



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Ida Puikkonen

LÄHISUHDEVÄKIVALLAN KARTOIT- TAMINEN KOTIHOIDOSSA

Sosiaali- ja terveysala
2018

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Ida Puikkonen
Opinnäytetyön nimi	Lähisuhdeväkivallan kartoittaminen kotihoidossa
Vuosi	2018
Kieli	suomi
Sivumäärä	43+ 4 liitettä
Ohjaaja	Hanna-Leena Melender

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidon asiakkaisiin kohdistuvaa lähisuhdeväkivaltaa ja sen ilmenemistä. Aihe on tärkeä, koska tutkitusti tiedetään että lähisuhdeväkivaltaa esiintyy oletettua enemmän. Kuitenkin iso osa siitä on piilossa pysyvää. Kotihoidon asiakkailta riskitekijöitä ovat esimerkiksi riippuvuussuhteet ja sosiaalinen eristäytyminen. Tutkimusten mukaan kotihoidossa esiintyvä väkivalta on moninaista lähisuhde- tai perheväkivaltaa tai kaltoinkohtelua. Tavoitteena oli saada tietoa lähisuhdeväkivallan ilmenemisestä kyselylomakkeella ja tuottaa tilaajalle tietoa haastattelulomakkeen sekä haastattelutilanteen käyttökelpoisuudesta.

Teorettisessa viitekehyksessä määriteltiin opinnäytetyön keskeiset käsitteet, joita ovat lähisuhdeväkivalta, kaltoinkohtelu ja kotihoidon asiakas. Aineisto kerättiin haastatteluilla, joihin osallistui 18 kunnallisen tason kotihoidon asiakasta. Aineisto analysoitiin laadullisella ja määrällisellä sisällön analyysillä.

Tutkimus osoitti, että lähisuhdeväkivallan kokeminen jossakin elämänvaiheessa oli ollut yleistä tähän tutkimukseen osallistuneilla kotihoidon asiakkailta. Tässä tutkimuksessa henkinen väkivalta oli yleisintä väkivallan muotoa, ja siihen kuuluvat hallintakeinot heikensivät huomattavasti kokijan elämänlaatua. Lähisuhdeväkivallan ja kaltoinkohtelun koettiin vaikuttavan haitallisesti terveyteen ja hyvinvointiin. Tutkimustulosten mukaan kaltoinkohtelun käsite oli hankala ymmärtää, jolloin sen todellinen esiintyvyys ei ollut helposti todettavissa.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että lähisuhdeväkivallasta tulee voida kysyä kailta. Tutkimuksessa käytetty kyselylomake osoittautui melko toimivaksi tavaksi kartoittaa lähisuhdeväkivaltaa kotihoidon asiakkailta. Avun saaminen oli merkittävä selviytymiskeino lähisuhdeväkivaltaan, ja avun saamisen jälkeen tekijän ote kokijaan pieneni. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan lähisuhdeväkivaltaa ehkäisevien toimien kartoitusta ja hoitajien toteuttamia auttamiskeinoja lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden asiakkaiden hoitotyössä.

ABSTRACT

Author	Ida Puikkonen
Title	Intimate Partner Violence in Home Care
Year	2018
Language	Finnish
Pages	44 + 4 Appendices
Name of Supervisor	Hanna – Leena Melender

The purpose of this bachelor's thesis was to find out about the intimate partner violence and the appearance of it at the clients in home care. The topic is important because it is well known that intimate partner violence occurs more than assumed but much of it is hidden. For home care clients the risk factors include, for example, dependency and social isolation. According to studies, domestic violence includes many forms of intimate partner violence or domestic violence and abuse. The aim was to get information about the occurrence of a domestic violence through a questionnaire and to provide the client organization with information about the usefulness of the questionnaire and the interviews.

The theoretical framework defined the key concepts of the thesis, which included intimate partner violence, maternity care and a home care client. The material was collected through interviews involving 18 municipal home care clients. The material was analyzed by qualitative and quantitative content analysis method.

The study showed that experiencing domestic violence at some stage of life had been common with home-care clients who participated in this study. In this study, mental violence was the most common form of violence, and the way in which it was manipulated greatly reduced the quality of the life of the victim. Violence and abuse were felt to have a harmful effect on health and wellbeing. According to the results of the research, the concept of was abuse difficult to understand, and its actual prevalence was not readily apparent.

As a conclusion, it can be said that the intimate partner violence should be asked about from everyone. The questionnaire used in the survey proved to be quite effective in finding out about intimate partner violence with home care clients. Getting help was a significant coping method when dealing with intimate partner violence, and after receiving help, there was less of the control the offender had over the victim. A further research topic could be to find out what kind of methods there are to prevent intimate partner violence and what kind of helping methods nurses use when working with clients who have experienced intimate partner violence.

Keywords Intimate partner violence, abuse, homecare client

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT . 9	
	2.1 Tutkimuksen tarkoitus	9
	2.2 Tutkimuksen tavoite.....	9
	2.3 Tutkimusongelmat	9
3	LÄHISUHDEVÄKIVALLAN ULOTTUVUUDET KOTIHOIDOSSA.....	10
	3.1 Keskeiset käsitteet.....	10
	3.1.1 Lähisuhdeväkivalta	10
	3.1.2 Kaltoinkohtelu.....	12
	3.1.3 Kotihoidon asiakas	14
	3.2 Lähisuhdeväkivallan esiintyminen ja siihen puuttuminen.....	15
	3.2.1 Lähisuhdeväkivallan yleisyys	15
	3.2.2 Lähisuhdeväkivallan ilmeneminen.....	17
	3.2.3 Lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen	18
	3.2.4 Lähisuhdeväkivaltaan liittyvä lainsäädäntö	21
	3.2.5 Turvakodit.....	22
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	24
	4.1 Kohderyhmä.....	24
	4.2 Aineiston keruu.....	24
	4.3 Aineiston analysointi	25
	4.4 Tutkimuksen luotettavuus.....	26
	4.5 Tutkimuseettiset kysymykset.....	28
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	30
	5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot	30
	5.2 Lähisuhdeväkivallan esiintyminen haastatelluilla	31
	5.3 Lähisuhdeväkivallan eri muodot.....	31
	5.3.1 Henkinen väkivalta.....	32

5.3.2	Fyysinen väkivalta	32
5.3.3	Taloudellinen väkivalta.....	33
5.3.4	Seksuaalinen väkivalta	33
5.4	Kaltoinkohtelun muodot	34
5.5	Lähisuhdeväkivallan tai kaltoinkohtelun tekijä	34
5.6	Lähisuhdeväkivallan vaikutukset kokijaan	35
6	POHDINTA.....	37
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu	37
6.2	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	39
	LÄHTEET.....	40

LIITTEET

TAULUKKOLUETTELO

TAULUKKO 1 Osallistuneiden ikäjakauma 30

TAULUKKO 2 Aineistossa esiintyneet lähisuhdeväkivallan muodot..... 31

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Tiedonhaut**LIITE 2.** Kutsu tutkimukseen/tutkittavan tiedote**LIITE 3.** Suostumus**LIITE 4.** Haastattelulomake

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidon asiakkaisiin kohdistuvaa lähisuhdeväkivaltaa ja sen ilmenemistä. Tutkimus toteutettiin haastatteluna. Aihe ideoitiin lähisuhdeväkivallan seminaarissa, johon tekijä osallistui. Kotihoidossa lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen koettiin hankalaksi asiaksi. Tutkimus koettiin tarpeelliseksi tämän tutkimuksen kohdeorganisaatiossa.

Jenny Kaasinen–Wickmanin mukaan lähisuhdeväkivalta aiheena on haastava, sillä väkivalta on aina inhottava, jopa pelottava asia. Väkivallan läheisyydessä on hyväksyttävää kokea epävarmuutta, mutta ei koskaan välinpitämättömyyttä. (Siukola 2016, 83.) Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen on tärkeää, koska monesti lähisuhdeväkivallalla on ominaisuus kätkeytyä. Usein silloin, kun siitä tulee poliisiasia, ovat ensimmäiset kohtaamiset poliisin kanssa väkivaltaa kokeneen näkökulmasta jo liian myöhäisiä. Tähän kuitenkin voitaisiin vaikuttaa varhaisella ja aktiivisella puuttumisella. Suomen palvelujärjestelmässä on todettu puutteita lähisuhdeväkivallan tunnistamisen ja puuttumisen osalta. Tunnistaminen on ensiaskel väkivaltaa kokeneen turvallisuuden suojaamiseksi, ja asian esille ottamiseksi. (Siukola 2016, 18.)

Opinnäytetyötutkimuksen tilaaja oli kunnallisen tason kotihoidon yksikkö Suomesta. Tutkimuksessa testattiin haastattelulomaketta, jotta saataisiin tietoa sen toimivuudesta tulevaisuutta varten.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tässä luvussa kerrotaan tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista ja tutkimusongelmista.

2.1 Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidon asiakkaisiin kohdistuvaa lähisuhdeväkivaltaa ja sen ilmenemistä. Tutkimusasetelma oli selvittävä (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2017, 60).

2.2 Tutkimuksen tavoite

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tilaajalle tietoa lähisuhdeväkivallan kysymiseen tarkoitettua haastattelulomakkeen ja haastattelutapahtuman käyttökelpoisuudesta, sekä tuottaa uutta tietoa kotihoidon asiakkaisiin kohdistuvasta lähisuhdeväkivallasta.

2.3 Tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet antavat pohjan tutkimusongelmille. Hoitotieteellisen tutkimuksen tutkimusongelma on tavallista laittaa tietyn ilmiön kuvaamiseen, sekä lisäksi pohtia tutkimuksen kohteena olleiden taustojen yhteyttä tutkimusilmiöön. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2017, 99.)

Tutkimusongelmat olivat seuraavat:

1. Missä määrin kotihoidon asiakkaisiin kohdistuu lähisuhdeväkivaltaa?
2. Minkälaista kotihoidon asiakkaisiin kohdistuva lähisuhdeväkivalta on?

3 LÄHISUHDEVÄKIVALLAN ULOTTUVUUDET KOTIHOIDOSSA

Teoreettisessa viitekehyksessä määritellään tutkimuksen keskeiset käsitteet ja esitetään aiempaa tutkimustietoa aiheesta. Tiedonhaut tehtiin käyttäen tieteellisiä tietokantoja Medic ja PubMed, sekä hakukoneita NCBI ja Google Scholar (liite 1).

3.1 Keskeiset käsitteet

Tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat lähisuhdeväkivalta, kaltoinkohtelu ja kotihoidon asiakas.

3.1.1 Lähisuhdeväkivalta

Lähisuhdeväkivalta on väkivaltaa, jonka kohteena ja tekijöinä ovat toisilleen läheiset ihmiset, kuten kumppanit, sukulaiset ja perheenjäsenet. Lähisuhdeväkivalta kotona on nimenomaan kotiympäristössä tapahtuvaa lähisuhdeväkivaltaa. Lähisuhdeväkivallan ilmenemismuotoja on erilaisia, eikä se tarkoita pelkästään fyysistä väkivaltaa. Kontrollointi, halveksiminen, alistaminen ja uhkailu ovat lähisuhdeväkivallan ilmenemismuotoja ja konkreettisia esimerkkejä tästä ovat esimerkiksi sosiaalinen rajoittaminen, mustasukkaisuus ja tavaroiden hajottaminen. Lähisuhdeväkivalta hiipii kuin varkain. Usein se pahenee pikkuhiljaa ja lähisuhdeväkivallan kohde ei edes välttämättä tunnista olevansa sen otteessa. (Matikainen 2016, 1.)

Perheväkivalta tarkoittaa perheen sisällä tapahtuvaa väkivaltaa. Perhe tarkoittaa lapsellista perhettä vanhempineen, tai parisuhteessa eläviä. Perheeseen kuuluvat samaan ruokakuntaan kuuluvat henkilöt. Perheväkivaltaa tilastoidaan virallistilastoilla sekä kyselytutkimuksilla. Perheväkivallan on todettu kasautuvan niin, että se ei ole ilmiönä mikään perheissä tasaisesti esiintyvä, ja sen eri muodot esiintyvät usein yhdessä. Vuonna 2008 tehdyssä tutkimuksessa lapsiuhreista saatiin selville, että jos perheessä käytetään väkivaltaa, niin se kohdistuu monesti perheen eri osapuoliin. Vuoden 2007 tilastoiduista kaikista väkivaltarikoksista 12 % kuului perheväkivallan kategoriaan. Oikeustilaston mukaan perheväkivaltatapaukset ovat

lisääntyneet naisten, lasten ja miesten osalta viimeisen 12 vuoden aikana. Lievemmän perheväkivallan uhreina ovat pääosin naiset. Lapsiin kohdistunut kurituskivaltalta on vähentynyt viimeisien vuosien aikana radikaalisti kasvatusmenetelmien ja ajan muuttuessa. Perheväkivalta maailmanlaajuisesti on usein naisiin kohdistuvaa väkivaltaa, ja YK on määritellyt perheväkivallan sukupuoliperustaiseksi. (Aaltonen ym. 2009, 1–13.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on määritellyt lähisuhdeväkivallan väkivaltana, jossa tekijä on läheinen ihminen, perheenjäsen tai entinen tai nykyinen kumppani. Lähisuhdeväkivalta voi esiintyä kaltoinkohteluna, laiminlyöntinä tai sen henkisenä, fyysisenä, taloudellisena, kulttuurisena tai seksuaalisena muotona. Vakavaa ja toistuvaa lähisuhdeväkivaltaa kohdistuu THL:n mukaan suurimmilta osin naisiin. Poikkeuksellisen lähisuhdeväkivallasta tekee se, että se tapahtuu usein uhrin omassa kodissa. Lähisuhdeväkivalta vaikuttaa haitallisesti niin kohteisiin kuin tekijäänkin, ja se ei helposti tule etenkään viranomaisten tietoon esimerkiksi häpeän ja syyllisyyden tunteesta johtuen. (THL 2017a.)

