

SEKSUAALISTA
VÄKIVALTAAN KOKENUT
NAINEN
AKUUTTIHOITOTYÖSSÄ

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
Syksy 2015
Kiia Lamberg
Tiina Mikkola
Reetta Peltoniemi

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

LAMBERG, KIIA
MIKKOLA, TIINA
PELTONIEMI, REETTA:

Seksuaalista väkivaltaa kokenut
nainen akuuttihoitotyössä

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 46 sivua, 3 liitesivua

Syky 2015

TIIVISTELMÄ

Seksuaalinen väkivalta vaikuttaa voimakkaasti uhrien psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin. Se voi aiheuttaa uhreille pitkäaikaisia mielenterveydellisiä seurauksia. Seksuaalisen väkivallan uhrien hoidollinen ensikontakti tapahtuu useimmiten päivystyksessä. Hoitajan rooli on tässä tilanteessa merkittävässä asemassa, kun uhri tarvitsee asiallista kohtelua.

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tietoa seksuaalista väkivaltaa kokeneen naisen kohtaamisesta ja akuuttihoitosta. Tuotoksena oli verkkokurssi hoitotyön opiskelijoille Lahden ammattikorkeakoulun Reppu-sivustolla. Verkkokurssin ja kirjallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää hoitotyön opiskelijoiden ammattitaitoa ja antaa heille valmiuksia kohdata seksuaalisen väkivallan uhri. Toimeksiantajana toimi Lahden ammattikorkeakoulu.

Teoriaosuus käsittelee ihmisen seksuaalisuutta, seksuaalista väkivaltaa, sekä uhrin kohtaamista ja suoritettavia tutkimustoimenpiteitä. Lisäksi avasimme verkkokurssin tekemistä käytännössä ja arvioimme verkkokurssin onnistumista.

Jatkossa voisi tutkia, miten verkkokurssi toimii osana hoitotyön koulutusta pitkällä aikavälillä ja onko siitä hyötyä hoitotyön opiskelijoille. Seksuaalista väkivaltaa kohdanneiden uhrien näkökulma olisi myös tärkeä saada kuuluviin.

Asiasanat: seksuaalinen väkivalta, raiskaus, akuuttihoitotyö

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

LAMBERG, KIIA

MIKKOLA, TIINA

PELTONIEMI, REETTA:

Sexually assaulted woman
in acute care

Bachelor's Thesis in Nursing, 46 pages, 3 pages of appendices

Autumn 2015

ABSTRACT

Sexual assault has a powerful impact on the victims' psychological and physical health and well-being. The victims can also have long-term consequences concerning mental health. Sexually assaulted victims usually have their first nursing contact in the acute care. In this situation the nurse's part plays a significant role when the victim needs appropriate treatment.

The purpose of this functional thesis was to gather information about the confronting and acute care of a sexually assaulted woman. The output of the thesis was an online course for nursing students in Lahti University of Applied Sciences' Moodle online platform. The objective of the online course and thesis was to improve the expertise of nursing students and also give them skills to confront a sexually assaulted victim. The commissioner of this thesis was Lahti University of Applied Sciences.

The theoretical part deals with human's sexuality, sexual assault, confronting a victim and the examination procedures. In addition we clarified the implementation of an online course and evaluated the success of our online course.

In the future it could be studied how the online course works as a part of the Nursing Degree Programme over a long period of time and if it is useful for nursing students. It would also be highly important to hear the voice and point of view of the sexually assaulted victims.

Key words: sexual violence, rape, acute care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	AKUUTTIHOITO	3
	2.1 Päivystyshoito	3
	2.2 Potilaan saapuminen päivystykseen	4
3	SEKSUAALISUUS	5
	3.1 Seksuaalinen kaltoinkohtelu	6
	3.2 Seksuaalinen väkivalta	7
	3.2.1 Seksuaalisen väkivallan riskitekijät	8
	3.2.2 Seksuaalisen väkivallan vaikutukset	9
4	SEKSUAALIRIKOKSET RIKOSLAIN MUKAAN	10
5	SEKSUAALISTA VÄKIVALTAA KOKENUT NAINEN HOITOTYÖSSÄ	12
	5.1 Ensikontakti, kliininen tutkiminen ja hoito	12
	5.2 Kotiuttaminen päivystyksestä ja jatkohoito	15
6	SEKSUAALISEN VÄKIVALLAN AIHEUTTAMA KRIISI	16
	6.1 Kriisin vaiheet	16
	6.2 Posttraumaattinen stressihäiriö	18
	6.3 Raiskaustrauma	18
7	OPINNÄYTETYÖPROSESSI	21
	7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	21
	7.2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	21
	7.3 Tiedonhaku	21
	7.4 Aikataulu	22
	7.5 Budjetti, resurssit ja toimeksiantaja	24
8	TUOTOKSENA VERKKOKURSSI	25
	8.1 Verkko-oppimisympäristö	25
	8.2 Verkkokurssin toteuttaminen	25
9	POHDINTA	29
	9.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	31
	9.2 Jatkotutkimusaiheita ja tuotoksen hyödynnettävyys	33
10	LÄHTEET	34
	LIITTEET	39

1 JOHDANTO

Tilastokeskuksen mukaan (2015) Suomen poliisin tietoon tulleet seksuaalirikokset ovat lisääntyneet huomattavasti viime vuosien aikana. Vuonna 2010 seksuaalirikoksia raportoitiin 2 424 tapausta ja vuonna 2014 niitä raportoitiin 3 013 tapausta. Raiskauksien osuus näistä oli 822 kappaletta vuonna 2010 ja 1 009 kappaletta vuonna 2014. (Tilastokeskus 2015.)

Seksuaalisen väkivallan uhrin ovat vaiettu ryhmä. Seksuaalinen väkivalta aiheuttaa häpeää uhrille, joka useimmiten syyttää itseään tapahtuneesta. Seksuaalinen väkivalta on kuitenkin aina uhrista itsestään riippumatonta. Teko loukkaa uhrin itsemääräämisoikeutta niin rajusti, että hänen psyykensä vaurioituu vakavasti. Seksuaalisen väkivallan uhrin hoidollinen ensikontakti on täten ratkaisevassa osassa hänen toipumisensa kannalta. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan tällaisessa tilanteessa ensiarvoisesti hienotunteisuutta ja ammattimaisuutta. Uhri on hoidollisen ensikontaktin hetkellä herkässä mielentilassa ja kaikin puolin paljaana.

Halusimme valita opinnäytetyöllemme aiheen, jolla on konkreettista merkitystä. Seksuaalista väkivaltaa kokeneet naiset ovat kasvottomia ja unohdettuja. He kantavat fyysisten vaurioiden lisäksi valtavaa henkistä taakkaa. Me halusimme tuoda hoitotyön opiskelijoille esille seksuaalista väkivaltaa kohdanneiden ja raiskattujen naisten hädän. Heidän äänensä on kuitenkin erittäin vaikea saada kuuluviin. Opinnäytetyön alkuperäisenä ideana oli tehdä laadullinen tutkimus, jonka tutkimuskysymyksenä oli: ”Millaisena seksuaalisen väkivallan uhri koki akuutin hoitotyön?” Laadullisen opinnäytetyön riskinä oli alusta lähtien se, että emme välttämättä tavoittaisi näitä naisia. Tällöin emme saisi aiheesta teorian lisäksi mitään tutkimusmateriaalia uhrien näkökulmasta. Näin lopulta kävikin ja opinnäytetyöstä muodostui toiminnallinen opinnäytetyö, jolloin tutkimuskysymys jäi pois. Teimme kirjallisen työn lisäksi Lahden ammattikorkeakoulun Reppu-sivustolle verkkokurssin, joka tulee osaksi hoitotyön Kriittinen ajattelu ja ongelmanratkaisuosaaaminen -oppikurssia. Toimeksiantajanamme toimi Lahden ammattikorkeakoulu.

Seksuaalinen väkivalta ja raiskaukset ovat aiheena arkoja ja eräänlaisia tabuja, mutta ne ovat myös erittäin tärkeitä tutkimuskohteita. Lasten seksuaalisesta hyväksikäytöstä löytyy melko paljon kirjallisuus- ja tutkimusmateriaalia, ja jopa seksuaalirikollisten näkemyksestä omasta rikoksestaan on tehty opinnäytetyö. Kuitenkaan nimenomaan täysi-ikäisten naisten kohtaamasta seksuaalisesta väkivallasta on tehty hyvin vähän väitöskirjoja tai pro gradu -töitä, joten tutkimustiedon löytäminen aiheesta on haastavaa.

Opinnäytetyöllämme haluamme haastaa hoitotyön opiskelijat kohtaamaan tämän vaikean aiheen, tutkimaan omia ajatuksiaan ja valmiuksiaan kohdata seksuaalisen väkivallan uhrit ja olemaan rohkeita hoitotyön edelläkävijöitä.

Opinnäytetyössämme käytämme seksuaalista väkivaltaa kokeneesta naisesta termiä uhri ja hoidollisissa yhteyksissä myös termiä potilas. Akuuttihoitotyöllä tarkoitamme niitä hoitotyön muotoja, joita käytetään potilaan auttamiseksi akuutissa ensivaiheessa päivystyksessä.

2 AKUUTTIHOITO

2.1 Päivystyshoito

Voimassa oleva terveydenhuoltolaki velvoittaa jokaista kuntaa ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymää tarjoamaan ympärivuorokautista päivystyshoitoa kiireellistä hoitoa tarvitsevalle. Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan päivystysyksikössä on oltava riittävää osaamista ja voimavaroja takaamaan potilasturvallisuus ja hyvä hoidon laatu.

Terveydenhuoltolaki määrittelee kiireellisen hoidon seuraavasti: vamman, äkillisen sairastumisen, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen viiveetöntä arviointia ja hoitamista. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Päivystyshoidolle on tyypillistä, ettei sitä voida siirtää oireiden tai vamman vaikeuden vuoksi, tai ilman että oireet pahenevat. Päivystystoiminnan tulee keskittyä vain akuuttia hoitoa vaativien potilaiden hoitoon.

Päivystyshoidon palveluiden tulee tarjota oikea-aikainen, korkealaatuinen, yhdenvertainen ja vaikuttava hoito, sekä hoitoon pääsy. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015; Kemppainen 2013, 92–93.)

Päivystyspotilaan hoitoketjun tulee jatkua saumattomasti hätäkeskukseen tehdyn soiton jälkeen aina ensihoidon kautta päivystykseen ja sieltä eteenpäin jatkohoitopaikkaan. Suomessa päivystystoiminta on jaettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystoimintoihin. Viime vuosina päivystystoiminnasta on siirrytty yhteispäivystyksien yleistymiseen. Perusterveydenhuollon päivystystoiminnan tarjoaa kunta ja sen tuottaa yleensä terveyskeskus, sairaanhoitopiiri tai yksityisen palvelun tuottaja. Erikoissairaanhoidon päivystystoiminnan järjestää sairaanhoitopiiri ja päivystystoiminta on yleensä keskitetty yhteen päivystyspoliklinikkaan, joka tarjoaa palveluitaan ympäri vuorokauden. (Kemppainen 2013, 93.)

