



Mia Riekkinen ja Reetta Rupponen

Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitotyön tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

15.5.2023

Tekijä	Mia Riekkinen Reetta Rupponen
Otsikko	Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen
Sivumäärä	32 sivua + 2 liitettä
Aika	15.5.2023
Tutkinto	Sairaanhoidtaja (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Sairaanhoidtojen tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	Lehtori Marianne Sipilä
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitä menetelmiä terveydenhuollossa käytetään lähisuhdeväkivallan tunnistamiseksi, mitkä tekijät heikentävät tunnistamista ja mitkä tekijät edistävät tunnistamista. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on lisätä sairaanhoitajien osaamista lähisuhdeväkivallan uhrin tunnistamisesta ja lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamisesta.</p> <p>Tämä opinnäytetyö on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineisto katsaukseen on haettu tutkimuskysymysten pohjalta CINAHL Complete (EBSCO) sekä ProQuest Central tietokannoista. Valitut tutkimukset (n=10) analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Asetimme yhteensä kolme tutkimuskysymystä, joihin haimme analyysissä vastauksia. Yhteensä alaluokkia muodostui kolmekymmentäkahdeksan (n=38), yläluokkia kymmenen (n=10) ja pääluokkia yhteensä viisi (n=5). Analyysin avulla kerätystä aineistosta muodostettiin synteesi.</p> <p>Opinnäytetyön keskeisimpinä tuloksina ilmenee, että nopea pääsy seulontatyökaluihin ja niiden helppo saatavuus edistävät lähisuhdeväkivallan seulontaa. Käytetyimpiä interventiota tuloksien mukaan ovat lähisuhdeväkivallan puheeksi otto, kuunteleminen, potilaan ohjaus eteenpäin sekä tiedon tarjoaminen. Lähisuhdeväkivallan tunnistamista heikentää riittämätön koulutus ja perehdytys. Seulontaprosessi heikkenee toimintamallien ja kirjallisten ohjeiden puuttuessa. Seulontaa ja tunnistamista heikentää myös ajan puute, riittämätön osaaminen ja tietämättömyys seulontatyökaluista. Lähisuhdeväkivallan tunnistamisessa koulutus on tärkeässä asemassa. Koulutus parantaa tietämystä lähisuhdeväkivallasta, lisää lähisuhdeväkivallan seulontaa ja vahvistaa tunnistamista. Henkilöstön asenteilla on vaikutusta lähisuhdeväkivallan seulontaan ja uhrin tunnistamiseen. Moniammatillinen yhteistyö ja yhteneväiset toimintamallit edistävät lähisuhdeväkivallan seulontaa ja tunnistamista.</p> <p>Terveydenhuollossa lähisuhdeväkivallan tunnistamista sekä seulontaa tulee vahvistaa, sillä lähisuhdeväkivallan aiheuttaessa uhrille pitkäkestoisia terveysvaikutuksia, aiheuttaa tämä muun muassa tavanomaista enemmän terveyspalveluiden käyttöä ja terveystaloudellisten kustannusten kasvamista. Tunnistaminen edellyttää puheeksi ottoa, sillä väkivallasta koituneet seuraukset ovat merkittäviä niin yksilön kuin yhteiskunnan tasolla. Puuttumiskynnystä tuleekin madaltaa uhrien ja heidän perheidensä auttamiseksi. Terveydenhuollon eri portaissa tapahtuva systemaattinen, tehokas ja toistuva seulonta on perusteltua sekä taloudellisesta että inhimillisestä näkökulmasta.</p>	
Avainsanat	Lähisuhdeväkivalta, tunnistaminen, puheeksi otto

Author	Mia Riekkinen Reetta Rupponen
Title	Recognizing domestic violence
Number of Pages	32 pages + 2 appendices
Date	15.5.2023
Degree	Bachelor of Nursing
Degree Programme	Nursing and Health Care
Instructors	Marianne Sipilä, Lecturer
<p>The purpose of this thesis is to investigate the methods used in healthcare to identify domestic violence, the factors that weaken identification, and the factors that promote it. The objective of this thesis is to increase the knowledge of nurses in identifying domestic violence victims and discussing domestic violence.</p> <p>This thesis was conducted as a descriptive literature review. The material was gathered from CINAHL Complete (EBSCO) and ProQuest Central databases, based on the research questions. Ten selected studies were analyzed using inductive content analysis. We formulated three research questions and obtained 38 subcategories, 10 main categories, and 5 main themes. A synthesis was created from the collected data.</p> <p>The key results of the thesis show that rapid access to screening tools and their easy availability promote the screening of domestic violence. The most used interventions, according to the results, are discussing domestic violence, listening, guiding the patient forward, and providing information. Insufficient training and orientation weaken the identification of domestic violence. The screening process weakens in the absence of models and written instructions. Time constraints, lack of expertise, and unawareness of screening tools also weaken screening and identification of domestic violence. Training is crucial for identifying domestic violence. It enhances knowledge of domestic violence, increases screening, and strengthens identification. Attitudes of the personnel have an impact on screening and victim identification. Multidisciplinary cooperation and consistent models promote domestic violence screening and identification.</p> <p>In healthcare, the screening and identification of domestic violence should be strengthened. Since domestic violence can cause long-term health effects for the victim, such as a higher use of health services and increased healthcare costs, it is important to identify and intervene. The consequences of violence are significant both at the individual and societal levels, so the threshold for intervention should be lowered to help victims and their families. Systematic, efficient, and repetitive screening at different levels of healthcare is justified from both an economic and human perspective.</p>	
Keywords	Domestic violence, identifying, initiating a conversation

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettiset lähtökohdat	2
2.1	Lähisuhdeväkivalta	2
2.2	Lähisuhdeväkivallan ilmeneminen ja vaikutukset terveyteen	3
2.3	Tunnistaminen	4
2.4	Interventiot	7
3	Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	9
4	Menetelmät	9
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	9
4.2	Aineiston haku ja valinta	10
4.3	Aineiston analyysi	12
5	Tulokset	15
5.1	Lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen käytetyt menetelmät	15
5.1.1	Seulonta tunnistamisen menetelmänä	16
5.1.2	Tunnistamisen interventiot	16
5.2	Lähisuhdeväkivallan tunnistamista heikentävät tekijät	17
5.2.1	Tekijän suojelu	17
5.2.2	Puutteellinen tietämys	18
5.2.3	Epävarmuudet ja ennakkoluulot	19
5.2.4	Toimintamallien puuttuminen	19
5.3	Lähisuhdeväkivallan tunnistamista vahvistavat tekijät	21
5.3.1	Koulutus	21
5.3.2	Myönteinen asenne seulomiseen	22
5.3.3	Organisaation yhtenäiset toimintaohjeet	22
5.3.4	Moniammatillinen yhteistyö	23
6	Pohdinta	23
6.1	Tulosten tarkastelu	23
6.1.1	Lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen käytetyt menetelmät	23
6.1.2	Lähisuhdeväkivallan tunnistamista heikentävät tekijät	24
6.1.3	Lähisuhdeväkivallan tunnistamista vahvistavat tekijät	25
6.2	Luotettavuus	25
6.3	Eettisyys	26
6.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	27

Liitteet

Liite 1. Tiedonhakupöytä

Liite 2. Artikkelitaulukko

1 Johdanto

Maailmanterveysjärjestön WHO:n mukaan lähisuhdeväkivalta on yksi yleisimmistä väkivallan muodoista. Tämän lisäksi lähisuhdeväkivalta tunnustetaan maailmanlaajuisesti kansanterveysongelmaksi, joka vaikuttaa perheiden, lasten sekä yhteisöjen terveyteen ja hyvinvointiin (Walls & Drape 2021). Maailmanlaajuisesti arvioidaan, että jopa kolmannes kaikista naisista on kokenut tai todennäköisesti kokee lähisuhdeväkivaltaa elämänsä aikana (Bradbury-Jones & Clark 2016). Lähisuhdeväkivaltaa esiintyy kaikissa ympäristöissä sekä kaikissa sosioekonomisissa, uskonnollisissa ja kulttuurillisissa ryhmissä (World Health Organization 2012). Sairaanhoitajat ja muut terveydenhuollon ammattilaiset ovat usein ensimmäinen kontaktipiste lähisuhdeväkivallan uhreille ja tutkimukset osoittavat, että lähisuhdeväkivallan uhrit käyttävät muuhun väestöön verrattuna enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Lähisuhdeväkivallan uhrien on arvioitu kokevan noin 50 kaltoinkohtelutapausta ennen avun hakemista. (Walls & Drape 2021; Keynejad ym. 2021.) Lukuisat terveydenhuollon ammattijärjestöt suosittelevat kaikkien naisten seulontaa lähisuhdeväkivallan varalta ja Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on suositellut lähisuhdeväkivallan systemaattista kartoitusta jokaisessa sosiaali- ja terveystaloudessa osana asiakkaan perustilanteen kartoittamista. WHO:n terveydenhuollon asiantuntijaryhmä suosittelee rutiininomaista kysymistä etenkin mahdollisten lähisuhdeväkivallan oireiden ilmetessä. (Cavner 2019; Siukola 2016: 29.) Viimeaikaiset viranomaispalvelut kuitenkin osoittavat, että nykyisellään palvelujärjestelmässä ei kyetä riittävän tehokkaasti tunnistamaan ja puuttumaan lähisuhdeväkivaltaan. Ja siitä huolimatta, että tilanteet tunnistettaisiin, mahdollisuudet tukemiseen eivät ole riittävät. (Siukola 2014: 18.)

Sairaanhoitajilla ja muilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus tunnistaa ja puuttua kaikkiin tapauksiin, joissa henkilöllä on riski lähisuhdeväkivallan kokemiseen. Heidän tulee myös osata tunnistaa lähisuhdeväkivallan merkit ja tiedettävä, miten käsitellä ilmennyttä lähisuhdeväkivaltaa ja siihen liittyviä huolenaiheita, sekä osattava ohjata perheet tuen piiriin. (Walls & Drape 2021.)

Tässä opinnäytetyössä tarkastelemme lähisuhdeväkivallan tunnistamisessa käytettyjä interventioita sekä erilaisia tekijöitä, jotka vaikuttavat heikentävästi ja vahvistavasti lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen.

2 Teoreettiset lähtökohdat

2.1 Lähisuhdeväkivalta

Lähisuhdeväkivalta voidaan määritellä sellaiseksi käytökseksi, jolla pyritään ylläpitämään tai saavuttamaan valtaa sekä kontrollia läheisestä ihmisestä (Kelly & Johnson 2008). Lähisuhdeväkivallassa väkivallan tekijä ja sen uhri ovat tai ovat olleet läheisessä suhteessa ja tyypillistä on, että koko lähipiiri altistuu väkivallan vaikutuksille (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2022a). Lähisuhdeväkivalta voi kohdistua muun muassa tekijän entiseen tai nykyiseen kumppaniin, lähisukulaiseen, lapseen tai muuhun läheiseen ihmiseen (Ensi- ja turvakotien liitto). Lähisuhdeväkivaltaa ilmenee useissa muodoissa ja sitä esiintyy useissa eri yhteyksissä. Lähisuhdeväkivallalla on suoria sekä epäsuoria vaikutuksia niin fyysiselle kuin psyykkiselle terveydelle. (Leppäkoski & Åstedt-Kurki & Paavilainen 2010.) Lähisuhdeväkivallan uhriksi voi joutua kuka tahansa rotuun, ikään, seksuaaliseen suuntautumiseen, uskontoon tai sukupuoleen katsomatta. Lähisuhdeväkivaltaa ilmenee kaikissa sosiaaliekonomissa asemissa ja koulutustasosta riippumatta. (United Nations.)

Lähisuhdeväkivallan muotoja ovat fyysinen väkivalta, henkinen väkivalta, seksuaalinen väkivalta, taloudellinen väkivalta, kaltoinkohtelu tai laiminlyönti sekä kulttuurinen tai uskonnollinen väkivalta (Siukola 2014: 11). Lähisuhdeväkivalta voidaan jaotella eri tavoilla sen mukaisesti, millaista väkivalta on tai miten se kohdistuu uhriin. Tässä opinäytetyössä keskitymme tarkastelemaan fyysistä väkivaltaa ja sen tunnistamista sairaanhoitajana.

Fyysisellä väkivallalla tarkoitetaan sellaista väkivaltaa, jolla yritetään aiheuttaa tai aiheutetaan toiselle kipua tai fyysinen vamma. Fyysisellä väkivallalla voidaan pyrkiä fyysisen kivun aiheuttamisen ohella rajaamaan toisen itsemääräämisoikeutta. (Physical violence.) Lähisuhdeväkivalta voi olla muodoltaan fyysistä, mutta kaikilla parisuhdeväkivallan uhreilla ei ole selviä fyysisiä vammoja hoitoon hakeutuessaan. Fyysistä väkivaltaa on muun muassa lyöminen, potkiminen, raapiminen, töniminen, ravistelu, pään hakkaaminen, ampuma- tai teräaseen käyttö sekä väkivallalla uhkailu. (Siukola 2014: 11.)

2.2 Lähisuhdeväkivallan ilmeneminen ja vaikutukset terveyteen

Lähisuhdeväkivalta vaikuttaa fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen niin suorasti kuin epäsuorasti. Suoria seurauksia on muun muassa erilaiset vammat ja epäsuorina seurauksina ilmenee esimerkiksi pitkittyneen stressin seurauksena syntyneet krooniset terveysongelmat. Nykytutkimusten valossa on todettu, että väkivallan seuraukset voivat jatkua pitkään väkivallan loppumisen jälkeenkin. Mitä vakavampaa koettu väkivalta on ollut, sitä suuremmat seuraukset sillä on niin fyysiseen kuin psyykkiseen terveyteen, ja ajan saatossa erilaisen koetun väkivallan vaikutukset kumuloituvat. (World Health Organization 2012: 5.) Lähisuhdeväkivallan seuraukset ovat laajat ja ulottuvat usealle terveyden osa-alueelle.

