen puutteesta.

Sosiaalisen oppimisen malli: Sosiaalisen oppimisen mallin mukaan väkivaltaisuus on opittua. Väkivaltaa opitaan käyttämään ongelmanratkaisukeinona havainnoimalla muiden käyttäytymistä, esimerkiksi lapsuudessa vanhemmilta. Uhkailu ja väkivalta voivat olla hyväksytyjä käyttäytymismalleja perheessä, josta ne periytyvät usein seuraavalle sukupolvelle. (Perttu 2002, 30–35.)

### **3 LÄHISUHDEVÄKIVALLAN PUHEEKSIOTTAMINEN SAIRAANHOITAJAN VASTAANOTOLLA**

Jokaisella kunnalla on velvollisuus tehdä töitä suunnitelmallisesti lähisuhdeväkivallan ehkäisemiseksi. Sen pitää kuulua kunnan hyvinvointi- ja turvallisuusstrategiaan erillisenä omana osana. Jokaisessa kunnassa tulee olla oma väkivallan ehkäisyn koordinaattori, joka huolehtii työn toimitavuudesta. Myös jokaisen ammattilaisen tulee olla tietoinen väkivallan vaikutuksista sekä tietoa uhrin kohtaamisesta ja sen keinoista. (THL 2014, viitattu 8.3.2014.)

#### **3.1 Väkivallan puheeksi ottaminen**

Lähi- ja perhesuhdeväkivaltaa tulisi kartoittaa automaattisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa, sillä harvoin uhri tuo itse esille asiaa. Asiaa tulisi kysyä aina suoraan, sillä jo asian esille ottaminen voi olla tie väkivallasta irtaantumiseen. Vaikka asiasta kysyminen ja puhuminen voivat olla kummallekin osapuolelle vaikeaa ja hankalaa, on hoitotyöntekijänä asiaa kysyttävä, sillä se voi olla potilaalle arvokas keskustelu tai käännekohta elämässä. Potilaalta ei välttämättä kukaan ole aiemmin kysynyt asiaa eikä hän ole uskaltanut ottaa sitä itsekään puheeksi. Nyt potilas tajuaa, ettei ole asiansa kanssa yksin. Häntä kuunnellaan ja autetaan. (THL 2014, viitattu 8.3.2014.)

Väkivallasta tulisi kysyä aina suoraan, vaikka se tuntuu vaikealta tai hankalalta. Kerro potilaalle miksi kysyt asiaa esimerkiksi "Olen huomannut toistuvia mustelmia, mistä ne johtuvat?". Tilanteen tulisi olla rauhallinen ja työntekijän olisi varmistuttava siitä, ettei väkivallan tekijä ole mahdollisesti paikalla. Paras tilanne on asiaa kysyä kun potilas on paikalla yksin. Potilaalle täytyy tulla tunne, että häntä kuunnellaan, ymmärretään ja autetaan, jonka työntekijä voi luoda olemalla avoin, empaattinen, ymmärtäväinen sekä rehellinen. Potilaan kertoma täytyy ottaa aina vakavasti eikä sitä tule vähätellä. Potilaan voi olla hankala jutella asiasta ja hän voi tuntea siitä suurta häpeää tai ahdistuneisuutta. Anna potilaan kertoa asiansa ja tee tarvittaessa lisäkysymyksiä. On hyvä varmistaa, että potilas ymmärtää mitä olet kertonut. Mikäli potilaana on ihminen joka ei puhu suomea tai hoitosuhteen osapuolilla ei ole yhteistä kieltä, on hyvä hankkia tulkki. (Perttu 2004, 48–52.)

Kysymisessä kannattaa käyttää kysymyksiä jotka alkavat sanoilla "mitä", "miten", "milloin", "kuka". Myötätuntoa osoittavat kysymykset voivat myös auttaa potilasta avautumaan. Korosta puheessasi

väkivallan tekijän vastuuta tekemisistään, äläkä kysy väkivallasta syyttävään sävyyn. Hyviä aloituskysymyksiä voivat olla esimerkiksi ”Väkivalta vaikuttaa monin tavoin ihmisten elämään ja sitä ilmenee paljon, oletko itse kokenut väkivaltaa?”. (Perttu & Kazelitz 2006, viitattu 8.3.2014.)

Potilaalle tulisi kertoa väkivallan eri muodoista sekä kartoittaa potilaan omia käsityksiään väkivallasta. Väkivaltaa on monenlaista ja ihmiset voivat käsittää väkivallan eri tavoin. Kaikki eivät pidä toisen haukkumista ja kunnianloukkausta väkivaltana vaan käsittää väkivallan fyysiseksi. Suomen rikoslain nojalla muun muassa vapauden riisto, yksityiselämää loukkaavan tiedon levittäminen sekä kiristys ovat rangaistavia tekoja. On tärkeää kertoa myös siitä, että väkivalta on aina rikos ja olet sairaanhoitajana velvollinen tekemään rikosilmoituksen tietynlaisista rikoksista. Tulisi kertoa myös lähisuhdeväkivallan yleisyydestä ja terveysvaikutuksista. (Rikoslaki, 24 luku (9.6.2000/531) Yksityisyyden, rauhan ja kunnian loukkaamisesta, 8 § (13.12.2013/879); 25 luku (21.4.1995/578) Vapaudteen kohdistuvista rikoksista 1 § (21.4.1995/578); 31 LUKU (24.8.1990/769) Ryöstöstä ja kiristyksestä 3 § (24.8.1990/769); Perttu & Kazelitz 2006, viitattu 8.3.2014.)

Sairaanhoitajan tulee olla tietoinen alueensa palveluista sekä tiedottaa niistä potilaalle. Mikäli ei ole varma mihin potilas olisi hyvä ohjata, on hyvä varata uusi tapaamisaika. Väkivaltaa kohdannutta potilasta ei ole hyvä jättää yksin. (Perttu & Kazelitz 2006, viitattu 8.3.2014.)

Potilastapaaminen on lopuksi hyvä kirjata yksityiskohtaisesti ja monipuolisesti, sillä sitä voidaan käyttää todisteena myöhemmin esimerkiksi mahdollisissa tapaamiskäytöissä tai rikoksen käsittelyssä. Kirjaamisessa on tärkeää ilmaista mikä on potilaan kertomaa ja mikä jonkun muun henkilön kertomaa. Erityisesti täytyy merkata mahdolliset näkyvät väkivallan merkit. Potilaan kanssa tulisi käydä läpi kirjattu teksti, jotta tekstiin ei tule väärinkäsityksiä. (THL 2014, viitattu 8.3.2014)

### **3.2 Sairaanhoitajan rooli väkivaltatyössä**

Väkivaltatyö poikkeaa monin tavoin perinteisestä auttamistyöstä. Väkivaltatyössä kohdataan hengenvaarallisia käyttäytymismalleja ja täten perinteistä auttamistymallia täytyy soveltaa. Useat työntekijät on koulutettu kuuntelemaan, ymmärtämään ja selittämään poikkeavaa käyttäytymistä joten väkivaltatyön työskentelymalliin voi olla hankala asettua. Sen lisäksi yhteiskunnassamme voi vielä vallita uskomus, että väkivalta on perheen oma asia eikä siihen tule puuttua. Työntekijä ei



kuitenkaan voi vain kuunnella ja yrittää ymmärtää vaan työntekijän täytyy aina olla vastaan väkivaltaa. Täytyy ilmaista selvästi, että väkivalta on aina rikos ja sitä ei voi missään muodossa hyväksyä.