2.2 Potilaan saapuminen päivystykseen

Kun potilas saapuu päivystykseen, joko ensihoidon tuomana tai omatoimisesti, tulee potilaan ilmoittautua vastaanottavalle hoitajalle eli triagehoitajalle. Triagehoitaja määrittelee potilaan tulossyn ja kliinisen tilan, sekä varmistaa potilaan henkilöllisyyden. Tilannearviossa huomioidaan potilaan peruselintoiminnot ja avuksi käytetään ABCDE-toimintamallia (airway=hengitystiet, breathing=hengitys, circulation=verenkierto, disability=tajunta ja exposure=näkyvät vammalöydökset). Triagehoitajan tekemä tilannearvio on yleensä nopea ja täsmällinen ensiarvio potilaan tilasta. Triagehoitaja voi täsmentää ensiarviota muun muassa happisaturaation, verenpaineen ja lämmön mittaamisen avulla. Huomioon tulee ottaa myös potilaan oireet ja löydökset, muut esitiedot ja perussairaudet, sekä käytössä olevat lääkkeet. Jos kyseessä on vammapotilas, tulee ottaa huomioon myös vammamekanismi, vammaenergia ja vammalöydökset. Potilas voi tulla myös toisen yksikön lähettämänä läheteellä, jolloin triagehoitajan täytyy huomioida lähete. Läheteessä on yleensä kuvattu hoidon syy, potilaan status ja löydökset; mukana voi olla myös laboratorio- ja kuvantamistutkimusten tuloksia. (Kempainen 2013, 93.) Triagehoitajan ensiarvion jälkeen potilas siirtyy yhteispäivystyksessä joko perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon prosessiin (Valvira 2015).

Seksuaalista väkivaltaa kokeneen naisen hoitopolku etenee päivystyksen prosessien mukaisesti. Hoitopolku alkaa päivystykseen hakeutumisesta ja siellä saadusta akuuttihoidosta. Tämä opinnäytetyö keskittyy nimenomaan seksuaalista väkivaltaa kokeneen uhrin hoitoprosessin alkuvaiheeseen.

3 SEKSUAALISUUS

Ihmisen seksuaalisuus syntyy hedelmöityshetkellä ja päättyy kuolemaan. Seksuaalisuus on laaja-alainen käsite, joka kehittyy perimän ja ympäristön muokkaamana, ja muotoutuu elämäkokemusten myötä läpi elämän. Seksuaalisuus näkyy ajatuksissa, teoissa, sanoissa ja toiveissa. Se muokkaantuu rakkaudesta, kehuista, nautinnosta ja kauneudesta. Myös pettymykset, suru ja tyytymättömyys muokkaavat seksuaalisuutta. Seksuaalisuus on kokonaisvaltaista, eikä vain fyysisen tyydytyksen hakemista. Se on osa persoonaa, muodostuen vähitellen. Seksuaalisuus on myös hyvin haavoittuva ja sen vaurioituminen aiheuttaa yleensä ongelmia myös muilla elämän osa-alueilla. (Ihme & Rainto 2014, 9.)

Jokainen ihminen on seksuaalinen omalla tavallaan, eikä sairaus, ikääntyminen tai vamma vähennä seksuaalisuutta (THL 2014). Seksuaalisuuteen kuuluvat seksuaalinen kehitys, seksuaalinen suuntautuminen, biologinen sukupuoli, sosiaalinen sukupuoli-identiteetti, sekä suvun jatkaminen. Seksuaalisuus on ihmisen synnynnäinen valmius ja kyky reagoida aistimuksiin fyysisesti ja psyykkisesti. Seksuaalisuuteen ja sen ilmaisuun vaikuttavat niin biologiset, psykologiset, sosiaaliset, kulttuurilliset, poliittiset, uskonnolliset, historialliset ja taloudelliset, kuin henkisetkin tekijät. (Väestöliitto 2015a.)

Seksuaaliterveys taas tarkoittaa emotionaalisen, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa suhteessa henkilön seksuaalisuuteen, eli se ei ole pelkästään sairauden poissaoloa. Hyvä seksuaaliterveys sisältää kunnioittavan ja positiivisen asenteen seksuaalisuuteen, sekä mahdollisuuden turvallisiin ja nautinnollisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman väkivaltaa, pakottamista tai riistoa. (Väestöliitto 2015a.)

Seksuaaliterveydessä on kyse ihmisen auttamisesta hallitsemaan omaa seksuaalisuuttaan, hyväksymään sen ja nauttimaan siitä. Seksuaalisuus vaikuttaa ihmisen kykyyn rakastaa, välittää tunteita ja luoda ihmissuhteita, sekä toimii elämän rikastuttamisen lähteenä. Seksuaalisesti terve ihminen kokee seksuaalisuutensa turvallisena ja miellyttävänä, sekä pystyy

toteuttamaan seksuaalisuuttaan ilman ahdistuksen tai syyllisyyden tunteita. Hän arvostaa kehoaan, käyttäytyy vastuullisesti, ilmaisee rakkautta ja läheisyyttä omien arvojensa mukaisesti, sekä kommunikoi kummankin sukupuolen edustajan kanssa kunnioittavasti. Seksuaalisesti terve ihmissuhde pohjautuu yhteisiin arvoihin ja yhteisymmärrykseen, on rehellinen, ei riistä kumpaakaan, tuottaa molemmille mielihyvää ja on suojattua suunnittelemattomalta raskaudelta tai sukupuolitaudeilta. (Virtanen 2002, 13–14.)

Seksuaalisuuden täysi kehittyminen riippuu siitä, miten inhimilliset perustarpeet tyydyttyvät: halu ja kaipuu kontaktiin, tunneilmaisuun, läheiseen suhteeseen, mielihyvään, hellyyteen ja rakkauteen. (Virtanen 2002, 16.)

3.1 Seksuaalinen kaltoinkohtelu

Seksuaalinen kaltoinkohtelu tarkoittaa seksuaalista toimintaa vasten henkilön omaa tahtoa. Tällaista toimintaa ovat esimerkiksi seksiin tai vartaloon liittyvä seksuaalinen johdattelu, vihjailu, viettely, lahjonta, uhkailu tai pakottaminen suuteluun, suuseksiin tai yhdyntään. Kaltoinkohtelua on myös luvatta kuvaaminen seksuaaliseen tarkoitukseen, kuvien levittäminen Internetin kautta, pakottaminen katsomaan tai kuuntelemaan seksiin liittyviä asioita, väkisin koskettelu, sekä pakottaminen koskettamaan itseä tai toisia henkilöitä. Seksuaalista kaltoinkohtelua voi tapahtua sekä kasvotusten, puhelimitse tai Internetin kautta. (Väestöliitto 2015b.)

Seksuaaliseksi kaltoinkohteluksi lasketaan kaikki sellainen yksipuolinen ja ei-toivottu käytös, jonka sen kohde itse kokee loukkaavaksi. Seksuaalinen kaltoinkohtelu on vaikea asia, joka loukkaa uhrin kuvaa ja kokemusta itsestään ja maailmasta. Seksuaalisesta kaltoinkohtelusta selviytymiseen liittyy monenlaisia tunteita, joiden työstämisessä moni tarvitsee ammattilaisen apua. Seksuaalinen kaltoinkohtelu usein herättää syyllisyyden ja häpeän tunteita. Mikäli uhri ei käy tunteitaan läpi, elämässä

voi olla vaikea päästä eteenpäin ja tuntea itsensä eheytyneeksi. Oma seksuaalisuus rakentuu vähitellen omien kokemusten ja mielikuvien kautta. Mielikuvat liittyvät omaan vartaloon ja sen tuntemuksiin, omaan viehättävyyteen, sukupuolelliseen ilmaisuun, ihastumisiin ja seurustelusuhteisiin. Seksuaalisen kaltoinkohtelun vuoksi positiiviset mielikuvat omasta seksuaalisuudesta voivat kadota tai muuttua negatiivisiksi. (Väestöliitto 2015c.)

3.2 Seksuaalinen väkivalta

Seksuaalisuutta loukkaavasta väkivallasta yleensä käytetään termejä seksuaalinen väkivalta ja seksuaalinen hyväksikäyttö. Käsitteet viittaavat siihen, että tapahtunut väkivalta olisi ollut seksuaalinen kokemus, mitä se ei kuitenkaan ole uhrin näkökulmasta, vaan kyseessä on traumatisoiva seksuaalisen eheyden ja itsemääräämisoikeuden loukkaus. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 152.)

Seksuaalista väkivaltaa voi ilmetä kaikissa lähisuhteissa huolimatta sukupuolesta, iästä, seksuaalisesta suuntautumisesta tai parisuhteen muodosta. Väkivallan tekijä voi olla puolison lisäksi muu tuttava tai täysin ennalta vieras henkilö. Seksuaalista väkivaltaa ilmenee myös Internetissä. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 152.)

Seksuaaliseen väkivaltaan sisältyy raiskaus, joka määritellään fyysisesti väkisin tehdyksi tai muutoin tahdon vastaiseksi peniksen, muun ruumiinosan tai esineen välityksellä suoritetuksi tunkeutumiseksi häpyyn tai peräaukkoon. Seksuaaliseen väkivaltaan luetaan myös muu pahoinpitely, joka kohdistuu sukuelimiin. Teon yritystä kutsutaan raiskauksen yritykseksi ja kahden tai useamman henkilön tekemää raiskausta joukkoraiskaukseksi. (Dahlberg, Krug, Mercy, Lozano & Zwi 2005, 169–170.)

Seksiin pakottaminen voi johtaa tekijän seksuaaliseen tyydyttymiseen, vaikka useimmiten teon taustalla oleva motiivi on vallankäyttö ja tekijä

haluaa osoittaa hallitsevansa uhria. Pakottamisen taso voi vaihdella suuresti ja fyysisen voimankäytön lisäksi kyseessä voi olla psyykkinen pelottelu, uhkailu tai kiristys. Pakottamisesta on kyse myös silloin, kun uhri on kykenemätön antamaan suostumustaan seksiin esimerkiksi päihteiden tai huumeiden vaikutuksen alaisena, tai unitilassa ollessaan. Pakottamista voi esiintyä myös silloin kun uhri on henkisesti kykenemätön ymmärtämään tilannetta. (Dahlberg ym. 2005, 169–170.)

Opinnäytetyössä keskitytään seksuaaliseen väkivaltaan ja erityisesti raiskaukseen, koska yleisin seksuaalisen väkivallan uhri päivystyksessä on nimenomaan raiskauksen uhri. Muut seksuaalisen väkivallan uhrit harvemmin hakeutuvat päivystyshoitoon.

3.2.1 Seksuaalisen väkivallan riskitekijät

Yksi yleisimpiä seksuaalisen väkivallan muotoja on parisuhdeväkivalta, joten karkeasti voidaan päätellä, että naiselle suurimmat seksuaalisen väkivallan riskitekijät ovat avio- ja avoliitto. Muita riskitekijöitä ovat:

- nuoruus
- alkoholin ja huumeiden käyttö; heikentää kykyä tulkita vaaran signaaleja ja toimia tehokkaasti, joten suojautumiskyky heikkenee. Päihteiden käyttö voi myös johdattaa paikkoihin, joissa suurempi todennäköisyys kohdata väkivaltaisen teon tekijä.
- aiempi raiskaus tai seksuaalinen hyväksikäyttö
- seksikumppanien lukuisuus
- seksityöläisyys
- korkea koulutus ja taloudellinen omavaraisuus: koulutetut, vahvat naiset voivat saada miehen turvautumaan väkivaltaan saadakseen tilanteen hallintaansa
- köyhyys (Dahlberg ym. 2005, 179-180.)

Naisiin kohdistuvan seksuaalisen väkivallan selittämisestä tekee haastavaa sen esiintymismuotojen ja -yhteyksien moninaisuus. Tietyt tekijät lisäävät seksiin pakotetuksi tulemisen riskiä ja eräät tekijät

sosiaalisessa ympäristössä vaikuttavat raiskauksien todennäköisyyteen ja siihen, miten siihen reagoidaan. Tutkimusten mukaan monilla tekijöillä on additiivinen vaikutus, eli mitä useampi tekijä on läsnä, sitä suurempi on todennäköisyys joutua seksuaalisen väkivallan uhriksi. Tietyn tekijän merkityksen suuruus voi myös vaihdella elämän eri vaiheissa. (Dahlberg ym. 2005, 179.)

