



RAISKUKSEN UHRIN KOHTAAMINEN AKUUTTIHOITOTYÖSSÄ

Anniina Luojus

Maija-Elina Olkkonen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2012
Ensihoidon koulutusohjelma

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ensihoidon koulutusohjelma

LUOJUS, ANNIINA & OLKKONEN, MAIJA
Raiskauksen uhrin kohtaaminen akuuttihoitotyössä

Opinnäytetyö 71 sivua, josta liitteitä 11 sivua
Huhtikuu 2012

Ensihoidossa raiskauksen uhrin ovat marginaalinen ryhmä, mutta oletettavaa on, että jokainen hoitotyötä tekevä joutuu uransa aikana kohtaamaan seksuaalisen väkivallan ongelmaa. Kohtaamistilanne on vaativa, eikä sujuvaan hoitamiseen muodostu rutiinia tilanteen harvinaisuuden vuoksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opetusmateriaali raiskauksen uhrin akuuttihoitotyöstä. Tämä on tuotokseen painottuva opinnäytetyö.

Työn ensimmäisessä osassa selvitämme työn tarkoitusta ja tavoitetta, raportoimme opinnäytetyöntekoprosessista sekä avaamme työn keskeisiä käsitteitä.

Työn toinen osa on teoriaosa. Siinä käsittelemme seksuaalirikoksen näyttäytymistä suomalaisessa kulttuurissa, siihen liittyviä tabuja ja asenteita, raiskauksen fyysisiä sekä psyykkisiä vaikutuksia sekä kerromme potilaan kohtaamisesta. Lisäksi käsittelemme uhrin hoitoa psyykkisesti ja fyysisesti. Olemme ottaneet huomioon myös muista kulttuureista tulevat potilaat.

Kolmannessa osassa eli varsinaisessa tuotoksessa teoriaosan tieto on koottu tiiviiksi kokonaisuudeksi PowerPoint –esityksen muotoon.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä terveydenhuoltoalan opiskelijoiden valmiuksia ja kehittää heidän osaamistaan raiskauksen uhrin kohtaamiseen.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Emergency care

LUOJUS, ANNIINA & OLKKONEN, MAIJA
Encountering a Rape Victim in Acute Care

Bachelor's thesis 71 pages, appendices 11 pages
April 2012

Rape victims are a marginal group in emergency care, but it has been estimated that everybody who works in the field of nursing will have to face the problem of sexual violence during his/her career. The situation is challenging and fluent routines cannot be developed due to the rareness of the situation.

This bachelor's thesis was output-oriented and its purpose was to produce teaching material for the acute care of rape victims.

In the first part of the thesis, the meaning and objective of the thesis are discussed, as well as the process of conducting the thesis and the key concepts.

The second part of the thesis is the theoretical part. In that part, sexual crimes in Finnish culture are examined, as well as the related taboos and attitudes and the physical and psychological impacts of a rape. In addition, facing the victim and treating the victim both physically and mentally are discussed. In the thesis, patients who come from other cultures were taken into account.

The third part of the thesis is the output. In the output, the information discussed in the theoretical part is combined and presented as a PowerPoint presentation.

The objective of this bachelor's thesis was to increase the health care students' preparedness and proficiency in facing rape victims.

Key words: rape, acute care, trauma



OSA 1

RAPORTTI

Anniina Luojus

Maija Olkkonen

Raporttiosa
Huhtikuu 2012
Ensihoidon koulutusohjelma

SISÄLLYS – Osa 1

1 JOHDANTO	6
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	8
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
3.1 Keskeiset käsitteet	9
3.2 Raiskaus	11
3.3 Trauma	14
3.5 Akuuttihoitotyö	15
3.6 Kohtaaminen	17
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	19
4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	19
4.2 Tuotos	20
4.3 Opinnäytetyön toteutus	21
5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	23
5.1 Eettiset ja luotettavuuskysymykset	23
5.2 Johtopäätökset ja pohdinta	26
LÄHTEET	30
LIITE	32

1 JOHDANTO

Poliisin arvion mukaan Suomessa tapahtuu noin 10 000 raiskausta vuosittain. Näistä kuitenkin vain 500–700 tulee poliisin tietoon ja tekijöistä tuomituksi saadaan vain muutamia kymmeniä. (Apter, Kaimola & Väisälä 2006, 335.) Esimerkiksi vuonna 2011 Suomessa tilastoitiin 989 raiskausta (Tilastokeskus 2011). Luvut ovat suurempia, kun siihen sisällytetään muunkin seksuaalinen väkivalta. Seksuaalirikokset siis pysyvät paljolti piilorikollisuutena. Luotettavien tilastojen kokoaminen seksuaalirikoksista on erittäin vaikeaa uhrien häpeän ja siitä johtuvan vaikenemisen vuoksi. (Lehtonen & Perttu 1999, 125.)

Seksuaalista väkivaltaa ja seksuaalista hyväksikäyttöä esiintyy hyvin monessa muodossa. Raiskaus on seksuaalisen väkivallan tunnetuin muoto. (Kaukonen, Raijas, Silver & Valkama 2003, 15.) Tilastokeskuksen julkaisussa Usko, toivo, hakkaus määritellään seksuaalinen väkivalta teoksi jossa uhriin käydään käsiksi tai häntä kosketellaan tavalla, joka tuntuu seksuaalisesti hyvin loukkaavalta (Heiskanen & Piispa 1998, 54).

Raiskaus on uhrille traumaattinen tilanne. Sillä on vakavia psyykkisiä, somaattisia sekä sosiaalisia seurauksia. Harva uhri toipuu ilman ulkopuolista apua. Uhrin tarvitsevat ammattiapua pitkäaikaissauraamusten välttämiseksi. Hoitamattomana traumakokemus voi johtaa sairastuvuuteen ja näin ollen terveyspalveluiden runsaaseen käyttöön. Tämä kuormittaa yhteiskuntaa taloudellisesti. (Punamäki & Ylikomi 2007, 877.)

Raiskaus on yhteiskunnassamme edelleen arkaluontoinen asia. Seksuaalinen väkivalta on kuitenkin vahvasti läsnä suomalaisten arjessa. Jokainen terveydenhuollon parissa työskentelevä joutuu vääjäämättä kohtaamaan ilmiön työssään. Väkivallan merkkien ja seuraamusten tunnistaminen on tärkeää, jotta uhri saisi parhaan mahdollisen avun. (Apter ym. 2006, 335.)

Hoitohenkilökunnan valmiuksista hoitaa seksuaalirikoksen uhria on tehty opinnäytetyö Satakunnan ammattikorkeakoulussa vuonna 2011. Työ toteutettiin kvantitatiivisena ja aineisto kerättiin kahdelta pääkaupunkiseudun

päivystyspoliklinikalta. Kyselyyn osallistui 60 työntekijää, ja vastausprosentti oli 40. Kyselytutkimuksen mukaan vastaajista 37 % kohtasi seksuaaliväkivallan uhrin vuosittain, 12 % kuukausittain ja viikoittain uhrin kohtasi 2 % vastaajista. Suurin osa ei ollut saanut koulutusta seksuaaliväkivallan uhrin hoitoon. Seksuaaliväkivaltaa koskevasta lainsäädännöstä valtaosa koki tietonsa riittämättömiksi. Vastaajista 60 % arvioi tietojensa olevan riittävät annetun hoidon dokumentoinnista. Suurin osa vastaajista koki tietonsa osittain tai täysin puutteellisiksi raiskauskokemuksen vaikutuksista elämän eri osa-alueisiin. Enemmistö vastaajista koki tietonsa jatkohoidon järjestämisestä puutteelliseksi. (Kurkilahti 2011, 37-38.)

Seksuaalisen väkivallan uhrin hoitaminen on jo ensivaiheessa erittäin vaativa ja monimutkainen tilanne. Hoitotilanne koettelee hoitajan voimavaroja ja on ahdistava tapahtuma uhrille. (Brusila 2001, 512.) Halusimme perehtyä seksuaalirikoksen uhrin kohtaamiseen akuuttihoitotyössä. Aihe kiinnostaa meitä monimuotoisuutensa sekä tabuleimaisuutensa takia. Seksuaalirikokset ovat todellisia ongelmia eikä niistä pitäisi vaieta. Mielestämme akuuttihoitotyön laatuun tulee kiinnittää erityistä huomiota, jotta uhri tulisi autetuksi.

Tässä opinnäytetyössä käsitellään raiskauksen uhrin kohtaamista ja hoitoa. Aihe on rajattu yli kahdeksantoistavuotiaaseen naiseen. Rajauksen perusteena käytimme tilastoa, jonka mukaan raiskatuista 98 % oli naisia ja 2 % miehiä vuonna 2011 (Tilastokeskus 2011). Lapsiin kohdistuvaan seksuaaliseen väkivaltaan emme halunneet perehtyä, sillä aihe olisi tullut liian laajaksi. Soveltuvien osien opintomateriaali sopii kuitenkin akuuttihoitotyöhön kaikkien seksuaalirikoksen uhrien kohdalla iästä ja sukupuolesta riippumatta.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opintomateriaali terveydenhuoltoalan opiskelijoille raiskauksen uhrin kohtaamisesta akuuttihoitotyössä. Opinnäytetyön tehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

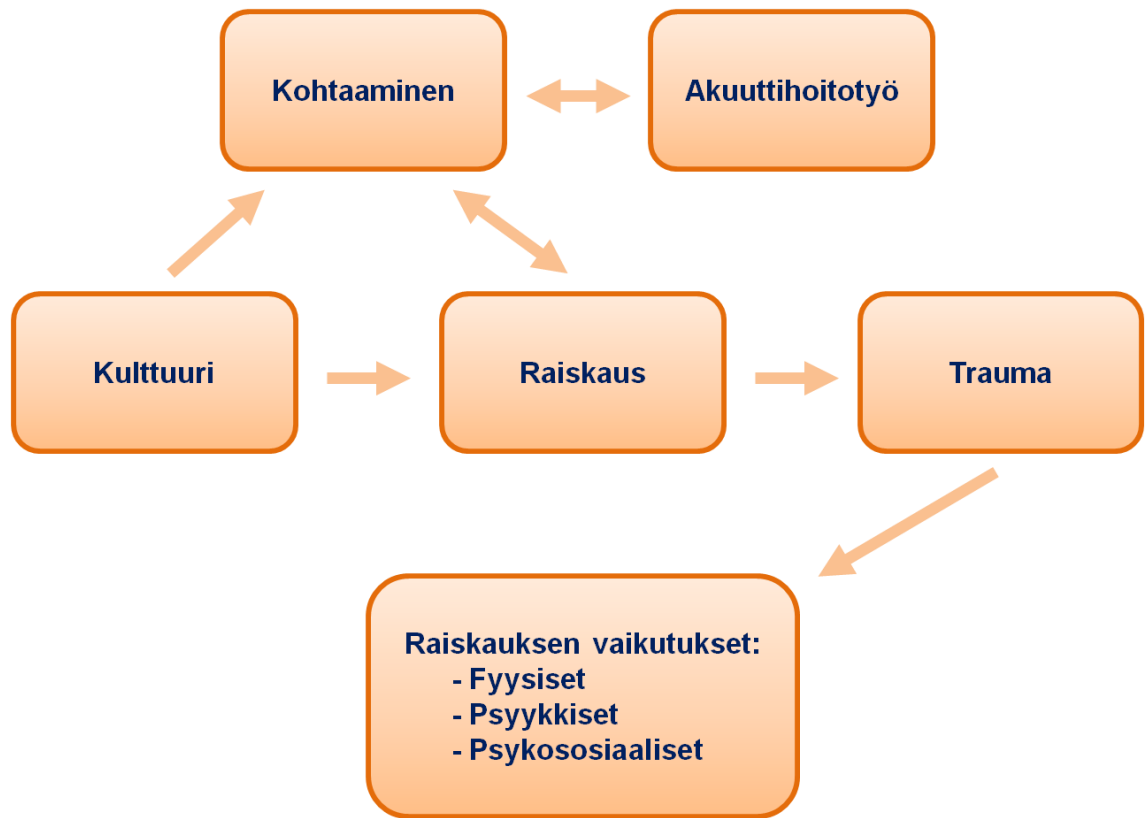
1. Miten raiskauksen uhri tulisi kohdata?
2. Mitä on hyvä akuuttihoitotyö raiskauksen uhrin kohdalla?
3. Millainen on hyvä opintomateriaali?

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää terveydenhuoltoalan opiskelijoiden osaamista ja lisätä heidän valmiuksiaan raiskatun potilaan kohtaamiseen.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Keskeiset käsitteet

Opinnäytetyömme käsittelee raiskausta ja raiskatun potilaan akuuttihoitotyötä päivystyspoliklinikalla. Lisäksi käsittelemme raiskauksen aiheuttaman trauman fyysisiä, psyykkisiä ja psykososiaalisia vaikutuksia yksilötasolla. Haluamme tuoda esiin seksuaalirikokseen liittyvää kulttuurista ja yhteiskunnallista näkökulmaa, koska mielestämme se liittyy oleellisesti seksuaalirikoksen syihin ja taustoihin. Tasa-arvokeskustelun herättämisellä pyrimme saamaan ongelmaa näkyvämmäksi. Keskeisiksi käsitteiksi valitsimme seuraavat käsitteet: raiskaus, trauma, raiskauksen vaikutukset, akuuttihoitotyö ja kohtaaminen. Kulttuuri on mukana keskeisten käsitteiden kuviossa, mutta emme kokeneet työmme kannalta tarpeelliseksi avata kulttuuria käsitteenä. Teoriaosassa on käsitelty kulttuurillista sekä yhteiskunnallista näkökulmaa raiskaukseen. Käsitteet, jotka ovat samalla työn teoreettisia lähtökohtia, on esitelty kuviossa 1.



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet.

3.2 Raiskaus

Euroopan neuvoston ministerikomitean antamissa suosituksissa jäsenvaltioille naisten suojaamisesta väkivallalta naisiin kohdistuva väkivalta määritellään seuraavasti: *”Naisiin kohdistuva väkivalta on mitä tahansa sukupuoleen liittyvää väkivaltaa, joka aiheuttaa tai saattaa aiheuttaa naiselle fyysistä, seksuaalista tai henkistä haittaa tai kärsimystä. Käsite kattaa myös tällaisella väkivallalla uhkaamisen, pakottamisen tai mielivaltaisen joko julkisen tai yksityiselämässä tapahtuvan vapauden riiston. Väkivallan muotoja ovat mm. perheväkivalta, avio- tai avopuolison raiskaus, naisten sukupuolielinten silpominen, pakkoavioliitot, muut perinteiset naisille vahingolliset käytännöt, naiskauppa seksuaalista hyväksikäyttöä varten sekä naisten ihmisoikeuksien loukkaukset aseellisissa konflikteissa.”* (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010, 15.)

Raiskaus on seksuaalirikosten yleisin ilmenemismuoto. Suomen rikoslaki (1998, 20. luku) jakaa raiskauksen kolmeen osaan: Raiskaukseen, törkeään raiskaukseen ja sukupuoliyhteyteen pakottamiseen. Raiskaus on kyseessä silloin, kun sukupuoliyhteyteen pakotetaan käyttämällä väkivaltaa tai uhkaamalla väkivallalla. Raiskaus on kyseessä myös silloin, mikäli tekijä on saattanut uhrin tiedottomaksi tai tilaan, jossa tämä on kykenemätön itsepuolustukseen. Vankeustuomio on vähintään yksi ja enintään kuusi vuotta.

Törkeän raiskauksen Suomen rikoslaki (1998, 20. luku) määrittelee seuraavasti:

- ”1) Aiheutetaan tahallisesti toiselle vaikea ruumiinvamma, vakava sairaus tai hengenvaarallinen tila,*
- 2) Rikoksen tekevät useat tai siinä aiheutetaan erityisen tuntuva henkistä tai ruumiillista kärsimystä,*
- 3) Rikos tehdään erityisen raa'alla, julmalla tai nöyryyttävällä tavalla tai*
- 4) Käytetään ampuma- tai teräasetta tai muuta hengenvaarallista välinettä taikka muuten uhataan vakavalla väkivallalla ja raiskaus on myös kokonaisuutena arvostellen törkeä.”*

Törkeää raiskausta seuraava vankeustuomio on vähintään kaksi ja enintään kymmenen vuotta (Suomen Rikoslaki 1998, 20. luku).

Sukupuoliyhteyteen pakottamisesta puhutaan silloin, kun raiskauksen tapahtuessa vallitsee lieventäviä asianhaaroja. Näitä asianhaaroja laki ei tarkemmin määrittele. Tuomion sukupuoliyhteyteen pakottamisesta saa myös siinä tapauksessa, mikäli muutoin kun 1. §:n 1. momentissa mainitulla uhkauksella pakottaa uhrin sukupuoliyhteyteen. Sukupuoliyhteyteen pakottamisesta saatava vankeusrangaistus on enintään 3 vuotta. Lisäksi kaikkien tekojen yritykset ovat rangaistavia, vaikkeivät ne toteutuisikaan. (Suomen Rikoslaki 1998, 20. luku.)

Laki määrittelee seksuaalisen hyväksikäytön sekä pakottamisen seksuaaliseen tekoon. Seksuaaliseen tekoon pakottamisessa tekijä väkivaltaa käyttäen tai uhkailemalla pakottaa uhrin ryhtymään muuhun kuin 1 §:ssä määriteltyyn seksuaaliseen tekoon. Teko loukkaa olennaisesti uhrin seksuaalista itsemääräämisoikeutta. Tekijä tuomitaan sakkoon tai vankeuteen enintään kolmeksi vuodeksi. Seksuaalisessa hyväksikäytössä tekijä painostaa uhrinsa sukupuoliyhteyteen tai muuhun seksuaalista itsemääräämisoikeutta olennaisesti loukkaavaan seksuaaliseen tekoon asemaansa hyväksikäyttäen. Tällöin uhri on

- 1) kahdeksaatoista vuotta nuorempi henkilö, joka on koulussa tai muussa laitoksessa tekijän määräysvallan tai valvonnan alainen taikka muussa niihin rinnastettavassa alisteisessa suhteessa tekijään,
- 2) kahdeksaatoista vuotta nuorempi henkilö, jonka kyky itsenäisesti päättää seksuaalisesta käyttäytymisestään on hänen kypsyttömyytensä sekä osapuolten ikäeron vuoksi olennaisesti heikompi kuin tekijällä, ja tekijä käyttää törkeästi väärin uhrin kypsyttömyyttä,
- 3) henkilö, joka on hoidettavana sairaalassa tai muussa laitoksessa ja jonka kyky puolustaa itseään on sairauden, vammaisuuden tai muun heikkoudentilan vuoksi olennaisesti heikentynyt, tai

4) henkilö, joka on tekijästä erityisen riippuvainen, ja tekijä törkeästi väärin käyttää uhrin riippuvuussuhdetta tekijästä. (Suomen Rikoslaki 1998, 20.luku.)

Seksuaalisesta hyväksikäytöstä saa sakon tai enintään neljä vuotta vankeutta (Suomen Rikoslaki 1998, 20. luku).

Helmikuussa 2011 eduskunta hyväksyi täysistunnossaan Amnesty Internationalin vaatiman lakimuutoksen, jonka mukaan uhrin puolustuskyvyttömän tilan hyväksikäyttö sukupuoliyhteyteen pääsemiseksi on raiskaus, jos uhri ei kykene ilmaisemaan tahtoaan, halujaan tai toiveitaan. Henkilö on puolustuskyvytön, jos hän tiedottomuuden, sairauden, vammaisuuden, pelkotilan tai muun avuttoman tilan takia on kykenemätön puolustamaan itseään tai muodostamaan tai ilmaisemaan tahtoaan. (Parliament of Finland, Eduskunta hyväksyi seksuaalirikoksia... 2011.)