Myös vaitiolovelvollisuuden tiukkaan noudattamiseen tottuneella työntekijällä voi olla hankala omaksua tiedonvaihtoa muiden viranomaisten kanssa, sillä vaitiolovelvollisuuden noudattaminen asettuu uuteen uskoon väkivaltatilanteissa. Uhrin turvallisuuteen liittyvissä tilanteissa täytyy soveltaa vaitiolovelvollisuutta. Mikään ammattieettinen periaate tai säännös ei voi sallia ihmishengen vaarantamista. Vaitiolovelvollisuuden puitteissa ei voi myöskään luvata väkivallan tekijälle ehdontonta luottamuksellisuutta työskentelyssä.

Työntekijän on tärkeää käydä läpi asioita, jotka voivat vaikuttaa omassa työskentelyssä väkivallan tekijöiden ja uhrien kanssa. Ensimmäiseksi on muistettava säilyttää aina ammatillisuus vaikka se voikin joutua välillä koetukselle. Työssä vaaditaan kärsivällisyyttä ja hyvää stressinsietokykyä. Asiakkaat voidaan kokea ärsyttävinä ja turhauttavina, jotka eivät ikinä ota ohjeista onkeensa.

Tämän takia on hyvä tunnistaa ja tiedostaa asioita, jotka voivat vaikuttaa omassa työskentelyssä. Yhteiskunnassa vallitsee tietyt arvot, normit ja asenteet. Työntekijän on hyvä käydä läpi yhteiskunnan sekä omat uskomuksensa, ennakkoluulonsa ja stereotypiansa liittyen perheväkivaltaan. Tietyt stereotypiat voivat vaikuttaa työskentelyyn. Voidaan ajatella esimerkiksi, että uhrin ovat kykenemättömiä jättämään väkivaltaisen miehen tai työntekijä usko sen olevan helppoa. Myöskään uhrin syyllistäminen ei johda mihinkään vaan voi saada uhrin tuntemaan syylliseltä ja väkivallan tekijän teot vähäpätöiseltä. Näin vahvistetaan uhrin tuomitsevia asenteita. Työntekijän halukkuuteen puuttua väkivaltaan voi vaikuttaa myös väkivallan uhrien ja tekijöiden palveluihin pääsy, niiden määrä sekä laatu. Myös organisaatioiden rooli asioiden hoitamisessa vaikuttaa. (Perttu 2004, 65–66.)

### **3.3 Lomakkeet lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamisen apuna**

Potilaan kokonaistilanne pitäisi kartoittaa. Kartoituksen apuna voi käyttää lähisuhdeväkivallan suodatin – ja kartoituslomaketta, jonka THL on yhdessä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kanssa kehittänyt. Äitiys- ja lastenneuvolassa käytetään myös väkivalta-lomaketta (neuvolaseula), jota käytetään systemaattisesti kaikissa neuvoloissa.

On olemassa myös MARAK- riskinarviointilomake, josta voi olla myös apua kartoittaessa parisuhdeväkivaltaa. MARAK- riskinarviointilomakkeen käyttö on kuitenkin tarkoitettu ainoastaan henkilöille, jotka ovat käyneet MARAK- menetelmään koulutuksen. Lomakkeet ovat saatavilla Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivuilla.

Potilaan tilannetta olisi hyvä hieman kartoittaa siltäkin varalta, onko hänen turvallista palata kotiin. Mikäli kotona tilanne on sellainen, ettei potilas voi palata sinne, täytyy varmistaa potilaan turvallisuus ja hankkia esimerkiksi turvakotipaikka. On mahdollista tehdä myös turvasuunnitelma potilaan kanssa. Mikäli potilas ei avaudu tilanteestaan, on hyvä varata seuraava tapaamisaika. Potilasta olisi hyvä informoida myös lähestymiskiellosta ja sen hakemisesta. (THL 2014, viitattu 9.12.2014; Laki lähestymiskiellosta 1 luku1 §,4.12.1998/898.)

## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia naisiin kohdistuvan väkivallan tunnistamisesta ja puheeksi ottamisesta perusterveydenhuollon vastaanotolla. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa kokemuksellista tietoa tutkimukseen osallistuvien näkökulmasta. Tietoa voidaan hyödyntää perusterveydenhuollossa sairaanhoitajien vastaanotolla asiakkaita kohdatessa ja he pääsevät jakamaan ja kuulemaan puheeksi ottamisen kokemuksia. Myös me itse saamme tiedollista hyötyä ajatellen tulevaa työtämme sairaanhoitajina, sillä väkivallan uhreja saattaa kohdata perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidon piirissä. Tavoitteena on madaltaa puheeksi ottamisen kynnystä sairaanhoitajan vastaanotolla, sillä väkivallan merkit eivät ole aina näkyviä.

Tutkimustehtävät ovat:

Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on naisiin kohdistuvan väkivallan tunnistamisesta ja puheeksi ottamisesta perusterveydenhuollon vastaanotolla?

Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on valmiuksistaan tunnistaa ja ottaa puheeksi naisiin kohdistuvaa väkivaltaa?

## 5 TUTKIMUSMETODOLOGIA

### 5.1 Laadullinen tutkimus

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa tarkoitus on kuvata todellista elämää ja tutkimaan asiaa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullinen tutkimus perustuu kokemuksellisiin havaintoihin, joita ei tilastollisin menetelmin pystytty tutkimaan. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään löytämään eikä todentamaan jo olemassa olevia väittämiä. Tiedonkeruumenetelmänä käytetään yleisemmin ihmistä ja hänen kokemuksiaan, kuin mittausvälineitä. Metodeina suositaan muun muassa teemahaastattelua, osallistuvaa havainnointia ja ryhmähaastattelua, joissa haastateltavan näkökulma tulee esille. Tällä tavoin haastateltava saa kertoa kokemuksistaan suhteellisen vapaasti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 155; Tilastokeskus 2014, viitattu 5.10.2014; Tilastokeskus 2014, viitattu 4.10.2014.)

### 5.2 Tutkimukseen osallistuvien valinta

Opinnäytetyö on opiskelijan harjoitustyö, jonka tarkoituksena on tuoda esille oman alansa osaamista. Laadullisissa tutkimuksissa pyritään kuvamaan jotakin ilmiötä eikä pyritä tilastollisiin yleistyksiin. Aineiston koko ei ratkaise vaan siitä tehtyjen tulkintojen laatu. Laadullisissa tutkimuksissa aineistojen koot vaihtelevat runsaasti. Tällaisissa tutkimuksissa osallistujat valitaan tarkoituksenmukaisesti, jotta haastateltavilla on paljon annettavaa tutkimukseen. Haastateltavilla henkilöillä olisi hyvä olla tietoa tutkittavasta ilmiöstä tai jonkinlaista kokemusta asiasta. Tämä korostuu etenkin tutkimuksissa, joissa otanta on pieni. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86.)

Haastattelemamme kaksi sairaanhoitajaa olivat erään kunnan perusterveydenhuollon terveysaseman vastaanotoilta. Tutkimusluvan saimme kuntayhtymän hoitotyön päälliköltä lokakuussa 2014. Tavoitteena oli saada haastatteluihin hoitajia, joilla olisi jonkin verran työkokemusta, jotta saisimme aineistoa riittävästi, sillä otanta tulisi kuitenkin olemaan pieni. Toisella hoitajalla työkokemusta oli kaiken kaikkiaan reilu 20 vuotta, toisella noin yhdeksän vuotta.

