



# **SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSIA RAISKATUN POTILAAN KOHTAA- MISESTA AKUUTTIOSASTOLLA**

Johanna Karhukorpi

Eeva-Liisa Toivonen

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2013  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön ja kättilötyön suun-  
tautumisvaihtoehto

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön ja kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

JOHANNA KARHUKORPI & EEVA-LIISA TOIVONEN:

Sairaanhoitajien kokemuksia raiskatun potilaan kohtaamisesta akuuttiosastolla.

Opinnäytetyö 64 sivua, joista liitteitä 15 sivua  
Lokakuu 2013

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata akuuttiosaston hoitajien kokemuksia raiskatun potilaan kohtaamisesta ja heidän valmiuksistaan hoitaa tätä potilasryhmää. Opinnäytetyön tehtävät ovat: mitä ennakkokäsityksiä ja –ajatuksia hoitajilla on raiskattujen potilaiden kohtaamisesta, miten hoitajat kokevat raiskatun potilaan kohtaamisen sekä miten sairaanhoitajat kokevat valmiutensa hoitaa tätä potilasryhmää. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää sairaanhoitajien valmiuksia raiskatun potilaan kohtaamiseen ja lisätä tietämystä aiheesta. Opinnäytetyö toteutettiin käyttämällä laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin haastatteleamalla teemoittain kolmea (n=3) akuuttiosaston sairaanhoitajaa ja analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysia.

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että sairaanhoitajat kokivat raiskatun potilaan kohtaamisen haastavana. Raiskauksen uhri miellettiin useimmiten naiseksi ja raiskaus aina loukkaavaksi tapahtumaksi, josta uhri kokee syyllisyyttä. Raiskatun potilaan hoitamista sairaanhoitajat kuvasivat moninaisena ja vastuullisena tehtävänä, josta keskeisiksi asioiksi nousivat näytteidenoton, kirjaamisen, läsnäolon, potilaan tukemisen ja eteenpäin ohjaamisen tärkeys. Lisähaasteita kohtaamiseen hoitajien mukaan toivat potilaan trauman vaiheet sekä tilan ja resurssien luomat rajoitukset. Opinnäytetyön haastatteluissa sairaanhoitajat painottivat kollegiaalisen tuen merkitystä haastavien kohtaamistilanteiden reflektoisiksi. Työstä irrottautuminen vapaa-ajalla koettiin tärkeänä oman työssä jaksamisen kannalta.

Raiskatun potilaan kohtaamisesta ja akuuttihoidosta on olemassa yleisesti hyväksytyt kansalliset ohjeet. Haastatteluissa kävi ilmi, että raiskatun potilaan kohtaaminen tulee harvoin vastaan yksittäiselle hoitajalle. Tämä luo tarpeen osaston sisäisen ohjeen ja hoitoprotokollan luomiseen. Jatkohoidon ohjaamisen tueksi kaivattiin ohjeleistä alueellisista jatkohoitopalveluista, jonka voisi antaa myös potilaalle. Vaikka opinnäytetyön tuloksissa hoitajat eivät tuoneet julki työuupumusta, olisi akuuttihoitotyön luonteen vuoksi hyvä tunnistaa mahdollisia työuupumuksen merkkejä hyvissä ajoin. Jatkotutkimusehdotukseksi nousi selvittää akuuttiosaston hoitajien tarvetta keskustella ja purkaa emotionaalisesti raskaita työkokemuksia.

---

Asiasanat: raiskaus, sairaanhoitajat, traumatisoituminen, seksuaalisuus, kohtaaminen

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree programme in Nursing and Health Care  
Option of Public Health Nursing and Midwifery

JOHANNA KARHUKORPI & EEVA-LIISA TOIVONEN:  
Encountering a Rape Victim – Acute-Nurses' Experiences.

Bachelor's thesis 64 pages, appendices 15 pages  
October 2013

---

The purpose of this study is to describe the experiences of emergency room nurses and their capabilities to encounter a rape victim. The objective of this study was to develop nurses' capabilities in encountering this group of patients and to increase general knowledge on the subject. This study was conducted using a qualitative approach. The data were collected by semi-structured interview (n=3) and analyzed with qualitative content analysis.

The results revealed that the interviewed nurses experienced the encounter of a rape victim to be challenging. A rape victim was usually expected to be a woman and rape to be an offensive act, of which the victim feels responsible. Taking care of a rape victim was described as a broad and responsible task, in which proof sampling, recording, being present, supporting the patient and taking care of the follow-up treatment are essential. Phases of the victim's emotional trauma and restrictions of space and resources brought additional challenge to the encounter. The interviewed nurses emphasized the importance of collegial support as a way of reflecting challenging encounters. Also detaching oneself from work during free-time was thought to be important.