Sekä seksuaaliseen tekoon pakottamisen että seksuaalisen hyväksikäytön yritykset ovat rangaistavia. (Suomen rikoslaki 1998, 20.luku.) Näiden viiden pykälän lisäksi laki määrittelee lapsen seksuaalisen hyväksikäytön sekä lapsen törkeän seksuaalisen hyväksikäytön luvussa 20, momenteissa 6 ja 7. Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä alle 18-vuotiaita uhreja.

Rikos	Rangaistus
Pakottaminen seksuaaliseen tekoon	Sakko tai 0-3 vuotta vankeutta
Seksuaalinen hyväksikäyttö	Sakko tai 0-4 vuotta vankeutta
Sukupuoliyhteyteen pakottaminen	0-3 vuotta vankeutta
Raiskaus	1-6 vuotta vankeutta
Törkeä raiskaus	2-10 vuotta vankeutta

TAULUKKO 1. Rangaistukset seksuaalirikoksista.

3.3 Trauma

Alun perin trauma -käsitettä on käytetty lääketieteessä ja kirurgiassa. Tällöin se tarkoittaa vammaa, joka on syntynyt ulkoisesta väkivallasta. (Saari 2000, 16.) Sivistyssanakirjan mukaan lääketieteellinen trauma on vamma tai kudosaivaurio, jonka on aiheuttanut ulkoinen voima. Terveyttä tai henkeä uhkaava vamma voi johtaa elintoimintojen pettämiseen, sokkiin tai kuolemaan. (Suomisanakirja 2012.)

Opinnäytetyössämme puhumme kuitenkin myös psyykkisestä traumasta. Psykellä tarkoitetaan mieltä tai mielenlaatua. Psykologia on ihmismieltä sekä ihmisen käyttäytymistä tutkiva tiede. (Suomisanakirja 2012.)

Psykoanalyysin kehittäjä Sigmund Freud laajensi trauman käsitteen koskemaan myös psykologiaa. Freudin mukaan trauma on voimakas tapahtuma ihmisen elämässä, johon yksilö ei pysty vastaamaan tarkoituksenmukaisella tavalla. Traumalla on voimakkaat äkilliset ja pitkään jatkuvat vaikutukset ihmiseen. Traumalle ominaista on voimakkaiden ärsykkeiden tulva, joka ylittää yksilön sietokyvyn sekä kyvyn hallita kiihtymisen tunnetta ja työstää sitä. Yksinkertaisuudessaan Freud (1916–1917) määritteli psyykkisen trauman *”kokemukseksi, jossa mieli joutuu vastaanottamaan lyhyessä ajassa sellaisen ärsykkeiden tulvan, jotka ovat liian voimakkaita käsiteltäviksi tavanomaisella tavalla”*. Freud kuvasi myöhemmin (1920) traumaa ympäristön ja elävän olion välisenä suhteena. Elävää oliolta suojaa kilpi tai este ulkoisilta ärsykkeiltä. Vain sellainen ärsyke läpäisee suojan, jonka psykye pystyy vastaanottamaan. Suojauksen rajan ylittyessä kysymyksessä on trauma. Tilanteessa, joka ylittää yksilön vastaanottamiskyvyn, psykykeen tehtävänä on vähentää ärsytystilan voimakkuutta, jota ei pystytä vastaanottamaan. Mieli ottaa niin sanotun aikalisän. Tällöin kyseessä on sokki. (Saari 2000, 15–16.)

3.4 Raiskauksen vaikutukset

Raiskauksen vaikutukset ovat moninaiset. Ne näyttäytyvät kaikilla elämän osa-alueilla. Raiskaus aiheuttaa fyysisiä vammoja ja somaattista oirehtimista, sekä vaurioittaa psyykettä voimakkaasti. Raiskaus vaurioittaa syvästi uhrin kehonkuvaa sekä loukkaa uhrin itsemääräämisoikeutta. (Punamäki & Ylikomi 2007, 62.) Raiskauksella on negatiivisia pitkäaikaisia vaikutuksia useammin kuin muilla traumaattisilla tilanteilla. Vaikutukset näkyvät psyykkisinä häiriöinä, seksuaalisina vaikeuksina, sosiaalisina ongelmina, mielenterveysongelmina ja alttiutena fyysiselle sairastumiselle. (Punamäki ym. 2007, 758.) Uhri saattaa kadottaa myönteisen suhtautumisen omaan ruumiillisuuteensa ja alkaa kokea kehonsa hävettävänä, pilattuna ja epämiellyttävänä. Uhrin mahdollisuudet nauttia elämästä ja tarttua sen tarjoamiin mahdollisuuksiin vähenevät. (Virta & Ylikomi 2008, 15.)

3.5 Akuuttihoitotyö

Sana akuutti tarkoittaa sivistyssanakirjan mukaan äkillistä ja nopeasti kehittyvää (Sivistyssanakirja 2012). Tässä opinnäytetyössä tarkoitamme akuuttihoitotyöllä kaikkia niitä hoitotyön auttamiskeinoja, joita käytetään potilaan auttamiseksi ensivaiheessa päivystyspoliklinikalla. Tässä työssä seksuaalirikoksen ja raiskauksen uhrista käytetään termiä uhri ja hoitoa koskevassa osuudessa termiä potilas.

Terveysturvalaki velvoittaa kuntaa tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymää järjestämään ympärivuorokautisen päivystyksen, jossa pystytään antamaan kiireellistä hoitoa. Päivystystä toteuttavassa yksikössä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat. Terveysturvalain mukaan kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Kiireellinen sairaanhoito käsittää myös kiireellisen suunhoidon, mielenterveyshoidon, päihdehoidon ja

psykososiaalinen tuen. Kiireellinen sairaanhoito on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Terveydenhuoltolain mukaan perusterveydenhuoltoon sisältyvät muun muassa terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, terveydentilan seuranta, terveyden edistäminen ja sen osana terveysneuvonta, päivystys, avosairaanhoito, mielenterveystyö ja päihdetyö siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisten sairauksien ehkäisyä, tutkimista sekä hoitoon, ensihoitoon ja päivystykseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Raikastrauman akuuttihoitolla tarkoitetaan välittömästi tapahtuneen jälkeen toteutettua hoidollista vuorovaikutusta ja interventiota (väliintulo; toimenpide jolla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen), joiden päämääränä on estää myöhempi mielenterveysongelmien kehitys (Virta ym. 2008, 35). Välittömällä vuorovaikutuksella tarkoitetaan mieluiten vuorokauden sisällä tapahtuvaa hoitoa, minkä yhteyteen ei kuulu tapahtuman aktiivinen käsittely. Tähän kuuluvat aktiivinen kuunteleminen, levollinen läsnäolo, käytettävissä oleminen ja kyky rauhoitella ja tukea potilasta. (Kiiltomäki & Muma 2007, 45.)

Opinnäytetyömme käsittelee akuuttihoitotyötä hoitajan näkökulmasta päivystyspoliklinikalla ja siitä on rajattu pois trauman käsittelyä tukeva lyhytterapia, sillä terapian antaminen vaatii erityisen koulutuksen. Tapahtuneen syvällisempi käsittely kuuluu jatkohoitoon, eikä ole päivystyspoliklinikan hoitajan vastuulla (Leino & Sajama 2010, 37.)

3.6 Kohtaaminen

Sairaanhoitajalla tulee olla valmiuksia traumatisoituneen potilaan kohtaamiseen, sillä kyseessä on henkisesti vaativa tilanne. Sairaanhoitajan koulutus antaa perusvalmiuksia traumatisoituneen potilaan kohtaamiseen, mutta kyky kohdata tällaisia potilaita kehittyy kokemuksen myötä. Auttajan on hyvä ymmärtää elämän moninaisuutta. Auttajan ei tulisi säikähtää vaikeita tilanteita, potilaiden vaikeita kokemuksia tai voimakkaita tunteita. (Kiiltomäki ym. 2007, 45.)

Osataksaan suhtautua raiskattuun potilaaseen hoitajan on hyvä tietää, miten seksuaalirikokset ovat näyttäytyneet kulttuurissamme. Kytäkseen kohtaamaan seksuaalisen väkivallan ongelmaa, tulisi hoitajan myös käydä läpi omat asenteensa, myyttinsä ja tabunsa. Hoitaja pystyy aitoon kohtaamiseen potilaan kanssa, mikäli omat traumat ovat selvitettyjä. (Brusila 2001, 4197.) Vaikka suomalaista kulttuuria on pitkään pidetty tasa-arvoisena, seksuaalirikokset tulivat julkiseen keskusteluun vasta 1990-luvulla ja parisuhdeväkivallasta on vaiettu pitkään. Raiskaus avioliiton sisällä kriminalisoitiin vasta vuonna 1994. (Raijas 2000, 6.) Raiskaus on pitkään ollut tabu ja vaikeneminen asiasta voi vaikeuttaa hoitajan aitoa kohtaamista potilaan kanssa.

Ilman apua potilaan mahdollisuudet toipumiseen eivät ole hyvät (Virta ym. 2008, 16). Hoitajan epäempaattinen olemus vaikuttaa epäedullisesti potilaan toipumiseen. Hoitaja työskentelee omalla persoonallaan. Suvaitsevaisuus on hyvä auttamisväline ja siksi hoitajan on hyvä hankkia tietoa eri kulttuureista ja olla avarakatseinen. (Kiiltomäki ym. 2007, 52.)

Potilaan kohtaamisessa pätevät samat säännöt kuin muutoinkin ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Kohtaamistilanteessa vaikuttavat sanallinen viestintä, sanatonta viestintä sekä tunneviestintä. Vallalla on erilaisia näkemyksiä siitä, missä suhteessa nämä osa-alueet vaikuttavat. Sanallisella viestinnällä on vähiten merkitystä vuorovaikutuksessa. Sanallisen ja sanattoman viestinnän tulisi olla sopusoinnussa, muutoin toinen osapuoli yleensä luottaa enemmän sanattomaan kuin sanalliseen viestintään. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 22, 32.)

Tunneviestintä on tunnetilojen havaitsemista ja niihin vastaamista. Tunneviestinnän avulla voidaan tunnistaa sympatit sekä antipatit. Vuorovaikutustilanteisiin liittyy aina erilaisia tunnetiloja. Mikäli ihminen ymmärtää toisen osapuolen tunteita ja jakaa hänen kokemansa tunnetilan, syntyy empatiaa. Empatia on toisen osapuolen ”kenkiin astumista”, tilanteen ymmärtämistä hänen näkökulmastaan. (Niemi ym. 2006, 36.)

Tässä opinnäytetyössä kohtaamisella tarkoitetaan niitä inhimillisiä keinoja, joita hoitajalla on käytössään potilaan tullessa päivystyspoliklinikalle. Kohtaamiseen sisältyy siis sanaton, sanallinen sekä tunneviestintä.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Vilkan & Airaksisen (2004, 6) mukaan toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa jokin produkti kuten esimerkiksi opas, ohjekirja, tapahtuma, näyttely, kokous, kongressi tai portfolio. Tavoitteena on konkreettinen tuotos, ei tutkimus. Opinnäytetyössä tuotetaan produktio, joka parhaimmillaan on välittömästi hyödynnettävissä alalla. (Vilka ym. 2004, 14.)

Valitsimme tuotokseen painottuvan opinnäytetyön, koska halusimme saada aikaan konkreettisen produktin josta on hyötyä meille itsellemme ja muille hoitoalaa opiskeleville. Tästä aiheesta ei ole aiemmin tuotettu opinnäytetyön produktina opintomateriaalia. Halusimme syventää omaa tietouttamme meitä kiinnostavasta aiheesta.

Ensisijaisia kriteereitä opinnäytetyön tuotokselle ovat käytettävyys kohderyhmässä, ulkoasun yksilöllisyys ja persoonallisuus sekä tekstisisällön selkeys ja johdonmukaisuus. Tekstisisältö tulee mukauttaa kohderyhmää ja tavoitetta palvelevaksi. (Vilka ym. 2004, 51–53.)

Opinnäytetyömme ensimmäinen osa on raporttiosa, toisessa osassa on aiheen teoriatieto ja kolmas osa on teoriaosan pohjalta koottu opintomateriaali raiskauksen uhrin kohtaamisesta akuuttihoitotyössä. Teoriaosa toimii tukena opintomateriaalille. Toivomme, että teoriaosaan tutustuttaisiin huolella ennen opintomateriaaliin perehtymistä. Opintomateriaali sisältää ohjeet traumatisoituneen raiskauspotilaan kohtaamiseen. Käymme esityksessä läpi myös konkreettiset toimenpiteet. Tuotos on PowerPoint – esityksen muodossa.

4.2 Tuotos

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa opintomateriaali raiskauksen uhrin kohtaamisesta päivystyspoliklinikalla. Päätimme muodostaa opintomateriaalin PowerPoint – esityksen muotoon, sillä se on helppo tulostaa kirjalliseksi muistioksi tai sitä voi katsella tietokoneelta. Opintomateriaali on tarkoitettu terveydenhuoltoalan opiskelijoille, erityisesti syventävässä vaiheessa oleville, sillä aihe on vaativa ja ymmärrystä hoidollisesta prosessista tarvitaan. Opintomateriaali soveltuu myös jo valmistuneille hoitajille.

Alkaessamme työstää opintomateriaalia, täytyi meidän ensin vastata kysymyksiin: Millainen on hyvä opintomateriaali? Millainen on hyvä PowerPoint – esitys?

Oppimisen perusta on oppilaan aktiivinen rooli ymmärryksensä rakentamisessa. Oppilas kuitenkin tarvitsee tuekseen pedagogisia eli kasvatuksellisia toimia. (Julkunen 2011, 17.) Sekä opettajan että oppilaan pitäisi opetustilanteessa muodostaa tavoitteita. Oppilaan tulisi aktiivisesti haluta jonkin uuden tiedon tai taidon omaksumista ja sisäistämistä. (Aho 2011, 17.) Tästä oletuksesta lähdemme PowerPoint – esitystä luodessamme.

PowerPoint – esityksessä tärkeää on esityksen onnistunut aloitus. Yleisö täytyy saada motivoitua kuuntelemaan. Esityksen sisällössä tulee keskittyä vain olennaisiin asioihin – ihmisen vastaanottokyky on rajallinen. Esitys kannattaa jakaa karkeasti kolmeen osaan: Aloitukseen, jossa kerrotaan aiheen taustoja, varsinaiseen sisältöön jonka tarkoituksena on käydä pääkohdat havainnollisesti läpi ja lopetukseen. Lopetuksessa vedetään aiheen pääkohdat yhteen ja palautetaan mieleen mitä on puhuttu ja miksi. (Hautsalo 2007, 32.)

Esityksessä keskitytään sisältöön ottaen huomioon kohdeyleisö, jolle esitys on suunnattu. Se, mitä puhutaan ja miksi, on tultava voimakkaasti esiin esityksen aikana. On hyvä suhteuttaa diojen määrä pidettävään esitykseen – ei liikaa dioja suhteessa käytettävään aikaan. Luettavuus täytyy säilyttää rajoittamalla tekstin määrä vain oleelliseen tietoon. Riittävä fonttikoko huomioidaan käyttämällä mielellään vähintään kokoa 20. Yhdelle dialle laitetaan allekkain

mielellään alle kymmenen tekstiriviä. Yhdessä tekstirivissä alle kymmenen sanaa on suositeltava määrä eli pitkä lauseita vältetään ja ytimekkäitä tekstejä suositaan. Useita eri fonttityyppejä ei tule käyttää. Kuvien ja tehosteiden määrä on pidettävä maltillisena. Liiallista värien käyttöä vältetään ja käytetään samankaltaisia värejä. Dian otsikon varmistetaan vastaavan sisältöä. Looginen diojen järjestys helpottaa seurattavuutta. (Hautsalo 2007, 32–35.)

Annamme valtuudet käyttää tuottamaamme opintomateriaalia vapaasti, mutta toivomme, ettei sitä muokata meidän nimissämme.

4.3 Opinnäytetyön toteutus

Keväällä 2011 valitsimme aiheeksemme raiskausuhrien kohtaamisen ensihoidossa. Olimme pohtineen gynekologista potilasta ensihoidossa yleisesti aiheena, mutta taustatutkimuksen perusteella potilasryhmä on marginaalinen ensihoidossa, sillä potilaat ohjataan nopeasti naistentautien päivystykseen.

Eräästä keskussairaalan päivystyksestä ehdotettiin aiheeksi raiskausuhrien hoitoa päivystyspoliklinikalla. Myöhemmin kyseinen päivystyspoliikka ilmaisi toiveensa saada hoito-ohje raiskaustapauksia varten. Tämä tuli valitettavasti ilmi liian myöhään, sillä olimme jo päättäneet tehdä opintomateriaalin koululle ja se oli jo hyvällä mallilla. Päädyttyämme opintomateriaalin tuottamiseen, haimme koulultamme tutkimusluvan. Lupa myönnettiin ja pääsimme aloittamaan työn tekemisen.

Teimme keväällä 2011 karkean aikataulun opinnäytetyön etenemisestä. Prosessin kulku oli jouheva ja yhtenäinen. Syksyllä 2011 päätimme toteuttaa opinnäytetyömme kolmiosaisena. Löysimme jatkuvasti uutta kirjallisuutta jota pystyimme hyödyntämään. Kirjoittamisen ja seminaarien myötä aiheen rajaus ja omien näkökulmien valinta tarkentui. Pysyimme aikataulussa hyvin. Opinnäytetyön ohjauksessa kävimme kolme kertaa. Ohjaavana opettajana toimi lehtori Seija Tiainen.

Tiedonhaku	Kevät 2011
Suunnitelmaseminaari	Kevät 2011
Tiedonhaku, aineiston keruu	Kesä 2011
Tekstin tuottaminen	Kesä 2011
Tekstin tuottaminen	Syksy 2011
Kohdennetut metodiopinnot	Syksy 2011
Käsikirjoitusseminaari	Joulukuu 2011
Viimeistely	Kevät 2012
Valmis opinnäytetyö	Huhtikuu 2012

TAULUKKO 2. Opinnäytetyön aikataulu

Käsikirjoitusseminaarissa opinnäytetyömme nimi varmistui ja aiheen rajaus tuli selkeämmäksi. Ennen seminaaria aioimme keskittyä pelkästään raiskausuhrien psyykkiseen ensiapuun, mutta kirjallisuuteen tutustuessamme ymmärsimme, että fyysisten toimenpiteiden kanssa ne muodostavat kokonaisvaltaisen kohtaamisen. Emme halunneet tehdä pelkästään fyysistä hoito-ohjetta, sillä raiskauskriisikeskus Tukinainen on tuottanut aiheesta erittäin hyvät ohjeet. Perehdyimme myös muihin aihetta käsitteleviin opinnäytetöihin, eikä aiheeseen ole perehdytty koulussamme tehdyissä opinnäytetöissä. Mielestämme rajasimme aiheen hyvin. Kirjoitimme työtä persoonallisella otteella. Mielestämme tämä myös näkyy ja olemme tyytyväisiä luovaan ongelmanratkaisuumme.

Ennen käsikirjoitusseminaria opinnäytetyömme sisälsi kappaleen Hoitajan jaksaminen kriisissä. Seminaarissa totesimme yhdessä ohjaavan opettajamme kanssa aiheen laajenevan liikaa, mikäli hoitajan työssä jaksamiseen liittyvä osuus on mukana.