Maailman terveysjärjestö (WHO) on tehnyt pitkään työtä lähisuhdeväkivallan kriminalisoimiseksi sekä kitkemiseksi maailmanlaajuisesti. WHO määrittelee emotionaalisen, seksuaalisen ja fyysisen väkivallan sekä kontrolloimisen lähisuhdeväkivallan eri muodoiksi. Lähisuhdeväkivallan tapahtuma voi olla esimerkiksi uhkailu lapsien pois viemisellä, eristäminen ystävistä ja perheestä tai esimerkiksi taloudellisen avun rajoittaminen perheenjäsenelle terveydenhoitoa tarvittaessa. WHO:n mukaan monissa maissa lähisuhdeväkivalta terminä ymmärretään kumppaniin liittyvänä, mutta sen kohde voi yhtä hyvin olla myös lähisuhteen lapsi tai vanhus tai joku muu lähisuhteeseen kuuluva henkilö. Lähisuhdeväkivallan erityispiirteenä on se, että tekijä menettää kontrollin siihen. Asiaan vaikuttaa se, että lähisuhteissa kanssakäyminen on usein tiiviimpää, joka altistaa lähisuhdeväkivallan uhrin jatkuvaan vuorovaikutukseen tekijän kanssa. (WHO 2018.)

3.1.2 Kaltoinkohtelu

Kaltoinkohtelu on yksi väkivallan muoto. Ihmissuhteissa, joissa väkivaltaa esiintyy, on yleensä useita väkivallan muotoja samanaikaisesti. Kaltoinkohtelu on esimerkiksi vammaisen, vanhuksen tai lapsen hoidon laiminlyömistä, tai heitteille jättöä tilanteissa, joissa henkilö on hoidosta riippuvainen. Kaltoinkohtelu voi ilmetä apua tarvitsevan vahingoittamisena esimerkiksi lääkkeillä, päihteillä, liuotimilla tai kemikaaleilla. (THL 2017a.)

Kaltoinkohtelulta puuttuu oma rikosoikeudellinen määritelmä, ja se on vaikea kriminalisoida. Rikoksia kaltoinkohteluun liittyen ovat esimerkiksi heitteillepano, kavallus, petos, varkaus, vahingonteko, vapaudenriisto, kiristys ja kotirauhan rikominen. Kaltoinkohtelun tekijä käyttää yleensä hyväkseen kaltoinkohdeltavan hänestä riippuvaista asemaa. Kaltoinkohtelu tapahtuu usein tutussa ympäristössä, kuten koti tai hoitolaitos. Kaltoinkohtelija voi olla perheenjäsen, esimerkiksi päihdeongelmainen lapsi, joka kaltoinkohtelee vanhempansa. Kaltoinkohtelua voi tehdä myös hoitaja. (Rikoksantorjuntaneuvoston työryhmä 2011, 12.)

Eri maissa tehtyjen tutkimusten mukaan on saatu selville, että ikääntyneistä kaltoinkohtelun uhreiksi joutuu 4-6 % (STM 2008b). Ikääntymiseen liittyy riskejä, jotka tekevät ikääntyneistä alttiimpia kaltoinkohtelulle. Riskitekijöitä ovat esimerkiksi huonontunut fyysinen kunto, muistisairaudet ja masentuneisuus. Riskitekijänä voi olla myös lapsen taloudellinen riippuvuus vanhemmastaan, esimerkiksi samassa taloudessa asuminen. (Rikoksantorjuntaneuvoston työryhmä 2011, 12.)

Suomessa ikääntyneiden etuja ajaa erityisasiantuntijoiden yhdistys Suvanto ry, jonka tarkoituksena on ikääntyneiden kaltoinkohtelun ja väkivallan ehkäiseminen. Usein kaltoinkohtelu liitetäänkin erityisesti ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden ihmisten elämään. Kaltoinkohtelun yksi muoto on emotionaalinen väkivalta, jonka taustalla vaikuttaa voimakas tunneriippuvuus kokijan ja tekijän välillä. Taloudellisesta hyväksikäytöstä puhuttaessa hyödytään usein uhrista taloudellisesti. Usein asiaan vaikuttaa uhrin hyväntahtoisuus, luottamus, avun tarve tai sairauden takia alentunut toimintakyky, jota hyväksikäyttäjät käyttävät hyödykseen. Vanhusten kaltoinkohtelun ja lähisuhdeväkivallan vastaisen työn juurruttaminen arjen käytän-

töihin hanke – Juuri-hanke vuosina 2013-2017 on ollut hanke, jolla haluttiin puuttua ikääntyneiden kaltoinkohteluun ja lähisuhdeväkivaltaan, sekä juurruttaa siihen puuttuminen arjen käytäntöihin. Juuri-hankkeen aikana luennoitiin ympäri Suomea väkivallattoman vanhuuden puolesta, ja hankkeen päätösseminaarissa julkaistiin opaskirja ”Väkivallaton vanhuus kuuluu kaikille”. (Suvanto ry 2018.)

Rikoksantorjuntaneuvosto on tehnyt selvityksen ikääntyneisiin kohdistuvista rikoksista ja menetelmistä rikoksien ehkäisemiseksi vuonna 2013. Selvityksessä tarkastettiin monipuolisesti ikääntyneiden kaltoinkohtelun eri muotoja. Selvityksessä tuli esille lähisuhdeväkivallan tunnistamisen haasteellisuus. Ilmi tuli myös ikääntyneiden kokeman lähisuhdeväkivallan yleisyys sekä rikosilmoitusten sisältämän tiedon puutteellisuus. Osa poliisilaitoksista koki rikoksiin puuttumiseen auttavaksi asiaksi kaltoinkohtelu- sekä lähisuhdeväkivaltatapausten paremman tilastoinnin. Poliisiviranomaiset pitävät tärkeänä lähisuhdeväkivallan tunnistamisen osaamista, jotta pystyttäisiin paremmin kartoittamaan kaltoinkohtelua. Kaltoinkohtelun ehkäisemiseksi eri viranomaisten taholta on ehdotettu ikääntyneiden parempaa aktivoimista ja osallistamista erilaisiin ryhmiin ja yhteisöihin. (Sarimo 2013, 11,15, 21, 52.)

Sosiaali- ja terveysalan henkilökunnalla on tärkeä asema kaltoinkohteluun puuttumisessa. Mikäli sitä ei tunnisteta, ei siihen myöskään osata puuttua. (Richardson ym. 2002.) Sosiaalityöntekijöiden työssä esiintyy toistuvasti tilanteita, joissa on niin sanottua kaksoisasiakkuutta. Kaksoisasiakkuus tarkoittaa sitä, että asiakkaan asioiden hoitamisen lisäksi sosiaalityöntekijä joutuu kohtaamaan asiakkaan ja hänen omaisensa ristiriitatilanteita ja purkamaan niitä. Joissain gerontologisen sosiaalityön tutkimuksissa on käynyt ilmi omaisten halu rajoittaa ikääntyneitä taloudellisesti niin, että ikääntynyt saa rajoitetusti käyttää omia rahavarojaan. Taloudellisen kaltoinkohtelun on koettu aiheuttavan ahdistusta ja kärsimystä asiakkaalle. (Ylinen 2017,70,77.)

Kaltoinkohtelu ikääntyneiden parissa on lisääntyvä ongelma maailmanlaajuisesti. Euroopan väestöstä jopa kolmannes tulee olemaan yli 60-vuotiaita vuonna 2050. WHO:n tekemässä tutkimuksessa vuodelta 2011 ikääntyneiden kaltoinkohtelusta

Euroopan maissa kävi ilmi, että 4 miljoonaa ikääntynyttä eurooppalaista koki kaltoinkohtelua. Kaltoinkohtelulla oli vakavia psyykkisiä ja fyysisiä seurauksia, ja se oli myös syynä ennenaikaiseen kuolemaan. WHO määritteli kaltoinkohtelun kaikenlaisena toimintana, joka aiheuttaa harmia ja stressiä ikääntyneelle. Kaltoinkohtelija voi olla perheenjäsen, puoliso, ystävä, tai hoitaja. Kaltoinkohtelun seurauksena arviolta 2500 ikääntynyttä menettää henkensä vuosittain. Tutkimuksessa korostettiin biologisia, sosiaalisia, kulttuurisia ja ekonomisia riskitekijöitä, jotka altistavat kaltoinkohtelulle. (WHO 2011.)

3.1.3 Kotihoidon asiakas

Kotihoito tarkoittaa kotona selviytymisen tukemista kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistettynä palveluna asiakkaalle (Paljärvi 2012, 19).

Kotihoidon asiakkaalla voi olla monenlaista avun tarvetta, kuitenkin kotona asuvan itsenäistä selviytymistä on tuettava. Yleisimmin kotipalvelu on apuna arkipäivän askareissa, kuten hygieniasta, ravinnosta ja lääkehoidosta huolehtimisessa. Mielenterveyden tukeminen on myös kotiin vietävä palvelu, ja yleensä siihen on kotihoidon puitteissa järjestetty erikseen mielenterveystyöntekijät. Tukipalveluja voivat olla esimerkiksi ateriapalvelu, vaatehuolto, siivous, ja sosiaalinen tuki tai asiointituki. Kunnat tai yksityiset palveluntuottajat tekevät palvelusopimuksen asiakkaan kanssa, joka on aina yksilöllinen asiakkaan eli palvelunsaajan hyväksi. (STM 2017.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on kuvannut kotihoidon asiakkaan saavan kotipalvelun tukea toimintakyvyn alenemisen vuoksi. Asiakas voi olla ikäihminen, sairas, tai vammainen. Lapsiperheille kotipalvelua on saatavilla, mikäli lapsen hyvinvointi sitä vaatii. Myös uupumus ja vaikea perhetilanne ovat perusteluja kotipalvelun saamiseksi. Hoitosuunnitelma pohjautuu asiakkaan toimintakykyyn, ja olakseen laadukas tulee hoitosuunnitelmassa toimintakykyä kattavasti arvioida. Hoitosuunnitelmaa tulee seurata ja tarkastaa palvelun tarpeen mukaan. Kotipalvelun esimies päättää palvelujen saannista. Palveluja ohjaavat lait ovat Sosiaalihuoltolaki (L 1301/2014) ja Terveystieteidenhuoltolaki (L 1326/2010). Tilastoja kotihoidon asiakkaista tuottaa THL (STM 2017).

Vuoden 2016 tilastossa kotihoidon asiakkaista 75-vuotta täyttäneitä oli 77 %. Nämä asiakkaat saivat säännöllisiä kotihoidon käyntejä, joka tarkoittaa käyntiä vähintään kerran viikossa, tai voimassa olevan palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaan. Asiakasrakenne kotihoidossa on muuttunut selvästi 2000-luvun aikana. Käyntimäärät ovat lisääntyneet etenkin säännöllistä kotihoitoa tarvitsevilla asiakkailla. (THL 2017c.) Kotihoidon yksiköistä 70 % toimii julkisella sektorilla. Palvelurakennemuutoksessa on keskitytty laitoshoidon purkamiseen, ja resursointi kotihoidossa on jäänyt tekemättä, joka näkyy asiakasmäärän liiallisena kasvuna suhteessa työntekijöiden määrään. Myös sairaalahoidosta kotiutetaan nykyään entistä nopeammin, ja kuntoutus jää näin ollen kotona tehtäväksi. Kotihoidon asiakkaiden kirjo on siis laaja ja monenlaista apua vaativa. Fysioterapeuttien määrää kotihoitoon on lisätty paremman kuntouttamisen laadun takaamiseksi. Kotihoidon monipuolisuus on nostanut viikonloppuavun tarvetta ja jakanut näin kotihoidon asiakkuuksia viikon jokaiselle päivälle. (THL 2017c.)

