



Satakunnan ammattikorkeakoulu

Anna Saarinen

PERHEVÄKIVALLAN PUHEEKSI OTTAMINEN PORIN ÄITIYS- JA
LASTENNEUVOLOISSA

Sosiaali- ja terveysala Pori
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2008

PERHEVÄKIVALLAN PUHEEKSI OTTAMINEN PORIN ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLOISSA

Saarinen, Anna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2008
Kangassalo, Ritva TtL
YKL: 37.4
Sivumäärä:57

Asiasanat: perheväkivalta, ennaltaehkäisy, vuorovaikutus, terveydenhuoltohenkilöstö, äitiysneuvolat

Perheväkivalta on lisääntynyt lähes joka vuosi ja sen uhriksi joutunut kieltää usein tapahtuneen väkivallan. Uhri hakeutuu myös harvoin itse avun piireihin. Tutkimuksissa on todettu, että kun uhrilta kysytään väkivallasta, hän usein kertoo asiasta. Siksi olisi tärkeää jo varhain puuttua yksilön terveyttä uhkaaviin tekijöihin. Tässä tutkimuksessa puhutaan perheväkivallan puheeksi ottamisesta Porin äitiys- ja lastenneuvoloissa.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tutkia perheväkivallan puheeksi ottamista Porin äitiys- ja lastenneuvoloissa vuonna 2007. Tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen. Tiedonhankintamenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, joka sisälsi myös avoimia kysymyksiä. Kyselylomake suunnattiin kaikille Porin äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajille. Tulokset analysoitiin Tixel- taulukkolaskentaohjelman avulla sekä avointen kysymysten vastaukset sisällönerittelyä.

Tutkimustulokset osoittavat, että Porin äitiys- ja lastenneuvoloissa perheväkivaltaa tulee esille vähän. Näin ollen perheväkivallan puheeksi ottamista tapahtuu melko vähän. Terveydenhoitajilla on kohtalaiset tiedot perheväkivaltailmiöstä sekä eri auttamiskeinoista sosiaali- ja terveydenhuollon verkostossa. Terveydenhoitajat ottavat perheväkivallan puheeksi kysymällä ja keskustelemalla asiasta sekä käyttämällä perheväkivaltaseulalomaketta apuna. Terveydenhoitajat toivovat koulutusta väkivallasta ilmiönä, puheeksi ottamisesta sekä lisää tietoa perheväkivaltaa hoitavista tahoista.

Tutkimuksen tuloksia voisi tulevaisuudessa hyödyntää neuvolatyötä ja terveydenhoitajakoulutusta kehitettäessä. Terveydenhoitajille voisi järjestää koulutuspäivän, jossa he saisivat koulutusta perheväkivallasta, puheeksi ottamisesta sekä tietoa paikkakunnalla olevista perheväkivaltaa hoitavista tahoista. Jatkotutkimushaasteena voisi olla tutkimus perheväkivallan puheeksi ottamisesta Porin lähikuntien äitiys- ja lastenneuvoloissa. Saatuja tutkimustuloksia voisi verrata tämän tutkimuksen tuloksiin ja pohtia niiden mahdollisten eriävyyksien syitä.

BRINGING UP DOMESTIC VIOLENCE IN MATERNITY- AND ANTE-NATAL CLINICS IN PORI

Saarinen, Anna
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Public Health Nursing
May 2008
Kangassalo, Ritva
PLC: 37.4
Number of Pages:57

Key Words: domestic violence, prevention, interaction, healthcare personnel, maternity clinics

Domestic violence has increased almost every year and the victims usually deny the violence which has happened. The victims rarely look for help by themselves. According to the studies, the victims will tell about the violence if they are asked about it. This study is processing the bringing up domestic violence in maternity- and ante-natal clinics in Pori.

The purpose of the study was to study bringing up domestic violence in maternity- and ante-natal clinics in Pori. The study was quantitative. The method of the study was a structured questionnaire with open questions. The questionnaire was delivered to every public health nurse of maternity- and ante-natal clinics in Pori. The results were analyzed with Tixel-chartprogram and open questions were analyzed as content analysis.

According to the study results, in the maternity- and ante-natal clinics in Pori rarely face domestic violence and that is why also the bringing up the domestic violence is quite slight. The public health nurses in maternity- and ante-natal clinics have quite a good knowledge of domestic violence as a phenomenon and how to help the victims together with different social- and healthcare co-operative networkers. The public health nurses bring up domestic violence by asking and discussing with the clients. They are also looking forward to additional education about bringing up and domestic violence as a phenomenon.

The results of this study could be used in development of the professional education of the public health nurses. It could also be challenging to study the bringing up domestic violence in maternity- and ante-natal clinics in nearby regions of city of Pori.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	PERHEVÄKIVALTA ILMIÖNÄ	7
2.1	Perheväkivallan määrittely	7
2.2	Perheväkivallan muodot	7
2.3	Perheväkivalta tilastojen valossa	9
3	PERHEVÄKIVALLAN SEURAUKSISTA.....	10
3.1	Perheväkivallan vaikutukset naiseen	10
3.2	Perheväkivallan vaikutukset lapseen	12
3.2.1	Vauvaikä	12
3.2.2	Leikki-ikä.....	13
3.2.3	Kouluikä.....	13
3.2.4	Murrosikä.....	14
3.2.5	Lasten traumaoireita.....	15
3.3	Perheväkivallan vaikutukset mieheen	15
3.4	Perheväkivalta traumaattisena kriisinä	16
3.4.1	Traumaattisen kriisin käsittely	16
3.4.2	Uhrituminen	18
4	PERHEVÄKIVALLAN SELITYSMALLIT	19
4.1	Biologiset selitysmallit	19
4.2	Psykologinen selitysmalli	20
4.3	Psykososiaalinen selitysmalli	20
4.4	Sosiokulttuurinen teoria.....	20
4.5	Sosiaalisen kontrollin teoria	21
4.6	Sosiaalipsykologiset selitysmallit.....	21
4.7	Sosiaalisen oppimisen malli	22
4.8	Perhedynaaminen näkemys	22
5	VÄKIVALLAN TEKIJÄN PERSONALLISUUS	22
6	AUTTAMINEN ENSIASKELEENA VÄKIVALLASTA SELVIYTYMISEEN	25
6.1	Ensivaiheen auttaminen	25
6.2	Jatkohoitoon ohjaus	27
7	ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLATYÖ PERHEIDEN TUKENA	27
7.1	Äitiysneuvolatyö.....	27
7.2	Lastenneuvolatyö.....	28

8	PUHEEKSI OTTAMINEN ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLAN INTERVENTIONA	29
8.1	Väkivallasta kysyminen.....	29
8.2	Perheväkivallasta kysyminen Porin äitiys- ja lastenneuvoissa.....	30
8.3	Huolen puheeksi ottaminen	31
9	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	31
9.1	Opinnäytetyön tavoite ja tutkimustehtävät	31
9.2	Tutkimusmenetelmä	32
9.3	Tutkimuksen kohderyhmä	33
9.4	Aineistonkeruumenetelmä ja tutkimuksen toteutus.....	33
9.5	Aineiston käsittely ja analyysi	34
9.6	Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointia.....	34
10	TUKIMUSTULOKSET	35
10.1	Vastaajien taustatiedot.....	35
10.2	Perheväkivallan esiintyminen neuvolan vastaanotolla	37
10.3	Terveydenhoitajien tietämys perheväkivallasta.....	39
10.4	Terveydenhoitajien keinot perheväkivallan puheeksi ottamiseen	42
10.5	Terveydenhoitajien tuen tarve puheeksi ottamiseen.....	47
10.6	Vastaajien mielipiteitä aiheesta	49
11	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	50
12	POHDINTA	52
	LÄHTEET	54
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Perheväkivalta on suomalaisessa yhteiskunnassa yleisempää kuin mitä on tiedetty tai osattu kuvitella. Perheväkivalta aiheuttaa uhrille psyykkisiä ja fyysisiä vammoja. Lapsille perheväkivalta voi aiheuttaa traumaattisia kokemuksia, jotka vaikuttavat monin tavoin lapsen elämään. Väkivallalle altistuneilla lapsilla tavataan turvallisissa oloissa kasvaneita lapsia enemmän psyykkisiä ja somaattisia oireita. Tilastojen mukaan perheväkivalta on lisääntynyt lähes joka vuosi ja sen uhriksi joutunut kieltää usein tapahtuneen väkivallan ja hakeutuu harvoin avun piireihin. Tutkimuksissa on myös todettu, että jos uhrilta kysytään väkivallasta, hän usein kertoo asiasta. Siksi on erittäin tärkeää, että perheiden kanssa työskentelevät henkilöt, kuten äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajat, ottaisivat perheväkivallan puheeksi rutiininomaisesti sekä tilanteissa, joissa asiakkaan epäillään tai havaitaan kokeneen väkivaltaa. Puheeksi ottamisella pystytään löytämään väkivaltaa kokeneet asiakkaat ja ohjaamaan heidät väkivaltaa hoitavien palvelujärjestelmien piiriin.

Yksi terveydenhoitajan työn tavoitteista on yksilön ja perheen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, ylläpitäminen ja toimintakyvyn tukeminen. Siksi on tärkeää, että pystytään jo varhain puuttumaan yksilön ja perheen terveyttä uhkaaviin tekijöihin. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitaja on puheeksi ottamisessa avainasemassa, koska tapaa säännöllisin väliajoin asiakkaita.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia perheväkivallan puheeksi ottamista Porin äitiys- ja lastenneuvoloissa. Tavoitteena on saada tietoa siitä, kuinka paljon näissä neuvoloissa perheväkivaltaa otetaan puheeksi. Tavoitteena on myös saada tietoa siitä, mitkä asiat ovat syynä siihen, että perheväkivallasta ei aina kysytä neuvolan vastaanotolla. Varsinaisina tutkimustehtävinä on selvittää, kuinka paljon perheväkivaltaa tulee terveydenhoitajien näkökulmasta esille neuvolan vastaanotolla, kokevatko terveydenhoitajat itsellään olevan riittävästi tietoa perheväkivaltailmiöstä ja eri auttamiskeinoista sosiaali- ja terveydenhuollon verkostoissa, mitä keinoja terveydenhoitajilla on väkivallan puheeksi ottamisessa ja mitä tukea he tarvitsevat puheeksi ottamisen tehostamiseksi neuvolassa. Tutkimuksen aihe on tärkeä ja toivon, että tutkimustuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa neuvolatyön sekä terveydenhoitajien koulutuksen kehittämisessä.

2 PERHEVÄKIVALTA ILMIÖNÄ

2.1 Perheväkivallan määrittely

Perheväkivalta on käsite, jolla viitataan perheen sisällä tapahtuvaan väkivaltaan. Nykyään käytetään myös käsitettä perhe- ja lähisuhdeväkivalta, joka tarkoittaa toisilleen läheisten ihmisten välistä väkivaltaa perheessä, työpaikalla, koulussa tai harrastusten parissa. Parisuhdeväkivallan kohteena on hyvin usein nainen, mutta kohteena voi olla myös mies. (Ojuri 2006, 16–17.) Perheväkivaltaa tapahtuu yleensä kotona, neljän seinän sisällä ulkopuolisten näkymättömissä. Päihteet, erityisesti alkoholi, kuuluvat usein väkivaltatilanteisiin. Väkivaltaa tapahtuu perheissä paljon myös selvin päin. (Nyqvist 2001, 19,122.)

Väkivallassa on kyse siitä, että toinen ihminen pyrkii hallitsemaan ja kontrolloimaan toista ihmistä ja hänen toimintaansa tuottamalla fyysistä sekä henkistä kipua ja tuskaa. Väkivalta on valtaa, missä uhri pakotetaan johonkin vastoin omaa tahtoaan. Jatkuva uhan tunne ja pelko, ovat keskeisin väkivallan tunnusmerkki. (Oranen 2004, 128–130.)

2.2 Perheväkivallan muodot

Perheväkivalta voidaan jakaa eri muotoihin. Usein eri muodot esiintyvät samanaikaisesti. Fyysinen väkivalta on näkyvä väkivallan muoto. Fyysistä väkivaltaa ovat kaikki ruumiillista koskemattomuutta loukkaavat teot, kuten esimerkiksi töniminen, lyöminen, potkiminen, kuristaminen, hiuksista repiminen, ihon polttaminen ja käsien vääntäminen. Fyysinen väkivalta voi aiheuttaa erilaisia vammoja, kuten ruhjeita, mustelmia ja luunmurtumia. (Ojuri 2004, 19.) Fyysinen väkivalta ilmenee myös tavaroitten ja huonekalujen heittelemisenä uhria kohti. Fyysinen väkivalta alkaa usein pelkällä läpsimisellä, mutta ajan mittaan väkivaltaa voi tapahtua tiheämmin ja sen luonne voi muuttua vakavammaksi. (Nyqvist 2001, 16.)

Henkistä väkivaltaa on muun muassa puolison alistaminen nimittelemällä, vähättelemällä, haukkumalla ja halveksimalla, erityisesti toisten ihmisten läsnä ollessa, tai nolaamalla puoliso julkisesti. Henkistä väkivaltaa on myös sosiaalinen eristäminen, esimerkiksi sukulaisista ja ystävistä, pukeutumisen ja mielipiteiden ilmaisemisen kontrollointi, fyysisellä väkivallalla uhkaileminen sekä pelottelu. (Ojuri 2004, 20.) Uhkaukset voivat olla itsemurhalla uhkaamista tai uhrille tarkoitettuja tappouhkauksia. Tappouhkaukset voivat myös kohdistua uhrin sijasta lemmikkieläimiin. Lapset voivat joutua viestinviejän rooliin. (Nyqvist 2001, 16.) Naisille väkivaltakokemus on hyvin tunnepitoinen kokemus. Naiselle voi jo suhteellisen vähäinen väkivalta aiheuttaa kohtalokkaat psyykkiset seuraukset. (Ojuri 2004, 20.)

Seksuaalista väkivaltaa ovat seksiin ja yhdyntään pakottamiset ja raiskaukset. Puoliso voidaan myös pakottaa seksuaaliseen kanssakäymiseen vieraan kumppanin kanssa pakottajan nähden tai ilman. Seksuaalinen väkivalta esiintyy usein samaan aikaan fyysisen väkivallan kanssa, mikä ilmenee lyömisenä tai genitaalialueiden pahoinpitelyinä. Seksuaalinen väkivalta voi myös olla henkistä väkivaltaa, kun mies arvostelee kumppaninsa seksuaalisia ominaisuuksia ja vertailee häntä toisiin naisiin tai on avoimesti seksuaalisessa suhteessa toisiin partnereihin. (Nyqvist 2001, 17.)

Väkivalta voi olla myös taloudellista. Siinä uhriin kohdistuu rahan kiristämistä, taloudellista hyväksikäyttöä tai kontrollia sekä näihin liittyviä uhkailuja ja pelotteluja. Taloudellinen alistaminen voi ilmetä esimerkiksi niin, että perheenisä ei anna puolisolleen rahaa talousmenoihin tai muihin tarpeisiin. Puoliso voi myös elää toisen rahoilla ja käyttää tämän rahavaroja omiin menoihinsa. (Nyqvist 2001, 17.)

Lapsen kohdistuvaa fyysistä väkivaltaa perheessä on lapsen ruumiillinen kurittaminen tai lapsen kehon satuttaminen. Lasta voidaan esimerkiksi lyödä, potkia, ravistella, tukistaa tai polttaa lapsen ihoa. Lapsen kohdistuvaa henkistä väkivaltaa on esimerkiksi alentava suhtautuminen lapseen, nimitteleminen, haukkuminen, huutaminen sekä uhkailu ja pelottelu fyysisellä väkivallalla. Henkistä väkivaltaa on myös se, että lapsi joutuu perheväkivaltatilanteiden sivusta seuraajaksi. Lapsen kohdistuvaa seksuaalista väkivaltaa on lapsen seksuaalinen ahdistelu, koskettelu sekä raiskaus ja sen yrittäminen. (Holmberg 2000, 11.)

2.3 Perheväkivalta tilastojen valossa

Suurin osa perheväkivallasta ei tule ulkopuolisille tai edes viranomaisille esille. Siksi tarvitaan kyselytutkimuksia, joiden avulla voidaan luoda oikeanlaista kuvaa perheväkivallasta ja sen määrästä. Kansalliset uhritutkimukset aloitettiin Suomessa vuonna 1980. Ensimmäinen naisten kokemaa väkivaltaa kartoittava tutkimus toteutettiin vuonna 1997, joka sai aikaan sen, että naisten kokema väkivalta nousi voimakkaasti julkiseen keskusteluun. (Lappi-Seppälä & Aromaa 2006, esipuhe.) Vuonna 2005 toteutettiin uusi naisuhritutkimus, jonka tulosten perusteella tässä opinnäytetyössä kuvataan perheväkivaltaa. Tutkimukseen osallistui runsaat 7000 suomalaista naista ja tutkimusaineistot kerättiin postikyselynä. (Piispa & Heiskanen 2006, 6.)

Tutkimuksen mukaan naisiin kohdistunut perheväkivalta sekä lähisuhdeväkivalta ovat lisääntyneet lähes joka vuosi (Heiskanen 2006, 14). 90 % parisuhdeväkivallasta kohdistuu naisiin (Heiskanen 2006, 14). Nuoret naiset joutuvat parisuhteessaan kokemaan väkivaltaa muita ikäryhmiä enemmän. 18- 24- vuotiaista avo- tai avioliitossa olevista naisista 21 % oli kokenut parisuhteessaan väkivaltaa viimeisen vuoden aikana. (Piispa 2006, 49.) Taustatekijöitä tarkastellessa tulee selville, että nuoret, opiskelijat, työttömät ja pienituloiset kokevat parisuhteessa väkivaltaa eniten (Piispa 2006, 49). Tutkimuksen mukaan yleisimpiä väkivallasta aiheutuneita fyysisiä vammoja olivat mustelmat ja ruhjeet. Seuraavaksi yleisintä oli, ettei uhrille tullut väkivallasta mitään vammoja. Sisäiset vammat, luunmurtumat ja aivotärähdykset olivat myös yleisiä. Parisuhdeväkivallan aiheuttamia yleisimpiä henkisiä seurauksia olivat viha, pelko, masennus ja häpeä. Vakavimpia henkisiä seurauksia aiheuttaa uhkailu ja vakava fyysinen väkivalta. (Piispa 2006, 64–65, 68.)

