



RAISKATTU NAINEN

Kirjallisuuskatsaus selviytymisen näkökulmasta

**Riina Niiniketo
Anna Nyystilä
Satu Paananen**

Opinnäytetyö

Marraskuu 2007



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Sosiaali- ja terveysala

Tekijä(t) Niiniketo Riina Nyystilä Anna Paananen Satu	Julkaisun laji Opinnäytetyö			
	Sivumäärä 53	Julkaisun kieli suomi		
	Luottamuksellisuus ☐ Salainen _____ saakka			
Työn nimi Raiskattu nainen – Kirjallisuuskatsaus selviytymisen näkökulmasta				
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma				
Työn ohjaaja(t) Koski Kirsti ja Manninen Helena YTM THM				
Toimeksiantaja(t)				
Tiivistelmä Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa raiskauksen vaikutuksista naiseen sekä hoitohenkilökunnan keinoista auttaa raiskattua naista selviytymään. Tavoitteena oli selvittää kohtaamista osana raiskatun naisen hoitoa sekä hoitohenkilökunnan ammatillisia valmiuksia ja jaksamista kohtaamiseen. Tutkimuksen toteutumistapana käytettiin kirjallisuuskatsausta, jossa keskityttiin tutkimustehtävien kannalta olennaiseen kirjallisuuteen. Tarkoituksena oli vastata tutkimustehtäviin ja selvittää kuinka laajasti aihetta oli jo aiemmin tutkittu. Kirjallisuuskatsaus korosti raiskauksen traumaattisuutta, ja että suurin osa raiskauksen uhreista ei parantunut itsestään, vaan selviytyminen vaati ammatillista hoitoa. Hoidon avulla oli mahdollista välttää vaikeat somaattiset, sosiaaliset sekä psyykkiset pitkäaikaissairaudet. Raiskaus voi johtaa raiskaustraumaan ja jopa posttraumaattiseen stressioireyhtymään. Raiskatun naisen kohtaaminen koettiin haasteellisenä sekä tärkeänä osa-alueena raiskatun naisen selviytymisessä. Raiskatun naisen kohtaaminen vaati hoitohenkilökunnalta paljon tiedollisia ja taidollisia valmiuksia sekä ammatillista jaksamista, joihin pystyttiin vastaamaan koulutuksella. Kirjallisuuskatsaus tarjoaa asiasta kiinnostuneille kattavan tietopaketin ja sen avulla on mahdollista saada tieto jo tutkituista ja tutkimattomista aiheista. Jatkotutkimushaasteina on tutkia saumattoman hoitoketjun toteutumista raiskatun naisen hoidossa, raiskatun naisen kohdatuksi tulemisen kokemuksia, raiskauksien yleisyyttä tänä päivänä sekä hoitohenkilökunnan ammatillista jaksamista.				
Avainsanat (asiasanat) raiskaus, raiskaustrauma, selviytyminen, kohtaaminen, auttamismenetelmät, kirjallisuuskatsaus				
Muut tiedot				

Author(s) Niiniketo Riina Nyystilä Anna Paananen Satu	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 53	Language Finnish
	Confidential ☐ Until _____	
Title Raped women —a literary survey. The recovery viewpoint.		
Degree Programme Nursing		
Tutor(s) Koski Kirsti ja Manninen Helena M.Sc M.Sc		
Assigned by		
Abstract The purpose of the survey was to find out the effects of on rape and also to point out the methods of treatment to help raped woman recover. The goal was to determine the ways personnel encounters raped women. Their professional abilities and their own well-being was also an important question in the survey. Literary survey was used as a research method. The selected literature focused on answering the research questions. According to the study, rape is always traumatizing and may cause different physical, mental, social, sexual and financial problems. Most of the victims needed professional help to recover. Without treatment, rape could lead to rape trauma or even to post-traumatic stress disorder. The personnel felt that encountering raped women was challenging and that they didn't have enough knowledge. Most of the personnel wanted further professional education on dealing with raped victims. The aim of the study has been to provide information for students and personnel who work with rape victims. The study also shows how widely the issue has been covered in the past. The challenge of the follow-up research is to examine how raped women themselves experience the encounter with the personnel. In addition, research should be done on the number of rapes in general and also on how effective the on-going treatment is. The professional well-being of the personnel should also be studied.		
Keywords rape, rape trauma, recovery, encounter, methods of treatment, literature survey		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 Johdanto.....	3
2 Tutkimusmetodi	5
2.1 Tutkimuksen kulku	5
2.2 Kirjallisuuskatsaus.....	7
2.3 Aineistonkeruu.....	8
3 Tutkimuksen tavoitteet ja tehtävät	8
4 Raiskaus ja sen vaikutukset naiseen.....	9
4.1 Raiskaus	9
4.1.1 Raiskaus yleismaailmallisena ilmiönä	11
4.1.2 Raiskaus Suomessa	12
4.2 Fyysiset vaikutukset.....	13
4.3 Psyykkiset vaikutukset.....	14
4.3.1 Raiskaustrauma.....	15
4.3.2 Posttraumaattinen stressioireyhtymä	18
4.3.3 Uhriutuminen.....	19
4.4 Sosiaaliset ja taloudelliset vaikutukset.....	20
4.5 Seksuaaliset vaikutukset	21
5 Kohtaaminen	22
5.1 Kohtaaminen hoitotieteessä.....	22
5.2 Raiskatun naisen kohtaaminen.....	24
5.3 Hoitohenkilökunnan valmiudet kohtaamiseen	27
5.4 Ammatillinen jaksaminen.....	30
6 Hoitotyön menetelmät raiskatun naisen auttamiseen	32
6.1 Akuuttihoito ja hoitopolun rakentuminen.....	32
6.2 Kriisiterapia	34
6.4 Psykoterapiamuodot	36
6.4.1 Yleistä	36
6.4.2 Yksilöterapia	37
6.4.3 Ryhmäterapia.....	39
6.5 Selviytymisprosessi.....	41
6.6 Hoitamatta jättämisen vaikutukset.....	42
7 Pohdinta	43
7.1 Tutkimuksen eettisyys	43
7.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	44
7.3 Johtopäätökset	45
7.4 Tutkimus- ja oppimisprosessi.....	47
LÄHTEET	49

KUVIOT

KUVIO 1. Seksuaalisen väkivallan ongelman laajuus	13
KUVIO 2. Kärsimyksen ja uupumuksen muodostama noidankehä	15
KUVIO 3. Olemmeko osa ratkaisua?.....	26
KUVIO 4. PLISSIT -malli	29
KUVIO 5. Ammatillisen työotteen muodostuminen.....	29
KUVIO 6. Kriisityön perusperiaatteet seksuaalisen väkivallan kentässä	35

1 Johdanto

Yksi merkittävimmistä naisten hyvinvointiin vaikuttavista ja seksuaaliterveyttä uhkaavista tekijöistä on naisiin kohdistuva väkivalta. Maailmanlaajuisesti on tunnustettu, että kaikenlainen sukupuoleen kohdistuva väkivalta sekä seksuaalinen väkivalta on rikkomus naisten ja tyttöjen ihmisoikeuksia kohtaan. (Otoo-Oyortey 2000, 6.)

1970 – luvun alussa alettiin Englannissa ja Yhdysvalloissa kiinnittämään huomiota naisiin kohdistuvaan väkivaltaan ja sen laajuuteen (Ruusuvuori 2001, 5). Ruotsissa ja Norjassa puhuttiin jo 1980-luvulla naisiin kohdistuvasta väkivallasta, mutta Suomessa oikeastaan vasta 1990-luvulla aihe on päässyt julki- seen keskusteluun (Pehkonen 2003, 6).

Seksuaalisen väkivallan yleisyydestä ei ole Suomessa kattavia tilastoja. Kuitenkin kansainvälisten ja suomalaisten tutkimusten mukaan jopa 40 prosenttia naisista joutuu elämänsä aikana miehen tekemän fyysisen tai seksuaalisen väkivallan tai uhkailun kohteeksi (Lehtonen ja Perttu 1999, 46; Heiskanen ja Piispa 1998, 58). Heiskasen ja Piispan (1998) tutkimuksen mukaan lähes 15 % yli 18-vuotiaista naisista on kokenut seksiin pakottamisen tai sen yrittämisen (Mts. 1998, 150).

Opinnäytetyömme lähtökohtana on kirjallisuuskatsauksen muodossa koota yhteen raiskauksesta saatavilla olevaa tietoa kirjallisuudesta. Aineisto koostuu tutkimuksista, artikkeleista, Stakesin julkaisuista, pro gradu – tutkielmista, opinnäytetöistä, ammattihenkilöiden haastattelusta sekä aihetta käsittelevistä teoksista. Rajasimme aineiston koskemaan aikuisia, raiskattuja naisia.

Omana lähtökohtanamme on syventää tietoa raiskatun naisen kohtaamisesta sekä ammattiauttajien jaksamisesta. Opinnäytetyössämme käymme aluksi läpi tutkimuksen kulun sekä selvitämme tutkimustehtävät, joihin haemme kirjallisuuskatsauksella vastauksia. Seuraavaksi käsittelemme raiskausta ja sen vaikutuksia naiseen, raiskatun naisen kohtaamista sekä hoitohenkilökunnan ammatillisia valmiuksia että käytettävissä olevia hoitotyön auttamismenetel-

miä. Lopuksi pohdimme tutkimuksen johtopäätöksiä, eettisyyttä, luotettavuutta sekä oppimisprosessiamme. Tutkimuksesta on apua hoitoalan ammattilaisille, opiskelijoille sekä muille asiasta kiinnostuneille.

2 Tutkimusmetodi

2.1 Tutkimuksen kulku

Lähdimme työstämään opinnäytetyötämme yhteistyössä Keski-Suomen keskussairaalan naistentautien osaston kanssa. Tarkoituksenamme oli, naisten tautien osaston ehdotuksesta, ottaa myös Kyllön terveysasema mukaan tutkimukseen. Työelämästä saamamme aiheemme tarkoituksena oli selvittää raiskatun naisen saumattoman hoitoketjun toteutumista sekä asiakastyytyväisyyttä hoidon eri yksiköissä. Yksikköinä olivat naisten oma alueellinen terveysasema laboratoripalveluihin, keskussairaalan päivystys, naistentautien päivystys, Rasek-poliklinikka, mielenterveyspalvelut sekä kolmannen sektorin tarjoamat palvelut.

Laadimme tutkimussuunnitelman, kyselykaavakkeen sekä saatekirjeen, jotka toimitimme Kyllön terveysaseman ylilääkärin sekä ohjaavien opettajiemme toivomuksesta Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettiselle toimikunnalle käsiteltäväksi. Eettinen toimikunta koki, ettei pysty puoltamaan tutkimuksemme suorittamista, koska he muun muassa katsoivat meidän olevan liian kokemattomia tutkijoita näin arkaluontoisen tutkimuksen suorittamiseen, sekä heidän mielestään ammattihenkilöiden kuuluisi arvioida hoitoketjun toteutumista.

Eettisen toimikunnan kielteisen päätöksen jälkeen ryhdyimme pohtimaan, millä muilla keinoin pystyisimme toteuttamaan opinnäytetyömme. Meitä edelleen kiinnosti selvittää mistä raiskattu nainen haki apua, minkälaista tukea hän oli saanut, ja minkälaista tukea hän olisi toivonut saavansa. Näihin teemoihin liitimme naisten kokemukset kohdatuksi tulemisesta sekä selviytymisestä, ja laajensimme käsitteen raiskauksesta seksuaaliseen väkivaltaan.

Yhteistyötahoksi ensisijaisesti ajattelimme Jyväskylässä toimivaa raiskaustukikeskus Tukinaista. Ensitapaamisella Tukinaisen henkilökunta vaikutti hyvin kiinnostuneelta ja yhteistyöhalukkaalta. Henkilökunta otti yhteyttä Helsingissä toimivaan päätoimipisteeseensä, josta kuitenkin kiellettiin yhteistyön aloittami-

nen kanssamme. He kokivat, että palvelun piirissä olevat naiset saattavat tulkita olevansa palveluksen velkaa Tukinaiselle, jonka vuoksi he osallistuisivat tutkimukseemme.

Jälleen kerran olimme päätösten edessä ja käännyimme tällä kertaa Kuopion Kriisikeskuksen sekä Jyväskylän Kriisikeskus Mobilen puoleen. Kuopion kriisikeskukseen jätimme soittopyynnön, johon ei vastattu. Sovimme Jyväskylän Kriisikeskus Mobilen kanssa, että toimittaisimme raiskatuille naisille suunnatun tutkimuspyyntöilmoituksen heidän käyttöönsä. He voisivat edelleen jakaa niitä tutkimukseemme sopiville vapaaehtoisille asiakkaille.

Kirje oli jaettavissa Mobilessa kahden kuukauden ajan. Kuitenkaan sinä aikana he eivät kohdanneet tutkimukseemme sopivaa asiakasta. Tutkimuspyyntöä ei voinut antaa sellaiselle asiakkaalle, joka kyseessä olevan asian kanssa oli ensimmäistä kertaa asioimassa Mobilessa. Tällaiseen tutkimuspyyntöön tarvittaisiin pidempi asiakkuus, jota Mobilessa ei yleensä muodostu, koska se ei ole hoitopaikka.

Katsoimme vielä yhtenä keinona tavoittaa raiskattuja naisia tutkimustamme varten ilmoittamalla tutkimuksestamme julisteella terveysasemien seinillä. Perustelimme sen sillä, että raiskatut naiset käyttävät paljon julkisia terveyspalveluita. Yhteistyökumppania etsiessämme Jyväseudulta meille vastattiin, että aihe on aika arka ja jos asia on tuore, eivät ihmiset halua purkaa asiaansa. He pohtivat myös, onko eettisesti oikein, sekä uhrin ja hänen hyvinvointinsa kannalta perusteltua, hakea tutkimusjoukkoa tällä tavalla. Meille ehdotettiin, että etsisimme toisen kanavan tutkimusaineiston hankkimiseen, ja että antaisimme heidän asiakkaidensa olla tästä velvoitteesta rauhassa apua hakiessaan.

Lopulta katsoimme parhaaksi tehdä aiheesta kirjallisuuskatsauksen, koska emme saaneet yrityksestä huolimatta tutkimuksellemme yhteistyötahoa. Toisaalta tutkimuksen tekoon oli tässä vaiheessa kulunut jo reilu vuosi aikaa, ja halusimme työmme päätökseen.

2.2 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksia on kahdenlaisia: tavanomaisia ja systemaattisia kirjallisuuskatsauksia. Tavanomainen kirjallisuuskatsaus on tiivistelmä jostain rajatusta aiheesta. Siinä tutkija pohjaa tuottamansa tekstin omaan kokemukseen, ammattitaitoon sekä laajaan kirjallisuuteen. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimustyön tulos, joka pyrkii toistettavuuteen, ja se sisältää tutkimussuunnitelman. (Malmivaara 2002, 877; Mäkelä 2000, 4194.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekevät yleensä käsiteltävän aiheen sekä käytettävän menetelmän asiantuntijat. Katsauksessa tulokset esitetään numeerisena, ja niistä tehdään myös meta-analyysi eli summatulkinta. (Mäkelä 2000, 4194.) Tavanomainen kirjallisuuskatsaus toimii sekä tutkimuksen teoreettisena pohjana että itsenäisenä, kokoavana katsauksena. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2004, 111–112).

Kirjallisuuskatsaus keskittyy tutkimusongelman kannalta olennaiseen kirjallisuuteen, kuten artikkeleihin, tutkimuksiin ja muihin julkaisuihin. Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on selvittää itse tutkimusongelmaa, sekä millä metodeilla ja mistä näkökulmasta tutkimusongelmaa on aiemmin tutkittu, ja minkälaisia tuloksia tutkimuksista on saatu. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2007, 252–253.) Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on selvittää tutkimusaiheen tärkeys ja kuinka riittävästi aiheesta on jo aiemmin tutkittu. Näin toimien vältetään turhia tutkimuksia ja voidaan löytää vastausta vaille jääneitä kysymyksiä, eli pystytään paremmin kohdentamaan tutkimuksia varten olevia resursseja. (Malmivaara 2002, 877; Mäkelä 2000, 4195.) Kirjallisuuskatsauksesta käy myös ilmi johtavat tutkijat tutkittavan ongelman kohdalta (Hirsjärvi ym. 2007, 252).

Kirjallisuuskatsauksen tulee olla puolueeton ja objektiivinen, vaikka keskittyykin tiettyyn tavoitteeseen ja tutkimusongelmaan. Kirjallisuuskatsauksesta tulee käydä ilmi myös ristiriitaiset tutkimustulokset, jos sellaisia on. (Hirsjärvi ym. 2007, 253–254.) Oma työmme on tavanomainen kirjallisuuskatsaus, jossa puolueettomasti esitellään tutkimusongelmiin liittyvät seikat.