3.2 Lähisuhdeväkivallan esiintyminen ja siihen puuttuminen

Seuraavassa tarkastellaan lähisuhdeväkivallan yleisyyttä ja ilmenemistä sekä siihen puuttumista.

3.2.1 Lähisuhdeväkivallan yleisyys

Suomessa esiintyvän lähisuhdeväkivallan yleisyydestä on saatavilla tietoa erilaisista tilastoista. Virallisissa tilastoissa ovat väkivaltatapaukset, jotka ovat tulleet viranomaisten tietoon. Kuluneina lähivuosina aiheesta on myös tehty muunlaista tilastointia sekä tutkimuksia. Henkirikollisuuden seurantajärjestelmä on Poliisihallituksen ylläpitämä, ja siinä tilastoidaan kuolemaan johtaneet väkivaltatapaukset. Poliisin rikollisuustilastosta selviää, että noin joka kymmenes pahoinpitely tapahtuu perheen sisäisesti. Erityisesti lähisuhdeväkivalta on kuitenkin sellaista rikollista toimintaa, josta suuri osa jää peittoon. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2013 poliisin kirjaamia lähisuhdeväkivallan uhreja oli yli 6 000. Yhteisesti väkivaltarikosten uhrien määrä oli 39 200 henkilöä, ja rikoksista 35 % tehtiin yksityisissä asunnoissa. (Tilastokeskus 2014, 5–10, 29.)

Naisiin kohdistuvaa väkivaltaa on kartoitettu Suomessa haastattelututkimuksin vuosina 1998 ja 2006. Suurimmalle osalle väkivallasta on aiheutunut jonkinlaisia fyysisiä tai psyykkisiä seurauksia. (Heiskanen & Piispa 2006, 1, 5.) Miesten kokeman väkivallan tutkimuksessa on todettu miehiin kohdistuvan väkivallan olevan yleistä (Heiskanen & Ruuskanen 2010, 14). Lähisuhdeväkivallan voidaan todeta kohdistuvan kaikkiin ikä- ja sukupuoliryhmiin. Peräti joka neljäs yli 60-vuotias nainen ilmaisee joutuneensa väkivallan tai kaltoinkohtelun uhriksi, ja suurimmilta osin väkivalta on ollut henkistä väkivaltaa, jossa tekijänä on ollut oma puoliso. (THL 2010.)

Korkean riskin ryhmään lähisuhdeväkivallan osalta kuuluvat päihde- ja mielenterveysongelmaiset naiset. Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa päihdehuollon naisasiakkaista yli 90 prosenttia oli kokenut henkistä, fyysistä, tai seksuaalista väkivaltaa. (Holmberg ym. 2005, 35.) Suomalaiseen juomakulttuuriin kuuluu runsas alkoholin käyttö, ja se voi johtaa sosiaalisiin ongelmiin, vaaratilanteisiin ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Yleisimmin juomatoverina on oma kumppani, ja 80 prosenttia juomiskerroista on kotona tapahtuvaa. (Karlsson ym. 2013, 22, 35–36.) Suomalais tutkimuksessa vuodelta 2013 lähisuhdeväkivallan esiintyvyydestä äitiyspoliklinikan, psykiatrisen poliklinikan, sekä ensiavun potilaiden keskuudessa 530 vastaajasta 61 kertoi kokeneensa sellaista lähisuhdeväkivaltaa nyt tai aiemmin, joka oli vaikuttanut haitallisesti heidän terveyteensä. Tapahtuneen lähisuhdeväkivallan arkaluontoisuus ja vaikutukset koettiin vahvempana, mitä vähemmän aikaa tapahtuneesta oli. (Holma & Poutiainen 2013.) Systemaattisessa katsauksessa mielenterveysongelmaisilla on todettu normaaliväestöä enemmän lähisuhdeväkivallan kokemuksia (Alhabib ym. 2010, 1). Myös ongelmapelaaminen on liitetty lähisuhdeväkivallan uhkaan. Ongelmapelaaminen aiheuttaa monenlaista haittaa, terveysongelmista taloudellisiin ongelmiin sekä ihmissuhdekonflikteihin. (Siukola 2016, 13–14, 20, 27.) Venäjä poisti perheväkivallan rikoslaista tammikuussa 2017. Poistamisen myötä perheväkivaltatapausten vieminen oikeuteen hankaloituu, sekä tuomiot tekijöille ovat lievempiä. Venäjä on yksi neljästä Euroopan neuvoston 47 jäsenmaasta, joka ei ole allekirjoittanut sopimusta naisiin kohdistuvan

väkivallan sekä perhe- ja lähisuhdeväkivallan torjumiseksi. Sopimus kriminalisoi kaiken fyysisen, psyykkisen, tai seksuaalisen väkivallan lähi-, sekä perhesuhteissa. (Isajanyan 2017, 1, 5.) Venäjällä vuonna 2015 tehdyssä tutkimuksessa yli puolet vastaajista oli kohdannut perheväkivaltaa (Lokhmatkina ym. 2015).

3.2.2 Lähisuhdeväkivallan ilmeneminen

Lähisuhdeväkivalta voi aiheuttaa uhrille monenlaisia oireita. Oireet voivat olla psyykkisiä tai fyysisiä. Goldingin (1999) ja Krugin ym. (2002) mukaan tunne-elämässä väkivallan seurauksia voivat olla esimerkiksi unihäiriöt, ahdistuneisuus, paniikkihäiriö, syömishäiriöt, masennus, erilaiset fobiat, traumaperäinen stressireaktio, ja erilaiset riskikäyttäytymiset, kuten päihteiden suurkulutus tai rikollinen käytös. Itsetuhoinen käyttäytyminen voi myös olla merkki väkivallasta. Fyysisen lähisuhdeväkivallan merkkeinä voivat Kramerin ym. (2004) mukaan olla kroonistuneet kivut, päänsärky tai vatsaongelmat. Cambell (2002), Krug ym. (2002), sekä Shah ja Shah (2010) toteavat lähisuhdeväkivallan pahimmillaan johtavan kuolemaan. Erilaiset ruhjeet, mustelmat ja murtumat voivat olla fyysisiä merkkejä lähisuhdeväkivallasta, ja erittäin haitallista se on kohdistuessaan raskaana olevaan naiseen. Stithin ym. (2002) mukaan lapsilla, jotka ovat asuneet väkivaltaisissa kodeissa on suurempi riski olla väkivallantekijä aikuisiällä. Todennäköisemmin uhreina ovat naiset ja tekijöinä miehet. (Siukola 2016, 12.)

Kotihoidon asiakkaisiin kohdistuva lähisuhdeväkivalta on luonteeltaan moninaista. Se on perhe- ja lähisuhdeväkivaltaa sekä kaltoinkohtelua. Väkivallalla voi olla monia eri muotoja fyysisen ja psyykkisen väkivallan kentässä. Kotihoidon asiakkaiden kokemaa lähisuhdeväkivaltaa ilmentäviä riskitekijöitä ovat sosiaalinen eristäytyminen ja sosiaalisten kontaktien puute, väkivaltainen historia perheessä, unihäiriöt, riippuvuussuhde läheisten kesken, mielenterveyshäiriöt, päihteidenkäyttö, psyykkinen tai fyysinen sairaus, taloudellinen tai emotionaalinen riippuvuus, iäkkään ja hänen lapsensa yhteisasuminen, ristiriidat perheessä ja muistisairaus. (Serpola 2006, 16.)

3.2.3 Lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen

Terveydenhuollon ammattilaisen tulisi aina puuttua, ja osata puuttua lähisuhdeväkivaltaan. Jotta lähisuhdeväkivaltaan osattaisiin puuttua systemaattisemmin, olisi siihen puuttumista harjoiteltava ja siihen olisi saatava koulutusta. Yleinen tavoite on, että lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen tulisi rutiininomaiseksi osaksi koko terveydenhuollon henkilökunnan työtä. (THL 2017a.)

Tulevaisuuden tavoitteena on, että lähisuhdeväkivallasta ryhdyttäisiin terveydenhuollon palvelukontakteissa kysymään kaikilta. Pelkkä kysyminen on jo väliintulo. Systemaattisesta kartoituksesta on hyötyä niin asiakkaalle kuin terveydenhuollon ammattilaisellekin. Piispan ym. (2006) mukaan useimmiten lähisuhdeväkivaltaan haetaan apua terveydenhuollosta. Lähisuhdeväkivaltaan ei välttämättä kuitenkaan usein haeta apua lähisuhdeväkivaltana, vaan sen aiheuttamina oireina. Berglundin (2010) mukaan lähisuhdeväkivallan systemaattisessa kartoituksessa on onnistuttu hyvin Australiassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa. Näissä maissa lähisuhdeväkivaltatapauksen lisääntynyt tuleminen viranomaisten tietoon kertoo lähisuhdeväkivallan yleisyydestä. Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen esteinä ammattihenkilöstön puolelta on esitetty esimerkiksi yksityisyyden loukkaamisen pelko ja käytännön syyt, tai oma ammatillinen rooli, johon ei ole koettu kuuluvan asian esille ottaminen. Helpottavina tekijöinä puuttumiseen on taas koettu olevan Spangaron ym. (2011), Todhalin ja Waltersin (2011), sekä O`Campon ym. (2011) mukaan esimerkiksi rutiininomainen työskentely, työvälineet, koulutus ja palautteen saaminen asiakkailta väkivaltaan puuttumisesta. Changin ym. (2005) yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa lähisuhdeväkivaltaa kokeneet naiset toivat ilmi rutiininomaisen kysymisen ja kiireettömän ja turvallisen ilmapiirin tärkeyden ammattihenkilöstön haastatteluissa lähisuhdeväkivallasta kysyttäessä. Lähisuhdeväkivallan puuttumisen ensiaskel on puheeksi ottaminen. Kysyminen ja kuunteleminen sekä tiedon antaminen ovat seuraavat vaiheet, ja työkaluina on hyvä olla lähisuhdeväkivaltaa kartoittava suodatinlomake. THL:n kehittämä lomake sisältää suodatinkysymyksiä, kartoituskysymyksiä, asiakkaan tai potilaan oman arvioinnin sekä toimenpiteet, joihin arvioinnin perusteella ryhdytään. (Siukola 2016, 28–33, 42; THL 2017b.)

Suomalaisessa tutkimuksessa lasketut naisiin kohdistuvan väkivallan kustannukset olivat vuodessa 1,2 miljoonaa euroa. Kustannukset koostuivat sosiaalitoimen, oikeustoimen sekä terveydenhuollon työstä. Ongelma on moniulotteinen ja kuntatasolla kallis. Sitä kuitenkin voitaisiin ehkäistä varhaisella puuttumisella, jolloin se olisi turvallisuuden ja hyvinvoinnin lisäksi kannattavaa myös kansantaloudellisesti. (Ewalds 2005, 14.) Erikoissairaanhoidossa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen tulisi tapahtua moniammatillisena yhteistyönä. Lähisuhdeväkivaltaan puuttumista ei saisi sysätä minkään yksittäisen ammattiryhmän tai hoitotason vastuulle. Tehokkaaksi puuttumiseksi ja aikapaineiden poistamiseksi sekä osaamisen kehittämiseksi moniammatillinen yhteistyö on tarpeellista. Yhteiseen toimintamalliin sitoutuminen on tärkeää kaikkien kannalta. Ammattihenkilöstön tulisi tietää, mitä tehdä lähisuhdeväkivaltaa epäiltäessä tai sen tullessa esille. (Ronkainen ja Ropponen 2012, 17.)

Kansallisesti sekä kansainvälisesti ammattihenkilöstön kouluttaminen on ollut keskeinen osa pari- ja lähisuhdeväkivallan hankkeiden toteutusta. Yhteisen vastuun toteutumiseksi tiedon ja tietoisuuden lisääminen ovat välttämättömiä asioita, ja ne lisäävät myös halua toimia väkivaltaa ehkäisevässä työssä. Työntekijälle on haastavaa tunnistaa lähisuhdeväkivaltaa ilman riittävää koulutusta, minkä takia esimerkiksi poliisin koulutusohjelmaan on lisätty keskeiset osiot perheväkivallan ehkäisystä. Osiot ovat väkivaltatilanteen katkaisu, lapsen kuuleminen ja puhuttelu, ilmiön tunnistaminen, turvallisuuden takaaminen, yhteistyömahdollisuuksien tunteminen sekä yhteistyö muiden tahojen kanssa. Eri ammattiryhmille järjestettävät koulutukset takaavat yhteisen tietopohjan lähisuhdeväkivallan kartoittamiseen ja sen tunnistamiseen. Koulutusten aikana voidaan kerätä tietoa eri toimijoiden toimintatavoista sekä toiminnan sisällöstä. Peruspalveluissa työskentelevien on pystyttävä kysymään väkivallasta kaikilta, ymmärrettävä ilmiö sekä väkivallan kierre ja tunnistettava trauman esiintymismuotoja. Tiedottaminen, turvallisuus, ja toimiminen väkivaltaa kokeneen hyväksi ovat asioita, jotka peruspalveluissa työskentelevän on osattava, väkivaltaan tulee ottaa selkeä kanta. (Ewalds 2005, 16, 19, 21.)