3.2.2 Seksuaalisen väkivallan vaikutukset

Seksuaalinen väkivalta on koko ihmisen persoonaan ja hyvinvointiin vaikuttava traumaattinen kokemus. Teolla saattaa olla kauaskantoiset seuraukset seksuaali- ja lisääntymisterveydelle ja raiskaus on yksi vakavimpia naisen psyykkistä terveyttä ja tasapainoa horjuttavia tilanteita. Seksuaalisen väkivallan vaikutukset voivat näkyä naisen elämässä pitkään – jopa loppuelämän. (Ihme & Rainto 2014, 158–159.)

Tapahtumahetkellä koetut tunteet kuten paniikki, voimattomuus ja kuolemanpelko, sekä erilaiset somaattiset oireet kuten kipu, huimaus ja pahoinvointi, saattavat aiheuttaa uhrille pitkäaikaisoireita. Seksuaalisella väkivallalla on emotionaalisia, kognitiivisia ja neurofysiologisia vaikutuksia, jotka osaltaan altistavat mielenterveysongelmille. Tutkimukset osoittavat, että seksuaaliväkivaltaa kokeneet naiset kärsivät yleensä erityisesti masennuksesta, ahdistuneisuudesta ja päihdeongelmista. Univaikeudet, painajaiset, paniikkikohtaukset ja lamaannuttava pelko ovat myös tavallisia oireita. Seksuaalista väkivaltaa kokeneilla naisilla ovat tavallisia myös erilaiset syömishäiriöt, itsemurhayritykset ja itsetuhoisuus, kuten viiltely. Yleensä nainen syyttää tapahtuneesta itseään ja tapahtumat voidaan yrittää myös salata muilta. (Ihme & Rainto 2014, 159; Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 155–156.)

Joskus seksuaalisen väkivallan vuoksi koetut psyykkiset oireet tulevat ilmi vasta kun nainen on raskaana tai lähellä synnytystä. Tämä voi ilmetä haluttomuutena synnyttää alateitse tai kyvyttömyytenä antaa tehdä sisätutkimusta. (Ihme & Rainto 2014, 159.)

4 SEKSUAALIRIKOKSET RIKOSLAIN MUKAAN

Ihmisen perusoikeuksiin kuuluu henkilökohtainen koskemattomuus. Henkilökohtainen koskemattomuus tarkoittaa myös seksuaalista itsemääräämisoikeutta, mikä merkitsee sitä, että jokaisella ihmisellä on oikeus päättää omasta ruumiistaan ja seksuaalisuudestaan. (Ihme & Rainto 2014, 158.) Rikoslain (39/1889, 20.luku § 5a) mukaan seksuaaliseksi ahdisteluksi luetaan seksuaalinen teko koskettelemalla, loukaten toisen seksuaalista itsemääräämisoikeutta.

Pakottaminen seksuaaliseen tekoon tarkoittaa sitä, kun henkilö väkivallalla tai sen uhalla pakottaa toisen muuhun kuin 1 §:ssä tarkoitettuun (raiskaus) seksuaaliseen tekoon tai alistumaan seksuaalisen teon kohteeksi ja täten loukkaa hänen seksuaalista itsemääräämisoikeuttaan. (Rikoslaki 39/1889, 20. luku, 4 §.)

Rikoslain mukaan raiskaus tarkoittaa sitä, että henkilö pakottaa toisen sukupuoliyhteyteen käyttämällä väkivaltaa tai uhkaamalla väkivallalla. Raiskaukseksi luetaan myös se, kun henkilö on sukupuoliyhteydessä toisen kanssa ja käyttää hyväksi hänen tiedottomuutta, sairautta, pelkotilaa, vammaisuutta tai muuta avuttomuuden tilaa, jolloin hän on kyvytön puolustamaan itseään tai muodostamaan tai ilmaisemaan tahtoaan. (Rikoslaki 39/1889, 20. luku, 1 §.)

Rikoslain mukaan raiskaus on törkeä, kun:

- sen johdosta aiheutetaan vaikea ruumiinvamma, hengenvaarallinen tila tai vakava sairaus
- sen johdosta aiheutetaan erityistä henkistä tai ruumiillista kärsimystä, tai uhataan vakavalla väkivallalla
- teon kohteena on alle 18-vuotias, tai tekijöitä on useita
- teko on erityisen raaka, nöyryyttävä tai julma
- käytetään ampuma- tai teräasetta, tai jotain muuta hengenvaarallista välinettä (Rikoslaki 39/1889, 20. luku, 2 §).

Seksuaalista hyväksikäyttöä on se, kun henkilö käyttää asemaansa hyväksi ja pakottaa toisen sukupuoliyhteyteen tai muuhun seksuaalista itsemääräämisoikeutta loukkaavaan tekoon, tai alistumaan sellaisen kohteeksi. Seksuaalisen hyväksikäytön kohteena on rikoslain mukaan:

- alle 18-vuotias, joka on koulussa tai muussa laitoksessa tekijän valvonnan tai määräysvallan alainen
- alle 18-vuotias, jonka kyky päättää omasta seksuaalisesta käyttäytymisestään on olennaisesti heikompi kuin tekijällä, johtuen kypsyttömyydestä ja osapuolten ikäerosta
- henkilö, joka on sairaalassa hoidettavana tai muussa laitoksessa, ja jonka kyky puolustaa itseään, tai muodostaa tai ilmaista omaa tahtoaan on heikentynyt olennaisesti vammaisuuden, sairauden tai muun heikkoudentilan vuoksi
- henkilö, joka on tekijästä erityisen riippuvainen ja tekijä käyttää väärin kyseistä riippuvuussuhdetta (Rikoslaki 20. luku, 5 §).

5 SEKSUAALISTA VÄKIVALTAAN KOKENUT NAINEN HOITOTYÖSSÄ

Suomessa tapahtuu vuosittain noin 6 000–10 000 raiskausta (Ihme & Rainto 2014, 158). Vain murto-osa tästä joukosta hakeutuu hoidon piiriin (Söderholm 2006).

Raiskauksen uhriksi joutuneen naisen hoitoprosessi on pitkä. Siinä korostuu moniammatillinen hoito ja sillä on tärkeä rooli naisen toipumisprosessissa. Hoitotyössä korostuu fyysisten vammojen hoitaminen, raskauden ja infektioiden ehkäiseminen, näytteiden ottaminen, sekä henkinen ensiapu ja kriisihoito. Hoitohenkilökunnan, joka kohtaa seksuaalista väkivaltaa kokeneen henkilön, tulee olla hienotunteisia ja asiallisia uhria kohtaan. (Ihme & Rainto 2014, 158–159.)

Seksuaalisen väkivallan uhri ei välttämättä tuo tapahtunutta ilmi hoitoon hakeutuessaan. Tästä syystä hoitajalta vaaditaan herkkyyttä ja ammattitaitoa tunnistaa tilanne ja ottaa asia hienovaraisesti esille. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 155–156; Söderholm 2006.)

Akuuttitilanteessa seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan tai kaltoinkohtelun uhri tarvitsee asianmukaisen, oikeuslääketieteellisen tutkimuksen, oikeusturvaan liittyvää neuvontaa, sekä psykososiaalisia tukitoimia. Traumaattisen kokemuksen käsittelyssä uhri tarvitsee asiaan perehtynyttä diagnostiikkaa, ammattitaitoista tukea ja mahdollisesti pitkäaikaista terapiaa. Sairaaloiden ja terveyskeskusten ensiavun yhteyteen on kehitetty seksuaalisen väkivallan uhreille lääketieteellistä ja psykososiaalista hoitoa tarjoavia palveluita. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 157–158.)

5.1 Ensikontakti, kliininen tutkiminen ja hoito

Päivystyksessä tapahtuvalla hoitohenkilökunnan toiminnalla on kauaskantoisia seuraamuksia, sillä uhrin välinpitämätön kohtelu, tapahtuneen vähättely, sekä seurannan ja hoidon puute altistavat myöhemmille psykiatrisille ja somaattisille oireille (Ylikomi & Virta 2008, 15–22).

Raiskauksen uhrin fyysiset ja somaattiset vammat hoidetaan aina ensimmäiseksi. Uhrin haavat ja mahdolliset murtumat, kuin myös emättimen ja peräsuolen haavaumat, hoidetaan. (Ihme & Rainto 2014, 159.) Hoitaja kysyy ulkoisten väkivallanmerkkien alkuperästä uhrilta. On tärkeää huomioida, tukevatko vammat ja oireet uhrin kertomusta. Uhrin vammat myös valokuvataan mahdollisuuksien mukaan.

Päivystystilanteissa on oltava riittävä dokumentaatio mahdollista myöhemmin nostettavaa syytettä varten. (Hanhirova 2013, 593–594; Ritamo, Porras & Pirttiahho 2010; Ihme & Rainto 2014, 160–161.)

Hoitajan tehtävänä on haastatella uhria ennen kliinisen tutkimuksen tekoa. Uhrilta kysytään tapahtumat ja niiden kulku. Tapahtumaselostuksessa tulevat ilmi muun muassa seuraavat asiat: raiskauksen ajankohta ja paikka, raiskauksen luonne (vaginaalinen, rektaalinen, oraalinen, sormin tai välinein), siemensyöksy (montako ja mihin), osallistuneiden henkilöiden lukumäärä ja henkilöllisyys (tuttu vai tuntematon), käytetyn väkivallan luonne (vastarinta, tukahdutus, uhkailu, teräase, ampuma-ase, sitominen tai pahoinpitely) ja mahdollinen tartuntaepäily. Uhrilta kysytään väkivallanteon jälkeiset tapahtumat, eli onko uhri pyyhkinyt itseään, peseytynyt, kylpenyt tai käynyt suihkussa. Myös mahdollinen vaatteiden vaihtaminen, oksentaminen, virtsaaminen, ulostaminen tai emättimen huuhtelu tulee kysyä uhrilta. (Hanhirova 2013, 593–594; Ritamo, Porras & Pirttiahho 2010; Ihme & Rainto 2014, 160–161.)

Väkivaltaa kokeneen uhrin tutkii aina lääkäri ja on toivottavaa, että näytteet ottaa naislääkäri. Tutkimus- ja näytteenottotilanteissa sairaanhoitajan läsnäolo on välttämätöntä väärinkäsitysten välttämiseksi. (Hanhirova 2013, 593–594; Ritamo ym. 2010.) Kaikki hoito- ja tutkimustoimenpiteet tulee selittää uhrille perustellusti, ja ne tulee tehdä hienovaraisesti, jotta vältetään uhrin kokemus sekundaariraiskatuksi tulemisesta (Ihme & Rainto 2014, 159). Tutkimuksia tehdessä täytyy uhrilta saada lupa näytteidenottoa varten. Oikeuslääketieteellisten näytteiden ja juridisesti sitovan näytön saamiseksi uhri pitäisi tutkia mahdollisimman nopeasti teon jälkeen, mutta uhria ei kuitenkaan saa painostaa mihinkään tutkimuksiin tai toimenpiteisiin. (Brusila 2006, 338.)