Fyysiset oireet voivat olla seurausta sekä fyysisestä että psyykkisestä väkivallasta. Näihin lukeutuu muun muassa krooniset kivut, päänsärky, masennus, vatsaongelmat sekä päihteiden käyttö. Fyysisestä väkivallasta aiheutuneiden pään, kaulan ja kasvojen alueen vammojen yhteys lähisuhdeväkivaltaan on merkittävä, mikäli muuta syytä ei ole todennettavissa (Siukola 2014: 11–12). On huomioitava, että myös potilaan krooniset terveysongelmat voivat olla seurausta lähisuhdeväkivallasta ja, että tyypillinen seuraus lähisuhdeväkivallasta ovat sairaudet, joihin ei ole selkeää lääketieteellistä selitystä (Siukola 2014: 12; World Health Organization 2012: 5). Muita fyysisen väkivallan seurauksia ovat muun muassa haavat, ruhjeet, mustelmat, murtumat, palovammat sekä aivotärähdykset.

Lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden keskuudessa ahdistuneisuus, itsemurha-ajatukset ja itsemurhayritykset ovat merkittävästi korkeammat verrattuna niihin, jotka eivät ole kokeneet fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa. Lähisuhdeväkivallan seurauksiin on myös liitetty muun muassa alkoholin ja huumeiden väärinkäyttö, huono itsetunto, syömis- ja unihäiriöt, traumaperäinen stressihäiriö sekä itsensä vahingoittaminen (World Health Organization 2012: 5–6). Lähisuhdeväkivalta aiheuttaa uhrille myös henkisiä seurauksia. Näihin lukeutuu muun muassa ahdistuneisuus, viha, pelko, häpeä ja masennus (Kero & Nyqvist & Rautio & Puuronen 2019).

Lähisuhdeväkivalta voi aiheuttaa myös lukuisia haitallisia vaikutuksia seksuaali- ja lisääntymisterveydelle. Näihin lukeutuu muun muassa tahaton ja epähaluttu raskaus, erilaiset seksitaudit, abortti, raskauteen liittyvät komplikaatiot ja virtsatieinfektiot (World Health Organization 2012: 6). Lisäksi lähisuhdeväkivallan uhreilla voi ilmetä kudostahdistus, yhäntäkipuja ja pitkäaikaisia vatsakipuja (Kero ym. 2019). Väkivallan kohdistu-

essa raskaana olevaan naiseen, voi myös sikiö altistua väkivallalle. Väkivalta voi vaikuttaa esimerkiksi sikiön terveyteen, sikiövaurioihin, keskenmenoon tai ennenaikaiseen synnytykseen. (Siukola 2014: 12.)

2.3 Tunnistaminen

Tässä opinnäytetyössä tunnistamisella tarkoitetaan lähisuhdeväkivallan puheeksi ottoa ja interventioita. Jokaisen sairaanhoitajan tulee osata tunnistaa lähisuhdeväkivaltaa ja reagoida siihen asianmukaisesti. Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on suosittelut lähisuhdeväkivallan systemaattista kartoitusta jokaisessa sosiaali- ja terveystalossa osana asiakkaan perustilanteen kartoittamista. WHO:n terveydenhuollon asiantuntijaryhmä suosittelee rutiininomaista kysymistä etenkin mahdollisten lähisuhdeväkivallan oireiden ilmetessä. (Siukola 2016: 29.) Suosituksista huolimatta suuri osa terveydenhuollon työntekijöistä on ilmoittanut, ettei tätä suositusta noudateta (Cavner 2019). Suuri osa koetusta lähisuhdeväkivallasta on myös vaikeaa havaita, sillä välttämättä uhri itsekään ei koe joutuneensa lähisuhdeväkivallan uhriksi (Bradbury-Jones & Clark 2016).

Lähisuhdeväkivallan uhrien saaminen avun piiriin keskittyy pääosin lähisuhdeväkivallan seulomiseen. Tällä tarkoitetaan standardoitujen protokollien käyttöä väkivallasta kysyttäessä. Menetelmä perustuu sille oletukselle, että lähisuhdeväkivallan uhri myöntää tapahtuneen väkivallan, vaikka tutkimusten valossa suuri osa uhreista ei myönnä tapahtunutta väkivaltaa edes käytettäessä parhaita mahdollisia seulontatyökaluja. (McKay & Kan & Landwehr & Miller 2021.) Seulontatyökalujen ja interventioiden käytön lisäksi tunnistaminen edellyttää sairaanhoitajalta kykyä ja osaamista luoda turvallinen, tuomittamaton ja empaattinen ympäristö asiasta puhumiseksi ja uhrin häpeän lievittämiseksi. Tieto siitä, että prosessi etenee uhrin ehdoilla ja tahdissa voivat helpottaa tapahtuneen väkivallan tunnustamista. (Lynch & Stone & Victoire 2022.) Yleisesti uhrin haluavat, että mahdollisesta lähisuhdeväkivallasta kysytään ja kannattavat systemaattista kysymistä ja kartoittamista. Tämä ei kuitenkaan aina johda väkivallan paljastumiseen. Sillä, missä vaiheessa uhri on muutosvaihemallia, voi olla vaikutusta lähisuhdeväkivallan myöntämiseen. Muutosvaihemallin vaiheisiin kuuluu esipohdinta-, pohdinta-, valmistautumis-, toteutus- ja ylläpitovaihe. (Keynejad ym. 2021; Siukola 2011: 31.) Näin ollen asiasta kysyminen useampaan kertaan mahdollistaa asian paljastamisen myöhemmin, vaikka uhri ensisijaisesti kieltäisi lähisuhdeväkivallan tapahtuneen. (Keynejad ym. 2021.)

Lähisuhdeväkivallan tunnistamista vaikeuttaviin tekijöihin lukeutuu se, että lähisuhdeväkivallan uhriksi joutunut henkilö kieltää tapahtuneen ja aiheesta voidaan joutua kysymään useaan kertaan ennen tunnistamista (Bradbury-Jones & Clark 2016). Lähisuhdeväkivallan tunnistamista ja seulontaa heikentäviin tekijöihin kuuluu myös koulutuksen ja harjoituksen puute sekä puute itsevarmuudesta ja osaamisesta kysyä asiasta (Walls & Drape 2021). Siukolan (2011) *Miten puutun lähisuhdeväkivaltaan? Esimerkkinä päihde- ja mielenterveystyö* -oppaassa väkivaltaan puuttumisen esteet on jaoteltu ammatillisen roolin, käytännön syiden, hyötysuhteen ja yksityisen loukkaamisen pelon mukaan. Ammattilaisten havaintoja siitä, mitkä tekijät estävät lähisuhdeväkivaltaan puuttumista on esitetty Taulukossa 1.

Taulukko 1. Ammattilaisten näkemyksiä lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen esteistä (Siukola 2011).

Käytännön syyt	Ammatillinen rooli
<p>Riittämätön aika, toimintamallien puuttuminen ja työyhteisöltä ei saada tukea.</p> <p>Puutteelliset hoitoketjut, epäselvät vastuut ja huonosti resursoidut palvelut.</p> <p>Henkilöstön tiedot ja osaaminen lähisuhdeväkivallasta kysymiseksi ovat puutteellisia.</p>	<p>Oletus, että lähisuhdeväkivalta ei koske omaa asiakaskuntaa.</p> <p>Puuttuminen ei johda mihinkään ja ajatus, että asiakas tarvitsee apua muualta.</p> <p>Lähisuhdeväkivalta mielletään sosiaalisesti tai psykologiseksi ongelmaksi, ei lääketieteelliseksi.</p>
Yksityisyyden loukkaaminen	Hyöty-haittasuhde
<p>Asiakkaat eivät halua vastaanottaa apua.</p> <p>Ajatus hoitosuhteen luottamuksellisuuden vaarantumisesta.</p> <p>Näkemyks yksilön ja osapuolten keskenäisestä ongelmasta.</p>	<p>Kysyminen voi aiheuttaa uhrille vaaraa.</p> <p>Pelko asiakkaan leimaantumisesta.</p> <p>Aiheen käsittely nostaa esiin traumoja ja epämiellyttäviä muistoja.</p>

Yleisimmin raportoituja esteitä lähisuhdeväkivallan tunnistamiselle ja seulonnalle ovatkin puutteet resursseista kuten riittämätön aika, vähäinen tieto ja koulutus lähisuhdeväkivallasta sekä riittämättömät resurssit jatkotoimenpiteille. Asenteissa ja käsityksissä lähisuhdeväkivaltaa kohtaan on raportoitu, että henkilöstö ei koe tehtäväkseen seuloa

lähisuhdeväkivaltaa ja, että henkilöstöllä on kiireisempiä ongelmia hoidettavana. Lähisuhdeväkivallan tunnistamista haastaa myös koettu epämukavuus käsitellä aihetta ja pelot potilaiden loukkaantumisesta, mikäli he eivät koe lähisuhdeväkivaltaa. (Cavner 2019.)

Tunnistamista vahvistaviin tekijöihin kuuluu terveydenhuollon henkilöstön itseluottamus ja kiinnostus kysyä mahdollisilta uhreilta lähisuhdeväkivallasta. Koulutuksen on osoitettu olevan merkittävä tekijä lähisuhdeväkivallan onnistuneessa tunnistamisessa ja seulonnassa ja sen tulisi kohdistua lähisuhdeväkivaltaan liittyvän tietoisuuden lisäämiseen sekä väärrien käsitysten havaitsemiseen. Onnistunut ja asianmukainen koulutus vähentää tunnistamista ja seulontaa heikentäviä tekijöitä, täten lisäten sen onnistumista. Muita vahvistavia ja tunnistamista tukevia tekijöitä on lähisuhdeväkivallan ja sen käsittelyyn vaadittavien resurssien systemaattinen priorisointi, saatavilla olevat resurssit, riittävä aika sekä kohdennettu koulutus ja koko hoitotiimin kattava lähestymistapa. (Cavner 2019.) Tekijät, jotka edistävät lähisuhdeväkivaltaan puuttumista on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Lähisuhdeväkivaltaan puuttumista edistäviä tekijöitä (Siukola 2011: 32).

Tunnistamisen kannalta on myös oleellista, että sairaanhoitaja tunnistaa ja ymmärtää lähisuhdeväkivaltaan vaikuttavia riskitekijöitä. Riskitekijöihin lukeutuu muun muassa mielenterveydenhäiriöt, huumeiden ja alkoholin käyttö, raskaus sekä vammaisuus (Bradbury-Jones & Clark 2016). Tietoisuus tyypillisistä piirteistä ja lähisuhdeväkivallan

seurauksena saaduista vammoista edesauttaa epäilyjen heräämisessä ja täten lisää tunnistamisen mahdollisuutta. Lähisuhdeväkivallan mahdollisuudesta osoittavat usein vammat pään, kasvojen, niskan, rintakehän, rintojen ja vatsan alueella. Kuitenkin lähisuhdeväkivallan uhrin, jotka kärsivät akuutista traumasta ovat vähemmän yleisiä terveydenhuollossa kuin potilaat, joilla ilmenee muita terveysoireita. (Keynejad ym. 2021.) On myös tärkeää tiedostaa, että lähisuhdeväkivaltaa esiintyy enemmän terveydenhuollon palveluita käyttävän väestön keskuudessa ja, että lähisuhdeväkivallan uhrin käyttävät enemmän terveydenhuollon palveluita (Keynejad ym. 2021; Walls & Drape 2021).

2.4 Interventiot

Interventioilla tarkoitetaan väliintuloa tai tietynlaista toimenpidettä, jolla pyritään vaikuttamaan ryhmän tai yksilön terveydentilaan (Läketieteen sanasto). Tutkimukset ovat osoittaneet, että tehokkaihin interventioihin kuuluu jatkuva tuki, joka kohdistuu useisiin yksilöllisiin riskitekijöihin, tarjoaa käyttäytymiseen liittyviä ja sosiaalisia palveluja ja sisältää emotionaalista tukea. Jatkuvien tukipalveluiden tarjoamisen on osoitettu vähentävän lähisuhdeväkivaltaa tehokkaammin kuin lyhyiden interventioiden. (Cavner 2019.)

Yksi merkittävimmistä käytetyistä interventioista lähisuhdeväkivallan tunnistamiseksi on sen seulonta. Seulautkimuksissa uhrin tunnistamisen estää koettu häpeä, pelko ja hämmennys. Ammattihenkilöiden kouluttaminen, toimintamallien saattaminen osaksi laadukasta ja oikein kohdennettua terveyspalvelua sekä ilmiön vakavuuden tiedostaminen yhteiskunnallisella tasolla ovat onnistuneen seulonnan kivijalka. Seulonnan tulisi tapahtua eri terveydenhuollon kontaktitilanteissa turvallisesti, tilannetajuisesti sekä rutiniinomaisesti. (Kero ym. 2019.) Kun mahdollista lähisuhdeväkivallan uhria seulotaan, tulee huolehtia siitä, ettei seulontaa ikinä suoriteta lasten, puolison tai muiden perheenjäsenten ollessa läsnä edes silloin, vaikka potilas vaatisi heidän läsnäoloaan. Huomioitavaa on myös, ettei mahdollisena tulkkina tule käyttää potilaan ystävää tai perheen jäsentä. Lähisuhdeväkivallasta kysyttäessä tulee myös osoittaa halukkuutta kuunnella ja reagoida mahdolliseen väkivaltaan. (Allard 2013; Bradbury-Jones & Clark 2016.)