MARAK-lomake on riskinarviointilomake, jolla kartoitetaan asiakkaan riskiä joutua vakavan parisuhdeväkivallan uhriksi. MARAK tarkoittaa moniammatillista riskinarviointimenetelmää. MARAK-lomaketta saavat käyttää ainoastaan siihen koulutetut henkilöt. Lomakkeen avulla autetaan asiakasta moniammatillisessa tiimissä. MARAK-lomake on apuna silloin, kun uhri ilmoittaa kokemastaan väkivallasta viranomaiselle, ja mikäli riski korkeaan uhkaan täyttyy, ohjataan uhri MARAK-tiimille. (THL 2018b.)

Terveydenhuollossa on käytössä PAKE-lomake, joka on pahoinpitely- ja kehonkarttalomake. Lomake on kehitetty yhteistyössä Malmin poliisin sekä Malmin Terveysaseman päivystyspoliklinikan kesken työvälineeksi pahoinpitelyn uhreille vuonna 2002. Lomake toimii välineenä pahoinpitelystä koituneiden vammojen kirjaamiseksi, ja sen voi täyttää lääkäri tai sairaanhoitaja. Kirjattuja tietoja voidaan käyttää hyödyksi esimerkiksi poliisin kuulusteluissa tai pohjana lääkärin lausunnolle. PAKE-lomakkeeseen merkitään pahoinpitelyn kohdat, väkivalta ja esimerkiksi mustelmien muodot. PAKE-lomakkeessa on tarkat tiedot uhrista ja tapahtumasta, ja siitä, miten teko on tapahtunut. (THL 2018b.)

Malmin mallin asiantuntijaverkosto on kehittänyt yhteistyössä tapoja väkivallan uhrin oikeusturvan parantamiseksi. Malmin mallin tarkoituksena on helpottaa viranomaisten yhteistyötä. Asiantuntijaryhmä haastatteli vuonna 2005 eri viranomaisryhmiä, jotta tietoa toimintatavoista ja puutekohdista saatiin selville tilanteista, joissa viranomainen kohtaa väkivaltaa kokeneen henkilön. Haastateltavina oli perushoitajia, lääkäreitä, terveydenhoitajia, sosiaalityöntekijöitä, opettajia, sosiaalityöntekijöitä, pelastuslaitoksen työntekijöitä, seurakunnan perheneuvolan työntekijöitä sekä A-klinikkasäätiön työntekijöitä. Tulosten mukaan viranomaiset olivat pääosin tyytyväisiä yhteistyöhön, mutta ratkaisevaa oli väkivallan esille otto ja ensimmäinen viranomaiskontakti. Kaikki tahot painottivat rohkaisevaa palautteen antoa perhe- tai lähisuhdeväkivaltaa kokevaa kohtaan, jotta asiaan päästäisiin puuttumaan mahdollisimman pikaisesti. Kouluterveydenhoitajien resurssien puutteesta johtuen he kokivat väkivaltaan puuttumisen vaikeaksi. Lääkärien mukaan perheväkivaltatapaukset tulevat esille neuvoloissa tai sairausvastaanotolla. Lääkärit huomioivat tällöin hoitohenkilökunnan, muiden lääkäreiden, poliisin ja syyttä-

jän dokumentoinnit. Hoitajan ja lääkärin dokumentointi on tärkeässä osassa ja se tulee tehdä mahdollisimman tarkasti. Terveystieteiden sosiaalityöntekijä tutustuu potilaan tilanteeseen sairauskertomuksen ja PAKE-lomakkeen avulla. (Aunola ym. 2008, 971–973.)

Kansainvälisessä vertailututkimuksessa eri maiden sairaanhoitajien ymmärryksettä lähisuhdeväkivallasta, perheväkivallasta sekä kaltoinkohtelusta ilmeni mihin asioihin tulisi kiinnittää huomiota hoitajien koulutuksessa. Esimerkiksi interventiotekniikoiden harjoittelu koettiin tärkeäksi. Neljä eri teemaa nousi esille väkivaltaan ja kaltoinkohtelun puuttumiseen auttavina tekijöinä sairaanhoitajilla: koulutuksen ja harjoittelun kokemukset, oma kurssi aiheesta, kommunikaatiotaidot, lähisuhde- ja perheväkivallan sekä kaltoinkohtelun tunnistamisen osaaminen. Tulosten perusteella todettiin, että sairaanhoitajien koulutuksessa pitäisi saada riittävät tiedot siitä, mihin ottaa yhteyttä ja taidot miten väkivaltatapauksia aletaan hoitamaan. Tärkeimmäksi asiaksi koettiin kuitenkin sairaanhoitajien kommunikaatiotaidot. Sairanhoitajien ammatissa väkivaltaan puuttumista estäviä asioita olivat kulttuuriset tekijät sekä uskomus väkivallan yksityisyydestä. Sairanhoitajilla on kuitenkin velvollisuus ja sitoumus ammatinsa puolesta, sekä myös mahdollisuus vaikuttaa lähisuhde- ja perheväkivaltaan ja kaltoinkohtelua kokevien elämänlaadun parantamiseen. Riittävä dokumentointi, tieto, sekä nykyaikana tiedon anto internetin välityksellä koettiin auttaviksi tekijöiksi. Verkkokurssien pitämisen mahdollisuus aiheesta todettiin myös olevan hyvä lisä koulutusmahdollisuuksia mietittäessä. (Alshammari ym. 2018.)

3.2.4 Lähisuhdeväkivaltaan liittyvä lainsäädäntö

Yhteiskunnallisesti erotellaan kaksi erilaista lähestymistapaa väkivaltaan: sisältä tuleva orientaatio sekä ulkoa tuleva orientaatio. Sisäpuolelta tuleva orientaatio tarkoittaa ihmisen sisäistä työskentelyä eroon väkivallasta. Ulkopuolelta tulevat orientaatiokeinot ovat lainsäädäntöön sidottuja. Laki viime kädessä määrää, millä toimenpiteillä väärintekoihin tulee puuttua, ja ennen kaikkea millaisiin väärintekoihin. Lait sisältävät samalla esiymmärryksen ihmisyydestä ja kehyksen sille, mitä ihmisten välisissä suhteissa on luvallista tehdä ja mitä ei. Ulkoa tulevat rajat

eli väkivaltaan liittyvät lait ovat Rikoslaki (L 39/1889), Perustuslaki (L 731/1999), Lähestymiskieltolaki (L 898/1998), Poliisilaki (L 872/2011), Mielenterveyslaki (L 1116/1990), Lastensuojelulaki (L 417/2007) ja Päihdehuoltolaki (L 41/1986). Näiden toteutumista valvovat viranomaiset sekä tuomioistuimet, ja puuttumiskeinoja voidaan käyttää asianosaisten tahdosta riippumatta. Väkivallan ulkopuoliseen orientaatioon liittyy aina juridinen vastuu. (Jolkkonen & Varjonen 1998, 38.)

Lainsäädännössä lähisuhde- ja perheväkivaltarikokset tarkoittavat useimmin seksuaalista väkivaltaa ja muita terveyttä ja henkeä uhkaavia tekoja, kuten vamman tuottaminen, fyysiseen pahoinpitelyyn sisältyvät lievä sekä törkeä pahoinpitely ja pahoinpitely. Rikoksena voi olla myös kunnian loukkaamisrikos, rauhan ja yksityisyyden rikos, varkauteen ja luvattomaan käyttöön liittyvä rikos tai vapauteen kohdistuva rikos. (Flinck & Iivari 2004, 22.) Syyttäjä saa nostaa syytteen lievästä pahoinpitelystä ilman asianomistajan ilmoitusta syytteeseen. Ilman asianomistajan lupaa näin saa toimia, mikäli teko on kohdistunut alle 18-vuotiaaseen, asianomistajan lähisuhteessa olevaan, tai työsuhteessa tapahtuneeseen pahoinpitelyyn. (L 441/2011.)

3.2.5 Turvakodit

Turvakoti on paikka, johon lähisuhde- tai perheväkivaltaa kokenut ihminen voi hakeutua turvaan. Turvakodit ovat maksuttomia, kodinomaisia paikkoja, joista saa kriisiapua ja suojan väkivallalta. Turvakodeissa saa neuvoja ja opastusta, sekä apua väkivaltatilanteessa. Turvakotiin on myös mahdollista soittaa, mikäli ei ole aivan varma tilanteestaan. Kaikkien turvakotien tiedot löytyvät THL:n internetsivuilta. THL vastaa turvakotipalveluiden saatavuudesta sekä kehittämisestä. Turvakoteja on ympäri Suomea ja ne ovat avoinna ympäri vuorokauden. Turvakotiin voivat hakeutua kaikenikäiset ja- sukupuoliset. Turvakodeissa työskentelevät henkilöt ovat terveydenhuollon ammattilaisia, jotka ovat saaneet erityistä koulutusta väkivaltatyöhön. Turvakodit tarjoavat myös avopalveluja ja tukea väkivallan kierteen katkaisemiseksi. Turvakotipalveluiden käyttö on mahdollista myös nimettömänä tilanteen vaatiessa. Turvakotipalvelujen käyttäjistä suurin osa vuonna 2010 oli naisia ikäryhmältään 21–30-vuotta. Lähes yhtä paljon oli 31–40-vuotiaita nais-

asiakkaita. Ikääntyvät ovat olleet harvemmin turvakotien asiakkaina. Vanhemmalla iällä kynnyks avun hakemiseen on suurempi, etenkin sen häpeän vuoksi, jota lähisuhdeväkivalta aiheuttaa. Miesasiakkaiden määrä eri ikäryhmissä on ollut vaihteleva, joskin paljon määrältään alhaisempi kuin naisten. Turvakodit kuitenkin tavoittavat vain murto-osan lähisuhde- ja perheväkivallan uhreista, ja kaikissa ikäryhmissä on piilossa pysyvää avun tarvetta. Vuodelle 2018 myönnettiin valtiolta lisärahoitusta 4 miljoonaa euroa, jolla saadaan perustetuksi neljä uutta turvakotia. Perhepaikkojen määrä turvakoteihin nousee 179 paikkaan. Aiemmin paikkoja on ollut 143. (THL 2018d; Laine 2010, 15, 27, 28.)

Vuonna 2015 voimaan tulleen asetuksen myötä turvakodin työntekijöille on asetettu myös pätevyysvaatimukset, jotta Suomen eri turvakotien toiminnan laatu yhtenäistyy ja parantuu. Asetus määrittelee turvakotien henkilöstön koulutusvaatimukset sekä sen, millaista käytännön kokemusta työntekijöillä pitää olla. Vaatimukset on otettava huomioon uutta henkilöstöä palkattaessa. Alalla toimivan henkilöstön, jolla on paljon kokemusta alalta, mutta ei muodollista pätevyyttä, on hankittava asetuksen mukainen koulutus vuoden 2019 loppuun mennessä. Asetus velvoittaa turvakodit laatimaan henkilöstölleen koulutussuunnitelman yhteistyössä THL:n kanssa. Tarkoitus on varmistaa se, että turvakotipalvelun tuottaja järjestää henkilöstölleen säännöllistä ammatillista koulutusta. Henkilökunnan ammattitaito ja työssä jaksaminen ovat ensiarvoisen tärkeitä asiakaspalvelun näkökulmasta. (THL 2018d.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä tutkimuksessa yhtenä tutkimuksellisenä lähestymistapana oli kvantitatiivinen poikittaistutkimus. Kvantitatiivinen tarkoittaa määrällistä ja se perustuu kohteen tilastolliseen kuvaamiseen. Poikittaistutkimuksessa aineiston keruu tapahtuu kerran. Toisena tutkimuksellisenä lähestymistapana on kvalitatiivinen lähestymistapa, joka tarkoittaa laadullista tutkimusta. Kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmä sopii eritoten hoitotyön sensitiivisiin alueisiin, joissa kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä ei ole mahdollinen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 56–59, 65, 74.)

4.1 Kohderyhmä

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä oli harkinnanvarainen ryhmä kotihoidon asiakkaita, jotka kutsuttiin haastatteluun. Haastatteluun kutsuttavat henkilöt valitsi työelämän yhteyshenkilönä ollut sairaanhoitaja kohdeorganisaatiosta ja kutsuttavia oli yhteensä 20 henkilöä. Yhtenä kriteerinä oli, että haastateltavien tuli osata riittävästi suomen kieltä voidakseen osallistua haastatteluun. Kutsu tutkimukseen eli tutkittavan tiedote on esitetty liitteessä 2. Haastattelut toteutettiin kotihoidon toimitilassa tai tutkittavien kotona heidän niin toivoessaan. Tutkittavilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Suostumuslomake on esitetty liitteessä 3.