2.3 Aineistonkeruu

Suomessa raiskauksia käsittelevä tutkimustyö on sekä vähäistä että suhteellisen tuoretta. Viitanen on tehnyt ensimmäisen raiskaustutkimuksen Suomessa vuonna 1982 ja tuolloin puhuttiin vielä väkisinmakaamisesta. Viitanen tarkoitusena oli pikemminkin herättää teoksellaan keskustelua kuin tuottaa tieteellinen teos raiskauksista. (Viitanen 1982, 11.) Ulkomaalaisia tutkimuksia on tehty, mutta niitä on vaikea tavoittaa ja usein ne ovat maksullisia.

Katsauksen aiheeseen sopivilla hakusanoilla haimme kirjallisuutta sekä suomalaisista että ulkomaisista tietokannoista, muun muassa Medices, Ebsco, Arto, Aleks, Linda, Nelli, Ovid ja Eric. Haimme tietoa seuraavilla hakusanoilla: raiskaus, trauma, seksuaalinen väkivalta ja hyväksikäyttö, kohtaaminen, selviytyminen, kirjallisuuskatsaus, rape, rape work, domestic violence, victims, meeting, encounter, sexual abuse, våldtagen sekä utsatta kvinnor. Olemme etsineet materiaalia myös yliopistojen omilta internetsivuilta sekä kirjastoista. Haastattelimme ammattilaisia, jotka työskentelevät raiskattujen naisten parissa ja käytimme myös seksuaalisen väkivallan luentomateriaalia. Ammattihenkilökunta on ystävällisesti lainannut meille alan kirjallisuutta ja osan tutkimusmateriaalista olemme ostaneet omalla kustannuksella. Löytämästämme kirjallisuudesta olemme rajanneet pois materiaalin, joka ei vastannut tutkimustehtäviimme.

3 Tutkimuksen tavoitteet ja tehtävät

Tutkimuksemme tavoitteena on saada tietoa raiskauksen vaikutuksista naiseen sekä hoitohenkilökunnan keinoista auttaa raiskattua naista selviytymään. Tavoitteenamme on myös selvittää kohtaamista osana raiskatun naisen hoitoa sekä hoitohenkilökunnan valmiuksia kohtaamiseen. Tarkoituksenamme on koota yhteen tutkittua tietoa aiheesta sekä selvittää kuinka riittävästi aihetta on aiemmin tutkittu.

Tutkimus tarjoaa asiasta kiinnostuneille kattavan tietopaketin, ja sen avulla on mahdollista saada tietoa jo tutkituista ja tutkimattomista aiheista. Tutkimustehtävien selvittämisen avulla saadaan hyödyllistä tietoa raiskattuja naisia hoitaville tahoille, jonka avulla he pystyvät edelleen kehittämään näiden naisten hoitotyötä.

Omana tavoitteenamme on saada tietoa raiskattujen naisten kohtaamisesta sekä tuen merkityksestä traumasta selviytymiseen, joiden avulla toivomme oman hoitotyömme sekä kohtaamistaitojemme kehittyvän tulevissa ammateissamme. Tutkimukseen paneutumisen, ja siitä saadun tiedon kautta, uskomme, että rohkeutemme kohdata seksuaalista väkivaltaa kokenut nainen lisääntyy.

Tutkimuksen avulla haemme vastaukset seuraaviin tutkimustehtäviin.

1. Raiskauksen vaikutukset naiseen
2. Hoitohenkilökunnan ammatillinen valmius ja jaksaminen raiskatun naisen kohtaamisessa
3. Hoitotyön auttamismenetelmät raiskatun naisen selviytymisen tukemiseen

4 Raiskaus ja sen vaikutukset naiseen

4.1 Raiskaus

Yleisimmin esillä oleva seksuaalisen väkivallan muoto on raiskaus. Useimmiten raiskaaja on naiselle läheinen henkilö, esimerkiksi poikaystävä, avo- tai aviopuoliso, tai henkilö, jonka hän tuntee. (Lehtonen ja Perttu 1999, 40–42; Heiskanen ja Piispa 1998, 11.) Suurin osa raiskauksista tapahtuukin kotiolo-suhteissa. Seksuaalinen väkivalta ja raiskaukset voivat liittyä muuhun pahoinpitelyyn. Joskus pahoinpitely voi johtaa raiskaukseen. Kuitenkin parisuhteessa

naisella voi olla korkeampi kynnys kokea seksuaaliakti väkivallaksi kuin muissa suhteissa. Kaikissa tilanteissa seksuaalinen väkivalta ja raiskaus ovat kuitenkin kriminalisoituja. (Lehtonen ja Perttu 1999, 40–42.)

Seuraavan raiskauksen määritelmän on laatinut RAISEK -työryhmä:

”Raiskaus on rikos toisen ihmisen itsemääräämisoikeutta ja ruumiillista koskemattomuutta vastaan. Se on toisen ihmisen pakottamista seksuaaliseen kanssakäymiseen. Raiskauksessa rikotaan uhrin psyykkiset ja fyysiset rajat. Seksuaaliseen väkivaltaan lasketaan paitsi raiskaus ja raiskausyritys myös kaikenlaiset muut teot ja uhkaukset, joilla uhrin seksuaalista itsemääräämisoikeutta loukataan.” (Nykänen 2004.)

Suomen seksuaalirikoslaissa raiskauksen määritelmä on jaettu raiskaukseen, törkeään raiskaukseen sekä pakottamiseen sukupuoliyhteyteen. Raiskaukseksi katsotaan, jos henkilö pakottaa toisen henkilön sukupuoliyhteyteen väkivaltaa tai sen uhkaa hyväksikäyttäen. (L: 1.1.1999 M, A: 24.7.1998, SK: 563/1998.)

Törkeäksi raiskaukseksi määritellään, jos raiskauksessa aiheutetaan tahallisesti toiselle vaikea ruumiinvamma, vakava sairaus tai hengenvaarallinen tila, rikoksen tekevät useat tai siinä aiheutetaan erityisen tuntuva henkistä tai ruumiillista kärsimystä, rikos tehdään erityisen raakalla, julmalla tai nöyryyttävällä tavalla tai käytetään ampuma- tai teräasetta tai muuta hengenvaarallista välinettä taikka muuten uhataan vakavalla väkivallalla (L: 1.1.1999 M, A: 24.7.1998, SK: 563/1998.)

Jos raiskaus, huomioon ottaen väkivallan tai uhkauksen vähäisyys taikka muut rikokseen liittyvät seikat, on kokonaisuutena arvostellen lieventävien asianhaarojen vallitessa tehty, katsotaan se sukupuoliyhteyteen pakottamiseksi. (L: 1.1.1999 M, A: 24.7.1998, SK: 563/1998.)

Raiskauksesta seuraa uhrille monenlaisia fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia, taloudellisia ja seksuaalisia vaikutuksia. Yleisimpiä seksuaalisen väkivallan seurauksia uhrille ovat synnytyselinten sairaudet sekä mielenterveys ja sosiaali-

sen hyvinvoinnin ongelmat (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi ja Lozano 2005, 185). Tukinaisen tilastoissa vuodelta 1999 raiskauksen vaikutukset jaettiin esiintyvyyden mukaan psyykkisiin (81 %), sosiaalisiin (42 %), fyysisiin (36 %), oikeudellisiin (29 %), seksuaalisiin (12 %), elämän olosuhteita muuttaviin (11 %), työkyvyttömyyttä aiheuttaviin (8 %), muihin, kuten riippuvuutta aiheuttaviin (8 %) sekä taloudellisiin (4 %) vaikutuksiin (Repo 1999, 57).

4.1.1 Raiskaus yleismaailmallisena ilmiönä

Seksuaalinen väkivalta ja raiskaus ovat yleismaailmallisia ilmiöitä, mutta niitä on tutkittu useimmissa maissa varsin vähän. Maailmalla tapahtuu raiskauksia avioliitoissa, parisuhteissa, tuntemattomien henkilöiden tekeminä sekä myös aseellisissa konflikteissa. Uhrina voi olla kuka tahansa: nainen, mies, lapsi, vanhus sekä henkisesti tai fyysisesti jälkeenjäänyt henkilö. (Krug ym. 2005, 170.)

Raiskauksella on monia ilmenemismuotoja ja merkityksiä. Avioliitossa tapahtuvassa raiskauksessa mies voi kuvitella, että hänellä on oikeus pakottaa vaimonsa seksiin, koska on tämän kanssa naimisissa. Sodassa taas raiskausta käytetään vihollisten nöyryyttämisen ja hyökkäyksen välineenä, sekä vallan ja alistamisen merkinä. (Krug ym. 2005, 169; Brusila 2006, 333.) Raiskaus symboloi sodassa vihollismaan valloittamista sekä vangittujen vihollisten ja taistelijoiden nöyryyttämistä. Myös vankiloissa ja poliisin suojissa tapahtuu naisten ja miesten raiskauksia. Raiskaus on joissain maissa jopa tapa rankaista naista aviorikoksesta tai juopuneena esiintymisestä. (Krug ym. 2005, 169.)

Naisten asema on hyvin erilainen eri kulttuureissa ja yhteisöissä. Joissain maissa katsotaan raiskauksien johtuvan siitä, etteivät miehet pysty kontrolloimaan omia seksuaalisia halujaan, ja naisen katsotaan olevan vastuussa miehen käytöksestä. Joissain kulttuureissa nainen pakotetaan naimisiin raiskaajansa kanssa, jolloin säilytetään sekä naisen että tämän perheen kunnia. Mies vapautuu raiskaussyytteestä menemällä raiskaamansa naisen kanssa naimisiin. Raiskauksen uhri voi joutua, asian tultua ilmi, oman perheensä ja yhteisönsä hylkäämäksi ja syrjityksi. Joissain kulttuureissa perhe säilyttää kunnian-

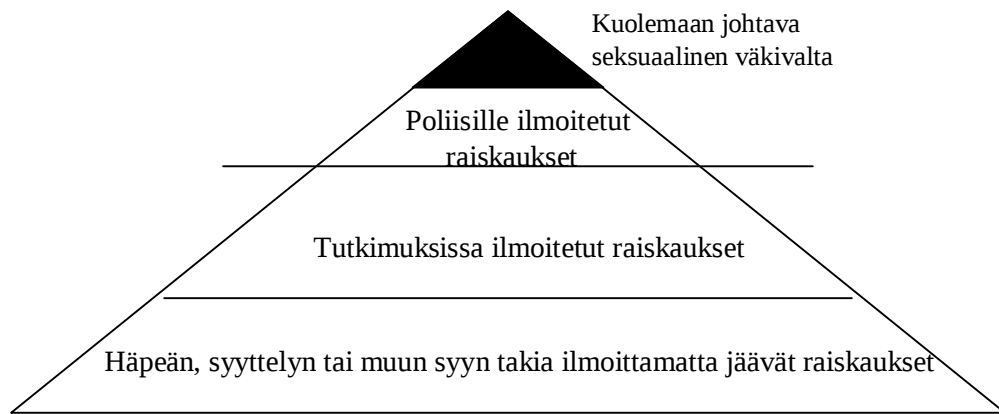
sa ainoastaan karkottamalla tai murhaamalla raiskatuksi tulleen naisen (Krug ym. 2005, 169, 188).

4.1.2 Raiskaus Suomessa

Raiskauksien yleisyyttä on vaikea arvioida asian tabu-luonteen vuoksi. Poliisin, terveydenhuollon ammattilaisten ja kansalaisjärjestöjen tietoon tulee vain murto-osa tehdyistä raiskauksista. Raiskauksien yleisyydestä on tehty myös kyselytutkimuksia ja tilastoja, mutta ne antavat ristiriitaista tietoa. Raiskauksien yleisyyden arviointia vaikeuttaa myös se seikka, että raiskaus sisältyy monesti myös perheväkivallan käsitteen sisään. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 119; Krug ym. 2005, 171.)

Monet naiset jättävät ilmoittamatta raiskauksesta poliisille omien pelkojensa tai häpeän vuoksi. Naiset saattavat pelätä tulevansa kohdelluksi huonosti viranomaisten puolelta. Lisäksi he voivat pelätä, ettei heitä uskota tai että heitä moitittaisiin tapahtuneesta. (Krug ym. 2005, 171; Punnonen 2001, 52; Lindholm 1997, 79.) Naiset voivat epäillä myös omaa muistiaan raiskauksen jälkeen, tai eivät tiedä, että tutun tekemä raiskaus on tuomittava teko (Punnonen 2001, 52). Varmimmin raiskauksesta ilmoitetaan silloin, kun raiskaus on tapahtunut julkisella paikalla kuten puistossa, tai kun tekijänä on tuntematon henkilö (Lehtonen ja Perttu 1999, 12).

Kuviossa 1 kuvataan seksuaalisen väkivallan yleisyyttä vedessä kelluvana jäävuorena, jossa veden yläpuolella näkyvä jäävuoren huippu symboloi viranomaisten tietoon tulevia tapauksia. Todellinen ilmiön laajuus on pinnan alla, eikä sitä pystytä luotettavasti arvioimaan. (Krug ym. 2005, 171.)



KUVIO 1. Seksuaalisen väkivallan ongelman laajuus (Krug ym. 2005, 171.)

WHO:n mukaan Suomessa vuosina 1997–1998 viimeksi kuluneen vuoden aikana seksuaalista väkivaltaa kokeneiden osuus oli koko maassa 2,5 prosenttia ja joskus elämänsä aikana seksuaalista väkivaltaa kokeneiden osuus oli 5,9 prosenttia koko maassa. Tuolloin tutkimusotos on ollut 7051 henkilöä. (Krug ym. 2005, 173.) Heiskasen ja Piispan tutkimuksessa vuodelta 1997 viimeksi kuluneen vuoden aikana seksuaalista väkivaltaa ja ahdistelua oli kokenut 7,3 % suomalaisista naisista (Mts. 1998, 15).

4.2 Fyysiset vaikutukset

Raiskaus voi johtaa raskauteen, riippuen tilanteesta ja käytetystä ehkäisystä. Raiskaaja voi myös tartuttaa uhriinsa sukupuolitaudin, kuten hiv-infektion. Muita raiskauksesta johtuvia fyysisiä seurauksia ovat gynekologiset komplikaatiot, kuten yhdynnän aikainen kipu, emättimen verenvuoto tai tulehdus, virtsatietulehdukset, sidekudoskasvaimet, krooninen lantionalueen kipu sekä sukuelinten ärsytys. Raiskaus heikentää myös seksuaalista halukkuutta. (Krug ym. 2005, 186.) Harjun (2001) tutkimuksessa fyysisiä oireita olivat edellä mainittujen lisäksi myös mustelmat, krampit, selkä-, vatsa- ja rintakivut, virtsaamisvaikeudet, genitaalialueen haavat, oksentelu, pahoinvointi, syömishäiriöt, unihäiriöt ja unettomuus sekä koko fyysisen terveyden pettäminen (Mts. 57). Raijas (2000) katsoo univaikeuksien johtuvan naisen menettämästä turvallisuuden tunteesta, jolloin hän ei voi suhtautua luottavaisesti omaan ympäristöönsä minään

vuorokaudenaikana. Turvallisuuden tunteen menettäminen selittää osittain myös raiskatun naisen kokeman ylivirittyneisyyden ja ahdistuneisuuden. (Mts. 31.)

Raiskauksiin liittyy jopa kuolemantapauksia, mutta monesti niissä ei käytetä fyysistä väkivaltaa. Tästä johtuen aina uhreilla ei ole nähtävissä fyysisiä vammoja. Raiskauksiin liittyvät kuolemantapaukset voivat johtua raiskauksen uhrin tekemästä itsemurhasta, hiv-infektiosta tai murhasta. Murha voi tapahtua raiskauksen yhteydessä tai jälkeensä joissain kulttuureissa esiintyvänä kunniamurhana. (Krug ym. 2005, 185, 169.)

4.3 Psyykkiset vaikutukset

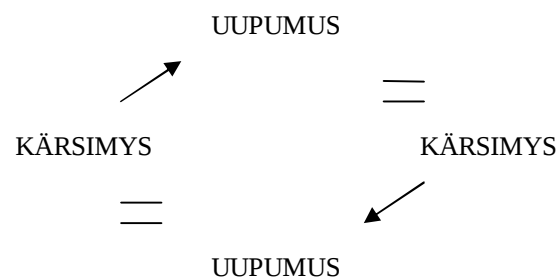
Seksuaalinen väkivalta kohdentuu ihmisen herkimpään alueeseen, seksuaalisuuteen, ja aiheuttaa uhrissaan oman identiteetin, itsekunnioituksen ja itsemääräämisoikeuden menettämisen (Brusila 2006, 335). Seksuaalista väkivaltaa kokeneilla naisilla on suurempi riski sairastua masennukseen tai post-traumaattiseen stressihäiriöön kuin naisilla keskimäärin. Myös itsemurhaajatukset, itsemurhan yrittäminen tai itsemurhan tekeminen on näillä naisilla keskimääräistä yleisempää (Krug ym. 2005, 188; Herman 2001, 50).