Seulontaan kuuluu oleellisesti suorien kysymysten esittäminen sekä seulontatyökalujen käyttö (Allard 2013). Väkivallasta kysymiseksi ja sen kartoittamiseksi on luotu lomakkeita kysymisen ja kirjaamisen tueksi. Niiden käyttö edellyttää työntekijältä perustietoa perhe- ja lähisuhdeväkivallasta. Lomakkeen täyttö sellaisenaan on jo väkivaltaan puuttumista ja oleellista lomakkeiden käytössä osana lähisuhdeväkivallan seulontaa on, että niiden käyttö tulee tapahtua vuorovaikutustilanteessa. Mikäli kartoituksen yhteydessä ilmenee väkivaltaa, potilaan oikeusturvan parantamiseksi tulee näissä tilanteissa

käyttää väkivallan tarkempaan kirjaamiseen tarkoitettuja lomakkeita. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.) Kansainvälisesti käytettyjä ja tieteellisesti testattuja seulontakyselylomakkeita on muun muassa WAST (The woman abuse screening), HITS (Hurt, insult, threaten, and scream), AAS (Abuse assessment screen) ja PVS (Partner violence screen). Suomessa lähisuhdeväkivallan seulonnassa käytetään pääsääntöisesti MARAKia (Kero ym. 2019). MARAK eli moniammatillinen riskinarviointi on menetelmä, jolla autetaan vakavan lähisuhdeväkivallan uhreja. MARAK- lomakkeella kartoitetaan asiakkaan riskiä joutua vakavan lähisuhdeväkivallan uhriksi. Moniammatillinen työryhmä arvioi ja suunnittelee toimenpiteitä, joilla edistetään uhrin turvallisuutta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022b.) Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen nettisivuilla on listaus käytetyistä lomakkeista väkivallan kartoittamiseen ja kirjaamiseen, jotka löytyvät myös Taulukosta 2.

Taulukko 2. Väkivallan kirjaamiseen ja kartoittamiseen tarkoitettut lomakkeet (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos).

Lomake häirinnän ja vainon kartoittamiseen	Lähisuhdeväkivallan suodatin- ja kartoituslomake	Pahoinpitely- ja kehonkarttalomake
Raiskatun akuuttiapua -kansio (RAP-kansio)	Riskinarviointilomake (MARAK)	Suostumuslomakkeet (MARAK)
Digitaalisen väkivallan tunnistaminen	Kehonkartat väkivaltarikosten ja seksuaalirikosten uhrien ja epäiltyjen vammojen tutkimiseen	Henkilökohtainen turvasuunnitelma

Kun lähisuhdeväkivallasta puhutaan suoraan ja turvallisesti osoitetaan uhrille, että aihe on keskusteltavissa. Tuomitsemattoman ja hyväksyvän asenteen omaksuminen on oleellinen osa lähisuhdeväkivallasta keskusteltaessa ja aiheesta kysymisessä. Kuten kaikessa hoitotyössä, myös lähisuhdeväkivalta tapauksissa myötätunnon ja empatian osoittamisella on tärkeä merkitys. Nyrkkisääntönä lähisuhdeväkivallan puheeksi otossa on pidettävä sitä, että asia on parempi ottaa esille kuin vaieta. (Bradbury-Jones & Clark 2016.)

3 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, mitä menetelmiä terveydenhuollossa käytetään lähisuhdeväkivallan tunnistamiseksi, mitkä tekijät heikentävät tunnistamista ja mitkä tekijät vahvistavat tunnistamista.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä sairaanhoitajien osaamista lähisuhdeväkivallan uhrin tunnistamisesta ja lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamisesta.

Opinnäytetyössämme etsitään vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitä menetelmiä käytetään lähisuhdeväkivallan tunnistamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen heikentävästi?
3. Mitkä tekijät vaikuttavat lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen vahvistavasti?

4 Menetelmät

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tämä opinnäytetyö on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tarkoituksemme on selvittää kirjallisuuskatsauksen keinoin, mitä asiasta tiedetään, mitkä ovat keskeiset käsitteet sekä etsiä vastauksia tutkimuskysymyksiin (Kangasniemi ym. 2013: 294). Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on muodostaa kokonaiskuva aikaisemmista tutkimuksista (Stolt & Axelin & Suhonen 2016: 23). Kirjallisuuskatsauksen menetelmään tulee perehtyä hyvin, jotta sillä voi tuottaa luotettavaa tietoa opinnäytetyöhön (Kangasniemi ym. 2013: 298).

Kirjallisuuskatsauksen menetelmä jaetaan neljään eri vaiheeseen. Ensimmäiseksi muodostetaan tutkimuskysymykset. Sen jälkeen valitaan aineisto, josta saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin. Kolmannessa vaiheessa on kuvailun rakentaminen ja lopuksi tarkastellaan tuotettua tulosta. (Kangasniemi ym. 2013: 294–295.)

Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset tulee arvioida. Tarkoituksena on tarkastella, onko tutkimuksista saatava tieto relevanttia sekä vastaako se omaan tutkimuskysymykseen. Jokaiseen katsaukseen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan erikseen. Tutkimusten arviointiin ei ole yhtä ohjetta. Oleellista on, että jokainen artikkeli arvioidaan soveltuvien kriteerien mukaisesti ja, että se on perusteltua. Arviointien perusteella voidaan esittää, että minkälaista tutkimustietoa tai ilmiöitä puuttuu aiheesta. (Stolt ym. 2016: 28–30.)

Viimeiseksi raportoidaan tulokset eli katsauksen kirjoittaminen lopulliseen muotoonsa. Katsauksessa raportoidaan kaikki vaiheet mahdollisimman tarkasti. Raportoinnissa on oleellista riittävä tarkkuus, jotta joku muu pystyisi niin halutessaan toistamaan tutkimuksen ja, että lukija voi arvioida katsauksen luotettavuutta raportin perusteella. Raportoinnissa on huomioitava kriittisyys ja tulosten hyödynnettävyyden pohdinta eri näkökulmista. (Stolt ym. 2016: 32.) Opinnäytetyössämme käsittelemme aihetta hoitotyön näkökulmasta.

4.2 Aineiston haku ja valinta

Aineiston haussa käytettiin pohjana tutkimuskysymyksiä, jotta saataisiin mahdollisimman paljon tutkimuskysymyksiin vastaavaa aineistoa. Opinnäytetyöllemme määrittelimme sisäänotto- ja poissulkukriteerit Kangasniemi ym. (2013: 295) ohjeiden mukaan. Stolt ym. (2016: 26) mukaan aineistoksi valikoituu vain vertaisarviointiprosessin käyneitä tutkimuksia luotettavuuden takaamiseksi. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit löytyvät taulukosta 3.

Taulukko 3. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit (Stolt ym. 2016).

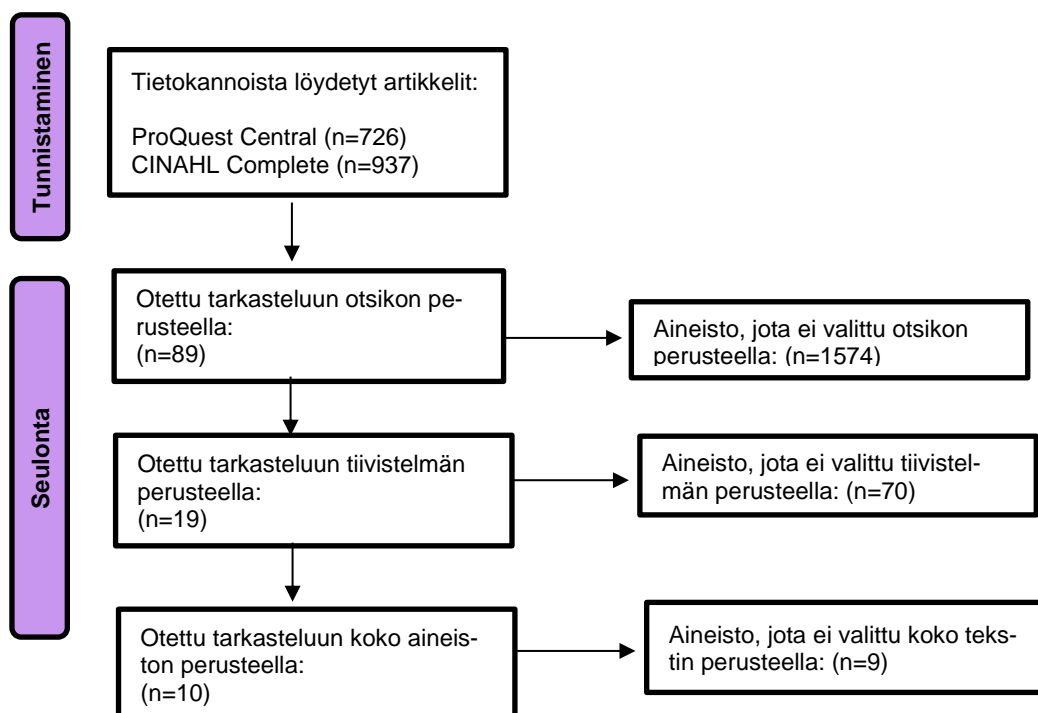
Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisuvuodet 2012–2023	Vanhemmat kuin vuonna 2012 julkaistut
Maksuton	Maksullinen
Englannin- ja suomenkieliset	Kaikki muut paitsi englannin- ja suomenkieliset
Vastaa tutkimuskysymyksiin	Ei vastaa tutkimuskysymyksiin
Aikuiset yli 18-vuotiaat	Lapset, alle 18-vuotiaat
Vertaisarvioidut tutkimukset	Ei vertaisarvioituja tutkimuksia

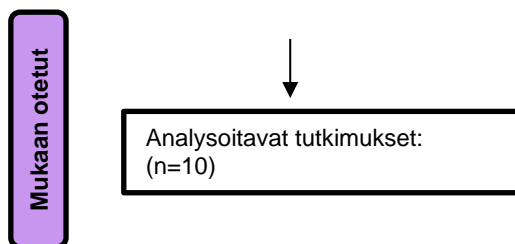
Aineiston hakuun käytettiin CINAHL Complete (EBSCO) sekä ProQuest Central kansainvälisiä tietokantoja. Testihakuja tehdessä huomattiin, että ProQuest Central tietokannasta tuli useita tuhansia hakutuloksia, mikäli hakua ei rajannut riittävästi. Haun rajaaminen saattoi karsia pois myös relevantteja tutkimuksia, mutta toisaalta aihe on niin laaja, että kaikkia tutkimuksia ei välttämättä olisi pystynyt ottamaan mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Hakusanat yritettiin rajata niin, että aineisto koskisi lähisuuhdeväkivallan interventioita sekä tunnistamista terveydenhuollossa sairaanhoitajana. Tämän vuoksi hakusanoiksi valikoituivat muun muassa *nurs**, *intimate partner violence*, *interventions*, *health care* ja *screening*. ProQuest Central -tietokannassa valittiin vielä rajauksen aiheeksi *domestic violence*, sillä muuten hakutuloksia olisi tullut lähes kolme tuhatta. Tiedonhakutaulukko hakulausekkeista sekä tuloksista löytyy Liitteessä 1.

Hakutuloksista poimittiin ensin sopivalta vaikuttavat tutkimukset otsikon perusteella. Tämän jälkeen luettiin abstraktit ja karsittiin pois ne tutkimukset, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Abstraktin perusteella valitut tutkimukset taas luettiin kokonaan läpi, numeroitiin ja taulukoitiin analyysivaihetta varten. Artikkelitaulukko löytyy Liitteestä 2.

Valitut tutkimukset (n=10) valikoituivat koko tekstin huolellisen lukemisen jälkeen. Tutkimukset on julkaistu vuosina 2012–2022. Valitut tutkimukset ovat Yhdysvalloista (n=5), Australiasta (n=3), Ruotsista (n=1) ja Suomesta (n=1). Hakutulospäämäärät ja tiedonhaun valintaprosessi on esitetty Kaaviossa 1.

Kaavio 1. Tiedonhaun valintaprosessi (PRISMA-vuokaavio).





4.3 Aineiston analyysi

Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysi on toteutettu induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin avulla havainnoitavasta aineistosta tehdään havaintoja sekä analysoidaan ne systemaattisesti. Tavoitteena on, että aineisto pystytään sisällönanalyysin keinoin tiivistämään siten, että ilmiötä voidaan kuvailla yleistävästi ja lyhyesti ja, että ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. (Janhonen 2003: 23.) Sisällönanalyysi-prosessi voidaan jakaa vaiheisiin, jotka ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu sekä tulkinta ja luotettavuuden arviointi (Janhonen 2003: 24). Oleellista sisällönanalyysissä on myös, että tutkimusaineistosta erotetaan sekä erilaisuudet että samanlaisuudet. Niinpä aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla yksiselitteisiä sekä toisensa poissulkevia. (Janhonen 2003: 23.)

Analyysi aloitettiin niin, että ensin valitut tutkimukset luettiin huolellisesti läpi. Tämän jälkeen yliviivasimme alkuperäisilmaukset kutakin tutkimuskysymystä vastaavalla värillä. Alkuperäisilmaukset käännettiin ensin suomeksi. Sen jälkeen ilmaukset taulukoitiin samaan taulukkoon ja pelkistettiin. Jotta aineisto pystytään ryhmittelemään, tulee aineisto ensin pelkistää. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineistolle voidaan esittää tutkimuskysymykseen vastaavia kysymyksiä, jolloin aineisto pystytään pelkistämään. Pelkistämisen jälkeen aineisto voidaan ryhmitellä ja havaita pelkistyksessä esiin tulleita yhtenäisyyksiä ja erilaisuuksia. (Janhonen 2003: 28.)

Pelkistysten jälkeen järjestelimme alkuperäisilmaukset kolmeen eri taulukkoon. Jokaiselle tutkimuskysymykselle tehtiin eri taulukot, jotta selkiytyisi paremmin, mitkä alkuperäisilmaukset vastaavat mihinkin tutkimuskysymykseen. Alkuperäisilmauksia ensimmäiseen tutkimuskysymykseen löytyi kahdeksantoista ($n=18$), toiseen tutkimuskysymykseen neljäkymmentäkuusi ($n=46$) ja kolmanteen tutkimuskysymykseen neljäkymmentä ($n=40$). Yhteensä alkuperäisilmauksia löytyi sataneljä ($n=104$). Kun alkuperäisilmaukset oli pelkistetty, luokiteltiin ne alaluokkiin. Taulukossa 4 on esitetty esimerkki ensimmäisen tutkimuskysymyksen alaluokista.

mäisen tutkimuskysymyksen alaluokan muodostumisesta. Ensimmäinen tutkimuskysymys on; Mitä menetelmiä käytetään lähisuhdeväkivallan tunnistamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa?