4.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin joulukuussa 2017 sekä helmikuussa 2018 yhteensä kolmena eri päivänä. Aineisto kerättiin haastattelulomakkeella, joka oli mukailtu kohdeorganisaation tarpeisiin sopivaksi THL:n Lähisuhdeväkivallan suodatin- ja kartoituslomakkeesta. Haastattelut olivat henkilökohtaisia haastatteluja. Kysymykset oli mietitty asiakaskuntaa ajatellen. Mukailtujen lomakkeiden käyttämiseen opinnäytetyössä saatiin THL:n lupa. Haastattelujen yhteydessä kerättiin suostumuslomakkeet. Haastattelut nauhoitettiin, mikäli haastateltava antoi siihen luvan. Jos haastatteluja ei saanut nauhoittaa, tutkija kirjoitti vastaukset haastattelulomakkeeseen. Haastatteluista 14 saatiin nauhoittaa. Haastateltavat saivat koodinumeron haastattelujär-

jestyksen mukaan 01–18. Haastattelut kestivät 10–60 minuuttia. Tutkija säilytti haastattelulomakkeet, haastattelun suostumuslomakkeet ja nauhoitukset myöhemmä analysointia varten salaisessa paikassa. Haastattelulomake on esitetty liitteessä 4.

Haastattelulomake esitettiin kahdessa esihaastattelussa, johon tutkimusluvanmyöntäjä antoi luvan. Esihaastattelut tehtiin noin kuukausi ennen varsinaisia haastatteluja. Esihaastattelujen järjestämisestä sovittiin työelämän yhteyshenkilön kanssa. Esihaastattelut sujuivat hyvin ja niiden perusteella ei ollut aihetta muuttaa haastattelulomaketta tai haastattelumenetelmää. Esihaastateltavilta kysyttiin, voiko heidän antamansa haastattelun liittää osaksi varsinaista tutkimusaineistoa. Molemmat suostuivat siihen ja heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen. Yhteensä tutkimukseen osallistui 18 henkilöä ja nämä kaksi esihaastateltavaa olivat mukana tässä määrässä.

Saturaatio kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että tietoa kootaan kunnes sama ilmiö alkaa toistaa itseänsä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa saturaatio saa aikaan aineiston, jolla on teoreettisesti merkittävä tulos. Saturaatio on haasteellista, ja tutkija päättää milloin aineiston keruu on riittävä. Saturaation toteumisessa tulee muistaa että jokaisen ihmisen kokemus on ainutkertainen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 111.) Tässä tutkimuksessa saturaatio tapahtui tutkimuksen loppupuolella. Haastatteluissa alkoi toistua samoja käsitteitä esimerkiksi henkisen lähisuhdeväkivallan osalta.

4.3 Aineiston analysointi

Aineiston analyysitapa oli tilastollinen analyysi sekä laadullinen induktiivinen sisällönanalyysi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 167). Tilastollinen analyysi toteutettiin laskemalla frekvenssejä (f) ja muodostamalla niistä prosenttilukuja (%). Frekvenssejä ja prosenttiosuuksia laskettiin iästä ja sukupuolesta sekä kysymyksistä numero 1, 3, ja 7. Tilastollinen analyysi toteutettiin manuaalisesti.

Laadullisen aineiston analyysissä haastattelut litteroitiin, jonka jälkeen aineisto pelkistettiin eli koodattiin. Pelkistämisvaiheessa etsittiin kaikki lausumat, jotka liittyivät kvalitatiiviseen tutkimuksen tutkimusongelmaan. Pelkistetyt ilmaukset kirjattiin taulukkoon, jossa alkuperäinen aineisto oli sarakkeessa vasemmalla ja pelkistetyt ilmaukset sarakkeessa oikealla. Aineistoa klusteroitiin eli ryhmiteltiin pelkistetyistä ilmauksista etsien samanlaisuuksia ja muodostaen niistä abstrahoidulla ala- ja yläkategorioita (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 29–30.)

Sisällön analyysillä analysoitiin suullista ja kirjoitettua kommunikaatiota. Aineistoista pyrittiin luomaan selkeä ja yhtenäinen, jolloin johtopäätösten teko mahdollistui. (Weselius 2016, 23–35.) Päätelyn logiikka laadullisessa analyysissä oli induktiivinen, jossa aineistosta saaduista ilmauksista päästiin yksittäisistä havainnoista yleisiin väitteisiin. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2017, 211). Abstrahoinnissa saman sisältöiset vastaukset muodostivat lopulta yläkategorian, jossa oli yhdistävä tekijä. Yhdistävällä tekijällä saatiin vastaukset tutkimusongelmiin eli kysymyksiin mitä haluttiin tietää tutkittavasta aiheesta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 29).

Alkuperäisilmauksia on käytetty elävöittämään tekstiä, sekä tutkijan päättelyprosessin omaksumisen ymmärtämiseksi (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2017, 221). Alkuperäisilmauslainaukset on esitetty tulosten lomassa lainausmerkeissä kursivoituna tekstinä.

4.4 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimukseen osallistui 18 henkilöä. Tutkimukseen osallistuneet täyttivät tutkimuksen kriteerit. Tutkittavien ikäjakauma oli melko kapea. Laajempi ikäjakauma olisi antanut tietoa nuorempien kotihoidon asiakkaiden kokemasta lähisuhdeväkivallasta. Vastauksissa toistui samoja asioita, joiden avulla voitiin tehdä johtopäätöksiä. Ensimmäiset haastattelut tehtiin ennen joulua, ja viimeiset keväällä, kuitenkin aineistonkeruu pyrittiin pitämään samanlaisena. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2017, 61–62, 83.)

Haastatteluissa kysymykset ymmärrettiin verrattain hyvin, myös haastattelija selvitti käsitteitä tarvittaessa lisää paremman ymmärrettävyyden vuoksi. Haastattelutilanteissa haastattelija oli neutraali, mutta empaattinen. Haastattelutilanteissa haastateltavan tunteet tulivat vahvasti esille vaikeiden asioiden äärellä, johon haastattelija oli osannut varautua. Haastatteluun tehdyn tutkimuksen avulla tarkentavia kysymyksiä oli mahdollista esittää, joka vaikutti vastausten pätevyyteen positiivisesti. Tarvittaessa vastauksista saatiin tarkempia. Kaltoinkohtelun käsitettä ei useinkaan ymmärretty, vaikka tutkija selitti siitä, mikä heikensi tutkimuksen pätevyyttä. Epäselväksi jäi, oliko kaltoinkohtelua tapahtunut enemmän kuin mitä haastateltavien vastauksissa tuli ilmi.

Validiteetti kvantitatiivisessa tutkimuksessa viittaa siihen, mittaako mittari sitä, mitä oli tarkoitettu ja antaako se keskimäärin oikeita tuloksia. Validi tutkimus ei sisällä järjestelmällisiä virheitä. Tutkimuksen reliabiliteetti viittaa siihen antaako tutkimus tarkkoja tuloksia ja onko se toistettavissa. Tässä tutkimuksessa validiteetti toteutui haastattelulomakkeen osalta täyttäen validiuden kriteerit melko hyvin. Haastattelulomakkeen käyttö strukturoidusti oli helppoa ja selkeää. Haastattelulomake perustui THL:n lomakkeeseen, joka on luotettava, koska se on asiantuntijoiden tekemä. Perusjoukko oli määritelty alussa selkeästi, ja otanta vastasi lähes sitä joukkoa ja määrää, jota alun perin oli ajateltu. Otantaan olisi kuitenkin voinut ottaa enemmän nuorempia haastateltavia. Tiedonkeruu tehtiin huolellisesti ja aineiston käsittely tarkasti. Luotettavuutta heikensi se seikka, että otos oli harkinanvarainen. (Heikkilä 2014, 8–12.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen uskottavuudessa tutkijan on mietittävä, vastaavatko teoreettiset käsitteet tutkittavien käsityksiä. Tutkimustulosten siirrettävyydessä on mietittävä vastaavia tilanteita, sekä tilanteita jotka toistuvat. Tässä tutkimuksessa saadut tulokset voisivat tutkijan oman arvion mukaan olla siirrettävissä kotihoidon asiakkaisiin eri puolilla Suomea. Tässä tutkimuksessa tulokset olivat yhtenevät aiemman tiedon kanssa, mikä parantaa tutkimuksen uskottavuutta. Tutkijan tulokset aineistosta tukivat vastaavia ilmiöitä tarkastelluista tutkimuksista. Tulkinassa ymmärrettiin tutkittavien ihmisten merkitykset ja näkökulmat, eikä käytetty omia käsityksiä. Aineisto oli luotettavaa. Tutkija pohti omaa reaktiivisuuttaan tut-

kimukseen, eli sitä miten tutkijan oma asenne vaikuttaa tutkimukseen. Reaktiivisuutta koitettiin hälventää riittävällä aineiston tarkastelulla. (Eskola & Suoranta 2008, 60, 160–189)

4.5 Tutkimuseettiset kysymykset

Kaikessa tieteellisessä toiminnassa ytimenä on tutkimuksen eettisyys. Tutkijan tulee olla tutkimuksessaan rehellinen, tunnollinen, älyllinen, ihmisarvoa kunnioitava, vaaraa minimoiva, sosiaalisesti vastuullinen, ja ammatinharjoittamista edistävä. Tutkijan tulee toimia eettisten ohjeiden ja lainsäädännön mukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2017, 211.) Tässä tutkimuksessa tutkija noudatti tutkimuksen eettisiä periaatteita. Tutkija toimi eettisten ohjeiden ja lainsäädännön mukaisesti.

Anonymiteetti ei toteutunut tässä tutkimuksessa täydellisesti, koska tutkija ja työelämän yhteyshenkilönä toiminut sairaanhoitaja tiesivät, ketkä osallistuivat tutkimukseen. Heitä sitoi kuitenkin vaitiolovelvollisuus ja kaikki tutkimukseen liittyvät dokumentit säilytettiin salassa, turvallisessa paikassa. Jokainen tutkittava sai oman koodinumeron (01–18), jota käytettiin aineiston analyysissä sekä jäsentämisessä. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2017, 211.)

Lähisuhdeväkivalta tutkimuksen kohteena oli huomattavan sensitiivinen aihe.

Haavoittuvien ryhmien kohdalla tulee noudattaa erityistä hienovaraisuutta. Haavoittuvia ryhmiä ovat esimerkiksi mielenterveysongelmaiset. Myös haastattelutilanne on mietittävä kiireettömäksi ja hienovaraiseksi. Sensitiivisessä tutkimuksessa on erityisesti mietittävä osallistujien valintaa, aineistonkeruun ajankohtaa, tutkimusmenetelmää, analyysia sekä raportointia. Sensitiivinen tutkimus ottaa huomioon tutkijan eettiset ja psyykkiset valmiudet sekä osallistujien haavoittuvuuden. (Aho & Kylmä 2012, 271.) Tässä tutkimuksessa käytettiin tutkittavien koodinumeroita aineiston analysoimisessa. Haastatteluissa oli mukana työelämän yhteyshenkilö, joka toimii tutkimukseen osallistuvan kotihoidon psykiatrisen sairaanhoitajan virassa. Sensitiivisyyden vuoksi psykiatrisen sairaanhoitajan mukanaolo koettiin tärkeäksi jokaisessa haastattelussa. Hänestä tutkija sai tukea haastattelutilan-

teissa ja se toi myös turvaa haastateltaville. Sairaanhoidtaja pysytteli haastattelujen aikana taustalla, mutta osallistui esimerkiksi haastattelujen ulkopuoliseen keskusteluun. Haastattelut nostivat pintaan haastateltavilla esimerkiksi muistoja ja kipeitäkin tunteita, joita he halusivat haastattelun ulkopuolella kertoa. Muutama kertoi jännittäneensä paljon, mutta haastattelun jälkeen olleensa tyytyväinen ja olisi halunnut kertoa ehkä enemmänkin aiheesta. Haastattelut kestivät 10–60 minuuttia riippuen haastateltavasta, ja suurin osa niistä tehtiin haastateltavien kotona. Nauhoitus pidettiin päällä vain haastattelun ajan. Haastattelun aikana haastatteli täytti myös paperiset haastattelulomakkeet, joihin merkittiin tarkasti aluksi koodinumerot sekä haastateltavien taustatiedot. Haastattelut toteutettiin järjestyksessä olevien kysymysten mukaan, kuitenkin haastateltavan ehdoilla. Yksilöhaastattelut olivat välttämätön ja luonteva tapa saada tietoa aiheesta.