Näytteenottotilanteessa uhrin tulee riisua vaatteet lattialle levitetyn paperin päällä, jotta mahdolliset tekijän hiukset, karvat ynnä muut jäävät talteen (Hanhirova 2013, 593–594; Ritamo ym. 2010). Sen jälkeen uhrille tehdään perusteellinen gynekologinen tarkastus ja kokonaisvaltainen tutkimus. (Ihme & Rainto 2014, 159.) Tutkinnan yhteydessä uhrilta otetaan seuraavat näytteet: siemennesteet, siemennestetahrat, DNA, veritahrat ja emätinperäiset tahrat. Siemennestenäytteet otetaan pumpulipuikolla emättimen takapohjukasta, emättimen sivuseinämästä, kohdunsuulta ja kohdun kaulakanavasta ja tilanteen mukaan vastaavalla tavalla ulkosynnyttimistä, peräaukosta, peräsuolesta ja nielusta. Siemennestetahrat otetaan vaatteista talteen alustoineen esimerkiksi koeputkeen tai muovipurkkiin. Hiuksista ja muusta karvoituksesta leikataan irti tahraan liittyvä hius- tai karvatupsu. Ihotahrasta näyte voidaan ottaa fysiologisella keittoliuksella kostutetulla pumpulitikulla. DNA-näyte otetaan verestä. Veritahrat ja emätinperäiset tahrat otetaan uhrista samoin tavoin kuin siemennestetahrat. Lisäksi uhrilta otetaan myös klamydia- ja tippurinäytteet, sekä tarvittaessa voidaan antaa klamydia- tai tippurilääkitys kerta-annoksena. Tarvittaessa otetaan myös kuitu- ja kynsinäytteitä. (Hanhirova 2013, 593–594; Ritamo ym. 2010.) Lisäksi uhrille tehdään raskaustesti (Ihme & Rainto 2014, 159).

Jos tekijän tiedetään olevan HIV-positiivinen, annetaan uhrille HIV-estohoito. Myös B-hepatiitti-rokotetta tarjotaan kaikille. Veren alkoholipitoisuus ja mahdolliset huumeaineet tutkitaan myös ja uhrilta kysytään, onko hän joutunut ottamaan vasten tahtoaan jotakin edellä mainituista. (Hanhirova 2013, 594; Ritamo ym. 2010.)

Sairaalat ja terveystilat voivat ostaa seksuaalirikosten tutkintaan (SETU) pakkauksia suoraan Poliisin tekniikkakeskuksesta. SETU-pakkaus sisältää näytteenottolistan, ohjeet ja tarvikkeita DNA-, karva- ja kuitunäytteiden taltiointiin. Myös näytteiden säilytys on ohjeistettu. (Hanhirova 2013, 592.)

5.2 Kotiuttaminen päivystyksestä ja jatkohoito

Kun raiskauksen uhri kotiutuu päivystyksestä, on tärkeää huolehtia, ettei uhri joutuisi olemaan yksin ja että kotiutuminen olisi turvallista. Jos uhri ei voi kotiutua turvallisesti, hänelle voidaan tarjota mahdollisuutta mennä turvakotiin. Sairaanhoidajan tehtävänä on varata aika lääkärille jälkitarkastukseen. Uhrille tarjotaan myös mahdollisuutta keskustella tapahtuneesta psykiatrisen sairaanhoidajan kanssa. Hoito-ohjeistukset ja varatut lääkäriajat tulee antaa uhrille aina kirjallisesti ja on hyvä varmistaa, että uhri myös ymmärtää ne. Uhrille voi antaa myös auttavien tahojen yhteystietoja kirjallisesti ja kertoa niiden toiminnasta. Uhria informoidaan näytevastauksien tuloksista ja kerrotaan mahdollisista tulevista kontrollinäytteistä. Kontrollikäyntien tärkeyttä korostetaan ja kehoitetaan uhria käymään niissä. (Hanhirova 2013, 595; Ihme & Rainto 2014, 162.)

6 SEKSUAALISEN VÄKIVALLAN AIHEUTTAMA KRIISI

Seksuaalisen väkivallan uhri kokee, että hänen yksityisyyteensä on kajottu ja sitä on loukattu. Uhrin itsemääräämisoikeus, identiteetti ja itsekunnioitus ovat kadonneet. Uhrin reaktioihin vaikuttavat esimerkiksi hänen ikänsä, elämäntilanteensa ja psyykkinen rakenteensa. Reaktiot voivat olla erilaisia, mutta ne noudattavat tiettyjä lainalaisuuksia, jotka soveltuvat lähes mihin tahansa voimakkaaseen kriisitilanteeseen ja sen aiheuttamaan shokkiin. (Brusila 2006, 336.)

6.1 Kriisin vaiheet

Kriisiin kuuluu neljä eri vaihetta, mutta kaikilla uhreilla reaktiot eivät etene saman kaavan mukaan. (Brusila 2006, 336.) Kriisien eri vaiheissa auttamistavat eroavat merkittävästi toisistaan ja auttavan henkilön onkin tärkeää tunnistaa, missä kriisivaiheessa uhri on, jotta hän pystyy valitsemaan sopivan toimintatavan (Saari, Kantanen, Kämäräinen, Parviainen, Valoaho & Yli-Pirilä 2009, 20).

Kriisin ensimmäinen vaihe on akuutti shokkivaihe. Akuuttiin shokkivaiheeseen voi liittyä dissosiaatioilmiö, jossa uhri kokee olevansa itsensä ulkopuolella. Tämä on erityisesti raiskaustilanteissa tyypillinen reaktio. Uhri voi kokea myös voimakasta kuolemanpelkoa, raivoa, voimattomuutta tai lamaantumista. Fyysisiä oireita voivat olla esimerkiksi huimaus ja pahoinvointisuus. Psykkisen shokin tarkoitus on pyrkiä henkiin jäämiseen ja sen seurauksena uhri saattaa vaikuttaa tunteettomalta, orientoituneelta ja rauhalliselta, tai sitten täysin kyvyttömältä tekemään päätöksiä. (Brusila 2006, 336).

Shokkivaiheen tarkoitus on toimia mielen suojana tilanteessa, joka on niin järkyttävä, että ilman tätä elimistön automaattista "suojausmekanismia" mieli hajoaa ja ihminen joutuu psykoottiseen tilaan (Saari ym. 2009, 21). Shokkivaiheessa aistihavainnot ovat erittäin syöpyviä eri aistialueiden kokemuksia, jotka myöhemmin saattavat palata uhrin tajuntaan taantumina tai uudelleenkokemisoireina (Brusila 2006, 336). Hoidettaessa

shokkipotilasta, kuten raiskattua naista, hoitajan on tärkeää ymmärtää, että vaikka shokkipotilas ei välttämättä reagoi puheeseen, hän kuitenkin kuulee ja myös usein muistaa kuulemansa. Raiskatun potilaan hoidossa, jota kutsutaan myös psyykkiseksi ensiavuksi, tärkeää ovat turvallinen läsnäolo, tuki ja rauhoittelu, turvallisuuden varmistaminen, selviytymisen arviointi, sekä hoitopolkujen hahmottaminen ja suunnittelu. (Saari ym. 2009, 31–32.)

Shokkivaihetta seuraa reaktiovaihe, joka voi kestää muutamasta päivästä muutamaan kuukauteen (Kanerva & Kuhanen 2013, 237).

Reaktiovaiheeseen siirtyminen on mahdollista vasta, kun uhri kokee olevansa turvassa. Reaktiovaiheessa lisääntyy tietoisuus siitä, mitä todella tapahtui ja millainen vaikutus sillä on uhrin elämään. Uhrilla saattaa olla todella tuskainen ja vaikea olo. (Hynninen 2007, 112; Kanerva & Kuhanen 2013, 238.) Oloa värittävät viha, raivo, aggressio, syyllistyminen, pelko ja häpeä. Seksuaalirikoksen uhri saattaa syyllistää itseään ja hävetä uhriksi joutumista. Häpeä voi saada uhrin sulkeutumaan itseensä, jolloin ulkopuolisilla voi olla väärä käsitys tilanteen hallinnasta. Erilaiset fyysiset oireet kuten pahoinvointi, rytmihäiriöt, huimaus, väsymys, kivut, lihasjännitys ja sisäinen vapina kuuluvat oirekuvaan. (Brusila 2006, 336.)

Kriisi siirtyy työstämis- ja käsittelyvaiheeseen, kun uhri alkaa saada etäisyyttä tapahtumiin. Vaihe kestää kuukausista vuosiin. Tässä vaiheessa työstämisprosessi hidastuu ja se kääntyy ikään kuin sisäänpäin; uhri ei ole enää yhtä kiinnostunut keskustelemaan tapahtuneesta, mutta käsittely jatkuu hänen omassa mielessään. (Brusila 2006, 336; Hynninen 2007, 113–114; Kanerva & Kuhanen 2013, 238.) Työstämis- ja käsittelyvaiheessa voi yhä esiintyä voimakkaita tunteita ja jotkut tapahtumat saattavat palauttaa ikäviä muistoja uhrin mieleen. Muisti- ja keskittymisvaikeudet ovat tyypillisiä. (Kanerva & Kuhanen 2013, 238.)

Uudelleen suuntautumisen vaihe jatkuu läpi uhrin elämän. Siihen siirrytään työstämis- ja käsittelyvaiheen loppupuolella. Toivottu lopputulos on, että uhri pystyy elämään traumaattisen kokemuksen kanssa levollisesti ja tietoisesti niin, että kriisi ei täytä hänen koko elämänsä ja sen

ajattelu ei aiheuta ahdistusta tai pelkoa. Toivotun lopputuloksen edellytyksenä on, että traumaattinen kriisi on kohdattu ja läpityöstetty, eikä torjuttu ja kielletty. (Hynninen 2007, 114; Kanerva & Kuhanen 2013, 238.)

6.2 Posttraumaattinen stressihäiriö

Seksuaalisuutta loukkaava väkivalta voi aikaansaada posttraumaattisen stressihäiriön välittömästi tai viiveellä, ja tilanne voi kärjistyä vielä kuukausien tai vuosienkin kuluttua (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 155–156). Tutkimusten mukaan raiskaus on yleisin posttraumaattisen stressihäiriön aiheuttaja ja se diagnosoidaan arviolta joka kolmannella raiskauksen uhrilla jossain vaiheessa. Posttraumaattinen stressihäiriö vaikeuttaa jokapäiväistä elämää ja aiheuttaa muun muassa masennusta, ajatuksissa tapahtuvaa jatkuvaa raiskauksen uudelleen elämistä, työkyvyttömyyttä, reaktiokyvyn turtumista ja lisääntyneitä seksuaalista kiihottuneisuutta. (Bäckström, Helström, Tiihonen Möller & Söndergaard 2014, 1.) Posttraumaattinen stressihäiriö on todennäköisempi silloin, kun kyseessä on joukkoraiskaus, raiskaus aiheuttaa fyysisen vamman tai jos naisella on historiassa ollut masennusta tai päihdeongelma (Dahlberg ym. 2005, 186; Bäckström ym. 2014, 7).

6.3 Raikaustrauma

Raikaustramasyndroomaksi nimitetään traumaperäistä stressioireyhtymää, joka on seurausta seksuaalisesta väkivallasta. (Jokila 2008, 419–420.) Raikaustramasyndroomaan liittyvät psyykkiset, fyysiset ja käyttäytymiseen liittyvät reaktiot ovat seurauksena henkeä uhkaavan tilanteen aiheuttamasta stressireaktiosta (Burgess & Holmström 1974, 982).

Burgessin ja Holmströmin (1974) tutkimuksesta käy ilmi, että raikaustramasyndrooman ensimmäisessä vaiheessa seksuaalista väkivaltaa kokeneen uhrin elämää varjostaa pelon tunne. Ensimmäinen vaihe on ajanjakso tapahtumasta aina ensimmäisiin toipumiskuukausiin asti. Tapahtuman jälkeisten viikkojen somaattiset seuraukset voivat olla

fyysisen trauman merkkejä, joita ovat muun muassa kehon arkuus ja ruhjeet. Somaattisiin oireisiin kuuluvat myös esimerkiksi unihäiriöt, vatsakivut, jännityspäänsärky ja uupumus. Oireille ei välttämättä löydy elimellistä syytä. Seksuaalista väkivaltaa kokenut uhri voi myös herätä yöllä toistuvasti samaan aikaan, kuin raiskaus on tapahtunut. Yleisiä ovat myös gynekologiset oireet kuten kutina, laajalle levinnyt kipu sukuelinten alueella ja kirvely virtsatessa. (Burgess & Holmström 1974, 982–983.)