Taulukko 4. Esimerkki tutkimuskysymyksen ”mitä menetelmiä käytetään lähisuhdeväkivallan tunnistamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa” alaluokan muodostumisesta.

Suora lainaus ja artikkelin numero	Suomennettu lainaus	Pelkistys	Alaluokka
<p><i>”Most respondents (n = 159, 92.4%) reported that clinicians should screen all types of abuse (including sexual, physical, and psychological abuse, threats, stalking, economic control and intimidation).”</i></p> <p>1</p>	<p>Useimmat vastaajista ilmoittivat, että klinikoiden tulisi seuloa kaikenlaisesta väkivalasta (mukaan lukien seksuaalinen, fyysinen ja psyykinen väkivalta, uhkailu, vainoaminen, taloudellinen kontrolli ja pelottelu).</p>	<p>Henkilöstön tulee seuloa kaikentyyppistä väkivaltaa.</p>	<p>Väkivallan seulomisen osa-alueet</p>

Samaa tarkoittavat pelkistykset ryhmiteltiin alaluokkiin. Alaluokkia ensimmäiseen tutkimuskysymykseen muodostui kahdeksan (n=8), toiseen tutkimuskysymykseen viisitoista (n=15) ja kolmanteen tutkimuskysymykseen viisitoista (n=15). Yhteensä alaluokkia muodostui kolmekymmentäkahdeksan (n=38). Alaluokista muodostettiin yläluokkia. Taulukossa 5 on esitetty esimerkki toisen tutkimuskysymyksen yläluokan synnystä. Toinen tutkimuskysymys on; Mitkä tekijät vaikuttavat lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen heikentävästi?

Taulukko 5. Esimerkki tutkimuskysymyksen ”mitkä tekijät vaikuttavat lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen heikentävästi” yläluokan muodostumisesta.

Alaluokka	Yläluokka
Ennakkoluulot ja asenteet	Epävarmuudet ja ennakkoluulot
Epämukavuus	
Olettamukset vammoista	
Epävarmuus	
Haasteet kysymisessä	

Huono valmius	
---------------	--

Yläluokkia ensimmäiseen tutkimuskysymykseen muodostui kaksi (n=2), toiseen tutkimuskysymykseen neljä (n=4) ja kolmanteen tutkimuskysymykseen neljä (n=4). Yhteensä yläluokkia muodostui kymmenen (n=10). Kun yläluokat olivat muodostuneet, yhdistettiin kaikki samankaltaiset yläluokat pääluokiksi. Pääluokkia muodostui ensimmäiseen tutkimuskysymykseen yksi (n=1), toiseen tutkimuskysymykseen kaksi (n=2) ja kolmanteen tutkimuskysymykseen kaksi (n=2). Yhteensä pääluokkia syntyi viisi (n=5). Taulukossa 6 esimerkki kolmannen tutkimuskysymyksen ammatillisuus pääluokan synnystä. Kolmas tutkimuskysymys on; Mitkä tekijät vaikuttavat lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen vahvistavasti?

Taulukko 6. Esimerkki tutkimuskysymyksen ”mitkä tekijät vaikuttavat lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen vahvistavasti” pääluokan muodostumisesta.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Osaaminen	Koulutus	Ammatillisuus
Koulutus lisää seulontaa		
Hoitajien valmius		
Tunnistaminen		
Koulutussuunnitelma		
Asianmukainen asenne	Myönteinen asenne seulomiseen	
Kokemus tunnistamisessa		
Omatoiminen tiedonhankinta		

Kirjallisuuskatsauksessa pyritään analyysin avulla luomaan synteesi hakemalla valitusta aineistosta ilmiön kannalta merkityksellisiä seikkoja, jotka ryhmitellään sisällöllisiksi kokonaisuuksiksi (Kangasniemi ym. 2013). Synteesillä tarkoitetaan analyysin tuotoksena syntyvää ymmärrystä lisäävää kokonaisuutta, joka syntyy kirjoittamalla ja tulkitsemalla analyysin tulokset. Synteesi ja analyysi tapahtuvat käytännössä samaan aikaan. (Stolt ym. 2016: 30.) Käsittelyosiossa tavoitteena on vastata laadittuun tutkimuskysymykseen laadullisena kuvailuna aineiston pohjalta sekä uusia johtopäätöksiä teke-

mällä. Sisältöä analysoidaan ja yhdistetään kriittisesti sekä syntetisoidaan tietoa eri tutkimuksista. Tarkastelemalla aineistoa siitä voi syntyä uusi tulkinta. Tämä ei kuitenkaan tarkoita alkuperäisen tiedon muuttamista. (Kangasniemi ym. 2013.)

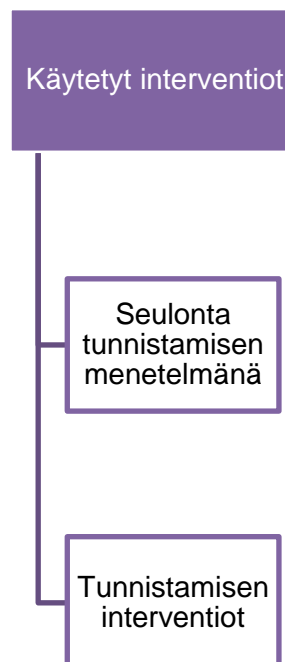
5 Tulokset

Tutkimuskysymyksiä oli yhteensä kolme: Mitä menetelmiä käytetään lähisuhdeväkivallan tunnistamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa? Mitkä tekijät vaikuttavat lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen heikentävästi? Mitkä tekijät vaikuttavat lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen vahvistavasti?

Tuloksissa esittelemme pääluokittain vastaukset tutkimuskysymyksiimme, joista ensin käymme läpi menetelmät, sen jälkeen heikentävät tekijät ja lopuksi vahvistavat tekijät.

5.1 Lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen käytetyt menetelmät

Käytetyt interventiot pääluokka muodostui kahdesta yläluokasta; seulonta tunnistamisen menetelmänä ja tunnistamisen interventiot. Kuviossa 2 on esitetty pääluokan käytetyt interventiot muodostuminen.



Kuvio 2. Yläluokat, jotka muodostavat pääluokan.

5.1.1 Seulonta tunnistamisen menetelmänä

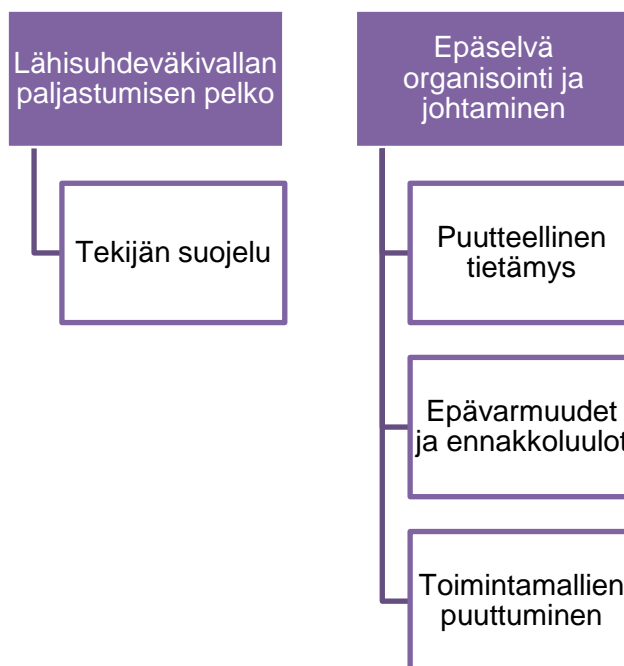
Lähisuhdeväkivallan seulominen koostuu useista osaamisalueista kysymysten esittämisen lisäksi. Seulominen ja ilmi tulleeseen väkivaltaan reagoiminen vaatii terveydenhuollon ammattilaisilta muun muassa empatiaa ja molemminpuolista luottamista. Seulonnassa oleellista on potilaan kehonkielen tulkitsemisen osaaminen sekä se, että lähisuhdeväkivallan uhria tai sen vaarassa olevaa henkilöä ei syyllistetä. (Creedy & Baird & Gillespie & Brandjerporn 2021.) Seulontaa edistää seulontatyökalujen helppo saataavuus ja helppokäyttöisyys. Nopean pääsyn seulontatyökaluihin mahdollistaa muun muassa sähköiset potilastiedot sekä lomakkeet. Yhdessä koulutuksen kanssa seulontatyökalut ovat hyödyllisiä niin klinikoille kuin potilaille. (Creedy ym. 2021; Spangaro ym. 2022.) Rutiiniseulonnan integroimisella järjestelmään on seulonnan kannalta oleellisia vaikutuksia. Odotus siitä, että rutiiniseulonta kattaa kaikki osastot voi parantaa koulutuksen omaksumista sekä henkilökunnan itsevarmuutta ja käytäntöjä lähisuhdeväkivallan uhreja kohdattaessa. Lähisuhdeväkivallan seulonnan kliinisessä hallinnassa järjestelmäperusteinen lähestymistapa on arvokas. (Ramachandran & Covarrubias & Watson & Decker 2013.) Seulontatyökalujen tulisi olla osa koulutusta ja lähisuhdeväkivallan seulonnan interventioilla pystytään edistämään seulonnan tuloksia (Creedy ym. 2021; Karnitsching & Bowker 2020).

5.1.2 Tunnistamisen interventiot

Tutkimuksissa esiin tulleet käytetyt interventiot koskivat lähisuhdeväkivallan puheeksiottoa, potilaan ohjausta eteenpäin ja tiedon tarjoamista. Potilaalta kysytään suoraan mahdollisesta lähisuhdeväkivallasta sekä uhrin kokiessa fyysistä väkivaltaa heitä rohkaistaan rikosilmoituksen tekemiseen. Henkilöstö on myös kontaktissa tuki tahoihin potilaan suostumuksesta. (Leppäkoski & Flinck & Paavilainen 2014.) Henkilöstön keskuudessa lähisuhdeväkivallasta suoraan kysymistä on ehdotettu parhaaksi lähestymistavaksi, kun hoidetaan mahdollista lähisuhdeväkivallan uhria (Dawson ym. 2019). Yleisesti käytettyjä interventioita lähisuhdeväkivaltaa epäiltäessä oli lääkärin suosittelu tai lähetteen laatiminen lääkärille, potilaan yksityisyyden varmistaminen sekä tiedon tarjoaminen erilaisista järjestöistä. Uhrin kuunteleminen oli myös yksi käytetyistä interventioista. Sairaanhoidajien yleisimmin käytetty interventio oli uhrin ohjaaminen lääkärille. (Sundborg & Saleh-Stattin & Wändell & Törnkvist 2012.)

5.2 Lähisuhdeväkivallan tunnistamista heikentävät tekijät

Pääluokkia syntyi kaksi: lähisuhdeväkivallan paljastumisen pelko sekä epäselvä organisointi ja johtaminen. Lähisuhdeväkivallan paljastumisen pelko pääluokka muodostui yläluokasta tekijän suojele. Epäselvä organisointi ja johtaminen pääluokka muodostui kolmesta yläluokasta; puutteellinen tietämys, epävarmuudet ja ennakkoluulot sekä toimintamallien puuttuminen. Kuviossa 3 on esitetty pääluokkien muodostuminen.



Kuvio 3. Yläluokat, jotka muodostavat pääluokat.

5.2.1 Tekijän suojele

Oleellisimpia seulonnan ja tunnistamisen esteitä ovat kumppanin läsnäolo, heikko suhde uhriin, kielimuuri sekä lähisuhdeväkivallasta kysymiseen sopivan ja yksityisen tilan puute. Uhrit saattavat hakeutua hoitoon lähisuhdeväkivaltaan liittyvien vammojen vuoksi yhdessä väkivallan tekijän kanssa. Lähisuhdeväkivallan tekijän läsnäolo vaikeuttaa lähisuhdeväkivallasta kysymistä. (Creedy ym. 2021; Dawson ym. 2019.) Seulontaa vaikeuttaa myös väkivallan tekijän suojele. Uhri ei välttämättä myönnä kokemaansa väkivaltaa, ja väkivallan tekijän läsnäolo vastaanotolla tekee aiheesta keskustelemisen entistä hankalemmaksi. Lähisuhdeväkivallan myöntäminen voi olla uhrille haastavaa ja kysyttäessä uhri saattaa yhä kieltää väkivallan. Haluttomuus kertoa koetusta lähisuhdeväkivallasta vaikeuttaa ammattilaisten suorittamaa lähisuhdeväkivallan tunnistamista. Vaikeudet lähisuhdeväkivallan tunnistamisessa johtuvat kieltämisen lisäksi siitä, että

väkivalta on uhrille herkkä aihe ja uhri saattaa ilmoittaa sairauden tai vamman syyn olevan jotain muuta kuin koettu väkivalta. (Leppäkoski ym. 2014; Dawson ym. 2019.)

5.2.2 Puutteellinen tietämys

Tutkimuksissa korostuu riittämätön koulutus ja perehdytys lähisuhdeväkivallasta. Creedy ym. (2021) tutkimuksessa lähes 35 % vastaajista ilmoitti, että he eivät ole saaneet riittävästi koulutusta lähisuhdeväkivallan seulontaan ja siihen reagoimiseen. Myös opinnoissa ja työsuhteessa saatu koulutus lähisuhdeväkivallasta on vähäistä. Vain harvat sairaanhoitajat ilmoittivat saaneensa riittävän määrän koulutusta lähisuhdeväkivallasta opintojensa tai työsuhteensa aikana. Sairaanhoitajat tunnistivat heikkoutensa lähisuhdeväkivallan tunnistamisen ja puuttumisen osalta, sillä he nimittivät sen tärkeimmäksi koulutusteemaksi. (Leppäkoski ym. 2014.) Useissa terveyskeskuksissa havaittiin, että vain 15 % sairaanhoitajista oli käynyt keskustelua siitä, miten puuttua tilanteeseen tavatessaan lähisuhdeväkivaltaa kokeneen potilaan ja vain 5 % sairaanhoitajista oli toiminut olemassa olevien ohjeiden mukaisesti tai hyödyntänyt niitä. 25 % sairaanhoitajista oli saanut käyttöönsä tietopaketteja jaettavaksi lähisuhdeväkivaltaa kokeneille potilaille. (Sundborg ym. 2012.)