Tutkimuksen mukaan lapsuudenkodissa koettu väkivalta altistaa myöhemmin oman parisuhteen väkivallalle. Väkivaltaa kokeneet pojat voivat muuttua väkivaltaa käyttäviksi aviomiehiksi, koska hän on oppinut, että väkivalta on sallittua. Väkivaltaisessa kodissa elänyt tyttö voi muuttua väkivaltaa sietäväksi aviovaimoksi, koska hän tuntee, ettei ansaitse muuta. (Heiskanen 2006, 30.) Kotona nähty tai koettu väkivalta oli tutkimuksen mukaan vaikuttanut lapsiin myös siten, että heidän psyykkiset ongelmansa olivat lisääntyneet (Piispa 2006,76).

Tutkimuksen mukaan tiheä humalahakuinen juominen lisää väkivallan uhriksi joutumisen riskiä kolminkertaiseksi, verrattuna niihin, jotka eivät käytä alkoholia humaltumiseen saakka. Naisten humalahakuinen juominen on lisääntynyt. (Piispa 2006, 71.)

Tutkimuksen mukaan väkivallan käyttö parisuhteessa loppui monesta syystä. Yleisin syy oli se, että uhri puolusti omaa kantaansa eikä alistunut. Uhri pyrki myös olla ärsyttämättä miestänsä. Joissakin tilanteissa väkivalta meni ohi itsestään. Muita syitä olivat alkoholin ja päihteiden käytön lopettaminen tai vähentäminen, mustasukkaisuuden lieveneminen tai loppuminen ja naisen uhkaus erota. Ammattiauttajien apu oli ollut melko harvoin väkivallan loppumisen syynä. (Piispa 2006, 57.)

Tutkimuksen mukaan yli puolet parisuhdeväkivaltaa kokeneista naisista oli ottanut asian puheeksi ystävän kanssa. 35 % parisuhdeväkivaltaa kokeneista ei ollut koskaan puhunut asiasta kenenkään kanssa. Sosiaali- ja terveystieteiden tuottavista tahoista poliisi, terveyskeskus tai lääkäri, lakiasiain- tai oikeusaputoimisto, perheneuvola, mielenterveystoimisto sekä terapeutti, ovat tahoja, joihin parisuhdeväkivaltaa kohdannut ottaa yhteyttä useimmin. Äitiys- ja lastenneuvolassa, päiväkodissa ja koulussa asioineista vain noin 20 % on puhunut väkivallasta. (Kääriäinen 2006, 112, 114.)

3 PERHEVÄKIVALLAN SEURAUKSISTA

Perheväkivalta aiheuttaa monimuotoisia seurauksia uhrilleen. Seuraukset vaihtelevat fyysisistä vammoista ja ruhjeista muistihäiriöihin. Väkivalta aiheuttaa myös psykosomaattisia oireita, kuten väsymystä, päänsärkyä, uniongelmia, painajaisia, levottomuutta, ahdistusta ja masennusta. (Ojuri 2006, 18.)

3.1 Perheväkivallan vaikutukset naiseen

Väkivalta aiheuttaa uhrille mahdollisten fyysisten vammojen lisäksi aina henkisiä vammoja. Se vaikuttaa uhrin koko persoonallisuuteen ja siihen, miten hän itsensä

kokee. Väkivalta murtaa omia persoonallisuuden rajoja ja on uhka yksilön turvallisuuden tunteelle. Kun turvallisuudentunne rikkoutuu, tilalle tulee kokemus siitä, että itselle voi tapahtua mitä vain ja milloin vain. Tämä synnyttää voimakasta ahdistusta. Väkivalta rikkoo myös yksilön riippumattomuuden tunnetta. Väkivallan tekijä kontrolloi uhria sekä käyttää valtaa. Uhri kokee, ettei voi enää tehdä itseä koskevia päätöksiä niin kuin ennen. Vähitellen uhri ei enää tunne omia tarpeitaan ja omaa tahtoaan. (Lehtonen & Perttu 1999, 51.)

Jokainen ihminen haluaa tuntea itsensä arvokkaaksi ja tarpeelliseksi. Väkivalta rikkoo itsetunnon ja aiheuttaa uhrissa syvää arvottomuuden tunnetta, syyllisyyttä ja häpeää. Väkivalta aiheuttaa uhrissa myös irrallisuuden ja mihinkään kuulumattomuuden tunnetta. Uhri voi myös kokea ansaitsevansa väkivaltaa. Seurauksena voi olla minäkuvan menetys ja sen korvaantuminen väkivallan tekijän tarjoamalla minäkuvalle. Tämä minäkuva on yleensä pärjäämätön, heikko ihminen, joka tarvitsee toista ihmistä. (Lehtonen & Perttu 1999, 52.)

Uhrin koko elämä alkaa pyöriä väkivallan tekijän ympärillä. Uhri tarkkailee ja uskoo, että voi käyttäytymisellään vaikuttaa väkivallan ilmenemiseen. Myöhemmin hän kuitenkin huomaa, ettei se onnistu ja hän muuttuu toivottomaksi, avuttomaksi ja passiiviseksi ihmiseksi. Uhrin valtaa usko siitä, ettei kukaan voi häntä auttaa. (Lehtonen & Perttu 1999, 52.)

Väkivaltaisen henkilön käyttäytyminen on yleensä jaksottaista, välillä suhdetta hallitsevat väkivallan ajat, välillä taas rakkauden ja lämmön ajat. Tämä aiheuttaa uhrissa ristiriitaisia tunteita ja epävarmuutta sekä hämmentää todellisuudentajua. Uhrin kokemusmaailman valtaavat jaksoittaisesti negatiiviset tunteet sekä helpotuksen ja vapautumisen tunteet. Toivon ja rakkauden herääminen ja vastaavasti niiden sammuminen luovat tunteellisen siteen väkivallan tekijään. Tämä toimii osasyynä siihen, ettei uhri irrottaudu väkivaltaisesta suhteesta. (Lehtonen & Perttu 1999, 53.)

Kun nainen elää väkivallan tekijän käyttäytymisen ehdoilla, hänelle tulee kokemus siitä, ettei pysty vaikuttamaan omaan elämäänsä. Eristyminen ihmisuhteista lisää epätietoisuutta ja mahdollistaa väkivallantekijälle enemmän valtaa. Jos uhri ei ole ulkomaailmaan yhteydessä, hän ei saa palautetta itsestään ja todellisuudesta. Uhri

alkaa kokea, että hän ansaitsee väkivaltaa. Hän voi jopa alkaa ymmärtää väkivallan tekijää. (Lehtonen & Perttu 1999, 56.) Nainen voi syyllistää itseään kokemastaan väkivallasta. Hän kokee omien ominaisuuksiensa ja toimintansa olevan syytä väkivallalle. Hän voi kantaa syyllisyyttä siitä, että perhe-elämä on epäonnistunut ja ettei hän kykene vaikuttamaan miehen käyttäytymiseen. Nainen voi myös tuntea olevansa huono vaimo ja äiti. Syyllisyys voi saada naisen vähättelemään väkivaltaa. (Ojuri 2006, 20–21.)

Jos väkivaltaa on jatkunut pitkään, nainen voi olla jo niin väsynyt henkisesti, ettei jaksata taistella omien ja lastensa oikeuksien puolesta. Tässä vaiheessa ammattiapu on naisen elämän kannalta erittäin tärkeää. (Lehtonen & Perttu 1999, 57.)

3.2 Perheväkivallan vaikutukset lapseen

Lapsen kohdistuva perheväkivalta vaikuttaa negatiivisesti lapsen minäkäsityksen ja itsetunnon kehitykseen, sosiaaliseen kehitykseen sekä perusturvallisuuden kokemukseen. Se aiheuttaa myös emotionaalisia ja käyttäytymiseen liittyviä ongelmia. (Holmberg 2000, 14.) Vaikutukset riippuvat mm. lapsen iästä ja sukupuolesta, väkivallan määrästä, laadusta, kestosta, vakavuusasteesta ja suojaavien tekijöiden määrästä ja laadusta (Oranen 2001, 48). Lasten avuntarvetta on kuitenkin vähätelty (Oranen 2006, 63), koska ajatellaan, että lapset ovat vain sivustakatsojia, joita tapahtumat eivät kosketa (Oranen 2001, 49). Väkivallalle altistunut lapsi tarvitsee kuitenkin apua yhtä lailla kuin aikuinenkin (Oranen 2006, 63).

3.2.1 Vauvaikä

Perheväkivaltaa kokeneen vauvan fyysinen terveys on heikko ja hänellä voi olla syömishäiriöitä. Vauvan vuorovaikutustaidot ja motoriikan kehitys voi myöhästyä. Vauva on levoton, itkee paljon ja häntä on vaikea rauhoittaa. Vauva itkee, koska hänen tarpeitaan ei tyydytetä johdonmukaisesti. Väkivalta aiheuttaa vauvalle myös uni- ja nukahtamishäiriöitä. Tämä johtuu epävakaasta ja turvattomasta ympäristöstä. (Holmberg 2000, 14–15.)

3.2.2 Leikki-ikä

Koska leikki-ikäiset lapset oppivat mallista ja jäljittelevät toimintaa, perheväkivalta näkyy lapsen toiminnoissa ja leikeissä. Leikit voivat olla rajuja ja satuttavia ja kielenkäyttö voi olla karkeaa. Lapsen leikki voi myös olla mekaanista, ilotonta ja kaa-vamaista. (Holmberg 2000, 15.)

Perheväkivalta aiheuttaa leikki-ikäiselle lapselle mielialahäiriöitä, kuten masennusta, ahdistuneisuutta ja jatkuvaa surullisuutta. Lapsi voi tuntea kauhua ja hänellä on selittämättömiä pelkotiloja. Perheväkivalta aiheuttaa myös sosiaalisten suhteiden ongelmia. Lapsi voi olla leikkitovereidensa epäsuosiossa, koska on arka, passiivinen ja vetäytyvä tai helposti ärsyyntyvä ja väkivaltainen. Perheväkivalta voi aiheuttaa lapsessa myös taantumusta. Kokemansa trauman vuoksi lapsi taantuu ja saattaa alkaa uudelleen kastelemaan ja haluamaan tuttinsa takaisin tai lapsi voi alkaa puhua vauvakielellä. (Holmberg 2000, 15.)

Perheväkivalta saa lapsessa aikaan myös somaattisia ongelmia, kuten vatsa- ja pääkipuja. Lapsi voi esimerkiksi valittaa päiväkodissa pelkonsa takia mahakipuaan juuri ennen kuin vanhemmat ovat tulossa hakemaan häntä kotiin. (Holmberg 2000, 15.)

3.2.3 Kouluikä

Perheväkivaltaa kokenut kouluikäinen lapsi on oppinut, että perheväkivalta on salattava ja hävettävä asia. Lapsi vähättelee muille ihmisille väkivallan vakavuutta tai kieltää sen kokonaan. Lapsella on yhä enemmän sosiaalisten suhteiden ongelmia. Hänellä voi olla ongelmia sopeutua kaveripiiriin ja koulun pelisääntöihin, jos hän ei ole tottunut niihin kotona. Kouluikäinen lapsi on leikki-ikäisen tavoin joko aggressiivinen tai arka ja vetäytyvä. Lapsi voi olla hyvin aggressiivinen leikeissään tai suhteissaan muihin lapsiin. Aggressiivinen lapsi hankkiutuu usein hankaluuksiin ja on koulukavereiden ja opettajien epäsuosiossa. Arkaa ja vetäytyvää lasta ei puolestaan välttämättä huomata. Molemmissa tapauksissa lapsi voi olla yksinäinen ja hän voi kärsiä omasta erilaisuudestaan. (Holmberg 2000, 15- 16.)

Perheväkivalta aiheuttaa kouluikäiselle lapselle kehityksellisiä viiveitä. Lapsi on kognitiivisten ja motoristen taitojen osalta ikätasostaan jäljessä. Koulunkäyntiin liittyvistä haasteista selviytyminen on heikkoa, koska lapsella on käyttäytymishäiriöitä ja ongelmia sosiaalisissa suhteissa. Lapsen huono itsetunto saa hänet helposti luovuttamaan tehtävissä ja välttämään uusia haasteita. Lapsi ei uskalla yrittää, koska pelkää epäonnistuvansa. (Holmberg 2000, 16.)

3.2.4 Murrosikä

Nuoret pyrkivät salaamaan perheväkivaltaa. He salailevat jälkiä ja todisteita, eivätkä uskalla kutsua ystäviään kylään, koska eivät halua kenenkään tietävän, mitä kotona tapahtuu. Nuori ei myöskään viihdy kotona, koska häpeää ehkä perhettään. (Holmberg 2000, 16.)

Nuorella on ristiriitaisia tunteita vanhempiaan kohtaan. Hän on myös hämmentynyt suhteessaan heihin. Hän voi ottaa kantaa perheväkivaltilanteisiin asettumalla toisen vanhemman puolelle. Hän voi puolustaa uhria, mutta voi myös asettua väkivallan tekijän puolelle. Hänellä voi olla myös kostofantasioita. (Holmberg 2000, 16.)

Perheväkivaltaa kokenut nuori, jolla on huono itsetunto, voi eristäytyä muista kaverista tai muista ihmisistä tai hän voi hakea arvostusta ja hyväksyntää negatiivisella käyttäytymisellä. Nuori hakeutuu jengiin ja tulee siitä riippuvaiseksi. Hän hakee jengistä kodin korvaavaa yhteisöä. Nuori tekee mitä vain pysyäkseen jengin suosiossa. Tätä kautta moni nuori ajautuu hankaluuksien tielle, jossa on mukana alkoholi, huumeet, rikokset ja väkivaltaisuudet. Nuorella on alentunut empatian kyky, sisäisiä ristiriitoja sekä perheväkivallan aiheuttamaa ahdistusta, jotka kaikki yhdessä voivat saada nuoren tekemään hyvin raakoja väkivaltarikoksia. Nuori voi myös eristää itsensä muista ihmisistä. Kun hän sulkee itsensä ulkomaailmasta, hän on suuressa vaarassa syrjäytyä. Itsemurhariski on suurempi kuin väkivaltaa kokemattomilla nuorilla. (Holmberg 2000, 16.)

3.2.5 Lasten traumaoireita

Lasten traumaoireita ovat muun muassa uudelleen kokeminen, välttäminen ja yliviireys. Uudelleen kokemisessa lapselle tulee muistikuvia, aistimuksia ja tuntemuksia väkivaltatilanteista. Lapsi kokee, ettei pysty hallitsemaan muistiaan. Tietyt tekijät, esimerkiksi äänet, laukaisevat muistot ja tuntemukset. Lapsilla uudelleen kokemisen muotoja ovat pahat unet ja painajaiset. (Oranen & Keränen 2006, 64.)

Välttämässä lapsi pyrkii välttämään kaikkea sellaista, mikä muistuttaa väkivaltatilanteista. Lapsi ei halua käsitellä väkivaltaa, hän ei halua edes puhua siitä. Tunteiden turtuminen voi myös liittyä välttämiseen. Siinä väkivaltatilanteet eivät ole vaikuttaneet lapseen tunnetasolla, joten lapsi voi puhua niistä neutraalisti. (Oranen & Keränen 2006, 64.)

Ylivireys ja yliaktiivisuus ovat yleisiä traumaoireita lapsilla. Tällöin lapsi on jatkuvasti jännittynyt ja reagoi voimakkaasti pieniinkin asioihin. Lapsen on vaikea rauhoittua ja keskittyä asioihin tai tehtäviin. On myös tavallista, että lapsella on nukahattamis- sekä univaikeuksia. (Oranen & Keränen 2006, 64.)

3.3 Perheväkivallan vaikutukset mieheen

Myös mies kärsii siitä, että käyttäytyy perhesuhteessa väkivaltaisesti. Miehellä aiheutuu väkivallasta samantyyppisiä ongelmia kuin naiselle. Hän tuntee ahdistuneisuutta, pelkoa, stressiä ja masennusta, minkä vuoksi hän saattaa jopa harkita itsemurhaa. Puolison lyöminen on miehisyydelle kova henkinen isku ja siksi mies häpeää käyttäytymistään. (Hautamäki 1997, 37.)

Kun mies käyttää väkivaltaa, hän menettää paljon. Menetys tuntuu muun muassa itsetunnossa. Miehen on vaikea saada tukea ja ymmärrystä väkivaltaisen käyttäytymisen jälkeen, koska saa vastaan paljon syytöksiä. Mies saattaa leimautua sukulaisten ja ystävien silmissä väkivaltaiseksi puolisoiksi pitkäksi aikaa ja tilanteen normalisoitumiseen vaaditaan paljon työtä ja aikaa. (Hautamäki 1997, 37.)

Väkivaltatilanteessa mies voittaa naisen fyysisesti, mutta hän voi lopulta olla suuri häviöjä. Mies voi menettää perheensä, yhteisen kodin ja sukulaisten hyväksynnän. Jos pahoinpitelystä nostetaan syyte ja mies joutuu oikeuskäsittelyyn, hän saa merkinnän puolison pahoinpitelystä. Tämä tieto seuraa miestä pitkälle tulevaisuuteen. Julkinen häpeä aiheuttaa miehelle suuria henkisiä paineita ja niistä selviäminen kestää kauan. Henkiset paineet voivat aiheuttaa masennusta ja työkyvyn alenemista sekä sairauspoissaoloja töistä. Mies voi menettää työpaikkansa ja sitä kautta taloudellinen toimeentulo heikkenee. Tilanne voi johtaa pahimmassa tapauksessa itsemurhaan. (Hautamäki 1997, 37–38.)