Raiskaustraumasyndrooman ensimmäisessä vaiheessa tunne-elämään vaikuttaa usein pelko ja sekavuus. Kun tapahtumaa aletaan käsitellä, astuvat kuvaan myös häpeän ja itsesyytöksen tunteet, sekä vihan ja koston tunteet. (Jokila 2008, 420.) Burgessin ja Holmströmin tutkimuksen mukaan suurimmat pelon tunteet liittyvät kuolemanpelkoon raiskaustilanteessa, eikä niinkään itse tekoon (Burgess & Holmström 1974, 982–983).

Yleensä raiskaustraumasyndrooman toinen vaihe alkaa, kun uhri alkaa jäsentää elämäänsä uudestaan. Alkamisajankohta on yksilöllinen. Yleensä aktiivinen toiminta lisääntyy ja uhri saattaa esimerkiksi vaihtaa puhelinnumeroaan, muuttaa tai matkustella. Nämä vastaavat tarpeeseen ”päästä pois”. (Burgess & Holmström 1974, 982–983; Raijas 2000, 9.)

Seksuaalista väkivaltaa kokeneilla uhreilla oireiden määrä vähenee usein kolmeen kuukauteen asti ja sen jälkeen paraneminen joko hidastuu tai lakkaa. Seksuaalisen väkivallan jättämät jäljet näkyvät usein vuosien päähän niin tunteissa, ajattelussa ja käyttäytymisessä, kuin sosiaalisissa suhteissakin. Osa oireista, kuten pelko, masennus, syyllisyys, vaikeudet miessuhteissa ja perhe-elämään sopeutumisessa voivat vaikuttaa koko elämän ajan. Traumaattinen tapahtuma voi tulla esille sosiaalisissa tilanteissa vaikeuksina olla joko yksin tai yhdessä. Usein myös seksuaaliseen elämään liittyy vaikeuksia. Kaikki vakavimmat seuraukset eivät näy ulospäin, vaan ne liittyvät oman kokemusmaailman muuttumiseen. Näitä tunteita voivat olla muun muassa tunteiden estyneisyys, kokemusmaailman muuttuminen kielteisemmäksi ja epäluottamus muihin ihmisiin. (Raijas 2001, 359 & 2003, 42; Ylikomi &

Virta 2008, 15–22.) Itsemurha-ajatukset ovat uhrien keskuudessa myös huomattavan yleisiä. Erään tutkimuksen mukaan seksuaalista väkivaltaa kokeneella uhrilla on jopa kolminkertainen riski sairastua masennukseen. (Ylikomi & Virta, 2008, 22.)

Seksuaalista väkivaltaa kokeneen uhrin toipumisen kannalta on tärkeää, miten uhri prosessoi kokemusta. Raiskaustraumasta kärsivän uhrin mielenterveyttä suojaavia ja paranemista nopeuttavia tekijöitä ovat muun muassa uhrin pyrkimys ymmärtää tapahtuma ja halu tuoda asia julki puhumalla, sekä hoitohenkilökunnalta tapahtuneen trauman asiallinen ja kunnioittava hoito. Seksuaalista väkivaltaa kokenut kuuluu mielenterveyden riskiryhmään jos kokemusta leimaa vakava nöyryytys, lamaantuminen, jos seksuaalista väkivaltaa kokenut pyrkii salaamaan tapahtuneen tai jos hänellä on entuudestaan traumaattisia kokemuksia. Riittävän, oikeaan aikaan ajoitetun ja kunnioittavan sosiaalisen tuen avulla kyetään helpottamaan raiskaustrauman ehkäisyä ja paranemista. (Punamäki & Ylikomi, 2007, 758–760.)

7 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos voi olla ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje, opastus tai ohjeistus, kuten esimerkiksi perehdyttämisorja tai turvallisuusohjeistus. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista. Opinnäytetyön tulee olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen ja tutkimuksellisella asenteella toteutettu. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10.) Tässä opinnäytetyössä tuotoksena on verkkokurssi.

7.2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tutkimustietoa seksuaalisen väkivallan uhrien akuuttihoitosta. Kerätyn tiedon pohjalta oli tavoitteena tuottaa kirjallinen opinnäytetyö, jonka pohjalta tehdä verkkokurssi Lahden ammattikorkeakoulun Reppu-sivustolle hoitotyön opiskelijoiden käytettäväksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää huonosti tunnettua aihetta ja tehdä toimiva verkkokurssi, jonka avulla kehittää hoitotyön opiskelijoiden ammatillisuutta ja valmiuksia kohdata seksuaalisen väkivallan uhri.

7.3 Tiedonhaku

Tiedonhakua tehtiin aktiivisesti vuoden 2014 lopusta vuoden 2015 kevääseen. Kesällä 2015 tiedonhaku jatkui hieman passiivisemmin, kun opinnäytetyön teoriapohja oli melko lailla valmis.

Tiedonhankinta oli haastavaa, sillä valitusta aiheesta ei löydy juurikaan tutkimusmateriaalia. Teoriatietoa ja tutkimustietoa löytyy paljon seksuaalisuudesta, hyväksikäytöstä ja kriisityöstä, mutta aikuisten naisten seksuaalisesta väkivallasta ja raiskauksesta ei. Tiedonhankinta vaati luovuutta, pitkäjänteisyyttä ja harjoittelua.

Kirjamateriaalia hankittiin Lahden ammattikorkeakoulun kirjastoista. Internet-hakuja tehtiin muun muassa Terveystieteen sairaanhoitajan käsikirjasta, vapaana Google-hakuna, yliopistojen julkaisuhakukoneista, Hoitotyön tutkimussäätiön sivuilta, Duodecimin Käypä hoito -sivuilta, sekä Google Scholar -hakuna. Myös Nelliportaalin kautta yritettiin aktiivisesti etsiä tietoa, mutta sitä kautta löytyi melko vähän juuri tälle opinnäytetyölle olennaista tietoa.

Myös englanninkielisiä artikkeleita etsittiin Nelliportaalin kautta ja lisäksi Academic Search Eliten (EBSCO) kautta, josta löytyi myös hyvin suppeasti artikkeleita aikuisten naisten kohtaamasta seksuaalisesta väkivallasta.

Käytettyjä hakusanoja olivat: raiskaus, seksuaalisuus, seksuaalinen hyväksikäyttö, seksuaalinen väkivalta, seksuaaliterveys, seksuaalirikos, päivystys, akuutti hoitotyö, kriisi ja posttraumaattinen stressi.

Käytettyjä englanninkielisiä hakusanoja olivat: rape, sexuality, sexual abuse, sexual assault, sexual health, sexual crime, crisis ja posttraumatic stress.

7.4 Aikataulu

Ilmoittauduimme opinnäytetyöprosessiin marraskuussa 2014. Aloitimme tiedonhaun ja tapasimme opinnäytetyötä ohjaavan opettajan joulukuussa 2014. Kirjoitustyön aloitimme aktiivisesti tammikuussa 2015.

Opinnäytetyön suunnitelmaseminaarin pidimme Lahden ammattikorkeakoululla sosiaali- ja terveystieteiden laitoksella 19.3.2015.

Olimme tarjonneet sekä Rikosuhrikeskus RIKU:n, että Raiskauskriisikeskus Tukinaisen Internet-sivuille kirjoituspyyntöä, jossa etsimme seksuaalisesti hyväksikäytettyjä yli 18-vuotiaita naisia kertomaan omasta kokemuksestaan akuuttihoitokäytöstä. Emme kuitenkaan saaneet ilmoitustamme kummankaan Internet-sivuille, sillä RIKU:lla oli jo vastaava ilmoitus sivuillaan, eivätkä he halunneet ottaa toista ilmoitusta.

Tukinaisalta taas saimme vastauksen, että tällainen Internet-ilmoitus ei käy yksiin heidän toimintansa eettisyyden kanssa. Saimme kuitenkin luvan laittaa kyseisen kirjoituspyynnön (LIITE I) Tukinaisen toimistojen (Helsingissä ja Jyväskylässä) ilmoitustaululle ja flyer-ilmoitukset (LIITE II) aulan pöytätasolle. Tällöin he eivät mainostaneet ilmoitusta ja sen huomasivat vain osa toimistoilla kävijöistä.

Lähetimme kirjoituspyynnön sähköpostitse ja flyer-muotoiset postitse yhteyshenkilölle Tukinaisen Helsingin toimistolla maaliskuuhun vaihteessa 2015. Toivoimme uhrien vastaavan kirjoituspyyntöön vapaamuotoisella kertomuksella. Kirjoituspyyntöön olimme muotoilleet muutamia apukysymyksiä, joiden pohjalta uhrin voisivat kirjoittaa kokemuksestaan akuuttihoitosta seksuaalisen hyväksikäytön jälkeen. Vastausten perusteella olisimme tehneet laadullisen tutkimuksen.

Kirjoituspyyntö oli avoinna toukokuun loppuun. Toukokuun loppuun mennessä emme olleet saaneet yhtään vastausta, jolloin jouduimme pohtimaan uutta suuntaa opinnäytetyölle. Halusimme pitää saman näkökulman aiheeseen ja tuottaa konkreettisen ja hyödyllisen opinnäytetyön. Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden uhrien kohtaaminen akuuttihoitotyössä on aiheena ajankohtainen ja tärkeä, eikä se sisälly tällä hetkellä Lahden ammattikorkeakoulun hoitotyön opetussuunnitelmaan.

Yhdessä ohjaajamme kanssa keksimme, että teemme Lahden ammattikorkeakoululle Reppu-sivustolle verkkokurssin aiheesta ”Seksuaalista väkivaltaa kokenut nainen akuuttihoitotyössä”. Toukokuussa 2015 tapasimme Lahden ammattikorkeakoulun Opetusteknologian suunnittelijan Sami Simpasen, joka opasti meitä verkkokurssin ja verkkotentin luomisessa. Toukokuussa saimme myös Reppu-sivustolle kurssipohjan ja kesän ajan kasasimme kurssipohjalle oppimateriaalia ja teimme sinne verkkotentin kysymyksineen.

Heinäkuun lopussa 2015 lähetimme 20:lle Lahden ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijalle sähköpostia, jossa pyysimme heitä kirjautumaan Reppu-sivustolla verkkokurssille ” Seksuaalista väkivaltaa kokenut nainen

akuuttihoitotyössä”, tekemään verkkotentin ja jättämään palautetta elokuun puoliväliin mennessä. Seitsemän (7) opiskelijaa teki verkkotentin ja kuusi (6) jätti palautetta.

7.5 Budjetti, resurssit ja toimeksiantaja

Opinnäytetyöllemme ei ollut varsinaisesti määritelty budjettia, sillä oletimme alusta lähtien, että meidän opinnäytetyömme tekeminen ei tule tuottamaan meille mitään varsinaisia kuluja. Kirjoituspyyntöä tehdessä hyödynsimme omia kontaktejamme, jolloin saimme flyerit ja A4-ilmoitukset veloitusetta tutun mainosalan graafikon kautta. Lahden ammattikorkeakoulun Opetusteknologian suunnittelija Sami Simpanen auttoi meitä verkkokurssin muodostamisessa ja neuvoi verkkokurssipohjan käytössä.

Toimeksiantajana opinnäytetyölle toimi Lahden ammattikorkeakoulu.

8 TUOTOKSENA VERKKOKURSSI

8.1 Verkko-oppimisympäristö

Verkko-oppimisympäristö on joustava ja kaikille avoin oppimisympäristö, joka ei ole sitoutuneena paikkaan tai aikaan, eikä myöskään tarkkoihin oppimismenetelmiin. Verkkokurssi on avoin oppimisympäristö, jossa opiskelijan oma rooli ja aktiivisuus ovat merkittäviä. Parhaimmillaan verkko-opiskelu tukee erilaisia oppijoita ja innostaa samalla oman osaamisen kehittämiseen. (Asukas, Linnanmäki & Tuorila 2010, 6.)