Kliinisissä ympäristöissä tietämys ja valmius seuloa lähisuhdeväkivaltaa ja hoitaa lähisuhdeväkivallan uhreja on vaatimatonta (Creedy ym. 2021). Monilla sairaanhoitajilla ilmenee puutteita lähisuhdeväkivaltaan liittyvistä ongelmista, ja he jakavat näitä asenteita ja näkemyksiä työyhteisössään. Kirjallisten ohjeiden puuttuminen, tietämättömyys hoitotoimenpiteistä ja epämukavuus lähisuhdeväkivaltaa kokeneen potilaan kohtaamisessa saattaa johtaa vastuun siirtämiseen. Lähetä lääkärille on potilaille tarpeellinen interventio, mutta saattaa toimia vastuun siirtona silloin, kun sairaanhoitajalla on riittämätön tietämys lähisuhdeväkivallasta. (Sundborg ym. 2012.)

Seulonnan esteisiin lukeutuu seulontaan vaadittava aika ja siitä johtuva klinikan toiminnan häiriintyminen (Sutherland & Hutchinson & Fantasia & Si & Jiang 2020). Johdonmukaisten seulontakäytäntöjen toteuttamisen esteenä yksi eniten mainituista yksittäisistä tekijöistä on aikarajoitukset. Lähisuhdeväkivallan tunnistamisen ja uhrin hoidon mahdollisuuksista huolimatta käytännön rajoitukset päivystyksessä rajoittavat lähisuhdeväkivallan tunnistamista. Käytännön rajoitukset päivystysympäristössä ilmenevät kiireisenä työtahtina ja fyysisenä työympäristönä. (Ramachandran ym. 2013; Dawson ym. 2019.)

5.2.3 Epävarmuudet ja ennakkoluulot

Enemmistö sairaanhoitajista on huonosti valmistautunut ja myös kokee olevansa riittämättömästi valmistautunut tarjoamaan hoitotyötä lähisuhdeväkivallan uhreille. Huono valmistautuneisuus on yhteydessä kykyyn tunnistaa lähisuhdeväkivaltaa kokenut potilas. (Sundborg ym. 2012.) Henkilöstöllä on epävarmuutta siitä, mikä on lähisuhdeväkivallanseulonnan tarkoitus. Epävarmuus koskee seulonnan tarkoitusta lähisuhdeväkivallan havaitsemisessa, siihen puuttumisessa ja sen ehkäisemisessä. Henkilöstön epävarmuus omasta osaamisesta vaikuttaa negatiivisesti johdonmukaiseen lähisuhdeväkivallasta tiedusteluun ja potilaan ohjaamiseen. (Ramachandran ym. 2013.) Sairaanhoitajilla ilmenee epävarmuutta myös siitä, miten lähisuhdeväkivallasta esitetään suoria kysymyksiä sekä siitä, miten lähisuhdeväkivallan merkkejä ja oireita tunnistetaan (Sundborg ym. 2012; Dawson ym. 2019). Henkilöstö myös kokee olonsa epämuukavaksi lähisuhdeväkivallasta kysyttäessä sekä kokee, ettei heillä ole riittäviä taitoja tuoda lähisuhdeväkivaltaa keskustelun aiheeksi. Epämukavuuden tunteen on myös ilmoitettu olevan syy sille, ettei väkivallasta kysytä. (Dawson ym. 2019; Sundborg ym. 2012.)

Lähisuhdeväkivaltaan liittyvillä ennakkoluuloilla tiedetään olevan negatiivisia vaikutuksia sairaanhoitajien vuorovaikutuksessa lähisuhdeväkivallan uhrien kanssa. Ennakkoluulot vaikuttavat myös henkilöstön kykyyn tunnistaa ja hoitaa lähisuhdeväkivallan uhreja asianmukaisesti. Yhdessä tutkimuksessa miltei neljännes vastaajista esimerkiksi oletti, että lähisuhdeväkivallan uhrin voivat aina halutessaan lähteä väkivallan tekijän luota (Sundborg ym. 2012). Leppäkoski ym. (2014) tutkimuksessa eräs osallistuja summasi asennoitumista lähisuhdeväkivaltaan seuraavasti: ”Väkivaltaan puuttumista ei nähdä tärkeänä”. Useat sairaanhoitajat epäilevät lähisuhdeväkivaltaa vain silloin, kun uhrilla on näkyviä vammoja. Olettamus siitä, että lähisuhdeväkivallan seuraukset oireilevat vain fyysisesti on yleinen väärinkäsitys lähisuhdeväkivallan aiheuttamista terveysongelmista. (Sundborg ym. 2012.) Osassa tapauksista uhrilla saattaa olla ilmeisiä väkivallan oireita, kuten esimerkiksi ihmisen aiheuttama puremahaava tai pään vamma. Niistä huolimatta uhri saatetaan jättää seulomatta. (Rodriguez & Mandich 2019.)

5.2.4 Toimintamallien puuttuminen

Toimintamallien ja ohjeiden puuttuminen aiheuttaa sen, että lähisuhdeväkivaltaa kohdattaessa sairaanhoitajat joutuvat improvisoimaan ja tämä johtaa epävarmoihin lopputuloksiin. Ohjeiden puuttumista pidetään lähisuhdeväkivallan tunnistamisen kannalta

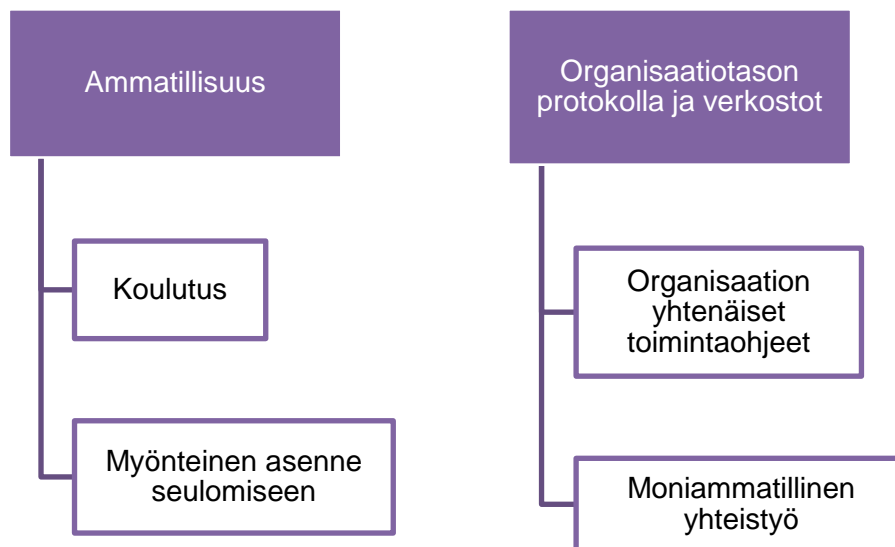
estävänä tekijänä ja vaikuttaa siihen, ettei tiedetä miten lähisuhdeväkivallalle altistuneiden potilaiden kanssa tulisi toimia. (Sundborg ym. 2012.) Sairaanhoitajat ilmaisevat epävarmuutta sen suhteen, mitä positiivisen seulontatuloksen ilmettyä pitäisi tehdä ja miten keskustelua tulisi ohjata väkivallan paljastumisen jälkeen avun hakemiseen. Toimintamallien puuttumisen takia henkilöstöllä on epävarmuuksia siitä, mitä toimintatapoja tulisi käyttää lähisuhdeväkivallan ilmettyä. (Ramachandran ym. 2013.) Henkilöstön keskuudessa ilmenee tietämättömyyttä lähisuhdeväkivaltaan liittyvistä toimintatavoista, protokollista sekä ohjeista. Tehokkuuden parantamiseksi eri toimijoiden roolien tulee olla selkeät ja täten pystytään varmistamaan, että eri palveluntarjoajat eivät toista samoja kysymyksiä uhreille. Roolien selkeyttäminen vähentää tarpeetonta ja ylimääräistä traumaa sekä parantaa tehokkuutta. (Dawson ym. 2019.)

Organisaation keskuudessa vallitseva epäyhtenäinen lähestymistapa lähisuhdeväkivaltaa kohtaan tarkoittaa, että mahdollisuus lähisuhdeväkivallan havaitsemiseen ja avun tarjoamiseen voidaan menettää (Creedy ym. 2021). Lähisuhdeväkivallan seulontaa pidetään henkilöstön keskuudessa yksimielisesti tärkeänä, mutta vastuu seulonnasta ja seulontaan osallistumisesta tuottaa jännitteitä. Täten seulontaan liittyvät tavoitteet ja roolit tulee määritellä selkeästi. Niiden puuttuminen heikentää palveluntarjoajan luottamusta ja vaikuttaa heikentävästi seulontaprosessiin. Vaikutukset koskevat muun muassa sitä suorittavatko palveluntarjoajat seulontaa sekä miten he sen suorittavat. Tavoitteiden ja roolien ollessa epäselvät myös se, kenelle tarjotaan lisäresursseja, on henkilöstölle epäselvää. Epäselvästi määritellyt roolit vaikeuttavat lähisuhdeväkivallan uhrin tunnistamista entisestään ajanpuutteen vuoksi. (Ramachandran ym. 2013.) Sairaanhoitajat korostavatkin tarvetta sille, että palvelut tulee koordinoida ja integroida osaksi kaikkia akuutti- ja kuntasektorin tasoja (Dawson ym. 2019).

Hoitohenkilöstöllä on puutteellinen tietämys käytännöistä, toimintaperiaatteista sekä seulontatyökaluista. Henkilöstöllä ei välttämättä ole tietämystä omassa organisaatiossa käytössä olevista seulontatyökaluista tai lähisuhdeväkivaltaan liittyvistä toimintaperiaatteista. Osa sairaanhoitajista ilmoitti, että lähisuhdeväkivallan seulomiseksi ei heidän työpaikallaan ole käytössä standardoitua kyselylomaketta ja osa ei tiennyt virallisten seulontatyökalujen olemassaolosta. (Dawson ym. 2019.) Siitä huolimatta, että yleinen seulontatyökalu on käytössä, kysely- ja ohjauskäytännöt voivat olla epäjohdonmukaisia. Tämä heikentää seulontaprosessin kykyä tehokkaasti havaita, puuttua ja ehkäistä lähisuhdeväkivaltaa. (Ramachandran ym. 2013.)

5.3 Lähisuhdeväkivallan tunnistamista vahvistavat tekijät

Pääluokkia muodostui kaksi: ammatillisuus ja organisaatiotason protokolla ja verkostot. Molemmat pääluokat muodostuvat kahdesta yläluokasta. Pääluokka ammatillisuus muodostui yläluokista koulutus ja myönteinen asenne seulomiseen. Pääluokka organisaation protokolla ja verkostot muodostui organisaation yhtenäiset toimintaohjeet ja moniammatillinen yhteistyö yläluokista. Kuviossa 4 on esitetty mistä pääluokkien muodostuminen.



Kuvio 4. Yläluokat, jotka muodostavat pääluokat.

5.3.1 Koulutus

Tutkimuksista kävi ilmi, että koulutus parantaa lähisuhdeväkivallasta tietämystä, lisää lähisuhdeväkivallan seulontaa sekä vahvistaa tunnistamista. Koulutusta tarvitaan väkivallan tunnistamiseen, puuttumiseen ja uhrien sekä tekijöiden auttamiseen (Leppäkoski ym. 2014). Enemmän koulutusta saanut hoitohenkilöstö pystyy paremmin tunnistamaan ja vastaamaan lähisuhdeväkivaltaan. Koulutus lisää sairaanhoitajien tietämystä lähisuhdeväkivallasta, mikä taas lisää itsevarmuutta lähisuhdeväkivallan tunnistamisessa ja siihen reagoimisessa. (Creedy ym. 2021; Karnitschnig & Bowker 2020.) Suurin osa sairaanhoitajista on kiinnostunut saamaan lisäkoulutusta lähisuhdeväkivallan hoitotyöstä (Sundborg ym. 2012). Lisäkoulutuksen myötä aikomus seuloa kasvaa ja seulonnan määrät lisääntyvät. Monien harjoittelutuntien lisääminen lisää valmiutta tunnistaa lähisuhdeväkivallan uhri, parantaa tietämystä lähisuhdeväkivallasta sekä lisää seulontakäytäntöjä. (Sutherland ym. 2020; Creedy ym. 2021.)

Kokemusperäiset oppimistoiminnot kuten roolileikit, simulaatiot ja vertaismentorointi voivat lisätä hoitohenkilöstön valmiutta tunnistaa lähisuhdeväkivaltaa. Simulaatioihin sekä riittävään sosiaalityöhön on varattava tarpeeksi monta istuntoa riittävän koulutuksen takaamiseksi. (Creedy ym. 2021; Spangaro ym. 2022.) Sairaanhoidajat kysyvät kuusi kertaa todennäköisemmin lähisuhdeväkivallasta, jos he tuntevat olevansa riittävästi valmistautuneita. Koulutus ja yleinen tietämys lähisuhdeväkivallasta lisää sairaanhoidajien valmiutta tunnistaa lähisuhdeväkivalta. (Sundborg ym. 2012; Dawson ym. 2019.) Henkilökunta, joka on saanut koulutusta lähisuhdeväkivallasta ymmärtävät sen moninaisuuden ja ovat todennäköisemmin seulomassa ja ohjaamassa potilaita (Ramachandran ym. 2013). Seulontatyökalun ja lähisuhdeväkivallan seulontaa koskevan koulutuksen jälkeen seulontavalmius voi parantua (Lee ym. 2019). Myös vastuu perheväkivallan seulonnan standardoimisesta voi olla tapa kouluttaa henkilöstöä seulomaan asianmukaisesti (Rodriguez & Mandich 2019). Väkivaltakoulutus tulisi sisällyttää joka vuotiseen koulutussuunnitelmaan, sillä jatkuva ja säännöllinen koulutus on tärkeää (Leppäkoski ym. 2014; Creedy ym. 2021).