Opettaja ehdotti meille erästä kuntayhtymää. Olimme yhteydessä kehitysjohtajaan, joka kartoitti mahdollisuuksia tutkimuksellemme ja välitti viestiämme eteenpäin kyseiseen kuntaan palveluesimiehelle. Tämän jälkeen olimme yhteydessä palveluesimieheen, jolta saimme mahdollisten haastateltavien sairaanhoitajien sähköpostiosoitteet. Laitoimme sähköpostia näille sairaanhoitajille tutkimuksestamme ja lähetimme myös tiedoksiannon tutkimuksesta (liite 1). Kerroimme, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja että, sen saa keskeyttää missä tutkimuksen vaiheessa vain. Kysyimme myös luvan haastatteluiden nauhoittamiseen.

### **5.3 Teemahaastattelu aineiston keruumenetelmänä**

Tarkoituksenamme oli haastatella kolmea sairaanhoitajaa, mutta saimme toteutettua niistä vain kaksi, koska aikataulu oli tiukka ja emme saaneet kolmatta sairaanhoitajaa lyhyellä varoitusajalla haastatteluun. Haastatteluajankohdat sovimme etukäteen sähköpostitse ja puhelimitse. Haastatteluiden alussa kysyimme hoitajien työkokemuksesta ja koulutuksesta. Haastattelut suoritimme hoitajien työpaikalla rauhallisessa huoneessa. Haastatteluihin olimme varanneet 30-60 minuuttia per haastattelu, mutta haastattelut kestivät kukin vain hieman alle 30 minuuttia. Haastattelut toteutettiin lokakuussa 2014. Toimimme vuorotellen haastattelijoina. Ennen haastatteluja tutustuimme teemahaastatteluun menetelmänä, jotta osasimme toteuttaa sen hyvin.

Käytimme teemahaastattelua aineiston keruumenetelmänä. Haastattelumme teemoina olivat lähisuhdeväkivallan tunnistaminen, puheeksi ottaminen, sairaanhoitajan valmiudet väkivaltatyöhön sekä lisäkoulutuksen tarve väkivaltatyöhön. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu eli avoimen ja lomakehaastattelun välimuoto. Teemahaastattelu eteni muutaman etukäteen valitun teeman ja niitä tarkentavien lisäkysymysten mukaan. Olimme miettineet muutamia etukäteen sovitteja avoimia kysymyksiä (liite 2). Kysymykset olivat kaikille samat. Olimme perehtyneet ennen haastatteluja kyseiseen aiheeseen, jotta haastattelut sujuvat hyvin ja osaamme kysyä johdonmukaisia kysymyksiä teemoihin liittyvistä asioista. Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu oli hyvä ja sopivin haastattelumuoto, koska hoitajat pystyivät kertomaan omin sanoin vapaasti kokemuksistaan ja ajatuksistaan. Se ei voi edetä kysellen mitä tahansa, vaan täytyy pyrkiä löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 195.)

## 5.4 Aineiston analyysi

Kaikissa laadullisissa tutkimuksissa voidaan käyttää perusanalyysimenetelmänä sisällönanalyysiä. Se on monipuolinen analyysimenetelmä, koska sitä voidaan käyttää sekä yksinään että liittämällä erilaisiin analyysikokonaisuuksiin.

Sisällönanalyysin tarkoitus on kuvata tutkittavaa ilmiötä selkeästi ja sanallisesti. Tällä pyritään saamaan aineisto selkeäksi ja tiiviiksi, ja siten lisätä myös sen informaatioarvoa. Selkeyttämällä aineistoa pyritään selkeyttämään myös johtopäätösten tekoa tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston käsittely perustuu päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto hajotetaan, käsitteellistetään ja kootaan uudelleen. Se on analyysimalli, jolla analysoidaan dokumentteja objektiivisesti ja systemaattisesti. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 91–111.)

Tutkimuksessamme haastattelimme teemahaastattelumenetelmällä kahta sairaanhoitajaa. Teemoina olivat lähisuuhdeväkivallan tunnistaminen, puheeksi ottaminen, sairaanhoitajan valmiudet väkivaltatyöhön sekä lisäkoulutuksen tarve väkivaltatyöhön.

Käytimme sisällönanalyysia aineiston analysoimiseen ja teimme tämän kolmivaiheisena prosessina. Nauhoitimme haastattelut, jonka jälkeen kirjoitimme ne puhtaaksi eli litteroimme. Tämän jälkeen pelkistimme aineiston tutkimustehtävien ja teemojen mukaan, jossa karsimme tutkimukselle epäoleelliset asiat pois. Seuraavassa vaiheessa ryhmittelimme aineiston teemojemme mukaan ja etsimme yhtäläisyyksiä sekä eroavaisuuksia. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin ja yhdistettiin luokiksi. Käsitteemme on ryhmitelty alaluokkiin ja alaluokkien ryhmittelyä kuvaavat yläluokat. Yläluokat on yhdistetty pääluokiksi. Teemoittelu on luokittelun kaltaista, mutta siinä painotetaan kustakin teemasta sanottuja asioita. Sen jälkeen loimme teoreettiset käsitteet (taulukko 1), eli abstrahoiimme aineiston. Erottelimme aineistosta oleellisimmat asiat ja loimme niiden perusteella teoreettisen käsitteistön. Tämän jälkeen kirjoitimme yhteenvedon ja teimme tutkimuksestamme johtopäätöksiä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 91–111.)

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Analyysin jälkeen muodostui teemojemme mukaan neljä pääkategoriaa, joita ovat lähisuhdeväkivallan tunnistaminen, puheeksi ottaminen, sairaanhoitajan omat valmiudet väkivaltatyössä ja lisäkoulutus. Yläkategorioita muodostui yhdeksän.

TAULUKKO 1. Sairaanhoitajan kokemuksia lähisuhdeväkivallan tunnistamisesta, puheeksi ottamisesta ja lisäkoulutuksen tarpeesta

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Näkyvät merkit esim. mustelmat	Fyysiset merkit	Tunnistaminen
Väkivallan merkit eivät ole aina näkyviä		
Ongelmat perhe-elämässä	Psyykkiset merkit	Tunnistaminen
Toistuva hakeutuminen vastaanotolle erilaisten vaivojen takia	Vastaanottoihin liittyvä käyttäytyminen	
Asioiden ”pimittäminen”		
Asiasta suoraan kysyminen	Puheeksi ottamisen menetelmät	Puheeksi ottaminen
”Kuulumisten” kysyminen		
Kaavakkeiden käyttö puheeksi ottamisen tukena		
Kysyminen on hankalaa ilman näkyviä merkkejä	Puheeksi ottamiseen vaikuttavat tekijät	Puheeksi ottaminen
Oireiden taustojen selvittely		
Hoitaja tuntee potilaan entuudestaan		
Hoitaja ei tunne potilasta entuudestaan		
Kysyminen potilaan ollessa yksin vastaanotolla		

Sairaanhoidajan opinnoissa niukasti opetusta asiasta	Koulutus	Sairaanhoidajan omat valmiudet väkivaltatyöhön
Kokemusta niukasti ko. tilanteista	Oma kokemus	
Ei tunnista väkivallan uhria	Tiedonpuute	
Ei tiedä kuinka toimia väkivaltatilanteen ilmettyä		
Kaivataan lisäkoulutusta	Lisäkoulutuksen tarve	Lisäkoulutus
Kaivataan oppaita ja konkreettisia ohjeita		
Koulutuksen säännöllisyys		
Lisäkoulutuksia niukasti tarjolla		

## 6.1 Tunnistaminen

Haastatellut sairaanhoitajat toivat esille tunnistamisesta fyysiset ja psyykkiset merkit sekä vastaanottoihin liittyvän käyttäytymisen. Fyysisillä merkeillä hoitajat tarkoittivat näkyviä väkivallan merkkejä, kuten mustelmia. Hoitajat kuitenkin tiedostivat, etteivät väkivallan merkit ole aina näkyviä. Erilaiset ongelmat esimerkiksi perhe-elämässä voivat näkyä psyykkisinä merkkeinä. Toistuvat käynnit vastaanotolla erilaisista syistä sekä niiden taustojen pimittäminen herättivät myös epäilyn väkivallan mahdollisuudesta.