Opettajat voivat käyttää verkko-opetusta tukemaan ja parhaimmillaan myös kehittämään opetusta. Opiskelijaa taas verkko-opiskelu tukee antamalla itsenäisiä haasteita ja tekemällä opiskelusta näkyvää ja tietoista. Hyvässä verkko-opiskelussa opiskelija tutustuu opittavaan ilmiöön tai asiaan, innostuu siitä ja motivoituu, jolloin tuloksia syntyy. Verkkokurssissa tulee yhdistyä mielekkäät tehtävät ja oppimisen kannalta keskeinen sisältö visuaalisesti miellyttävästi. Sen tulee olla hyvin toteutettu ja teknisesti toimiva kokonaisuus. (E-oppimateriaalin laatukriteerit 2012.)

Käytettävyys on verkkokurssin perustekijä. Verkkokurssin käyttäjän tulee voida hyödyntää verkkomateriaalia sujuvasti ja helposti. Verkkomateriaalin laatijan tuleekin pyrkiä tekemään siitä mahdollisimman käyttäjä-ystävällistä ja kehittämään verkkokurssia palautteen perusteella. Muita osatekijöitä toimivassa verkkomateriaalissa ovat löytymisen ja käyttöönoton helppous, käytön tehokkuus ja nopeus, innostavuus, selkeys ja käyttäjänsä ohjaus oikeansuuntaiseen toimintaan. (Asukas ym. 2010, 10–11.)

8.2 Verkkokurssin toteuttaminen

Opinnäytetyömme tuotos on ” Seksuaalista väkivaltaa kokenut nainen akuuttihoitotyössä” -verkkokurssi Lahden ammattikorkeakoulun Reppu-sivustolle. Verkkokurssi tulee osaksi hoitotyön koulutusohjelman Kriittinen ajattelu ja ongelmanratkaisuosaaaminen -kurssia.

Verkkokurssiin on koottu laaja tietopaketti, johon myös kurssin verkkotentti perustuu. Tenttimateriaalina on Internet-lähteitä, joita on käytetty myös tässä opinnäytetyön kirjallisessa tuotoksessa kirjallisten lähteiden lisäksi. Lisäksi verkkokurssista löytyy myös muuta materiaalia aiheesta kiinnostuneille: uutislinkkejä, erään raiskatun naisen pitämän blogin linkki ja kaunokirjallisuus-kirjavinkkejä. Uutislinkit laitettiin esille, koska ne kuvastavat aiheen ajankohtaisuutta ja sitä, kuinka paljon seksuaalisia hyväksikäyttöjä ja raiskauksia tapahtuu nykypäivänä Suomessa.

Lähdettäessä rakentamaan verkkokurssia aluksi pohdittiin, millaisen verkkokurssin haluaisimme itse opiskelijoina suorittaa. Edellisessä osiossa mainittujen hyvän verkkokurssin kriteerien pohjalta verkkokurssia lähdettiin suunnittelemaan. Verkkokurssin rakentaminen aloitettiin materiaalin keräämisellä. Verkkokurssin tenttimateriaaliksi laitettiin vain Internet-lähteitä, jotta ne ovat kaikille kurssin osallistujille helposti, ajattomasti ja välittömästi saatavilla. Samasta syystä kirjalähteet jätettiin pois.

Kun tenttimateriaali saatiin kerättyä ja syötettyä kurssipohjalle, tenttikysymysten määrää ja muotoa alettiin pohtia. Laadittiin 65 kysymyksen kysymyspatteristo, josta tenttiin tulee aina satunnaiset 30 kysymystä kerrallaan. Kysymykset ovat monivalinta- ja oikein-väärin -kysymyksiä. Kysymykset käsittelevät raiskatun kliinistä tutkimusta, rikoslakia, seksuaalisen väkivallan fyysisiä ja psyykkisiä vaikutuksia, hoitajan tärkeitä ominaisuuksia, sekä sitä, mistä uhri voi saada apua. Kysymyksistä pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeitä ja monipuolisia.

Tenttiä testattiin myös muutaman kerran itse, jotta nähtiin miten se toimii. Pohdittiin, mitä verkkokurssin ja -tentin testaajilta haluttiin kysyä, ja sen perusteella sivulle tehtiin myös palautekysely-kohta. Kyselyllä pyrittiin selvittämään, vastasivatko tenttikysymykset annettua materiaalia, olivatko tenttikysymykset yksiselitteisiä, oliko niitä riittävästi, olisiko verkkokurssi tarpeellinen hoitotyön opiskelijoille, ja käsitteleekö verkkokurssi aihetta tarpeeksi laajasti.

”Seksuaalista väkivaltaa kokenut nainen akuuttihoitotyössä” - verkkokurssin valmistuttua, Lahden ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoita pyydettiin testaamaan sitä. 20:lle tutulle hoitajaopiskelijalle lähetettiin sähköpostia (LIITE III), jossa opinnäytetyö esiteltiin ja heitä pyydettiin rekisteröitymään verkkokurssille. Palauteosiossa kysyttiin testaajien mielipiteitä verkkokurssin toimivuudesta, kurssin hyödyllisyydestä hoitotyön opiskelijoille ja siitä, vastaavatko tenttikysymykset annettua materiaalia, ja olivatko kysymykset liian helppoja tai vaikeita.

Testaajat olivat suurimmaksi osaksi sitä mieltä, että tenttikysymykset olivat melko helppoja. Tämä oli meiltä tietoinen ratkaisu, sillä emme halunneet tehdä tentistä liian haasteellista, jotta kiinnostus tentin suorittamiseen ei lopahtaisi. Emme myöskään halunneet lähteä nippelitieto-tasolle, sillä esimerkiksi lakitekstin tarkka osaaminen ei mielestämme ollut tässä kurssissa olennaisinta, vaan potilaan kohtaaminen ja hoitajan osaaminen, sekä se, että hoitotyön opiskelija ylipäättään alkaa pohtia näitä asioita. Verkkokurssin kokonaiskäytettävyys koostuukin erilaisista osatekijöistä, joita ovat muun muassa verkko-oppimateriaalin helposti löydettävyys, sekä käyttämisen helppous ja nopeus. (Asukas ym. 2010, 11).

Verkkokurssin tekijöiden tulee muokata ja kehittää materiaalia ja sen käytettävyyttä kokemusten ja palautteen perusteella (Asukas ym. 2010, 10). Testaajilta saadun palautteen perusteella pystyttiin toteamaan, että verkkokurssi oli toimiva ja myös tarpeellinen hoitotyön opiskelijoille. Palautteen antajat vastasivat kysymyksiin lyhyesti, mikä helpotti vastausten purkua. Palaute oli yhdenmukaista ja suurin osa oli samaa mieltä vastauksissaan. Kaksi vastaajista oli ymmärtänyt kurssin sisällön hieman väärin, sillä yksi palaute kritisoi esimerkiksi sitä, kun lähdemateriaalit eivät käsitelleet ollenkaan lasten tai miesten seksuaalista väkivaltaa. Tämä asia olisi selkiytynyt, jos opinnäytetyö olisi ollut verkkokurssissa luettavissa, jolloin testaajat olisivat ymmärtäneet, miksi materiaalit ja sitä kautta tenttikysymykset oli kohdistettu vain täysi-ikäisiin naisiin. Opinnäytetyö oli testausvaiheessa niin kesken, että sitä ei laitettu

verkkokurssille näkyviin. Valmis opinnäytetyö tulee osaksi verkkokurssin materiaalia.

Jos palautteen perusteella verkkokurssissa olisi ilmennyt puutteita, niihin olisi puututtu ja kurssia muokattu. Ohjaava opettaja tarkasti myös verkkokurssin ja häneltä saatu palaute oli kannustavaa ja hyvää. Ohjaajalta ja testaaajilta saatu palaute oli avainasemassa kurssin kehittämisessä ja opinnäytetyön etenemisessä.

Kuten Asukas ym. (2010) toteavat, verkko-oppiminen voi olla mielenkiintoista ja tuoda vaihtelua opintokokonaisuuteen. Se parhaimmillaan edistää käyttäjän itsenäistä oppimista. (Asukas ym. 2010, 7.) Verkkokurssista pyrittiin tekemään mielenkiintoinen ja opettavainen. Verkkokurssi oli helposti löydettävissä, yksinkertainen, selkeä, helppokäyttöinen ja aktivoiva. Verkkokurssin käytettävyyttä tarkoittaakin juuri sitä, että se on sujuvasti ja helposti hyödynnettävissä (Asukas ym. 2010, 10). Lisäksi verkkokurssi ohjasi käyttäjiä etenemään kurssilla loogisesti materiaaleista verkkotenttiin. Tenttimateriaalit oli selkeästi erotettu muusta lisämateriaalista jaotteleamalla ne eri aihe-osioihin, jotta kurssi ei ollut sekava ja käyttäjä tietää, mitä tehdä. Verkkokurssista ei tehty liian haasteellista, jotta se herättäisi käyttäjiensä kiinnostuksen aiheeseen, eikä lannistaisi. Täten voidaan todeta, että verkkokurssi oli hyvä ja toimiva.

9 POHDINTA

Opiskelijatoverimme osittain hämmästelivät ja osittain myös ihailivat opinnäytetyömme aiheen valintaa. Saimme usein kuulla, että aihe on tärkeä ja että siihen liittyvää opetusta todella kaivataan hoitotyön opetussuunnitelmaan. Samalla saimme osaksemme kuitenkin myös epäilyjä siitä onnistuuko ja toteutuuko meidän opinnäytetyömme, ja saammeko me laadullisen tutkimuksen tehtyä. Koimme myös itse epävarmuutta ja pelkoa siitä, onnistuisiko opinnäytetyömme ja olisiko lopputulos hyvä.

Idean opinnäytetyöhömme saimme kun kaksi meistä oli tehnyt aikaisemmin akuuttihoitotyön kurssilla ryhmätyön raiskatun uhrin hoidosta. Kun ryhmätyö esiteltiin akuuttihoitotyön seminaarissa muille opiskelijoille ja sitä kohtaan esitettiin paljon kiinnostusta, innostuimme aiheesta ja päätimme tehdä siitä kokonaisen opinnäytetyön. Saimme kannustusta ja ideoita myös työelämästä. Eräät tuntemamme akuuttihoidon ja psykiatrian sairaanhoitajat kiinnostuivat työstämme ja kertoivat aiheemme olevan heidän mielestään tärkeä ja merkityksellinen.

Olimme jo opinnäytetyöprosessin alussa hyvin innoissamme aiheeseen paneutumisesta ja lähteiden etsimisestä. Teimme mind map -miellekartan kaikesta siitä, mitä seksuaaliseen väkivaltaan liittyy ja sitä kautta opinnäytetyömme sisällysluettelo alkoi hahmottua antaen meille hyvän kokonaiskuvan aiheesta. Aloitimme opinnäytetyöprosessin avoimin mielin ja innokkaina selvittämään huonosti tunnettua aihetta. Meillä ei ollut suurempia ennakkokäsityksiä; tiesimme vain, että raiskauksia ja muuta seksuaalista väkivaltaa tapahtuu Suomessa huolestuttavan paljon. Tiesimme kyllä, että uhrit tutkitaan tietyn protokollan mukaan, mutta tutkimuksien yksityiskohtaisuus ja eräänlainen raadollisuus tuli silti hieman yllätyksenä. Samoin tiesimme ennalta, että seksuaalinen väkivalta jättää uhriin henkisiä vaurioita, mutta niihin paneutuminen avasi silmiämme lisää. Opinnäytetyöprosessin aikana käsityksemme aiheesta saivat vahvistusta ja opimme paljon uutta.