3.4 Perheväkivalta traumaattisena kriisinä

Tilannetta, jossa jokin ulkoinen tapahtuma uhkaa ihmisen turvallisuutta joko fyysisesti tai henkisesti, pidetään traumaattisena kriisinä. Perheessä tapahtuva väkivalta aiheuttaa kaikille osapuolille traumoja. Fyysinen väkivalta voi saattaa uhrin hengenvaaralliseen tilanteeseen, jossa kuoleman pelko on todellinen. Henkinen väkivalta puolestaan vaurioittaa uhrin itsetuntoa ja minäkuvaa. Lapset joutuvat seuraamaan sivusta heille tärkeän ihmisen kärsimyksiä. Äiti ja isä ovat lapselle turvallisuuden kannalta tärkeimmät ihmiset ja heidän joutumisensa vaaraan on tästä syystä yhtä uhkaavaa kuin se, että vaara kohdistuisi heihin. (Oranen 2001, 26.)

3.4.1 Traumaattisen kriisin käsittely

Traumaattisesta kriisistä selviytymiseen tarvitaan psyykkistä työskentelyä. Ihmisellä on erilaisia traumareaktioita. Reaktiot tulevat traumaattisen tapahtuman aikana ja hetken jälkeen. Reaktiot voivat myös pitkittyä, etenkin silloin, kun uhri ei ole saanut tilaisuutta käsitellä niitä. Traumaattiseen tapahtumaan ei voi valmistautua etukäteen eli siihen ei voi tottua. Jokaisesta väkivaltatilanteesta seuraa emotionaalinen kriisi. (Lehtonen & Perttu 1999, 59.)

Traumaattisen kriisin käsittelyssä ihminen käy läpi neljä vaihetta: sokkivaiheen, reaktiovaiheen, käsittelyvaiheen ja uudelleen suuntautumisen vaiheen. Ihmisillä on yksilöllisiä eroja näiden vaiheiden läpikäymisessä. Shokkivaihe alkaa välittömästi vä-

kivaltaisen tapahtuman jälkeen. Se voi myös tulla joissakin tapauksissa myöhemmin, 1-3 vuorokauden kuluttua. Uhrin käyttäytyminen voi olla rauhallista ja rationaalista. Uhrilla on usein kuitenkin heikentynyt kyky ajatella ja toimia. Shokkivaiheessa ihminen voi vaikuttaa lamaanuneelta, apaattiselta ja välinpitämättömältä. Hän voi olla hyvin ahdistunut tai käyttäytyä yliaktiivisesti, sekavasti tai paniikinomaisesti. (Lehtonen & Perttu 1999, 59–60.)

Reaktiovaiheessa uhri tulee tietoiseksi tapahtuneesta. Vaihe alkaa usein viikon kuluessa tapahtumasta. Siksi on tärkeää, että uhri saa tarvitsemansa avun ja tuen juuri seuraavan viikon aikana. Tänä aikana saatu tuki vaikuttaa siihen, miten uhri alkaa käsitellä traumaattista kriisiä. Reaktiovaiheen oireet kestävät yleensä kahdesta päivästä neljään viikkoon. Uhri tuntee voimakkaita tunteita, kuten itkuisuutta, ahdistusta, itsesyytöstä, syyllisyydentuntoa, keskittymisvaikeuksia, levottomuutta ja ärtyisyyttä. Uhri voi myös vetäytyä ihmissuhteista. Uhrilla voi esiintyä myös somaattisia oireita, kuten sydämentykytystä, vapinaa, pahoinvointia, univaikeuksia ja painajaisia. Uhri voi myös joutua rajoittamaan elämäänsä erilaisten pelkotilojensa takia. Pitkään kestänyttä kriisitilaa voidaan kutsua post-traumaattiseksi eli stressiperäiseksi stressireaktioksi (Lehtonen & Perttu 1999, 60–61.), joka on elimistön normaali tapa reagoida traumaattisiin kokemuksiin. Sen tyypillisiä oireita ovat välttäminen, uudelleen kokeminen ja kohonnut vireystaso. Välttämässä tapahtumiin liittyy ulkopuolisuutta, tunnereaktioiden puuttumista ja kyvyttömyyttä muistaa traumaan liittyviä tärkeitä asioita. Uudelleen kokemisessa traumaan liittyvät muistikuvat tunkeutuvat toistuvasti mieleen ja aiheuttavat painajaisia. Kohonneessa vireystasossa hermosto on jatkuvassa ylivireystasossa ja keskittymis- ja unihäiriöitä voi esiintyä. (Saarinen 2002, 12.)

Käsittelyvaihe alkaa usein silloin, kun väkivallan uhka on loppunut. Käsittelyvaihe kestää kuukausista muutamaan vuoteen, riippuen väkivallan laadusta ja kestosta sekä saadun avun ja tuen laadusta ja määrästä. Käsittelyvaiheessa uhri käy läpi omia tunteitaan ja rakentaa itsetuntoaan ja minäkuvaansa uudelleen. (Lehtonen & Perttu 1999, 61.)

Uudelleen suuntautumisvaiheessa uhri alkaa luoda uutta perustaa elämälleen. Väkivallan kierteestä selviytyneet ovat sanoneet, että kaiken jälkeen he ovat henkisesti vahvempia. (Lehtonen & Perttu 1999, 61.)

3.4.2 Uhriutuminen

Ellei väkivaltaa kokenut ihminen saa reaktiovaiheessa apua todellisuuden kohtaamiseen, hän voi jäädä henkisesti väkivallan aiheuttamien tunteiden kieltämisen vaiheeseen. Kauhu aiheuttaa sen, että uhri joutuu kieltämään tapahtumien vakavuuden ja sen herättämät tunteet itseltään. Uhriutuminen tarkoittaa tätä prosessia. (Lehtonen & Perttu 1999, 62.)

Jos ihminen ei saa tarkoituksenmukaista apua tai hänen traumaattisen kriisin läpityöskentely pitkittyy esimerkiksi väkivallan jatkumisen takia, hänen on hyvin vaikea irrottautua väkivallan tekijästä. Traumaattisen kriisin läpityöskentelyn pitkittyminen voi myös johtua väkivallan tekijän katumuksista, suostutteluista, rakkauden osoituksesta sekä hyvityksistä. Nämä teot tuovat naiselle tilanteen hallinnan ja turvallisuuden tunteita. Naista hämmentävät myös väkivallan tekijän huomionosoitukset. Väkivallan tekijän lupaukset sekä naisen omat aikaisemmat lupaukset yhteiseen elämään liittyen pitävät naisen suhteessa. Nainen alistuu, nöyrtyy ja alkaa toimia väkivallan tekijän mieltymysten mukaan. Hän yrittää kaikin keinoin välttää uusia väkivaltilanteita. (Lehtonen & Perttu 1999, 62.)

Jos tilanne pääsee pitkittymään, se saattaa johtaa traumaattiseen taantumiseen. Siinä ihminen menettää kykynsä toimia aikuisena ja taantuu myöntyvyyteen, alistumiseen ja mielistelyyn sekä käyttäytymään lapsenomaisesti. Tilanteen pitkittyminen voi myös johtaa väkivallan tekijän tarjoamaan minäkuvaan samaistumiseen. Siinä väkivallan tekijä aivopesee uhrin luomaan uuden todellisuuden, joka koostuu uhrin minäkuvasta, väkivallan tekijästä, heidän välisestä suhteestaan ja väkivallasta. Tässä todellisuudessa uhri nähdään avuttomana, pärjäämättömänä ja toista ihmistä tarvitsevana. Uhrin yrittäessä irrottautua suhteesta, väkivallan tekijä voi tehdä hengenvaarallisia tekoja saadakseen uhrin takaisin. Tällaisesta tilanteesta irrottautuminen onnistuu vain ulkopuolisella avulla. (Lehtonen & Perttu 1999, 63–64.)

4 PERHEVÄKIVALLAN SELITYSMALLIT

Väkivaltaiselle käyttäytymiselle on haettu monia syitä. Väkivallan ilmenemistä on pyritty selittämään erilaisilla teorioilla, tutkimuksilla ja havainnoilla. Näistä selittävistä tekijöistä on luotu erilaisia selitysmalleja. (Lehtonen & Perttu 1999, 25.)

4.1 Biologiset selitysmallit

Väkivaltaa on lähdetty selittämään biologisista lähtökohdista. Tämän selitysmallin mukaan luonnossa ja ihmisissä ilmenevät ominaisuudet tulevat vallitsevaksi luonnollisen valinnan seurauksena. Mallin taustalla on evoluutioteoria, jonka mukaan väkivaltainen käyttäytyminen siirtyy ihmisen geneeissä sukupolvesta toiseen. Selitysmallin mukaan väkivalta on osa luonnollista valintaa ja eloonjäämistaiselua, jossa vahvat geenit siirtyvät sukupolvelta toiselle. Tämän vuoksi aggressiivisuus on osa ihmisen perimää. Ihmisellä on perinnöllinen taipumus käyttäytyä väkivaltaisesti kun hän tuntee olonsa uhatuksi. Mustasukkaisuutta on myös selitetty tällä mallilla. Ihmisellä on perinnöllinen taipumus käyttäytyä hyökkäävästi, jos hän tuntee miehuuttaan uhatavan. (Lehtonen & Perttu 1999, 25–26.)

Biologisen selitysmallin mukaan tietyt ihmisen temperamentin piirteet ovat riskitekijöitä väkivallankäytölle. Tällaisia piirteitä ovat muun muassa impulsiivisuus, vilkkaus, elämyshakuisuus, alttius tylsistyä rutiineihin ja vähäinen empatia toisia ihmisiä kohtaan. Tutkimusten mukaan tietyt temperamenttiset piirteet yhdistettynä huonoihin kasvuoloihin altistavat väkivaltaan. (Säävälä, Pohjoisvirta, Keinänen & Salonen 2006, 35.)

Aivojen toiminnalla on yhteys väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Nykylääketieteen mukaan väkivaltaisuuden takana ovat aivojen toimintahäiriöt (Nyqvist 2001, 22). Neurologit ovat tutkineet ihmisen aivoja ja eristäneet geenejä. He ovat tutkineet välittäjäaineiden toimintaa niillä ihmisillä, jotka saattavat yhtäkkiä saada väkivaltaisia kohtauksia. Tuloksien mukaan impulsiiviseen väkivaltaisuuteen liittyy serotoniinin ja dopamiinin liiallinen tai liian vähäinen erityys. Lisäksi tutkimusten mukaan on todet-

tu, että väkivaltaisten alkoholistien aivoissa on enemmän proteiinia kuin ei-väkivaltaisten alkoholistien. (Lehtonen & Perttu 1999, 26 -27.)

4.2 Psykologinen selitysmalli

Psykologisen selitysmallin mukaan väkivaltainen käytös johtuu persoonallisuuden piirteistä. Syinä voivat olla luonteen häiriöt, alkoholiongelmat, huumeiden käyttö tai mielenterveysongelmat. (Ojuri 2004, 23.) Myös persoonallisuushäiriöt, kieltämismekanismit, heikko ego, narsismi ja traumaattinen lapsuus voivat olla syinä väkivaltaisuuden (Nyqvist 2001, 22).

4.3 Psykososiaalinen selitysmalli

Psykososiaalisessa selitysmallissa väkivaltaa selitetään perheeseen ja perherakenteeseen vaikuttavilla tilannekohtaisilla tekijöillä. Näitä tilanteita, jotka voivat aiheuttaa väkivaltaa, voivat olla esimerkiksi erilaiset stressitilanteet, kuten työttömyys, pieni-palkkaisuus ja perheessä tapahtuneet muutokset. Tutkimusten mukaan eniten riitaa perheissä aiheuttaa raha, taloudenhoito, harrastukset, seksi ja lapset. (Lehtonen & Perttu 1999, 27.)

4.4 Sosiokulttuurinen teoria

Sosiokulttuurisen teorian mukaan väkivallan syynä ovat muun muassa yhteiskunnalliset epäkohdat, kuten työttömyys, vaikeat asuinolot ja väkivaltaviihde (Hautamäki 1997, 25). Väkivaltaa tapahtuu myös siksi, että yhteiskunnassa vallitsee miesten ja naisten epätasa-arvoinen valtasuhde. Yksilötasolla se heijastuu miehen ja naisen suhteeseen. Sosiologien tekemien tutkimusten mukaan vaimoihin kohdistunut väkivalta on yhteydessä sosiaalisiin normeihin, jotka suosivat miesten etuoikeuksia ja naisiin kohdistuvaa määräysvaltaa. Tutkimusten mukaan miehet uskovat, että heillä on oikeus ylivaltaan naisia kohtaan. (Lehtonen & Perttu 1999, 28.)

Perheeseen liittyy käsityksiä naisen alisteisesta asemasta ja miehen dominoivasta roolista. Miehen odotetaan olevan perheen johtajahahmo, jota esimerkiksi oikeusjär-

jestelmä heijastaa. Näin väkivalta on oire yhteiskunnassa yleisemmällä tasolla ilmenevästä miesten ylivallasta. Yhteiskunnan normien mukaan miehellä on yhteiskunnassa korkeampi status ja enemmän valtaa kuin naisella. Mies vastaa yleensä perheen toimeentulosta, joten miehelle kuuluu enemmän valtaa. Miehelle kuuluu jopa väkivaltaa sallivaa käskyvaltaa, jolla naista pidetään otteessa. Oikeusjärjestelmä puolustaa ja ylläpitää tätä nautinto-oikeutta siten, että on passiivinen tilanteissa, joissa nainen tekee rikosilmoituksen aviomiehestään. (Lehtonen & Perttu 1999, 28–29.)

Väkivaltaa selitetään myös yhteiskunnassa vallitsevien sukupuoliroolien ja niihin liittyvien odotusten kautta. Naiset ja miehet oppivat tietyt feminiiniset ja maskuliiniset käyttäytymismallit. Maskuliinisuuden piirteitä ovat muun muassa kovuus, voima ja kontrolli. Mies vahvistaa näitä piirteitä väkivaltaisella käyttäytymisellä sekä myös seksuaalisella väkivallalla. Miesten odotetaan olevan perheen päitä, jotka elättävät perheen. Naisten odotetaan taas turvautuvan miehen taloudelliseen asemaan. Miehiin kohdistuvat odotukset eivät kuitenkaan aina toteudu yhteiskunnassa ja tämä voi aiheuttaa turhautuneisuutta ja väkivaltaista käyttäytymistä. (Lehtonen & Perttu 1999, 29.)

4.5 Sosiaalisen kontrollin teoria

Sosiaalisen kontrollin teorian mukaan ihmiset käyttäytyvät sosiaalisesti epäsoveliaasti, jos sitä ei ole estämässä tehokas kontrollijärjestelmä. Palkkiot ja rangaistukset ohjaavat inhimillistä käyttäytymistä. Perheessä mies käyttää väkivaltaa siksi, ettei parisuhdevallalla ole ulkoista kontrollia ja koska väkivallalla saavutettu hyöty on suurempi kuin siitä aiheutuvat haitat. (Lehtonen & Perttu 1999, 29.)

4.6 Sosiaalipsykologiset selitysmallit

Sosiaalipsykologisten selitysmallien mukaan väkivaltainen käyttäytyminen johtuu yksilön, viiteryhmien ja yhteiskunnan välisestä monimutkaisemmasta vuorovaikutusjärjestelmästä. Yksilö reagoi yhteiskunnasta ja muista suhteista tuleviin stressitekijöihin omalla tavallaan. Ihmisessä voi laueta väkivaltainen käyttäytyminen tai hän voi löytää myös vaihtoehtoisia toimintatapoja. Näihin vaikuttaa ihmisen oma yksilöllinen kehityshistoria ja elämänhallinnan taso. (Lehtonen & Perttu 1999, 29–30.)

4.7 Sosiaalisen oppimisen malli

Sosiaalisen oppimisen mallin mukaan väkivaltaisuus on opittu tapa. Osalla väkivaltaisesti käyttäytyvillä miehillä on väkivaltaisia kokemuksia lapsuuden kodistaan. Selitysmallin mukaan lapsuudessa koettu väkivalta vaikuttaa yksilön myöhempään käyttäytymiseen. Kun ihminen havainnoi itselleen tärkeiden henkilöiden käyttäytymistä, hän oppii, että väkivalta toimii ongelmanratkaisumenetelmänä. Selitysmallin mukaan väkivaltainen käyttäytyminen periytyy sukupolvelta toiselle, se opitaan perhepiirissä. Väkivaltaisen käytöksen voi myös oppia muualtakin kuin kotoa. (Lehtonen & Perttu 1999, 30.)

Kaikki lapsuudessaan väkivaltaa kokeneet eivät käyttäydy itse aikuisena väkivaltaisesti. Henkilö muokkaa omaa toimintaansa huomatessaan saavuttavansa käyttäytymisellään haluamiaan etuja. Oppimisterapeuttisissa hoito-ohjelmissa väkivaltaisesti käyttäytyville henkilöille opetetaan itsehillintää ja uusia vaihtoehtoisia toimintatapoja stressi- ja suuttumistilanteisiin. (Lehtonen & Perttu 1999, 30.)

4.8 Perhedynaaminen näkemys

Perhedynaamisen näkemyksen mukaan väkivaltaisuuden syynä ovat parisuhteen ongelmat. Vuorovaikutus perheessä voi johtaa väkivallan käyttöön. (Lehtonen & Perttu 1999, 28.) Kumppanit voivat olla temperamenteiltaan huonosti yhteensopivia ja riitelialttius voi johtaa väkivaltaiseen käytökseen tilanteiden ratkaisemiseksi. Kumppanin dominoivuus voi myös saada toisen käyttäytymään väkivaltaisesti. (Lehtonen ym. 2006, 42–43.)