*”Eihän ne välttämättä kerro asiasta. Onhan se vähän tympeää kaivella sitten. Fyysiset vammat mitä on, esimerkiksi mustelmat. Semmonen herättää, jos asiakas käy paljon vastaanotolla. Herää epäily onko jotakin taustalla esimerkiksi väkivaltaa. Aika hankalaa.”*

### Fyysiset merkit

Haastatellut hoitajat kokivat, että väkivallan tunnistaminen ja puheeksi ottaminen oli vaikeampaa, jos ei ollut selviä fyysisiä merkkejä. Epäilyjä herätti myös, mikäli potilas hakeutuu vastaanotolle useasti eri kipujen ja vaivojen takia. Fyysisiä merkkejä harvoin nähtävissä vastaanotolla, asia oli tullut esille muussa yhteydessä tai tarkemmalla haastattelulla.



## **Psyykkiset merkit**

Eräs haastatelluista hoitajista kyseli koko perheen kuulumisia ja tätä kautta ilmenneet ongelmat perhe-elämässä saattoivat herättää ajatuksia mahdollisesta väkivallasta perheessä.

## **Vastaanottoihin liittyvä käyttäytyminen**

Toisella hoitajalla heräsi epäilyksiä, jos potilas asioi vastaanotolla toistuvasti erilaisten vaivojen tai kipujen vuoksi. Hoitajalle oli tullut tunne, että potilas ”pimittää” jotain, jos potilas useasta käyntikerasta huolimatta ei tahtonut avautua täysin asioistaan tai väkivallan mahdollisuudesta.

## **6.2 Puheeksi ottaminen**

Hoitajien mukaan lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamiseen liittyviä asioita ovat kuinka asia otetaan esille ja mitkä asiat siihen vaikuttavat. Hoitajat ottaisivat asian eri tavoin esille. Erilaisia mielipiteitä tuli myös siitä, onko puheeksi ottaminen helpompaa tutun potilaan kanssa vai täysin tuntemattoman kanssa.

*”Kyselly sitten ihan suoraankin, että onko tehty jotakin jos on paljon mustelmia taikka jos saman kivun takia tulee vastaanotolle. Kysellä sitten vähän mistä ne on tullu. Eihän ne oikeen tahdo sanoa, monesti saa keskustella aika pitkäänkin, ennenku myöntää sen että on jotakin, käyty käsiksi tai muuta.”*

*”...mää tiän että sillä on semmosta väkivaltaista taustaa, sitä ois helpompi ottaa niinku puheeksi. Jos en tiä siitä asiakkaasta mitään, niin se on vähän hankalampaa.”*

*”...tuli niinku ilmi siinä kyselyn myötä, että minun ei tarvinnu niinku mitään, tietenkkin lisäkysymyksiä tein. Mietittiin siihen jatkoja, mutta ei niinkö ei mun tarvinnu rivien välistä lukia.”*

## **Puheeksi ottamisen menetelmät**

Eräs haastatelluista hoitajista koki, että oli helpompaa kysyä suoraan potilaan ollessa vastaanotolla. Toisen hoitajan mielestä oli helpompaa lähteä kyselemään kuulumisia ylipäättään ja lähestyä asiaa tällä tavalla. Hoitajien mukaan väkivallan tunnistamista ja puheeksi ottamista helpottavat ky-

selykaavakkeet. Toisella hoitajista oli useita erilaisia kyselykaavakkeita käytössään ja koki ne hyödyllisiksi sekä tarpeellisiksi. Toinen hoitaja kaipasi työhönsä jonkinlaisia kaavakkeita väkivallan tunnistamisen ja puheeksi ottamisen tueksi.

### **Puheeksi ottamiseen vaikuttavat tekijät**

Haastatellut hoitajat kokivat, että lähisuhdeväkivallasta kysyminen oli vaikeampaa ilman näkyviä merkkejä, kuten mustelmia. Toiselle hoitajalle heräsi epäily mahdollisesta väkivallasta, mikäli potilas kävi jatkuvasti vastaanotolla erinäisten syiden vuoksi. Voisiko taustalla olla väkivaltaa? Hoitaja koki myös tärkeäksi sen, että ei hoideta vain oiretta vaan selvitetään oireen syytä.

Hoitajilta tuli erilaisia mielipiteitä siitä, minkälaisessa hoitaja-potilassuhteessa oli helpompi ottaa väkivalta puheeksi. Toinen hoitajista oli sitä mieltä, että asia oli helpompi ottaa esille, kun potilas oli ennestään tuttu. Täten tiedettiin potilaan taustat paremmin. Toinen hoitaja taas koki, että asiasta on helpompi kysyä ja kertoa, kun potilas ei ole tuttu eikä kummallakaan ole ennakkokäsityksiä toisistaan.

Toinen hoitaja toi ilmi turvallisuus näkökulman kuten, että asiasta olisi hyvä kysyä potilaan ollessa yksin käymässä vastaanotolla. Mahdollisen väkivallan tekijän ei pitäisi olla mukana asiasta kysytessä eikä myöskään huoneen ulkopuolella odottamassa, koska potilas ei todennäköisesti myönnä kohdanneensa väkivaltaa. Väkivallan tekijä voi myös arvata keskustelun aiheen ja siitä voi tulla ongelmia kotona.

### **6.3 Sairaanhoidajan omat valmiudet väkivaltatyöhön**

Haastattelujen mukaan sairaanhoitajat kokivat omat valmiudet väkivaltatyöhön heikoiksi. Hoitajien mukaan kokemus helpottaisi tunnistamista ja puheeksi ottamista, sillä sairaanhoitajan peruskoulutuksessa asiaa ei juuri käydä läpi. Kyselykaavakkeita koettiin hyödyllisiksi puheeksi ottamisen tukena.

*”No aika vähänhän siellä koulussa käydään, kokemusten kautta varmaan. Ei mulla itellä hirveesti oo kokemusta niinkö nuista, varmaan sitten mitä enemmän niitä ois, niin sitä helpompaa se ois.”*

*”...kuitenki se on jotenki heleppo se kaavake itelle, että se kaavake on olemassa ja on kysyttävä. Kun että se ois semmonen häilyvä vaan, että vaan joskus sillon tällön siihen pitäis kiinnittää asiaan huomiota...”*

### **Koulutus**

Toinen haastatelluista hoitajista koki, että sairaanhoitajan opinnoissa käydään lähisuhdeväkivaltaa niukasti läpi. Sairaanhoitajan opintojen pohjalta valmiudet ottaa lähisuhdeväkivalta puheeksi koettiin huonoiksi, mikäli asiasta ei ollut minkäänlaista lisäkoulutusta.

### **Oma kokemus**

Toinen hoitaja toi ilmi, että kokemus asiasta helpottaisi väkivallan tunnistamista ja puheeksi ottamista, sillä hänellä kokemusta oli niukasti. Toisella hoitajalla oli hiukan kokemusta väkivaltaa kohdanneista asiakkaista. Hän koki, että jos väkivalta-asiat eivät tule esille hetkeen, tietotaito häviää ja puheeksi ottamisesta tulee entistä vaikeampaa.