Itsemurhariski säilyi tutkimuksissa, vaikka niissä vakioitiin naisten ikä, sukupuoli, koulutus, posttraumaattinen oireyhtymä sekä psykiatriset häiriöt. Raiskatuksi tulemisen myöhempiä psyykkisiä vaikutuksia ovat myös univaikeudet, depressiiviset oireet, tupakointi, somaattiset vaivat sekä käyttäytymisongelmat kuten aggressiivisuus. (Krug ym. 2005, 186, 188.)

Raiskatuilla naisilla on todettu olevan myös muita oireita, jotka liittyvät trauma-kokemukseen. Näitä ovat itsetuhoisuus ja syömishäiriöt. Raiskauksen seurauksena naisen kehonkuva voi muuttua negatiiviseen suuntaan, jolloin nainen kokee kehonsa vieraaksi, likaiseksi ja hävettäväksi. Nainen voi yrittää piilottaa naiseuttaan lihomalla tai laihtumalla, joihin voi liittyä syömishäiriö. (Raijas 2003, 38; Harju 2001, 57, 60.)

Pelko on tavallinen raiskauksen aiheuttama psyykkinen vaikutus. Pelko voi olla hyvin voimakasta sekä moninaista, ja se voi estää naista luomasta sekä ylläpitämästä sosiaalisia kontaktejaan. Tämä vuorostaan edistää raiskatun naisen eristäytymistä ja samalla yksinäisyyttä. (Lindholm 1997, 79.)

Lindholm (1997) havaitsi tutkimuksessaan raiskattujen naisten kärsivän uupumisesta. Nyky-yhteiskunnassa on tärkeää olla tehokas ja raiskauksen aiheuttama kärsimys aiheutti naisille uupumista. Toisaalta taas jaksamattomuus ja uupumus estivät suoriutumasta velvollisuuksistaan, jolloin tämä aiheutti kärsimystä. Uupumus ja kärsimys johtivat täten noidankehään, jota on esitetty kuviossa 2. (Mts. 79, 69.)



KUVIO 2. Kärsimyksen ja uupumuksen muodostama noidankehä (Lindholm 1997, 69)

4.3.1 Raiskaustrauma

Uhrin reagoinnin voimakkuus seksuaaliseen väkivaltaan riippuu hänen senhetkisistä voimavaroista, psyykkisestä rakenteesta, iästä sekä elämän tilanteesta (Brusila 2006, 336). Yleisiä itse traumaattisen tapahtuman tunnusmerkkejä ovat tapahtuman ennustamattomuus, kontrolloimattomuus ja uhrin kyvyttömyys vaikuttaa tapahtumaan millään tavalla. Traumaattinen tapahtuma myös muuttaa uhrin elämänarvoja ja maailmankuvaa (Saari 2003, 22–26). Tapahtumahetkellä uhri tuntee kuolemanpelkoa, kauhua ja syvää avuttomuutta, joka ylittää ihmisen sietokyvyn rajan (Raijas 2003, 34; Punamäki ja Ylikomi 2007, 757). Raiskauksen uhri tuntee näiden lisäksi vielä menettäneensä ih-

misarvonsa ja oman elämänsä kontrollin sekä häpeää ja syyllisyyttä. (Punamäki ja Ylikomi 2007, 757.)

Seksuaalinen väkivalta tai hyväksikäyttö on lähes aina traumaattinen kokemus uhrille. Tapahtuma on yleensä odottamaton, äärimmäisen pelottava ja nöyryyttävä. Tapahtuman traumaattisuutta lisää se, että tekijä haluaa tietoisesti vahingoittaa uhriaan. (Raijas 2003, 34.) Seksuaalisella väkivallalla tuotetaan uhrille vahinkoa, loukataan hänen etujaan ja teossa käytetään pakko- ja voimakeinoja (Brusila 2006, 334).

Raiskauksen hetkellä uhri kokee voimakkaita tunteita: kuolemanpelkoa, paniikkia, raivoa, voimattomuuden ja lamaantumisen tunteita, riippuvuutta tekijästä, epätodellisuuden tunteita sekä somaattisia oireita (RAP – raiskatun akuuttiapu 2002, A 1). Raiskaustrauma on raiskauksen tai sen yrittämisen jälkeinen akuutti tila. Se on akuutti stressireaktio, mikä sisältää erilaisia käyttäytymis-, somaattisia ja psykologisia reaktioita. Raiskaustraumalla on sekä välitömiä että pitkäaikaisia vaikutuksia. (Pollari 1994, 86.) Yleisyydestään huolimatta raiskaustrauma koetaan hyvin yksityiseksi: sitä ei jaeta vaan sen yli yritetään päästä omin voimin, raiskaukseen liittyvien häpeän tuntemusten ja vaikeutensa vuoksi (Raijas 2000, 2). Uhrin tuntema häpeä tapahtumasta estää tekemästä rikosilmoitusta varsinkin raiskaajan ollessa uhrille entuudestaan tuttu (Brusila 2006, 337).

Välitön reaktio on hälytystila, johon voi liittyä vaihtelevia ja voimakkaita tunteita, kuten surua, pelkoa ja raivoa. Akuutissa vaiheessa traumaan liittyvien muistojen kieltäminen ja välttäminen auttavat sietämään emotionaalista kieltämistä. (Raijas 2000, 3.) Tätä voi kestää viikkoja, erityisesti törkeän raiskauksen jälkeen. Masennusta, vihaa ja pelkoa raiskattu nainen voi kokea vasta vähän ajan kuluttua. (Pollari 1994, 86.)

Raiskaustrauaman pitkäaikaisia vaikutuksia ovat seksuaaliset pelot, sisä- ja ulkotiloihin liittyvät pelot, yksin olemisen pelot sekä elämän uudelleen rakentaminen, joka ilmenee asunnon, puhelinnumeron tai jopa nimen vaihtamisena. Nämä pitkäaikaiset vaikutukset voivat kestää vuosia. (Pollari 1994, 87.)

Selviytyäkseen traumaattisesta kriisistä, tulee se aina käsitellä psyykkisesti. Traumaattisen kriisin käsittelyyn kuuluvat sokki-, reaktio-, käsittely- ja uudelleen suuntautumisen vaihe. Traumaattisen tapahtuman aikana uhrilla voi esiintyä epäuskon kokemuksia sekä epätodellisuuden ja unessa olon tunteita, muistikatkoja, vääristynyttä äänten kuulemista sekä ajantajua. Uhri voi myös tuntea kivun vasta tapahtuman jälkeen. Heti tapahtuman jälkeen voi uhri käyttäytyä epärationaalisesti ja kummallisesti, mikä johtuu pyrkimyksestä kieltää tapahtunut. (Lehtonen ja Perttu 1999, 59.)

Sokkivaihe on kestoaltaan yleensä ensimmäisen vuorokauden, jonka aikana traumaattisen tapahtuman kokenut henkilö on sekaisin, eikä hän kykene rationaaliseen ajatteluun. (Nurmi 2006, 166). Sokissa oleva voi vaikuttaa ulkoisesti rauhalliselta, olla apaattinen, lamaantunut tai välinpitämätön, mutta hän voi olla myös syvästi ahdistunut, yliaktiivinen, panikoiva, taantunut tai aggressiivinen. (Lehtonen ja Perttu 1999, 60.) Tukihenkilön tai läheisten tehtävänä sokkivaiheessa on olla läsnä, kuunnella ja tukea uhria sekä auttaa käytännön asioiden hoitamisessa (Nurmi 2006, 166.)

Reaktiovaihe kestää useita viikkoja ja sen aikana uhri alkaa vähitellen ymmärtää mitä on tapahtunut. Tämä vaihe on henkisesti hyvin rankka ja tällöin saatu tuki ja apu vaikuttavat voimakkaasti traumasta selviytymiseen. Tässä vaiheessa reagoidaan sekä henkisesti että somaattisesti: henkilö voi muun muassa itkeä, tuntea ahdistusta, syyllisyyttä, levottomuutta sekä vapinaa, pahoinvointia, rytmihäiriöitä ja univaikeuksia. Väkivallan uhrin reaktiovaiheessa nöyryyttävän tapahtuneen ymmärtäminen johtaa itsekunnioituksen ja itseluottamuksen heikentymiseen. (Lehtonen ja Perttu 1999, 60.) Tapahtuman läpikäymiseen voi apuna käyttää läheisiä, ystäviä, työtovereita sekä ammattiauttajia. Läpikäymisen esteenä ovat turvautuminen päihteisiin ja lääkkeisiin sekä tapahtuneen kieltäminen. (Nurmi 2006, 167.) Onnistunut reaktiovaiheen ja tapahtuneen läpikäynti olisi ensiarvoisen tärkeää, koska epäonnistuessaan se voi johtaa posttraumaattiseen stressireaktioon. (Lehtonen ja Perttu 1999, 61.)

Käsittelyvaihe voi kestää kuukausia, jopa vuosia, ja sen aikana uhri alkaa hyväksyä tapahtuneen, ja rakentaa uudelleen minäkuvaansa ja itsetuntoaan. Tämän vaiheen kestoon vaikuttaa traumaattisen tapahtuman laatu ja kesto

sekä läheisiltä saadun tuen määrä ja laatu. **Uudelleen suuntautumisen vaiheessa** uhri luo perustan tulevalle elämälleen ja monesti tuntee itsensä vahvemmaksi prosessin läpikäytyään. (Lehtonen ja Perttu 1999, 61; Nurmi 2006, 167–168.)

4.3.2 Posttraumaattinen stressioireyhtymä

Posttraumaattinen stressioireyhtymä tuli tautiluokitukseen vasta vuonna 1987, vaikka ensimmäisiä oireyhtymätapauksia oli esiintynyt jo Yhdysvaltojen sisällissodassa (Lepola ja Koponen, 2002, 150). Oireyhtymää on arvioitu esiintyvän kahdeksalla prosentilla väestöstä elämän aikana. Naisilla esiintyy häiriötä kaksi kertaa enemmän kuin miehillä, mikä osittain selittyy siitä, että naiset joutuvat miehiä useammin seksuaalisen väkivallan kohteeksi. (Lepola ja Koponen, 2002, 150; Henriksson ja Lönnqvist, 2003, 297).

Posttraumaattisessa stressioireyhtymässä traumaan liittyvät reaktiot ovat pitkittyneet (Lehtonen ja Perttu 1999, 59). Oireyhtymä esiintyy yleensä henkeä uhkaavan tapahtuman jälkeen, kuten pahoinpitelyn, vakavan onnettomuuden, raiskauksen, sodan, kidutuksen, luonnon katastrofin tai vaikean stressin jälkeen (Lepola ja Koponen, 2002, 150–151; Schornstein 1997, 62–63). Henkilön reaktiot tällaisessa tapahtumassa ovat avuttomuuden tunne, voimakas pelko sekä kauhu.

Posttraumaattisen stressioireyhtymän kolme oireiden pääryhmää ovat traumaattisen tapahtuman psykologinen uudelleen toistuminen, traumaan liittyvä välttämisoireilu ja reagointiherkkyyden turtuminen, sekä kohonneen vireystilan oireet (Henriksson ja Lönnqvist, 2003, 295). Oireyhtymä puhkeaa yleensä noin kolmen kuukauden kuluttua traumaattisesta tapahtumasta, mutta se voi ilmetä myös viivästyneenä kuukausien, jopa vuosien jälkeen tapahtumasta. (Lepola ja Koponen, 2002, 150–151.)

Foan ja Rothbaumin (1998) mukaan posttraumaattiselle oireyhtymälle ominaisia oireita ovat painajaiset, takautumat, muistojen mietiskelyn välttäminen, muistinmenetys sekä liiallinen valppaus ja univaikeudet. Näiden oireiden tulee

kestää vähintään yhden kuukauden, jotta voidaan puhua posttraumaattisesta oireyhtymästä. Teoksen mukaan oireyhtymä on määritelty akuuttiin vaiheeseen, jolloin oireet kestävät maksimissaan kolme kuukautta, sekä krooniseen vaiheeseen, jolloin oireet kestävät kolme kuukautta tai enemmän. (Mts. 8–9.)

On hyvin mahdollista, että posttraumaattisen oireyhtymän rinnalla esiintyy myös muita tunnereaktioita, joista osa voi tarvittaessa vaatia omanlaisen hoidonsa posttraumaattisen hoidon lisäksi. Tunnereaktioita voivat olla jatkuva pelko tilanteista, jotka liittyvät jollakin tapaa raiskaukseen, yleisesti laajennut ahdistus sekä masennus, ja sen yhteydessä esiintyvät itsemurha-ajatukset. Viha voi olla myös yksi tunnereaktio, varsinkin intensiivinen viha voi häiritä traumaattisten muistojen korjausta. Myös seksuaaliset ja sosiaaliset ongelmat ovat hyvin yleisiä posttraumaattisen oireyhtymän rinnalla. (Foa ja Rothbaum 1998, 27–31.)

Posttraumaattisen häiriön luonteeseen ja vaikeusasteeseen vaikuttavia tekijöitä ovat traumaattisen tapahtuman ennakoitavuus, intensiteetti, kesto sekä kontrolloitavuus, ja henkilön oma toimintamahdollisuus tapahtumahetkellä. Henkilöstä itsestä riippuvia tekijöitä ovat ikä, senhetkinen elämäntilanne ja kehitysvaihe, psyykkinen varaus ja pretraumaattinen tasapaino, sekä aikaisemmat selviytymisen kokemukset. Myös omaisilta ja ystäviltä saadun tuen määrällä on merkitystä, sekä trauman kokeneen henkilön mahdollisella syyllisyyden tunteella omasta selviytymisestään tapahtumasta. (Saraneva 2002, 89.)

4.3.3 Uhriutuminen

Lehtonen ja Perttu (1999) selvittävät uhriutumisen johtuvan siitä, ettei nainen ole pystynyt läpikäymään raikaustraumaa vaan on jäänyt kieltämisen vaiheeseen. Tällöin nainen kieltää tapahtuneen, ja näin välttää tapahtuman aiheuttamien todellisten tunteiden ja kriisin käsittelemisen. Nainen on tuolloin niin sanotussa jäätyneessä pelossa, valetyynydessä, jonka koettu kauhu aiheuttaa. (Mts. 62.)

Uhriutumisesta puhutaan myös siinä tapauksessa, kun nainen joutuu toistuvasti väkivallan tai hyväksikäytön uhriksi. Raijas (2003) selvittää uhriutumisen takana olevan naisen vaikeus kokea itsensä arvokkaana sekä vaikeus havaita, tulkita ja ymmärtää ihmissuhteiden tapahtumia. Kun nainen on esimerkiksi lapsuudessaan kokenut hyväksikäyttöä, ei hän välttämättä reagoi poikkeavasti huonoon kohteluun. Hän on tavallaan tottunut siihen, eikä odota enempää. (Mts. 41.) Varsinkin nuorilla on todettu seksuaalisen väkivallan kokeminen muovaavan itsetuntoa ja identiteettiä luoden uhri-identiteetin. Tällöin nuori altistuu herkästi myöhemmälle hyväksikäytölle. Brusilan mukaan (2006) jopa 65 % alle 15-vuotiaista seksuaalisen väkivallan uhreista joutuu myöhemmässä elämässään uudelleen hyväksikäytetyksi. (Mts. 337.)

Hyväksikäyttöä kokenut nainen voi reagoida ympäristön tapahtumiin trauma-peräisiin oireisiin kuuluvalla välttämällä. Tällöin nainen välttää kokemuksia, jotka voisivat tuoda muistoihin jo koetun trauman. Tällöin nainen ei huomaa vaaran merkkejä ympäristössään, vaan voi toistuvasti joutua hyväksikäytön uhriksi ja näin ollen uhriutua. (Raijas 2003, 41.)

Parisuhteessa väkivallan tekijällä on myös halu pitää uhri kanssaan, koska uhrin tehtäväksi on tullut raiskaajan itsetunnon pönkittäminen ja kasvojen säilyttäminen. Tämän vuoksi raiskaaja voi jopa uhata omaa, uhrin tai uhrin lasten henkeä pitääkseen uhrin luonaan. Raiskaaja voi myös toimia päinvastoin, eli huomioi uhriaan rakkauden osoituksin ja hyvittelyin. Tällöin uhri voi jäädä suhteeseen ja yrittää mukautua uuteen tilanteeseen. Tämä voi johtaa alistumiseen, nöyrytykseen ja lopulta ahdistumiseen. Mitkä vuorostaan voivat edelleen ruokkia masennusta ja itsemurha-ajatuksia. Tällaisesta suhteesta irrottautuminen on naiselle hengenvaarallista ja hän tarvitsee siihen ulkopuolista apua (Lehtonen ja Perttu 1999, 62–64).