5.3.2 Myönteinen asenne seulomiseen

Lähisuhdeväkivallan uhrin tehokkaan havaitsemisen avainasemassa ovat asianmukaiset asenteet ja tietämys lähisuhdeväkivallasta (Dawson ym. 2019). Oman asenteen tiedostamisella on merkitystä, kun kohdataan lähisuhdeväkivallan uhri (Sundborg ym. 2012). Sairaanhoidajilla on positiiviset asenteen ja aikomukset seulontaan (Sutherland ym. 2020). Sairaanhoidajat kysyvät yhdeksän kertaa varmemmin väkivallasta, jos he ovat hankkineet tietoa omatoimisesti lähisuhdeväkivallasta. Ne sairaanhoidajat, jotka hankkivat itse tietoa lähisuhdeväkivallasta, pystyvät siis paremmin tunnistamaan lähisuhdeväkivallan uhreja. (Sundborg ym. 2012.) Moni koki pystyvänsä tunnistamaan lähisuhdeväkivaltaa kokeneet uhrit paremmin, kun he saivat enemmän kokemusta ja altistuivat erilaisille hätätilanteille (Dawson ym. 2019).

5.3.3 Organisaation yhtenäiset toimintaohjeet

Kirjalliset protokollat, tukeva työympäristö ja kollegoiden sekä organisaation tuki edistävät seulontaa, mutta organisaation tasolla tulisi olla yhtenäinen toimintamalli, jotta varmistetaan yhtenäisyys eri osastoilla ja ammattiteissa. Ohjeistuksia tulee myös noudattaa, sillä se edistää sairaanhoidajien kykyä tukea lähisuhdeväkivallan uhreja ja edesauttavat seulontaa. (Creedy ym. 2021; Sundborg ym. 2012.) Jotta ohjeistuksia pystytään nou-

dattamaan, tulee niiden olla selkeitä, jolloin lähisuhdeväkivallan tiedustelu ja ohjaaminen helpottuvat (Ramachandran ym. 2013). Seulontakäyttämiseen vaikuttaa oleellisesti organisaation prioriteetti seulonnalle (Sutherland ym. 2020).

5.3.4 Moniammatillinen yhteistyö

Palveluiden ympärivuorokautinen saatavuus uhreille lisää myönteisiä vaikutuksia rutiinomaiseen seulontaan ja sairaanhoitajien taakan kevenemiseen (Karnitschnig & Bowker 2020). Sairaanhoitajan on hyvä tietää moniammatillisesta yhteistyöstä ja kenen puoleen kääntyä epäillessään lähisuhdeväkivaltaa. Lähisuhdeväkivaltaan reagoimissa tiimityöskentely on tärkeää. Jokaisen ammattilaisen tulee tiedostaa oma roolinsa tiimissä ja tehdä yhteistyötä varmistaakseen uhrille tarvittavan tuen ja hoidon. Jokaisen tiimiläisen välinen viestintä on erittäin tärkeää. Yhteistyö eri ammattilaisten ja virastojen välillä voi vahvistaa suhteita ja rakentaa laajemman turvaverkon lähisuhdeväkivallan uhreille. (Dawson ym. 2019.)

Hoitohenkilökunnan sukupuoli saattaa vaikuttaa lähisuhdeväkivallan paljastamiseen. Jotkut naispuolisista lähisuhdeväkivallan uhreista paljastavat lähisuhdeväkivallan mieluummin naispuolisille sairaanhoitajille (Dawson ym. 2019). Toiset taas keskustelivat lähisuhdeväkivallasta mieluummin ennestään tutun ja luotettavan terveydenhuollon henkilön kanssa (Creedy ym. 2021).

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu

6.1.1 Lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen käytetyt menetelmät

Kirjallisuudesta käy ilmi, että lähisuhdeväkivallan uhrien saaminen avun piiriin keskittyy pääosin lähisuhdeväkivallan seulomiseen (McKay ym. 2021). Tuloksista käy ilmi, että seulonta yhdessä koulutuksen kanssa on hyödyllistä ja teoretieto osoittaa, että ammattihenkilöiden koulutus on yksi onnistuneen seulonnan kivijaloista (Spangaro ym. 2022; Kero ym. 2019). Tuloksissa ilmenee, että järjestelmään integroitu rutiiniseulonta vaikuttaa henkilökunnan itsevarmuuden lisääntymiseen, koulutuksen omaksumiseen ja käytäntöjen parantumiseen. Teoretieto tukee tätä tulosta, sillä on todettu, että seulonnan tulisi tapahtua eri terveydenhuollon kontaktitilanteissa tilannetaajuisesti sekä rutiinomaisesti ja toimintamallien saattaminen osaksi oikein kohdennettuja terveystalvveluita

on niin ikään yksi seulonnan kivijaloista. Tuloksissa käy myös ilmi, että seulonnan kliinissä hallinnassa järjestelmäperusteinen lähestymistapa on arvokas. (Ramachandran ym. 2013; Kero ym. 2019.)

Tuloksissa käy ilmi, että paras mahdollinen lähestymistapa on kysyminen suoraan lähisuhdeväkivallasta. Teoriatieto puoltaa tuloksia, sillä suorien kysymysten esittäminen kuuluu oleellisesti osaksi seulontaa. (Leppäkoski ym. 2014; Dawson ym. 2019; Allard 2013.) Aiemmasta teoriatiedosta käy kuitenkin myös ilmi, että huolimatta THL:n ja WHO:n suosituksista suorittaa lähisuhdeväkivallan systemaattista kartoitusta jokaisessa sosiaali- ja terveystaloudessa, suuri osa terveydenhuollon työntekijöistä on ilmoittanut, että tätä suositusta ei noudateta (Siukola 2016: 29; Cavner 2019). Myös viimeaikaiset viranomaiskyselyt puhuvat puolestaan osoittaen, että nykyisellään palvelujärjestelmässä ei kyetä riittävän tehokkaasti tunnistamaan lähisuhdeväkivaltaa (Siukola 2014: 18).

6.1.2 Lähisuhdeväkivallan tunnistamista heikentävät tekijät

Tuloksista käy ilmi, että lähisuhdeväkivallan tunnistamista heikentää riittämätön koulutus opinnoissa sekä työsuhteessa (Creedy ym. 2021). Teoriatieto tukee tuloksia, sillä lähisuhdeväkivallan tunnistamista ja seulontaa heikentävät tekijät ovat koulutuksen ja harjoituksen puute (Walls & Drape 2021). Tuloksista käy ilmi, että lähisuhdeväkivallan tunnistaminen on hankalaa, jos uhri ei myönnä lähisuhdeväkivaltaa (Leppäkoski ym. 2014; Dawson ym. 2019). Kirjallisuuden mukaan lähisuhdeväkivallan uhri saattaa kiistää väkivallan, vaikka sitä kysyttäisiin monta kertaa. Joskus uhrit eivät myöskään halua ottaa apua vastaan. (Bradbury-Jones & Clark 2016; Siukola 2011.)

Tuloksien mukaan henkilöstön epävarmuus omasta osaamisesta heikentää lähisuhdeväkivallan tunnistamista. Koetaan, että taitoja ei ole riittävästi tuoda lähisuhdeväkivaltaa osaksi keskustelua sekä koetaan epämurkuvuutta asiasta kysyttäessä. (Ramachandran ym. 2013; Dawson ym. 2019; Sundborg ym. 2012.) Teoriatiedon mukaan koetun epävarmuuden käsitteleminen voi vaikeuttaa lähisuhdeväkivallan tunnistamista. Henkilöstö ei koe tehtäväkseen seuloa lähisuhdeväkivaltaa sekä lisäksi heillä on puutteelliset tiedot ja taidot kysyä lähisuhdeväkivallasta. (Cavner 2019; Siukola 2011.)

Tuloksista ilmenee, että kirjallisten ohjeiden puuttuminen, epäselvät roolit seulonnassa ja ajan puute vaikeuttavat uhrin tunnistamista (Sundborg ym. 2012; Ramachandran ym. 2013). Teoriatieto vastaa tuloksia. Siukola (2011) mukaan käytännön syyt kuten riittä-

mätön aika ja toimintamallien puuttuminen ovat esteinä lähisuhdeväkivaltaan puuttumisessa. Myös puutteelliset hoitoketjut, epäselvät vastuut ja huonosti resursoidut palvelut estävät tunnistamista.

6.1.3 Lähisuhdeväkivallan tunnistamista vahvistavat tekijät

Tuloksista käy ilmi, että koulutus vahvistaa lähisuhdeväkivallan tunnistamista (Leppäkoski ym. 2014). Tietämys lähisuhdeväkivallasta paranee koulutuksen myötä, mikä lisää itsevarmuutta lähisuhdeväkivaltaa tunnistaessa (Creedy ym. 2012; Karnitsching & Bowker 2020). Kirjallisuuden mukaan koulutuksen merkitys on todettu tärkeäksi lähisuhdeväkivallan onnistuneessa tunnistamisessa (Cavner 2019). Tunnistamisen kannalta on oleellista, että sairaanhoitaja tunnistaa ja ymmärtää lähisuhdeväkivaltaan vaikuttavia riskitekijöitä eli heillä on tietämystä lähisuhdeväkivallasta (Bradbury-Jones & Clark 2016).

Tulokset osoittavat, että organisaation asettama prioriteetti seulonnalle vaikuttaa merkittävästi seulontakäyttäytymiseen (Sutherland ym. 2020). Seulontaa edistävät kirjalliset protokollat, tukeva työympäristö ja kollegoiden että organisaatioiden tuki. Organisaationtasolla tulisi olla yhtenäinen toimintamalli, jotta yhteneväisyys eri osastoilla ja ammateissa pystytään varmistamaan. (Creedy ym. 2021; Sundborg ym. 2012.) Tuloksia tukee myös kirjallisuus, jonka mukaan tunnistamista tukevia tekijöitä on lähisuhdeväkivallan ja sen käsittelyyn vaadittavien resurssien systemaattinen priorisointi, saatavilla olevat resurssit, riittävä aika, kohdennettu koulutus ja koko hoitotiimin kattava lähestymistapa (Cavner 2019).

Tuloksissa ilmeni, että palvelut, jotka ovat saatavilla ympärivuorokauden lisää myönteisiä vaikutuksia rutiininomaiseen seulontaan ja lievittää sairaanhoitajien taakkaa (Karnitsching & Bowker 2020). Yhteistyö eri ammattilaisten ja virastojen välillä voi rakentaa laajemman turvaverkon lähisuhdeväkivallan uhreille (Dawson ym. 2019). Teoriatieto tukee näitä tuloksia, sillä väkivaltapalveluiden saatavuus helpottaa lähisuhdeväkivaltaan puuttumista ja vastuu jakautuu (Siukola 2011: 32).

6.2 Luotettavuus

Opinnäytetyö toteutettiin parityönä, joka lisäsi opinnäytetyön luotettavuutta. Molemmat myös arvioivat kaikki tutkimukset sekä analysoi tulokset luotettavuuden lisäämiseksi. Jokaisen valitun tutkimuksen eheyttä ja luotettavuutta arvioitiin erikseen. (Stolt ym.

2016: 28.) Tutkimuskysymykset on esitetty selkeästi ja teoreettinen perustelu on eritelty huolellisesti opinnäytetyössä (Kangasniemi ym. 2013: 297).

Stolt ym. (2016) mukaan opinnäytetyöhön on otettu mukaan vertaisarvioituja tutkimuksia, jotka lisäävät opinnäytetyön luotettavuutta. Käytimme julkaisufoorumia varmistaaksemme tutkimusten laadun. Julkaisufoorumissa on luokkia 1–3; 1=perustaso, 2=johdettava taso ja 3=korkein taso. Tutkimuksista kahdeksan (n=8) täytti luotettavuusluokitukset. Tutkimuksista kaksi (n=2) ei löytynyt julkaisufoorumista. Molemmat opinnäytetyön tekijät tutkivat tarkasti kahdet tutkimukset, joiden julkaisijoita ei löytynyt julkaisufoorumista. Tutkimukset olivat julkaistu lehdissä, jotka tarjosivat korkealaatuisia, vertaisarvioituja artikkeleita. Tutkimusten kirjoittajat olivat tohtoreita tai lääkäreitä, ja heidän tutkimusintressinsä koskivat väkivaltaa. Tutkimukset olivat vuosilta 2019 ja 2020, joten tieto oli ajankohtaista. Löytymättömät tutkimukset valittiin kirjallisuuskatsaukseen, sillä tutkimusten sisältö vastasi tutkimuskysymyksiin ja tarkastelun jälkeen tutkimukset vaikuttivat luotettavilta.

Luotettavuutta saattaa heikentää se, että tutkimusaineisto oli englanninkielistä. Käännösvirheitä on voinut sattua, vaikka aineiston on kääntänyt molemmat opinnäytetyön tekijät. Käännös suomeksi on kuitenkin yritetty tehdä niin, etteivät tutkimusten tiedot ja tulokset vääristyisivät. Haun tarkka rajaaminen on saattanut karsia pois relevantteja tutkimuksia, joka voi heikentää luotettavuutta. Rajaus oli kuitenkin joissakin määrin pakollinen, sillä aihe on laaja ja sitä voi tarkastella monesta eri näkökulmasta, jolloin myös tutkimuksia on paljon.