### **Tiedonpuute**

Toinen hoitajista käytti työssään paljon kyselykaavakkeita ja vastaan tulleet lähisuhdeväkivaltatapaukset olivat tulleet ilmi kaavaketta läpikäydessä. Hän koki, ettei ulkoisesti osannut ajatella potilaansa kokevan väkivaltaa ja ettei olisi osannut tunnistaa eikä ottaa puheeksi ilman kaavaketta. Hoitaja koki haastavaksi sen, kuinka jatkaa potilaan kanssa väkivallan ilmettyä, koska asia pitää hoitaa loppuun asti. Hän tiedosti, että on muun muassa otettava huomioon, onko potilaan turvallista mennä kotiin tai onko lapset turvassa.

## **6.4 Lisäkoulutus**

Hoitajat kokivat, että lisäkoulutus olisi tarpeen ja että sitä on vähän tarjolla. Työn tueksi kaivattiin oppaita ja ohjeita lähisuhdeväkivallasta.

*”Varmaan lisäkoulutusta sais olla jokkaiselle. Varmaan koko sen mitä oon ite ollu, 2005 jouluna valmistunu, ni en oo yhdessäkään koulutuksessa ollu eikä oo kertaakaan puhuttu koskaan.”*

*”...ei sitä koskaan liikaa tuu. Niinku sillon tällön uudestaan, että sais tiedot ajantasalle ja semmosen varmuuden itelleen, että nämä pitää ottaa puheeksi.. Jos tieto ja taito vähe-  
nee, eikä pitkään aikaan tuu esille mitenkään tai oo niitten kanssa tekemisissä, niin jotenki  
se on vielä vaikeampaa sitte ottaa puheeksi. Että kyllä siihen tarvittais sitä päivitystä,  
vaikka joka toinen vuosi jos ei joka vuosi.”*

### **Lisäkoulutuksen tarve**

Kumpikin haastatelluista hoitajista kaipasi lisäkoulutuksia lähisuhdeväkivallasta, eikä asiasta heidän mukaan voi koskaan olla liikaa koulutusta. Heidän kokemuksiensa mukaan lisäkoulutuksia lähisuhdeväkivallasta on niukasti tarjolla, vaikka työssänsä pääsevätkin paljon lisäkoulutuksiin. Toivottiin, että koulutusta olisi säännöllisesti, jotta asiat eivät pääsisi unohtumaan. Kaivattiin myös konkreettisia neuvoja, ohjeita ja oppaita työn tueksi.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tutkimustulosten tarkastelu kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimustulosten mukaan

Haastatteluista kävi ilmi, että lähisuhdeväkivallan tunnistaminen koettiin vaikeammaksi jos potilaalla ei ollut fyysisiä merkkejä. Hoitajat kuitenkin tiedostivat, että väkivalta ilmenee monin tavoin, ei vain fyysisesti. Potilaan jatkuva vastaanotolla käynti erinäisistä syistä herätti hoitajissa epäilyn, voisiko taustalla olla väkivaltaa. Toisaalta asiasta kysyttäessä potilaat eivät välttämättä myönnä kokevansa väkivaltaa, vaikka epäily väkivallasta olisi hoitajalla vahva.

Uhreista pieni osa hakee apua, mikä voi tehdä väkivallan tunnistamisesta haastavaa. Väkivalta ei näy aina päällepäin, koska fyysiset merkit pahoinpitelystä ovat usein alueilla, jotka jäävät vaatteiden peittoon. Tunnistamista voi vaikeuttaa myös asiaan liittyvä salailu ja häpeä. (Perttu 2002, 64.)

Puheeksi ottamisen menetelmistä oltiin eri mieltä. Toinen haastatelluista hoitajista oli sitä mieltä, että asiaa tulee kysyä aina suoraan. Toinen hoitajista taas lähtisi ensimmäisenä kyselemään kuumuisia, perhe-elämästä, parisuhteesta ja yleisestä jaksamisesta. On tärkeää kysyä asiasta kuitenkin suoraan kiertelemättä asiaa, jotta potilaalle tulisi tunne, että asia voidaan ottaa esille ja siitä voidaan keskustella. Hoitajan on hyvä kiinnittää huomiota tapaan, jolla hän ottaa asian puheeksi. (Perttu 2002, 68.)

Kyselykaavakkeet koettiin hyödyllisiksi tunnistamisen ja puheeksi ottamisen tukena. Toisella haastatelluista hoitajista oli käytössä useita erilaisia kyselykaavakkeita, jotka hän koki tarpeellisiksi. Hän toi myös ilmi, ettei osaisi tunnistaa ja ottaa puheeksi väkivaltaa ilman, että asia olisi tullut kyselykaavakkeen kautta esille. Toisella hoitajalla ei ollut käytössään minkäänlaisia kyselykaavakkeita, mutta koki, että niistä voisi olla hyötyä hänen työssään. Eri puolilla Suomea on kehitelty työvälineitä väkivallasta kysymiseen, kuten erilaisia kyselylomakkeita ja toimintamalleja (STM 2010, 61).

Toinen hoitajista toi esille turvallisuusnäkökulman puheeksiottamistilanteeseen. Asiasta tulisi kysyä aina kahden kesken niin, että mahdollinen väkivallan tekijä tai kukaan muukaan tuttu ei ole mukana

vastaanotolla. On hyvä myös muistaa puheeksi ottamisessa keskittyä potilaaseen, luoda katsekontakti ja välttää uhkaavia asentoja. Näin potilaalle voidaan luoda turvallinen ja kannustava ilmapiiri kertoa arkaluontoisista asioista. (Perttu 2002, 68.)

Haastatellut hoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että sairaanhoitaja koulutuksessa ei käydä väkivalta-asioita tarpeeksi läpi. Myös kokemuksen puute väkivaltaa kohdanneista potilaista oli vähäistä, mikä koettiin heikentävän kykyä tunnistaa ja auttaa väkivaltaa kokeneita potilaita. Tiedot ja taidot väkivaltaa kohdanneiden auttamisesta koettiin heikoiksi. Tutkimuksenkin mukaan hoitajat kokevat valmiutensa heikoiksi ja kirjallisten ohjeiden olevan vähissä (Sundborg, Saleh-Stattn, Wändell & Törnkvist 2012, 10).

Asiasta kaivattiin lisäkoulutusta. Koulutusta kuitenkin on hoitajien kokemuksen mukaan vain vähän tarjolla. Tasa-arvoselonteon taustaselvityksessä (Riski 2009) ilmeni, että lähisuhdeväkivallan ehkäisemiseen liittyvä koulutus on puutteellista ja hajanaista. Ammatillisen osaamisen taso vaihteli paljon. Ongelmaksi koettiin se, että väkivalta-asiat ovat useampien ammattiryhmien osalta vain kertaluonteisia ja niitä käsitellään vain osana muita koulutustavoitteita. Asiaan liittyvää erikoiskoulutusta on usein myös vain pääkaupunkiseudulla. Koulutuksen tarve on todettu myös Tunnista, turvaa ja toimi 2008 –suosituksissa. (STM 2010, 60-61.)