Yksi meistä oli opinnäytetyöprosessin aikana hoitotyön harjoittelussa, jossa hän sattui olemaan raiskatun naisen tutkimustoimenpiteessä mukana. Tämä antoi hänelle ensikäden konkreettista tietoa ja kokemusta siitä, miten raiskatun naisen tutkimus ja hoito etenevät päivystyksessä. Kävimme keskenämme tilannetta sen jälkeen läpi ja hän kertoi meille muille, miten hän itse oli hoitaja-opiskelijana kokenut tilanteen, mitä tutkimustoimenpiteessä tapahtui ja miltä potilas tämän aikana vaikutti. Potilaan henkilöllisyys ei paljastunut, emmekä kertoneet tapauksesta eteenpäin, joten henkilön yksilöllisyyttä ei loukattu, emmekä toimineet epäeettisesti. Tapaus oli todisteena siitä, että akuuttihoiton sairaanhoitajat todella kohtaavat seksuaalista väkivaltaa kokeneita ja etenkin raiskattuja naisia usein. Tämä myös antoi meille lisävahvistusta siitä, että opinnäytetyömme on todella tärkeä.

Opinnäytetyön alusta lähtien puhuimme koko ajan siitä, että emme halunneet keskittyä pelkästään raiskauksen uhreihin, vaan käsittelisimme kaikkea aikuisten naisten kohtaamaa seksuaalista väkivaltaa. Kun kirjoitimme auki rikoslain mukaisia seksuaalirikosten termejä, havaitsimme että käyttämämme termi seksuaalinen hyväksikäyttö ei ollutkaan niin yleispätevä, kuin olimme luulleet. Seksuaalisessa hyväksikäytössä tekijä käyttää hyväksi asemaansa uhriin nähden. Tämän vuoksi päädyimme käyttämään termiä seksuaalinen väkivalta, johon sisältyy kaikenlainen seksuaaliseen tekoon pakottaminen vastoin toisen tahtoa. Seksuaalinen väkivalta ei kuitenkaan ole rikoslain määrittelemä termi, vaan yleispätevä käsite.

Me kolme opinnäytetyöntekijää olimme keskenämme hyvin erilaisia tutkijoita ja kirjoittajia. Jokaisella oli omat, ennalta tiedostetut vahvuutensa ja heikkoutensa. Toimimme kuitenkin tiiminä erittäin hyvin, kun jokainen antoi täyden panoksensa ja teki parhaansa. Jokaisella sai olla huonoja päiviä, jolloin ajatus ja teksti ei luista; silloin toiset kantoivat työtä eteenpäin. Kaikkiaan tässä opinnäytetyöprosessissa jokainen tekijä sai äänensä kuuluviin ja työ oli jokaisen tekijänsä näköinen. Kirjoitustyylit sulautuivat yhteen ja kokonaisuudesta muodostui eheä, johdonmukainen

ja selkeä. Olemme ylpeitä opinnäytetyöstämme ja siitä, että olemme nostaneet tämän vaikean, herkän ja tärkeän aiheen näkyville.

Tiedonkeräyksen ja opinnäytetyön rakentamisen pohjalta olemme kehittyneet ammatillisesti ja saaneet varmuutta seksuaalisesta väkivaltaa kokeneen uhrin kohtaamiseen. Uskomme olevamme tämän myötä parempia sairaanhoitajia ja toivomme muidenkin opiskelijoiden saavan opinnäytetyöstämme resursseja hoitotyöhön ja potilaiden kohtaamiseen.

9.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön tekijöiden tulee noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Opinnäytetyön luotettavuus perustuu rehellisyyteen, tarkkuuteen ja huolellisuuteen. (Vilkka 2005, 30.) Tämä opinnäytetyö on tehty Lahden ammattikorkeakoulun opinnäytetyö-ohjeen mukaisesti. Opinnäytetyön tekijät ovat tehneet opinnäytetyön yhteistyössä keskenään tasavertaisina. Tekijät ovat jatkuvasti lukuineet tuottamaansa tekstiä sekä kokonaisuutena, että myös osissa. Jokainen tekijöistä on saanut ilmaista oman mielipiteensä ja opinnäytetyön tekemiseen käytetty aika on jakaantunut tasaisesti kaikkien tekijöiden kesken.

Toiminnallisen opinnäytetyön tulee olla tutkimuksellisesti toteutettu (Vilkka & Airaksinen 2003, 9-10). Vaikka tämän opinnäytetyön aihe on mielipiteitä ja ajatuksia herättävä, se on silti valittu puhtaasti ammatillisesta mielenkiinnosta ja tutkimuksellisesta mielessä. Kaikki tieto perustuu tutkittuun lähdetietoon, eikä tekijöiden omaan mielipiteisiin tai kokemuksiin. Tekijöiden halu tehdä seksuaaliseen väkivaltaan liittyvä opinnäytetyö ja aito kiinnostus aiheeseen johdatti opinnäytetyön puolueetonta tekemistä.

Aiheeseen haluttiin paneutua ja siitä haluttiin löytää luotettavaa tietoa, jotta siitä voisi koota tietopakettin hoitotyön opiskelijoita hyödyttämään. Aihe kiinnosti opinnäytetyön tekijöitä, koska tekijät ovat nuoria, naispuolisia sairaanhoitajaopiskelijoita maassa, jossa seksuaalinen väkivalta lisääntyy vuosi vuodelta. Tekijät halusivat perehtyä seksuaalista väkivaltaa

kokeneen naisen hoitoon ja tuoda siitä tietoa myös muille alan opiskelijoille, jotta aihe saadaan kuuluviin ja opiskelijoiden tietouteen. Vuoren (2015) mukaan tutkimuksen tiedonhaussa eettisyys tulee esille tahdikkautena ja arvostamisena, minkä lisäksi tutkijoiden tulee myös kunnioittaa ihmisarvoja ja yksityisyyttä. Tämän opinnäytetyön aiheen herkkyyden vuoksi tekijöiden tuli olla hienotunteisia ja asiallisia. Tekijät suhtautuivatkin koko opinnäytetyöprosessin ajan aiheeseen vakavasti ja kunnioittaen.

Opinnäytetyössä on käytetty vain laadukkaita, luotettavia ja ajantasaisia lähteitä. Tiedonhakua tehtiin ilman ennakko-ajatuksia siitä, millaista tietoa haluttaisiin löytää ja löydetty tieto otettiin objektiivisesti vastaan. Jo tiedonhakua aloittaessa päätettiin, että vanhimmat tietolähteet saisivat olla enintään 15 vuotta vanhoja, jotta tieto olisi ajantasaista. Haettavasta aiheesta etsittiin aina mahdollisimman tutkittua ja ajallisesti tuoretta tietoa. Opinnäytetyön lukija ja verkkokurssille osallistuja voi täten luottaa annetun tiedon oikeellisuuteen. Tiedonhaun tuloksista karsittiin pois tälle opinnäytetyölle epäolennainen tieto, joka ei täsmännyt juuri tähän aiheeseen. Kaikki käytetyt lähteet on merkitty lähdeluetteloon ja asianmukaiset lähdeviittaukset on merkitty kappaleiden perään.

Opinnäytetyön tuotoksena toimivan verkkokurssin muodostamista varten verkko-oppimisympäristöistä haettiin tietoa ja selvitettiin sitä, millainen on hyvä verkkokurssi. Verkkokurssin kehittämiseen hankittiin apua kyseisiin asioihin perehtyneeltä henkilöltä, jotta verkkokurssista saatiin mahdollisimman virallinen, toimiva ja luotettava. Verkkokurssin rakentaminen avattiin opinnäytetyössä, jotta kaikki tekemisen vaiheet on kuvattu. Verkkokurssi on virallisella Lahden ammattikorkeakoulun Reppu-sivustolla, eikä se sisällä asiatonta materiaalia tai linkkejä epäluotettaville sivustoille. Lisäksi verkkokurssille osallistujia kunnioitetaan ja heidän osallistumisestaan arvostetaan.

9.2 Jatkotutkimusaiheita ja tuotoksen hyödynnettävyys

Opinnäytetyöstä haluttiin tehdä konkreettisesti hoitotyön opiskelijoita hyödyttävä. Tämän opinnäytetyön kirjallinen tuotos toimii jo itsessään hyvänä tietopakettina, johon on kasattu luotettavista lähteistä koottua teoratietoa helposti luettavaan muotoon.

Opinnäytetyön tuotos eli verkkokurssi ”Seksuaalista väkivaltaa kokenut nainen akuuttihoitotyössä” tulee jatkossa olemaan osa Lahden ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman kurssia ”Kriittinen ajattelu ja ongelmanratkaisukyky”. Verkkokurssia voi muokata päivittämällä ja täydentämällä sitä tarpeen mukaan. Näin opinnäytetyö on hyödynnettävissä sekä Lahden ammattikorkeakoulun opiskelijoille, että opettajille.

Jatkossa voisi tutkia verkkokurssin toimivuutta osana hoitotyön koulutusta. Verkkokurssin toimivuutta voisi tutkia sen kannalta, saavatko opiskelijat konkreettista hyötyä kurssista eli onko kurssin materiaali hyödynnettävissä käytännön hoitotyössä. Lisäksi voisi tutkia yleisesti verkkokurssien toimivuutta opetuksessa: palvelevatko verkkokurssit opiskelijan tarpeita eli oppivatko opiskelijat verkkokursseilla vähemmän, vastaavasti vai enemmän kuin lähiopetuksessa.

Seksuaalisen väkivallan uhrien kokemuksia saamansa hoidon laadusta ja toimivuudesta olisi tärkeä saada kerättyä. Ilman näitä kokemuksia hoitoa ei voida kehittää uhreja paremmin palvelemaan suuntaan. Verkkokurssin kautta saadun tiedon ja taidon avulla hoitotyön opiskelijat voivat esimerkillisellä käytöksellään rohkaista uhreja tuomaan ilmi kokemuksiaan. Onnistunut hoidollinen ensikontakti auttaa uhria eheytymään ja päästämään irti häpeän tunteesta. Arkojen aiheiden puheeksiottaminen edesauttaa jäykkien mielikuvien ja uskomusten murenemistä. Näin ollen tulevaisuudessa on mahdollista, että seksuaalisesta väkivallasta tulee rikottu tabu, jonka murtamisessa opinnäytetyömme on ollut mukana. Tällöin on myös mahdollista, että seksuaalista väkivaltaa kokeneiden ääni saadaan kuuluviin tutkimusten muodossa.

10 LÄHTEET

Asukas, J., Linnanmäki, J. & Tuorila, T. 2010. Opas verkkokurssin suunnitteluun ja toteutukseen. Opettajankoulutuksen kehittämishanke. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere [viitattu 3.9.2015]. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23983/Asukas_Linnanmaki_Tuorila.pdf?sequence=2

Brusila, P. 2006. Uhrin näkökulma. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 336–338.

Burgess, A.W. & Holmström, L.L. 1974. Rape trauma syndrome. The American Journal of Psychiatry 131/9, 981–986.

Bäckström, T., Helström, L., Tiihonen Möller, A.-T. & Söndergaard, H.P. 2014. Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. PLoS ONE [viitattu 9.3.2015]. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com/aineistot.lamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=d027ca1d-2df4-4912-9db0-893f4c743e0c%40sessionmgr4005&hid=4109>

Dahlberg, L., Krug, E., Mercy, A., Lozano, R. & Zwi, A. 2005. Väkivalta ja terveys maailmassa – WHO:n raportti. Lääkärin sosiaalinen vastuu ry. Terveysten edistämisen keskus ry [viitattu 6.2.2015]. Saatavissa: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/full_fi.pdf

E-oppimateriaalin laatukriteerit. 2012. Edu.fi. Verkko-oppimateriaalit [viitattu 3.9.2015]. Saatavissa: http://www.edu.fi/verkko_oppimateriaalit/e-oppimateriaalin_laatukriteerit

Hanhirova, M. Väkivaltaa kokeneen naisen hoito. Teoksessa Sairaanhoitajan käsikirja. Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. (toim.) 2013. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 592–595.