5 VÄKIVALLAN TEKIJÄN PERSONALLISUUS

Väkivallan tekijä voi olla dominoiva. Dominoiva ihminen asettaa omat tarpeensa vahvasti muiden ihmisten edelle ja käyttää toisten ihmisten alistamiseen ja omien tavoitteiden saavuttamiseen fyysistä voimaa. Dominoiva väkivallan tekijä on kylmä-

verinen, väkivaltaan ei liity sanottavaa tunnekuohua tai fyysistä kiihtyneisyyttä. Väkivallan tekijä haluaa saavuttaa tavoitteensa hinnalla millä hyvänsä, vastarinta voiteaan väkivallan avulla. Dominoiva väkivalta on yleensä alistavaa, mutta se ei välttämättä ole fyysisesti tuhoavaa. Mies voi pienilläkin teoilla osoittaa vahvuutensa naiselle. Dominoiva väkivallan tekijä voi olla myös narsistinen. Narsistisella ihmisellä on suuruuskuvitelmia ja tunne erityiskohtelun oikeutuksesta. Hän uskoo omiin ainutlaatuisiin kykyihinsä ja hänellä on korostunut ihailun tarve ja tunne erityiskohtelusta. Hän käyttää muita hyväkseen ja uskoo muiden olevan kateellisia hänelle. Hän on ylimielinen eikä hänellä ole empatiakykyä. (Säävälä ym. 2006, 47–48.)

Väkivallan tekijä voi olla tunneherkkä. Tunneherkkyydellä tarkoitetaan sitä, että ihminen reagoi impulsiivisesti ristiriitatilanteissa. Sille on tyypillistä tunne-elämän ja ihmissuhteiden epävakaas. Tunneherkkyydelle on ominaista voimakkaat hylätyksi tulemisen pelot, oman identiteetin epäselvyys ja tunteiden voimakkaat vaihtelut. Tunneherkkyyden taustalla voi olla erilaisia tekijöitä liittyen temperamenttiin, kasvuoloihin, traumatisoitumiseen tai kulttuuriin. Suurella osalla tunneherkistä väkivallan käyttäjistä on lapsuudessa ollut traumatisoivia tapahtumia tai heidän kasvuympäristö on ollut turvaton. Tunneherkän väkivallan käyttäjän tunne-elämä on vioittunut ja hän on altis tulkitsemaan kumppanin erilaiset liikkeet, etääntymiset tai lähentymiset, uhkaaviksi ja reagoi siksi niihin rajusti. Hän on herkkä, epäluuloinen ja loukkaantuva. Tunne-elämän epävakaudesta kärsivä ihminen saattaa myös reagoida hyvin voimakkaalla raivolla pieniinkin loukkauksiin. (Säävälä ym. 2006, 49–50.)

Hyvin usein väkivaltaisen käytöksen syynä on mustasukkaisuus. Mustasukkaisuus on kateuden tunne siitä, että toinen ihminen suuntaa rakkaudenosoituksensa jollekulle toiselle. Mustasukkaisuus voi olla niinkin voimakasta, että se haittaa henkilön omaa tai hänen läheistensä elämää. Tällöin voidaan puhua patologisesta eli sairaalloisesta mustasukkaisuudesta. Mustasukkaisuuteen voi joskus liittyä projisointitaijumusta eli alttiutta syyttää kumppania sellaisista tunteista, joita itsellä on. Oma uskottomuustaijumus saatetaan projisoida kumppaniin, ja ajatellaan että muut ihmiset ovat hänestä kiinnostuneita. Mustasukkaisuus voidaan jakaa kahteen tyyppiin. Epäluuloisuuteen liittyvässä mustasukkaisuudessa väkivallan tekijällä on yleinen epäluottamus ihmisiä kohtaan. Kontrollivoivassa mustasukkaisuudessa väkivallan tekijä taas pelkää jätetyksi tulemistä. (Säävälä ym. 2006, 51.)

Väkivaltaisesti käyttäytyvä ihminen voi olla myös riippuvainen kumppanistaan. Sen taustalla on pelko jätetyksi tulemisesta. Väkivallan tekijä vartioi tarkasti hänelle läheistä ihmistä. Hän estää jätetyksi tulemisen joko hyvällä tai pahalla. (Säävälä ym. 2006, 52.)

Väkivaltaisen käytöksen takana voi olla estyneisyyttä tai vaativuutta. Estyneisyydessä väkivallan tekijällä ei ole kykyä ilmaista negatiivisia tunteita tai eriäviä mielipiteitä. Näin hän kasaa itselleen ärtymyksen tunteita. Toisilla ihmisillä nämä tunteet aiheuttavat voimakkaita sisäisiä paineita, jotka voivat purkautua yllättävinä väkivallanteokoina. Vaativuudessa eli pakkoneuroottisuudessa väkivallan tekijällä on kontrollihalu, joka saattaa johtaa väkivaltaan. Väkivallan tekijä ei voi sietää epäjärjestystä tai toisen erilaisia mielipiteitä ja voi tämän vuoksi ärtyä niin, että on altis käyttämään väkivaltaa. (Säävälä ym. 2006, 52–53.)

Osa väkivaltaisesti käyttäytyvistä miehistä kärsii masennuksesta. Masennukseen kuuluu mielialan laskua, toivottomuuden tunteita, elämänhaluttomuutta, voimattomuutta ja kuoleman ajatuksia. Masennus voi olla syynä väkivaltaiseen käyttäytymiseen, mutta se voi myös olla seurausta siitä. Esimerkiksi parisuhteen ristiriidat voivat johtaa pettymyksiin ja stressiin ja sitä kautta masennukseen ja alttiuteen purkaa stressiä väkivaltaisen käyttäytymisen kautta. (Säävälä ym. 2006, 53–54.)

Väkivallan tekijällä voi olla ongelmia alkoholin ja muiden päihteiden käytössä. Päihdeongelma voi heikentää elämänhallintaa ja se voi lisätä väkivalta-alttiutta. Päihtyneenä ihmisen impulssikontrolli heikkenee ja hänen toimintaansa johtavat tunnevirtauksset, joihin hän reagoi fyysisesti. Riidat lähisuhteissa lisääntyvät, koska päihteiden käyttäjä laiminlyö yhteisiä asioita. Päihdeongelma on yleinen väkivaltaa käyttävillä ihmisillä. (Säävälä ym. 2006, 54–55.)

6 AUTTAMINEN ENSIASKELEENA VÄKIVALLASTA SELVIYTYMISEEN

6.1 Ensivaiheen auttaminen

Kun ammattihenkilö kohtaa työssään väkivaltaa kokeneen asiakkaan, hänen on tiedettävä miten pitää toimia. Työntekijän tulee nähdä asiakkaan järkyttävä tilanne hänen silmin. Työntekijän tulee tuntea itsensä luottavaiseksi. Asiakas voi olla erityisen herkkä tunnistamaan työntekijän mahdolliset negatiiviset asenteet tai epäuskon. Asiakas ei välttämättä pysty kertomaan selkeästi tapahtumien kulkuja, ajatuksiaan ja tunteitaan. (Lehtonen & Perttu 1999, 72–73.)

Työntekijän on tiedettävä ja ymmärrettävä, että väkivallalla on sokeeraava vaikutus. Shokissa oleva asiakas voi käyttäytyä hyvinkin järkevästi ja rauhallisesti, ikään kuin mitään järkyttävää ei ole tapahtunut. Jotkut asiakkaat voivat haluta vastaanotolta nopeasti pois sanomalla esimerkiksi: ”ei minulla ole mitään hätää” tai ”kaikki on hyvin”. (Lehtonen & Perttu 1999, 73.)

Väkivaltaa kokeneen asiakkaan auttamisessa on tärkeää luoda luottamuksellinen suhde asiakkaaseen. Kaikki keskustelut on käytävä kahden kesken, ei saa olla muita perheenjäseniä. Asiakkaalle on näytettävä, että hänen tunteensa ja kokemuksensa ovat oikeutettuja. Asiakasta pitää uskoa ja kuunnella. Asiakkaalle pitää kertoa, että hän on kohdannut epäoikeudenmukaisuutta, ettei häneen kohdistunut väkivalta ole ollut hänen syynsä. Asiakkaalle on kerrottava, ettei kukaan ansaitse tulla kohdelluksi väkivaltaisesti. (Lehtonen & Perttu 1999, 76.)

Asiakasta pitää auttaa suunnittelemaan omaa turvallisuuttaan. Yhdessä voisi miettiä olisiko asiakkaalla jokin turvallinen paikka, mihin hän voisi tarvittaessa mennä. Hyvin tärkeää on auttaa asiakasta löytämään tarkoituksenmukaisia palveluita. Työntekijän on otettava selvää kunnan ja yksityisten tahojen palveluista ja ohjata asiakas niiden piiriin. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava päätösten teossa, hänellä on oikeus tehdä päätöksiä omasta elämästään. (Lehtonen & Perttu 1999, 76.) Työntekijä voi kuitenkin joutua puuttumaan näihin päätöksiin, jos perheen lapset

ovat vaarassa. Silloin asia ei olekaan enää vain perheen oma asia. Työntekijän on tehtävä lastensuojeluilmoitus suojellakseen lapsia. Asiakas ei välttämättä näe tilanteen vakavuutta. (A. Saarinen, henkilökohtainen tiedonanto 17.2.2008.)

Väkivaltaa kokeneelle asiakkaalle on hyvä kertoa ja antaa tietoa perheväkivallasta. Naiselle kerrotaan, että ongelma on hyvin yleinen ja sillä on monenlaisia seurauksia, sekä fyysisiä että psyykkisiä. Näin naiselle tulee tunne, ettei hän ole poikkeus. Naisen on hyvä tietää myös väkivallan vaikutuksista lapsiin. Hänelle on kerrottava, miten väkivaltakuviot menevät ja miten väkivalta pahenee kerta kerralta. On tärkeää kertoa naiselle, ettei väkivalta lopu itsestään. (Lehtonen & Perttu 1999, 78.)

On tärkeää tarkistaa naisen ja hänen mahdollisten lastensa turvan tarve. Turvakotia on aina hyvä ehdottaa, varsinkin akuutissa tilanteessa. Turvakotiin voi mennä äkillisen väkivaltatilanteen jälkeen sekä myös ennen mahdollista väkivaltatilannetta. Turvakotiin voi hakeutua myös silloin, jos varuillaan olo, pelkääminen ja valvominen ovat saaneet naisen jo kovin väsyneeksi. Naisen kanssa on hyvä keskustella myös muista turvallisista paikoista, joihin hän voi tarvittaessa mennä, esimerkiksi ystävien tai omaisten luo. (Lehtonen & Perttu 1999, 78–79.)

Nainen ohjataan aina lääkärin vastaanotolle, jos hän on kokenut fyysistä väkivaltaa. Uhrille ei aina jää ulkoisesti näkyviä vammoja, joten asia on hyvä tarkistaa lääkärin tutkimuksessa. On hyvä myös kysyä seksuaalisesta väkivallasta, koska pahoinpitelyihin liittyy usein seksuaalista väkivaltaa ja raiskauksia. Lääkärin dokumentti vastaanottokäynnistä ja tutkimuksesta on tärkeää naisen oikeusturvan kannalta. Jos nainen päättää tehdä rikosilmoituksen pahoinpitelystä, lääkärinlausuntoja voidaan pitää todisteina. (Lehtonen & Perttu 1999, 80.)

Naiselle pitää kertoa hänen juridisista oikeuksistaan. Näitä ovat muun muassa poliisin kutsuminen, rikosilmoituksen tekeminen ja lähestymiskiellon hakeminen. Naiset jättävät usein ilmoittamatta poliisille pahoinpitelystä, koska eivät halua vahingoittaa väkivallan tekijää. Lainsäädännöllisten keinojen käyttäminen saattavat kuitenkin vaikuttaa väkivallan katkaisuun ja ehkäistä väkivallan uusiutumista. (Lehtonen & Perttu 1999, 81.) Nainen voi myös tarvita lainopillista tukea. Ilman apua nainen voi esimerkiksi menettää lastensa huoltajuuden ja omaisuuttaan puolisolleen. Pitkään väkival-

taisessa parisuhteessa elänyt nainen voi olla niin väsynyt, ettei jaksakaan hoitaa kaikkia asioita ilman apua. Naisen olisi hyvä hankkia itselleen juristi avuksi hoitamaan juridiset asiat kuntoon. (Nainen tarvitsee tukea päästäkseen irti väkivallasta. Satakunnan kansa 3.12.2007, s.8.)

Tärkeintä ensivaiheen auttamisessa on ohjata asiakas tarkoituksenmukaisten palvelujen piiriin. Asiakkaalle annetaan kirjallista materiaalia ja tietoa väkivallasta ja erilaisista apua antavista tahoista. Jos kunnassa toimii turvakoti, asiakas on hyvä ohjata sinne. Uusintakäynnistä on myös hyvä sopia muutaman päivän kuluttua, jotta trauman käsittely saataisiin alkuun. Tärkeää olisi, jos sama työntekijä ottaisi asiakkaan vastaan tulevilla käynneillä. (Lehtonen & Perttu 1999, 81–82.)

6.2 Jatkohoitoon ohjaus

Jos asiakas on halukas menemään turvakotiin, hän voi hakeutua sinne ja asua siellä kriisitilanteen vaatiman ajan. Turvakoti tarjoaa ammatillista apua sekä turvaa ja huolenpitoa. (Ojuri 2006, 27.) Turvakodissa saa apua naisen lisäksi myös perheen lapset sekä väkivaltaisesti käyttäytyvä mies.

7 ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLATYÖ PERHEIDEN TUKENA

7.1 Äitiysneuvolatyö

Äitiysneuvolan perustehtävänä on seurata raskauden kulkua, löytää mahdolliset raskauteen liittyvät ongelmat ja häiriöt, jotka voivat uhata sikiön tai äidin terveyttä, sekä valmistaa tulevia vanhempia lapsen syntymään ja vanhemmuuteen (Tiitinen 2007). Äitiysneuvolan tehtävänä on myös antaa informaatiota ja ohjausta odottavalle äidille raskauden kulusta, synnytyksestä ja vastasyntyneen hoidosta, tarjota psykososiaalista tukea ja arvioida sen tarvetta sekä tunnistaa erikoissairaanhoidon vaativat tilanteet (Uotila 2007). Äitiysneuvolassa raskaudenkulkua seuraa terveydenhoitaja ja lääkäri.

Terveydenhoitaja tapaa raskaana olevaa 10–15 kertaa ja lääkäri 3–4 kertaa raskauden aikana. Synnytyksen jälkeen äitiysneuvola huolehtii vielä äidin jälkitarkastuksesta. Terveydenhoitaja käy jälkitarkastuksen läpi synnytyskokemukset, arvioi äidin jaksamisen sekä sen, miten imetys ja vauvanhoito ovat lähteneet käyntiin. (Tiitinen 2007.)

7.2 Lastenneuvolatyö

Lastenneuvoloiden yleistavoitteena on parantaa lasten fyysistä ja psyykkistä terveyttä sekä perheiden hyvinvointia. Lastenneuvolan muita tärkeitä tavoitteita ovat muun muassa tunnistaa varhain lapsen sairaudet, kehitystä estävät tekijät sekä muut perheen terveysongelmat, tukea vanhempia huolehtimaan parisuhteestaan ja vanhemmuudestaan siten, että kykenevät huolehtimaan lapsesta ja tukemaan tämän kehitystä sekä tukea vanhempia tunnistamaan omat voimavaransa ja perhettä kuormittavat tekijät ja ottamaan vastuun siitä, että lapsi ja perhe voivat hyvin. Lastenneuvolan tehtävänä on muun muassa seurata lapsen fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja tunne-elämän kehitystä ja tukea niitä, tukea vanhempia vanhemmuuteen ja parisuhteeseen perheen toimivuuden vahvistamiseksi sekä tunnistaa mahdollisimman varhain lapsessa, perheessä ja elinympäristössä olevat epäsuotuisat kehityksen merkit ja puuttua varhain terveyttä uhkaaviin tekijöihin. Lastenneuvolan tehtävänä on myös ohjata lapsi ja perhe tarvittaessa muiden asiantuntijoiden hoitoon. (Lastenneuvolaopas 2004.)

Lastenneuvolan määräaikaistarkastusten suositus on, että terveydenhoitaja tapaa lapsen ja hänen perheensä neuvolavaiheen aikana 14–16 kertaa. Lääkäri tutkii lapsen viisi kertaa, ennen kuin lapsi menee kouluun. Lapsen määräaikaistarkastukset liittyvät lastenneuvolan perustehtävään, jonka mukaan lapsen fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja tunne-elämän kehitystä tulee seurata ja tukea sekä puuttua varhain mahdollisiin poikkeamiin. (Lastenneuvolaopas 2004.)

Yksi lastenneuvolatyön tärkeimmistä tavoitteista on tunnistaa lapsen ja perheen tuen tarve ja puuttua asioihin mahdollisimman varhain. Erityistukea tarvitaan silloin, kun lapsen terveyttä tai kehitystä uhkaa jokin tekijä. Näihin tekijöihin on siksi tärkeä puuttua, jotta pystytään ehkäisemään ongelmien kasaantuminen ja syrjäytyminen. Yleisesti arvioidaan, että 70 % perheistä voi hyvin ja 10–30 % perheistä tarvitsee eri-

tyistä tukea. Perheistä 10 % arvioidaan olevan sellaisia, joissa on lasten psykososiaalista kasvua ja kehitystä vaarantavia ongelmia. Yleisimpiä alle kouluikäisten lasten vanhempien tuen tarpeita ovat vanhemmuuteen liittyvät ongelmat, lasten kasvatukseen ja hoitoon liittyvät pulmat, parisuhdetta koettelevat asiat sekä elämäntilanteeseen liittyvät pulmat. (Lastenneuvolaopas 2004.)