## **7.2 Tutkimuksen tekemiseen liittyvää pohdintaa**

Perusterveydenhuolto on ensimmäisiä paikkoja, johon ihminen sairastuessaan hakeutuu hoitoon, joten jo tässä vaiheessa olisi syytä kiinnittää huomiota asiaan. Väkivallan tunnistaminen ja sen puheeksi ottaminen potilaan kanssa koettiin haastavaksi ilman selviä merkkejä, kuten fyysisiä jälkiä väkivallasta. Vaativampaa onkin tunnistaa potilas, joka kokee henkistä väkivaltaa kuin mustelmilla tai ruhjeilla oleva potilas. Tässä pitäisi kuitenkin onnistua, sillä henkinen väkivalta voi olla esimerkiksi vasta kehittymässä fyysiseksi. Perusterveydenhuollossa voisi olla mahdollisuus huomata ja puuttua tilanteeseen jo ennen lähisuhdeväkivallan alkamista, jolloin pariskunnan tulevaisuus voisi olla valoisampi.

Tutkimusta tehdessämme saimme huomata, että lähisuhdeväkivallasta on tehty paljon tutkimuksia, projekteja ja hankkeita sen esille tuomiseksi. Hoitajat kokivat silti, ettei heillä ole tietoa eikä taitoa tunnistaa vastaanotolla asioivaa potilasta, joka kokee parisuhteessaan väkivaltaa. Tutkimuksemme

hoitajat kaipasivat sekä sairaanhoitajakoulutukseen lisää opetusta aiheeseen liittyen, että säännöllisiä lisäkoulutuksia työn ohessa käytäväksi. Kaivattiin myös konkreettisia ohjeita ja oppaita tilanteen kohtaamiseen ja hoitamiseen.

Väkivaltatyö on hyvin erilaista kuin perinteinen sairaanhoitajatyö. Se voi tehdä tunnistamisesta ja puheeksi ottamisesta erittäin haastavaa jo itsessään. Väkivallan ympärillä vallitsee edelleen paljon uskomuksia, jotka voivat vaikuttaa työntekijän toimintaan. Voidaan ajatella, että perheessä tapahtuva väkivalta ei ole vakavaa, koska kaikkihan riitelevät ja kuka tahansa voi menettää malttinsa kertaluontoisesti. Hoitajan täytyy jättää omat mielipiteensä taka-alalle, eikä saa antaa niiden vaikuttaa työhönsä. Hoitajan täytyy puhua rohkeasti aiheesta potilaansa kanssa ja kannustaa siten myös puolestaan potilasta avautumaan mahdollisesta väkivaltatilanteesta. (Perttu 2004, 65–66.)

### **7.3 Tutkimuksen luotettavuus**

Eri lähteissä painotetaan eri asioita laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta. Olemme käyttäneet kahta eri lähdettä tutkimuksen luotettavuuden kriteereihin liittyen. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuudella tarkoitetaan aineiston käsittelyn ja analyysin luotettavuutta. Olemme käsitelleet aineistoa luotettavasti, siihen ei ole päässyt käsiksi kukaan muu meidän opinnäytetyöntekijöiden lisäksi. Olemme litteroineet aineistot sanatarkasti ja tuhonneet sen jälkeen nauhoitukset, kuten lupasimme haastatteluihin osallistuneille.

Luotettavuuskysymykset liittyvät usein tutkimuksen vaiheeseen, jossa siirrytään kokemusperäisestä aineistosta analyysin kautta tulkintaan. Tutkijan on noudatettava aineistoa käsitellessään yksiselitteisiä luokittelu- ja tulkintasääntöjä. Luotettavuuden kannalta aineisto täytyy muokata sel-laiseksi, että se on kommentoijien saatavilla. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 91-111.)

Tutkimuksessamme käyttämämme lähteet ja aikaisemmat tutkimukset ovat luotettavia ja monipuolisia. Käytimme paljon luotettavia suomalaisia tutkimuksia ja projekteja, joiden kirjoittaja on kovasti paneutunut aiheeseen. Osa käyttämistämme lähteistä on kirjallisia, osa myös verkkolähteitä. Internet-lähteet ovat verkkojulkaisuja luotettavilta tahoilta, kuten Terveystieteiden ja hyvinvoinnin-laitok-selta ja Sosiaali- ja terveysministeriöltä. Pyrimme käyttämään mahdollisimman ajan tasalla olevia lähteitä, mutta muutama hyvä lähde on julkaistu jo 2000-luvun alussa, yli kymmenen vuotta sitten.

Tutkimuksemme luotettavuutta tehosti se, että suunnittelimme haastatteluita hiukan etukäteen. Kirjoitimme ylös muutamia avaavia kysymyksiä, joiden avulla pystyimme tarvittaessa jatkamaan haastattelua eteenpäin. Litteroimme nauhoittamamme aineistot sanatarkasti ja pelkistimme sitä jättämättä kuitenkaan mitään ratkaisevaa pois.

Tutkimusraporttia kirjoitettaessa tulee muistaa kaksi laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteeriä: analyysin arvioitavuus ja uskottavuus. Arvioitavuudella tarkoitetaan lukijan mahdollisuutta seurata ja kritisoida tutkijan päättelyä. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että kuvatulla tavalla on päädytty esitettyihin tulkintoihin. Laadulliselle tutkimukselle on esitetty myös toistettavuuden kriteeri. Se tarkoittaa sitä, että toinen tutkija päätyisi samoihin tulkintoihin samasta aineistosta. (Metodix 2014, viitattu 10.10.2014.) Raporttimme etenee johdonmukaisesti, minkä vuoksi lukija pystyy seuraamaan ja kritisoimaan päättelyjämme tutkimuksesta. Toistettavuuden ajattelemme olevan haastava luotettavuuden kriteeri, sillä laadullisessa tutkimuksessa tutkimustulokset ovat usein kokemuspäisiä eivätkä tutkimustulokset välttämättä toistaisi itseään.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereistä on tehty neljä suomenkielistä luokitusta, jotka perustuvat samaan lähteeseen. Kuitenkin eri henkilöt ovat painottaneet eri asioita tulkinnoissaan. Parkkilan ym. (2000) mukaan luotettavuuden kriteerit ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuudella tarkoitetaan osallistujien riittävää kuvausta sekä arviota aineiston totuudenmukaisuudesta. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä vastaavaan tekstiin. Riippuvuus tarkoittaa, että tutkimus on tehty noudattaen yleisesti ohjaavia periaatteita tieteellisen tutkimuksen tekemisessä. Vahvistettavuus on ratkaisujen esittämisestä seikkaperäisesti niin, että tutkimuksen lukija pystyy seuraamaan ja arvioimaan tutkijan päättelyä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 137–139.)

#### **7.4 Tutkimuksen eettisyys**

Tutkimusaiheen valinta on yleensä aina eettinen kysymys. On tutkijan vastuulla harkita tutkimuksen aiheita etiikan kannalta. On hyvä pohtia, miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla tutkimuksen aihe valitaan, koska nämä tulevat esille tutkimuskysymyksen asettelussa. Tutkijoiden on selvitettävä haastateltaville, miten yksityisyys turvataan. (Mäkinen 2006, 87, 93, 94; Sarajärvi & Tuomi 2009, 129.)