4.4 Sosiaaliset ja taloudelliset vaikutukset

Raiskattu nainen joutuu miettimään myös sosiaalisia suhteitaan raiskauksen jälkeen, varsinkin jos raiskaaja on ollut oma puoliso: kuinka ystävät, sukulaiset

ja läheiset asiaan suhtautuvat. Raiskattu voi myös itse leimautua kertoessaan raiskauksesta. (Valkama 2003, 16.) Läheisten reaktio uhria kohtaan voi olla jopa negatiivista: epäuskoa, välttelyä tai syylistämistä. Tuttavapiiri voi myös jakautua sen mukaan, kuka uskoo raiskattua ja kuka raiskaajaa. Läheisten suhtautuminen raiskaukseen kieltämisellä voi johtua itsensä suojelemisesta järkytykseltä sekä kriisiltä. (Raijas 2003, 38.)

Raiskauksessa uhri menettää luottamuksen toisiin ihmisiin, mikä johtaa sosiaalisiin ongelmiin. Raiskattu voi esimerkiksi pelätä, että kuka tahansa voi käyttäytyä häntä kohtaan tuhoavasti. Tämän seurauksena raiskattu voi ruveta välttelemään sosiaalisia kontakteja. (Raijas 2003, 38.)

Raiskauksesta johtuvia taloudellisia vaikutuksia uhrille ja yhteiskunnalle aiheuttavat sairauspoissaolot, työkyvyttömyyden aiheuttamat kulut, hoitokulut sekä opintojen viivästyminen. Raiskattu haluaa usein myös muuttaa asuinpaikkaansa yrittäessään unohtaa tapahtuneen tai paetakseen tekijää, josta syntyy kuluja (Raijas 2003, 39–40).

4.5 Seksuaaliset vaikutukset

Seksuaalinen väkivalta on erityisen loukkaavaa, koska se kohdistuu seksuaalisuuteen, jota pidetään ihmisen yksityisempänä ja herkimpänä alueena. Väkivaltaisen seksuaalisen kokemuksen jälkeen naisen seksuaalisuus voi muuttua mielihyvän ja tyydytyksen lähteestä moninaisten ongelmien, kuten tuskan ja häpeän lähteeksi. (Brusila 2006, 333.) Naisen joutuessa raiskauksen uhriksi nuorena, vähentää se hänen mahdollisuuttaan nähdä oma seksuaalisuutensa olevan omassa hallinnassaan (Krug ym. 2005, 186).

Raiskauksen lievänä seksuaalisena seurauksena voi olla uhrin lyhytaikainen seksuaalinen haluttomuus, mutta vakavimmillaan uhri voi menettää kokonaan halunsa seksuaalisiin kontakteihin. Uhri voi raiskauksen jälkeen ajautua pinnallisiin sukupuoli-suhteisiin, joilla hän yrittää joko kostaa raiskauksen ollessaan nyt hallitseva osapuoli tilanteessa, tai hän yrittää todistaa itselleen, ettei raiskaus tuhonnut hänen seksuaalisuuttaan. (Raijas 2003, 38–39.)

Raiskattu voi yrityksenä selviytyä raiskauskokemuksesta ryhtyä suhteeseen raiskaajan kanssa. Tällöin hän pyrkii saamaan suhteesta niin paljon hyvää, että se kumoaa raiskaajan tekemän vääryyden. Toinen syy suhteen aloittamiseen tai jatkamiseen voi olla pelko, jolloin raiskattu jää raiskaajan valtaan. (Raijas 2003, 39.)

5 Kohtaaminen

5.1 Kohtaaminen hoitotieteessä

Suomen kielen perussanakirjan mukaan kohtaaminen tarkoittaa tapaamista, yhteen saattamista, kosketuksiin joutumista tai joksikin tulemistä (Haarala 2001, 507). Kohtaaminen on osa ihmisen maailmassa olemista sekä toimintaa. Kohtaaminen on vuorovaikutusta, toisen subjektin kohtaamista, johon vaikuttavat tilanneherkkyytemme, eläytymiskykymme sekä toisen ihmisen kokemistavan käsittäminen. (Silkelä 2003.)

Mattilan (2007) mukaan kohtaaminen on toisen ihmisen kanssa kasvokkain asettumista, jossa halutaan jakaa ihmisyyys iloineen ja suruineen. Se on yksinkertaista, konstailematonta ja teeskentelemätöntä. Kohtaaminen on vuorovaikutuksessa yhdessä kulkemista, pysähtymistä ja viipymistä silloinkin, kun lopputulos ei ole ennustettavissa. (Mts. 33.)

Toisen ihmisen kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta on hoitotieteessä kirjoitettu paljon. Käsite on havaittu tärkeäksi runsaan käytön vuoksi. Kuitenkaan käsitteen täsmällistä sisältöä ei ole määritelty riittävän kattavasti, jonka syynä lie-
nee käsitteen laaja-alaisuus sekä selkeän tieteellisen näkökulman puuttuminen. (Heikkinen & Laine, 7.)

Pelttarin (1997) mukaan kohtaantumisella eli kohtaamisella tarkoitetaan syvälistä kykyä kohdata toinen ihminen. Se on herkkyyttä tunnistaa toisen ihmisen tarpeet, kykyä kuulla ja ymmärtää, kykyä lähteä toisen ihmisen lähtökohdista sekä taitoa asettua toisen ihmisen asemaan. (Mts. 212–213.) Peruslähtökohdana kohtaamisessa ovat toisen henkilön inhimillisyyden tunnustaminen ja arvostaminen. Kohtaamiseen kuuluu dialoginen suhde sekä yhtenäisyys. Dialoginen suhde antaa kokemuksen, jota arvostetaan paljon. Dialogisen suhteen sisältöjä ovat muun muassa toisen ymmärtäminen, toiseuden tiedostaminen, suvaitsevuus, läheisyys, ystävyys sekä rakkaus. (Keskinen, Koskela, Lehto, Manninen ja Tiainen 1997, 10.)

Dialogisessa yhteistyösuhteessa ihminen ei ole objekti, jonka terveyttä edistetään tai hoidetaan, vaan hän on kokonaisvaltainen ihminen, jonka kanssa hoitajalla tulisi muodostua dialoginen sitoutuminen yhdenvertaisina kumppaneina. Hoitaja ei kohtaa potilastaan jo tiedettynä tapauksena, esimerkiksi raiskatuna naisena, vaan potilaan olemassaolotapaansa tässä hetkessä etsitään yhdessä hänen kanssaan. Hoitamisen ydin on, että olemassaolotapa huomioidaan sekä ruumiillisena että tajullisena tilana. (Noppari, Huhtinen, Silanaukee & Virta 1996, 91.)

Hoitajan ja potilaan kohtaaminen tapahtuu nykyhetkessä, jossa on läsnä sekä menneisyys että tulevaisuus. Kohtaamista voidaan tarkastella joko potilaan tai hoitajan perspektiivistä. Hoitajan näkökulmasta kohtaaminen on tavoitteellista, kun taas potilaalle korostuu tunteen kokemuksellisuus. Tätä ilmiötä voidaan kutsua kohtaamisen kaksinäkökulmaisuudeksi. (Keskinen ym. 1997, 136–137; Hankonen, Kaarlela, Palosaari, Pinola, Säkkinen, Tolonen & Virola 2006.)

Hoitajan ja asiakkaan kaksinäkökulmaisuus sekä ajan ja tilan kokeminen koostuvat kehyksen kohtaamisen merkityskokonaisuuksille sekä hoitotyön kohtaamisen ilmiön rakentumiselle. Hoitaja ja asiakas kokevat ajan ja tilan myös eri lailla. Hoitajan kiireettömyyden viestittämisen myötä potilas uskaltaa lähestyä hoitajaa. Asiakas kokee myös sairaalan tilan uutena ja vieraana, jolloin hoitajan ja asiakkaan välinen arkipuhe voi yhdistää sairaalamaailman tuttuun ja turvalliseen asiakkaan omaan arkimaailmaan, jolloin kohtaaminenkin on helpompaa. (Keskinen ym. 1997, 136–137.)

Merkittäväksi merkityskokonaisuudeksi on korostettu myös tunne turvallisuudesta/turvattomuudesta, jolla on huomattavin vaikutus asiakkaan ja hoitajan välisessä kohtaamisessa. Asiakkaan kokemaa turvattomuutta tilanteeseen tuo epävarmuus, avuttomuus sekä pelko uudessa tilanteessa. Tutkimuksen mukaan turvallisuutta hoitaja voi tuoda kiireettömyydellä, ystävällisyydellä, rauhallisuudella sekä varmuuden tunteella. (Keskinen ym. 1997, 138–143.)

5.2 Raiskatun naisen kohtaaminen

Raiskatut naiset saattavat usein kokea syyllisyyttä ja häpeää raiskatuksi joutumisestaan. Näin ollen hoidon pääpaino, varsinkin ensikerralla, tulisi olla voimaannuttamisessa ja syyllisyyden tunteen poistamisessa. (Heimer, Björck & Hogmark 2003, 9; Martin 2005, 19.) Hedlundin ja Göthbergin (2002) teoksen mukaan raiskatut naiset havaitsevat auttajajan/neuvojan tiedollisia ja taidollisia taitoja sekä halua yleensäkin kuunnella heitä. Oikeanlainen elekieli, sanavalinta, kysymystyytit sekä neuvojan yleinen asenne auttavat yleensä selvittämään raiskatun tunteita. Uhri on hyvin tarkkaavainen ja haavoittuvainen kohtaamistilanteessa, ja pahimmillaan auttajajan vääränlainen kohtelu voi johtaa siihen, että uhri katkaisee kontaktit hoitoon. (Mts. 23.)

Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden kohtaamisessa ja auttamisessa ammattihenkilöstön tulisi tavoittaa uhrin rikkoutunut ja järkyttynyt todellisuus sekä tarkastella sitä uhrin silmin. Uhrin kokemukset, tunteet, ajatukset ja ratkaisut tulisi tehdä oikeutetuksi (Lehtonen ja Perttu 1999, 72, 84.) Uhrin turvallisuuden tunne vaatii työntekijältä empaattisuutta, selkeää vuorovaikutusta, luotettavia ja turvallisia rajoja sekä konkreettista huolenpitoa (Rap - raiskatun akuuttiapu, A2).

Resick ja Schnicke (1996) esittävät erilaisia tarkoituksia, jotka ovat tärkeitä raiskatun naisen kohtaamisen ensimmäisessä haastattelussa. Haastattelun ensimmäinen tarkoitus on koota tietoa tapahtuneesta, reaktioita raiskauksesta, asiakkaan sosiaalisesta tuesta sekä historiaa asiakkaan muista traumaattisista tapahtumista. Toinen tarkoitus on asiakkaan reaktioiden hyväksyminen

sekä hänen kertomukseen uskomisen. Kolmantena seikkana haastattelussa on hoitajan oikeanlainen käyttäytyminen asiakkaan kertomaan asiaan. Jos hoitaja käyttäytyy hyvin traumaattisesti ja negatiivisesti kuulemaansa, asiakkaalle voi tulla tunne, että hänen ongelmansa on liian suuri käsiteltäväksi. (Mts. 24–25.)

Lämpimän, turvallisen ja ei- tuomitsevan huolenpidon lisäksi uhrilla on oikeus odottaa tarkoituksenmukaista apua sekä ohjausta jatkotoimenpiteisiin. Ensimmäisessä kontaktissa on myös tärkeää kysyä väkivallasta suoraan, mutta esittää asia turvallisesti, kahden kesken sekä katsekontaktissa uhriin. Tärkeää on myös antaa tietoa uhrille naisiin kohdistuvasta väkivallasta ja ongelman yleisyydestä sekä väkivallan seurauksista. (Lehtonen ja Perttu 1999, 77–78.)

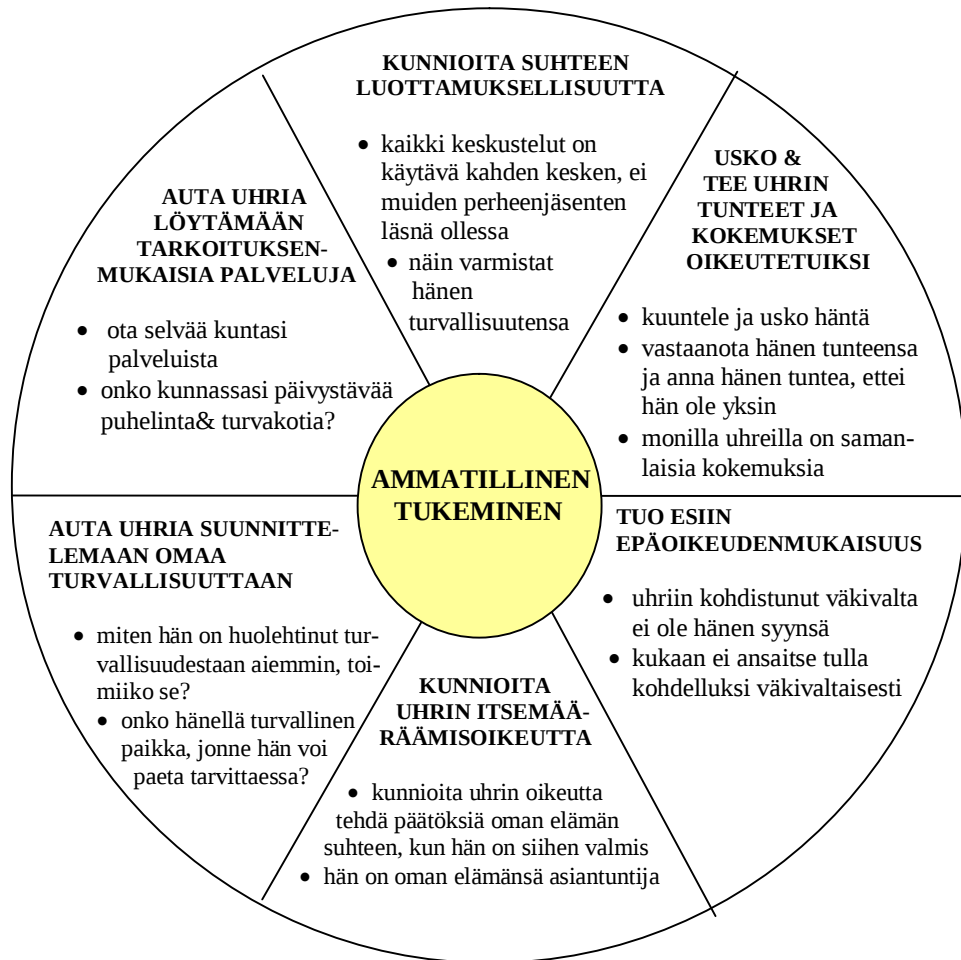
Rap-raiskatun akuuttiapu (2002, A2) korostaa seuraavia periaatteita raiskattua naista kohdatessa:

- Usko uhria
- Älä syyllistä
- Kuuntele
- Anna myötätuntoa ja huolenpitoa
- Ohjaa kriisiavun piiriin

Sanat vähentävät pelkoja, joten hoitotyöntekijän tulisi asiallisesti ottaa kantaa tapahtuneeseen ja korostaa, ettei raiskattu ole syyllinen tapahtuneeseen. Uhria on myös ohjattava tehtävistä tutkimuksista, sekä hänellä on oikeus kieltäytyä tehtävistä tutkimuksista. (Rap - raiskatun akuuttiapu, A2, 4 ja B1; Brusila 2001.) Tärkeää on, että uhri ei joudu apua hakiessaan mihinkään pakotetuksi vastettahtaan. Uhri ei saa tulla kaksoisalistetuksi uudelleen raiskauksen jälkeen. Kaksoisalistus mahdollistetaan, mikäli naisen kokemuksia aliarvioidaan, vähätellään, torjutaan tai häntä vastaan käyttäydytään leimaavasti. (Lehtonen ja Perttu 1999, 74.)

Uhrin inhimillinen, kunnioittava ja luotettava kohtaaminen on ensiarvoisen tärkeitä elementtejä paranemiselle, koska uhri on kohdannut toisen ihmisen tuhoavuutta. Uhrille tulee vakuuttaa, että hän voi toipua ja että on olemassa tukiverkosto, jonka puoleen tulee kääntyä. (Ylikomi & Punamäki 2007.) Kuvios-

sa 3 kuvataan ammatillista toimintaa, joka edesauttaa uhrin irrottautumista ja lisää hänen voimavarojensa käyttöä.



KUVIO 3. Olemmeko osa ratkaisua? (Cosgrove, A. 1992. Domestic Violence Project, Wisconsin; suom. Sirkka Perttu) (Lehtonen & Perttu 1999, 76).