Opinnäytetyön tekemisen rahoitimme itse. Kustannuksiksi arvioimme 100 euroa. Tämä sisältää opinnäytetyön kansitukset meille itsellemme, koululle sekä opettajalle. Lisäksi osa budjetista meni tulostamiseen, materiaalien kopioimiseen sekä posterin tilaamiseen.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

5.1 Eettiset ja luotettavuuskysymykset

Toiminnallisessa opinnäytetyössä käytettyjen lähteiden olennaisia ominaisuuksia ovat laatu ja soveltuvuus. Lähteiden tarkoitus on palvella kyseistä työtä. Yhdentekevien lähteiden käyttämistä vältetään. Lähdeaineistoa arvioidaan tiedonlähteen ajantasaisuuden ja kirjoittajan asiantuntijuuden mukaan. On suositeltavaa käyttää mahdollisimman tuoretta lähdettä, jonka kirjoittaja on tunnustettu asiantuntija, ja lähdeaineiston on julkaissut tunnettu ja luotettava tahon. (Vilkkä ym. 2003, 72, 77.)

Opinnäytetyömme luotettavuutta lisää se, että meitä oli kaksi tekemässä työtä sekä arvioimassa lähteiden luotettavuutta. Huomasimme, että aiheeseen liittyvässä ammattikirjallisuudessa useiden tekijöiden nimet toistuivat. Tästä teimme johtopäätöksen, että he ovat tunnettuja asiantuntijoita. Koimme, että löysimme riittävästi aiheeseen liittyvää ammattikirjallisuutta, jota pystyimme soveltamaan opinnäytetyössämme. Käyttämässämme lähteissä ei ilmennyt ristiriitoja, mikä myös osaltaan lisää työmme luotettavuutta ja yleistettävyyttä.

Lähteitä pyrimme valitsemaan ajankohtaisuuden perusteella, mutta toisaalta hyväksyimme vanhempiakin lähteitä, mikäli arvioimme tiedon validiksi. Vanhemmat lähteet ovat olleet toissijaisia lähteitä, eli alan ammattilaisetkin ovat kokeneet tämän tiedon voimassa olevaksi. Toisaalta toissijainen lähde sisältää kirjoittajan tulkinnan, mikä lisää tiedon muuntumisen mahdollisuutta (Vilkkä ym. 2004, 73). Toissijaisten lähteiden käytön pyrimme kuitenkin rajoittamaan vain kulttuurista kertovaan osuuteen.

Olemme pohtineet työn luotettavuutta myös siitä näkökulmasta, ettei raiskauksen uhri välttämättä muista tapahtumaa absoluuttisesti sokkivaiheen takia. Näin ollen esimerkiksi haastatteluihin pohjautuvista teoksista saatu tieto ei kenties ole täysin totuudenmukaista. Toisaalta Saaren (2001, 42) mukaan sokkitilanteessa ihmisen aivot tallentavat asioita muistiin jopa paremmin kuin normaalitilanteessa.

Työmme uskottavuutta lisää se, että olemme tutustuneet aiheeseen pidemmän ajan kuluessa ja ottaneet psykologisen lähestymistavan sekä tarkastelleet aihetta myös psyykkisen trauman näkökulmasta. Taustakirjallisuus johdatteli meidät varsinaisen kirjallisuuden äärelle. Perehdyimme ammattikirjallisuuden ja hoito-ohjeiden lisäksi aiheeseen liittyvään oheiskirjallisuuteen kuten aikakauslehtiin, kaunokirjallisuuteen, Internetin keskustelupalstoihin sekä aiheen uutisointiin mediassa. Näin ollen meille on muodostunut monipuolinen kuva aiheesta ja ilmiöstä. Oheiskirjallisuutta emme käyttäneet lähteinä. Aikakauslehdet olivat käytössä kulttuurillista näkökulmaa käsittelevässä osassa. Aikakauslehdistä esimerkiksi Ylioppilaslehti on voittoa tavoittelematon julkaisu, eli sensaatiohakuisuuden mahdollisuus on pieni. Samoin Suomen Kuvalehti edustaa tunnustetusti luotettavaa journalistiikkaa.

Työn luotettavuutta olisi lisännyt valmiin työn tarkastuttaminen terveydenhuollon ammattihenkilöllä. Tämä ei kuitenkaan ole tuotoksellisen opinnäytetyön edellytys, mikäli työtä ei tehdä jollekin terveydenhuollon organisaatiolle. Valmiin työn olisi voinut tarkastuttaa myös poliisilla tai käyttää muuten poliisia yhteistyötahona. Toisaalta raiskauksen uhrin kohtaamisen kannalta tämä ei olisi tuonut työlle lisäarvoa. Poliisiyhteistyötä olisi voinut käyttää oman tietämyksemme lisäämiseen. Moniammatillinen yhteistyö olisi korostunut paremmin opinnäytetyössämme jos olisimme tehneet yhteistyössä poliisin tai muiden tahojen kuten psykologin, rikosuhripäivystyksen tai muun hoitoprosessiin osallistuvan tahon kanssa. Kuitenkin olemme selvittäneet hoitoprosessia moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta kirjallisuuden avulla.

Koimme haastavaksi löytää aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Löysimme kuitenkin joitakin aihetta sivuavia ja siihen liittyviä tutkimuksia, joita hyödynsimme työssämme.

Olemme kiinnittäneet huomiota työn eettisyyteen. Emme ole haastatelleet raiskauksen uhreja emmekä hoitajien kanssa keskustellessamme ole selvittäneet uhrien henkilöllisyyttä. Tuotoksessa käytettävä valokuva ei loukkaa kenenkään yksityisyyttä. Otimme kuvan itse, joten se ei loukkaa kenenkään tekijänoikeuksia.

Plagioinnilla tarkoitetaan toisen esittämien ajatusten, ilmaisujen ja tulosten esittämistä omissa nimissään. Tämä on vastoin tutkimuksen eettisiä pelisääntöjä. (Vilka ym. 2003, 78.) Emme syyllistyneet plagiointiin ja toimme omat ajatuksemme selkeästi esille. Käyttämämme lähteet merkitsimme huolella, jotta lukija voi tarkastaa tiedon alkuperän. Olemme pyrkineet järjestämään tiedon loogisesti, että työ olisi helppolukuinen.

5.2 Johtopäätökset ja pohdinta

Valitsimme aiheen, sillä se on ajankohtainen. Mielestämme terveydenhuoltoalan opiskelijoiden olisi hyvä ymmärtää tätä yhteiskunnallista ongelmaa. Mikäli opiskelija perehtyy jo opintojensa aikana seksuaalisen väkivallan ongelmallisuuteen sekä ymmärtää ihmisen psyykkistä traumatisoitumista, helpottaa tämä hänen työskentelyään tulevaisuudessa. Tietoisuuden lisääntyminen auttaa suhtautumaan ongelmaan, joka auttaa sekä potilasta että hoitajaa kestämään vaikean tilanteen.

Emme halunneet tehdä aiheesta kyselytutkimusta, sillä uhrien haastattelu ei ole eettisesti oikein ja koimme, ettei hoitajille suunnattu kysely olisi tuonut työllemme haluamaamme lisäarvoa, sillä siitä tehty opinnäytetyö vuonna 2011. Päädyimme opintomateriaalin tekemiseen, sillä koimme, että se olisi hyödyllinen opiskelijoille sekä päivystyspoliklinikan hoitajille. Tulemme tulevaisuudessa työskentelemään akuuttihoitotyössä, joten työstä oli hyötyä myös itsellemme.

Tämän työn arvoa lisää se, ettei opintojen aikana raiskauksesta juuri puhuta, vaikka hoitohenkilökunta usein joutuu työssään kohtaamaan seksuaalirikoksen uhreja. Ammattikorkeakoulussa seksuaaliterveyttä käsitteleviä kursseja on todella vähän. Keskustellessamme päivystyspoliklinikoiden työntekijöiden kanssa huomasimme, että heilläkin on epävarmuutta kohdata raiskauksen uhreja puutteellisen koulutuksen vuoksi.

Keskustellessamme asiasta hoitotieteen opettajien kanssa, meille heräsi ajatus sähköisestä opintomateriaalipankista verkko-oppimisympäristössä, minne valmiit opinnäytetyöt voisi laittaa luettaviksi. Tämä lisäisi opiskelijoiden mahdollisuuksia hyödyntää tehtyjä opinnäytetöitä opinnoissaan.

Tarkastellessamme valmista opinnäytetyötä ja pohtiessamme asettamiamme tarkoitusta, tehtäviä ja tavoitteita olemme tyytyväisiä. Tarkoitus oli tuottaa opintomateriaali raiskauksen uhrin kohtaamisesta akuuttihoitotyössä, ja tuotos valmistui ajallaan. Tuotoksesta tuli yksinkertainen ja selkeä esitys, johon kokosimme olennaisina pitämämme asiat. Teimme tuotoksen kirjallisuudesta

löytämiemme kriteerien mukaan. Pidimme kuvien ja tehosteiden määrän maltillisena. Tekstirivejä käytimme diaa kohden kohtuullisesti sekä pidimme kirjasinkoon riittävänä emmekä käyttäneet useita eri kirjasintyyppejä. Kokonaisuudessaan tuotos onnistui mielestämme hyvin siihen nähden, ettemme ole opiskelleet pedagogisia opintoja.

Opinnäytetyömme tehtävinä olivat:

1. Miten raiskauksen uhri tulisi kohdata?
2. Mitä on hyvä akuuttihoitotyö raiskauksen uhrin kohdalla?
3. Millainen on hyvä opintomateriaali?

Tehtäviin olemme vastanneet parhaamme mukaan. ”Miten uhri tai potilas tulisi kohdata?” on tärkeä kysymys työmme kannalta. Kohtaamiseen liittyvä kappale on tiivis kokonaisuus hoitotyön näkökulmasta. Kuitenkaan kohtaamiseen liittyvät asiat eivät rajoitu vain tähän yhteen kappaleeseen, vaan kohtaamista käsitellään laajalti koko työssä hieman eri näkökulmista. Haastetta työhön toi aiheen moninaisuus. Huomioon täytyi ottaa lait, traumapsykologiset lähestymistavat sekä valtakunnallisten hoito-ohjeiden noudattaminen. Hoitaja kantaa vastuun omasta käyttäytymisestään. Käyttäytymisen taustalla vallitsevat asenteet joihin kulttuurilliset käsitykset vaikuttavat. Mielestämme olemme tuoneet nämä kaikki näkökulmat hyvin esiin opinnäytetyössämme.

Opinnäytetyömme edistyessä huomasimme, että raiskauspotilaan kohdalla empaattinen potilaan kohtaaminen on osa laadukasta akuuttihoitotyötä. Kohtaaminen on oleellinen asia toipumisprosessissa ja pitkäaikaisen traumatisoitumisen ennaltaehkäisyssä. Hoitohenkilökunnan ja poliisin suhtautuminen saattaa vaikuttaa siihen, kuinka vakavasti uhri suhtautuu väkivallantekoon sekä uhrin tahtoon nostaa rikossyyte. Vaikka potilas saisi myöhemmin ammatillista psykoterapiaa, ei akuuttivaiheen psyykkisen ensiavun merkitystä voida vähätellä.

Mielestämme vastasimme myös kysymykseen ”Millainen on hyvä opintomateriaali?”. Kysymys oli väistämätön, sillä tarkoituksenamme oli tuottaa opintomateriaali. Ymmärrettävästi kysymys ei kuitenkaan tuonut lisäarvoa

varsinaiselle aiheelle, joten sen käsittely jäi niukemmaksi. Pystyimme tuottamaan opintomateriaalin, johon olemme tyytyväisiä. Tästä voidaan päätellä, että olemme löytäneet kysymykseen vastauksen. Tuotoksemme sisältää olennaiset asiat raiskauksen uhrin kohtaamisesta. Esityksen sisältö on selkeä ja esitys etenee johdonmukaisesti aloituksesta muistilistaan. Esityksessä asiat on tiivistetty ytimekkäästi ja sitä voidaan käyttää myös hoito-ohjeena. Kuten aiemminkin todettiin, teoriaosa toimii opintomateriaalin tukena ja teoriaosan lukemista suositellaan ennen opintomateriaaliin perehtymistä.

Työn tavoitteena oli terveydenhuoltoalan opiskelijoiden osaamisen ja valmiuksien kehittäminen raiskatun potilaan kohtaamisessa. Käytännön hyöty jää nähtäväksi. Työtä tehdessämme tulimme siihen johtopäätökseen, ettei potilaan empaattista kohtaamista voida opintomateriaalin avulla opettaa. Kyse on oppijan omasta motivaatiosta ja asenteesta. Omalla kohdallamme tavoite on täyttynyt. Olemme saaneet valmiuksia raiskauksen uhrin kohtaamiseen.

Emme ole tehneet opinnäytetyötä yhteistyössä minkään ammatillisen tahon kanssa, joten ohjeet eivät ole rajoittuneet minkään sairaanhoitopiirin alaisuuteen. Työ on yleispätevä. Lähteinä olemme käyttäneet Käypä Hoito – suosituksia jotka ovat valtakunnallisia suosituksia. Lähteenä käytimme myös Raiskatun akuuttiapu – opasta, jossa on valtakunnalliset hoitosuosituksiset raiskauksen uhrin hoitoon. Kansiossa on kuitenkin perehdytty enemmän hoitotoimenpiteisiin ja näytteenottoon, minkä takia pidimme tärkeänä kertoa myös raiskauksen aiheuttamista psyykkisistä ja psykosomaattisista vaikutuksista.

Toteutimme opinnäytetyön kolmiosaisena. Jaoimme raportti- ja teoriaosuuksien kappaleita niin, että kumpikin sai hakea lähdemateriaalia ja kirjoittaa haluamastaan aiheesta omien kiinnostustensa kohteiden mukaan. Viimeistelyn ja kolmannen osan eli opintomateriaalin teimme kokonaan yhdessä. Palautetta erityisesti aiheen rajaamisen ja teorian suhteen saimme prosessin aikana ohjaavalta opettajalta sekä opinnäytetyöryhmältä. Koemme, että käytimme ohjausta hyväksemme tarpeeksi. Aikataulun tekemisen koimme hyväksi ja pysyimme siinä hyvin. Osallistuimme aikataulun mukaisesti opinnäytetyöhön liittyviin seminaareihin ja esityksiin.

Aihetta olisi heti alkuvaiheessa kannattanut rajata tiukemmin. Toisaalta tämä olisi ollut hankalaa tehdä ilman tekemäämme taustatyötä ja lähdemateriaalin etsimistä. Lähdemateriaalia kerätessämme huomasimme, että psyykestä ja traumoista yleisesti löytyy todella paljon kirjallisuutta.

Opinnäytetyöprosessista olemme raportoineet selkeästi. Tämä lisää lukijan ymmärrystä siitä, miten olemme koonneet aineiston ja miten olemme päätyneet aiheenrajaukseen. Koimme opinnäytetyöprosessin mielekkääksi. Olimme motivoituneita työn tekemiseen, vaikka välillä koimmekin vastoinkäymisiä. Prosessi on ollut opettavainen. Olemme oppineet paljon kriittisestä pohdinnasta ja argumentoinnista. Olemme ylpeitä, että tartuimme aiheeseen joka herätti paljon keskustelua ryhmässämme. Ensihoitajaopiskelijoina koimme, että psyykkisistä traumoista puhutaan liian vähän akuuttihoitotyöntekijöiden keskuudessa. Usein ensihoitajaryhmien opinnäytetöiden aiheet rajoittuvat henkeä pelastaviin käytännön toimenpiteisiin. Psyykkisesti traumatisoituneen potilaan empaattinen kohtaaminen ja hoito jo alkuvaiheessa ovat tutkimusten mukaan tärkeä osa potilaan hoitoa.

Tulevaisuudessa aiheesta voisi tehdä lisää opinnäytetöitä. Hoitajat toivoivat nimenomaan koulutusta käytännön toimintaan raiskaustapauksen hoidossa. Myös hoitajan jaksamista kriisissä sekä hoitajan oman seksuaalisuuden kohtaamisesta työelämässä voisi käyttää opinnäytetyön aiheena. Raiskatun miehen tai seksuaalisesti hyväksikäytetyn lapsen hoidosta päivystyspoliklinikalla voisi myös tehdä oman opinnäytetyön. Lisäksi olisi mielenkiintoista perehtyä raiskaustapauksiin sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa.

LÄHTEET

Aho, L. 2001. Koulu, opetus ja oppiminen. Teoksessa Julkunen, M-L. (toim.) Opetus, oppiminen, vuorovaikutus. Porvoo: Wsoy.

Amnesty International. Parliament of Finland: Eduskunta hyväksyi seksuaalirikoksia koskevan lakimuutoksen. Luettu: 11.12.2011. <http://www.amnesty.fi/uutiset/eduskunta-hyvaksyi-lakimuutoksen>.

Apter, D. & Kaimola, K. & Väisälä, L. 2006. Seksuaalisuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Brusila, P. 2001. Seksuaalinen väkivalta ja sen kohtaaminen. Suomen Lääkärilehti 2001;56(5):512.

Hautsalo, H. 2007. Esitysgrafiikan pikaopas. PowerPoint 2007. Jyväskylä: WSOY.

Heiskanen M. & Piispa M. 1998. Usko, toivo, hakkaus. Kysely miesten naisille tekemästä väkivallasta. Tilastokeskuksen julkaisu.

Julkunen, M-L. 2001. Opetus, oppiminen, vuorovaikutus. Porvoo: WSOY.

Kaukonen, M., Raijas, R., Silver, R., & Valkama, K. 2003. Seksuaalinen väkivalta ja hyväksikäyttö. Selviytymiskertomuksia. Juva: PS-kustannus.

Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt – Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto.

Kurkilahti K. 2011. Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitaa seksuaaliväkivallan uhria päivystyspoliklinikalla. Opinnäytetyö, verkkojulkaisu. Luettu 7.12.2011. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/28719/Kurkilahti_Katriina.pdf?sequence=1

Leino, P. & Sajama, S. 2010. Raiskauksen uhrin hoitoketju kuntoon. Tehy 13/2010.

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.

Punamäki, R-L & Ylikomi, R. 2007. Raiskaustrauma 2. Raiskauksen uhrin psyykinen akuuttihoito ja hoitopolun rakentaminen. Suomen Lääkärilehti 9/2007 vsk 62.

Saari, S. 2000. Kuin salama kirkaalta taivaalta. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Suomen Rikoslaki. 20. luku. 24.7.1998/56

Suomisanakirja.fi 2012. Luettu 25.2.2012. <http://suomisanakirja.fi/trauma>

Sosiaali- ja terveysministeriön – julkaisu 2010. Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelma.

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326.

Tilastokeskus 2011. Eräiden rikostyyppien kehitys tammi–joulukuussa 2007–2011. Luettu 2.3.2012. http://www.stat.fi/til/polrik/2011/04/polrik_2011_04_2012-01-20_tau_001_fi.html

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Tampere: Tammi.

Virta, V. & Ylikomi, R. 2008. Raiskaustrauman hoito. Jyväskylä: PS-kustannus.

LIITE

Aiheeseen liittyvät tutkimukset.