Lastenneuvoloissa olisi tarpeen kehittää perheiden tuen tarpeen tunnistamista. Tämä edellyttää sekä terveydenhoitajan valmiuksien ja välineiden että moniammatillisen yhteistyön kehittämistä. Valmiuksiin tunnistaa tuen tarpeet kuuluu, että terveydenhoitaja ottaa rohkeasti omat huolensa puheeksi. Terveydenhoitajalla saattaa olla subjektiivinen tunne siitä, että perheessä on kuormittavia tekijöitä, vaikka niitä on vaikea saada keskustelussa esille. Tutkimusten mukaan terveydenhoitajat välttelevät huolen puheeksi ottamista vanhempien kanssa, koska pelkäävät suhteen huononevan. Kuitenkin valtaosa suhteista paranee, kun asiat on otettu puheeksi. (Lastenneuvolaopas 2004.)

8 PUHEEKSI OTTAMINEN ÄITIYS- JA LASTENNEUVOLAN INTERVENTIONA

Puheeksi ottaminen tarkoittaa tilannetta, jossa otetaan hienovaraisesti puheeksi jokin tärkeä asia. Puheeksi ottaminen on välittämistä. Sen tarkoituksena on tuoda mahdollinen ongelma näkyväksi mahdollisimman varhain. (Kahdenkeskinen puheeksiotto 2008.) Puheeksi ottamisen tärkeimpiä periaatteita ovat asiakkaan ja lasten turvallisuudesta huolehtiminen, asiakkaan oikeuksien puolustaminen sekä asiakkaan oikeusturvan huomioiminen (Lastenneuvolaopas 2004).

8.1 Väkivallasta kysyminen

Asiakas ei usein kerro oma-aloitteisesti väkivallasta, koska hän voi kokea syyllisyyttä ja häpeää sekä pelätä leimautumista. Usein asiakas pelkää myös lastensa menettämistä. (Lastenneuvolaopas 2004.) Perheväkivallasta on hyvä kysyä asiakkaalta suoraan. Kysymys on kuitenkin tärkeä esittää turvallisesti. Usein työntekijät epäröivät

kysyä väkivallasta, koska ajattelevat, että asiakas ei pidä siitä tai hän ei suostu vastaamaan. Naiset kuitenkin vastaavat väkivallasta esitettyihin kysymyksiin yleensä avoimesti ja ovat helpottuneita ja kiitollisia siitä, että työntekijä otti vastuullisesti asian puheeksi. Väkivallasta ei pidä kysyä puolison läsnä ollessa, sillä se voi asettaa asiakkaan vaaraan. (Lehtonen & Perttu 1999, 77–78.) Asiakas ei myöskään välttämättä puhu väkivalta-asioista puolison läsnä ollessa.

8.2 Perheväkivallasta kysyminen Porin äitiys- ja lastenneuvoloissa

Monet asiantuntijat ja tutkijat ovat suositelleet, että väkivallasta kysyttäisiin rutiinisti kaikilta aikuisilta naisilta terveysasemien erilaisilla vastaanotoilla sekä sairaaloiden poliklinikoilla (Lehtonen & Perttu 1999, 78). Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksena on, että väkivallasta kysytään kaikilta naisilta viimeistään lapsen puolivuotis-tarkastuksen yhteydessä sekä sen jälkeen tasavuositarkastuksissa. Suosituksena on myös, että työntekijöille järjestetään täydennyskoulutusta ja työnohjausta väkivaltatilanteita varten. (Lastenneuvolaopas 2004.) Porin äitiys- ja lastenneuvoloissa on käytössä parisuhdeväkivallan seulontalomake (Liite 2), jonka kysymykset on tarkoitettu esittämään raskaana oleville naisille sekä äideille, joiden nuorin lapsi on 5-6 kuukauden, 3 vuoden ja 6 vuoden ikäinen. Seulontalomake toimii hyvänä apuna puheeksi otossa. Jos itse aristelee kysyä asiakkaalta väkivallasta, voi selittää, että väkivallasta kysyminen on tämän neuvolan työtapana (Lastenneuvolaopas 2004). Puheeksi ottamisella voidaan tunnistaa väkivaltaa kokeneet asiakkaat ja auttaa heitä.

Porin lastenneuvolan työryhmä toteutti vuonna 2007 kyselyn Porin lastenneuvoloiden terveydenhoitajille, mikä koski parisuhdeväkivallan seulontalomakkeen käyttöä. Kyselyyn vastasi 22 lastenneuvolan terveydenhoitajaa. Lastenneuvolan työryhmä päätteli kyselyn tuloksista, että parisuhdeväkivaltaseula on osoittautunut tarpeelliseksi ja vakiinnuttamassa paikkaansa terveydenhoitajan työssä. Työryhmän mukaan seulon käyttöä hankaloitti terveydenhoitajien mielestä kiire ja ajanpuute sekä niin positiiviset vanhempien yhteiset neuvolakäynnit. Terveydenhoitajat kaipasivat lisää koulutusta perheväkivallasta sekä perheväkivallan puheeksi ottamisesta. 59 % vastaajista käytti aktiivisesti työssään parisuhdeväkivallan seulontalomaketta. (Lastenneuvolan laatutyöryhmä 2007.)

8.3 Huolen puheeksi ottaminen

Työntekijän oma huoli voi tehdä puheeksi ottamisen aiheelliseksi. Työntekijälle voi nousta huoli äidistä tai lapsesta. Huoli on tunne, ettei kaikki ole kunnossa. Huoli ilmaisee, että asiakkaan asiat uskotaan menevän huonoon suuntaan, jos asiaan ei saada muutosta. (Eriksson & Arnkil 2005, 7.)

Työntekijä voi jäsentää oman subjektiivisen huolensa astetta huolen vyöhykkeistön avulla (Liite 1). Huolen vyöhykkeistöllä voi myös arvioida omien auttamismahdollisuuksien riittävyyttä sekä lisävoimavarojen tarvetta. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2008.)

Oman huolen puheeksi ottaminen voi tuntua vaikealta. Työntekijän koulutus ei välttämättä ole antanut valmiuksia keskustella vaikeista asioista. Työntekijä saattaa arastella asian esille ottoa. Tärkeintä huolen puheeksi ottamisessa on, että työntekijä ottaa oman subjektiivisen huolensa puheeksi, eikä puhu perheen ongelmista (Eriksson & Arnkil 2005, 7-8.) On hyvä muistaa tarjota tukea ja yhteistyötä sekä tukea perheen voimavaroja. Kunnioittava vuoropuhelu asiakkaan kanssa on erittäin tärkeää. (Eriksson & Arnkil 2005, 14.)

9 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

9.1 Opinnäytetyön tavoite ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa Porin äitiys- ja lastenneuvoloissa tapahtuvasta perheväkivallan puheeksi ottamisesta. Tarkoituksena oli saada tietoa siitä, miten ja kuinka paljon perheväkivallan puheeksi ottamista tapahtuu näissä neuvoloissa. Lisäksi haluttiin saada tietoa myös siitä, kokevatko terveydenhoitajat itsellään olevan riittävästi tietoa perheväkivallasta ja minkälaiset valmiudet heillä on ottaa puheeksi perheväkivaltaa.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät:

1. Kuinka paljon perheväkivaltaa tulee terveydenhoitajien näkökulmasta esille asiakaskäynneillä neuvolatyössä?
2. Kokevatko terveydenhoitajat itsellään olevan riittävästi tietoa perheväkivaltailmiöstä ja eri auttamiskeinoista sosiaali- ja terveydenhuollon verkostoissa?
3. Mitä keinoja terveydenhoitajilla on väkivallan puheeksi ottamisessa asiakaskäynneillä?
4. Mitä tukea terveydenhoitajat tarvitsevat väkivallan puheeksi ottamisen tehostamiseksi neuvoloissa?

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa perheväkivallan puheeksi ottamisesta Porin äitiys- ja lastenneuvoloissa. Tutkimuksesta saatujen tietojen perusteella voidaan kehittää neuvolatyötä sekä terveydenhoitajien koulutusta.

9.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus on määrällinen eli kvantitatiivinen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostetaan syyn ja seurauksen lakeja. Taustalla on ajatus siitä, että todellisuus rakentuu tosiasioista, jotka todetaan objektiivisesti. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat muun muassa johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, käsitteiden määrittely, hypoteesien esittäminen, tutkittavien henkilöiden valinta sekä tulosten kuvailu prosenttien avulla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 129.)

Tutkimus on survey- tutkimus, jossa tietystä joukosta ihmisiä poimitaan otos yksilöitä, jonka jälkeen kerätään aineisto. Aineisto kerätään jokaiselta yksilöltä strukturoidussa muodossa. Aineisto hankitaan yleensä kyselylomakkeella tai strukturoidulla haastattelulla. Kun aineisto on hankittu, sen avulla pyritään kuvailemaan, vertailemaan ja selittämään ilmiöitä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 125.) Survey- tutkimuksessa aineistoa kerätään standardoidusti, eli kaikilta vastaajilta kysytään asioita täsmälleen samalla tavalla (Hirsjärvi ym. 2004, 184).

Aineistonhankintamenetelmänä on strukturoitu kyselylomake, jossa on myös avoimia kysymyksiä. Kyselylomake laadittiin tutkimustehtävien perusteella. Se sisälsi suljettuja kysymyksiä, joihin oli valmiit vastausvaihtoehdot. Aineistonhankintamene-

telmäksi valittiin kyselylomake, koska kysely on nopeampi haastattelu ja sen avulla voidaan kerätä tietoa suuremmalta joukolta vastaajia. Kyselylomakkeella otos voi olla suuri, jolloin luotettavuus on korkeampi. Avoimet kysymykset antavat vastaajille mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin. Avoimet kysymykset myös auttavat poikkeavien vastausten tulkinnassa. (Hirsjärvi ym. 2000, 182, 188.)

9.3 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen perusjoukko on Porin äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajat syyskuussa 2007. Kysymyksessä on kokonaistutkimus, koska kyselylomake jaettiin kaikille neuvoloiden terveydenhoitajille. Yhden Porin vastualueen terveydenhoitajalle ei jaettu kyselylomaketta, koska alueen osastonhoitaja näin pyysi. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 32 kappaletta.

9.4 Aineistonkeruumenetelmä ja tutkimuksen toteutus

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi valittiin kysely, koska tutkittavien lukumäärän vuoksi kysely oli helpompi suorittaa kuin haastattelu. Kyselyssä vastaajat saavat itse valita ajankohdan, milloin täyttävät kyselylomakkeen.

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin keväällä 2007, jolloin perehdyttiin teoriaan ja luettiin paljon alan kirjallisuutta. Kyselylomakkeen (Liite 5) laadinta aloitettiin kesäkuussa 2007. Kyselylomake sisälsi lisäksi avoimia kysymyksiä sekä muutaman taustatietokysymyksen. Kyselylomakkeen saatekirjeessä pyrittiin mahdollisimman selkeästi ja lyhyesti kertomaan tutkimuksen tarkoituksesta ja merkityksestä. Kyselytutkimuksen toteuttamiseen saatiin tutkimuslupa Porin kaupungin Terveysviraston vastaavalta johtavalta hoitajalta Raili Kankaanpäältä 16.7.2007. (Liite 4) Kyselylomakkeet toimitettiin saatekirjeineen kohderyhmälle syyskuussa 2007. Suurin osa kyselylomakkeista vietiin henkilökohtaisesti Porin äitiys- ja lastenneuvoloihin ja pieni osa postitettiin.

Ennen kyselylomakkeen laatimista, tutustuttiin huolellisesti alan kirjallisuuteen, jotta kyselylomakkeeseen osattiin muodostaa kysymyksiä ja niiden vastausvaihtoehtoja.

Kyselylomakkeeseen muodostui taustatietokysymyksiä, kysymyksiä perheväkivaltailmiön tietämyksestä, perheväkivallan ilmenemisestä neuvolan vastaanotolla, puheeksi ottamisesta sekä kysymys perheväkivaltaa hoitavista palvelujärjestelmistä Porissa. Kyselylomake esitettiin kolmella opiskelutoverilla, jotta saatiin palautetta lomakkeesta. Kyselylomakkeeseen tehtiin sen jälkeen vielä pieniä muutoksia.

9.5 Aineiston käsittely ja analyysi

Vastaajilla oli 2 viikkoa aikaa vastata kyselylomakkeisiin, jonka jälkeen kyselylomakkeet haettiin pois. Muutama kyselylomake saatiin postitse palautuskirjekuorissa. Kyselylomakkeita vietiin yhteensä 32 kappaletta ja takaisin saatiin 28. Vastausprosentiksi tuli näin 87,5 prosenttia.

Kun vastaukset oli saatu, kyselylomakkeet numeroitiin. Vastaukset luettiin useaan kertaan kokonaiskuvan saamiseksi. Tulokset analysoitiin Tixel- taulukkolaskentaohjelman avulla. Tuloksista tehtiin taulukkolaskentaohjelman avulla matriisi ja ne analysoitiin tilastollisesti. Tulokset on esitetty prosentteina että frekvensseinä. Tuloksista muodostettiin 1-ulotteiset jakaumat, jotka ristiintaulukoitiin taustamuuttujien kanssa. Ristiintaulukoinnissa ei kuitenkaan tullut esille tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä. Tulokset on havainnollistettu kuvioilla.

Avoimet kysymykset analysoitiin laadullisena sisällönerittelyä ja niiden tuloksia on kuvattu sanallisesti. Lisäksi tulosten havainnollistamisessa on käytetty suoraa lainauksia. Avointen kysymysten vastauksista on etsitty analysointivaiheessa jotain aihetta, joka olisi noussut esille kaikissa vastauksissa. On pohdittu myös sitä, tukivatko vastaukset mahdollisesti strukturoitujen kysymysten vastauksia.

9.6 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointia

Opinnäytetyön tuloksiin liittyvän luotettavuuden arvioidaan olevan hyvä, koska kyseessä on kokonaistutkimus. Luotettavuutta saattaa heikentää, jos kysymyksiin vastataan epärehellisesti, niukasti tai jätetään vastaamatta. Luotettavuutta heikentää myös alhainen vastausprosentti. Luotettavuuteen on pyritty vaikuttamaan siten, että alan

kirjallisuuteen on perehdytty hyvin. Kyselylomakkeen huolellisella laadinnalla sekä kysymysten tarkalla suunnittelulla on myös pyritty vaikuttamaan luotettavuuteen (Hirsjärvi ym. 2005, 186–187).

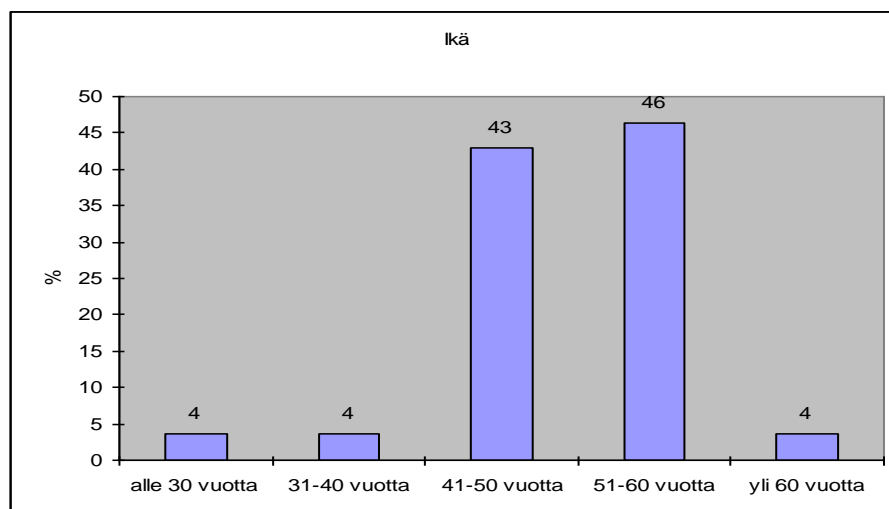
Opinnäytetyön aihe on arkaluontoinen ja vaikea. Perheväkivallan puheeksi ottaminen aiheena on ajankohtainen, mutta vähän tutkittu. On mahdollista, että jotkut terveydenhoitajat ovat voineet kokea tutkimuksen mittaavan heidän ammatillisuuttaan. Terveydenhoitajien osallistuminen tutkimukseen oli täysin vapaaehtoista. Kyselyyn vastattiin nimettömänä ja vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti. Vastaajan henkilöllisyys tai työpaikka ei paljastunut missään tutkimuksen vaiheessa.

10 TUKIMUSTULOKSET

10.1 Vastaajien taustatiedot

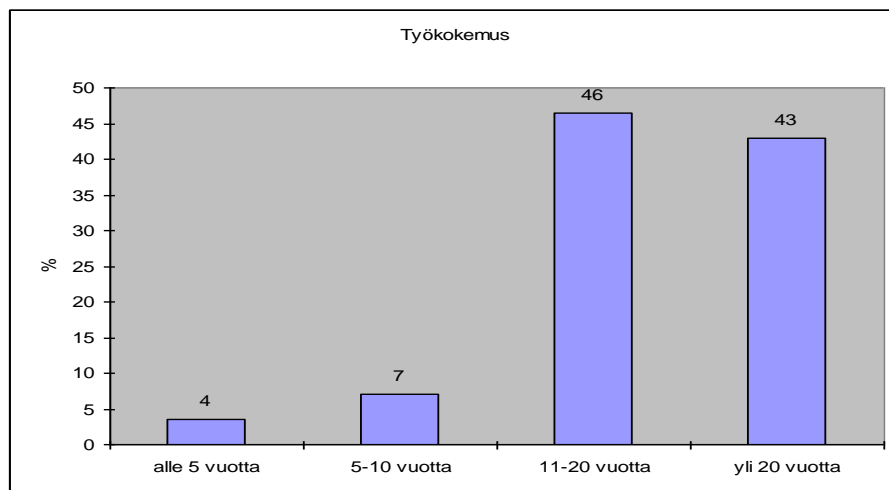
Kyselylomakkeet jaettiin kaikille Porin äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajille. Kyselylomakkeita vietiin yhteensä 32 kappaletta ja 28 terveydenhoitajaa palautti kyselylomakkeen. Näin ollen vastausprosentti oli 87,5 %.