Riittävä informointi tutkimuksesta kohderyhmälle (liite 1) sekä kohdeorganisaatiolle ovat eettisestikin tärkeitä asioita ja kuuluvat turvallisuuden ja oikeuksien alaisuuteen. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja perustui tietoiseen suostumukseen. Tutkimusprosessin aikana tutkimustietoja ei luovutettu kenellekään tutkimuksen ulkopuoliselle. Tutkimuksessa käytettävän mittarin käyttöön ja modifiointiin kysyttiin lupa sen alkuperäiseltä kehittäjältä. Etiikassa huomioitiin kansallinen lainsäädäntö. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2017, 212–222.)

Tutkimuslupa anottiin tutkimuksen kohdeorganisaatiosta. Haastateltavat antoivat kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta (liite 2). Tutkijalla oli vaitiolovelvollisuus, jota ohjaa myös henkilötietolaki (L 1999/523). Tutkimuksen aineisto analysoitiin ja tulokset raportoitiin totuudenmukaisesti ja tutkimusaineisto hävitettiin tutkimuksen valmistumisen jälkeen. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2017, 217–218).

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa raportoidaan tutkimuksen tulokset.

5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Aineisto koostui 18 ihmisen yksilöllisistä kokemuksista. Tutkimukseen osallistui yhteensä 18 kotihoidon asiakkaana olevaa henkilöä, joista miehiä oli 22 % ja naisia 88 %. Vastaajista suurin osa (38,8 %) kuului ikäryhmään 68–77-vuotiaat. Haastateltavien ikäjakauma edustaa melko hyvin valtakunnallista tilastoa kotihoidon asiakkaista. Vuonna 2017 kotihoidon asiakkaista 77 % oli 75-vuotta täyttäneitä (THL 2017). Tutkimukseen osallistuneiden ikäjakauma on esitelty taulukossa 1.

Taulukko 1. Osallistuneiden ikäjakauma

Ikä vuosina	f	%
18-27	0	0
38-47	0	0
48-57	0	0
58-67	3	16,7
68-77	7	38,8
78-87	5	27,8
88-97	3	16,7

5.2 Lähisuhdeväkivallan esiintyminen haastatelluilla

Haastatelluista 18 kotihoidon asiakkaista 12 (67 %) oli kokenut lähisuhdeväkivaltaa elämänsä jossain vaiheessa. Kaltoinkohtelua oli kokenut 4 (22 %). Lähisuhdeväkivallalla oli ollut vaikutuksia terveyteen, hyvinvointiin tai elämänhallintaan kaikilla haastattelun lähisuhdeväkivaltaa kokeneilla.

5.3 Lähisuhdeväkivallan eri muodot

18 vastaajasta 12 oli kokenut lähisuhdeväkivaltaa jossain elämänsä vaiheessa. Muutamassa tapauksessa väkivalta oli tällä hetkellä tapahtuvaa. Tapahtuneen lähisuhdeväkivallan tapahtumapaikkana yleisimmin oli ollut koti (80 %). Kaksi vastaajista oli kokenut kaltoinkohtelua kodin ulkopuolella, kuten työelämässä. Lähisuhdeväkivallan muodoista yleisintä oli henkinen väkivalta, jota oli kokenut vastaajista yli puolet.

Taulukko 2. Aineistossa esiintyneet lähisuhdeväkivallan muodot

Alakategoria	Yläkategoria
Pahasti sanominen Valehtelu ja manipulointi Kontrollointi Tunteiden laiminlyöminen Vähättely Tekijän hallitseva suhde kokijaan Tekijän hallitseva asenne Tekijän ilkeys Syrjiminen Ohjeistaminen ja rajoittaminen Komentamien ja alistaminen Provosointi Mykkäkoulun pitäminen	Henkinen väkivalta
Asunnosta poistaminen Lyöminen Kiinni käyminen	Fyysinen väkivalta
Taloudellinen rajoittaminen Rahallinen hyväksikäyttö	Taloudellinen väkivalta
-	Seksuaalinen väkivalta

Seuraavassa tarkastellaan tuotettuja kategorioita tarkemmin.

5.3.1 Henkinen väkivalta

Henkisen väkivallan eri muotoja olivat pahasti sanominen, valehtelu ja manipulointi, kontrollointi, tunteiden laiminlyöminen, vähättely, tekijän hallitseva suhde kokijaan, tekijän hallitseva asenne, tekijän ilkeys, syrjiminä, ohjeistaminen ja rajoittaminen, komentaminen ja alistaminen, provosointi sekä mykkäkoulun pitäminen. Erityisen usein toistuvia lähisuhdeväkivallan muotoja olivat kontrollointi, vähättely sekä ohjeistaminen ja rajoittaminen, joita oli kokenut yli puolet vastaajista. Erityisesti tekijän tekemä ohjeistaminen ja rajoittaminen aiheutti kokijalle tunteen oman elämänhallinnan menettämisestä ja se koettiin painavana ja elämänlaatua alentavana tekijänä.

”Sen takia mä en voi niinku kotona ni, en mä voi tehdä sie mittää, niin paljon kun tekis mieli”

”Henkist räsitus on ollu sit kokoajan”

”Hän on tosi häijy ja ilkee”

”Ei hän ihmisil näytäkää sitä koskaa”

”Että elettiin niinku hänen ehdoillaa”

”Käskyttämist, komentamist, alistamist, mitätöinti, se on suurin”

5.3.2 Fyysinen väkivalta

Fyysistä väkivaltaa oli kokenut muutama vastaajista. Fyysisen väkivallan muotoja olivat asunnosta poistaminen, lyöminen ja kiinni käyminen. Haastateltavien kertomuksissa lyöminen ja asunnosta poistaminen toistuivat usein. Fyysinen väkivalta oli ollut myös rajua pahoinpitelyä, jonka seurauksena kokija oli joutunut lähtemään sairaalahoitoon. Fyysisen väkivallan tekijänä oli ollut oma mies, ja usein väkivallan tekohetkellä tekijä oli ollut päihteiden vaikutuksen alaisena.

”Nyrkkipokkaa. Sairaalarieissut siitä tuli.”

”Oon saanut lentää ulos ja on paiskattu ulos”

5.3.3 Taloudellinen väkivalta

Taloudellista väkivaltaa oli kokenut osa vastaajista. Taloudellisen väkivallan muotoja olivat taloudellinen rajoittaminen ja rahallinen hyväksikäyttö. Rahallista hyväksikäyttöä kuvailtiin esimerkiksi sillä, että kokija oli maksanut kaiken tai tekijä hallinnoinut yhteisiä rahoja. Taloudellisen väkivallan tekijä oli oma kumppani.

”Kun mä kaupastaki tulin jos mä vaatteita ostin, ni kyllä mun täyty ne äkkiä piilottaa tai ei niitä voinu näyttää”

”Ja kumminki mää olen se joka on työtä tehny ja elämän ettee ja näihin kaikkee et ollaa saatu kaikki järjestyvä ja velat on pois”

5.3.4 Seksuaalinen väkivalta

Seksuaalista väkivaltaa oli kokenut muutama vastaajista. Seksuaalista väkivaltaa vastaajat kuvailivat seksuaalisella hyväksikäytöllä, ja tekijänä oli ollut oma puoliso, isä tai veli. Seksuaalinen väkivalta oli vaikuttanut haitallisesti itsetuntoon sekä turvallisuuden tunteeseen.

”Minua on lapsena hyväksikäytetty monta vuotta, omasta perheestä”

”Seksuaalinenkin siinä mielessä, että eihän mun mielipidettä oo koskaan kysytty”

5.4 Kaltoinkohtelun muodot

Kaltoinkohtelua oli kokenut neljä vastaajaa. Kaltoinkohtelun muotoja olivat vaille tarvittavaa huolenpitoa jääminen, laiminlyönti, avunannon evääminen sekä suorainen kiusaaminen. Kaltoinkohtelua oli koettu työelämässä tai oman lapsen taholta. Työelämässä tapahtunut kaltoinkohtelu oli johtanut kokijan työkyvyn menettämiseen sekä päihdeongelmiin. Kaltoinkohteluun johtaneet syyt koettiin johtuvan tekijän päihde- tai mielenterveysongelmista.

”Mä olen masentunu ollut sen takia”

”Lopultas mul kävi niin ett, työsuhde irtisanottiin. Tuli poissaoloi ja, just tätä pullon kallistelu”

”Ne rupes ihan vainoomaa ja kävivät kyttäämässä”

5.5 Lähisuhdeväkivallan tai kaltoinkohtelun tekijä

Lähisuhdeväkivallan tekijänä enimmäkseen oli ollut oma puoliso, mies. Sisarus väkivallantekijänä oli osalla tapauksista. Kaltoinkohtelua oman lapsen taholta oli myös koettu. Työelämässä kaltoinkohtelua oli kokenut muutama vastaaja.

Moni haastateltava halusi puhua syystä tekijän tapaan toimia, vaikka sitä ei ollut haastattelukysymykseksi suunniteltu. Syitä pohdittiin eritoten tekijän vaikean lapsuuden, tai narsististen luonteenpiirteiden kautta. Tekijän huonon lapsuuden arveltiin olevan syynä osassa vastaajien tapauksista. Huonojen lapsuuden kokemusten heijastuminen suhteeseen puolison kanssa koettiin aiheuttaneen lähisuhdeväkivaltaa. Missään tapauksessa yksikään kokija ei kokenut tekijän tekoja kuitenkaan oikeutetuiksi tai terveiksi toimintatavoiksi. Tapauksista lähes puolessa oli ollut alkoholi mukana. Mustasukkaisuus nousi esiin muutamissa kertomuksissa. Kuitenkin niissä tekijän oma uskottomuus oli ollut mustasukkaisuuden syynä. Yhdessä haastattelussa haastateltava kysyi miten saada apua, jos onkin itse tekijä.

”Että mun pitää ymmärtää että kun hän on orpo ni mä jotenkin, se meni ihan loppuun asti sillä”

”Se tuli mun tietoo sen ihmisen kenen kans hän lumpusti vuoskaupalla”

5.6 Lähisuhdeväkivallan vaikutukset kokijaan

Lähisuhdeväkivallan koettiin vaikuttavan haitallisesti terveyteen, hyvinvointiin ja elämänhallintaan. Lähisuhdeväkivalta oli vaikuttanut haitallisesti 9 (75 %) koki-joista. Elämänlaadun huononeminen oli kaikissa tapauksissa välitön vaikutus hetkellisesti tai pysyvästi. Pysyviä haittavaikutuksia kuten työkyvyttömyyttä, yksin pärjäämättömyyttä ja masennusta kuvattiin noin kolmasosassa haastatteluista. Paniikkihäiriön oireita esiintyi noin neljäsosalla väkivallan kokijoista. Hetkellisiä haittavaikutuksia olivat väsymys, unettomuus, masentuneisuus, alavireisyys, itkuisuus, huonovointisuus, stressi ja sosiaaliset pelot. Elämänhallintaan lähisuhdeväkivalta vaikutti haitallisesti supistaen kokijan elinpiiriä ja pakottaen elämään tekijän ehdoilla. Toisen ehdoilla eläminen toistui useimmissa tapauksissa. Omien menojen ja sosiaalisten suhteiden rajoittuminen koettiin vakavaksi haitaksi ja oman elämän hallinnan laatua alentavaksi tekijäksi. Väkivallantekijän kotoa pois oleminen koettiin ahdistusta lievittäväksi tekijäksi, kun taas toisaalta kokijan ja tekijän välinen riippuvuussuhde mietitytti haastateltavia. Päihde- ja mielenterveysongelmat nousivat esiin osalla haastatelluista. Päihdeongelma oli alkanut tai seurannut lähisuhdeväkivallan kokemisesta tai sekä kokija että tekijä olivat käyttäneet päihteitä lähisuhdeväkivaltatilanteiden aikana. Kaikilla 12 kokijalla oli pitkä avioliitto takana tai meneillään. Avioliiton pituus oli keskimäärin 46 vuotta. Kertomuksissa toistuivat kokijan saama vanhan ajan kasvatus ja uskomus pitkään liittoon, yhdessä tulisi olla kuoleman loppuun asti.