Raiskattua naista kohdatessa hoitotyöntekijä joutuu käsittelemään myös omia asenteitaan, tunteitaan ja käsityksiään väkivallasta, sitä kokeneista naisista sekä omista mahdollisista seksuaalisen väkivallan kokemuksista. Nämä vaikuttavat tapaan, jolla hoitaja kohtaa raiskatun naisen. Kohtaamisessa hyvin tärkeää on, että auttaja kokee itsensä luottavaiseksi ja turvalliseksi väkivaltaa pohtiessaan. Turvallisuuden tunne auttaa myös uhrin saavuttamaan itselleen tunneperäisen kontrollin. Ensimmäisessä kohtaamisessa uhri on hyvin herkkä aistimaan auttajan negatiivista asennetta, epäuskoa tai etäisyyden ottoa. (Lehtonen ja Perttu 1999, 72–73, 121.)

Seksuaalista väkivaltaa kokeneet naiset odottavat ammattiauttajaltaan suora-puheisuutta, empaattisuutta ja uskallusta kuulla vaikeitakin asioita ja uskallus-ta käydä tunnetason kokemuksiin syvälle. Naiset kokivat tärkeäksi kiireettö-myyden, ajansaannin, kärsivällisyyden ja tunteen siitä, että joku on käytettä-vissä. Naiset odottivat hoitajalta tavallista maalaisjärkeä ja ymmärrystä. Hoi-tohenkilökunnan tulee myös herättää luottamusta sekä osata luoda turvallinen ja kiireetön ilmapiiri. (Harju 2001, 71–73.)

5.3 Hoitohenkilökunnan valmiudet kohtaami- seen

Hoitotyön koulutusohjelman osaamisalueisiin kuuluu, että sairaanhoitaja tun-nistaa holistisen ihmiskäsityksen ja ihmisen kokonaisuuden eri olemisen muo-doissa. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa ja ennakoida potilaan terveysongelmia ja -uhkia sekä pystyä tukemaan potilasta voimavarojensa ja toimintakykyjen ylläpitämisessä ja edistämisessä. Myös potilaan fyysinen, psyykkinen, hengel-linen ja sosiaalinen turvallisuus on sairaanhoitajan vastuulla. Vuorovaikutuk-sellinen hoitosuhde potilaan kanssa tulee olla asiakaslähtöistä ja tavoitteellis-ta. (Koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit 2006.)

Peltari (1997) on myös korostanut tutkimustuloksissaan hoitotyön vaatimuksia asiakkaan kohtaamisessa sekä hoitamisessa. Nykyajan hoitotyön kvalifikaatiovaatimuksia ovat juuri ”ihminen-ihmiselle” – vaatimukset, joita ovat muun muassa vuorovaikutusvalmiudet, empaattisuus, ystävällisyys, vastuullisuus sekä ihmisen ongelmien kohtaamis- ja auttamisvalmius. (Mts. 234.) Väkivalta-työ poikkeaa hoitotyön perinteisestä työotteesta, sillä työntekijä ei voi olla puo-lueeton. Työntekijän tulee ilmaista selkeästi, että väkivalta on rikos, jota ei voida missään olosuhteissa hyväksyä. Tämä työote voi tuntua hanakalalta henkilöille, jotka on koulutettu ymmärtämään ja selittämään ihmisten poikkeaa-vaa käytöstä. (Perttu ja Pyykkö 2002, 133.)

Brusilan (2006) mukaan seksuaalisen väkivallan uhria auttajan ei tarvitse olla koulutettu terapeutti. Aito kiinnostus ja kuunteleminen, myötätunteinen läsnäolo ja välittäminen muodostavat oleellisen avun. Konkreettista turvan tuntoa lisää kädestä tai olkapäästä pitäminen, tai kainaloon tai syliin ottaminen. (Mts. 338.)

Annonin vuonna 1976 laatima PLISSIT -malli (Kuvio 4) on seksuaalineuvonnan ja -terapian apuväline ja sitä voidaan hyödyntää myös raiskatun naisen kohdalla. Kuvio jakautuu neljään eri osaan, joissa kaksi ylintä tasoa muodostaa seksuaalineuvonnan, joihin riittää kättilökoulutus. P-taso eli permission tarkoittaa luvan antamista ja asian puheeksi ottamista naisen kanssa. Tällä tasolla toimitaan ehkäisevästi sekä hoitavasti, eikä siinä käsitellä syvällisiä tai traumaattisia seksuaaliongelmia. LI-taso eli limited information tarkoittaa ohjauksen antamista rajatusta tiedosta. P-tasolla puheeksi tullutta aihetta käsitellään LI-tasolla ja nainen saa tietoa ja vastauksia kysymyksiinsä. Kaksi ylintä tasoa toimivat ennaltaehkäisevästi eikä niihin liity muutostavoitteita. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen ja Äimälä 2006, 555; Ilmonen 2006, 45–46.)

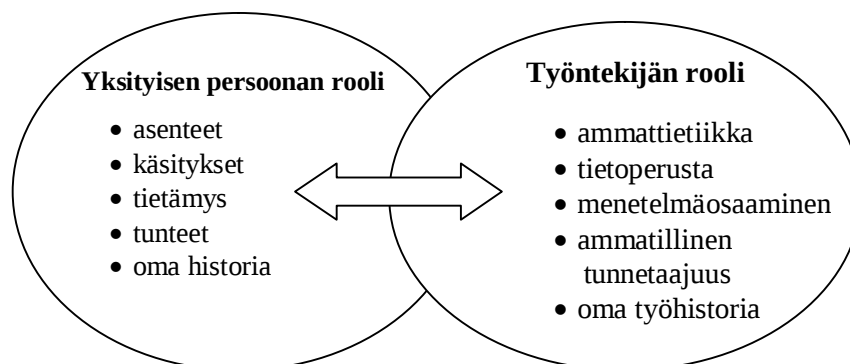
PLISSIT -mallin kaksi alinta tasoa vaatii terapiakoulutuksen. SS-taso eli special suggestions sisältää erityistason neuvontaa ja toimintaohjeita, kuten vuorovaikutukseen tai elämäntapaan liittyviä ohjeita, erilaisia harjoituksia tai tehtäviä. IT-taso eli intensive therapy käsittää seksuaaliterapian, jossa asiakkaan ongelmat voivat olla laajoja, monitasoisia ja voivat sisältää myös traumaattisia kokemuksia, kuten seksuaalinen väkivalta. Terapiasuhde vaatii useita kontakteja ja saattaa olla hyvinkin pitkäkestoista. (Paananen ym. 2006, 555; Ilmonen 2006, 45–46.)

P	Permission - luvan antaminen, asian puheeksi ottaminen, normalisointi	Kätilökoulutuksen antamat valmiudet
L I	Limited Information - ohjaus rajatuissa ongelmissa, väärinkäsitysten / myyttien oikaiseminen	
S S	Special Suggestions - erityistason neuvonta, toimintaohjeet	Edellyttää terapia- koulutuksen
I T	Intensive Therapy - seksuaaliterapia, erilaiset terapiat	

KUVIO 4. PLISSIT -malli (Paananen ym. 2006, 555.)

Kallinen ja Ollikainen (2007) taas painottavat koulutuksen ja aikaisemman kriisityön tärkeyttä raiskattua naista kohdatessa. Näin työntekijä pystyy arvioimaan, että mikä on missäkin hoidon vaiheessa normaalia ja mikä taas ei. Aikaisempi kokemus kriisityöstä auttaa työntekijää jaksamaan, tunnistamaan oman uupumuksen sekä hakemaan työnohjausta. Kuitenkin he kertovat, ettei raiskatun naisen hoitotyö ole työtä kummempaa, siinä tulee osata olla tuskan vastaanottajana. (Kallinen ja Ollikainen 2007.)

Toisen ihmisen kohtaamiseen pystyy vasta, kun on kohdannut oman itsensä. Kun kykenee kohtaamaan itsensä, kykenee kohtaamaan toisen henkilön. Ihmisen kohtaamisessa on kyse myös hänen maailmankatsomuksensa ja arvonsa kohtaamisesta. (Hellsten 2001, 8-9.) Sari Koikkalaisen (2007) mukaan auttajan rooli koostuu kahdesta roolista; yksityisestä persoonasta ja työntekijästä, jotka yhdessä vaikuttavat hoitajan ammatilliseen työotteeseen. Kuvio 5 kuvaa roolien sisältämiä osa-alueita.



KUVIO 5. Ammatillisen työotteen muodostuminen (Koikkalainen 2007).

Monet ammattilaiset ovat sanoneet, että tiedon ja taidon puute estää heitä tarjoamasta henkistä apua seksuaalisen väkivallan kohteeksi joutuneille, sillä potilaat ovat kuitenkin oikeutettuja saamaan hyvää hoitoa. Ammattiauttajat kokevat, että koulutusmahdollisuudet, tällä tärkeälle alueelle, ovat riittämättömät. Tarpeellisenä nähdään myös konkreettisten menetelmien saanti sekä konsultaatiomahdollisuuksien lisääminen. Tukinainen tarjoaa ammattihenkilökunnalle koulutusta ja konsultaatiota resurssien puitteissa. (Valkama 2003, 11.)

Yksittäiset ammattihenkilöt sekä yhteisöt tarvitsevat jatkuvaa kouluttautumista kerryttääkseen tietoa, taitoa ja työmenetelmien hallintataitoja, sillä jokainen yksilö kaipaa omanlaistaan toipumisapua (Valkama 2003, 21). Luostarisen, Pölläsen ja Viita-ahon (2005) tutkimuksen tuloksena jopa 90 % ammattihenkilökunnasta koki tarvitsevansa lisäkoulutusta aiheesta, vaikka heidän tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta kokikin tiedolliset ja taidolliset taidot kohdata raiskattu nainen riittäviksi. (Mts. 30, 37.)

Sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa vuosille 2007–2011 on tavoitteena ammattihenkilöstön tietoisuuden, osaamisen ja verkostoitumisen lisääntyminen. Keinoina on lisätä ammatillisiin peruskoulutuksiin opintoja seksuaalisesta väkivallasta, (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007.)

5.4 Ammatillinen jaksaminen

Raiskattua naista kohdatessa työntekijä kuormittuu emotionaalisesti huomattavasti. Uhrin tunteiden, asenteiden ja käyttäytymismallien painolasti kantautuu myös työntekijälle (Lehtonen ja Perttu 1999, 122). Mattilan (2007) mukaan työntekijän olisi hyvä kysyä itseltään, mitä tunteita hänessä herää ja tarpeen mukaan myös, miksi niitä syntyy. Olennaisinta on, että työntekijä ottaa omista tunteistaan vastuun. Hoitotyöntekijän tunteet eivät ole asiakkaan syytä, vaikka ne muodostuvatkin asiakkaan kanssa olevasta vuorovaikutuksesta. (Mts. 18.)

Seksuaalisen väkivallan auttamistyössä auttajan tulee huolehtia omasta ammatillisuudestaan, jottei hän joudu sekundaarisen traumatisoitumisen uhriksi.

Oireina saattaa olla työuupumus tai kuvitelma, että elämä sisältää ainoastaan rumuutta, epätoivoa ja väkivaltaa. Työntekijän on ymmärrettävä oma rajallisuutensa sekä ihmisenä että työntekijänä. (Valkama 2003, 21; Raijas 2004, 95; Brusila, 340.) Joskus on vaarana, että hoitaja kokee auttamisen pakkoa ja tällöin hän ei voi kieltäytyä auttamasta. Tämä liittyy hoitajan täydellisen suorittamisen vaatimukseen. Hoitaja ei pysty arvioimaan voimavarojaan. Kyseinen tila kuitenkin estää kohtaamisen, sillä hoitaja ei kykene kuulemaan eikä näkemään toisen ihmisen todellisuutta. Vaarana on, että auttamisen pakon myötä hoitaja masentuu, koska ei kykene auttamaan, ja harmistuu, jos toinen ei suostu autettavaksi. Kun auttaminen toteutuu pakosta, kuten riippuvuudesta tarpeellisuuden ja auttavaisuuden tunteeseen, on se toimintaa auttajaa eikä autettavaa varten. (Mattila 2007, 36–37, 39.)

Aiheen vaikeuden ja raskauden vuoksi hoitotyöntekijöiden tulisi saada riittävää tukea esimiehiltään, kollegoiltaan ja yhteistyökumppaneiltaan. Työnohjauksen järjestäminen työntekijöille on ensiarvoisen tärkeää. (Halonen, Kirkhope, Logren ja Salminen 1999, 48; Lehtonen ja Perttu 1999, 123; Raijas 2004, 95.)

Kallinen ja Ollikainen kuvaavat, että raiskatun naisen kohtaamisesta jakautuu kaksi polkua; autettavan hoitopolku sekä työntekijän polku. Työntekijän polkuun kuuluu, että työntekijä ei ole yksin, vaan tukena on aina työryhmä, jolle työntekijä voi jakaa ja puhua tunteistaan. Työnohjaus on yksi tärkeimmistä keinoista ammatillisuudesta huolehtimiseen. Kallinen ja Ollikainenkin korostavat, että ammatillisuus tulee säilyttää, jotta työntekijä pystyy käsittelemään rankkoja, likaisia asioita. Kuitenkaan niin sanottu ammatillinen suojaliina ei vie pois ihmisyyttä kohtaamiselta. (Kallinen ja Ollikainen 2007.)

6 Hoitotyön menetelmät raiskatun naisen auttamiseen

6.1 Akuuttihoito ja hoitopolun rakentuminen

Ylikomin ja Punamäen (2007) artikkelin mukaan raiskaustrauman akuuttihoi-
dolla tarkoitetaan hoidollista vuorovaikutusta sekä interventioita, jotka toteute-
taan heti tapahtuman jälkeen. Hoidolla pyritään estämään myöhemmin kehit-
tyvät psykopatologiset muodostukset. (Mts. 877.)

Raiskauksen tai raiskausyrityksen uhrin hakiessa apua, hän kärsii yleensä
traumaattisen tapahtuman jälkitilanteesta. Uhrin aikaisemmat käsitykset itses-
tä ja muista järkkyvät sekä hänen turvallisuudentunteensa on vahingoittunut.
Akuuttihoidossa ympäristöstä tulevat reaktiot, varsinkin ensikontaktit, ovat hy-
vin ratkaisevia avun hakemisen sekä toipumisen kannalta. Erilaisilla reaktioilla
voi olla vaikutuksia siihen, kuinka uhri määrittelee kokemaansa, voiko hän pu-
hua tapahtuneesta ja käsitellä tunteita, jotka liittyvät siihen tai syyttääkö hän
itseään. (RAP -kansio. 2002, A1.)

Ylikomin ja Punamäen (2007) mukaan akuuttihoidossa lääketieteellisen tutki-
muksen suorittajan tehtävä on hoitaa useimmiten shokkitilassa olevaa uhria.
Hoitaja koordinoi psykososiaalisen terapian järjestämisen sekä tuen tarpeen ja
toteuttaa seurantaa. Kun uhrista tehdään fyysistä tutkimusta, arvioidaan sa-
malla myös hänen psyykkistä tilaansa, annetaan henkistä ensiapua, sovitaan
seurannasta sekä jatkohoidon järjestämisestä. Keskeistä akuuttihoidossa on
turvallinen läsnäolo, tuki ja rauhoittelu, uhrin turvallisuuden varmistaminen,
psykososiaalisen historian sekä selviytymisen arviointi ja hoitopolkujen suun-
nittelu. Tärkeää akuutissa hoidossa on myös uhrin kertomusten empaattinen
ja aktiivinen vastaanotto, joka mahdollistaa parannuksen käynnistymisen. (Mts.
881.)

Tärkeää on myös kartoittaa uhrin tukiverkostoa ja tarvittaessa auttaa uhri oman sosiaalisen verkostonsa tuen piiriin, jotka huolehtisivat uhrin turvallisuudesta sekä perustarpeista. Myös yhteiskunnan tarjoama tuki voi olla hyvin tärkeä selviytymisen kannalta. Yhdistysten tarjoama apu, esimerkiksi Tukinaisen kriisipalvelut tai Rikosuhripäivystyksen tukihenkilöpalvelut voidaan yhdentää osaksi uhrin hoitopolkua. (Ylikomi ja Punamäki 2007, 881.)

Akuuttihoidossa tulee selvittää, onko uhrilla väkivallan uhkaa kotona tai muualla tai onko hän vaaraksi itselleen. Jos uhkaa on, tulee tilanteeseen puuttua esimerkiksi ohjaamalla uhri osastohoitoon tai turvakotiin. Akuuttihoidon aikana uhri tarvitsee myös oireenmukaista hoitoa esimerkiksi univaikeuksiin sekä jos-sain tilanteissa myös psyykkisten ja fyysisten reaktioiden pitämiseen siedettävällä tasolla. Uhri voi tarvita lyhyen sairasloman pärjätäkseen. Myös yksilöllinen tuki, hoito ja seuranta on järjestettävä kriisissä olevalle sekä päivystysluontoisen yhteydenoton mahdollisuus olisi hyvä. (Ylikomi ja Punamäki, 881.)