Aineiston haku on kuvattu tarkasti ja aineiston analyysin eteneminen on kuvattu selkeästi. Luotettavuutta on lisätty esittelemällä aineiston analyyseistä esimerkkitaulukkoita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 160.) Valitut tutkimukset ovat korkeintaan 11 vuotta vanhoja, jotta tieto olisi mahdollisimman ajankohtaista ja näin ollen lisää luotettavuutta. Opinnäytetyö käytetään lopuksi plagioinnintarkistustietokannassa Turnitissa, plagioinnin tarkastamiseksi (Turnitin).

6.3 Eettisyys

Tutkimusetiikka yleisesti luokitellaan normatiiviseksi etiikaksi, jonka tavoitteena on määrittää oikeat säännöt tutkimuksen eettiselle käytännölle. Tällaiset säännöt ohjaavat tutkijoiden toimintaa tutkimuksen eri vaiheissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 172.)

Opinnäytetyötä tehdessä sitouduttiin noudattamaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä, joita ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6). Tutkimusaineisto ei sisällä väärennöksiä, plagioitua materiaalia eikä varastettua tietoa. Kirjallisuuskatsauksessa on kunnioitettu muiden tutkijoiden työtä viittaamalla asianmukaisesti. (Mäkinen 2006: 13–14.) Kaikki työssä käytetyt lähteet on lueteltu lähdeluettelossa ja yhteneväiset tekstiviitteiden kanssa. Kirjallisuuskatsauksessa on kuvattu tutkimuksen kaikki eri vaiheet eikä tutkimustuloksia ole kaunisteltu tai muutettu (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 182). Tämä opinnäytetyö on toteutettu kirjallisuuskatsauksena ja on täten aineistolähtöinen. Kun toteutetaan aineistolähtöistä tutkimusta, on huomioitava, että aineistoista tehtyihin havaintoihin heijastuu jollain tasolla tutkijan oma subjektiivinen näkemys. Tällöin aineistosta tehdyt havainnot eivät ole täysin objektiivisiä. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 109.) Olemmekin pyrkineet käsittelemään aihetta mahdollisimman objektiivisesti ja raportoimaan tulokset totuudenmukaisesti.

Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä henkilötietoja eikä opinnäytetyö vaatinut eettistä ennakkoarviointia tai tutkimuslupia (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry). Valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseuksessa, joka on Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry:n tarjoama palvelu (Theseus).

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

1. Käytetyt interventiot koskivat lähisuhdeväkivallan puheeksi ottoa, kuuntelemista, potilaan ohjausta eteenpäin ja tiedon tarjoamista.
2. Seulontatyökalujen nopeaa ja helppoa saatavuutta tulee parantaa seulonnan edistämiseksi.
3. Lähisuhdeväkivallan tunnistamista heikentää riittämätön koulutus, epävarmuus, ajan puute, epäselvät roolit, ohjeiden puuttuminen ja haluttomuus myöntää väkivalta.
4. Lähisuhdeväkivallan koulutusta tulee lisätä, sillä enemmän koulutusta saaneet suoriutuvat paremmin lähisuhdeväkivallan tunnistamisessa.
5. Yhtenäinen selkeä toimintamalli ja yhteistyö virastojen välillä vahvistaa seulontaprosessia ja vähentää hoitohenkilökunnan taakkaa.

Vastaisuudessa olisi tärkeää, että suomalaisia tutkimuksia lähisuhdeväkivallasta lisätäisiin, sillä lähisuhdeväkivalta on merkittävä Suomen yhteiskuntaa rasittava ongelma.

Lähisuhdeväkivallan koulutukseen ja perehdytykseen tulisi panostaa työyksiköissä. Lähisuhdeväkivallan koulutus tulisi saattaa osaksi jokaisen opiskelijan opintoja. Työntekijöille tulisi säännöllisesti järjestää mahdollisuus täydennyskoulutukseen lähisuhdeväkivallasta.

Lähteet

Allard, Charlotte 2013. Caring for people who experience domestic abuse. *Emergency Nurse*. 21, (2). 12–16.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. <<https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Opinnäytetyöprosessin%20eettiset%20suositukset%20muistilistat%20opiskelijalle%20ja%20ohjaajalle.pdf>>. Viitattu 14.5.2023.

Bildjuschkin, Katriina & Ewalds, Helena & Hietämäki, Johanna & Kettunen, Hanna & Koivula, Tanja & Mäkelä, Jukka & Nipuli, Suvi & October, Martta & Peltonen, Joonas & Siukola, Reetta. 2020. Väkivaltakäsitteiden sanasto. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139150/URN_ISBN_978-952-343-211-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 24.9.2022.

Bradbury-Jones, Caroline & Clark, Maria 2016. Intimate partner violence and the role of community nurses. *Primary Health Care*. 26, 9, 42-48.

Cavner, Jackie 2019. Recommendations for intimate partner violence screening and interventions. *Women's Healthcare. A Clinical Journal for NPs*.

Creedy, Debra K. & Baird, Kathleen & Gillespie, Kerri & Brandjerdporn, Grace 2021. Australian hospital staff perceptions of barriers and enablers of domestic and family violence screening and response. *BMC Health Services Research*. 1-8.

Dawson, Angela J. & Rossiter, Chris & Doab, Anna & Romero, Bernadine & Fitzpatrick, Lesley & Fry, Margaret 2019. The Emergency Department Response to Women Experiencing Intimate Partner Violence: Insights from Interviews with Clinicians in Australia. *Academic Emergency Medicine*. 1052-1062.

Janhonen, Sirpa 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Julkaisukanavahaku. Julkaisufoorumi. <<https://www.tsv.fi/julkaisufoorumi/haku.php>>. Viitattu 10.3.2023.

Kangasniemi, Mari & Utriainen, Kati & Ahonen, Sanna-Mari & Pietilä, Anna-Maija & Jääskeläinen, Petri & Liikanen, Eeva. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 2013, 25 (4), 291–301.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karnitschnig, Laura & Bowker, Shawn 2020. Intimate partner violence screening in the emergency department: a quality improvement project. *Journal of Emergency Nursing*. 345-353.

Kelly, Joan B. & Johnson, Michael P. 2008. Differentiation Among Types of Intimate Partner Violence: Research and Implications for interventions. *Family Court Review*. 46 (3): 476–499.

Kero, Katja & Nyqvist, Leo & Rautio, Jenni & Puuronen, Anne 2019. Lähisuhdeväkivallan seuloontaa tulee vahvistaa. *Lääkärilehti* 35/2019 vsk 74, s. 1881–1887. <<https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.metropolia.fi/tieteessa/katsausartikkeli/lahisuhdevakivallan-seuloontaa-tulee-vahvistaa/>>. Viitattu 24.9.2022.

Keynejad, Roxanne & Baker, Natasha & Lindenberg, Ursula & Pitt, Katherine & Boyle, Adrian & Hawcroft, Claire 2021. Identifying and responding to domestic violence and abuse in healthcare settings. *The BMJ*.

Lee, Amy S. D. & McDonald, Lynn R. & Will, Susan & Wahab, Maybel & Lee, Judy & Coleman, Jenell S. 2019. Improving Provider Readiness for Intimate Partner Violence Screening. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 16:3, 204-210.

Leppäkoski, Tuija & Flinck, Aune & Paavilainen, Eija 2014. Assessing and Enhancing Health Care Providers' Response to Domestic Violence. *Nursing Research and Practice*.

Leppäkoski, Tuija & Åstedt-Kurki, Päivi & Paavilainen, Eija 2010. Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department settings in Finland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24; 638-647.

Lynch, Johanna & Stone, Louise & Victoire, Anousha 2022. Recognising and responding to domestic and family violence in general practice. *The Royal Australian College of General Practitioners*. Reprinted from *AJGP* Vol. 51, No. 11, 863-869.

Lääkätieteen sanasto. Interventio. Duodecim Terveyskirjasto. <<https://www.terveyskirjasto.fi/ltt01376>>. Viitattu 13.2.2023.

McKay, Tasseli E. & Kan, Marni L. & Landwehr, Justin & Miller, Elizabeth 2021. When Disclosure Isn't the Goal: Exploring Responses to Partner Violence Victimization Screening and Universal Education among Youth and Adults. *Journal of Family Violence*. 37:487-504. Publisher: Springer.

Mäkinen, Olli. 2006. *Tutkimusetiikan ABC*. Helsinki: Tammi.

Physical violence. Council of Europe. <<https://www.coe.int/en/web/gender-matters/physical-violence>>. Viitattu 12.1.2023.

Prisma-vuokaavio. <<http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram?AspxAutoDetectCookieSupport=1>>. Viitattu 20.3.2023.

Ramachandran, Daesha V. & Covarrubias, Laura & Watson, Catherine & Decker, Michele R. 2013. How You Screen is as Important as Whether You Screen: A Qualitative Analysis of Violence Screening Practices in Reproductive Health Clinics. *Journal of Community Health*. 38:856-863.

Rodriguez, Briana & Mandich, Madalyn 2019. What Victims of Domestic Violence Experience in Emergency Departments; a Cross Sectional Study. *Archives of Academic Emergency Medicine*. 7(1): e68.

Siukola, Reetta. 2014. Miten puutun lähisuhdeväkivaltaan? Esimerkkinä päihde- ja mielenterveystyö. THL opas 34. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Spangaro, Jo & Vajda, Jacqueline & Klineberg, Emily & Lin, Sen & Griffiths, Christine & McNamara, Lorna & Saberi, Elham & Field, Emma & Miller, Alex 2022. Emergency Department staff experiences of screening and response for intimate partner violence in a multi-site feasibility study: Acceptability, enablers and barriers. *Australasian Emergency Care* 25. 179–184.

Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto.

Sundborg, Eva M & Saleh-Stattin, Nouha & Wändell, Per & Törnkvist, Lena 2012. Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *Bio Medical Central, BMC Nursing*. 11:1.

Sutherland, Melissa A. & Hutchinson, M. Katherine & Collins Fantasia, Heidi & Si, Bing & Jiang, Lan 2020. Are We Asking? Nurse Practitioners' Interpersonal Violence Screening Practices. *The Journal for Nurse Practitioners* 16. 683–688.

TENK. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. <https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Viitattu 22.3.2023.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Lomakkeet väkivallan kirjaamiseen ja kartoittamiseen. Väkivalta. <<https://thl.fi/fi/web/vakivalta/tyon-tueksi/lomakkeet-vakivallan-kirjaamiseen-ja-kartoittamiseen>>. Viitattu 23.2.2023.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a. Väkivallan muodot. Väkivalta. Päivitetty 5.5.2022. <<https://thl.fi/fi/web/vakivalta/vakivallan-muodot>>. Viitattu 12.1.2023.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022b. MARAK - moniammatillinen riskinarviointi. Väkivalta. Päivitetty 14.2.2022. <<https://thl.fi/fi/web/vakivalta/tyon-tueksi/marak-moniammatillinen-riskinarviointi>>. Viitattu 10.2.2023.

Theseus. <<https://www.theseus.fi>>. Viitattu 14.5.2023.

Tunnista väkivalta. Ensi ja turvakotien liitto. <<https://ensijaturvakotienliitto.fi/tukea-ammattilaiselle/perhe-ja-lahisuhdevakivalta/tunnista-vakivalta/>>. Viitattu 23.9.2022.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Turnitin. Tietohallinto. Metropolia. Päivitetty 11.3.2022. <<https://wiki.metropolia.fi/display/tietohallinto/Turnitin>>. Viitattu 19.3.2023.

United Nations. What is domestic violence? <<https://www.un.org/en/coronavirus/what-is-domestic-abuse>>. Viitattu 10.1.2023.

Walls, Elaine & Drape, Katherine 2021. Recognising and supporting families through domestic violence and abuse. *British Journal of Nursing*. Vol 30, No 3.

World Health Organization. Intimate partner violence 2012.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf;jsessionid=54282E81716A2C8C87E2DE5836838920?sequence=1>. Viitattu 8.11.2022.

Liite 1. Tiedonhaku­taulukko

Hakukone	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Otsikon perusteella valittu	Tiivistelmän perusteella valittu	Koko tekstin perusteella valittu
ProQuest Central	domestic violence AND family violence AND screening AND hospital staff	Vuodesta 2012 eteenpäin, English, peer reviewed, subject: domestic violence	726	15	4	4
CINAHL Complete	nurses AND intimate partner violence AND health care	Vuodesta 2012 eteenpäin, peer reviewed, English	217	24	5	4
CINAHL Complete	domestic violence OR domestic abuse OR intimate partner violence AND interventions AND more effective	Vuodesta 2012 eteenpäin, peer reviewed, English	49	3	1	0
CINAHL Complete	intimate partner violence OR domestic violence OR partner abuse AND nurs* AND healthcare OR health care OR hospital OR health services OR health facilities	Vuodesta 2012 eteenpäin, peer reviewed, English	464	31	5	1
CINAHL Complete	screen* AND intimate partner violence OR domestic violence OR partner abuse AND nurs*	Vuodesta 2012 eteenpäin, peer reviewed, English	207	16	3	1

Liite 2. Artikkelitaulukko

Numero	Tekijä, vuosi & maa	Lehti	Menetelmät/ aineisto	Tutkimuksen tarkoitus	Keskeisimmät tulokset
1.	<p>Creedy, Debra K. & Baird, Kathleen & Gillespie, Kerri & Brandjerdporn, Grace.</p> <p>2021</p> <p>Australia</p> <p>Australian hospital staff perceptions of barriers and enablers of domestic and family violence screening and response.</p>	<p>BMC Health Services Research</p> <p>Julkaisutaso 2</p>	<p>Tutkimuksen aineisto on kerätty poikkileikkaustutkimuksella. Tutkimukseen kutsuttiin 615 osallistujaa terveydenhuollon henkilökunnasta ja tutkimusta varten 172 vastausta analysoitiin. Vastaajat olivat pääasiassa naishoitajia, kätilöitä, hoitohenkilökuntaa ja sosiaalityöntekijöitä.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää henkilöstön käsityksiä lähisuhdeväkivallan seulomisen ja lähisuhdeväkivaltaan vastaamiseen mahdollistajista sekä esteistä.</p>	<p>Korkeampi koulutustaso korreloi positiivisesti seulontakäytäntöjen, valmiuden ja tietämyksen kanssa. Suurimpina esteitä seulonnalle olivat kumppanin läsnäolo sekä kielimuuri, kun taas seulontaa tukevia tekijöitä puolestaan olivat kirjalliset protokollat sekä tukeva työympäristö. Lisäkoulutus parantaa henkilöstön valmiuksia tunnistaa ja reagoida lähisuhdeväkivaltaan.</p>