LIITE 1: 1(3)

Nimi, työn nimi, työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
-Raijas, Riitta -Raiskaustrauma: Uhrin ja tekijän suhteen laadun ja trauman vakavuuden yhteys selviytymiskeinoihin ja hyvinvointiin sekä selviytymiskeinojen ja niiden muutoksen yhteys hyvinvointiin -Kvantitatiivinen tutkimus 2000	-Selvittää raiskaustrauman luonteen yhteyttä uhrin selviytymiskeinoihin ja hyvinvointiin sekä selviytymiskeinojen ja niiden muutoksen yhteyttä hyvinvointiin	-Prospektiivinen kyselytutkimus -Itsenäisesti täytettävä lomake ja soveltavilta osin strukturoitu haastattelu -n=32	-Suhteen laatu ei ollut yhteydessä oireisiin tai selviytymiskeinoihin -Trauman vakavuus oli yhteydessä ylivirtuneisyyteen, ahdistuneisuuteen ja univaikeuksiin siten, että trauman vakavuuden keskiryhmään kuuluvilla oli eniten oireita -Runsas kognitiivisten itsetuhoisten ja ahdistuneiden selviytymiskeinojen käyttö oli yhteydessä korkeaan oireiden määrään -Itseilmaisu oli ainoa selviytymiskeino, jonka käyttö oli yhteydessä korkeaan hyvinvointiin

LIITE 1: 2(3)

Nimi, työn nimi, työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
-Heiskanen, Markku & Piispa, Minna -Usko, toivo, hakkaus: Kyselytutkimus miesten naisille tekemästä väkivallasta -Tilastokeskuksen kyselytutkimus 1998	-Kertoa miesten naisille tekemästä väkivallasta	-Itsenäisesti täytettävä kyselylomake -n=4955	-4,3 % vastanneista oli kokenut raiskauksen ja 10,5% raiskausyrityksen parisuhteen ulkopuolella -Tekijä oli yleisimmin tuttu, naapuri, miesystävä tai ystävä/opiskelutoveri -5,9% oli kokenut nykyisen kumppaninsa taholta seksuaalista väkivaltaa -50% oli joutunut entisen miehen väkivallan tai uhkailun kohteeksi

LIITE 1: 3(3)

Nimi, työn nimi, työn laatu	Työn tarkoitus, tehtävät, tavoite	Menetelmä	Keskeiset tulokset
-Halpern, Janice, Maunder, G Robert, Schwartz, Brian & Gurevich, Maria -Identifying risk of emotional sequelae after critical incidents -Kvantitatiivinen tutkimus 2009	-Selvittää kriittisen tapaturman aiheuttamia jälkiseuraamuksia akuuttihoitotyötä tekevillä	-Vapaaehtoisia työntekijöitä seurattiin ja tietoa kerättiin kriittisten tapahtumien jälkeen -n=228	-Kaikilla ilmeni stressin ja masennuksen oireita -Fyysisten oireiden esiintyminen stressaavan tilanteen jälkeen ennustaa pitkäaikaisia jälkiseuraamuksia



OSA 2

TEORIA

Anniina Luojus

Maija Olkkonen

Teoriaosa
Huhtikuu 2012
Ensihoidon koulutusohjelma

SISÄLLYS – Osa 2

1 JOHDANTO	3
2 RAISKAUS	5
2.1 Raiskaus kulttuurissamme.....	5
2.2 Seksuaalinen väkivalta ja yhteiskunta	9
2.3 Raiskauksen fyysiset vaikutukset	11
2.4 Raiskauksen psyykkiset vaikutukset.....	12
3 TRAUMA	16
3.1 Traumaattisen kokemuksen käsittelyprosessi.....	16
3.2 Stressihäiriöt	19
4 RAISKATUN POTILAAN KOHTAAMINEN JA HOITO	23
4.1 Raiskatun potilaan kohtaaminen.....	23
4.2 Hoitotoimenpiteet ja näytteenotto	29
4.3 Erityistilanteita raiskauksen uhrin kohtaamisessa	35
LÄHTEET	37

1 JOHDANTO

Raiskaus on erittäin vakava psyykkistä tasapainoa järkyttävä tilanne. Raiskaus aiheuttaa negatiivisia pitkäaikaisseurauksia useammin kuin muut traumaattiset tilanteet. Raiskauksen aiheuttamat oireet vaihtelevat riippuen uhrin persoonasta, elämänhistoriasta, elämäntilanteesta sekä sosiaalisesta ympäristöstä. (Virta & Ylikomi 2008, 15, 79.) Punamäen ja Ylikomin (2008, 34) mukaan suuri osa raiskauksen uhreista tarvitsee ammattiapua välttyäkseen vakavilta pitkäaikaisseuraamuksilta.

Raiskauksen uhrin kohtaaminen on harvinainen tilanne päivystyspoliklinikan lääkäreille ja hoitajille. Näin ollen hoito- ja tutkimusrutiineja ei pääse syntymään. (Leino & Sajama 2010, 34.) Raiskauksen lisäksi myös epäammattimaisesti hoidettu tutkimustilanne voi jäädä potilaan mieleen traumaattisena ja pelottavana sekä voi jopa vaurioittaa yksilön seksuaalista identiteettiä (Brusila 2001, 4195).

Raiskauskriisikeskus Tukinainen on tuottanut yhtenäisen ohjeistuksen raiskatun potilaan kohtaamisesta. Ohjeistus on nimeltään Raiskatun akuuttiapu – opas (RAP -kansio). Kansion sisältää protokollan potilaan tutkimista, hoitoa ja näyttöiden ottoa varten. Selkeät ohjeet toimenpiteiden tekemisestä parantavat hoitohenkilökunnan mahdollisuutta keskittyä potilaan henkiseen tukemiseen. Tämä parantaa hoidon laatua ja ennaltaehkäisee potilaan sairastuvuutta. (Brandt ym. 2010.) Opinnäytetyössämme haluamme tuoda esiin myös psyykkisen ensiavun näkökulman raiskauksen uhrin kohtaamisessa, sillä edellä mainitut konkreettiset hoito-ohjeet ovat valtakunnallisesti kattavat. Kerromme kuitenkin myös hoitotoimenpiteistä sekä näytteenotosta, sillä psyykkisen ja fyysisen hoidon rajapinnat ovat häilyviä, eikä näitä voida selkeästi erottaa toisistaan.

Koemme aiheen haastavaksi ja tärkeäksi, sillä seksuaaliterveyteen ja sitä vaurioittaviin tekijöihin ei ole opintojemme aikana juurikaan syvennytty eikä valinnaisia kursseja ole aiheeseen liittyen tarjolla. Haluamme tuoda esiin

seksuaalirikoksen yhteiskunnallista problematiikkaa ja tasa-arvokeskustelua. Kerromme myös seksuaalisen väkivallan ilmiöstä yhteiskunnassamme.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa opintomateriaali terveydenhuoltoalan opiskelijoille raiskauksen uhrin akuuttihoitotyöstä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää terveydenhuoltoalan opiskelijoiden osaamista ja lisätä heidän valmiuksiaan raiskatun potilaan kohtaamiseen. Opinnäytetyömme on kolmiosainen. Ensimmäinen osa on raporttiosa, toinen osa teoriaosa ja kolmas osa on opintomateriaali. Tässä osassa käydään läpi teorian tieto. Tätä tietoa on tarkoitus käyttää opintomateriaalin tukena. Opintomateriaali on PowerPoint – esitys.

2 RAISKAUS

2.1 Raiskaus kulttuurissamme

Yhteiskunta on luonut normeja ja suhtautumistapoja, joiden vuoksi seksuaaliseen väkivaltaan suhtaudutaan kenties tiedostamattakin vaikenemalla arkaluontoisesta asiasta. Tekemällä seksuaalinen väkivalta ja sen vähättelyyn liittyvät tekijät näkyviksi, voidaan osaltaan vaikuttaa seksuaalisen väkivallan ilmenemiseen. Mielestämme se on osaltaan seksuaaliterveyden edistämistä ja kuuluu jokaiselle terveydenhuollon ammattilaiselle.

Vuonna 2011 Suomeenkin levisi tieto tapauksesta, jossa torontolainen poliisi luennoi turvallisuusasioista kanadalaisessa Yorkin yliopistossa, jonka kampusalueella oli muutamia vuosia sitten ilmennyt useita seksuaaliväkivaltatapauksia. Konstaapeli Michael Sangeuinett ilmaisi kantansa sanoin:

”...ollakseen joutumatta (seksuaalisen väkivallan) uhriksi naisten tulisi välttää pukeutumasta kuin lutkat.”

Kommentti todettiin koulutuksen puutteen ilmentymänä ja sukupuolisena syrjintänä. Poliisivoimat eivät kommentoineet asiaa ja yliopiston väeltä pyydettiin anteeksi kuukautta myöhemmin. Tapauksen vuoksi yliopistop opiskelijat järjestivät vastaiskuna mielenosoituksen, joka sai nimen Slutwalk, Lutkamarssi. Ensimmäinen Lutkamarssi pidettiin Torontossa huhtikuussa, josta se levisi maailmanlaajuisesti myös Suomeen. (Juutinen 2011.) Lutkamarssit järjestettiin Tampereella, Turussa ja Helsingissä elokuussa ja marsseissa oli mukana tuhansia naisia ja miehiä (Ranta 2011). Mielenosoituksen tarkoituksena oli kritisoida oikeutusta syyllistää seksuaalirikoksen uhria hänen pukeutumisensa tai seksuaalisen aktiivisuutensa vuoksi. Keskeisenä sanomana tuotiin esille halu muuttaa älä tule raiskatuksi – kulttuuri älä raiskaa – kulttuuriksi. (Juutinen 2011.) Tapahtuneesta uutisoivat lukuisat suomalaiset aikakaus- ja sanomalehdet.

Osatakseen tai uskaltaakseen suhtautua seksuaaliseen väkivaltaan hoitajan on hyvä tietää, miten raiskaus ja seksuaalirikokset ovat näyttäytyneet kulttuurissamme. Hoitajan on hyvä ymmärtää, miten sukupuoliuus ja seksuaalikulttuurin muutokset ovat vaikuttaneet seksuaalirikoksiin suhtautumiseen yhteiskunnassamme. Kyetäkseen kohtaamaan seksuaalisen väkivallan ongelmaa, tulisi hoitajan myös käydä läpi omat asenteensa, myyttinsä ja tabunsa. Hoitaja pystyy aitoon kohtaamiseen potilaan kanssa, jos omat kipupisteet ja traumat ovat selvitetty. (Brusila 2001, 4197.)

Räsänen ja Haralan mukaan vasta 1990-luvulla Suomessa alettiin puhua seksuaalisesta väkivallasta keskeisenä ongelmana ja naisen asemaa ryhdyttiin parantamaan hallituksen tasa-arvo-ohjelmalla sekä lainsäädännöllä (Heiskanen & Piispa 1998, 1). Kontulan ja Haavio-Mannilan (1995, 554, 559–560) sekä Männistön (2003, 94) mukaan suomalaisessa kulttuurissa naisen seksuaalisuuteen on linkittynyt myyttinen vahvuus ja itsekontrolli sekä pidättyväisyyden ihannointi. Tätä ilmentää myös se, että edelleenkin naiset saavat miehiä huomattavan paljon enemmän sukupuoliasioita koskevaa moraalista opetusta. Jallinojan (1997) mukaan kulttuurin tuotoksena naisen pääasialliseksi tehtäväksi oli muodostunut vaimoksi ja äidiksi ryhtyminen (Laitinen & Pohjola 2009, 211–212).

Kontulan ym. (1995, 560) mukaan poikkeavanlaisen käytöksen seurauksena, kuten normien noudattamattomuudesta, nainen on usein leimattu lutka -sanalla. Leimaamisen avulla on pidetty yllä kontrollia sekä kulttuurista käsitystä oikeanlaisesta naisesta (Laitinen ym. 2009, 217, 219–220). Raiskaukseen on pitkään liittynyt liittyvä kulttuurinen oletus siitä, että uhri käytöksellään ja pukeutumisellaan provosoi tekijää ja on siksi osaltaan vastuussa tapahtuneesta (Raijas 2000, 7). Schukerin (1979) mukaan uhrin syyllistämiseen on liitetty ihmisen tarve väistellä tietosuutta väkivallan sattumanvaraisuudesta, sillä se uhkaa omaa turvallisuuden tunnetta (Raijas 2000, 7).

Suomalaisessa yhteiskunnassa tasa-arvo on yleisesti hyväksytty tavoite ja sitä pidetään itsestään selvänä hyvinvoinnin kannalta (Aaltonen 2006, 15). Suomea on pidetty miesten ja naisten välisen tasa-arvon saavuttaneena mallimaana (Lehtonen & Perttu 1999, 7). Suomessa vaalittu tasa-arvo on pitkälti

sukupuolineutraalisuutta ja feminismi näyttäytyy sukupuolen jatkuvana huomioon ottamisena (Aaltonen 2006, 15). Kontulan (1993, 69) mukaan tasa-arvoideologia on vaikuttanut naisten seksuaalisten oikeuksien korostamiseen sekä pukeutumista koskevien asenteiden liberalisoitumiseen (Laitinen ym. 2009, 220). Markkolan (2002, 83–84) mukaan tällä vaalitulla olettamuksella tasa-arvosta on yhtymäkohtia ajatukseen suomalaisen naisen vahvuudesta, mikä saattaa näyttäytyä myös sukupuolisen häirinnän vähättelynä ja sukupuolten välisistä konflikteista vaikenemisena (Aaltonen 2006, 15).

Seksuaalirikokset ja raiskaus avioliiton sisällä ovat olleet Suomessa kriminalisoituja vuodesta 1994. Kossin ym. (1996) mukaan kuitenkin kulttuuriset käsitykset ja asenneilmapiiri vaikuttavat siihen, kokevatko uhrin esimerkiksi rikoslain tunnusmerkistön täyttävän raiskauksen väkivaltarikokseksi. Brownen (1991) mukaan lähisuhteessa tapahtuneeseen raiskaukseen liittyvät ristiriitaiset tunteet, jotka vaikuttavat käsitykseen oikeasta ja väärästä ja tuottavat sosiaalisen paineen kieltää seksuaalisen väkivallan ongelman sekä sen seuraukset (Raijas 2000, 6). Ewaldsin (2005) mukaan sairaanhoitajalla tulee olla valmiudet ymmärtää väkivaltailmiötä ja tunnistaa väkivallan kierre (Kiiltomäki & Muma 2007, 70).

Naisiin kohdistuvan väkivallan taustatekijöistä on tutkimuksen pohjalta kehitetty erilaisia teorioita selittämään ilmiötä. Esimerkiksi sosiaalisen oppimisen mallin mukaan havainnoimalla itselleen tärkeiden henkilöiden käyttäytymistä opitaan väkivallan käyttö ongelmanratkaisukeinona. (Raijas 2000, 5.) Tutkimusten mukaan toistuvaa parisuhdeväkivaltaa esiintyy kaikissa sosiaaliluokissa, ja se kohdistuu useammin naisiin kuin miehiin. Taustalla ovat kulttuurilliset seikat ja fyysisen voiman erot, jotka asettavat naisen alistaiseen asemaan suhteessa mieheen. Kyse on vallankäytöstä. (Kjällen 2011, 52.) Grothin ja Hobsonin (1983) sekä Lisakin ja Rothin (1988; 1990) mukaan raiskaukset liittyvät usein tekijän maskuliinisen identiteetin ongelmiin ja epävarmuuteen. Kyse on piilotajuista viha- ja valtamotiiveista sekä intiimiläheisyyden pelosta ja riippuvuusongelmista. (Raijas 2000, 5.)

Sukupuolirooliteorian mukaan sosiokulttuurin kautta miehet ja naiset oppivat tietyt maskuliinisen ja feminiinisen käyttäytymisen mallin. Mies vahvistaa

väkivaltaisella käyttäytymisellä, kuten seksuaalisella väkivallalla, maskuliinisuuden piirteitä, joita ovat esimerkiksi kovuus, voima ja kontrolli. (Heiskanen ym. 1998, 9.) Suomessa maskuliinisuuden varhaiset valtarakenteet ovat tasa-arvoistuneet eikä miestä pidetä enää etuoikeutetuimpana yhteiskunnan statushierarkiassa. Petersenin (1998, 47, 127–128) mukaan maskuliininen kriisi saattaa ilmentyä epävarmuuden aiheuttamana ahdistuksena ja panssaroituneina tunteina itseään ja muita kohtaan, jonka vuoksi seksuaalinen turhautuneisuus voi ilmentyä tuhoavuutena (Kinnunen ja Puuronen 2006, 277). Lisäkin ja Rothin (1990) mukaan raiskauksessa tekijä toteuttaa vihan, heikkouden ja riittämättömyyden tunteitaan alistamalla uhrinsa sekä psyykkisesti että henkisesti (Raijas 2000, 5).

Jallinojan (1997, 211–212) mukaan tasa-arvoistumisen ja seksuaalikuulttuurin muutoksen sekä kaupallisen seksin kasvun myötä on seksuaalisuudesta tullut julkisempi asia. Vaiettaviksi ja peiteltäviksi ilmiöksi kuitenkin vielä jäävät seksuaalivähemmistöt sekä prostituutio. (Laitinen ym. 2009, 219.) Näillä väestöryhmillä voi olla suurempi todennäköisyys joutua väkivallan ja seksuaalisen häirinnän uhriksi. Tällä viitataan ryhmiin, joita voidaan kutsua haavoittuvassa asemassa oleviksi naisryhmiksi. Haavoittuvuus määrittyy uhrin yhteiskunnallisen aseman mukaan (päihteiden käyttäjät, ihmiskaupan ja parituksen uhrin). Yhteiskunnallinen asema saattaa lisätä todennäköisyyttä joutua uhriksi. Luokittelu liitetään myös etnisiin ja kulttuurisiin vähemmistöihin, vammaisiin, ikääntyneisiin ja seksuaalivähemmistöihin. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010, 26.)

Aaltonen (2006, 33) määrittelee sukupuolisen häirinnän yksipuolisena, ei-toivottuna huomiona, joka perustuu jollain lailla sukupuoleen ja joka saa kohteen tuntemaan itsensä noloksi, pelokkaaksi, loukkaantuneeksi tai vihaiseksi. Sukupuolinen häirintä sisältää seksistisen, seksuaalisen ja homofobisen häirinnän. Seksistinen häirintä perustuu stereotyyppiin ja kategorisiin käsityksiin sukupuolisidonnaisista kyvyistä ja mieltymyksistä. Seksuaalinen häirintä voi sisältää kommentteja henkilön sukupuolisuhteista, seksuaalisista mieltymyksistä tai seksuaalikäyttäytymisestä. Homofobinen häirintä perustuu homoseksuaalisuuteen liitettäviin stereotypioihin ja pelkoihin. (Aaltonen 2006, 33.) Sukupuolista häirintää on esimerkiksi

vuorovaikutustilanne, jossa häirinnän kohteen sukupuoli tai seksuaalisuus nostetaan esille naurunalaisena, häpeällisenä tai vääränä. Sukupuolinen häirintä on usein yhteydessä heteroseksuaalisuuteen ja hierarkkisen sukupuolieron tuottamiseen maskuliinisuuden ja feminiinisuuden kautta. (Aaltonen 2006, 32.) Sukupuolinen häirintä ei ole Suomessa kriminalisoitua, mutta se voi traumatisoida (Brusila 2001, 4195).