Akuuttihoidon aikana hoitava henkilö arvioi myös mielenterveyden riskitekijöitä, jotta tiedetään, miten korostunut on psykososiaalisen tuen ja hoidon tarve. Mitä enemmän riskitekijöitä on, sitä tehostuneempi on tuen ja hoidon tarve. Arvioinnissa kartoitetaan uhrin traumahistoria, psyykkisen ja fyysisen terveyden osalta anamneesi sekä päihteidenkäyttö. Arvioinnin avulla tehdään päätelmiä myös psykologisen ja psykiatrisen hoidon tarpeesta, menetelmistä, puitteista, kiireellisyydestä sekä hoidon ennakoidusta kestosta. Jos uhri on psyykkisesti haavoittunut, se voi vaatia yleisiä suosituksia pidemmän ja hyvin tiiviin traumahoidon sekä se edellyttää hoidon menetelmien ja puutteiden selvää harkintaa. Psykososiaalisen tuen suunnittelu on hyvin tärkeää, sillä väärin suunnettu ja keskeneräinen traumakokemuksen prosessointi voi johtaa masennus- ja ahdistusoireisiin sekä traumaperäiseen stressihäiriöön. (Ylikomi ja Punamäki 2007, 879–882.)

Ylikomin ja Punamäen (2007) artikkelissa kerrotaan, että akuuttihoidolla parhaimmillaan on mahdollisuus palauttaa uhrin ihmisarvon kokemus ja turvallisuudentunne sekä käynnistää raikaustraumaan liittyvä terapeutin prosessointi. Jos uhri on vetäytynyt, häntä rohkaistaan varovaisesti kohtaamaan traumaattinen kokemus ja välttämään traumaan liittyviä asioita. (Mts. 882.)

6.2 Kriisiterapia

Raiskaus on hyvin traumaattinen tapahtuma ja suurin osa raiskauksen uhreista ei parannu itsestään, vaan siinä vaaditaan ammatillista hoitoa. Hoidon avulla on mahdollista välttää vaikeat somaattiset, sosiaaliset sekä psyykkiset pitkäaikaisseuraukset. Oikea-aikainen ja oikein suunnattu psykososiaalinen tuki on hyvin tärkeä, jottei ongelmia synny tai ettei ne monimutkaistu. Tuella on mahdollista myös vahvistaa raiskauksen uhrin omia voimavaroja sekä estää syrjäytyminen. (Ylikomi ja Punamäki 2007, 877; Poijula 2005, 1589.)

Kriisiterapiassa asiakkailla on mahdollisuus tavata terapeutti noin 1-3 kertaa. Tapaamiset ovat noin tunnin mittaisia. Ongelmana voi olla, että tietyt ajat eivät käy asiakkaalle ja hänen täytyy odottaa kriisitapaamista jopa kaksi viikkoa. (Raijas 1999, 78.)

Näkyväksi tekeminen on kriisityön keskeisin vaihe. Väkivallan tunnistaminen sekä se, että annetaan asioille oikeat nimet, on jo hyvin terapeutista, joka helpottaa uhrin itsetunto-ongelmaa ja syyllisyyttä. Seksuaalisessa hyväksikäytössä uhrin luottamuksellisuutta käytetään törkeästi hyväksi, jolloin terapeutin työn perusta on luottamuksen rakentuminen ja ehdottoman luottamuksellisenä pysyminen. Asiakkaan kertomuksiin uskomisen ja niiden vähättelyn välttäminen on hyvin tärkeää. Terapeutin tehtävänä on myös toimia tietynlaisena peilinä, eli auttaa asiakasta hahmottamaan hänen omien muistikuvien kautta tapahtunut tilanne, jolloin uhri saa ymmärrystä tapahtuneeseen ja voi alkaa jäsentämään sitä psyykkisesti. Empatian antaminen sekä yksilön kunnioittaminen ja raiskatun rajoista huolehtiminen auttavat häntä korjaamaan seksuaalisen väkivallan aiheuttaman loukkauksen. Myös toivon ylläpitäminen on yksi terapeutin tehtävä, koska kriisi voi aiheuttaa useaan otteeseen masennusoireita. Terapeutin tulee viestittää, että kriisistä voi toipua. (Raijas 1999, 71–73.)

Kuvioon 6 on koottu kriisiterapian perusperiaatteita ja, se mihin seksuaaliseen väkivaltaan liittyvään ilmiöön ne erityisesti vastaavat.

Terapeuttinen peruseriaate	Seksuaalisen väkivallan ilmiö
Näkyväksi tekeminen	Salaisuus
Anonyymisyys	Intiimiyden häpäisy
Luottamuksellisuus	Luottamuksen hyväksikäyttö
Asiakkaan ehdoton uskomisen	Kieltäminen
Asiakkaan vakavasti ottaminen	Vähättely
Empatia	Loukkaus syvimmän minuuden alueella
Yksilön kunnioittaminen	Itsemääräämisoikeuden sivuuttaminen
Rajoista huolehtiminen	Yksilön rajojen rikkominen
Toivon ylläpitäminen	Masennus-oireet, itsetuhoisuus
Voimavarakeskeisyys	Kriisi normaalissa elämänsäkulussa
Yksilöllisyys	Uhriksi voi joutua kuka tahansa
Oireiden normalisointi	Psyykkisen romahtamisen, sairastumisen ja kontrollin menettämisen pelot
Tiedon antaminen	Tiedon puute, myytit
Häpeän, syyllisyyden, vihan ja surun tunteiden läpikäyminen	Kriisin vaiheet: lamaantuminen, tunteiden eristäminen, "koteloituminen"
Oikeusprosessiin tukeminen	Tekijän vastuun vähättely, uhrin syyllistäminen
Kivun kohtaaminen – selviytymisen tukeminen	Puolustuskeinojen vaihtelevuus: selviytymisroolit - kipuroolit

KUVIO 6. Kriisityön peruseriaatteet seksuaalisen väkivallan kentässä (Raijas 1999, 71.)

Kriisiterapia on hyvin yksilöllistä ja voimavarakeskeistä. Kriisin reaktiovaiheessa asiakas pelkää psyykkistä romahtamista, sairastumista sekä kontrollin menettämistä, jolloin oireiden normalisointi on keskeinen työmuoto. Tärkeää on myös arvioida asiakkaan kokonaistilanne ja suunnata kriisituki yksilöllisesti hänen tarpeisiinsa. Tällöin mahdollisesti täytyy arvioida myös asiakkaan myöhemmän ja pitkäkestoisemman tuen tarve. Yksi kriisityön tavoite on antaa asiakkaalle mahdollisuus tunteiden purkamiseen ja läpikäymiseen. Pelko ja kauhu liittyvät usein shokkivaiheeseen. Häpeä, syyllisyys ja viha tulevat heti, tai muutaman päivän kuluessa kriisin reaktiovaiheessa. Tällöin oikeusprosessiin

tukeminen voi auttaa tässä vaiheessa tunteiden käsittelyssä. (Raijas 1999, 73–74.)

Kun asiakas on käynyt turvallisesti läpi kontaktissa kipua tuottaneita asioita, on mahdollista alkaa uudelleen rakentamaan selviytymistä tukevia olosuhteita. Selviytymisen vakiintumisessa sekä asiakkaan kyetessä huolehtimaan elämään kuuluvista asioista, voidaan häntä ohjata terapeuttiliseen työskentelyyn kivun kanssa. (Raijas 1999, 74–75.)

Purkaminen on sitä vaikeampaa, mitä voimakkaammin traumaattinen kokemus on vaikuttanut yksilön persoonallisuuden kehitykseen sekä sen rakentamiseen. Jos persoonallisuuden rakentuminen on jatkunut pitkään, traumaattisen kokemuksen purkaminen ei riitä, vaan joudutaan työstämään sen seurauksia. (Saari 2003, 321.)

Perttu (2002) painottaa myös hoidollista apua psyykkisiin traumoihin. Seksuaalista väkivaltaa kokenut nainen tarvitsee niin lyhytaikaista ja kriisiorientoitunutta kuin pitkäaikaistakin tukea. Nainen voi tarvita väkivallan aiheuttaman trauman hoidossa yksilöterapeutista tai ryhmäterapeutista tukea tai molempia. (Mts.92–93.)

6.4 Psykoterapiamuodot

6.4.1 Yleistä

Saaren (2003) mukaan psyykkisten traumojen hoitoon käytetään monia psykoterapiamuotoja. Ominaista terapioille on, että niiden tulee täyttää tietyt ehdot, jotta traumoja voitaisiin hoitaa. Yksi ehto psykoterapeuttiselle työskentelylle on perusteellinen asiakkaan henkilöhistoriaan paneutuminen. Ensin muodostetaan kokonaiskuva henkilön elämänkulusta sekä erityisesti siihen liittyvistä traumaattisista kokemuksista että niiden käsittelystä. Tärkeää on myös

kartoittaa, miten traumaattiset kokemukset ovat heijastuneet asiakkaan persoonallisuuteen sekä elämäntapaan. Nämä ovat hyvin tärkeitä hoitosuunnitelmaa laadittaessa. (Mts. 322.)

Toinen edellytys terapeuttille on perusteellinen asiakkaan persoonallisuuden, toimintakyvyn ja psyykkisten häiriöiden laadun, olemassaolon, syvyyden sekä laajuuden arviointi. Erityisen keskeistä on tuntee asiakkaan minän lujuus ja se, kestäkö se traumaattisten kokemusten läpikäymisen. Psyykkisten traumojen käsittely edellyttää myös hyvin luottamuksellista terapisuhdetta, jonka luominen vaatii terapeutilta ehdotonta sopimuksista kiinni pitämistä. (Saari 2003, 322–323.)

Saaren (2003) mukaan psyykkisen trauman työstämisessä on myös joitakin keskeisiä ”työkaluja”, joita on mahdollista hyödyntää erilaisissa terapiamuodoissa. Yksi uusi näkökulma on ajallinen tarkastelu. Asiakkaan tavoittaessa traumaattisen kokemuksen sekä ajatuksellisesti että emotionaalisesti, kokemus tulee ajallisesti hyvin lähelle häntä. Hänestä tuntuu, että se tapahtuisi juuri tässä hetkessä tai olisi hetki sitten tai eilen tapahtunut. Tuntemukset säilyttävät tuoreutensa ajasta riippumatta. Tällöin keskeinen työkalu traumaattisten kokemusten käsittelyssä on liikkuminen ulottuvuudella mennyt - nykyhetki. (Mts.323–324.)

Toinen keskeinen työkalu on vastuun näkökulma. Kuka oli vastuussa tapahtuneesta? Usein asiakas pitää itseään vastuullisena, jolloin tapahtuman perusteellinen käsittely mahdollistaa vastuun näkökulman muuttamisen. (Saari 2003, 324.)

6.4.2 Yksilöterapia

Hedlund ja Göthberg (2002) tuovat esille traumaattisten kokemusten läpikäyntiä yksilöterapiassa. Heidän mukaansa kokemusten ja tunteiden käsittelyn aikana syvennyttään aikaisempiin konflikteihin ja ongelmiin. Tällöin käsittelyllä on kuitenkin riski, että se lisää vielä enemmän kaaosta ja hämmennystä, ja

raiskauksen tiedostamattomat ongelmat tulevat selvästi mieleen. Näitä ongelmia naisen olisi parhainta työstää yksilöterapiassa. (Mts. 29.)

Ylikomin ja Punamäen (2007) mukaan yksilöterapiasta lyhytpsykoterapiat ovat hyvin varteenotettavia, jos ongelmat ovat traumaperäisiä sekä liittyvät selvästi yhteen tai kahteen traumaattiseen tilanteeseen. Lyhytterapiakäyntejä täytyy olla vähintään kaksi. Ensimmäinen käynti viimeistään kuukauden kuluttua tapahtuneesta, ja toinen käynti noin kolmen tai neljän kuukauden kuluttua tapahtuneesta. Käynneillä arvioidaan kuinka raiskauksen uhri on selviytynyt. Hälytysmerkkejä uhrin voinnista ovat muun muassa masennusoireet, ahdistuneisuus, päihteiden käyttö tai traumaperäiset oireet. On hyvin todennäköistä, että uhri tarvitsee pitkäjäksoisempaa psykoterapiaa, jos hän on kokenut trauman hyvin varhaisessa iässä, tai jos hänellä ilmenee monimuotoisia ja pitkään jatkuneita ongelmia, jotka ovat traumatisoituneet. (Mts. 882.)

Yksilöterapiassa on otettava huomioon trauman jälkeiset kognitiiviset, emotionaaliset ja sosiaaliset seuraukset sekä kehollisuus. Erilaisia lyhytpsykoterapioita voivat olla kognitiivinen terapia tai kognitiivis-behavioraalinen terapia. (Ylikomi ja Punamäki 2007, 882.) Kognitiiviset ja behavioraaliset terapiat pohjautuvat oletukseen, että yksilö ei voi suoraan tietoisesti vaikuttaa tuntemukseensa ja tunteisiinsa. Terapian avulla hän pääsee siihen epäsuorasti vaikuttamalla ajatuksiinsa ja toimintaansa. Ajatukset ja mielikuvat, käyttäytyminen ja tunteet liittyvät toisiinsa hyvinkin paljon. Muutos yhdellä alueella vie eteenpäin muutosta toisillakin alueilla. (Pirkkanen 1994, 808.)

Foa ja Rothbaum (1998) ovat tuoneet myös esille kognitiivis-behavioristista terapiaa posttraumaattisen stressioireyhtymän hoidossa. Terapialle tyypillinen lähestymistapa on, että asiakas yrittää kohdata pelottavan tapahtuman. Kohtaaminen aktivoi muistoja traumasta, jolloin on mahdollisuus terapian avulla muokata tapahtuneesta syntyneitä patologisia näkökantoja. On tärkeää, että asiakas muistaa edes joitain yksityiskohtia traumasta, ja että hän on tietoinen ärsykeistä, jotka aktivoivat muistot traumasta. Terapian avulla asiakas oppii kohtaamisen keinot ja pystyy tehokkaasti itse vaikuttamaan ajatuksiinsa. (Mts. 51.)

Silmänliiketerapia on myös hyvin varteenotettava traumahoitomenetelmä. Terapiamuotoa käytetään aina osana muuta psykoterapiaa. (Ylikomi 2007, 882.) Myös Saari (2003) tuo esille silmänliiketerapiaa eli EMDR-hoitoa. Hänen mukaansa edestakainen, säännöllinen ja rytmillinen silmänliike, joka liikkuu aivopuoliskolta toiselle, aktivoi aivoissa traumaattisen muistiaineksen ja uudelleen käsittelyn. Tutkimusten mukaan aivokuoren sekä tunnetiloista vastaavien syvempien aivokerrostumien välinen verenkierto vilkastuu silmänliiketerapian aikana sekä sen jälkeen. EMDR-hoidon aikana uhrit käyvät traumaattisen kokemuksen läpi uudelleen. Lopputuloksena usein ahdistava aines purkautuu ja traumaattinen kokemus muuttuu etäämmäksi. (Mts. 329.)

6.4.3 Ryhmäterapia

Heikinheimo ja Tasola (2004) ovat tutkineet ryhmäterapiaa seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten hoitomuotona. Tutkimuksen mukaan hyväksikäyttökokemus saa ihmisen tuntemaan itsensä erilaiseksi kuin muut, joka johtaa usein eristäytyneisyyteen ja vetäytymiseen sosiaalisista suhteista. Nainen kokee helposti arvottomuutta ja huonommuutta. Terapiaryhmässä, joka koostuu muista samaa kokeneista naisista, eristäytyneisyys häviää. Ryhmässä keskusteluiden avulla syntyy yhtenäisyyttä, jakamista ja sellaista eheyttävää kokemusta, jota yksilöterapia ei voi tarjota. (Mts. 190.)

Ryhmäterapiaan osallistuminen vaatii hyvin paljon rohkeutta monelta osallistujalta. Omasta salaisuudesta puhuminen hävettää ja pelottaa naisia, eikä sanoja aina löydy. Kuulluksi, ymmärretyksi ja hyväksytyksi tuleminen kokemus onkin hyvin palkitsevaa, kun terapiaan liittymisen pelko on voitettu. Usein tarvitaankin paljon keskusteluja jonkun luotettavan ystävän tai ammattiauttajan kanssa, ja ryhmäterapian rinnalla monet ovat kokeneet saavansa hyötyä yksilöterapiasta tai jostain muusta hoidosta. (Heikinheimo ja Tasola 2004, 190.)