Kaikki vastaajat olivat naisia. Valtaosa heistä oli iältään 41- 60 vuotiaita (Kuvio 1).



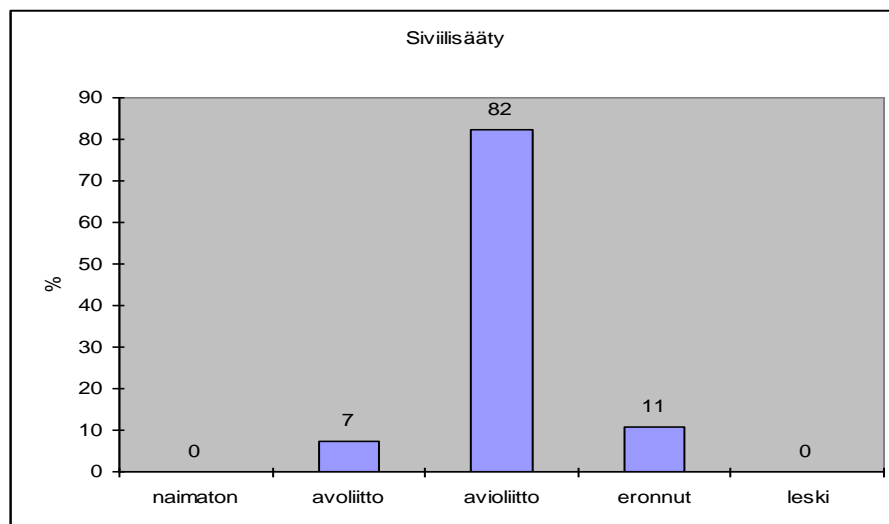
Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma (N=28).

Vastaajien valmistumisvuodet olivat jakaantuneet vuosien 1974 ja 2002 välille. Vastaajien keskimääräinen valmistumisvuosi oli 1987. Suurimmalla osalla vastaajista työkokemusta terveydenhoitajan työstä oli 11–20 vuotta sekä yli 20 vuotta (Kuvio 2).



Kuvio 2. Vastaajien työkokemus (N=28).

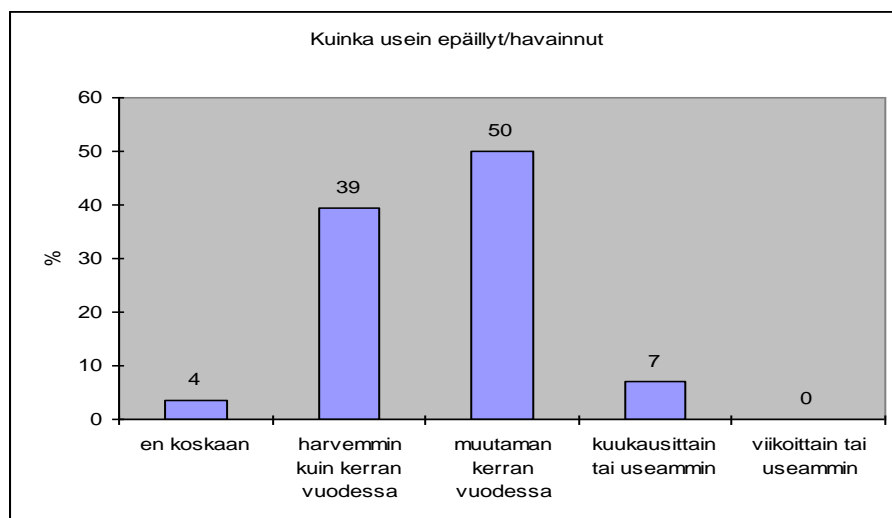
Suurin osa vastaajista, 82 % (n=23), oli avioliitossa, 7 % (n=2) avoliitossa ja 11 % (n=3) oli eronneita (Kuvio 3).



Kuvio 3. Vastaajien siviilisäätty (N=28).

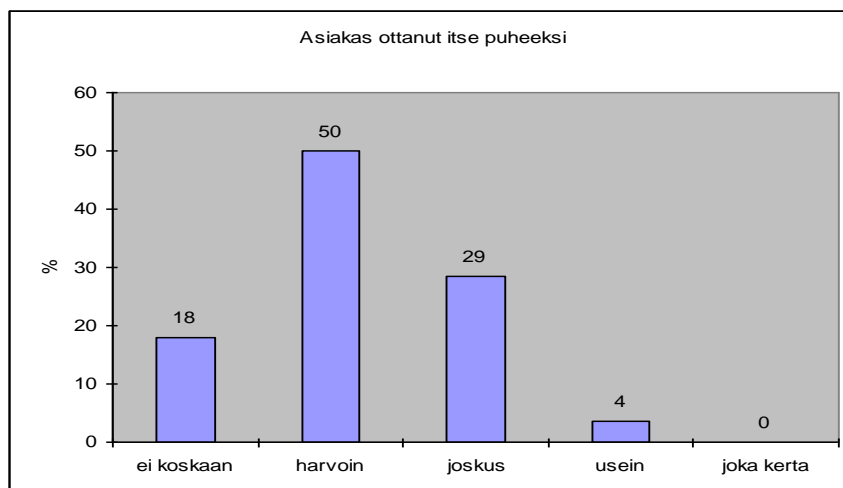
10.2 Perheväkivallan esiintyminen neuvolan vastaanotolla

Terveydenhoitajat saivat arvioida kuinka usein he ovat työssään epäilleet tai havainneet perheväkivaltaa. 50 % (n=14) vastaajista oli epäillyt tai havainnut perheväkivaltaa muutaman kerran vuodessa. 39 % (n=11) oli epäillyt tai havainnut harvemmin kuin kerran vuodessa, 7 % (n=2) kuukausittain tai useammin ja 4 % (n=1) ei ollut koskaan epäillyt tai havainnut perheväkivaltaa työssään (Kuvio 4).



Kuvio 4. Epäilyn tai havaitun perheväkivallan useus neuvolatyössä terveydenhoitajan näkökulmasta (N=28).

Puolet, 50 %, (n=14) vastaajista oli sitä mieltä, että asiakas ottaa harvoin itse puheeksi perheväkivallan neuvolakäynnillä. 29 % (n=8) oli sitä mieltä, että asiakas ottaa joskus itse puheeksi perheväkivallan. 18 % (n=5) oli sitä mieltä, ettei asiakas ota koskaan itse puheeksi ja 4 % (n=1) oli sitä mieltä, että asiakas ottaa usein itse puheeksi kokemansa perheväkivallan (Kuvio 5).



Kuvio 5. Perheväkivallan puheeksi ottamisen useus asiakkaan aloitteesta (N=28).

Terveystenhoitajat saivat kertoa omin sanoin, mitkä merkit viittaavat asiakkaan kokemaan perheväkivaltaan. Vastauksista nousi selkeästi tiettyjä merkkejä, kuten mustelmat, ruhjeet ja kuhmut. Asiakkaan olemus, kuten itkuisuus, apaattisuus, ahdistuneisuus, välttely ja pelokkuus viittasivat myös asiakkaan kokemaan väkivaltaan. Vastauksista nousi myös se, että puoliso on aina mukana neuvolakäynneillä, on dominoiva ja puhuu toisen puolison puolesta. Lapsen käytös voi vastaajien mielestä myös olla merkki perheessä tapahtuvasta väkivallasta.

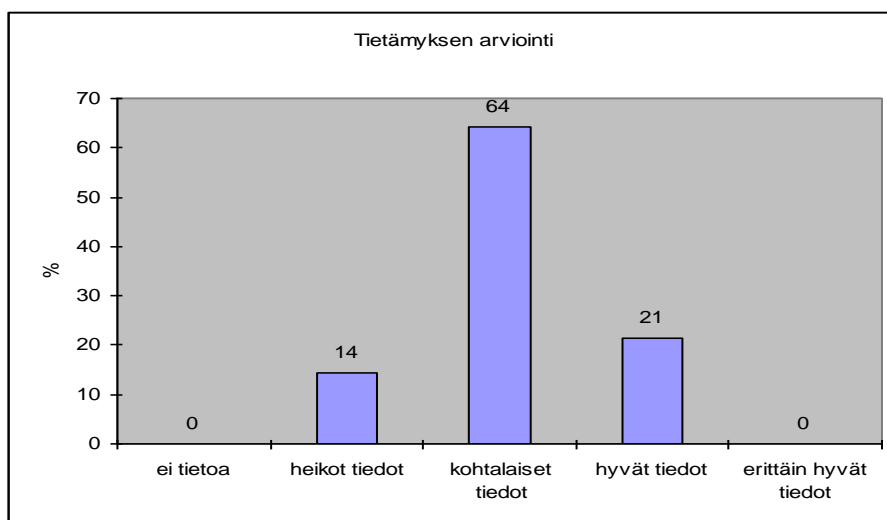
”Välttelevä, selittelevä käytös asiasta puhuttaessa, toisinaan myös kertomus ihanteellisesta täydellisestä suhteesta, kumppani aina mukana käynneillä, selvät väkivaltamerkit (mustelmat ym.).”

”Ulkoiset merkit, jää tulematta vastaanotolle, lasten oireilu.”

”Mahdolliset ulkoiset mustelmat, naarmut jne. Itkuisuus/välttelevyys. Keskustelussa voi tulla esille asioita, joista asian voi aavistaa tai on ainakin kysyttävä mistä jokin vastaus johtuu. Pikainen käynti esim. lastenneuvolassa, juuri mistään ei ehditä puhua ja puoliso on aina mukana. Näkee myös ettei toinen ole onnellinen, hyväntuulinen ja vapautunut.”

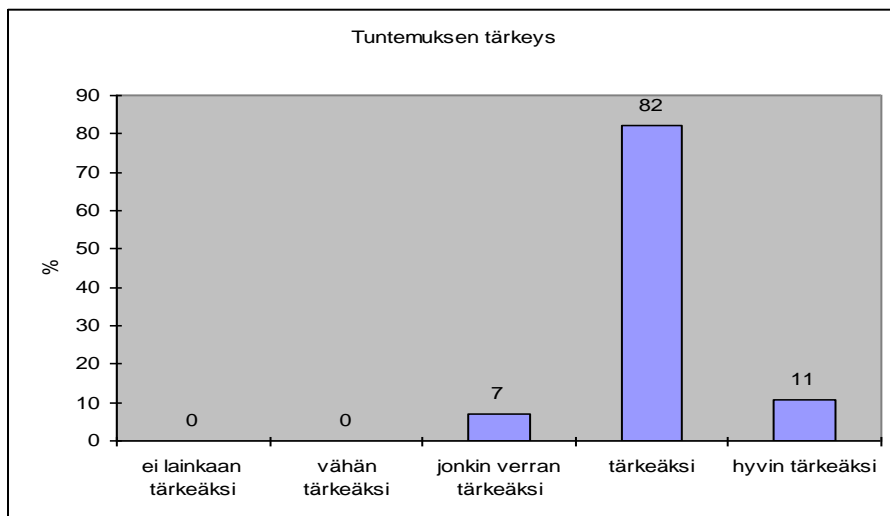
10.3 Terveydenhoitajien tietämys perheväkivallasta

Terveydenhoitajat saivat arvioida tietämystään perheväkivaltailmiöstä. Heistä 64 % (n=18) oli sitä mieltä, että heillä on kohtalaiset tiedot perheväkivaltailmiöstä. 21 % (n=6) oli sitä mieltä, että heillä on hyvät tiedot ja 14 % (n=4) oli sitä mieltä, että heillä on heikot tiedot perheväkivaltailmiöstä (Kuvio 6).



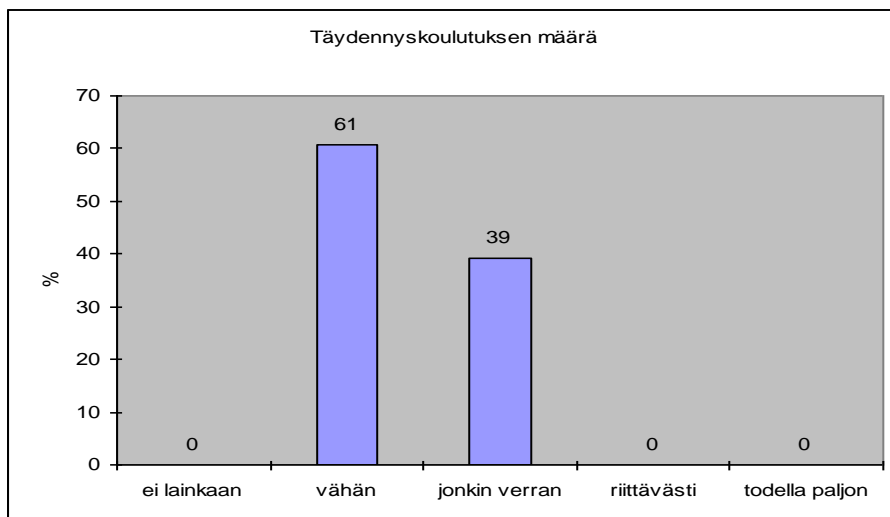
Kuvio 6. Vastaajien arviot perheväkivaltailmiön tietämyksestään (N=28).

Terveydenhoitajilta kysyttiin, kuinka tärkeäksi he arvioivat perheväkivaltatuntemuksen terveydenhoitajan työssä. Vastaajista 82 % (n=23) piti perheväkivaltatuntemusta tärkeänä. 11 % (n=3) piti tuntemusta erittäin tärkeänä ja 7 % (n=2) jonkin verran tärkeänä (Kuvio 7).



Kuvio 7. Perheväkivaltatuntemuksen tärkeys (N=28).

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että heille järjestetään liian vähän täydennyskoulutusta perheväkivallasta. 61 % (n=17) oli sitä mieltä, että täydennyskoulutusta järjestetään vähän ja 39 % (n=11) oli sitä mieltä, että jonkin verran (Kuvio 8).



Kuvio 8. Perheväkivaltaan liittyvän täydennyskoulutuksen määrä (N=28).

Terveydenhoitajilta kysyttiin, mitä perheväkivaltaa hoitavia palvelujärjestelmiä he tietävät Porin kaupungissa olevan. Porin Esikon turvakoti tuli hyvin esille lähes kaikilta terveydenhoitajilta. Vastauksista nousi myös esille, että neuvoloissa on käytössä perheväkivalta palveluhakemisto, joka sisältää 15 eri tahoa, jotka antavat apua ja hoitoa perheväkivallasta kärsiville.

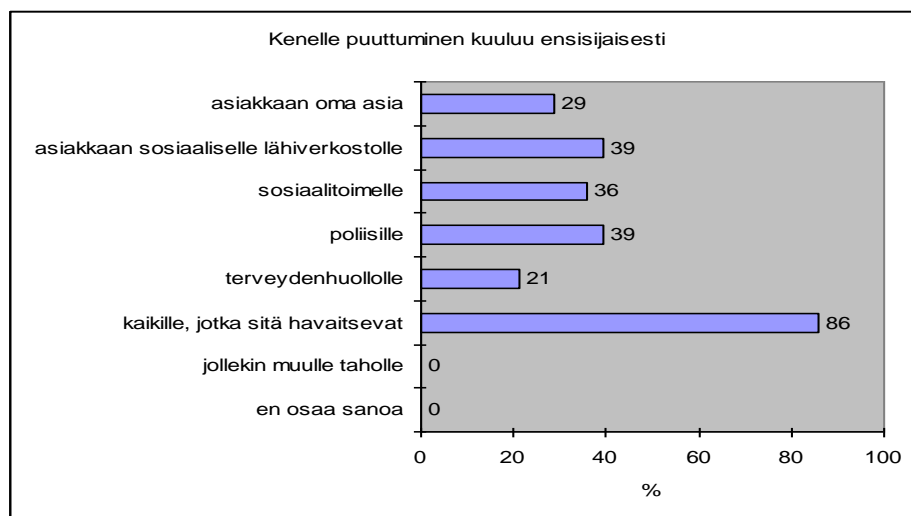
”Esikon turvakoti, lastensuojelu, perheasiain neuvottelukeskus, perheneuvola.”

”Esikko, poliisi, päihdepalvelut (A-klinikka), lastensuojelu, perheneuvola, perheasian neuvottelukeskus, sairaalat (tk ja sks) koulussa kuraattorit, oikeusaputoimisto, MLL.”

”Esikon turvakoti, Jussi-työ.”

”Meillä on neuvolla laadittu laaja yhteistyöverkostopaketti – siinä 15 erilaista tahoa!”

Terveydenhoitajat saivat arvioida kenelle perheväkivaltilanteisiin puuttuminen kuuluu ensisijaisesti yhteiskunnassa. Terveydenhoitajat saivat vastata useamman vastausvaihtoehdon. Suurin osa (86 %) vastaajista oli sitä mieltä, että puuttuminen kuuluu kaikille, jotka sitä havaitsevat. Vastaajista 39 % (n=11) näki perheväkivaltaan puuttumisen lähiverkoston ja poliisin tehtävänä ja 36 % (n=10) sosiaalitoimen tehtävänä. Vastaajista 29 % (n=8) oli sitä mieltä, että perheväkivalta on asiakkaan oma asia. Vastausvaihtoehdoista vähiten (21 %) perheväkivaltaan puuttuminen nähtiin terveydenhuollon tehtäväksi. (Kuvio 9)



Kuvio 9. Tahot, joille perheväkivaltilanteisiin puuttuminen kuuluu ensisijaisesti yhteiskunnassa terveydenhoitajien näkökulmasta (N=28, vastauksia 70).