2.	<p>Dawson, Angela J. & Rossiter, Chris & Doab, Anna & Romero, Bernadine & Fitzpatrick, Lesley & Fry, Margaret.</p> <p>2019</p> <p>Australia</p> <p>The Emergency Department Response to Women Experiencing Intimate Partner Violence: Insights From Interviews With Clinicians in Australia.</p>	<p>Academic Emergency Medicine</p> <p>Julkaisutaso 2</p>	<p>Tutkimus toteutettiin teet- tämällä laadullisia puo- listrukturoituja haastatte- luita ja ryhmäkeskusteluita 35 sosiaalityöntekijälle, sairaanhoitajalle ja lääkä- rille. Keskustelut nauhoi- tettiin ja litteroitiin sanatar- kasti. Kerätty data analy- soitiin temaattisesti. Työn- tekijöiden kanssa käy- dyistä keskusteluista tun- nistettiin piileviä ja ilmeisiä kaavoja, jotka jaoteltiin teemoihin. Tutkimus toteu- tettiin kahdessa julkisessa pääkaupunkiseudun sai- raalassa.</p>	<p>Tutkimuksen tavoit- teena oli tutkia osaa- mista, mielipiteitä ja motiiveja, jotka vaikut- tavat kliinikkoryhmien päätöksentekoon ja käytäntöihin hoidetta- essa lähisuhdeväkival- taa kokeneita naisia kii- reisissä pääkaupunki- seudun sairaaloissa. Tutkimuksella pyritään lisäämään ymmärrystä sairaanhoidajien, lääkä- reiden ja sosiaalityönte- kijöiden lähisuhdeväki- vallon tunnistamista ja siihen reagoimista.</p>	<p>Tutkimuksessa vastauksissa ko- rostui lähisuhdeväkivallan tunnis- tamisen haasteet, jotka johtuvat ammattillisesta epävarmuudesta tai epämukavuudesta ja lähisuh- deväkivaltaa kokeneiden naisten pelosta paljastamisen seurauk- sista. Henkilökunta korosti haas- teita tuomitsemattomien asentei- den ylläpitämisessä sekä omien tunteiden hallitsemisessa.</p>
----	--	--	---	---	--

3.	Karnitschnig, Laura & Bowker, Shawn. 2020 Yhdysvallat Intimate Partner Violence Screening in the Emergency Department: A Quality Improvement Project.	Journal of Emergency Nursing Julkaisutaso 1	Projektin tarkoituksena oli parantaa lähisuhdeväkivallan tunnistamista ja seulontaa. Ensiavussa työskenteleville sairaanhoitajille annettiin koulutusta lähisuhdeväkivallasta sekä tietokonekehote lähisuhdeväkivallan seulomiseksi. Aineistoa kerättiin yhteensä 9 viikon ajalta. Dataa kerättiin ennen projektia, sen aikana sekä koulutuksen jälkeen.	Projektin tavoitteena oli edistää lähisuhdeväkivallan rutiini seulonnan tärkeyttä. Projektissa pyrittiin tarjoamaan sairaanhoitajille tehokas työkalu sekä tietokonekehote lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen.	Koulutuksen seurauksena enemmän lähisuhdeväkivallan uhreja tunnistettiin sekä resurssit ja lähetteet tuplaantuivat. Intervention avulla lähisuhdeväkivallan seulonta ja tunnistaminen parani.
4.	Lee, Amy S. D. & McDonald, Lynn R. & Will, Susan & Wahab, Maybel & Lee, Judy & Coleman, Jenell S.	Worldviews on Evidence-Based Nursing 2019, 16:3, 204-210. Julkaisutaso 2	Projektissa luotiin interventio, joka sisälsi sähköiseen potilastietojärjestelmään integroidun seulontatyökalun, automatisoidun resurssipuhelinjärjestelmän luomisen sekä lähisuhdeväkivallan seulonta ja rea-	Projektin tarkoituksena oli selvittää koulutuksen ja sähköiseen potilastietojärjestelmään integroidun lyhyen seulontatyökalun vaikutuksia lähisuhdeväkivallan seulomiseen.	Projektissa ilmeni, että yleisesti seulontavalmius parani merkittävästi. Merkittäviä positiivisia muutoksia havaittiin myös ammattilaisen roolin vastustamisessa, pelossa loukata potilasta, uhrin syytöksissä sekä uhrin ja palveluntuottajan turvallisuudessa. Luotettavan ja yhtenäisen vaihtoehdon

	2019 Yhdysvallat Improving Provider Readiness for Intimate Partner Violence Screening.		gointi koulutuksen. Seulonta valmiutta arvioitiin ennen interventiota sekä sen jälkeen. Arvioinnissa käytettiin DVHCPSS asteikkoa, joka pisteytetään kumulatiivisesti.		tarjoaminen terveydenhuollon henkilöstölle lähisuhdeväkivallan seulontaan ja lähetteisiin sähköisen potilastietojärjestelmän kautta on uusimman ja tehokkaimman saatavilla olevan teknologian innovatiivinen hyödyntäminen.
5.	Leppäkoski, Tuija & Flinck, Aune & Paavilainen, Eija. 2014 Suomi Assessing and Enhancing Health Care Providers' Response to Domestic Violence	Nursing Research and Practice Julkaisutaso 1	Tutkimuksessa käytettiin pitkäikäistä kuvailevaa tutkimusdesignia vapaaehtoisnäytteillä. Alustavassa kyselyssä hankittiin tietoja perus- ja erikoissairaanhoidon nykytilanteesta ja tarpeista lähisuhdeväkivallan suhteen. Kyselyn tuloksia käytettiin pohjana jatkotoimenpiteiden suunnittelulle, joita olivat henkilöstön koulutus sekä käytännön ohjeiden laatiminen.	Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella mahdollisia muutoksia terveydenhuollon henkilökunnan taidoissa puuttua ja tunnistaa lähisuhdeväkivaltaa vuosien 2008 ja 2012 välillä.	Vertailu osoittaa, että tutkimusjaksojen välillä on tapahtunut pieni positiivinen muutos. Osallistujat olivat tietoisia omista puutteistaan lähisuhdeväkivallan tunnistamisessa ja siihen puuttumisessa. Henkilöstölle tulisi kehittää järjestelmällinen jatkokoulutus suunnitelma, jotta osaaminen ja taidot kattaisivat kaikenlaisen lähisuhdeväkivallan sekä miten lähisuhdeväkivaltaa tunnistetaan ja miten siihen puututaan.

6.	<p>Ramachandran, Daesha V. & Covarrubias, Laura & Watson, Catherine & Decker, Michele R.</p> <p>2013</p> <p>Yhdysvallat</p> <p>How You Screen is as Important Whether You Screen: A Qualitative Analysis of Violence Screening Practices in Reproductive Health Clinics.</p>	<p>Journal of Community Health</p> <p>Julkaisutaso 1</p>	<p>Tutkimukseen osallistui yhteensä 14 terveydenhuollontyöntekijää; sairaanhoitajia, terveyskasvattajia ja lääkärin avustajia. Osallistujille suoritettiin laadullinen haastattelu, jossa esitettiin avoimia kysymyksiä liittyen heidän työtehtäviinsä, käsityksiin seurusteluväkivallasta sekä seulontaprosessista. Haastattelut taltioitiin sanatarkasti ja analysoitiin käyttämällä induktiivista sisällönanalyysia.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä seulontakäytännöistä sekä niihin liittyvistä esteistä ja motivaatioista. Tutkimus edistää myös ymmärrystä väkivallan seulontaan liittyvistä toteuttamishaasteista korkean riskin väestöryhmissä.</p>	<p>Tutkimuksessa ilmeni, että vaikka käytössä olisi yhtenäinen seulontatyökalu, tiedustelu- ja lähetekäytännöt voivat olla epä johdonmukaisia, mikä voi vaikuttaa seulontaohjelman kykyyn havaita, puuttua ja ehkäistä lähisuhdeväkivaltaa tehokkaasti. Henkilöstö, joka on saanut koulutusta ja ymmärtää lähisuhdeväkivallan yhteyden seksuaali- ja lisääntymisterveyteen seulovat potilaita todennäköisemmin. Jos seulonnan tavoitteita ei ole selkeästi määritelty tai roolit ovat epäselvät, tämä vaikuttaa negatiivisesti hoitohenkilöstön itsevarmuuteen sekä siihen seulontaanko asiakkaita ja kuinka ja ketä seulotaan.</p>
----	--	--	---	---	---

7.	Rodriguez, Brieana & Mandich, Madalyn. 2019 Yhdysvallat What Victims of Domestic Violence Experience in Emergency Departments; a Cross Sectional Study.	Archives of Academic Emergency Medicine	Tutkimus on toteutettu poikkileikkaustutkimuksena. Seitsemän kuukauden aikana kerättiin yhteensä 24 kysely vastauksia. Kysely sisälsi 22 kysymystä sisältäen suljettuja ja avoimia kysymyksiä koskien heidän kokemuksiaan ja mielipiteitään lähisuhdeväkivallan seulontaprosessista sekä oireiden hoidosta päivystyskäynnillä.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä lähisuhdeväkivallan uhrin kokevat tullessaan ensiapuun.	Osa kyselyyn vastanneista naisista koki, että terveydenhuollon henkilöstö kiirehti eikä ollut aidosti kiinnostuneita. Osaa naisista ei seulottu lähisuhdeväkivallan varalta ollenkaan. Seulonta tulee suorittaa ilman muita perheenjäseniä samassa tilassa. Seulonnan standardoiminen voi auttaa lähisuhdeväkivallan uhreja tuntemaan olonsa helpommaksi ja kiirettömämmäksi.
8.	Spangaro, Jo & Vajda, Jacqualine & Klineberg, Emily & Lin, Sen & Griffiths, Christine & McNamara, Lorna & Saberi, Elham & Field,	Australasian Emergency Care Julkaisutaso 1	Tutkimus on toteutettu toteutettavuustutkimuksena lähisuhdeväkivallan rutiiniseulonnasta ensiavussa. Kyselyitä tehtiin lääkäreille, sosiaalityöntekijöille ja sairaanhoitajille. Kyselyissä kartoitettiin	Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa henkilökunnan näkemyksistä seulonta- ja lähetemallin hyväksyttävyydestä ja asianmukaisuudesta.	Tutkimus osoittaa, että päivystyksessä lähisuhdeväkivallan seulonta on hyväksyttävää ja tarpeenmukaista. Vastauksista ilmenee, että seulonnalla on myönteisiä vaikutuksia naisten hoitoon. Seulontaa mahdollistavia tekijöitä ovat seulontatyökalun helppokäyt-

	<p>Emma & Miller, Alex.</p> <p>2022</p> <p>Australia</p> <p>Emergency Department staff experiences of screening and response for intimate partner violence in a multi-site feasibility study: Acceptability, enablers and barriers.</p>		<p>henkilöstön käsityksiä seulonnan toteuttamisesta ja hyväksyttävyydestä. Tutkimusjakso kesti kuusi kuukautta.</p>		<p>töisyys, johdon tuki ja sosiaalityöntekijän vastaus tunnin sisällä. Seulonnan esteisiin lukeutuu suuri potilasmäärä, koulutuksen lyhyys, yksityisyyden puute ja olemassa olevien prosessien integroinnin puute.</p>
9.	<p>Sundborg, Eva M & Saleh-Stattin, Nouha & Wändell, Per & Törnkvist, Lena.</p>	<p>Bio Medical Central, BMC Nursing 11:1</p>	<p>Aineisto kerättiin kyselylomakkeella perusterveydenhuollon keskuksissa työskenteleviltä sairaanhoitajilta. Muuttujien välisiä</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida sairaanhoitajien valmiutta tunnistaa ja hoitaa lähi-</p>	<p>Sairaanhoitajilla havaittiin puutteita valmiudessa. Suurin osa sairaanhoitajista ei ollut valmiita hoitamaan lähisuhdeväkivallan koh-</p>

	2012 Ruotsi Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care.	Julkaisutaso 2	suhteita testattiin logistisella regressioanalyysillä.	suhdeväkivaltaan altistuneita naisia perusterveydenhuollossa.	teeksi joutuneita naisia. Parannuksia tarvitaan sekä organisatiotason että yksilötason tasolla.
10.	Sutherland, Melissa A. & Hutchinson, M. Katherine & Collins Fantasia, Heidi & Si, Bing & Jiang, Lan. 2020 Yhdysvallat	The Journal for Nurse Practitioners	Tutkimus on toteutettu poikkileikkaustutkimuksena. Tutkimuskutsu lähetettiin 1000 perusterveydenhuollossa työskentelevälle sairaanhoitajalle. Lopulliseen otokseen valikoitui 170 sairaanhoitajan vastaukset.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella sairaanhoitajien seulontakäyttäytymistä koskien lähisuhdeväki-valtaa sekä seksuaaliväki-valtaa. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös seulomiseen liittyviä tekijöitä kuten uskomuksia, itse-	Lähes 80 % vastanneista ilmoitti tarpeen lisäkoulutukselle olevan esteenä lähi- ja seksuaalisenväkivallan seulonnalle. Suurimpiin huolenaiheisiin lukeutui myös seulonnan vaatima aika sekä häiriötekijät klinikan toiminnalle. Tutkimus osoittaa, että sairaanhoitajien lähisuhdeväkivallan seulonnan taso on matala.

	Are We Asking? Nurse Practitioners' Interpersonal Violence Screening Practices.			ohjautuvuutta, aikomuksia sekä estäviä tekijöitä.	
--	---	--	--	---	--