2.2 Seksuaalinen väkivalta ja yhteiskunta

Seksuaalinen väkivalta ja sukupuolinen häirintä pääsivät julkiseen keskusteluun vasta 1990-luvulla. Yksi keskeinen keskustelujen ja toimenpiteiden käynnistäjä oli Tasa-arvoasiain neuvottelukunnan väkivaltajaosto, joka perustettiin samaisen vuoden keväällä. Tiedotuksen ja koulutuksen järjestämisen lisäksi sen aloitteesta syntyi muun muassa rikosuhripäivystystoiminta ja raiskauskriisikeskus Tukinainen. (Aaltonen 2006, 15.) Tukinaisen tehtävänä on auttaa seksuaalisen väkivallan ja hyväksikäytön uhreja asiakastyöllä sekä edistää seksuaalisen väkivallan traumojen hoitoon tarkoitettujen palveluiden kehittämistä yhteistyössä alan toimijoiden kanssa. Tukinainen toimii myös resurssikeskuksena ammattilaisille ja järjestää koulutustoimintaa, konsultaatioita ja työnohjausta. Mediassa Tukinaisen yhteiskunnallinen vaikuttaminen näkyy tiedottamisen, lausuntojen ja kannanottojen muodossa. (Virta ym. 2008, 11.) Raiskauskriisikeskus Tukinainen onkin ainut seksuaalirikoksiin ja raiskauksiin erikoistunut tukipalvelu. Toimipisteitä on vain kaksi Helsingissä ja Jyväskylässä, mutta ne tarjoavat maksutonta kriisipäivystystä sekä juristipäivystystä puhelimitse ja omilla kotisivuillaan. Tukinaisen päivystävän juristin Riitta Silverin mukaan raiskauskriisikeskus Tukinaiseen sojitetaan noin kahdeksan puhelua päivässä, joista useimmiten kaksi on raiskatun ensiyhteydenottoja. Soitot saattavat koskea juuri tapahtunutta tai yli 20 vuotta sitten sattunutta raiskausta. (Ranta 2011.)

Tukinainen vastaanottaa päivittäin vähintään kolme uutta asiakasta. Kuukausittain yhteydenottoja tulee 1000–2000. Vuodesta 1993 Tukinaiseen tulevat yhteydenotot ovat kolminkertaistuneet. Seksuaalirikosten määrän kasvaessa uhrin ovat myös rohkaistuneet hakemaan apua. (Kaukonen, Raijas,

Silver & Valkama 2003, 15.)

On arvioitu, että yhdeksän kymmenestä raiskauksesta jää ilmoittamatta (Ranta 2011). Vuonna 2011 viranomaisten tietoon tuli Suomessa lähes tuhat raiskaustapausta. Uhrien määrä on kasvanut kolmanneksen viime vuosikymmeneen verrattuna. (Tilastokeskus 2011.)

Naisiin kohdistuvan väkivallan on arvioitu aiheuttavan 91 miljoonan euron kustannukset vuositasolla Suomessa. Tämä kertoo ongelman yhteiskunnallisesta laajuudesta yksilötason lisäksi. Suomen hallitus päätti laatia naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämishojelman vuonna 2010. Hallitus piti ohjelman laatimista tärkeänä, koska Suomessa ei ole ollut aiheeseen paneutunutta toimintaohjelmaa vuosina 1998–2002 toteutetun naisiin kohdistuvan väkivallan ja prostituution ehkäisyhankkeen jälkeen. Ohjelma valmisteltiin yhteistyössä sisäasiainministeriön, oikeusministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön ja ulkoasiainministeriön kanssa. Aiheen kansainvälinen esiin tuleminen ulottui myös Suomeen ja sukupuolisesta häirinnästä puhuttiin lähinnä työpaikkaongelmana. Myöhemmin keskustelun aiheeksi ja tutkimuksen kohteeksi nousi sukupuolinen häirintä oppilaitoksissa ja julkisissa tiloissa. Ohjelmassa tuodaan myös esille raiskauksen uhreille tarjottavien erityispalveluiden ja toimintamallien puute. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010, 9, 25.)

Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämishojelman mukaan väkivallan ongelmaa tulee lähestyä kokonaisvaltaisesti. Naisia on pyrittävä suojaamaan hyväksikäytön jatkumiselta. Tuen saantia, väkivallan tunnistamiskeinoja sekä väkivallan ehkäisyä tulee parantaa. Uhrin auttaminen ja tekijän vastuuseen saaminen nousivat esille ohjelmassa. Ohjelma sisältää toimenpiteet, joilla pyritään puuttumaan seksuaalisen väkivallan alkusyihin, vallitseviin asenteisiin ja kasvatukseen sekä valistuksen ja koulutuksen avulla vaikuttamaan käyttäytymismalleihin. Toimenpide-ehdotuksista osa on toteutettavissa ilman lisärahoitusta. Niihin on sisällytetty terveydenhuollon henkilöstön ja poliisiviranomaisten kohtaamistaitojen kehittäminen sekä tiedollisen ja taidollisen osaamisen kehittäminen. Heidän käyttäytymisellään on huomattava

vaikutus uhrin päätökseen suostua rikostutkintaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010, 9-12, 25–26.)

2.3 Raiskauksen fyysiset vaikutukset

Seksuaalirikokset jaotellaan lain mukaan käytetyn väkivallan perusteella lieviin ja törkeisiin raiskauksiin. Näitä lievempiä rikoksia kutsutaan seksuaaliseksi hyväksikäytöksi ja seksuaaliseen tekoon pakottamiseksi. Seksuaalisessa hyväksikäytössä ei käytetä väkivaltaa vaan manipuloidaan uhria. Törkeässä raiskauksessa uhrin henki on uhattuna. (Apter, Kaimola & Väisälä 2006, 334.) Epäilyn raiskauksesta tai sen yrityksestä viimeisen 72 tunnin aikana tulee johtaa oikeuslääketieteelliseen tutkimukseen. Tähän kuuluvat gynekologinen tutkimus sekä tarvittavien näytteiden ottaminen. (Castrén ym. 2008, 629.)

Sukupuolielimet ovat verekästä aluetta ja voivat turvota jopa jalkapallon kokoiseksi vamman seurauksena. Normaaliksi katsottava sukupuolinen kanssakäyminen aiheuttaa ani harvoin emätinvammoja. Nuorilla naisilla ja toisaalta vaihdevuosien jälkeen raju rakastelu voi aiheuttaa emättimen pohjukan repeämisen. Oireena on kirkas, kuukautisvuotoa runsaampi vuoto yhdynnän jälkeen. (Kuisma ym. 2009, 464.)

Suojaamattomassa yhdynnässä on riski saada sukupuolitauti. Sukupuolitaudit ovat bakteerien tai virusten aiheuttamia. Ne tarttuvat limakalvokontaktissa eli suuseksissä tai emätin- tai peräaukkoyhdynnässä. (Suomela 2009, 197.) Suojaamattomassa yhdynnässä ei-toivotun raskauden mahdollisuus on olemassa (Käypä Hoito 2010).

Voimakkaan psyykettä vahingoittavan vaikutuksen vuoksi raiskaus saattaa aiheuttaa somaattista oirehtimista. Raiskauksen seurauksena tulkinnat ruumiillisista ja psyykkisistä tuntemuksista voivat vääristyä. (Punamäki ym. 2007, 758.) Sen vuoksi henkinen pahoinvointi saattaa ilmetä fyysisinä reaktioina kuten huonovointisuutena, rytmihäiriöinä, huimauksena, väsymyksenä, kipuina, lihasjännityksenä ja vapinana (Apter ym. 2006, 336).

Stressin aiheuttamat immunologiset ja hormonaaliset muutokset sekä riskikäyttäytyminen kuten päihteiden suurkulutus ja onnettomuusalttius voivat johtaa vastustuskyvyn heikkenemiseen, sairastumiseen sekä gynekologisiin häiriöihin (Punamäki ym. 2007, 758).

Elimistön hormonieritys saattaa muuttua traumatisoitumisen seurauksena. Erityisesti kortisolitaso voi häiriintyä. Psykkinen trauma voi aiheuttaa hippokampuksen volyymin pientymistä. Tämä vaikuttaa muistin toimintaan epäedullisesti. Myös mantelitulmakkeen toiminnassa on havaittu muutoksia. Aivojen sähköisen toiminnan muutokset voivat ilmetä pakonomaisina mielikuvina, ylireagoitina muistikuviin sekä pelkoreaktioiden hallitsemattomana siirtymisenä neutraaleihin kohteisiin. (Virta ym. 2008, 29–30.)

2.4 Raiskauksen psyykkiset vaikutukset

Ylikomin ja Virran (2008, 15) mukaan raiskaus luetaan vakavimmin psyykkistä tasapainoa järkyttäviin tilanteisiin, joita ihmiselle voi tapahtua. Tutkimuksissa on osoitettu, että raiskauksella on negatiivisia pitkäaikaisseurauksia muita traumaattisia tilanteita useammin. Vaikutukset näkyvät psyykkisinä häiriöinä, seksuaalisina vaikeuksina, sosiaalisina ongelmina ja alttiutena fyysiselle sairastumiselle. (Punamäki ym. 2007, 758.)

Traumaattisena tapahtumana raiskauksella on piirteitä, jotka tekevät tästä kokemuksesta erityisen muihin traumaattisiin tapahtumiin verrattuna. Raiskauksessa tekijä tunkeutuu uhrin sisään sekä fyysisesti että mentaalisesti. (Raijas 2000, 1.) Raiskaus on traumatisoiva kokemus, sillä se ylittää ihmisen sietokyvyn ja uhri tuntee menettäneensä ihmisarvonsa ja oman elämänsä kontrollin. Avuttomuuden tunteen lisäksi raiskaustrauman kokemiseen saattaa liittyä kuolemanpelkoa. (Punamäki ym. 2007, 757.)

Raiskauksen kokeneilla naisilla on tutkittu olevan kolminkertainen elinaikainen riski sairastua depression ja kaksinkertainen riski sairastua mielialahäiriöön muihin naisiin verrattuna. Raiskauksen uhrit kärsivät usein lukuisista toimintaa

rajoittavista oireista, kuten univaikeuksista, paniikkikohtauksista ja lamaannuttavista peloista. Riittäväällä ja tarpeenmukaisella sosiaalisella tuella, varhaisella avun saamisella sekä asiallisella hoidolla on todettu olevan uhrin selviytymistä parantavia vaikutuksia. (Punamäki ym. 2007, 758–759.)

Tutkimuksissa on selvitetty raiskaustrauman uhrien mielenterveyttä haavoittavia tekijöitä. Haavoittaviksi tekijöiksi ovat todettu varhaiset traumakokemukset. Lapsuudessa tapahtunut seksuaalinen hyväksikäyttö vaikeuttaa selviytymistä traumasta ja lisää alttiutta joutua uudelleen seksuaalisen väkivallan uhriksi. Haavoittaviin tekijöihin kuuluvat myös passiivisuus ja itsesyyttely, jotka johtuvat lamaantumisesta ja vastustelun puutteesta tapahtumahetkellä. (Virta ym. 2008, 24.)

Traumasta selviytymisen kannalta on tärkeää se, miten uhri käsittelee traumaattista kokemusta tapahtuman aikana, heti sen jälkeen ja myöhemmin. Suojaaviksi tekijöiksi on todettu tilanteesta pelastautuminen sekä usko selviytymisen mahdollisuuteen. Traumakokemuksen jakaminen on todettu edellytykseksi selviytymiselle. (Virta ym. 2008, 24.)

2.5 Raiskauksen psykososiaaliset vaikutukset

Raiskauksella on kokonaisvaltainen vaikutus uhrin elämään. Tyypillisesti raiskaajan on ajateltu olevan uhrille täysin vieras henkilö, jonka hyökkäyksen kohteeksi hän sattumalta joutuu. Useimmiten tekijä on kuitenkin uhrille läheinen henkilö ja suurin osa raiskauksista tehdään kotiolosuhteissa. (Lehtonen ym. 1999, 41.)

Osa vaikeista seurauksista kiertyy sen tosiasian ympärille, että trauman aiheuttaa tahallisesti toinen ihminen. Raiskaaja kieltää uhrin itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon. Tekijä altistaa toisen ihmisen tarpeittensa kohteeksi tämän tahdosta välittämättä. Tämän seurauksena uhri ei luota enää siihen, että on turvassa toisten ihmisten kanssa. Luottamus on

perustavanlaatuinen tuntemus inhimillisen kanssakäymisen toteutumiseksi ja sen menetys vaikuttaa laajalti uhrin elämään. (Virta ym. 2008, 15.)

Raijaksen tutkimuksessa vuodelta 2000 selvitetään uhrin ja tekijän suhteen laadun ja trauman vakavuuden yhteyttä selviytymiskeinoihin. Uhrin ja tekijän välinen suhde vaikuttaa sosiaalisen kontekstin kautta. Kun uhrin ja tekijän sosiaalinen verkosto on yhteinen, tilanne muodostuu ristiriitaiseksi. Uhri saattaa jäädä yksin ja pelkää kertoa tapahtuneesta, sillä ajattelee joutuvansa epäilysten alaiseksi. Jos uhrilla on ollut luottamus- ja kiintymyssuhde tekijään, trauman vaikutukset ovat todennäköisesti laaja-alaisia. (Raijas 2000, 6.) Tutun henkilön raiskaamaksi joutunut usein häpeää tapahtunutta ja syyllistää itseään. Täysin tuntemattomankin uhriksi joutuminen voi aiheuttaa uhrissa itsesyytöksiä. Häpeän vuoksi uhri saattaa sulkeutua itseensä ja ulkopuolisilla voi olla väärä käsitys tilanteen hallinnasta. Uhrin itsetunto heikkenee, sosiaalisten suhteiden laatu huononee ja läheisyyttä vältellään. Tapahtunut saattaa herättää kammoa uhrin ystävissä. Kuitenkin sosiaalisen verkoston tuki olisi ensiarvoisen tärkeää uhrin toipumisen kannalta. (Apter ym. 2006, 336.)

Turvalliseksi koettu maailma saattaa tapahtuneen jälkeen näyttäytyä uhrille ennustamattomana ja ihmiset pahansuopina. Raiskaustilanteeseen liittyy kokemus täysin toisen armoilla olemisesta, jolloin uhri menettää ihmisarvonsa, identiteettinsä ja tahdonvoimansa. Uhri tuntee itsensä arvottomaksi ja häväistyksi. Uhrin lamaantuminen ja alistuminen raiskaustilanteessa johtavat usein itseään syyllistävään häpeään ja kokemus halutaan salata. Uhri saattaa ajatella, että hänen kertomustaan ei uskota eikä hän tule autetuksi. (Punamäki ym. 2007, 759.) 10 % raiskatuista hakee ammattiapua tai ulkopuolista apua. 37 % kertoi ystäville ja 40 % ei puhunut kokemuksesta kellekään. (Tilastokeskus 2010.)

Uhriksi joutuminen saattaa aiheuttaa eräänlaisen uhri-identiteetin rakentumisen ja uhrilla on riski joutua uudelleen seksuaalisen väkivallan uhriksi (Apter ym. 2006, 337). Psykososiaalisena oireena esiintyy riskikäyttäytymistä kuten päihteiden suurkulutusta, suojaamatonta seksiä ja lisääntyntä onnettomuusalttiutta (Punamäki ym. 2007, 758). Väkivaltaa kokenut saattaa myös itse alkaa käyttäytyä väkivaltaisesti (Apter ym. 2006, 337). Taustalla on

arveltu olevan kykenemättömyys käsitellä traumatisoivaa kokemusta. Traumasta aiheutunut katkeruus ja vihan tunne kohdistuu joko ulkopuolisiin tai uhriin itseensä aggressiivisena käyttäytymisenä. Olennaisena osana on myös arvon menettämisen tunne, joka ilmenee välinpitämättömänä suhtautumisena omaan itseensä sekä ympäristöön. (Saari 2000, 88–89.) Uhri saattaa kadottaa myönteisen suhtautumisen omaan ruumiillisuuteensa ja alkaa kokea kehonsa pilattuna, epämiellyttävänä ja hävettävänä. Uhrin mahdollisuudet nauttia elämästä ja tarttua sen tarjoamiin mahdollisuuksiin vähenevät. (Virta ym. 2008, 15.)

3 TRAUMA

3.1 Traumaattisen kokemuksen käsittelyprosessi

Seksuaaliseen väkivaltaan liittyvä ongelmallisuus ja siihen liittyvät seuraukset näkyvät sekä yksilötasolla että yhteiskunnallisesti. Trauma – ja kriisipsykologiset lähestymistavat lisäävät raiskauksen aiheuttamien seurausten ymmärtämistä yksilötasolla.

Kun ihminen joutuu kohtamaan uhkaavan ja traumaattisen kokemuksen, psyyke laukaisee automaattisesti sisäänrakennettuja reagointi- ja käsittelymekanismeja, jotka edesauttavat kokemuksesta selviytymistä. Tavoissa reagoida ja prosessoida traumaattisia kokemuksia on yksilöllisiä eroja. Niihin vaikuttavat ihmisen elämäkokemukset ja sen myötä opitut tavat käsitellä vaikeuksia. Traumaattisen kokemuksen käsittelyprosessi tavallisesti etenee tietyllä tavalla. (Saari 2000, 41.)

Traumaattisen kokemuksen käsittelyprosessi jaetaan neljään eri vaiheeseen (Apter ym. 2006, 336). Nämä ovat sokkivaihe, reaktiovaihe, työstämisvaihe ja uudelleen orientoitumisen vaihe (Saari 2000, 41–67). Tekijät, jotka vaikuttavat stressihäiriön luonteeseen ja vaikeusasteeseen ovat esimerkiksi tapahtuman intensiteetti ja kesto, mahdollisuus ennakoida tapahtumaa ja valmistautua siihen, mahdollisuus kontrolloida tilannetta ja toimia siinä, syyllisyyden tunteminen tapahtuneesta, uhrin ikä, elämäntilanne ja kehitysvaihe tapahtumahetkellä, omaisilta ja ystäviltä saatu tuen määrä, henkilön psyykinen tasapaino sekä aikaisemmat kokemukset vaikeuksista selviytymisestä (Haaramo & Palonen 2002, 89).

Akuutti sokkivaihe ajoittuu tapahtumahetkeen tai heti sen jälkeiseen tilaan. Sokissa henkilö tyypillisesti kokee olevansa ikään kuin elokuvassa, itsensä ulkopuolella (Apter ym. 2006, 336). Sokki on mieltä suojaava mekanismi tilanteissa, joita ei pystytä vastaanottamaan kokonaisuudessaan tapahtumahetkellä (Saari 2000, 42).

Sokkivaiheessa tajunnan ja tietoisuuden taso on herkistynyt äärimmilleen (Bjälje ym. 2000, 91). Epätodellisuuden tunteesta huolimatta sokkivaiheessa ihminen vastaanottaa tietoa ympäristöstään tavanomaista valikoimattomammin. Aistit ovat herkistyneet ja mielikuvat pureutuvat muistiin voimakkaina, selkeinä ja yksityiskohtaisina. Kyseessä on niin sanottu sokkivaiheen supermuisti. Sokkivaiheessa olevan henkilön kohtaamat ihmiset usein vaikuttavat häneen voimakkaasti ja lyhytkin kontakti jää uhrin mieleen loppuelämäksi. (Saari 2000, 43–45.)