10.4 Terveydenhoitajien keinot perheväkivallan puheeksi ottamiseen

Vastaajilta kysyttiin, miten he toimisivat, jos asiakaskäynnillä he epäilisivät asiakkaan kohdanneen väkivaltaa. Lähes kaikki vastaajat kysyisivät asiasta joko epäsuorilla tai suorilla kysymyksillä sekä ottaisivat perheväkivallan puheeksi. Osa vastaajista mainitsi, että käyttäisi perheväkivaltaseulalomaketta keskustelun apuna.

”Perheväkivaltakyselylomaketta voi käyttää apuna. Kysyn asiasta, mikäli asiakas on ilman puolisoaan/kumppaniaan vastaanotolla.”

”Kysyn suoraan, että kokemukseni mukaan perheväkivaltaa on paljon, ja onko hänellä sellaisia kokemuksia.”

”Kysyn perhetilanteesta, parisuhteen toimivuudesta ja myös suoraan väkivallasta, jos asiakas on neuvolassa yksin.”

”Yritän rohkaista asiakasta puhumaan asiasta.”

Vastaajilta kysyttiin, miten he toimisivat jos havaitsisivat asiakkaan kokeneen perheväkivaltaa. Valtaosa heistä kysyisi suoraan asiasta, keskustelisi ja ottaisi perheväkivallan puheeksi. Suuri osa vastaajista pyrki ohjaamaan asiakkaan jatkohoitoon. Osa vastaajista mietti asiakkaan kanssa yhdessä mikä jatkohoitopaikka olisi sopiva. Muutama vastaaja tekisi mahdollisesti lastensuojeluilmoituksen.

” Riippuu siitä onko kyseessä aikuinen vai lapsi. Tietysti mol. tilanteissa kartoitetaan tilanne keskustelemalla. Lapsen ollessa kyseessä mahd. lastensuojeluilmoitus.”

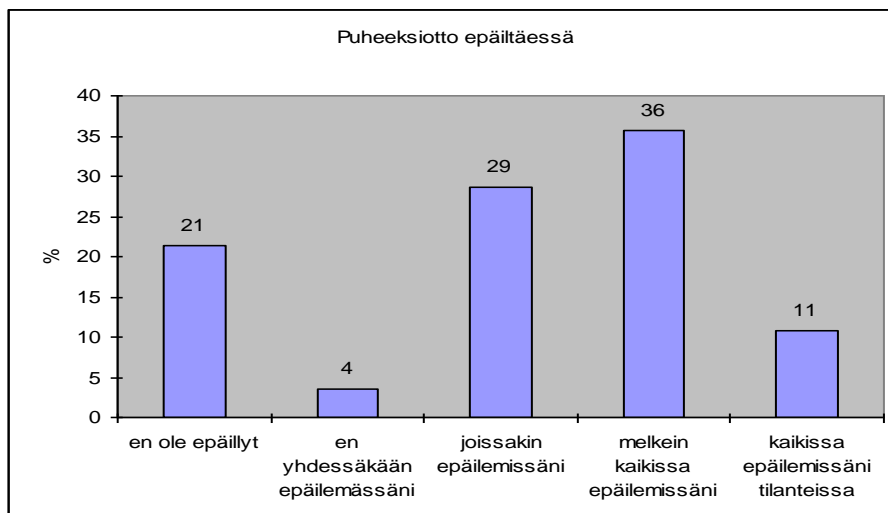
”Kerron eri vaihtoehdoista – miten voi hakea apua, asiakkaan kuuntelu tärkeää – hänen omat ajatuksensa ja voimansa hoitaa asiaa.”

”Haastattelu, ohjaus lääkärille, turvakotiin ym. paikkoihin, perheneuvolaan, kuuntelu ja tukeminen.”

”Suora kysymys, jos rohkeus riittää, tilanne on sellainen, että voi kysyä.”

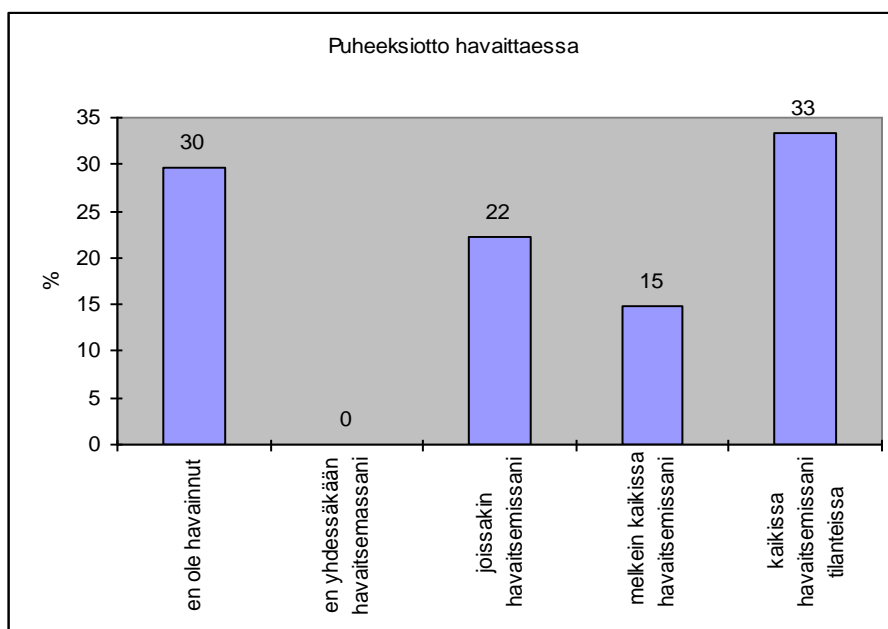
”Yritän jälleen saada ”varmuuden” tilanteeseen. Voin ilmoittaa oman epäilykseni asian suhteen ja yrittää selvittää tilannetta laajemmin, jos asiakas halukas ja tarjota apua esim. ohjaamalla eri toimipisteisiin tai tuoda esille eri vaihtoehtoja.”

Perheväkivaltaa epäiltäessä asiakaskäynnillä, 36 % (n=28) vastaajista oli ottanut perheväkivallan puheeksi melkein kaikissa epäilemissä tilanteissa. 11 % (n=3) oli ottanut kaikissa epäilemissä tilanteissa perheväkivallan puheeksi. 21 % (n=6) vastaajista ei ollut epäillyt ollenkaan perheväkivaltaa asiakaskäynneillä. 4 % (n=1) ei ollut ottanut perheväkivaltaa puheeksi yhdessäkään epäilemässä tilanteessa (Kuvio 10).



Kuvio 10. Perheväkivallan puheeksi ottaminen asiakaskäynnillä perheväkivaltaa epäiltäessä (N=28).

Perheväkivaltaa havaittaessa asiakaskäynnillä, 33 % (n=9) vastaajista ottaisi asian puheeksi kaikissa havaitsemisissa tilanteissa. 22 % (n=6) ottaisi joissakin havaitsemisissa tilanteissa asian puheeksi, 15 % (n=4) ottaisi melkein kaikissa havaitsemisissa tilanteissa puheeksi. 30 % (n=8) vastaajista ei ollut havainnut ollenkaan perheväkivaltaa asiakaskäynneillä (Kuvio 11).



Kuvio 11. Perheväkivallan puheeksi ottaminen asiakaskäynnillä perheväkivaltaa havaittaessa (N=27).

Vastaajat toivat esille syitä miksi epäilty/havaittu perheväkivallalta ei tule puheeksi neuvolan vastaanotolla. Yleisimpiä syitä olivat kiire, työntekijän tietojen ja taitojen riittämättömyys sekä asenteet, molempien puolisoiden läsnäolo vastaanotolla sekä vaikeus puhua väkivallasta. Osa vastaajista oli myös sitä mieltä, että asiakkaan pelko ja häpeä ovat myös syitä siihen, ettei perheväkivallalta tule puheeksi.

”Joskus on niin kiire, ettei ehdi, joskus jää vielä miettimään asiaa, ei aina niin helppoa kysyä.”

”Ehkä pelko ja työntekijän tietojen ja taitojen riittämättömyys.”

”Aikapula/kiire. Puolisot/kumppanit yhdessä vastaanotolla.”

”Jos mies on väkivaltainen ja on (lähes) aina mukana vo:lla, kontrolloi puolisonsa sanomisia tai puhuu hänen puolestaan. Tällöin on vaikeaa puhua asiasta jos tilanne on ahdistava kaikille osapuolille.”

”Omat resurssit vähäiset, tietopohja huonohko jatkotoimia ajatellen.”

”Omat asenteet (vaikea puhua), asiakas salaa (häpeä), ajan puute.”

Vastaajat saivat kertoa vapaasti mitä puheeksi ottaminen heidän mielestään tarkoittaa. Tässä muutamia vastauksia:

”Sanotaan ääneen se, mitä ajatellaan.”

”Asiasta keskustellaan; sen oikealla nimellä.”

”Kysymistä suoraan asiasta.”

”Asiasta keskustellaan – nostetaan ”kissa pöydälle” ”

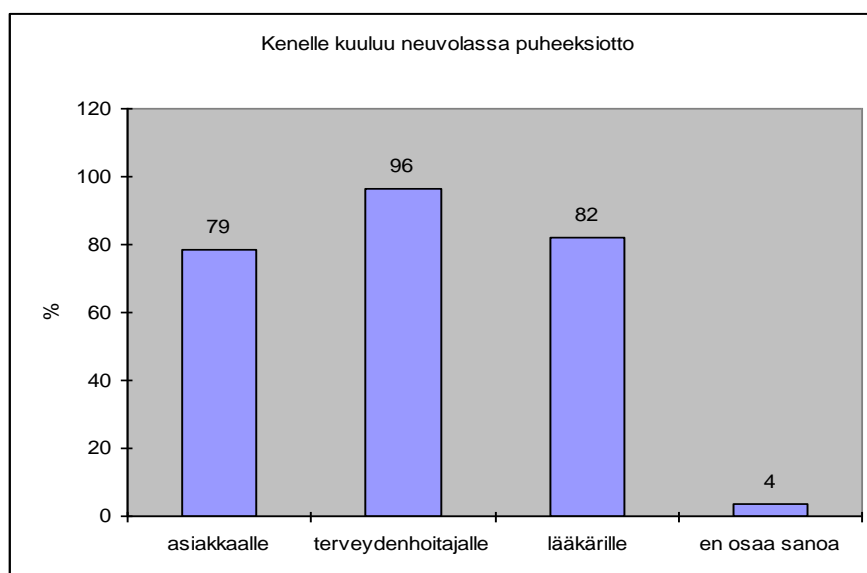
”Asian esille ottaminen kysymyksellä, huomioilla varovasti, ei syyttävää sävyä.”

”Kysytään suoraan, edellyttää jatkotoimenpiteitä jos väkivaltaa ilmenee.”

”Havaitusta vaikeasta asiasta tai huolesta kysytään.”

”Suora kysymys asiasta tai minusta tuntuu, että sinulla ei ole kaikki hyvin...”

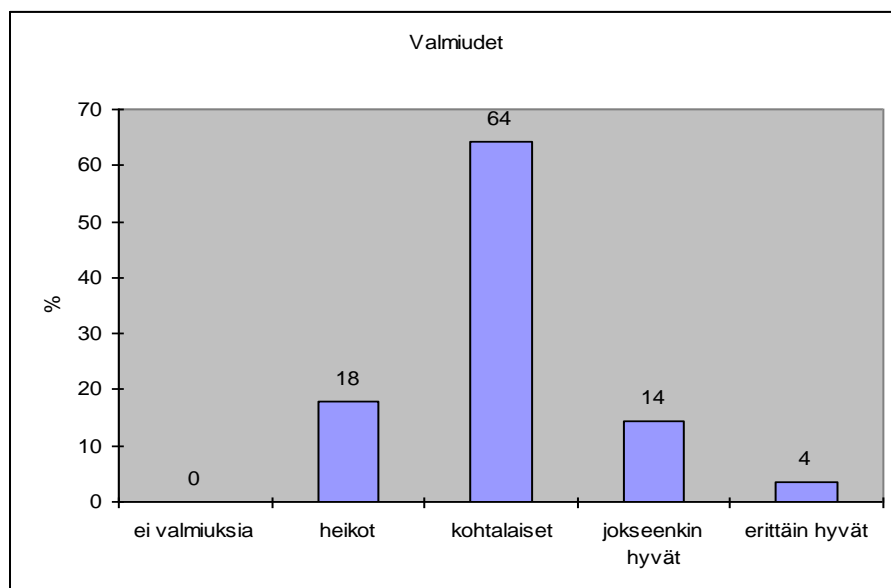
Vastaajilta kysyttiin kenelle perheväkivallan puheeksi ottaminen kuuluu neuvolan vastaanotolla. He saivat valita useamman vastausvaihtoehdon. 96 % (n=27) vastauksista oli annettu terveydenhoitajalle. 82 % (n=23) oli annettu lääkärille ja 79 % (n=22) asiakkaalle itselleen. Vain 4 % (n=1) ei osannut sanoa kenelle puheeksi ottaminen neuvolassa kuuluu (Kuvio 12).



Kuvio 12. Perheväkivallan puheeksi ottamisen tehtävä neuvolan vastaanotolla terveydenhoitajien näkökulmasta (N=28, vastauksia 73).

10.5 Terveystenhoitajien tuen tarve puheeksi ottamiseen

64 % (n=18) vastaajista oli sitä mieltä, että heillä on kohtalaiset valmiudet perheväkivallan puheeksi ottamiseen. 18 % (n=5) oli sitä mieltä, että heillä on heikot valmiudet ottaa perheväkivaltaa puheeksi. Vain 4 % (n=1) vastaajista tunsi omaavansa erittäin hyvät valmiudet puheeksi ottoon (Kuvio 13).



Kuvio 13. Vastaajien valmiudet perheväkivallan puheeksi ottamiseen (N=28).

Vastaajat kertoivat, mitkä asiat edistäisivät heidän valmiuksiaan perheväkivallan puheeksi ottamiseen. Vastauksista nousi selkeästi tietyt asiat, kuten koulutus, lisäaika neuvolakäynneille, yleiset toimintaohjeet ja selkeä hoitopolku, kokemus sekä perheväkivallan yleinen esille tuominen esimerkiksi mediassa, lehdissä, julisteissa ja esitteissä. Vastaajat toivoivat koulutusta siitä, mitä ja miten kysyä perheväkivallasta ja miten ohjata asiakas eteenpäin. Toivottiin myös lisätietoa tahoista, joihin asiakas voidaan ohjata.

”Selvä kaava miten toimia ja mihin lähettää.”

”Koulutus! Asiakkaan kanssa pitää ensin pystyä luomaan luottamuksellinen suhde, enne kuin näin vaikeaa asiaa voi lähteä käsittelemään.”

”Julkinen kirjoittelu lehdissä etenkin ilmaisjakelulehdissä sekä lapsiperheille suunnatuissa lehdissä. Julisteet neuvolassa ja vapaasti otettavissa olevat esitteet. Henkilökunnan koulutus. Lisäaikaa neuvolakäynteihin n. 1h/käynti. Selkeät jatkotoimenpiteet. Perhetyöntekijän saatavilla olo lasten ja uhrin tueksi ja th:n tueksi.”

”Koulutus, tutustuminen esim. turvakodin toimintaan, selkeä ”hoitopolku”.”

”Koulutus puheeksi ottamisesta/huolen puheeksi ottamisesta, harjoittelu puheeksi ottamisesta, tieto perheväkivallasta ilmiönä.”

”Koulutus ja se, että kysyy usealta (=tekee seuraa) → käytäntö opettaa.”

Vastaajat saivat kertoa, minkälaisia perheväkivaltatyön lisätaitoja he toivoisivat itselleen terveydenhoitajana. Vastaajat toivoivat eniten koulutusta, puheeksi ottamisen taitoa, tietoa ja taitoa ohjata asiakas eteenpäin sekä rohkeutta ja taitoa ottaa vaikeatkin asiat puheeksi. Osa vastaajista toivoi olevansa luottamuksellisia.

”Puheeksi ottamista. Kohtaamista.”

”Tietynlaista rohkeutta ottaa puheeksi vaikeatkin asiat.”

”Toivoisin olevani luottamuksen arvoinen, asiakkaankin mielestä, ja helposti lähestyttävä, asiakasta kuunteleva ja kunnioittava. Näitä taitoja voisoin aina kehittää lisää.”

”Ennakoivien merkkien tunnistaminen asiakkaassa.”

”Taitoja ja vinkkejä asian esille ottamisessa, käsittelyssä ja ohjaamisessa eteenpäin.”

”Koulutusta (tietoa perheväkivallan seuraamuksista ja puheeksi ottamisesta).”

Vastaajat saivat vielä arvioida, mikä auttaisi heitä saavuttamaan heidän toivomansa perheväkivaltatyön lisätaidot. Lisäkoulutus nousi lähes jokaisesta vastauksesta esille. Vastaajien mielestä myös kokemus sekä pidemmät neuvolakäyntiajat auttaisivat heitä saavuttamaan lisätaidot.

”Koulutus ja yhtenäiset käytännöt terv.huollossa.”

”Koulutuskin mutta kokemus paras.”

”Kokemus, pitää uskaltaa kysyä. Luottamuksellisen suhteen luomisessa tarvitaan sekä asiakas että hoitaja.”

”Ei olisi niin kiire työssä. Henkilökohtainen työnohjaus ja palaute. Into ja halu tehdä tätä työtä säilyisivät. Työnantaja arvostaisi työn laatua enemmän kuin asiakaskäyntimääriä. Koulutus.”