Tutkimusta ei voi toteuttaa ennen kuin siihen on saatu tutkimuslupa ja tutkimusluvan saimme juuri ennen haastattelujen sopimista. Ennen haastatteluja lähetimme sähköpostitse tutkimukseen osallistuville kirjallisen tiedoksiannon ja suostumuksen, josta käy ilmi muun muassa anonymiteetin säilyminen koko tutkimuksen ajan, haastattelumateriaalin säilytys ja tuhoaminen sekä haastattelun kesto. Haastateltavien henkilöllisyys sekä organisaatio eivät tule esille tutkimuksen missään vaiheessa. Nämä eivät ole tutkimuksen kannalta oleellisia tietoja emmekä kysyneet ja kirjoittaneet ylös niitä mihinkään. Haastateltavat sairaanhoitajat saivat informaation ennen haastatteluja, että tulemme nauhoittamaan haastattelut. Heillä oli oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen, missä vaiheessa tahansa ja tutkimukseen osallistuminen perustuu täysin vapaaehtoisuuteen. Nauhoitetun datan tuhosimme välittömästi puhtaaksi kirjoituksen jälkeen. Sairaanhoitajat hyväksyivät nämä osallistumalla tutkimukseen. (Mäkinen 2006, 87, 93, 94; Sarajärvi & Tuomi 2009, 129.)

Tutkimuksen teossa on noudatettava erityistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Kysymykset mietimme etukäteen tarkkaan ja haastattelut toteutimme erään kunnan terveysaseman vastaanoton kahdelle sairaanhoitajalle, jotka olivat oikeanlainen kohdejoukko tutkimukseen. Tilanteessa, jossa haastateltavina olevat ihmiset tunnetaan, haastattelu voi olla ongelmallinen. Kysymyksiin vastaaminen voidaan kokea epämiellyttäväksi, mutta tutkimuksesta voi olla vaikea kieltäytyä. Meillä tätä ongelmaa ei ollut. Tutkimukseen osallistuminen ei saa perustua palkkioon.

Tutkimustuloksien paikkansa pitävyyden tarkistaminen ja julkistaminen ovat tärkeimpiä eettisiä periaatteita tutkimukseen liittyen. Tutkimusta pitää tarkastella kriittisesti ja mahdollisia virheitä ei saa peittää. Tutkimustuloksia on tarkastellut vain kaksi eri ihmistä, jotka ovat myös tämän opinnäytetyöntekijöitä. Puhtaaksi kirjoitettuihin haastatteluihin emme kirjoittaneet missään vaiheessa haastateltavien nimiä tai organisaatiota anonymiteetin säilyttämiseksi. Aineisto ei ole ollut kenenkään muun saatavilla. Anonymiteetin säilymiseksi tuhoamme puhtaaksi kirjoitetut haastattelut heti raportin valmistuttua. Eettisyyteen liittyy yhtenä osana myös eettinen kestävyys. Se koskee tutkimuksen laatua. Tutkimuksen tekijän on huolehdittava, että esimerkiksi tutkimussuunnitelma on laadukas ja ajattelemme myös sen sitä olevan, sillä siinä tuli kaikki tutkimuksen kannalta oleellinen esille. Eettisyys kietoutuu lähelle tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteerejä. (Mäkinen 2006, 87–103; Sarajärvi & Tuomi 2009, 127–129.)

## **7.5 Omat oppimiskokemukset**

Olemme oppineet opinnäytetyötä tehdessämme paljon lähisuhdeväkivallasta, sen tunnistamisesta ja puheeksi ottamisesta. Ymmärrämme nyt, kuinka yleinen ja vakava yhteiskunnallinen ongelma se on. Saimme lisää valmiuksia kohdata ja auttaa vaikeiden asioiden kanssa kamppailevia potilaita tulevassa työssämme.

Olemme oppineet sietämään stressiä ja keskeneräisyyttä, koska opinnäytetyön tekeminen on pitkä ja haastava prosessi. Olemme harjaantuneet aikataulun tekemisessä ja siinä pysymisessä. Meidän tietotekniset taitomme ovat kehittyneet projektin aikana. Tämä oli meidän ensimmäinen tutkimuksemme, joten sitä tehdessä opimme paljon tutkimusprosessista, sen eri vaiheista ja etenemisestä.

## **7.6 Jatkotutkimusmahdollisuudet**

Tutkimustamme tehdessä mieleemme on noussut muutama jatkotutkimusidea. Yksi jatkotutkimus voisi olla tutkia lasten kokemuksia perheen väkivaltaisesta tilanteesta. Tästä tuli ajatus, koska toinen hoitajista kertoi, miten työssä painotetaan nykyään koko perheen hyvinvointia. Olisi mielenkiintoista selvittää, kuinka lapset kokevat saavansa apua ja tukea, kun toinen vanhemmista on väkivaltainen toista vanhempaa kohtaan.

Toinen jatkotutkimusidea syntyi tutkimustulostemme perusteella. Tutkimustulostemme mukaan lisäkoulutukset ja oppaat olisivat tarpeen. Sairaanhoidajaopiskelijat voisivat toteuttaa projektimuotoisen opinnäytetyön lähisuhdeväkivallan tunnistamisesta ja puheeksiottamisesta sairaanhoitajille, esimerkiksi oppaan tai koulutuspäivän muodossa.

Meille heräsi tutkimusta tehdessämme ajatus, että olisi mielenkiintoista tutkia sairaanhoitajan taustojen ja omien kokemusten vaikutusta väkivallan puheeksi ottamiseen. Hoitajienhan tulisi toimia neutraalisti eikä tuoda omia asenteita esille, mutta kuinka esimerkiksi väkivaltaa kohdannut hoitaja ohjaa ja toimii väkivaltatyössä.

## LÄHTEET

Aaltonen, M., Kivivuori, J., Lehti, M., Salmi, V., Sirén, R. 2009. Perheväkivalta Suomessa. Verkko-katsauksia 12/2009. OPTL. Viitattu: 17.9.2013. Saatavissa: [http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/verkkokatsauksia-sarja/nuKSiyumu7/12.Perhev\\_Suomessa.pdf](http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/verkkokatsauksia-sarja/nuKSiyumu7/12.Perhev_Suomessa.pdf)

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 155, 195.

Laki lähestymiskiellosta 4.12.1998/898.

Lehti, M. 2009. Henkirikoskatsaus 2009. Verkkokatsauksia 13/2010. OPTL. Viitattu: 17.9.2013. Saatavissa: [http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/verkkokatsauksia-sarja/mfl3ITy3r/Henkirikoskatsaus\\_2009.pdf](http://www.optula.om.fi/material/attachments/optula/julkaisut/verkkokatsauksia-sarja/mfl3ITy3r/Henkirikoskatsaus_2009.pdf)

Metodix. 2014. Laadullisen tutkimuksen reliabiliteetti. Viitattu 10.10.2014. Saatavissa: [http://www.metodix.com/fi/sisallys/01\\_menetelmat/01\\_tutkimusprosessi/02\\_tutkimisen\\_taito\\_ja\\_tiedon\\_hankinta/10\\_tutkimuksen\\_luotettavuus/10\\_2\\_1laadullisen\\_tutkimuksen\\_reliabiliteetti](http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/10_tutkimuksen_luotettavuus/10_2_1laadullisen_tutkimuksen_reliabiliteetti)

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 87–103.

Naisten linja Suomessa Ry. 2013. Väkivallan muodot. Viitattu 21.9.2013. Saatavissa: <https://www.naistenlinja.fi/fi/julkinen/tietoa+vakivallasta/pari-+ja+lahisuhdevakivalta/vakivalan+muodot/>

Nousiainen, V. & Perttu, S. 2002. Väkivallan traumaattiset vaikutukset. Rautava, M. & Perttu, S. (toim.) Naisiin kohdistuva pari- ja lähisuhdeväkivalta. Helsinki: Stakes, 51-53.

Perttu, S. 2004. Naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta ja sen seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 48–66.

Perttu, S. 2002. Naisiin kohdistuvan väkivallan määritelmät, piirteet ja muodot. Teoksessa Rautava, M. & Perttu, S. (toim.) Naisiin kohdistuva pari- ja lähisuhdeväkivalta. Helsinki: Stakes, 28–30.