Sokkivaiheeseen liittyvää voimakasta epätodellisuuden tunnetta kutsutaan peritraumaattiseksi dissosiaatioilmiöksi, jolle luonteenomaista on ajan-, paikan- ja kehontajun häviäminen, vierauden tunne sekä rajoittuneet aistihavainnot. Sokkitila pyrkii toimimaan henkisenä puolustuskeinona, jonka avulla uhri säästää itseään sietämättömän kokemuksen tajuamiselta. (Punamäki ym. 2007, 759.) Dissosiaation aikana traumaattista tilannetta tarkastellaan itsensä ulkopuolella, jolloin tilannetta on helpompi kestää. Sokkivaihe pyrkii pitämään ihmisen hengissä sekä säilyttämään uhrin toimintakyvyn. Sen vuoksi ihmisellä on sokkivaiheessa kokemus tunteiden puuttumisesta. Mitä järkyttävämpi kokemus, sitä todennäköisemmin tunteet puuttuvat. Ulospäin uhri saattaa näyttää orientoituneelta ja rauhalliselta tai tunteettomalta. Jotkut saattavat myös olla paniikissa ja muuttua hysteeriseksi tai tulla täysin apaattiseksi. Dissosiaatio on tyypillinen ilmiö traumaattisissa tilanteissa, jotka jatkuvat ajallisesti pitkään. Raiskaus on tyypillisesti tällainen traumatisoiva kokemus. (Saari 2000, 46–51.)

Pitkäkestoinen trauman kokeminen aiheuttaa muutoksia havaitsemisessa, muistin toiminnassa ja kokemusten syy-seuraus – suhteiden tulkinnassa. Traumaattisen kokemuksen muistaminen eroaa normaalista muistamisesta. Siihen saattaa liittyä ristiriitaisia muistikuvia tapahtuneen kestosta tai trauma muistuu mieleen vain osittain. Muistikuvat saattavat palautua myöhemmin mieleen kontrolloimattomina, pitkäkestoisina ja todentuntuina. Mieleen palaututumisesta eli taantumaa kutsutaan flasbackiksi. Ne ovat tunnevärittäneitä sekä voimakkaan ruumiillisia liittyen esimerkiksi kosketukseen tai kehon asentoon. Todentuntuudessaan ne selittävät uhrin elämystä siitä, että trauma ikään kuin tapahtuisi uudestaan nykyhetkessä. (Punamäki ym. 2007, 760.)

Ajan-, paikan- ja kehontajun nopea palautuminen ovat mielenterveyttä suojaavia tekijöitä (Virta ym. 2008, 24).

Sokkivaiheesta siirrytään reaktiovaiheeseen vähitellen, jolloin tapahtunut alkaa muuttua todeksi uhrille. Reaktiovaiheeseen siirtymisen edellytys on uhrin kokemus siitä, että uhkatilanne on ohi, ja hän on turvassa. Uhri alkaa tulla tietoisiksi tapahtuneesta, ja tietoisuuden myötä uhrin tunteet myllertävät. (Saari 2000, 53.) Reaktiovaiheeseen liittyvät voimakas vihan ja raivon tunne sekä aggressio, pelko, syyllistyminen ja häpeä (Apter ym. 2007, 336). Saaren (2000, 53) mukaan reaktiovaiheen tunteet saattavat olla hyvin irrationaalisia. Uhri saattaa myös tiedostaa sen, mutta siltikään ne eivät ole järjellisesti hallittavissa. Traumaattista kokemusta on vaikea kuvata tavallisin sanoin, mikä osaltaan selittää hallitsemattomiksi koettujen tunteiden jakamisen vaikeuden. (Punamäki ym. 2007, 760.) Voimakkaat tunteet ovat usein uhrista pelottavia ja on vaikeaa ymmärtää, että tapahtunut kokemus on peruuttamaton. Työstämisen kannalta siihen tulisi sopeutua, vaikka tapahtunut tuntuu epäoikeudenmukaiselta. Reaktiovaiheelle on tyypillistä myös somaattinen oirehdinta kuten pahoinvointi ja heikotus. Tämä vaihe kestää yleensä kahdesta neljään päivään. (Saari 2000, 54–60.)

Työstämis- ja käsittelyvaiheessa voimakkaita tunteita käsitellään omassa mielessä joko tietoisesti tai tiedostamatta. Vaikka tapahtunutta ei haluttaisikaan aktiivisesti ajatella, työstäminen ja käsittely voivat näkyä monella tavalla uhrin käyttäytymisessä ja toiminnassa. Tyypillisiä ovat muisti- ja keskittymisvaikeudet. Osa tarkkaavaisuudesta usein suuntautuu traumaattisen kokemuksen käsittelyyn. Tyypillistä on myös ärtyneisyys ja joustamattomuus. Uhrin ihmissuhteet saattavat olla koetuksella, mutta negatiivisia tunteita saatetaan purkaa myös lähipiirin ulkopuolella oleviin kohteisiin. Vuorovaikutustilanteissa uhri saattaa olla poissaoleva ja hän mielellään vetäytyy ihmissuhteista ja muistakin sitoumuksista. Asian työstäminen yksinäisyydessä voi olla hyväksi, mutta uhrilla on myös suuri riski sairastua masennukseen. (Saari 2000, 60–65.) Negatiivisia tunteita voidaan yrittää työntää pois tietoisuudesta vaikenemalla, tunteiden puuduttamisella tai muistoja välttelemällä. Seurauksena on vaiennettujen muistojen palaaminen mieleen yhä voimakkaampina. Ennustettavissa on usein mielenterveyshäiriö. (Punamäki ym. 2007, 760.)

Uudelleen orientoitumisen vaiheeseen siirtymisen edellytys on uhrin kokemus tulevaisuudesta ennustettavana ja hallittavana. Ennen uudelleen orientoitumisen vaiheeseen siirtymistä tapahtunutta on usein vaikea hyväksyä tapahtuneeksi ja sitä on hankalaa liittää osaksi muita elämänkokemuksia. Uhrille voi olla hyvin vaikeaa kiinnostua asioista ja ihmisistä. Uhrin täytyy usein nähdä paljon vaivaa saadakseen itsensä kiinnostuneeksi muusta ympäristöstä. Vähitellen uhri alkaa olla ulospäin suuntautuneempi ja hän on valmis luopumaan henkisestä taakastaan. Uhri saattaa itse haluta nopeuttaa luopumisprosessiaan tapahtuneen kieltämisellä ja torjumisella. Tällöin ei ole kyse uudelleen suuntautumisesta vaan pyrkimyksenä on tapahtuneen nopea unohtaminen torjumalla ja kieltämällä tapahtunut. (Saari 2000, 67–68.) Uhri voi myös turvautua psyykkisen itsesäätelykeinoihin joita sanotaan hallintakeinoiksi. Keinot voivat keskittyä tehtävään (tehtäväkeskeiset: järkeily, lisätiedon hankinta) tai tunteiden hallintaan (tunnekeskeiset). (Vilkko-Riihelä 2001, 728.) Hallintakeinot ovat usein tietoisia selviytymiskeinoja, joilla ihminen pyrkii selviytymään ristiriitaisista tilanteista. Hallintakeinot sisältävät sekä pohdintaa että pyrkimystä toimintaan. (Vilkko-Riihelä 2001, 36.)

Tuskaan ja ahdistukseen on helppo jäädä kiinni ja uhri saattaa ajatella, ettei selviä traumatisoivasta teosta. Onkin tärkeää, että uhri saa ottaa oman aikansa työstämisprosessiin. Tavoitteena on kokemuksen läpikäyminen, jolloin traumaattisesta kokemuksesta tulee tietoinen ja levollinen osa omaa itseä. Tapahtuneen voi kohdata tuntematta voimakasta ahdistusta ja jatkuva uhan tunne on kadonnut. (Saari 2000, 67–68.)

3.2 Stressihäiriöt

Yllättävät, voimakkaat ulkoiset ärsykkeet kuten uhkaavan tilanteen aiheuttama pelko, kipu tai psyykkinen ahdistus aiheuttavat elimistön rasittumistilan eli stressin. Stressi tarkoittaa tilaa, joka muuttaa tai uhkaa elimistön sisäistä tasapainoa. (Bjälje ym. 2000, 158.) Stressi aktivoi sympaattista hermostoa. Aktivoituminen aiheuttaa sydämen pumppausvoiman kasvun ja verenkierron lisääntymisen elimistön keskeisille alueille. Elimistön hapentarve kasvaa, jolloin

hengitystaajuus nousee. Elimistön energiankulutus myös lisääntyy ja ihminen on kiihtynyt. Sympaattisen hermoston aktivoitumisen aiheuttamia vaikutuksia lisää lisämunuaisytimen erittämä adrenaliini. Adrenaliini aktivoi aivorungossa sijaitsevaa aivoverkoston herkistään tajunnan ja tietoisuuden tason äärimmilleen. Stressiin kuuluu myös kortisolin lisääntynyt erityys, joka turvaa aivojen energian saannin nostamalla verensokeria. (Bjälle ym. 2000, 91.)

Lyhytkestoisella stressitilanteella on tärkeä tehtävä ihmisen valmistautuessa taisteluun (Bjälle ym. 2000, 91). Tällöin kyseessä on akuutti stressireaktio, jossa fyysinen tai henkinen rasitustekijä on ohimenevä. Akuutin stressihäiriön aiheuttama kiihtyneisyys menee ohi yleensä 48 tunnissa ja ihminen pystyy palautumaan stressiä edeltävään tasapainotilaan. Stressihäiriö on pitkäkestoinen stressitila. Suomalaisessa tautiluokituksessa käytetään lyhytkestoisemmasta stressihäiriöstä nimeä akuutti stressihäiriö (ASD, Acute stress disorder) sekä pitkäkestoisemmasta stressihäiriöstä nimeä traumaperäinen stressihäiriö. Käypä Hoito -suosituksessa (2009) traumaperäisestä stressihäiriöstä käytetään myös englanninkielistä lyhennettä PTSD (Post traumatic stress disorder).

Stressihäiriöiden etiologisena kriteerinä mainittu rasittava, poikkeuksellisen järkyttävä ja traumatisoiva tapahtuma voi käynnistää psyykkisen prosessin riippumatta siitä, onko samassa yhteydessä tapahtunut fyysistä vahingoittumista (traumaa). Tapahtumalla ja sen psyykkisenä seuraamuksena olevalla stressihäiriöllä on todennäköinen syy-yhteys, sillä stressitapahtuma on selvästi tavanomaista elämäntapahtumaa poikkeavampi, yksilön voimavarat ylittävä ja useimmiten kertaluonteinen tai lyhyessä ajassa toistunut. Pidemmän ajan kuluessa toistunut stressitapahtuma voi aiheuttaa stressihäiriön vaikeutumisen tai uusiutumisen. (Käypä Hoito 2009.)

Saaren (2000, 22–27) mukaan traumaattisen tapahtuman tunnusmerkkejä ovat:

- traumatisoivan tilanteen ennustamattomuus
- tapahtuman kontrolloimattomuus, mahdottomuus vaikuttaa siihen omalla toiminnallaan
- tapahtumat ovat sellaisia, että ne koettelevat elämänarvoja

Kun trauman aiheuttamat oireet kestävät kahdesta päivästä enintään neljään viikkoon, suomalaisen tautiluokituksen mukaan kyseessä on akuutti stressihäiriö (ASD). Se aiheutuu traumaattisesta tilanteesta, johon liittyy voimakas kuoleman tai vakavan vammautumisen pelko, avuttomuus ja kauhu. Tapahtuman jälkeen esiintyy dissosiaatio-oireita ja tapahtuma koetaan uudelleen mielikuvina. Uhrin vireystila on kohonnut ja hän on ahdistunut. Häiriö haittaa myös sosiaalisissa tilanteissa toimimista. (Käypä Hoito 2009.)

Kun traumaattisen kokemuksen käsittelyprosessi juuttuu reaktiovaiheeseen, kyseessä on sekä suomalaisen että kansainvälisen tautiluokituksen mukaan traumaperäinen stressihäiriö (PTSD) (Käypä Hoito 2009). Tällöin reaktiovaiheen aiheuttamat tunteet ja mielikuvat pyritään torjumaan eikä uhri halua käsitellä tapahtunutta (Saari 2000, 77–81). Akuutin stressihäiriön oireiden lisäksi tapahtuneeseen liittyvät muistikuvat ovat jatkuvia ja voimakkaita. Uhri myös välttelee olosuhteita, jotka muistuttavat traumaattisesta kokemuksesta. (Saari 2000, 78.) Uhri on virittynyt jatkuvaan taistelu-, lamaantumis- tai pakovalmiuteen eli hän on jatkuvassa stressitilassa (Virta ym. 2008, 15). Uhri ei välttämättä pysty muistamaan keskeisiä asioita tapahtuneesta tai muistikuvat siitä ovat sekavia (Käypä Hoito 2009). Traumaperäisen stressihäiriön diagnostiset kriteerit täyttyvät, kun edellä mainitut oireet ovat esiintyneet yli kuukauden ajan (Saari 2000, 79).

Traumaperäisessä stressihäiriössä 80–95% potilaista esiintyy erilaisia masennustiloja. Somaattista oirehdintaa, päihteiden ja lääkkeiden väärinkäyttöä, tuhoisaa käyttäytymistä sekä ahdistuneisuushäiriöitä voi myös esiintyä. Traumaattisten tilanteiden uhrien psyykkistä ennustetta parantaa eniten alusta alkaen tehokkaasti järjestetty laaja-alainen psykososiaalinen tuki

ja tähän liittyvät palvelut kuten varhain aloitettu käyttäytymisterapia. Traumaperäistä stressihäiriötä voidaan hoitaa psykoterapialla sekä masennus- ja mielialalääkkeillä. (Käypä Hoito 2009.)

Häiriö muuttuu krooniseksi, kun oireet ovat kestäneet enemmän kuin kolme kuukautta (Käypä Hoito 2009). Pitkittynyt stressihäiriö voi johtaa pysyviin persoonallisuuden muutoksiin ja oppimisvaikeuksiin (Punamäki ym. 2007, 760).

4 RAISKATUN POTILAAN KOHTAAMINEN JA HOITO

4.1 Raiskatun potilaan kohtaaminen

Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä hänen vakaumustaan että hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2005.)

Raiskatun potilaan hoitopolun järjestäminen valittiin yhdeksi kansanterveydelliseksi ongelmaksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä vuonna 2009 (Immonen-Räihä ym. 2010, 3720). Sairaanhoitopiiri laati yhtenäiset ja ajantasaiset ohjeet ensimmäisenä Suomessa. Ohjeiden tavoitteena on taata kaikille uhreille samat tutkimukset ja samanlainen hoito asuinkunnasta riippumatta. Ohjeissa kerrotaan selkeästi missä ja miten raiskattu nais- tai miesuhri tulee hoitaa. (Leino ym. 2010, 34.) Hoidon järjestämisessä oli havaittu hankalia rajapintoja perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon välillä. Ongelmallisuutta lisäsi tapauksien harvinaisuus. Hoitopolkua suunnittelemaan koottiin moniammatillinen työryhmä alueen terveyskeskusten, aluesairaaloiden, psykiatrisen hoidon, yliopistollisen keskussairaalan, poliisin, yliopiston oikeuslääketieteen laitoksen, rikosuhripäivystyksen ja evankelisluterilaisen kirkon edustajista. (Immonen-Räihä ym. 2010, 3720.) Laaditun hoitopolun tarkoitus on ohjata uhrit tiettyihin hoitopaikkoihin ja siten turvata myös jatkohoidon järjestyminen. Hoitohenkilökunnalle luotiin myös työn avuksi hoitoreittisivusto, johon on liitetty linkkejä asiantuntijatiedon lähteille ja tärkeimpien yhteistyötahojen sivustoille. Hoitoreittisivusto laadittiin yhteistyössä rikosuhripäivystyksen ja poliisin kanssa. Tämän vuoksi poliisin on helpompi tuoda uhri suoraan oikeaan hoitopaikkaan. (Leino ym. 2010, 34.)

Ilman apua potilaan mahdollisuudet toipumiseen eivät ole hyvät (Virta ym. 2008, 16). *”Uhrin akuuttia hätää olisi pystyttävä lievittämään, mutta samalla tulisi huolehtia aukottomasta näytteenotosta, hoidosta ja jatkohoitoon ohjauksesta.”* Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin uusissa ohjeissa korostetaan hoitotyöntekijän rohkeutta ja taitoa ottaa uhrin asiat esille ja arvioida uhrin tilanne, jotta oikea jatkohoitopaikka löytyy. Ohjeistuksessa kehoitetaan kysymään uhrilta lupa saada välittää hänen yhteystietonsa rikosuhripäivystyksen työntekijöille, jotta he voivat varmistaa, ettei uhri jää yksin vastuuseen avun hakemisesta. (Immonen- Rähkä ym. 2010, 3720.)

Päivystyspoliklinikka on haastava paikka traumatisoituneelle potilaalle. Odotusajat saattavat olla pitkiä, käytävillä voi olla melua eikä piiloon pääse. Päivystyspotilaat odottavat poliklinikan hoitajilta turvallisuuden kokemusta, läheisyyttä, autetuksi tulemista, mahdollisuutta vaikuttaa omaan elämäänsä sekä voimavarojen tukemista selvitäkseen uudesta tilanteesta. (Munnukka 1993, 92–94.) Potilaalle voi tarjota konkreettisen huolenpidon keinoja kuten huovan hartioille (Brandt ym. 2010).

Päivystystilanteessa tulee huomioida, että raiskaaja saattaa olla saattamassa potilasta, joten potilaan kanssa tulee keskustella kahden kesken. Toisaalta uhrin toiveesta läheinen saa tulla mukaan jopa tutkimustilanteeseen. Luvan antamisessa läheisen läsnäoloon on käytettävä tilannekohtaista harkintaa. (Castrén ym. 2008, 629.)

Raiskatun akuuttiapu – opas suosittelee uhrille rauhaisan tilan järjestämistä, jossa kuitenkin on tietoisuus hoitohenkilökunnan välittömästä läheisyydestä. Lisäksi tulee varmistaa, onko potilas huolissaan lastenhoidosta tai muista käytännön asioista. Raiskattu potilas ei saa olla yksin kuin pieniä hetkiä kerrallaan. Häntä kannustetaan pyytämään tuekseen haluamansa läheisen. Mahdollisuuksien mukaan paikalle voidaan kutsua työntekijä rikosuhripäivystyksestä, kriisikeskuksesta tai kriisiryhmästä. Potilaalle tulee kertoa, että hän on toiminut oikein tullessaan hakemaan apua. Tapahtunutta voi asiallisesti kommentoida kertomalla, ettei se ollut potilaan syytä. (Brandt ym. 2010.)

Raiskatun potilaan kohtaaminen on haastava tilanne hoitajalle. Hoitajan on otettava kokonaisvastuu tilanteesta, jossa hän kohtaa seksuaalisesti kaltoin kohdellun potilaan. Hoitajan tulee kertoa tekemisistään sekä kysyä tarvittaessa lupa koskettamiseen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 227–228.) Mahdollisuuksien mukaan samojen hoitajien tulisi hoitaa potilasta mahdollisimman pitkään, ettei tämän tarvitsisi kerrata vaikeaa tapahtumaa uudelleen ja uudelleen (Kiiltomäki ym. 2007, 73). Vaitiolovelvollisuuden noudattaminen on ehdottoman tärkeää, sillä se on perusta luottamukselliselle hoitosuhteelle. Potilaalla on oikeus keskustella asioistaan kahden kesken joko hoitajan tai lääkärin kanssa. Asioista keskusteltaessa on sovittava, mistä voidaan puhua hoitoa suunniteltaessa ja mitkä jäävät vain keskustelussa mukana olleiden osapuolien tietoon. Potilaan yksityisyys pyritään turvaamaan toteuttamalla tutkimustilanteet hienotunteisesti sekä välttämällä tarpeetonta paljastamista ja odottamista. (Eskola & Hytönen 2002, 23.)