Hynninen, T. 2007. Akuutti kriisityö Suomessa. Teoksessa Eskola, J. & Karila, A. (toim.) Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita Prima Oy, 112–114.

Ihme, A. & Rainto, S. Naisen terveys. 2014. Porvoo: Bookwell Oy, 9, 158–162.

Jokila, H. 2008. Uskottava raiskauksen uhri todistusharkinnassa. Teoksessa Näre, S. & Ronkainen, S. (toim.) Paljastettu intiimi. Sukupuolistuneen väkivallan dynamiikka. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 419–420.

Kanerva, A. & Kuhanen, C. Eryityiskysymyksiä mielenterveyshoitotyössä. Teoksessa: Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. (toim.) Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 237–238.

Kempainen, M. 2013. Potilaan vastaanottaminen päivystyksessä. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Portham, O. & Taskinen, T. (toim.) Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 92–93.

Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (toim.) 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 27.1.2015]. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERK_KO.pdf?sequence=1

Punamäki, R-L. & Ylikomi, R. 2007. Raiskaustrauma 1: Raiskauksen kokeminen altistaa psyykkisille ongelmille. Suomen lääkärilehti 8/2007, 757–761.

Raijas, R. 2000. Raiskaustrauma: Uhrin ja tekijän suhteen laadun ja trauman vakavuuden selviytymiskeinoihin. Helsinki: Stakes, 9.

Raijas, R. 2001. Raiskaustrauman vaikutus uhrin toimimiseen oikeusjärjestelmässä. Oikeus 3/2001, 357–365.

Raijas, R. 2003. Seksuaalisen väkivallan trauma. Teoksessa: Kaukonen M. (toim.) Seksuaalinen väkivalta ja hyväksikäyttö. Selviytymiskertomuksia. Jyväskylä: PS-Kustannus, 42.

Rikoslaki 1998/563. Saatavissa:

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001#L20>

Ritamo, M., Porras, K. & Pirttiaho, T. 2010. RAP-Raiskatun akuuttiapu. Tukinainen [viitattu 5.10.2015]. Saatavissa:

<http://www.tukinainen.fi/Rap02.pdf>

Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S. & Yli-Pirilä, P. 2009. Hädän hetkellä. Psykkisen ensiavun opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen punainen risti, 20–21, 31–32.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Päivystys [viitattu 20.10.2015].

Saatavissa: <http://stm.fi/paivystys>

Söderholm, A.-L. 2006. Hoitotilanteen erityispiirteet kun vamman syynä on lähisuhdeväkivalta. Suomen Lääkärilehti 35/2006 [viitattu 28.10.2015].

Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi/files/lehdisto/SLL352006-soderholm.pdf>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Saatavissa:

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL. 2014. Seksuaalisuus. Seksuaali- ja lisääntymisterveys [viitattu 27.1.2015]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalinen-hyvinvointi/seksuaalisuus>

Tilastokeskus 2015. Liitetaulukko1. Eräiden rikostyyppien kehitys 2010-2014 (ennakkotieto). Tilastokeskus [viitattu 28.8.2015]. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/polrik/2014/04/polrik_2014_04_2015-01-19_tau_001_fi.html

Valvira. 2015. Hoidon tarpeen arviointi [viitattu 22.10.2015] Saatavissa: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi, 30.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi, 9–10.

Virtanen, J. 2002. Kliininen seksologia. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy, 13–16.

Vuori, A. 2015. Laadullisen aineiston hankinta opinnäytetyössä. Audioluento. Reppu. Lahden ammattikorkeakoulu [viitattu 4.10.2015]. Saatavissa Lahden ammattikorkeakoulun sisäisen verkon tunnuksin: <https://connect.funet.fi/p5rd5j9o1zt/?launcher=false&fcsContent=true&pbMode=normal>

Väestöliitto. 2015a. Tietoa seksuaalisuudesta. Seksuaalisuus [viitattu 27.1.2015]. Saatavissa: <http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/>

Väestöliitto. 2015b. Seksuaalinen kaltoinkohtelu. Seksuaalisuus [viitattu 27.1.2015]. Saatavissa: http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/seksuaalista_kaltoinkohtelua_kok/

Väestöliitto. 2015c. Kokemuksesta toipuminen. Seksuaalisuus [viitattu 27.1.2015]. Saatavissa: http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/tietopankki/seksuaalinen_kaltoinkohtelu/kokemuksesta_toipuminen/

Ylikomi, R. & Virta V. 2008. Raiskaustrauman hoito. Opas CPT-menetelmän käyttöön. Jyväskylä: PS-Kustannus, 15–22.

LIITTEET

LIITE I: Kirjoituspyyntö Tukinaisen toimistojen seinälle

LIITE II: Kirjoituspyyntö flyer-muodossa

LIITE III: Saatekirje verkkotentin testaajille

LIITE I: Kirjoituspyyntö Tukinaisen toimistojen seinälle

VASTAAMALLA AUTAT:

Kerro kokemuksestasi

Kerro kokemuksestasi ja auta meitä tuomaan uhrin näkökulmaa julki.

Kirjoituspyyntö seksuaalista hyväksikäyttöä kokeneille.

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Lahden ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten kokemuksista akuuttihoitotyöstä.

Opinnäytetyömme tarkoitus on tutkia seksuaalisesti hyväksikäytettyjen uhrien näkökulmaa saamastaan hoidosta. Haluamme tuoda esille uhrien äänen ja samalla auttaa hoitoalan opiskelijoita saamaan valmiuksia kohdata seksuaalisesti hyväksikäytetty nainen eri hoitotyön tilanteissa. Aihe on hyvin tärkeä ja koskettaa monia. Seksuaalinen hyväksikäyttö vaikuttaa kokonaisvaltaisesti uhuriin ja myös hänen lähipiiriinsä, ja traumaattisena kokemuksena sillä voi olla pitkäaikaiset vaikutukset uhrin elämään.

Haluatko auttaa meitä tutkimustyössämme kertomalla oman tarinasi?

Kerro vapaamuotoisesti saamastasi hoidosta päivystyksessä. Päivystyshoidolla tarkoitamme sairaalan tai terveyskeskuksen päivystyksessä saatua akuuttia hoitoa. Tutkimuksemme kohteena ovat yli 18-vuotiaat naiset, jotka ovat kohdanneet seksuaalista hyväksikäyttöä ja ovat sen jälkeen hakeutuneet päivystyshoitoon.

Ohessa viitteellisiä kysymyksiä, joita voit hyödyntää kertomuksessasi:

- Oliko hoitoon hakeutuminen helppoa?
- Saitko apua nopeasti ja otettiinko sinut vakavasti?
- Miten hoito eteni, saitko tukea koko hoitoprosessin ajan vai jäitkö yksin?
- Suoritettiinko tutkimus kunnioittavasti?
- Tehtiinkö sinulle seksuaalirikos-tutkimus (SERI-tutkimus)?
- Ohjattiinko sinut jatkohoitoon ja saitko tarvittavat yhteystiedot?
- Millaisena koit saamasi hoidon päivystyksessä?

Kaikki tieto on arvokasta ja olemme kiitollisia vastauksestasi. Käsittelemme vastaukset anonyymisti ja luottamuksellisesti. Tietoja ei käytetä muuhun kuin tähän opinnäytetyöhön ja hävitämme saamamme vastaukset niiden käsittelyn jälkeen. Noudatamme tutkimuksen tekemisen eettisiä periaatteita kaikissa opinnäytetyön vaiheissa.

Halutessasi saat valmiin opinnäytetyön sähköisesti itsellesi. Työn on tarkoitus valmistua vuoden 2015 loppuun mennessä.

” Tutkimuksemme kohteena ovat yli 18-vuotiaat naiset, jotka ovat kohdanneet seksuaalista hyväksikäyttöä ja ovat sen jälkeen hakeutuneet päivystyshoitoon.

Lähetä vapaamuotoinen vastauksesi 31.5.2015 mennessä. Kyselyt ja vastaukset osoitteeseen: tiina.mikkola1@student.lamk.fi

Opinnäytetyön ohjaava opettaja on hoitotyön lehtori Helena Sillanpää, Lahden ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan laitos, Lahti. Yhteystiedot: helena.sillanpaa@lamk.fi

Terveisin,
Tiina Mikkola, Kiia Lamberg, Reetta Peltoniemi
Lahden ammattikorkeakoulu.

VASTAAMALLA AUTAT:

Kerro kokemuksestasi

Haluatko auttaa meitä tutkimustyössämme kertomalla tarinasi saamastasi akuuttihoidosta?

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Lahden ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten kokemuksista akuuttihoitotyöstä. Opinnäytetyömme tarkoitus on tutkia yli 18-vuotiaiden uhrien näkökulmaa saamastaan hoidosta ja haluamme tuoda esille uhrien äänen. Samalla haluamme auttaa hoitoalan opiskelijoita saamaan valmiuksia kohdata seksuaalisesti hyväksikäytetty nainen eri hoitotyön tilanteissa.

Kerro vapaamuotoisesti saamastasi hoidosta päivystyksessä. Päivystyshoidolla tarkoitamme sairaalan tai terveyskeskuksen päivystyksessä saatua akuuttia hoitoa. Voit kertoa mm. seuraavista asioista; Saitko nopeasti apua ja otettiin sinut vakavasti? Saitko tukea koko hoitoprosessin ajan ja suoritettiin tutkimus kunnioittavasti? Tehtiinkö sinulle seksuaalirikos-tutkimus (SERI-tutkimus)? Entä ohjattiinko sinut jatkohoitoon?

Lähetä vapaamuotoinen vastauksesi 31.5.2015 mennessä.

Kaikki tieto käsitellään anonymisti ja luottamuksellisesti tutkimuksen tekemisen eettisiä periaatteita noudattaen. Tietoja ei käytetä muuhun tarkoitukseen ja hävitämme vastaukset niiden käsittelyn jälkeen.

Kyselyt ja vastaukset osoitteeseen: tiina.mikkola1@student.lamk.fi
Ohjaava opettaja: Helena Sillanpää, helena.sillanpaa@lamk.fi
Terveisin; Tiina Mikkola, Kiia Lamberg, Reetta Peltoniemi

LIITE III: Saatekirje verkkotentin testaajille

Lähetetty sähköpostitse hoitotyön opiskelijoille 24.7.2015

Hei kanssaopiskelija,

olemme hoitotyön opiskelijoita Lahden ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä aiheesta "Seksuaalisesti hyväksikäytetyn kohtaaminen akuuttihoitotyössä". Teemme Lahden ammattikorkeakoulun Reppu-sivustolle verkkokurssin osana opinnäytetyötä. Verkkokurssi tulee osaksi hoitotyön koulutusohjelmaa.

Tarvitsemme esitestaajia tälle verkkokurssille. Voisitko ystävällisesti osallistua verkkokurssille, lukea siellä olevat materiaalit ja tehdä oheisen verkkotentin? Pyydämme myös palautetta ja kehittämissuhteita verkkokurssia ja verkkotenttiä koskien, palauteosion löydät verkkokurssin sivulta.

Pyydämme ystävällisesti testaamaan verkkokurssin sunnuntaihin 16.8.2015 mennessä.

Kurssin nimi:
Seksuaalisesti hyväksikäytetyn kohtaaminen akuuttihoitotyössä (oppari 2015)
Kurssiavain:
oppari2015

Mikäli et saa kurssia auki tai kohtaat muita ongelmia, ota yhteyttä:
tiina.mikkola1@student.lamk.fi

Kiitos avustasi, olet tärkeä osa opinnäytetyömme onnistumista ja samalla osana kehittämässä Lahden ammattikorkeakoulun opintosisältöä!

Ystävällisin terveisin,
Kii Lamberg
Reetta Peltoniemi
Tiina Mikkola