”Sitä luullaan että se on kokoajan niinkun jotenkin auvoista ku ihminen kun jaksaa niin kauan olla”

”Mää olen vaan sen luontonen ollu et, että mä oon niinku eläny toisen, toisen niinku ehdoilla”

”Se on supistanu mun elämän piiriä”

”Sä et saa aina olla semmonen kun sä olisit, haluaisit”

”Eikä aina saanu toteuttaa niitä omia, omia tota noin, menemisiänsä”

”Tuli tätä, tät masennusta”

”Työsuhde irtisanottiin. Tuli poissaoloi ja, just tätä pullon kallistelu”

”Mä pelkään täällä yksin olla”

Haastateltavat toivat esiin selviytymiskeinoja lähisuhdeväkivallasta, sen aikana sekä sen jälkeen. Tuki ja apu koettiin suureksi selviytymistä auttavaksi tekijäksi. Kotihoidon asiakkaina haastateltavat toivat esille hoitajien antaman avun arjen jaksamisessa. Kotihoidon psykiatrisen sairaanhoitajan tuki koettiin tärkeäksi psyykkistä hyvinvointia kantavaksi tekijäksi. Tekijän fyysinen sairastuminen ja ikääntyminen laimensivat väkivallan käyttöä. Kun tilanteeseen oli uskallettu pyytää ja saatu apua, se pienensi useimmissa tapauksissa välittömästi tekijän otetta kokijaan. Poliisin apua oli soitettu vain äärimmäisissä väkivaltilanteissa, joissa kokija oli kokenut henkensä olevan uhattuna. Kuitenkin ensimmäisen yhteydenoton jälkeen poliisia oli helpompi pyytää paikalle jatkossa, ja se vähensi tai lopetti kokonaan tekijän väkivaltaisen toiminnan.

”Juu, uskaltaa puhua, ja mä uskallan nyt puhua puhelimeski joku soittaa ja kysyy mitä kuuluu”

”Et mä saan sellasen henkisen hetken ittelleni. Et mä menen maate ja nukahdan”

”Lapsetki sano, et kyl he auttaa jos tarvii”

”Sit mä lasken et millon siitä tulee se iltahoitaja, ni eihän sit mee kauaa että pääsee nukkumaan”

”Mä olen kerran soittanu poliisit sen tähren”

6 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan saatuja tutkimustuloksia, esitetään johtopäätökset ja ehdotetaan jatkotutkimusaiheita.

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että lähisuhdeväkivallasta tulee kysyä kaikilta, ja siitä tulee voida puhua ja kysyä matalalla kynnyksellä. Tässä tutkimuksessa haastatelluista kotihoidon asiakkaista suuri osa oli kokenut lähisuhdeväkivaltaa, josta suurin osa oli ollut henkistä. Kuitenkin tähän tutkimukseen osallistui vain pieni määrä ihmisiä, joten sen tuloksia ei voida yleistää. Yleistettävää tietoa on saatavilla THL:n tutkimuksista ja sen kustantamista kirjoista sekä oppaista. Lähisuhdeväkivalta kohdistuu pääosin naisiin ja se ei tule usein poliisin tietoon häpeästä ja syyllisyydestä johtuen. (THL 2018). Tulisi miettiä miten lähisuhdeväkivallan kokijoita pystyttäisiin tulevaisuudessa auttamaan entistä paremmin, jotta heidän elämänlaatunsa pysyisi hyvänä sekä toimintakyky säilyisi. Kotihoidon asiakkailla riskitekijöitä lähisuhdeväkivallan piiloon jäämiseen ovat esimerkiksi sosiaalisten suhteiden puute sekä eristäytyminen. (Serpola 2006, 16).

Lähisuhdeväkivalta koskee montaa elämän osa-aluetta, ja esimerkiksi masennus vie toimintakyvyn pitkäksi aikaa. Tässä tutkimuksessa tuli esille, kuinka tärkeää apu on lähisuhdeväkivallan uhrille. Apu voi tulla perheestä, ystävistä tai hoitajasta, kunhan se on saatavilla. Saatu apu vaikuttaa suuresti omaan jaksamiseen ja mielenterveyteen. Haastatteluissa nousi esiin psykiatrisen sairaanhoitajan tärkeys lähisuhdeväkivallan kokijoiden elämässä. Moni kertoi psykiatrisen sairaanhoitajan olleen korvaamattoman tärkeä apu ja tuki kriisissä selviytymisessä ja oman terveyden ylläpitämisessä sekä jaksamisessa. Kotihoidon asiakkaille hoitajat ovat usein myös tuttu ja usein paikalla oleva kontakti ja heillä tulee olla valmiudet auttaa lähisuhdeväkivallan uhria. Tutkittaessa terveydenhuollon ammattilaisten puuttumista lähisuhdeväkivaltaan tärkeimmiksi aspekteiksi nostettiin koulutuksen tarve ja oikeanlaiset työvälineet lähisuhdeväkivaltaan puuttumiseen. Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen ja sen tunnistamisen osaaminen, sekä rutiininomainen kysy-

minen ovat tärkeitä ja tarvittavia toimia asian esille ottamisessa. (Ronkainen ja Ropponen 2012, 17; Siukola 2016, 28–33; THL 2017.)

Jotkut haastateltavat halusivat itse pohtia lähisuhdeväkivallan syitä kumppanissa. Tällöin he usein nostivat esiin tutkimuksessa esiin tekijän tyytymättömyyden itseensä tai ympäristöönsä, joka saattaa purkautua lähimpään ihmiseen. Peräti joka neljäs suomalainen yli 60-vuotias on kokenut lähisuhdeväkivaltaa jossain elämänsä vaiheessa (THL 2018). Tutkimusten mukaan terveydenhuollosta haetaan apua ensisijaisesti lähisuhdeväkivaltaan, mutta se saatetaan verhota toisen vaivan alle (Siukola 2016, 12). Yhdessä haastattelussa haastateltava kysyi, että mitä jos hän onkin itse tekijä, niin kuinka saada apua. Tulisi myös miettiä, kuinka tekijää voisi auttaa.

Tutkimuksessa nousivat myös esiin tekijän tai uhrin omat päihde- ja mielenterveysongelmat. Mielenterveysongelmaisilla on todettu olevan enemmän lähisuhdeväkivaltaa normaaliväestöön verraten. Päihteitä käyttävien naisten on todettu joutuvan normaaliväestöä enemmän lähisuhdeväkivallan uhreiksi. (Alhabib ym. 2010, 1; Siukola 2016, 28–33; THL 2017; Holmberg ym. 2005, 35.) Syksyllä 2018 aletaan valmistelemaan uutta päihde- ja mielenterveyslakia, jolla on tavoite turvata paremmin päihde- ja mielenterveyspalveluja kaikille yhdenvertaisesti saataviksi (STM 2018). Yhdenvertaiset päihde- ja mielenterveyspalvelut tulevat mahdollisesti osaltaan helpottamaan avun saantia ja etenkin avun hakemista.

Kaltoinkohtelua koettiin olevan verraten vähän. Käsite oli haastateltaville vaikea ymmärtää, ja esimerkiksi lääkkeellisesti tai kemiallisesti vahingoittamista ei tässä tutkimuksessa noussut esille ollenkaan, kuten on tullut aiemmissa tutkimuksissa. (THL 2018.) Kaltoinkohtelu liitettiin ennemminkin työelämään, ja työelämän kaltoinkohtelun koettiin vaikuttavan raskaasti omaan elämänlaatuun. Kaltoinkohtelua kuitenkin tutkimustiedon mukaan tapahtuu, se ei vain ole niin helposti tunnistettavissa, kokijalle etenkin. Kaltoinkohtelu on maailmanlaajuinen epäkohta, jota tapahtuu paljon ikääntyneiden parissa, ja se aiheuttaa merkittävää haittaa kaltoinkohtelun kokijalle. Suomessa ikääntyneiden kaltoinkohteluun on puututtu esimer-

kiksi Suvanto ry:n tavoitteilla puuttua ikääntyneiden kaltoinkohteluun ja väkivaltaan. (WHO 2011: Suvanto ry 2018.)

6.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustulosten pohjalta tehtiin seuraavat johtopäätökset:

1. Tässä tutkimuksessa haastatelluista 18 kotihoidon asiakkaasta 12 oli kokenut lähisuhdeväkivaltaa. Luku on suuri, mutta on muistettava, että tähän tutkimukseen kutsuttiin valikoituja asiakkaita ja pääasiallinen tarkoitus oli testata kyselylomaketta. Tämän vuoksi tuloksia ei voi yleistää laajemmalti.
2. Henkinen lähisuhdeväkivalta oli moninaista tässä tutkimuksessa haastateltujen ihmisten kokemuksissa.
3. Koettu lähisuhdeväkivalta vaikutti haitallisesti tutkittavien elämänlaatuun.
4. Lähisuhdeväkivallasta kysyminen ei ollut niin haastavaa, kuin etukäteen tutkimusta suunniteltaessa ajateltiin, useimmat osallistuivat mielellään haastatteluun.
5. Hälyttävien merkkien huomioiminen kuten päihteiden käyttö ja työkyvyn menetys tulisi huomioida lähisuhdeväkivaltaa kartoittaessa.

Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan lähisuhdeväkivaltaa ehkäisevien toimien kartoitusta ja hoitajien toteuttamia auttamiskeinoja lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden asiakkaiden hoitotyössä.

LÄHTEET

Aaltonen, M. & Kivivuori, J. & Lehti, M. & Salmi, V. & Siren, R. 2009. Perheväkivalta Suomessa. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Viitattu 11.6.2018. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/152590/12.Perhev_Suomessa.pdf?sequence=1

Aho, A-A. & Kylmä, J. 2012. Sensitiivinen tutkimus hoitotieteessä – näkökohtia tutkimusprosessin eri vaiheissa. *Hoitotiede*. 24–280.

Alhabib, S. & Nur, U. & Jones, R. 2009. Domestic Violence Against Women: Systematic Review of Prevalence Studies. Viitattu 17.9.2017. http://whforum.rasit.org/files/326-Domestic_violence.pdf

Alshammari, K-F. & Higginbottom, G. & McGarry, J. 2018. Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature. 1–3, 13–15. Viitattu 19.6.2018. <https://doi.org/10.1002/nop2.133>

Aunola, A. Ekholm, T. & Mussalo-Rauhamaa, H. & Yliruka, J. 2008. Malmin malli- asiantuntijaverkosto. Väkivallan uhrille on tärkeää antaa rohkaisevaa palautetta hoitoon hakeutumisesta. *Suomen Lääkärilehti* 10/63. 971-973.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7.painos Tampere. Vastapaino.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 8-11. Edita Publishing Oy. 9.painos. FIN EISBN:9789513769420.

Heiskanen, M. & Piispa, M. & Kääriäinen J. & Siren, R. 2006. Naisiin kohdistunut väkivalta 2005. Teoksessa Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja. 225 Yhdistyneiden Kansakuntien yhteydessä toimiva Euroopan Kriminaalipolitiikan Instituutti (HEUNI) Publication Series No. 51. Viitattu 17.9.2017. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/152455/225_Piispa_Heiskanen_Kaariainen_Siren_2006.pdf?sequence=2

Heiskanen, M. & Ruuskanen, E. 2010. Tuhansien iskujen maa, miesten kokema väkivalta suomessa. Julkaisusarja No. 66 Verkkajulkaisu. Yhdistyneiden Kansakuntien yhteydessä toimiva Euroopan Kriminaalipolitiikan Instituutti (HEUNI). Viitattu 17.9.2017. http://www.heuni.fi/material/attachments/heuni/reports/6KHnLcUwR/Full_report_66.pdf

Holma, J. & Husso M. & Laitila A. & Notko M. & Mäntysaari M. & Virkki T. 2011. Lähisuhdeväkivallan kehystäminen erikoissairaanhoidossa: puuttumisen ja muutoksen mahdollisuudet. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2011: 48, 280–293

Holma, J. & Poutiainen, M. 2013. Subjectively evaluated effects of domestic violence on well-being in clinical populations. Viitattu 31.1.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576799/>

Holmberg, C. & Goldina, S. & Nilsson, A. 2005. Mäns våld mot missbrukande kvinnor – ett kvinnofridsbrott bland andra. Viitattu 17.9.2017. <http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/474/M%C3%A4ns%20v%C3%A5ld%20mot%20missbrukande%20kvinnor%20-%20ett%20kvinnofridsbrott%20.pdf>

Isanjanyan, N. 2017. Russian federation: Decriminalization of domestic violence. The law library of congress, global legal research center. Viitattu 14.3.2018. <https://www.loc.gov/law/help/domestic-violence/russia-decriminalization-domestic-violence.pdf>

Finlex. 2018. 441/2011. Laki rikoslain muuttumisesta. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110441>

Kankkunen, P & Vehviläinen – Julkunen K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-5. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Karlsson, T. & Kotovirta, E. & Tigerstedt, K. & Warpenius, K. 2013. Alkoholit Suomessa Kulutus, haitat ja politiikkatoimet. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. ISBN (verkko) 978-952-245-896-4 Viitattu 17.9.2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104455/URN_ISBN_978-952-245-896-4.pdf?sequence=1

L 22.4.1999/523. Henkilötietolaki. Säädstietopankki Finlexin sivuilla. 2017. Viitattu 31.8.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

L 30.12.2014/1301. Sosiaalihuoltolaki. Säädstietopankki Finlexin sivuilla. 2017. Viitattu 31.8.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

L 30.12.2010/1326. Terveystietolaki. Säädstietopankki Finlexin sivuilla. 2017. Viitattu 31.8.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi. Sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 29. Toim. WS Janhonen, S. Nikkonen, M. Bookwell Oy.