Väkivaltaa kokenut potilas saattaa kertoa kokemuksistaan ensimmäistä kertaa sairaanhoitajan vastaanotolla. Sairaanhoitajan tehtävänä ei ole tehdä rikostutkintaa. Rikoksen tutkii aina poliisi. (Kiiltomäki ym. 2007, 72.) Brandtin ym. (2010) mukaan haastattelu ja anamneesi tehdään potilaan tilan selvittämiseksi. Hoitajan tulee selvittää seuraavat asiat:

- Potilaan henkilöllisyys
- Tarkka saapumisaika
- Tuleeko poliisin saattamana
- Saattajien nimet ja yhteystiedot
- Potilaalta kirjallinen lupa tutkimuksen tekoon
- Onko potilas vaihtanut vaatteet tapahtuneen jälkeen
- Samat vaatteet riisutaan riittävän kookkaan paperin päällä, jonka sisässä ne luovutetaan poliisin jatkotutkimukseen
- Vaatteista tehdään huomioita (repeämät, veri, tahrat)
- Onko potilas peseytynyt: Huuhdellut suutaan, pessyt hampaitaan, käynyt suihkussa, tehnyt alapesua
- Onko potilas oksentanut, virtsannut, ulostanut
- Vapaa kuvaus teosta ja tekijästä

- Liittyikö tekoon uhkailua, nimittelyä, voimakeinoja
- Millä välineellä penetraatio tapahtui
- Mihin penetraatio kohdistui
- Tapahtuiko yhdyntää
- Tapahtuiko siemensyöksyä ja jos tapahtui, niin kuinka monta kertaa
- Potilaan perussairaudet ja käytössä olevat lääkkeet
- Käytetyt päihteet sekä mahdolliset rauhoittavat lääkkeet
- Onko päihteitä tai lääkkeitä käytetty omasta tahdosta vai pakotettuna
- Onko tällä hetkellä stressireaktion merkkejä kuten kylmänhikisyyttä, jännittyneisyyttä, viluisuutta, vatsakipua, pahoinvointia tai oksentelua
- Onko keholla vammoja

Pitkäkestoista traumatisoitumista ajatellen riskilöydöksiä ovat aikaisemmat traumaattiset kokemukset, dissosiaatio-oireet, psyykkiset häiriöt, päihdeongelmat, somaattinen oirehdinta, keho sosiaalinen verkosto, nuori ikä ja toimintakyvyn lasku (Virta ym. 2008, 46–49).

Sairaanhoidajan tulee huomioida, ettei uhri lamaantumisensa vuoksi kykene valittamaan kaikkia vammojaan. Lisävammoja tulee epäillä herkästi ja ryhtyä lisätutkimuksiin. (Kiiltomäki ym. 2007, 73.)

Ryttyläisen & Valkaman (2010, 227–228) mukaan hoitajan tulee

- Vahvistaa potilaan turvallisuuden tunnetta kertomalla, että hän on turvassa sairaalassa
- Vahvistaa potilaan syyttömyyttä väkivaltaan
- Kannustaa potilasta puhumaan tuntemuksistaan
- Suhteuttaa kysymysten määrä potilaan voimavaroihin
- Dokumentoida ja kirjata havainnot erityisen tarkasti
- Hankkia mahdollisuuksien ja tarpeen mukaan potilaalle psyykkistä jatkohoitoa

- Hankkia tarpeen mukaan potilaalle turvapaikka
- Hankkia itselleen työnohjausta tarpeen mukaan

Potilaan ongelmaa ei tule vähätellä. Potilasta tulee kuunnella eikä häntä saa keskeyttää. Potilaan annetaan kertoa oireistaan ja vaikeuksistaan vapaamuotoisesti. Kysytyjen kysymysten tulee olla avoimia. Haastattelutekniikkaa muutetaan tilanteen mukaan. Mikäli potilas on nuori, hoitaja saattaa joutua rohkaisemaan potilasta puhumaan. Samoin toimitaan jos potilas on hiljainen tai vetäytyvä. Hoitajan tulee tarjota aktiivisesti apuaan. Potilaan ollessa kiihtynyt potilaan puhutelua keskeytetään tarvittaessa. Hoitaja voi käyttää hyväkseen omaa intuitiotaan saadakseen tietoa potilaan tilasta. Aidot tuntemukset hoitaja yleensä aistii herkästi. (Saha, Salonen & Sane 2009, 88.) Täydellisessä sokkitilassa olevaa potilasta kannustetaan maltillisesti hahmottamaan tapahtumia (Virta ym. 2008, 46–48).

Muistiinpanoja ei ole suositeltavaa tehdä psyykkistä tilaa arvioitaessa. Se sitoo haastattelijan keskittymiskykyä ja voi häiritä potilasta. (Saha ym. 2009, 88.) Kirjaamisen on oltava huolellista. Kirjaamisen on oltava ytimekästä mutta silti kattaa koko hoitoprosessi. Työvuoron vaihtuessa hyvällä kirjaamisella sekä raportoinnilla turvataan potilaan hoidon jatkuvuus. (Castrén ym. 2009, 74.)

Sokkivaiheen ja järkytyksen vuoksi potilas ei välttämättä kykene ajattelemaan selkeästi. Juridisesta informaatiosta huolimatta potilas ei ymmärrä raiskaussyytteestä luopumisen merkitystä. Potilaan tahto syyttämättä jättämisestä voi johtaa syyttämättäjättämispäätökseen, sillä laki edellyttää vapaan tahdon huomioon ottamista. Potilas voi myös tehdä syyttämättäjättämispäätöksen vielä kun rikoksesta on kulunut jo jonkin aikaa. Vaikka hänellä olisikin peruste päätökselle, syyttäjän on vaikea varmistaa, että potilaan oma vakaa tahto on kyseessä. Suotavaa olisikin, että potilas olisi tässä vaiheessa ohjattu saamaan tukea ja keskusteluapua ammattihenkilöltä kuten psykologilta tai vastaavilta tahoilta. (Lehtonen ym. 1999, 125.)

Raiskatun potilaan akuuttihoitotyössä on erittäin tärkeää tunnistaa uhrien joukosta ne, jotka ovat vaarassa traumatisoitua tapahtuneesta pitkäksi aikaa. Hoitajan tulee kiinnittää huomiota esiintyykö potilaalla somaattista oireitumista,

ärsyyntyneisyyttä tai syrjään vetäytymistä. Mikäli potilas tulee päivystyspoliklinikalle pitkän ajan kuluttua tapahtuneesta, selvitetään onko hänen unensa ollut häiriintynyttä tapahtuneen jälkeen. Toronton yliopiston tutkimuksen mukaan henkilöt, joilla on esiintynyt edellä mainittuja oireita, ovat suuressa riskissä saada pitkäkestoisia emotionaalisia ongelmia. (Halpern, Gurevich, Maunder & Schwartz 2011, 51–56.)

Sairaanhoitaja voi tarvittaessa konsultoida muita ammattitahoja. Näitä ovat esimerkiksi psykiatrian poliklinikka, traumaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja teologi. Sairaanhoitaja tekee päätöksen konsultaatiosta yhdessä lääkärin kanssa mikäli he arvioivat potilaan tarvitsevan erityisosaamista. Trauman kokeneella ihmisellä oireet ilmenevät ja jatkohoidon tarpeen voi arvioida vasta muutamien päivien kuluttua. (Kiiltomäki ym. 2007, 23.) Joissain sairaanhoitopiireissä työskentelee päivystävä psykiatrinen sairaanhoitaja, jota voi konsultoida tai pyytää potilaan tueksi tarvittaessa. Oman kunnan sosiaali- ja terveystalvelujen lisäksi potilaalle voi hankkia apua Raiskauskriisikeskus Tukiniaisesta, Naisten linjalta, rikosuhripäivystyksestä sekä Suomen Mielenterveysseurasta (Ryttyläinen ym. 2010, 227–228).

Ennen potilaan kotiuttamista selvitetään potilaan koti-tilanne. Hoitajan tulee varmistua, ettei potilas joudu menemään yksin kotiin päivystyspoliklinikalta. Potilaalle voidaan järjestää tarvittaessa tukihenkilö. Jatkohoito-ohjeet tulee antaa potilaalle myös kirjallisena. (Brandt ym. 2010.) Potilaalle voi tarjota mahdollisuutta jäädä sairaalaan (Castrén ym. 2008, 629). Hoitajan tulee selvittää, onko potilaan turvallista kotiutua vai tarvitseeko tämä mahdollisesti paikan turvakodista. Mikäli potilaan henkinen tila ei kestä kotiuttamista tai hänen toimintakykynsä on laskenut, hänelle täytyy järjestää osastohoito. (Virta ym. 2008, 46–49.)

4.2 Hoitotoimenpiteet ja näytteenotto

Raiskauksen fyysisiä vaikutuksia käsiteltiin aiemmin luvussa Raiskauksen fyysiset vaikutukset. Päivystyspoliklinikalla hoidetaan välittömästi hoitoa vaativat fyysiset vammat. Lisäksi raiskausepäilyn tulee johtaa oikeuslääketieteelliseen tutkimukseen, eli vaikkei vammoja olisikaan, tulee päivystyspoliklinikalla tehdä gynekologinen tutkimus sekä ottaa tarvittavat näytteet mikäli raiskaus on tapahtunut viimeisen 72 tunnin aikana. Mikäli raiskauksesta on kulunut enemmän aikaa, toimitaan päivystävän lääkärin harkinnan mukaan. (Castrén ym. 2008, 629.)

Raiskaustutkimus tehdään usein silloin kun uhri on herkimmillään ympäristön vaikutuksille ja toisen ihmisen koskettamiselle, joten kohtaamiseen pyritään korostaen inhimillisyyttä, luotettavuutta sekä uhrin kunnioittamista. Tällöin edistetään traumasta toipumista. (Virta ym. 2008, 46–48.) Erityisosaamista näytteidenottoon ei yleensä vaadita. Tärkeämpää on aika ja huolellisuus. (Leino ym. 2011, 37.)

Ennen gynekologista tutkimusta potilaan annetaan rauhoittua ja rentoutua mahdollisuuksien mukaan. Rentoutumisen helpottamiseksi potilasta ohjataan hengittämään syvään. Tarpeetonta kipua pyritään välttämään valitsemalla tutkimusvälineiden koko oikein. Tutkimusta varten varatun tilan tulee olla rauhallinen koko tutkimuksen ajan. (Saha ym. 2009, 277.)

Tarvittavat näytteet tulisi ottaa mahdollisimman pian raiskauksen jälkeen (Kjällman 2011, 67). Ennen näytteiden ottoa alapesua tai virtsarakon tyhjentämistä ei suositella (Eskola ym. 2002, 44). Tarvittavia näytteitä ovat veritahra-, siemenneste- ja sylkitahranäytteet iholta, ihonäyte kynsien alta, virtsanäyte päihdetutkimusta varten, häpykarvojen irtokarvanäyte, häpykarvavertailunäyte, siemennesteenäyte vaginan sivuseinästä, takaseinästä ja porttiosta, siemennesteenäyte peräsuolesta sekä klamydia- ja tippurinäytteet porttiosta, virtsaputkesta tai peräsuolesta. Näytteenottajana toimii lääkäri, ja hoitaja avustaa näytteenotossa ja on potilaan tukena. Tarvittaviin verinäytteisiin kuuluvat DNA-vertailunäyte, kardioliipiini, HIV-, B- ja C-hepatiittivasta-aineet ja alkoholi- ja päihdenäytteet. Oikeuslääketieteelliset näytteet tulee ottaa aina, vaikkei potilas olisikaan halukas nostamaan syytettä. Mikäli potilas haluaa

nostaa syytteen, näytteet toimitetaan Keskusrikospoliisin laboratorioon. Muutoin ne säilytetään terveyskeskuksen pakastimessa. (Brandt ym. 2010.) Olemme koonneet tarvittavat näytteet taulukkomuotoon mukailien Raiskatun akuuttiapu – opasta.

Näyte	Näytteenottaja	Välineet ja näytteen säilytys	Tutkimuspaikka
Veritahrinäytteet iholta	Lääkäri	Keittosuolaan kastettu pumpulipuikko. Annetaan kuivahtaa. Talletetaan kuivaan, hengittävään ja suojattuun pakkaukseen esimerkiksi pahvikoteloon (ei muoviputki).	Keskusrikospoliisin laboratorio. Näytteet luovutetaan poliisille, jos rikosilmoitus on tehty. Muutoin säilytetään terveys-keskuksen pakastimessa.
Siemennestänäytteet iholta	Lääkäri	Kuten edellä	Kuten edellä
Sylkitahra-näytteet iholta	Lääkäri	Kuten edellä	Kuten edellä
Ihonäyte kynsien alta	Lääkäri	A) Tutkittavan kynsienaluset kaavitaan hammastikulla. Sekä näytteet että näytetikut talletetaan kuten edellä B) Tutkittavan kynnet leikataan ja kynsinäytteet talletetaan kuten edellä	Kuten edellä
Virtsanäyte päihdetutkimukseen	Lääkäri	50–100 ml virtsaa säilytetään kuivassa muovipullossa	

TAULUKKO 1. Kliinisen yleistutkimuksen yhteydessä otettavat näytteet

Näyte	Näytteen ottaja	Välineet ja näytteen säilytys	Tutkimuspaikka
Häpykarvojen irtokarvanäyte	Lääkäri	Pumpulikampa (tavallinen kampa, jonka piikkien juureen on asetettu runsaasti pumpulia irtokarvojen keräämiseksi). Häpykarvoitus kammataan. Kampa irtokarvoineen laitetaan taitetun paperin (esim. A4) väliin ja suljetaan minigrip-pussiin nro 1.	Keskusrikospoliisin laboratorio. Näytteet luovutetaan poliisille, jos rikosilmoitus on tehty. Muutoin säilytetään terveyskeskuksen pakastimessa.
Häpykarva-vertailunäyte	Lääkäri	Tutkittavan häpykarvoja nypitään 10–20 kpl, jotka laitetaan taitetun paperin (esim. A4) väliin ja suljetaan minigrip-pussiin nro 2.	Kuten edellä.
Siemenneste näyte vaginan sivuseinämästä, takapohjukan ja portioista	Lääkäri	Pumpulitikku. Sivellään objektilasille ja annetaan kuivahtaa. Tikku talletetaan kuivaan muoviputkeen. Näytteet säilytetään jääkaapissa. Yli 4 vuorokautta lähettämistä odottavat pumpulitikut pakastetaan.	Kuten edellä.
Siemenneste näyte peräsuolesta	Lääkäri	Kuten edellä.	Kuten edellä.
Klamydianäyte portioista, virtsaputkesta tai peräsuolesta	Lääkäri	Kuten normaalissa vastaanottotilanteessa.	Sama paikka, missä kyseisen vastaanoton näytteet normaalisti tutkitaan. Tarvittaessa säilytetään terveyskeskuksen pakastimessa.
Tippurinäyte portioista, virtsaputkesta tai peräsuolesta	Lääkäri	Kuten normaalissa vastaanottotilanteessa.	Kuten normaalissa vastaanottotilanteessa. Huomioi, ettei näyte säily yli kahta vuorokautta.

TAULUKKO 2. Urogenitaaliseudun tutkimuksen yhteydessä otettavat näytteet.

Näyte	Näytteenottaja	Välineet ja näytteen säilytys	Tutkimuspaikka
DNA-vertailunäyte	EDTA-putki		Keskusrikospoliisin laboratorio, jos rikosilmoitus on tehty. Muutoin säilytetään terveyskeskuksen pakastimessa.
Kardioliipiini	Lääkäri tai laboratorionhoitaja	Kuten normaalissa vastaanottotilanteessa.	Normaali tutkinta, jos rikosilmoitus on tehty. Muutoin säilytetään terveyskeskuksen pakastimessa.
HIV – vasta-aineet	Lääkäri tai laboratorionhoitaja	Kuten edellä.	Kuten edellä.
B – ja C -hepatiitti – vasta-aineet	Lääkäri tai laboratorionhoitaja	Kuten edellä.	Kuten edellä.
Alkoholi- ja päihdenäyte	Lääkäri tai laboratorionhoitaja	Kuten edellä.	Helsingin yliopiston Hjelt-instituutin oikeuslääketieteen osaston oikeuskemian laboratorio, jos rikosilmoitus on tehty. Muutoin säilytetään terveyskeskuksen pakastimessa.

TAULUKKO 3. Verinäytteet.

Ensisijaisesti näytteenotossa suositellaan käytettäväksi seksuaalirikosnäytteenottopakkausta (SETU -pakkaus) ohjeistuksineen. Raiskatun akuuttiapu -ohjeistusta käytetään, mikäli poliisin SETU -pakkausta ei ole käytettävissä. Näytteisiin tulee merkitä potilaan nimi, henkilötunnus, näytteenottaja sekä näytteenottopäivämäärä. Näytteet tulee säilyttää lukitussa tilassa ennen niiden jatkotutkimukseen lähettämistä. Näytteitä olisi suositeltavaa säilyttää vähintään kolme kuukautta, ellei poliisin kanssa toisin sovita. Näytteitä tulee käsitellä erityisen varovaisesti (lääkäri ottaa tästä vastuun), ettei myöhemmin voida väittää jonkun ulkopuolisen manipuloineen näytteitä. Potilaalle varataan jo päivystystilanteessa aika HIV- ja hepatiittikontrollinäytteitä varten. (Brandt ym. 2010.)

Ei-toivotun raskauden mahdollisuus tulee ottaa huomioon. Hormonaalinen jälkiekhäisy on mahdollista toteuttaa enintään 72 tunnin kuluttua suojaamattomasta yhdynnästä. Jälkiekhäisy toteutetaan viipymättä siinä toimipisteessä johon potilas on hakeutunut. Hormonaalinen jälkiekhäisy toteutetaan kerta-annoksella (1.5 mg) levonorgestreelia tai vaihtoehtoisesti kerta-annoksella (30 mg) ulipristaalia. Kuparikierukka on huomattavasti hormonaalisia menetelmiä tehokkaampi jälkiekhäisynä ja sitä voidaan käyttää jopa 120 tunnin kuluttua suojaamattomasta yhdynnästä. Mikäli tapahtuneesta on kulunut yli 72 tuntia eikä kierukan asettaminen ole mahdollista, voidaan käyttää ulipristaalia joka mahdollisesti on levonorgestreeliä tehokkaampi tällä aikavälillä. (Käypä Hoito 2010.)

Sukupuolielinten vammat hoidetaan usein konservatiivisesti. Selkeät verenpurkaumat sukupuolielinten alueella saattavat vaatia dreneerauksen. Emättimen pohjukan repeämät ommellaan riittävässä anestesiassa. (Kuisma ym. 2008, 464.) Mikäli ulkoisia vammoja löydetään, annetaan potilaalle tetanus-tehoste (Koponen & Sillanpää 2005, 139).

Raiskattu potilas saattaa tarvita lääkehoitoa päivystyspoliklinikalla tai jatkossa. Yleisimmin tarvittavia ovat kipu-, rauhoittavat ja unilääkkeet. Annetut lääkkeet kirjataan. Tutkimuksen ja hoitotoimenpiteiden jälkeen potilaalle voi tarjota mahdollisuutta peseytymiseen sekä puhtaisiin vaatteisiin. (Brandt ym. 2010.)