10.6 Vastaajien mielipiteitä aiheesta

Osa vastaajista oli sitä mieltä, että perheväkivalta on aiheena tärkeä, mutta haastava ja vaikea. Vastaajien mielestä aiheesta puhuminen vaatii hyvän asiakassuhteen ja molemminpuolisen luottamuksen. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, että koska perheväkivalta on aiheena vaikea, kaikki tapaukset eivät tule läheskään ilmi. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, että sijaisena oleminen hankaloittaa asioihin puuttumista.

”Aihe on haastava ja vaikea, se vaatii hyvän asiakassuhteen ja molemminpuolisen luottamuksen.”

”Tärkeä aihe, mutta samalla vaikea, joten kaikki tapaukset eivät tule läheskään ilmi.”

”Sijaisena ei tunne ihmisiä/as./perheitä niin hyvin, että osaisi puuttua erilaiseen käytökseen, toisaalta joskus asiakk. avautuvat vieraille paremmin, ei hävetä.”

”Asia on vaikea asiakkaillekin. Usein he kertovat väkivaltatilanteista vasta sen jälkeen kun ovat esim. eronneet väkivaltaisesta puolisostaan. Häpeä?”

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa Porin äitiys- ja lastenneuvoloissa tapahtuvasta perheväkivallan puheeksi ottamisesta. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten ja kuinka paljon näissä neuvoloissa perheväkivaltaa otetaan puheeksi. Tavoitteena oli myös saada tietoa siitä, mitkä asiat ovat syynä siihen, että perheväkivallasta ei aina kysytä neuvolan vastaanotolla. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä neuvolatyötä. Perheväkivaltaa tapahtuu paljon ja vain osa siitä tulee esille. Siksi koen tärkeäksi hyödyntää tutkimukseni tuloksia neuvolatyön kehittämisessä juuri perheväkivallan puheeksi ottamisen kohdalla.

Tutkimusongelmia oli neljä, jotka olivat: kuinka paljon perheväkivaltaa tulee terveydenhoitajien näkökulmasta esille asiakaskäynneillä, kokevatko terveydenhoitajat itsellään olevan riittävästi tietoa perheväkivaltailmiöstä ja eri auttamiskeinoista sosiaali- ja terveyshuollon verkostoissa, mitä keinoja terveydenhoitajilla on väkivallan puheeksi ottamisessa asiakaskäynneillä ja mitä tukea terveydenhoitajat tarvitsevat väkivallan puheeksi ottamisen tehostamiseksi neuvoloissa.

Tutkimustulosten perusteella voidaan sanoa, että suurin osa Porin äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajista on kokeneita, heillä on työkokemusta terveydenhoitajan työstä 11 vuodesta yli 20 vuoteen. Kaikki neuvoloiden terveydenhoitajat ovat naisia ja lähes kaikki ovat avioliitossa.

Terveydenhoitajien näkökulmasta perheväkivaltaa tulee esille Porin äitiys- ja lastenneuvoloissa vähän. 50 % (n=14) terveydenhoitajista epäilee tai havaitsee asiakkaan

kohdanneen perheväkivaltaa vain muutaman kerran vuodessa. Tilastojen mukaan perheväkivalta on lisääntynyt lähes joka vuosi (Heiskanen 2006, 14.), neuvoloissa terveydenhoitajat kuitenkin epäilevät ja havaitsevat perheväkivaltaa hyvin vähän. Tutkimuksen tulosten mukaan tietyt merkit viittaavat asiakkaan kokeneen perheväkivaltaa. Näitä merkkejä ovat fyysiset merkit, kuten mustelmat, ruhjeet ja kuhmut. Asiakkaan olemus, kuten apaattisuus, itkuisuus, ahdistuneisuus, välttely ja pelokkuus viittaavat myös koettuun väkivaltaan. Tämän opinnäytetyön teoriaosuus tukee näitä tuloksia. Terveydenhoitajien näkökulmasta perheväkivaltaa kokenut asiakas ottaa harvoin itse puheeksi väkivallan neuvolakäynnillä. Tämä tukee myös aikaisempien tutkimusten tuloksia, joiden mukaan asiakas puhuu harvoin perheväkivallasta äitiys- ja lastenneuvolassa (Kääriäinen 2006, 114).

Terveydenhoitajat kokevat, että heillä on kohtalaiset tiedot perheväkivaltailmiöstä, mutta voisivat tarvita lisää koulutusta aiheesta. Terveydenhoitajat kaipasivat koulutusta väkivallan aiheuttamista oireista, vammoista seuraamuksista sekä jatkohoitopaikoista. Täydennyskoulutusta perheväkivallasta järjestetään terveydenhoitajille vähän. Terveydenhoitajat kokevat, että perheväkivaltatuntemus on tärkeää terveydenhoitajan työssä. Terveydenhoitajat kokevat, että heillä on kohtalaiset tiedot myös erittämiskeinoista sosiaali- ja terveydenhuollon verkostoissa. Terveydenhoitajat ovat tietoisia Porin kaupungissa olevista perheväkivaltaa hoitavista palvelujärjestelmistä, mutta ovat kovin epävarmoja siitä, mihin niistä asiakas kuuluisi ohjata. Suurin osa terveydenhoitajista on sitä mieltä, että perheväkivaltatilanteisiin puuttuminen kuuluu ensisijaisesti kaikille niille, jotka sitä havaitsevat. Vain pieni osa terveydenhoitajista oli sitä mieltä, että se kuuluu terveydenhuollolle.

Terveydenhoitajat tietävät mitä puheeksi ottaminen tarkoittaa. Terveydenhoitajien mielestä perheväkivallan puheeksi ottaminen kuuluu neuvolan vastaanotolla terveydenhoitajalle. He olivat myös paljon sitä mieltä, että puheeksi ottaminen kuuluu ensisijaisesti asiakkaalle itselleen. Lähes kaikki neuvoloiden terveydenhoitajat ottaisivat perheväkivallan puheeksi tai kysyisivät asiasta, jos epäilevät tai havaitsevat asiakkaan kohdanneen väkivaltaa. Terveydenhoitajat ottavat perheväkivallan puheeksi kysymällä ja keskustelemalla asiasta sekä käyttämällä perheväkivaltaseulalomaketta keskustelun apuna.

Terveydenhoitajat kokevat, että heillä on kohtalaiset valmiudet perheväkivallan puheeksi ottamiseen. He tarvitsevat puheeksi ottamisen tehostamiseksi koulutusta, lisää aikaa neuvolakäynneille sekä selkeän hoitopolun väkivaltaa kokeneen asiakkaan auttamisessa. Terveydenhoitajat toivovat koulutusta puheeksi ottamisesta ja perheväkivaltaa hoitavista tahoista. He haluavat koulutusta siitä mitä ja miten perheväkivallasta voi kysyä ja miten ohjata asiakas eteenpäin.

12 POHDINTA

Tutkimuksen toteuttaminen onnistui mielestäni hyvin. Teorian kirjoittaminen ja kyselylomakkeen laadinta oli haastavaa, koska perheväkivalta ilmiönä ei ollut minulle tuttu. Tutustuin huolellisesti perheväkivallan teoriaan, ennen kuin aloin työstää teoriaosuutta sekä kyselylomaketta. Olen tyytyväinen korkeaan vastausprosenttiin (87,5 %) sekä siihen, että sain tutkimuksellani juuri sitä tietoa, mitä lähdin etsimään. Kysymykset oli ymmärretty oikein, joten kysymyksiin vastattiin oikeita asioita.

Tutkimuksen tuloksiin liittyvän luotettavuuden koen olevan hyvä, koska kyselylomake jaettiin kaikille Porin äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajalle. Korkea vastausprosentti (87,5 %) lisää luotettavuutta. Tulosten luotettavuutta lisää myös se, että kyselylomake oli laadittu huolellisesti ja sen kysymykset oli ymmärretty oikein. Näin kysymyksiin vastattiin oikeita asioita. Uskon myös, että terveydenhoitajat ovat vastanneet melko rehellisesti kysymyksiin, koska aihe on tärkeä. Kyselylomakkeeseen vastaaminen oli täysin vapaaehtoista eikä vastaajien nimet tai työpaikat tulleet missään tutkimuksen vaiheessa esille.

Jäin pohtimaan muutamien kysymysten vastauksia, jotka koskivat perheväkivallan puheeksi ottamista. Lähes kaikilla neuvoloiden terveydenhoitajilla oli yli 11 vuoden ja yli 20 vuoden työkokemus terveydenhoitajan työstä. Kuitenkin vain 50 % (n=14) terveydenhoitajista oli epäillyt tai havainnut perheväkivaltaa vain muutaman kerran vuodessa. Voiko olla totta, että perheväkivaltaa tulee neuvolan käynneillä niin vähän esille, vai eivätkö terveydenhoitajat vain halua tai uskalla nähdä sitä? Lähes kaikki terveydenhoitajat kertoivat, että ottaisivat epäillyn ja havaitun perheväkivallan pu-

heeksi. Toisen kysymyksen vastauksista kuitenkin ilmeni, että vain 11 % (n=3) terveydenhoitajista ottaisi epäillyn ja 33 % (n=9) havaitun perheväkivallan puheeksi. Vastausten ristiriitaisuus voi johtua siitä, että terveydenhoitajat ovat kertoneet miten ko. tilanteissa tulisi toimia oikein, mutta eivät ole itse aina ottaneet epäiltyä tai havaittua perheväkivaltaa puheeksi, syystä tai toisesta. Oli myös erikoista, että 21 % (=6) terveydenhoitajista ei ollut koskaan epäillyt ja 30 % (n=8) havainnut perheväkivaltaa neuvolan vastaanotolla. Jäin pohtimaan asian todenperäisyyttä. Minua mietitytti myös, se että terveydenhoitajat olivat vähiten sitä mieltä, että perheväkivaltatilanteisiin puuttuminen kuuluu ensisijaisesti terveydenhuollolle. Mielestäni juuri terveydenhuollolla on suuri rooli perheväkivaltatilanteisiin puuttumisessa, lähinnä puheeksi ottamisen ja eteenpäin ohjaamisen muodossa.

Tutkimukseni tuloksia voidaan hyödyntää monin tavoin. Työelämässä tuloksia voi hyödyntää neuvolatyön kehittämisessä. Tuloksista ilmenee, mitä asioita terveydenhoitajat tarvitsisivat perheväkivallan puheeksi ottamisen tehostamiseksi. Terveydenhoitajat tarvitsisivat muun muassa koulutusta perheväkivallasta, puheeksi ottamisesta ja perheväkivaltaa hoitavista tahoista. Terveydenhoitajat tarvitsisivat myös lisää aikaa asiakaskäynneille, jotta olisi aikaa keskustella asiakkaan kanssa ongelmien ilmaantumisessa. Nämä tutkimustulokset voisivat olla hyödyllisiä neuvolatyötä kehitettäessä.

Tuloksia voi hyödyntää myös terveydenhoitajan koulutuksessa. Koska tuloksista ilmeni, että terveydenhoitajilla on vain kohtalaiset tiedot perheväkivallasta ilmiönä, terveydenhoitajien koulutukseen voisi lisätä perheväkivaltaopintoja. Nämä opinnot lisääisivät tulevien terveydenhoitajien tietämystä perheväkivallasta, mikä olisi taas työelämässä hyvin tärkeää.

Tämän tutkimuksen pohjalta syntyi ajatus jatkotutkimuksesta. Jatkotutkimuksena voisi tutkia perheväkivallan puheeksi ottamista Porin lähikuntien äitiys- ja lastenneuvoloissa. Saatuja tutkimustuloksia voisi verrata tämän tutkimuksen tuloksiin ja pohtia niiden mahdollisten eriävyyksien syitä. Olisi mielenkiintoista tietää, kuinka paljon pienempien kuntien neuvoloissa tulee perheväkivaltatapauksia esille ja kuinka paljon siellä otetaan perheväkivaltaa puheeksi.

LÄHTEET

Eriksson, E. & Arnkil, T. 2005. Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hautamäki, J. 1997. Perheväkivalta. Käännekohta miehen elämässä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heiskanen, M. 2006. Katsaus muihin lähteisiin & Miesten naisille tekemän väkivallan kehitys ja kokonaiskuva. Teoksessa Piispa, M., Heiskanen, M., Kääriäinen, J. & Sirén, R. 2006. Naisiin kohdistunut väkivalta 2005. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos HEUNI, Publication Series No.51. Helsinki: Hakapaino Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelu teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holmberg, T. 2000. Lapset ja perheväkivalta. Opas vanhemmille, lastensuojelun ammattilaisille ja muille lasten kanssa työskenteleville. Stakes / Naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyprojekti. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Kahdenkeskinen puheeksiotto. Päähteetön pelikenttä. [Viitattu 21.2.2008.] Saatavissa:

<http://www.nuorisuomi.fi/paihteetonpelikentta/ppsuomi/Toimintamalleja/Puheeksiotto.html>

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 1996. Tutkimusmatka tiedon maailmaan. Opas opinnäytteen tekijälle. Ei painopaikkaa. Tampereen sosiaalialan oppilaitoksen julkaisusarja C.2. tarkistettu painos.

Kääriäinen, J. 2006. Väkivalta ja apuun turvautuminen. Teoksessa Piispa, M., Heiskanen, M., Kääriäinen, J. & Sirén, R. Naisiin kohdistunut väkivalta 2005. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos HEUNI, Publication Series No.51. Helsinki: Hakapaino Oy.

Lappi- Seppälä, T. 2006. Esipuhe. Teoksessa Piispa, M., Heiskanen, M., Kääriäinen, J. & Sirén, R. Naisiin kohdistunut väkivalta 2005. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos HEUNI, Publication Series No.51. Helsinki: Hakapaino Oy.

Lastenneuvolan laatutyöryhmä. Pori. Perheväkivaltaseulalomakkeen kyselytulokset. 2007.

Lastenneuvolaopas. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 21.2.2008.] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=lno

Lehtonen, A., Perttu, S. 1999. Naisiin kohdistuva väkivalta. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Tiitinen, A. 2007. Äitiysneuvolaseuranta. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 8.5.2008.] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/lillukka.samk.fi/ltk/ltk.koti?>

Nainen tarvitsee tukea päästäkseen irti väkivallasta. Satakunnan kansa 3.12.2007, s.8.

Nyqvist, L. 2001. Väkivaltainen parisuhde, asiakkuus ja muutos. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 28. Turku: Painosalama Oy.

Ojuri, A. 2004. Väkivalta naisen elämän varjona. Tutkimus parisuhdeväkivaltaa kokeneiden naisten elämäntilasta ja selviytymisestä. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan julkaisu n:o 77. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.

Ojuri, A. 2006. Parisuhdeväkivalta ja turvakotien naistyö. Teoksessa Perhe- ja lähisuhdeväkivalta. Auttamisen käytäntöjä. Ensi- ja turvakotien liitto ry. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Oranen, M. 2004. Lapsi ja perheväkivalta. Teoksessa Söderholm, A., Halila, R., Kivitie-Kallio, S., Metsola, J. & Niemi, S. (toim.) Lapsen kaltoinkohtelu. Keuruu: Ota- van Kirjapaino Oy. s. 128-152.

Oranen, M. 2001. Perheväkivallan varjossa. Raportti lapsikeskeisen työn kehittämistä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 30. Helsinki: Nykypaino Oy.

Oranen, M. & Keränen, E. 2006. Lasten auttaminen. Teoksessa Perhe- ja lähisuhdeväkivalta. Auttamisen keinoja. Ensi- ja turvakotien liitto ry. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Piispa, M. 2006. Parisuhdeväkivalta. Teoksessa Piispa, M., Heiskanen, M., Kääriäinen, J. & Sirén, R. Naisiin kohdistunut väkivalta 2005. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos HEUNI, Publication Series No. 51. Helsinki: Hakapaino Oy.

Saarinen, A. 2002. Lapsen kanssa pahaa päin – turvakodin lapsikeskeisyyttä kehittävän Lapsen aika- projektin arviointia Porin Esikon turvakodissa. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu, Pori.

Saarinen, A. 2008. Toiminnanjohtaja, Ensi- ja turvakoti. Pori, henkilökohtainen tiedonanto. 17.2.2008.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Huolen vyöhykkeistö. [Viitattu 20.2.2008.] Saatavissa: <http://info.stakes.fi/verkostomenetelmat/FI/vyohykkeisto/index.htm>

Säävälä, H., Pohjoisvirta, R., Keinänen, E. & Salonen, S. Oulun ensi- ja turvakoti ry. 2006. Mies varikolle. Apua lähisuhdeväkivaltaan. Oulu: Kalevaprint Oy.

Uotila, J. 2007. Äitiysneuvolatarkastukset ja neuvolassa annettu hoito. Teoksessa Lääkäriin käsikirja. [Viitattu 8.5.2008.] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/lillukka.samk.fi/ltk/ltk.koti?>

EI HUOLTA 1	PIENI HUOLI 2		HUOLEN HARMAA VYÖHYKE 4		SUURI HUOLI 6	
	3	5	6	7		
Ei huolta lainkaan.	Pieni huoli tai ihmettely käynyt mielessä; luottamus omiin mahdollisuuksiin vahva.	Huoli tai ihmettely käynyt toistuvasti mielessä; luottamus omiin mahdollisuuksiin heikkenee.	Huoli kasvaa; luottamus omiin mahdollisuuksiin heikkenee.	Huoli tuntuva; omat voimavarat ehtymässä. Selvästi koettu	Huolta paljon ja jatkuvasti: lapsi/nuori vaarassa. Omat keinot loppumassa	Huoli erittäin suuri: lapsi/nuori välittömässä vaarassa. Omat keinot lopussa.
			Mielessä toivomus lisävoimavaroista ja kontrolliin* lisäämisestä	lisävoimavarojen ja kontrollin lisäämisen tarve.	Lisävoimavaroja ja kontrollia saatava mukaan heti	Muutos lapsen tilanteeseen saatava heti

* kontrollilla tarkoitetaan tilanteen hallinnan lisäämistä rajoittamalla jotakin epätoivottavaa asiaa esim. päihteiden käyttöä