Ryhmäterapian etuna on mahdollisuus tavoittaa toisten kautta jotain, mitä itse on kieltänyt tai torjunut. Tunteet, jotka liittyvät hyväksikäyttökokemukseen ovat monilla naisilla syvälle piilotettu, ja niiden tunnistaminen, sekä kohtaaminen voi olla pelottavaa ja ahdistavaa. Ryhmästä jonkun toisen jäsenen ajatukset,

tunteet ja kokemukset voivat saada liikkeelle toipumisprosessin kannalta tärkeää tunnistamista ja ymmärtämistä. (Heikinheimo ja Tasola 2004, 190.)

Saaren (2003) mielestä ryhmäterapiassa on todella merkityksellistä myös vastuun näkökulma (Mts. 324). Heikinheimon ja Tasolan (2004) mukaan toiset vahvistavat myötätunnollaان hyväksikäytön olleen täysin väärin, ja osoittavat hyväksikäyttäjän olevan tilanteesta vastuussa (Mts. 190).

Heikinheimon ja Tasolan (2004) mukaan kääntöpuoli ryhmäterapiassa on toisten kokemusten ja tunteiden vastaanottaminen sekä jakaminen, jotka voivat olla hyvin vaikeita ja voimavaroja kuluttavia. Ryhmäterapeutin onkin hyvin tärkeää havaita viestejä, jotka kertovat rajojen ylityksistä, sekä kannustaa jokaisesta pitämään huolta itsestään. (Mts. 190.)

Ryhmäterapian muoto on kiinnostanut myös Ylikomia ja Punamäkeä (2007). Heidän mukaansa vertaisryhmäkokemus on terapiassa tehokasta, sillä se lisää itsearvostusta ja itseymmärrystä, sekä antaa kokemuksen ymmärretyksi, hyväksytyksi ja kuulluksi tulemisesta. He myös viittaavat siihen, että muiden ryhmäläisten traumakokemuksille altistumisen aiheuttama riski olisi ryhmäterapeutin huomioitava. (Mts. 882.)

Yksi tärkeä ryhmäterapeutin työväline on voimavara-ajattelu. Ajattelun mukaisesti terapeutti on kiinnostunut asiakkaan omista resursseista ja suuntaa huomion asiakkaan selviytymiseen ja osaamiseen. Tällöin hyväksikäytetyn kärsityt oireet ovat yksi keino selviytyä. Oire on ongelmallinen, jos se on uhrille selviytymisyritys, mutta selviytymisstrategiana se on uhrille hyväksi. (Heikinheimo ym. 2004, 189.)

Saarenpää (1999) on tuonut esille voimavarojen tarkastelun traumasta selviytymiseen. Tapahtumasta selviytyminen, sekä ihmisenä kasvamisen näkeminen oli lisännyt naisten luottamusta heidän omiin voimavaroihin. Kasvaminen edellytti omien voimavarojen löytämistä ja arvioimista sekä uskoa selviytymisestä. (Mts. 37.)

6.5 Selviytymisprosessi

Selviytymisprosessi on asteittainen muutos voimavarojen lisääntymisen kautta. Hyvin moniulotteiset voimavarat syntyvät seksuaalisen väkivallan kokemuksista sekä niistä asioista, mitä uhri on oppinut selviytyäkseen hengissä. Selviytymisprosessi on hyvin hidasta. Se on uusien asioiden oppimista, jolloin vapautuminen väkivallasta tuo mahdollisuuden huomata omia tarpeitaan sekä nähdä itsensä uudella tavalla. Selviytymiseen kuuluu erilaisia alueita, jotka vaativat huomiota. Tärkeä alue on uhrin itsensä ja omien tarpeiden etsiminen, tutkiminen, täyttäminen sekä omien tarpeiden puolustaminen että niistä kiinnipitäminen, varsinkin ihmissuhteissa. Tärkeä alue on myös irrottautumisen mahdollisuuksien lisääminen väkivaltaa kokeville naisille. (Lehtonen ja Perttu 1999, 69–70.)

Selviytymisprosessin hitauden vuoksi uhri tarvitsee paljon työntekijän empatiaa ja kärsivällisyyttä. Väkivallan uhrin selviytymisprosessissa on esitetty Brownin (1997) laatimat selviytymisprosessin vaiheet. Selviytyminen ei tapahdu selvästi ensimmäisestä vaiheesta toiseen vaan uhri etenee omaan tahtiinsa. Ensimmäinen vaihe teoksen mukaan on **esitietoisuuden vaihe**, jolloin uhri pyrkii kieltämään ongelmansa ja suojautuu erilaisilla puolustusmekanismeilla. Uhrilla ei tällöin ole välttämättä halukkuutta muutokseen. Uhri hyväksyy väkivallan, keksii tekosyitä tai syyttää jopa itseään. Tällöin uhri tarvitsee ymmärtävää suhtautumista, konkreettisia palveluja sekä julkista tietoa. (Perttu 2002, 90.)

Toinen vaihe selviytymisessä on **tietoisuuden vaihe**, jolloin uhri on tietoinen tapahtuneesta ja haluaa ottaa pieniä askelia kohti muutosta. Uhrin tunteet voivat olla hyvin ristiriitaiset tässä vaiheessa, ja hän tarvitsee henkistä tukea sekä ohjausta ja neuvontaa. Tällöin uhrille sopii naisten avoimet tukiryhmät, jossa hän voi saada tietoa ja vaihtaa kokemuksia. Kolmas vaihe prosessissa on **valmistautumisen vaihe**, ja tällöin nainen on valmis toimimaan selviytymisen vuoksi. (Perttu 2002, 90–91.)

Neljäs vaihe on **toiminnan vaihe**, jolloin uhri ottaa konkreettisia askelia. Hän voi esimerkiksi harkita oikeudellisia toimia. Väkivallan tekijän suhtautuminen ja käyttäytyminen saattaa vaikuttaa uhrin päätöksiin niin positiivisesti kuin negatiivisesti. Jos väkivallan tekijä hakee apua itselleen, nainen saattaa jäädä paikoilleen. Tällöin erilaiset ryhmät ja yksilötuki ovat tarvittavia tukimuotoja. Viides ja viimeinen vaihe on **päätösten ja muutoksen jatkuvuudesta huolehtiminen**. Tässä vaiheessa naiset vastustavat aktiivisesti uudelleen uhritumisesta. Raiskatut naiset tarvitsevat paljon vahvistusta sekä uudesta itsestään selviytyjänä että uusista käsityksistään, muun muassa siitä, millaisia ovat terveet ihmissuhteet ja miten katsellaan elämää pidemmällä aikavälillä. (Perttu 2002, 91.)

Raijas on tuonut lehtihaastattelussaan (2004) esille raiskauksen uhrin selviytymiskeinoja. Hänen mukaansa selviytymiskeinot ovat silloin hyviä, kun ne auttavat huoltamaan mielenterveyttä. Ihminen pelkää vajoavansa henkisesti ollessaan tuskallisten kokemusten edessä, ja tuolloin hän voi tehdä mitä vaan estääkseen sen. Terapiassa uhria autetaan kohtaamaan kokemuksiaan, joita hän ei ole aikaisemmin kyennyt ajatella. Tällöin kokemusten psyykkinen työstäminenkin on mahdollista. Selviytymisprosessia lujittaa, jos väkivallantekijä saa tuomion, ja joutuu maksamaan uhrille korvauksia. Selviytymisprosessissa uhri tarvitsee kokemuksen myös siitä, että häntä arvostetaan, kuunnellaan sekä kunnioitetaan. Tällöin auttajien sekä läheisten tukeminen tuo uhrille turvallisuudentunnetta sekä uskoa itseensä ja muihin ihmisiin. (Mts. 94.)

6.6 Hoitamatta jättämisen vaikutukset

Tutkimusten mukaan raiskaukseen liittyvien ajatusten ja tunteiden tukahduttaminen, sekä yleensä traumaattisen kokemuksen salaaminen vaarantavat uhrin mielenterveyttä. Tässäkin akuuttivaiheen hoito korostuu, sillä tapahtuneen vähättely, uhrin välinpitämätön kohtelu, sekä hoidon ja seurannan puuttuminen altistavat myöhemmille psyykkisille ja somaattisille oireille. Akuuttivaiheen lääketieteellinen tutkimus ajoittuu sellaiseen tilanteeseen, jossa uhri on kohdannut toisen ihmisen tuhoavuutta. Tällöin kunnioitus, inhimillisyys ja luot-

tamus vaikuttavat hyvin paljon paranemiseen. (Ylikomi ja Punamäki 2007, 882.)

Saari (2003) on tuonut esille traumaattisten kokemusten käsittelemättä jättämisen vaikutuksia. Kokemukset altistavat ja laukaisevat monille psyykkisille häiriöille. Syvään juurtuneet traumaattiset kokemukset voivat olla niin kiellettyjä ja torjuttuja, että niiden yhteys häiriöön voi tulla esille vasta pitkäkestoisen terapeutin työskentelyn jälkeen. Mahdollisesti uhrin on itse hankala yhdistää tai tavoittaa kokemiaan traumaattisia kokemuksia, sekä nähdä niiden merkitystä. (Mts. 94.)

Kallinen ja Ollikainen painottavat, miten tärkeää on, että asiakas pääsisi heti hoitoon ja saisi apua. He korostavat varsinkin akuutti- ja jatkohoidon merkitystä raiskatun naisen hoidossa. Se, että nainen kokee tullessa hyväksytyksi ja ymmärretyksi akuutinhoidon aikana, tuo hänelle rohkeutta hakea apua tarvittaessa myöhempisiin jatkoterapioihin. Jos nainen ei saa heti apua ja trauma jää hoitamatta, on hyvin todennäköistä, että hoitamatta jääneet tunteet tulevat pintaan myöhemmin, jopa monen vuoden päästä. Nämä piilotetut tunteet voivat ilmetä voimakkaana ahdistuksena tai erilaisena käyttäytymisenä. Voi olla, että nainen ei kykene pidempiaikaiseen, läheiseen suhteeseen miehen kanssa, tai hän ahdistuu henkisesti tietämättä mistä se johtuu. Tällaisissa tilanteissa olisi ollut hyvin tärkeää naisen saada heti tapahtuman jälkeistä traumahoitoa. (Kallinen ja Ollikainen 2007.)

7 Pohdinta

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyys alkaa jo tutkimusongelmaa valittaessa. Tutkimusongelmaa valittaessa tulee pohtia, kuka tutkimuksesta tulee hyötymään, kenen ehdoilla tutkimus tehdään ja onko tutkimuksella yhteiskunnallista merkittävyyttä. (Hirsjärvi ym. 2007, 24.) Tutkimusaihetta valitessamme katsoimme, että

aiheemme oli yhteiskunnallisesti merkittävä ja tarpeellinen, sillä alun perin tutkimuspyyntö tuli työelämästä.

Alkuperäisen tutkimusaiheemme sisälsi erittäin paljon eettisiä näkökulmia, kuten aiheen arkaluontoisuus, raiskattujen naisten traumaattisen kokemuksen uudelleen käsittely sekä yhteistyötahojen ja opiskelijoiden rooli tutkimuksessa. Kirjallisuuskatsauksen eettisyys koostuu osittain eri tekijöistä kuin alkuperäinen kyselytutkimuksemme. Kirjallisuuskatsauksessa eettisiä vaatimuksia on tutkijan rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus sekä kunnioitus aikaisempien tutkijoiden töitä kohtaan antamalla heidän saavutuksilleen kuuluvan arvon sekä välttämällä plagioinnin. Kirjallisuuskatsauksessa ei tule vääristellä aikaisempien tutkimuksien tuloksia, eikä raportointi saa olla puutteellista tai harhaanjohtavaa. (Hirsjärvi ym. 2007, 24, 26.) Aineistosta nousi esille eriäviä tutkimustuloksia, kuten raiskauksen yleisyydessä sekä henkilökunnan valmiuksissa kohdata raiskattuja. Siitä huolimatta olemme esittäneet puolueettomasti myös löytämämme ristiriitaisuudet ja näin ollen raportoineet eettisesti.

Olemme noudattaneet edellä mainittuja eettisiä kriteerejä sekä Jyväskylän ammattikorkeakoulun laatimia opinnäytetyön raportointiohjeita tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa. Olemme toteuttaneet tutkimuksen myös puolueettomasta näkökulmasta.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiudella eli pätevyydellä sekä reliabeliudella eli toistettavuudella (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Tutkimuksessamme validius tulee esille sillä, että olemme saaneet vastaukset tutkimustehtäviin lähdemateriaalista. Reliaabelius taas kuvastuu lähdemateriaalista, jossa useissa tutkimuksissa oli päästy samoihin tutkimustuloksiin.

Tutkimuksemme luotettavuutta heikentää saamamme ulkomaalaisen lähdemateriaalin vähäisyys. Luotettavuutta kuitenkin lisää käyttämämme materiaalin kriittinen valinta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää mielestämme myös työn tekeminen ryhmässä. Yksin tehdessä luultavammin sokeutuu omalle tuotetulle

tekstille, mutta ryhmässä kriittisiä lukijoita ja pohtijoita on enemmän. Tutkijoiden lukumäärä on myös mahdollistanut monipuolisemman aineiston keräämisen.

7.3 Johtopäätökset

Valitsemamme aihe, raiskattu nainen, on luonteeltaan edelleen hyvin tabu, vaikka aihe on nykyään enemmän julkisuudessa. Aiheen tabu-luonteisuuteen vaikuttaa uhrin kokema häpeä, pelko ja itsesyytökset sekä ammattihenkilöiden asenteet ja epävarmuus kohdata raiskauksen uhri. Raiskauksen traumaattisuutta todistaa löytämiemme lähteiden yhdenmukainen kanta – yhdessäkään lähteessä sitä ei vähätelty.

Raiskaus vaikuttaa naiseen kokonaisvaltaisesti: psyykkisesti, fyysisesti, sosiaalisesti, seksuaalisesti sekä taloudellisesti. Raiskauksen vaikutukset ovat usein myös pitkäkestoisia ja selviytyminen vaatii ammatillista hoitoa. Kirjallisuuden mukaan selviytymisprosessi on hidas, jossa muutos tapahtuu asteittain voimavarojen lisääntymisen kautta. Selviytymisprosessissa on erilaisia vaiheita, jotka etenevät yksilöllisesti eivätkä järjestyksessä. Selviytymisen kannalta on olennaista, että hoitohenkilökunta pystyy kohtaamaan raiskatun naisen lämpimästi, turvallisesti ja tuomitsemattomasti.

Kirjallisuudesta nousi esille, kuinka hoitamatta jäänyt trauma voi vaikuttaa raiskatun naisen myöhempään elämään. Suuri määrä parisuhteissa tapatuista raiskauksista jää ilmoittamatta ja tätä kautta nämä naiset voivat jäädä hoidon ulkopuolelle. Tiedostetaan, että raiskaukseen liittyvien ajatusten ja tunteiden tukahduttaminen, sekä yleensä traumaattisen kokemuksen salaaminen, vaarantaa uhrin mielenterveyttä. Kokemukset altistavat ja laukaisevat monille psyykkisille häiriöille.

Pohdimme, onko tiedostettu raiskauksen vaikutusten laaja-alaisuutta. Seksuaalinen väkivalta on tullut vasta viimeaikoina julkisuuteen ja tutkimusten kohteeksi. Samalla on kehitetty raiskattujen naisten hoitoa. Hoitomuodot ovat kuitenkin suhteellisen nuoria, vaikka raiskauksia on tehty kautta aikojen. Täten pohdimmekin, onko suuri joukko naisia voinut jäädä vaille hoitoa, jolloin rais-

kauksen trauma on saattanut vaikuttaa heidän elämäänsä ja persoonaansa negatiivisesti jopa tiedostamattomasti monia vuosia. Tulevaisuuden haasteena onkin, että raiskattu nainen kokee heti ensikohtaamisessa olonsa turvallisiksi ja ympäristön luotettavaksi. Tämä mahdollistaa hoitosuhteen ja hoitoketjun onnistumisen.

Kirjallisuudesta nousi esille monipuolisia hoitomuotoja raiskatun naisen selviytymisen tukemiseen. Itse epäilemme onko raiskauksen uhreilla mahdollisuus saada näitä tukimuotoja, ohjataanko heitä tuen piiriin ja onko heillä itsellä voimavaroja hakeutua hoitoon. Tämä epäily on askarruttanut meitä ja onkin yksi tärkeä tutkimushaaste tulevaisuudelle. Toivomme, että tulevaisuudessa tutkitaisiin raiskatun naisen kokemuksia saumattoman hoitoketjun toteutumisesta. Olemme erimieltä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettisentoimikunnan kanssa siitä, että hoitohenkilökunnan tulisi arvioida raiskatun naisen hoitoketjun onnistumista, sillä mielestämme raiskattu nainen on itse tämän asian asiantuntija.