Perttu, S. 2002. Naisen selviytymisprosessi ja sen tukeminen. Teoksessa Rautava, M. & Perttu, S. (toim.) Naisiin kohdistuva pari- ja lähisuhdeväkivalta. Helsinki: Stakes, 84–89.

Perttu, S. 2002. Naisen selviytymisprosessi ja sen tukeminen. Teoksessa Rautava, M. & Perttu, S. (toim.) Naisiin kohdistuva pari- ja lähisuhdeväkivalta. Helsinki: Stakes, 92-95.

Perttu, S. 2002. Väkivallan seuraukset. Teoksessa Rautava, M. & Perttu, S. (toim.) Naisiin kohdistuva pari- ja lähisuhdeväkivalta. Helsinki: Stakes, 42–43.

Perttu, S. 2002. Väkivallan selitysmalleja. Teoksessa Rautava, M. & Perttu, S. (toim.) Naisiin kohdistuva pari- ja lähisuhdeväkivalta. Helsinki: Stakes, 30–35.

Perttu, S. 2002. Väkivallan tunnistaminen ja puheeksi ottaminen. Teoksessa Rautava, M. & Perttu, S. (toim.) Naisiin kohdistuva pari- ja lähisuhdeväkivalta. Helsinki: Stakes, 64-68.

Perttu, S. 2002. Uskomukset ja tosiasiat. Teoksessa Rautava, M. & Perttu, S. (toim.) Naisiin kohdistuva pari- ja lähisuhdeväkivalta. Helsinki: Stakes, 20-25.

Perttu, S. & Kazelitz, V. 2006. Parisuhdeväkivalta puheeksi – opas terveydenhuollon ammattihenkilöstölle äitiyshuollossa ja lasten terveystalouksissa. Helsingin yliopisto. Viitattu: 8.3.2014. Saatavissa: <http://www.hyvan.helsinki.fi/daphne/vakivalta.pdf>

Ramsay, T. 2003. Naisen historia. Viitattu 10.3.2014. Saatavissa: <http://yle.fi/vintti/yle.fi/iines/kirjanurkka/naisenhistoria.htm>

Rikoslaki 19.12.1889/39.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 75-139.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelma. Helsinki: Yliopistopaino, 16–18, 60-61.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:9. Viitattu: 24.2. 2014. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3513.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3513.pdf)

Sundborg, E., Saleh-Stattin, N., Wändell, P. & Törnkvist, L. 2012. Nurses' pre-paredness to care for women exposed to Intimate partner violence: a quantitative study in primary health care. BMC Nursing 11 (1), 1–11. Viitattu 25.11.2014. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6955-11-1.pdf>.

THL. 2014. Kunnilla on velvollisuus tehdä suunnitelmallista lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisytyötä. Viitattu: 8.3.2014. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/kasvunkumppanit\\_fi/tyon/ehkai-seva/lahisuhde\\_perhevakivallan\\_ehkaisytyo/kunnilla](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit_fi/tyon/ehkai-seva/lahisuhde_perhevakivallan_ehkaisytyo/kunnilla)

THL. 2014. Lomakkeet lähisuhde- ja perheväkivallan kirjaamiseen. Viitattu: 9.12.2014. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon\\_tueksi/lomakkeet/lomakkeet\\_vakivallan\\_pu-heelksi\\_ottamiseen](http://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/lomakkeet/lomakkeet_vakivallan_pu-heelksi_ottamiseen)

Tilastokeskus. 2014. Kvalitatiivinen tutkimus. Viitattu 4.10.2014. Saatavissa: [http://www.stat.fi/meta/kas/kvalit\\_tutkimus.html](http://www.stat.fi/meta/kas/kvalit_tutkimus.html)

Tilastokeskus. 2014. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Viitattu 5.10.2014. Saatavissa: <http://tilastokeskus.fi/virsta/tkeruu/01/07/>

Väestöliitto. 2013. Seksuaalinen väkivalta. Hakupäivä 21.9.2013. Saatavissa: [http://www.vaesto-liitto.fi/parisuhde/tietoa\\_parisuhteesta/parisuhdevakivalta/seksuaalinen-vakivalta/](http://www.vaesto-liitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/parisuhdevakivalta/seksuaalinen-vakivalta/)

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun seudun ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä naisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan tunnistamisesta ja puheeksi ottamisesta sairaanhoitajan vastaanotolla. Aiomme valmistua joulukuussa 2014.

Tarkoituksenamme on tutkia sairaanhoitajien kokemuksia naisiin kohdistuvasta lähisuhdeväkivallasta, sen tunnistamisesta ja puheeksi ottamisesta sairaanhoitajan vastaanotolla perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollon vastaanotto on ensimmäisiä paikkoja, mihin ihminen hakeutuu yleensä sairastuessaan, joten jo siellä olisi hyvä tarttua asiaan.

Tutkimusaineiston keräisimme vastaanoton kolmelta sairaanhoitajalta. Koska tutkimuksemme otanta on pieni, haastateltavilla olisi hyvä olla kokemusta vastaanottotyöstä jonkin verran.

Tutkimuksemme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tutkimusstrategianamme käytämme teemahaastattelua. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu eli avoimen ja lomakehaastattelun välimuoto. Teemahaastattelu etenee muutaman etukäteen valitun teeman ja niitä tarkentavien lisäkysymysten mukaan. Haastattelumme teemoina ovat väkivallan tunnistaminen, puheeksi ottaminen, sairaanhoitajan valmiudet väkivaltatyöhön sekä lisäkoulutuksen tarve väkivaltatyöhön.

Nauhoitamme haastattelut, jonka jälkeen kirjoitamme ne puhtaaksi. Nauhoitusmateriaali tuhoetaan puhtaaksi kirjoituksen jälkeen. Haastateltavien henkilöllisyys sekä organisaatio eivät tule esille tutkimuksen missään vaiheessa. Nämä eivät ole tutkimuksen kannalta oleellisia tietoja emmekä tule kysymään ja kirjoittamaan ylös niitä mihinkään.

Haastattelu on vapaaehtoinen ja haastateltavalla on oikeus keskeyttää tai peruuttaa haastattelu missä tutkimuksen vaiheessa vain. Haastattelu kestää noin 30-60min. Tutkimukseen osallistuvilta edellytetään edellä mainittujen asioiden hyväksymistä.

Ystävällisin terveisin,

Essi Argillander & Pinja Virtanen

Haastattelumme teemoina ovat väkivallan tunnistaminen, puheeksi ottaminen, sairaanhoitajan valmiudet väkivaltatyöhön sekä lisäkoulutuksen tarve väkivaltatyöhön.

Avaavia kysymyksiä:

Taustat; ammatti, lisäkoulutukset, työkokemus....?

Onko kokemusta naiseen kohdistuvasta lähisuhdeväkivallasta? Jos on, millaista?

Mitkä asiat ovat kiinnittäneet huomiosi / mistä asioista olet tunnistanut lähisuhdeväkivallan uhrin?

Minkälaiseksi olette kokeneet puheeksi ottamisen? Entäpä tunnistamisen?

Millä tavoin olette ottaneet puheeksi lähisuhdeväkivallan?

Onko teille paljon kokemusta naispotilaista jotka ovat kokeneet lähisuhdeväkivaltaa?

Minkälaiseksi koet omat valmiudet tunnistaa ja ottaa puheeksi?

Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen ja puheeksi ottamiseen?

Oletko käynyt lisäkoulutuksia? Jos olet, niin mitä?