4.3 Erityistilanteita raiskauksen uhrin kohtaamisessa

Ryttyläisen ym. (2010, 218) mukaan päivystysluonteisessa työssä tulisi mahdollisuuksien mukaan valikoida hoitaja potilaan mukaan ottaen huomioon tämän kulttuuritausta tai uskonto. Valintaan tulisi vaikuttaa hoitajan ikä, sukupuoli, työkokemus sekä ammattitaito. Eri kulttuureista tulevilla ihmisillä saattaa olla negatiivisia kokemuksia sairaanhoidosta. Heillä ei välttämättä ole kokemusta seksuaaliasioista keskustelemisesta ventovieraan ihmisen kanssa, vieläpä mahdollisesti vieraalla kielellä. Kieliongelmissa tulisi mahdollisuuksien mukaan käyttää tulkkia, joka on samaa sukupuolta kuin uhri. Tulkiksi ei sovi uhrin sukulainen. Vieraasta kulttuurista tuleva potilas ei välttämättä ole tietoinen sairaanhoitajan vaitiolovelvollisuudesta. Tieto Suomen lainsäädännöstä saattaa olla puutteellista. (Ryttyläinen ym. 2010, 200–202.)

Islamilaisessa kulttuurissa ihon paljastamiseen suhtaudutaan pidättyväisemmin kuin länsimaisessa. Suhtautuminen johtuu enemmän kulttuurista kuin uskonnosta. Tämä korostuu etenkin naispotilaiden kohdalla. Mikäli naispotilasta tutkii mieslääkäri, on huoneessa usein oltava mukana sukulaismies kuten aviopuoliso, poika, veli, setä tai eno. Kuitenkin sekä nais- että miespotilaat saavat paljastaa sukupuolielimensä tutkimuksen, hoidon tai opetuksen vuoksi. Edellä mainituista syistä sukupuolielimiin saa myös koskea. Muslimikulttuuriin liitetty tyttöjen silpomisperinne on kriminalisoitu Suomessa. Itä-Afrikasta tulevat tytöt on usein ympärileikattu uskontoon katsomatta. Toimenpide ei kuulu islamiin eikä kristinuskoon, eikä Koraani eikä Raamattu mainitse asiasta. Viranomaisten velvollisuuksiin kuuluu seurata silpomisen esiintymistä. (Maiché 2010, 16–19.)

Suomessa romanitaustaisia potilaita kohdataan paljon akuuttihoitotyössä. Romanikulttuuriin liittyy häveliäisyys. Romanikulttuurissa miespotilasta voi hoitaa nais- tai mieshoitaja. Naispotilaat sen sijaan usein toivovat samaa sukupuolta olevaa hoitajaa. Saattajaa voi pyytää poistumaan tutkimushuoneesta toimenpiteen tai tutkimuksen ajaksi. Mikäli potilas haluaa saattajan jäävän, hoitaja toimii parhaaksi katsomallaan tavalla. Arkaluonteisista asioista, kuten gynekologisista tutkimustuloksista tulisi puhua potilaan ja omaisten kanssa erikseen, mikäli heidän ikäeronsa on huomattava. Samaa

ikäluokkaa ja sukupuolta edustavien nuorten kesken voidaan intiimeistäkin asioista yleensä puhua avoimesti. Vanhempi naispotilas saattaa toivoa tuekseen nuorempaa naishenkilöä. (Åkerlund 2010, 28.)

Raiskauksen uhri voi olla myös mies. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2011 tilastoiduista raiskauksista 98 %:ssa tapauksista uhri oli nainen ja vain 2 %:ssa mies (Tilastokeskus 2011). Suomessa on havahduttu myös miesten kokeman seksuaaliseen väkivallan tunnistamiseen ja heidän auttamiseensa. Liian usein kysymättä jää seksuaalisen väkivallan mahdollisuus poikien ja miesten kohdalla. Asia jää helposti huomioimatta, sillä miehiä ei osata ajatella uhreiksi. Miesten kohdalla seksuaalisesta väkivallasta puhuminen voi olla vielä vaikeampaa ja haasteellisempaa kuin naisten. Vihaisen ja aggressiivisen käytöksen taustalla saattaa piillä nuoren miehen seksuaalisen väkivallan kokemus, mutta tämä jää usein huomioimatta. Raiskaustrauman seuraukset näkyvät miehellä samalla tavoin kuin naisellakin, ja oireet voivat olla moninaisia. (Kjällman 2011, 63–64.)

Akuuttihoitotyössä on ymmärrettävä, että potilaat ovat yksilöitä. Potilaan henkiset voimavarat riippuvat hänen elämäntilanteestaan. Ihmisillä on omat tapansa työstää traumaa. (Kiiltomäki ym. 2007, 50.)

Kiiltomäen ym. (2007, 75) mukaan muita erityistilanteita raiskatun potilaan kohtaamisessa voivat olla:

- potilas on alkoholin tai muiden päihteiden vaikutuksen alainen
- potilas on vakavasti sairas tai loukkaantunut
- potilas on psykoottinen, sekava tai dementoitunut
- potilas on raskaana
- potilas on kehitysvammainen, ja hänen on vaikea hakea apua itselleen
- potilas on iäkäs tai hyvin nuori

LÄHTEET

- Aaltonen S. 2006. Tytöt, pojat ja sukupuoli häirintä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. 2006. Seksuaalisuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Bjälje, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, O., Toverud, K. 2000. Ihminen – fysiologia ja anatomia. 1.-5 painos, 2008. Porvoo: WSOY
- Brandt, P., Brusila, P., Cacciatore, R., Raijas, R., Söderholm, A-L. & Vala, U. 2010. Raiskatun akuuttiopas.
- Brusila P. 2001. Seksuaalinen väkivalta ja sen kohtaaminen. Suomen lääkirilehti 41/2001.
- Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.
- Haaramo, S. & Palonen, K. 2002. Trauman monet kasvot: psyykinen trauma sisäisenä kokemuksena. Helsinki: Terapia säätiö. 1. painos
- Halpern, J., Gurevich, M., Maunder, R., & Schwartz, B., 2011. Identifying risk of emotional sequelae after critical incidents. Emergency Medicine Journal 1/2011.
- Heiskanen M. & Piispa M. 1998. Usko, toivo, hakkaus. Kysely miesten naisille tekemästä väkivallasta. Tilastokeskuksen julkaisu.
- Immonen-Räihä, P., Klami, R., Bildjuschkin, K., Rantanen, T., Koskinen, K., Tamminen, T., Kauhava, L. & Tunturi, T. 2010. Tasavertaisuutta ja tukea raiskauksen uhreille. Suomen lääkirilehti 65(45):3720-3721
- Juutinen, O. 2011. Lutkamarssi. Ylioppilaslehti. Luettu 17.2.2012. <http://ylioppilaslehti.fi/2011/05/lutkamarssi/>.
- Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt – Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto.
- Kinnunen T. & Puuronen A. (toim.) 2006. Seksuaalinen ruumis. Helsinki: Gaudeamus Kirja Oy.
- Kjällman, P. (toim.) 2011. Rikoksen uhrin käsikirja. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Koponen, L. & Sillanpää, K. Potilaan hoito päivystyksessä. 2005. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. 2008. Ensihoito. 1.-2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Käypä Hoito. 2010. Jälkiehkäisy. 10.11.2010.

Käypä Hoito. 2009. Traumaperäiset stressireaktiot ja – häiriöt. 24.8.2009.

Laitinen M. & Pohjola A. (toim.) 2009. Tabujen kahleet. Tampere: Vastapaino

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1.3.2005/785.

Leino, P. & Sajama, S. 2010. Raiskauksen uhrin hoitoketju kuntoon. Tehy 13/2010.

Lehtonen, A. & Perttu, S. 1999. Naisiin kohdistuva väkivalta. Tampere: Kirjayhtymä Oy.

Maiché, A-G. 2010. Muslimi potilaana. Systole 6/2010.

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Acta.

Punamäki R. & Ylikomi R. 2007. Raiskaustrauma 1: Raiskauksen kokeminen altistaa psyykkisille ongelmille. Suomen Lääkärilehti 8/2007 vsk 62

Raijas, R. 2000. Raiskaustrauma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus – ja kehittämiskeskus. 29/2000.

Ranta, K. 2011. Lutkamarssi Suomessa viikonloppuna – ”raiskaus ei ole omasta käytöksestä kiinni”. Suomen kuvalehti. Luettu 17.2.2010.
<http://suomenkuvalehti.fi/jutut/kotimaa/lutkamarssi-suomessa-viikonloppuna-raiskaus-ei-ole-omasta-kaytoksesta-kiinni>.

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita prima.

Saari, S. 2000. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Keuruu: Otava.

Saha, H., Salonen, T. & Sane, T. 2009. Potilaan tutkiminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. 2010. Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelma.

Suomela, A. 2009. Seksi. Jyväskylä: Gummerus kustannus Oy.

Tilastokeskus 2011. Eräiden rikostyyppien kehitys tammi–joulukuussa 2007–2011. Luettu 2.3.2012. http://www.stat.fi/til/polrik/2011/04/polrik_2011_04_2012-01-20_tau_001_fi.html

Vilkko-Riihelä, A. 2001. Psykye. 1.-2. painos. Porvoo: WSOY.

Ylikomi, R. & Virta, V. 2008. Raikaustrauman hoito. Jyväskylä: PS-kustannus.

Åkerlund, T. 2010. Romani potilaana. Systole 6/2010.



OSA 3

TUOTOS

Anniina Luojus
Maija Olkkonen



Raiskausuhrien kohtaaminen akuuttihoitotyössä

Luoja & Olkkonen



Sisällys

- Taustaa
- Lainsäädäntö
- Raiskausuhrien kohtaaminen
- Haastattelu
- Hoitotoimenpiteet
- Näytteenotto
- Erityistilanteita
- Kulttuurilliset eroavaisuudet
- Jatkohoito
- Yhteenveto

Taustaa

- Vuonna 2011 Suomessa tilastoitiin 989 raiskausta
- Suuri osa raiskauksista jää tilastojen ulkopuolelle
- Vuonna 2011 98% tilastoiduista uhreista oli naisia ja 2% miehiä
- Raiskaus on traumatisoiva kokemus
- Vaikutukset näkyvät psyykkisinä häiriöinä, kehonkuvan muutoksina, seksuaalisina vaikeuksina, sosiaalisina ongelmina, mielenterveysongelmina ja alttiutena fyysiselle sairastumiselle
- Vaikutukset saattavat jäädä pysyviksi persoonallisuuden muutoksiksi, mikäli uhri ei saa apua ajoissa

Lainsäädäntö

- **Pakottaminen sukupuoliyhteyteen:** Lieventävien asianhaarojen vallitessa tapahtunut raiskaus
- **Raiskaus:** henkilö pakotetaan sukupuoliyhteyteen kohdistamalla tähän väkivaltaa tai uhkaamalla tätä väkivallalla tai saattamalla tämä joillain keinoin puolustuskyvyttömäksi
- **Törkeä raiskaus:** aiheutetaan vaikea ruumiin vamma, vakava sairaus tai hengenvaarallinen tila. Tai erityisen raa'alla tai nöyryyttävällä tavalla tehty teko tai siinä aiheutetaan tuntuva henkistä ja ruumiillista kärsimystä (esimerkiksi joukkoraiskaus aseella uhaten)

Lainsäädäntö

- Kaikilla seksuaalirikoksen uhreilla on oikeus **maksuttomaan asianajajaan**
- Rikosoikeudellista apua on saatavissa **rikosuhripäivystyksestä**

Raiskauksen uhrin kohtaaminen

- Periaatteena uhrin akuutin hädän lievittäminen, mutta samalla aukoton näytteenotto sekä hoidosta ja jatkohoidosta huolehtiminen
- Nopea ensiarvio: välitöntä hoitoa vaativat fyysiset vammat tai peruselintoimintojen häiriöt hoidetaan
- Järjestä rauhallinen tila
- Varmista uhrin tietoisuus henkilökunnan välittömästä läheisyydestä
- Huolehdi uhrin turvallisuudesta
- Muista myös oma työturvallisuus
- Kerro hoidon kulusta
- Ole läsnä, kuuntele, ole aidosti kiinnostunut, ota aktiivinen hoitajan rooli

Raiskauksen uhrin kohtaaminen

- Ota uhrin sosiaalisen verkosto mukaan mahdollisuuksien mukaan
- Hanki apua tarpeen mukaan Raiskauskriisikeskus Tukiniaisesta, Naisten linjalta, rikosuhripäivystyksestä sekä Suomen Mielenterveysseurasta

Raiskauksen uhrin kohtaaminen

- Psykiatristen häiriöiden kehittymisen riskiä voidaan akuutissa vaiheessa jossain määrin arvioida potilaan oireiden perusteella
- Potilasta hoitavan henkilökunnan on kiinnitettävä erityistä huomiota henkiseen tukeen, sillä jopa 50 %:lle uhreista kehittyy traumaperäinen stressihäiriö ja ilman hoitoa se voi jäädä pysyväksi

Raiskauksen uhrin kohtaaminen

- Kiinnitä huomiota esiintyykö potilaalla somaattista oirehtimista, ärsyyntyneisyyttä, syrjään vetäytymistä tai onko hänen unensa ollut häiriintynyttä tapahtuneen jälkeen. Potilaat, joilla on esiintynyt edellä mainittuja oireita, ovat suuressa riskissä saada pitkäkestoisia emotionaalisia ongelmia
- Tarkkaile potilaan tilaa jatkuvasti

Haastattelu

- Pyydä potilas istumaan
- Puhu rauhallisesti ja selkeästi, esiinny levollisesti
- Älä vähättele potilaan ongelmaa
- Kuuntele, älä keskeytä
- Älä kysy johdattelevia kysymyksiä
- Vahvista potilaan syyttömyyttä väkivaltaan
- Kannusta potilasta puhumaan tuntemuksistaan
- Rajoita kiihtyneessä tilassa olevan puhetulvaa tarvittaessa
- Dokumentoi ja kirjaa tarkasti, mutta vältä muistiinpanojen tekemistä haastattelun aikana

Hoitotoimenpiteet

- Välitöntä hoitoa vaativat vammat hoidetaan
- Sukupuolielinten vammat hoidetaan usein konservatiivisesti
- Selkeät verenpurkaumat saattavat vaatia dreneerauksen
- Emättimen pohjukan repeämät hoidetaan riittävässä anestesiassa
- Mikäli ulkoisia vammoja löydetään, annetaan potilaalle tetanus-tehoste
- Jälkiehkäisy tarvittaessa
- Kipu- tai rauhoittava lääkitys tarvittaessa

Näytteenotto

- Näytteet otetaan kliinisen tutkimuksen yhteydessä
- Näytteenottajana toimii lääkäri, jota hoitaja avustaa
- Potilasta kannustetaan näytteenottoon vaikka tämä olisi haluton syytteen nostamiseen, sillä mieli voi myöhemmin muuttua
- Ensisijaisesti käytetään seksuaalirikosnäytteenottopakkausta (SETU-pakkaus, jonka poliisi tuo tarvittaessa)
- Mikäli SETU-pakkausta ei ole käytettävissä, voidaan käyttää RAP-ohjeistusta
- Näytteisiin merkitään näytteenottaja, päivämäärä ja potilaan henkilötiedot
- Näytteet toimitetaan Keskusrikospoliisin laboratorioon, muutoin säilytetään pakastimessa kolme kuukautta

Näytteenotto

Kliinisen yleistutkimuksen yhteydessä otettavat näytteet

- Veritahra-, siemenneste- ja sylkitahranäytteet iholta
- Ihonäyte kynsien alta
- Virtsanäyte päihdetutkimusta varten

Urogenitaaliseudun tutkimuksen yhteydessä otettavat näytteet

- Häpykarvojen irtokarvanäyte
- Häpykarvavertailunäyte
- Siemennestenäyte vaginan sivuseinämästä, takapohjukasta ja porttiosta
- Siemennestenäyte peräsuolesta
- Klamydianäyte porttiosta, virtsaputkesta tai peräsuolesta
- Tippurinäyte porttiosta, virtsaputkesta tai peräsuolesta

Näytteenotto

Verinäytteet

- DNA –vertailunäyte
- Kardioliipiini
- B- ja C –hepatiitti –vasta-aineet
- HIV –vasta-aineet
- Alkoholi- ja muut päihdenäytteet

Jatkohoito

- Potilaalle varataan aika HIV-, B- ja C-hepatiitti-kontrollinäytteitä varten

Erityistilanteita

Miespotilas

- Uhri voi olla vihainen ja aggressiivinen
- Keskustelu voi olla haasteellisempaa
- Miehen kokema seksuaalinen väkivalta jää helpommin huomioimatta, sillä miestä ei ole totuttu ajattelemaan uhrina

Muita erityistilanteita

- Potilas on alkoholin tai muiden päihteiden vaikutuksen alainen
- Potilas on vakavasti sairas tai loukkaantunut
- Potilas on psykoottinen, sekava tai dementoitunut
- Potilas on raskaana
- Potilas on kehitysvammainen, ja hänen on vaikea hakea apua itselleen
- Potilas on iäkäs tai hyvin nuori

Kulttuurilliset eroavaisuudet

Muslimikulttuuri

- Ihon paljastamiseen suhtaudutaan pidättyväisemmin
- Mieslääkärin tutkiessa naispotilasta sukulaismiehen on oltava mukana tutkimuksessa
- Viranomaisten velvollisuus on seurata tyttöjen silpomista, joka on kriminalisoitu Suomessa

Romanikulttuuri

- Naispotilaat toivovat naishoitajaa
- Arkaluonteisten asioiden keskustelussa käytettävä harkintaa omaisten läsnä ollessa

Jatkohoito

- Yhteydenotto poliisiviranomaisiin: Kutsutaanko poliisiviranomainen paikalle? Meneekö asiakas itse tekemään rikosilmoituksen? Kuka lähtee hänen mukaansa?
- Lääketieteelliset jatkotutkimukset: Mitä ja milloin?
- Tutkimustulokset: Mistä ja miten asiakas saa ne?
- Kuinka asiakas saa yhteyden lääkäriin, jos hänelle tulee kysyttävää?
- Sairausloma ja mahdollinen unilääkityksen tarve?
- Missä ja miten kriisiapu järjestetään? Riittääkö avohoito (esimerkiksi keskusteluapu, kriisi-interventio, kriisi- tai traumaterapia) vai tarvitseeko potilas trauman akuutin vaiheen yli kestävää osastohoitoa?
- Jatkohoito-ohjeet potilaalle kirjallisena mukaan

Muistilista

Selvitä:

- Potilaan henkilöllisyys
- Tarkka saapumisaika
- Tuleeko poliisin saattamana
- Saattajien nimet ja yhteystiedot
- Potilaalta kirjallinen lupa tutkimuksen tekoon
- Onko potilas vaihtanut vaatteet tapahtuneen jälkeen
- Samat vaatteet riisutaan riittävän kookkaan paperin päällä, jonka sisässä ne luovutetaan poliisin jatkotutkimukseen
- Vaatteista tehdään huomioita (repeämät, veri, tahrat)

Muistilista

- Onko potilas oksentanut, virtsannut, ulostanut
- Vapaa kuvaus tekijästä ja teosta
- Liittyikö tekoon uhkailua, nimittelyä, voimakeinoja
- Millä välineellä penetraatio tapahtui
- Mihin penetraatio kohdistui
- Tapahtuiko yhdyntää

Muistilista

- Tapahtuiko siemensyöksyä ja jos tapahtui, niin kuinka monta kertaa
- Potilaan perussairaudet ja käytössä olevat lääkkeet
- Käytetyt päihteet sekä mahdolliset rauhoittavat lääkkeet
- Onko päihteitä tai lääkkeitä käytetty omasta tahdosta vai pakotettuna
- Onko tällä hetkellä stressireaktion merkkejä kuten kylmänhikisyyttä, jännittyneisyyttä, viluisuutta, vatsakipua, pahoinvointia tai oksentelua
- Onko keholla vammoja