Huomasimme etsiessämme yhteistyökumppaneita tutkimukseemme raiskauksen tabu-luonteisuuden. Koemme, että ammattihenkilöiden varovaisuus aiheuttaa kohtaan sekä vastuunottamisen karttaminen esti yhteistyömme onnistumisen. Yhteistyötahojen mielestä aihe on tärkeä ja he rohkaisivat meitä jatkamaan tutkimuksen tekemistä, kunhan heidän asiakkaat eivät koe tulleen velvoitetuiksi tutkimukseen. Koemme kuitenkin, että aiheita kuuluu tutkia ja tuoda esille enemmän, jotta hoitotyötä pystyttäisiin kehittämään. Myös asian tuominen julkisuuteen hävittäisi sen tabu-luonteisuutta.

Vaikka lähteet eivät raiskauksen traumaattisuutta vähättelekään, ovat omat kokemuksemme hoitotyössä osittain päinvastaisia. Osa hoitohenkilökunnan reaktioista on ollut syyllistäviä tai vähätteleviä, jolloin epäillään raiskauksen merkitystä uhrille tai koko tapahtuman totuudenmukaisuutta. Pohdintamme mukaan syynä tällaiseen käytökseen voi olla kiire ja väsyminen työhön, hoitohenkilökunnan tiedon puute, omat asenteet ja arvot sekä työtehtävien organisoiminen väärin. Väärällä organisoimisella tarkoitamme hoidon siirtämistä yksiköstä toiseen, kouluttamatta uuden yksikön työntekijöitä raiskatun naisen haasteelliseen kohtaamiseen.

Raiskatun naisen yksilöllisen selviytymisprosessin vuoksi hoitohenkilökunnalta vaaditaan jatkuvaa kouluttautumista ja valmiutta kohdata raiskattu nainen yksilönä. Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta kokee saamansa koulutuksen liian vähäiseksi ja oikeutetusti toivoo lisää koulutusta. Koemme, että kohtauksista koulutusaiheena tulisi arvostaa ja tarjota paljon nykyistä enemmän - varsinkin raiskatun naisen parissa työskenteleville. Koulutuksen hyötyinä näemme hoitohenkilökunnan tiedollisten ja taidollisten valmiuksien sekä varmuuden ja ammatillisen jaksamisen lisääntyminen.

Raiskattujen naisten parissa työskentelevältä edellytetään hyvää omien arvojen ja asenteiden tuntemusta sekä valmiutta keskustella niistä ja hyväksyä ne. Työntekijän tulee myös kohdata oma itsensä ennen kuin pystyy kohtaamaan seksuaalisesti hyväksikäytettyjä naisia. Mielestämme on täysin väärin, että Jyväskylän ammattikorkeakoulun koulutussuunnitelman pakollisista perusopinnoista on poistettu seksuaalisuusopinnot kokonaan. Näin ollen koulutuksella ei pystytä vastaamaan työelämän tarpeisiin. Kuitenkin Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelman tavoitteena on lisätä näitä tärkeitä seksuaalisuusopintoja ammatillisiin perusopintoihin ja toivomme, että ammattikorkeakoulumme vastaa tähän haasteeseen.

Jatkotutkimushaasteina näemme hoitoketjun toteutumisen lisäksi tutkia raiskatuilta naisilta kohdatauksi tulemisen kokemuksia sekä hoitohenkilökunnan että tuttavien osalta. Raiskauksien yleisyydestä tuorein tutkimus on Heiskasen ja Piispan vuonna 1997 tehty kyselytutkimus. Mielestämme tärkeää olisi uusia samainen tutkimus, jotta nähtäisiin tämänhetkinen tilanne raiskauksien yleisyydestä. Oletamme, että kymmenessä vuodessa on yleinen asenne raiskattuja kohtaan ymmärtäväisempi, jonka johdosta uhrin uskaltanee helpommin kertoa asiasta siitä kysyttäessä. Olisi myös mielenkiintoista tutkia seksuaalisen väkivallan parissa työskentelevien ammatillista jaksamista.

7.4 Tutkimus- ja oppimisprosessi

Alun perin meillä oli tavoitteena saada työelämälähtöinen opinnäytetyönaihe, josta olisi meidän lisäksi hyötyä sekä ammattiauttajille että hoitoon hakeutu-

neille. Halusimme myös aiheen, joka olisi avuksi opiskeluajalle, tulevalle työelämälle sekä ammatilliselle kasvulle.

Tutkimuksen kulun aikana olemme oppineet monipuolisesti erilaisista tutkimusmetodeista. Ensimmäiseksi lähdimme työstämään tutkimusta kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä, kyselykaavakkeella, johon laadimme myös tutkimussuunnitelman ja saatekirjeen. Tässä yhteydessä opimme myös tutkimusluvan hakuprosessin eri vaiheista hakemalla tutkimuslupaa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta. Koska eettinen toimikunta ei puoltanut tutkimuksemme suorittamista, yritimme uusien yhteistyötahojen kanssa tehdä tutkimusta kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Lopulta päädyimme tekemään aiheesta kirjallisuuskatsauksen.

Kirjallisuuskatsauksemme on monipuolinen tietopaketti, josta toivomme hyötyvän sekä ammattiauttajat, alan opiskelijat, aiheesta kiinnostuneet että henkilöt, jotka haluavat lähteä tutkimaan raiskausta. Toivomme kirjallisuuskatsauksemme avulla löytyvän tutkimusaihe, jota ei kirjallisuuskatsauksen tuloksien mukaan ole tutkittu riittävästi tai ei ollenkaan.

Olemme tutkimusta tehdessämme oppineet monipuolisesti tiedonhakumenetelmistä, merkittävän tiedon rajaamisesta sekä jäsentämisestä, tieteellisen tekstin lukemisesta ja tuottamisesta, yhteistyötahojen kanssa toimimisesta sekä aiheen eettisyydestä. Olemme tutkimusta tehdessämme oppineet kohtaamaan pettymyksiä ja niistä huolimatta jatkamaan työskentelyämme merkittävän aiheen parissa aina uudesta näkökulmasta. Aihe on tabu ja haastava, jo aiheen valitseminen on vaatinut meiltä rohkeutta. Uskomme, että ryhmänä toimiminen on auttanut meitä kohtaamaan tämän haastavan aiheen. Olemme oppineet paljon itsestämme ja toisistamme, ryhmänä olemme myös oppineet tukemaan ja kannustamaan toisiamme.

LÄHTEET

- Brusila, P. 2001. Seksuaalinen väkivalta ja sen kohtaaminen. Suomen lääkäri-lehti 56, 41, 4195 - 4197.
- Brusila, P. 2006. Uhrin näkökulma. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. Jyväskylä: Gummerus.
- Foa, B. E. & Rothbaum, O. B. 1998. Treating the trauma of rape. Cognitive-Behavioral therapy for PTSD. New York, London: The Guilford press.
- Haarala, R. 2001. Suomen kielen perussanakirja. Helsinki: Edita.
- Halonen, M., Kirkhope, T., Logren, M. ja Salminen, J. 1999. ”Vaikee juttu...” Kouluterveydenhoitajien valmiudet kohdata seksuaalisesti hyväksikäytetty nuori. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala.
- Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A & Virola, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Toim. Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Viitattu 5.9.2007.
[Http://www.pssh.fi](http://www.pssh.fi), tutkimus ja opetus, julkaisusarja
- Harju, A. 2001. Naisten kokemuksia seksuaalisesta väkivallasta parisuhteessa. Pro-gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Heikkinen, R-L & Laine, T. 1997. Kohtaamisen näkökulmia. Teoksessa Hoitava kohtaaminen. Toim. Heikkinen, R-L & Laine, T. Tampere: Kirjayhtymä
- Heiskanen, M. & Piispa, M. 1998. Usko, toivo, hakkaus. Kyselytutkimus miesten naisille tekemästä väkivallasta. Tilastokeskus. Helsinki: Edita.
- Hedlund, E. & Göthberg, M. 2002. Våldtagen. En handbok i att möta utsatta kvinnor. Norra Skåne Offset. Stockholm.
- Heikinheimo, A. & Tasola, S. 2004. Vain muistamalla voi unohtaa. Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten ryhmäterapia. Tie toipumiseen. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.
- Heimer, G., Björck, A. & Hogmark, S. 2003. Meeting Women Subjected to Battering and Rape. Viitattu 15.10.2007.
[Http://www.akademiska.se/upload/RKC/att_mota%20kvinnor__eng.pdf](http://www.akademiska.se/upload/RKC/att_mota%20kvinnor__eng.pdf)
- Hellsten, T. 2001. Ihminen tavattavissa: kohtaamisen taito. Helsinki: Kirjapaja.
- Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 2003. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Teoksessa Psykiatria. Toim. Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Hämeenlinna: Duodecim.

- Herman, J. 2001. Trauma and Recovery. From Domestic Abuse to Political Terror. Cornwall: Basic Books.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerrus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Keuruu: Otava.
- Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Seksuaalisuus. Toim. Apter, D., Väisälä, L. ja Kaimola, K. Jyväskylä: Gummerrus.
- Kallinen, H. & Ollikainen, M. 2007. Työnohjaaja/kriisityöntekijä ja psykologi/kriisityöntekijä. Haastattelu 16.10.2007.
- Keskinen, T., Koskela, P., Lehto, R., Manninen, H., ja Tiainen, E. 1997. Kohtaamisen näkökulmia. Teoksessa Hoitava kohtaaminen. Toim. Heikkinen, R. ja Laine T. Tampere: Kirjayhtymä.
- Koikkalainen, S. 2007. Seksuaaliterapeutti. Luentomateriaali Seksuaalinen väkivalta luennoilta Jyväskylässä 26.4.2007.
- Koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit. 2006. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Opetusministeriön työryhmä. PDF-tiedosto. Viitattu 30.10.2007
<http://www.ncp.fi/ects/materiaali/Sairaanhoitajan%20kompetenssit%20052006.pdf>
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. 2005. Väkivalta ja terveys maailmassa – WHO:n raportti. Jyväskylä: Gummerus.
- L 1.1.1999 M, A: 24.7.1998, SK: 563/1998. Seksuaalirikoslaki. Suomen sädöskokoelma. Helsinki: Edita.
- Lehtonen, A. ja Perttu, S. 1999. Naisiin kohdistuva väkivalta. Tampere: Studia.
- Lepola, U. & Koponen, H. 2002. Vakavat stressireaktiot ja sopeutumishäiriöt. Teoksessa Psykiatria. Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, S., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. Helsinki: WSOY.
- Lindholm, T. 1997. Seksuaalisen väkivallan aiheuttama kärsimyksen kokemus. Pro gradu –tutkielma. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos.
- Luostarinen, M., Pöllänen, H. & Viita-aho, M. 2005. Raiskatun naisen kohtaaminen – kyselytutkimus hoitohenkilökunnan valmiuksista. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.
- Malmivaara, A. 2002. Systemoitu kirjallisuuskatsaus – työkalu tutkimusnäytön tavoittamiseen. Duodecim. 9. 877-879.

Martin, P. 2005. Rape Work: Victims, Gender, and Emotions in Organization and Community Context. New York: Routledge.

Mattila, K-P. 2007. Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Juva: PS -kustannus.

Mäkelä, M. 2000. Systemoitu kirjallisuuskatsaus väitöskirjan pohjaksi. Suomen Lääkärilehti 55, 41, 4194 - 4195.

Noppiari, E., Huhtinen, A., Sillanaukee, T. & Virta, M. 1996. Ihmisen hoitamisen kiehtovuus. Tampere: Kirjayhtymä.

Nurmi, L. 2006. Kriisi, pelko, pakokauhu. Helsinki: Edita.

Nykänen, S. 2004. RAISEK, Raiskauksen ja/tai seksuaalisen väkivallan kohdanneen naisen hoidon kehittäminen Keski-Suomessa. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Pieksämäen yksikkö, Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatustieteen koulutusohjelma.

Otoo-Oyortey, N. 2000. Naisiin kohdistuva väkivalta ja seksuaaliterveys. Teoksessa Naisiin kohdistuva väkivalta. Toim. Alkio, P. Helsinki: Väestöliitto. 6-10.

Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. ja Äimälä, A-M. 2006. Kätilötyö. Tampere: Edita.

Pehkonen, P. 2003. Naisen puolesta, ei miestä vastaan. Suomalainen naisliike väkivaltaa vastustamassa. Sosiologian raportteja. Joensuun yliopisto. Sosiologian laitos. Joensuu: Yliopistopaino.

Pelttari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden koulutustarpeet. Stakes, Tutkimuksia. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto.

Perttu, S. 2002. Naisen selviytymisprosessi ja sen tukeminen. Teoksessa Naisiin kohdistuva pari- ja lähisuhdeväkivalta. Käsikirja perus- ja täydennyskoulutukseen. Toim. Rautava, M. & Perttu, S. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes.

Perttu, S. & Pyykkö, A. 2002. Auttajan rooli ja voimavarat. Teoksessa Naisiin kohdistuva pari- ja lähisuhdeväkivalta. Käsikirja perus- ja täydennyskoulutukseen. Toim. Rautava, M. & Perttu, S. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes.

Pirkkanen, R. 1994. Lyhytpsykoterapiat - aktiivista osallistumista muutokseen. Suomen lääkäri-lehti 49, 8, 808.

Pojula, S. 2005. Kriisityöstä psyykkisen trauman hoitoon. Suomen lääkäri-lehti 60, 14, 1587 - 1589.

Pollari, P. 1994. Raiskaus sukupuolisen väkivallan muotona. Teoksessa Pahan tyttäret: Sukupuolitettu pelko, viha ja valta. Toim. Heinämaa, S. & Näre, S. Tampere: Gaudeamus.

Punamäki, R-L. & Ylikomi, R. 2007. Raiskaustrauma I: Raiskauksen kokeminen altistaa psyykkisille ongelmille. Suomen lääkärilehti 62, 8, 757–761.

Punnonen, V. 2001. ”Ymmärrä ei kukaan – eivät miehet eivätkä naiset”: raiskattu nainen tiellä kohti selviytymistä. Tasa-arvoasiain neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Edita.

Raijas, R. 2000. Raiskaustrauma. Stakes. Helsinki: Stakesin monistamo.

Raijas, R. 2003. Seksuaalisen väkivallan trauma. Teoksessa Seksuaalinen väkivalta ja hyväksikäyttö. Selviytymiskertomuksia. Toim. Kaukonen, M. Juva: WSOY.

Raijas, R. 2004. Kohtaaminen raiskattujen tukena. Kotilääkäri, 3. 93 - 95.

RAP – raiskatun akuuttiapu. Seksuaalista väkivaltaa kokeneen tutkimus- ja hoito terveydenhuollon toimipisteissä. 2002. Toim. Laukkanen, M-E. Stakes. Nykypaino.

Repo, T. 1999. Seksuaalisen väkivallan seuraukset. Teoksessa Raiskauskriisikeskus Tukinainen – projekti 1993–1998. Projektin loppuraportti. Toim. Raijas, R. & Repo, T. 1999. Stakes. Helsinki: Stakesin monistamo.

Resick, P. A. & Schnicke, M. K. 1996. Cognitive processing therapy for rape victims. A treatment manual. London: SAGE publications.

Ruusuvuori, L. Esipuhe. 2001. Teoksessa Tavoitteena uhrin turvallisuus – näkökulmia naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyyn. Toim. Rautava, M. & Perttu. S. Stakes: Kotkan kirjapaino.

Saarenpää, R. 1999. Traumaattinen tapahtuma ja siinä auttavat tekijät. Pro gradu- tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Saari, S. 2000. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Keuruu: Otava.

Saari, S. 2003. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Keuruu: Otava.

Saraneva, K. 2002. Trauma ja pakolaisuus. Teoksessa Trauman monet kasvot. Psykkinen trauma sisäisenä kokemuksena. Toim. Haaramo, S. & Palonen, K. Pieksämäki: Therapie-säätiö.

Schornstein, S. 1997. Domestic Violence and Health Care. What Every Professional Needs to Know. London: Sage.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:11. Helsinki: Yliopistopaino.

Silkelä, R. 2003. Aito kohtaaminen opetusharjoittelun ohjaamisessa. Viitattu 30.10.2007.

[Http://sokl.joensuu.fi/verkojulkaisut/ohjaus/haku.htm](http://sokl.joensuu.fi/verkojulkaisut/ohjaus/haku.htm), aito kohtaaminen opetusharjoittelun ohjaamisessa.

Valkama, K. 2003. Seksuaalinen väkivalta ja hyväksikäyttö yhteiskunnallisena haasteena. Teoksessa Seksuaalinen väkivalta ja hyväksikäyttö. Selviytymiskertomuksia. Toim. Kaukonen, M. Juva: WSOY.

Viitanen, P. 1982. Raiskaus. Juva: WSOY.

Ylikomi, R. & Punamäki, R-L. 2007. Raiskaustrauma II: Raiskauksen uhrin psyykinen akuuttihoito ja hoitopolun rakentaminen. Suomen lääkirilehti 62, 9, 877 - 883.