Lokhmatkina, N.V, & Agnew-Davies, R. & Costelloe, C. & Kuznetsova, O.Y. & Nikolskaya, & I.M, Feder G. 2015. Intimate partner violence and ways with coping with stress: cross-sectional survey of female patients in Russian general practice. Family Practice, Volume 32/2, 141–146. Viitattu 14.3.2017. <https://academic.oup.com/fampra/article/32/2/141/534950>

Matikainen, K. 7.12.2016. Lähisuhdeväkivalta jää usein piiloon. Tesso. Sosiaalinen ja terveystieteellinen aikakauslehti. Viitattu 11.10.2017. <https://tesso.fi/artikkeli/lahisuhdevakivalta-jaa-usein-piiloon>

Rikoksantorjuntaneuvoston työryhmä. 2011. Ikääntyneisiin kohdistuvat rikokset ja niiden ehkäiseminen. Oikeusministeriön selvityksiä ja ohjeita. Viitattu 2.3.2018.

<http://rikoksantorjunta.fi/documents/5235988/5561291/2011+Ik%C3%A4%C3%A4ntyneisiin+kohdistuvat+rikokset+ja+niiden+ehk%C3%A4iseminen>

Paljärvi, S. Muuttuva kotihoito. 2012. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 29.8.2017.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0702-8/urn_isbn_978-952-61-0702-8.pdf

Sarimo, M. 2013. Ikääntyneisiin kohdistuvat rikokset ja niiden ehkäiseminen. Lausuntotiivistelmä. Oikeusministeriö. OSKARI numero OM 9/014/2011 Viitattu 15.3.2018.

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/76420/omml_12_2013_1_ausuntotiivistelma_78_s.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Serpola, L. 2006. Loppuraportti. Ikäihmisten kaltoinkohtelun ehkäisy-projekti 2003-2005. Suvanto ry. Viitattu 14.6.2018. <https://www.finna.fi/Record/jykdok.1040299>

Siukola, R. 2016. Miten puutun lähisuhdeväkivaltaan? Esimerkkinä päihde – ja mielenterveystyö. 2. painos. Tampere. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Sosiaali ja terveysministeriö. 2018. Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistaminen. Viitattu 17.8.2018. <https://stm.fi/itsemaaramisoikeuden-vahvistaminen>

Sosiaali ja terveysministeriö. 2017. Kotihoito ja kotipalvelut. Sosiaali – ja terveysalan lait. Viitattu 29.8.2017. <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Suvanto ry. 2017. Ikäihmisten kaltoinkohtelu. Mitä tarkoitetaan ikääntyneisiin tai vanhuksiin kohdistuvalla kaltoinkohtelulla? Viitattu 21.11.2017 <https://www.suvantory.fi/ikaihminen-kaltoinkohtelu/>

THL 2017 a. Lähisuhdeväkivalta. Mitä lähisuhde- ja perheväkivalta on? Viitattu 15.8.2017 ja 2.10.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/sukupuolten-tasa-arvo/hyvinvointi/sukupuolistunut-vakivalta/sukupuolistuneen-vakivallan-muotoja/lahisuhdevakivalta>.

THL 2018 b. Lomakkeet lähisuhde- ja perheväkivallan kirjaamiseen. Viitattu 14.3.2018. <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja->

per-
heet/tyon_tueksi/lomakkeet/lomakkeet_vakivallan_puheeksi_ottamiseen#PAKE

THL 2017 c. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016. Tilastoraportti 19/2017, 2.6.2017. Suomen virallinen tilasto, Kotihoidon laskenta 30.11. Viitattu 21.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>

THL 2018 d. Turvakotipalvelut. Viitattu 30.6.2018. <https://thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/valtion-sosiaali-ja-terveydenhuollon-erityispalvelut/turvakotipalvelut>

Tilastokeskus. 2014. Poliisiin tietoon tullut rikollisuus 2013. Viitattu 7.10.2017 https://www.stat.fi/til/polrik/2013/polrik_2013_2014-04-02_fi.pdf.

Toivonen, J. 2015. Ikääntyneiden lähisuhteissa ilmenevä kaltoinkohtelu ja monialainen yhteistyö auttamisessa työntekijöiden näkökulmasta. Pro gradu- tutkielma. Sosiaalityö. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 17.9.2017 http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20151200/urn_nbn_fi_uef-20151200.pdf

Urkund. 2017. Viitattu 29.8.2017. <http://www.urkund.com/fi/about-urkund>

Ylinen, S. 2008. Gerontologinen sosiaalityö. Väitöskirja. Sosiaalityön ja sosiaali-pedagogiikan laitos Kuopion yliopisto. Viitattu 21.11.2017 <http://www.oppi.uef.fi/uku/vaitokset/vaitokset/2008/isbn978-951-27-0814-7.pdf>

Weselius, H. 2016. Laadullisen tutkimuksen perusteet. s.23-27. Viitattu 11.9.2018. <https://docplayer.fi/18735266-Laadullisen-tutkimuksen-perusteet-tutkimusmenetelmat-hanna-weselius-2016-hanna-weselius-aalto-fi.html>

WHO. 2018. Intimate partner violence. Viitattu 14.3.2018. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf

WHO. 2011. European report on preventing elder maltreatment. Viitattu 11.6.2018. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf

LIITEET

LIITE 1 Tiedonhaut

Tietokanta/hakukone Päivämäärä	Hakusanat	Rajaukset	Osumien määrä	Käytettyjen julkaisujen määrä
Google Scholar 18.5.2017	Lähisuhdeväkivalta	2000-	1210	3
Google Scholar 18.5.2017	Lähisuhdeväkivallan määritelmä		49 728	6
Medic 4.8.2017	Nursing in homecare	2008-2018	3	0
Google Scholar 21.11.2017	Mishandling äldre		444	0
Medic 4.8.2017	Domestic viol*	2000-2018	49	0
NCBI 31.1.2018	Domestic violence Fin*		119	1
Google Scholar 31.1.2018	Ikääntyneet ja kaltoinkohtelu		676	3
PubMed 14.3.2018	Domestic violence rus*		20	1
Medic 11.6.2018	Kotihoidon asikkaa*	2000-2018	2	0
Google Scholar 14.6.2018	Maltreatment Europe		18500	2
Medic 14.6.2018	Intimate partner violence		119	0

LIITE 2

KUTSU TUTKIMUKSEEN/TUTKITTAVAN TIEDOTE

xx.xx.2017

Hyvä kotihoidon asiakas

Olen kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta. Opintoihini liittyen teen opinnäytetyön, joka on Raison kotihoidon lähisuhdeväkivallan kartoittamiseen tarkoitettun haastattelulomakkeen käyttämisen testaaminen. Haastatteluista saaduilla tiedoilla kehitetään lähisuhdeväkivallan kartoitusta osana laadukasta asiakastyötä. Lähisuhdeväkivalta on asia, josta terveydenhuollon ammattilaisen tulee kysyä kaikilta.

Pyydän ystävällisesti osallistumistanne haastatteluun, joka toteutetaan Raison kotihoidon toimintaterapian tiloissa, tai tarvittaessa haastateltavan kotona. Haastatteluun kannattaa varata aikaa tunnin verran.

Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista, ja henkilötietonne pysyvät salaisina koko tutkimuksen ajan. Haastattelut nauhoitetaan, mikäli annatte siihen luvan. Voitte halutessanne perua osallistumisenne missä vaiheessa tahansa tutkimusta. Tutkimus raportoidaan Vaasan ammattikorkeakoulun opinnäytetyöraporttina, ja se tulee olemaan saatavissa osoitteessa www.theseus.fi. Henkilöllisyyttenne ei käy ilmi raportissa. Haastattelunauhut tuhoetaan tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

Opinnäytetyön tutkimuksen ohjaajana toimii Hanna-Leena Melender Vaasan ammattikorkeakoulusta (puh. 040 482 6097). Tutkimukseen on saatu lupa Raison hoito- ja hoivapalveluista. Mikäli suostutte haastateltavaksi, pyydän teitä täyttämään ja allekirjoittamaan oheisen suostumuslomakkeen.

Ystävällisin terveisin

Ida Puikkonen, sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Vaasan ammattikorkeakoulu

sähköpostiosoite:

LIITE 3

SUOSTUMUS

Osallistun Vaasan ammattikorkeakoulun opiskelijan Ida Puikkosen opinnäytetyötutkimukseen. Opinnäytetyön aiheena on Lähisuhdeväkivallan kartoittaminen kotihoidossa.

Minulle on kerrottu opinnäytetyön tarkoitus ja olen tietoinen haastattelumenetelmästä. Olen tietoinen, että suostuminen on vapaaehtoista. Ymmärrän että henkilötietoni pysyvät ulkopuolisilta salassa. Olen tietoinen siitä, että haastattelumateriaali hävitetään opinnäytetyön valmistuessa.

Annan suostumukseni haastatteluun ja siihen, että haastatteluvastauksiani käytetään yllä mainitun opinnäytetyön tarpeisiin.

Raisiossa ____. ____2017

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Puhelinnumero tai sähköpostiosoite, johon tutkijat voivat olla minuun yhteydessä, sopiakseen haastatteluajan

LIITE 4

Haastattelulomake

Haastateltavan koodinnumero _____

Lähisuhdeväkivallan puheeksi otto (kotihoito)

Mukailtu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Lähisuhdeväkivallan suodatin- ja kartoituslomakkeesta.

Asiakas/hetu: _____

Työntekijä/toimipaikka: _____

Päivämäärä: _____

Kysy kysymykset omin sanoin, asiakkaan tilanne huomioiden. Varmista, ettei tilanteessa ole muita läsnäolijoita tai kuulijoita. (Kts. termien tarkennukset seuraavalta sivulta jo ennen kuin aloitat haastattelun.)

1. Onko sinuun kohdistunut fyysistä, henkistä, seksuaalista, taloudellista tai kulttuurista/uskonnollista lähisuhdeväkivaltaa? ____ Kyllä ____ Ei

2. Jos vastasit kyllä, kuvaile kokemaasi lähisuhdeväkivaltaa tarkemmin, omin sanoin

3. Onko sinuun kohdistunut kaltoinkohtelua? ____ Kyllä ____ Ei

4. Jos vastasit kyllä, kuvaile kokemaasi kaltoinkohtelua tarkemmin omin sanoin

5. Jos koet lähisuhdeväkivaltaa, niin kenen taholta väkivaltaa tapahtuu?

6. Jos koet kaltoinkohtelua, niin kenen taholta kaltoinkohtelua tapahtuu?

7. Vaikuttaako kokemasi lähisuhdeväkivalta terveyteesi, hyvinvointiisi tai elämänhallintaasi?
____ Kyllä ____ Ei

8. Jos vaikuttaa, tarkenna omin sanoin millä tavalla?

Haastateltavien taustatiedot (ympyröi sopiva vaihtoehto)

1. Ikä: 18-27 28-37 38-47 48-57 58-67 68-77 78-87 88-97

2. Sukupuoli: Mies Nainen

Tarkennukset:

Fyysinen väkivalta: esim. töniminen, lyöminen, potkiminen, tukistaminen, pään hakkaaminen, raapiminen, pureminen, repiminen, ravistelu, ampuma- tai teräaseen käyttö, tarpeettoman kovien otteiden käyttö

Henkinen väkivalta: esim. alistaminen, arvostelu, nimittely, halveksunta, kontrollointi, sosiaalisen kanssakäymisen rajoittaminen, voimakas mustasukkaisuus, eristäminen, tavaroiden hajottaminen, väkivallalla uhkaaminen, itsemurhalla uhkailu

Seksuaalinen väkivalta: esim. raiskaus tai sen yritys, seksuaalisen kanssakäymiseen painostaminen tai pakottaminen, seksuaalisella väkivallalla uhkailu, seksuaalinen halventaminen, pornografiaan pakottaminen, seksuaalisen itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

Taloudellinen väkivalta: esim. itsenäisen rahankäytön estäminen, taloudelliseen päätöksentekoon osallistumisen estäminen tai pakottaminen omien rahojen antamiseen toisen käyttöön, taloudellisella väkivallalla uhkailu tai kiristäminen

Kulttuurinen/uskonollinen väkivalta: esim. uskonnolliseen vakaumukseen pakottaminen, väkivallan käyttö uskontoon tai kulttuuriin viittaamalla, uskontoon liittyvillä asioilla uhkailu

Kaltoinkohtelu: esim. jättäminen vaille hoitoa, apua tai huolenpitoa tilanteissa, joissa on ollut niistä riippuvainen, toisen ihmisen vahingoittaminen lääkkeillä, päihteillä tai kemikaaleilla