There are national guidelines about the first-aid of a rape victim. The interviews of this bachelor's thesis revealed, that a single nurse seldom encounters a rape victim. This suggests a need for unit-specific guidelines and procedures within emergency units. Although the interviewed nurses did not bring forth signs of fatigue, it would be beneficial to recognize the signs of burnout considering the nature of acute-care. Suggestion for further study would be to clarify the acute-nurses need to discuss and dissolve emotionally straining work experiences.

---

Key words: rape, nurses, trauma, sexuality, encounter

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	7
3	RAISKATUN POTILAAN KOHTAAMINEN .....	8
	3.1 Seksuaalisuus .....	9
	3.2 Potilaan integriteetti .....	10
	3.3 Raiskaus tekona .....	12
	3.4 Raiskatun potilaan akuuttihoitotyö .....	13
	3.4.1 Raiskatun kohtaaminen akuuttihoitotyössä.....	15
	3.4.2 Eteenpäin ohjaaminen .....	17
	3.4.3 Hoitotyöntekijän ennakkokäsitykset raiskauksesta.....	19
	3.4.4 Potilaan trauman vaiheet .....	20
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	23
	4.1 Kvalitatiivinen menetelmä .....	23
	4.2 Aineiston keruu .....	23
	4.3 Aineiston analyysi.....	25
5	TULOKSET .....	29
	5.1 Mielikuvat raiskatun potilaan kohtaamisesta.....	29
	5.2 Raiskatun potilaan kohtaamisen kokemukset .....	32
	5.3 Valmiudet hoitaa raiskattuja potilaita .....	34
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	37
	6.1 Opinnäytetyön eettisyys.....	37
	6.2 Opinnäytetyön luotettavuus .....	38
	6.3 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset .....	40
	6.4 Kehittämisehdotukset.....	44
	LÄHTEET.....	46
	LIITTEET .....	50
	Liite 1. Teemahaastattelurunko .....	50
	Liite 2. Aineiston analyysin eteneminen .....	51
	Liite 3. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia .....	54
	Liite 4. Saatekirje .....	63
	Liite 5. Suostumus .....	64

## 1 JOHDANTO

Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on tärkeä periaate hoitotyössä. Seksuaalisuus on herkkä ja keskeinen osa ihmisen identiteettiä. Ensiapuun seksuaalisen väkivallan vuoksi hakeutuvalta on rikottu rajulla tavalla näitä henkilökohtaisia perusoikeuksia; tämä asettaa henkilökunnalle haasteita ja vaatimuksia hoitotoimenpiteiden suhteen. Hoidettaessa akuutisti raiskauksen uhria tulee ottaa huomioon useita asioita. Potilaan oikeusturva edellyttää, että hänet tutkitaan huolellisesti ja löydökset dokumentoidaan. Uhria ei saa kuitenkaan pakottaa vasten tahtoaan mihinkään. (Brusila 2001, 4196.) Fyysiset tutkimukset ovat tärkeitä rikosilmoituksen mahdollistamisen vuoksi, mutta psyykinen tukeminen vaikuttaa uhrin traumasta selviytymiseen ja itsehallinnan kokemisen palautumiseen (RAP 2010, B1).

Suomen virallisen tilaston (2012) mukaan vuonna 2011 ilmoitettiin Suomessa 989 seksuaalirikoksesta. Tiedossa on, että luku ei kerro koko totuutta seksuaalirikosten määrästä, sillä lähellekään kaikki tapaukset eivät koskaan tule ilmi (STM 2010, 17). Rikoslaki (1998) jaottelee täysi-ikäistä henkilöä koskevat seksuaalirikokset raiskaukseen, törkeään raiskaukseen, pakottamiseen sukupuoliyhteyteen, pakottamiseen seksuaaliseen tekoon sekä seksuaaliseen hyväksikäyttöön. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö toteaa, ettei Suomessa ole seksuaalisen väkivallan uhreille riittävästi palveluita tarjolla, ja olemassa olevissakin palveluissa on paikallisia eroja (STM 2010, 45).

Rikoslaki (1998) raiskauksella tarkoitetaan uhrin pakottamista sukupuoliyhteyteen käyttämällä väkivaltaa, sen uhkaa tai uhrin avuttomuuden tilaa. Seksuaalisen hyväksikäytön katsotaan taas olevan uhrin taivuttamista sukupuoliyhteyteen tai muuhun seksuaaliseen tekoon esimerkiksi tekijän omaa asemaa hyväksi käyttäen. (Rikoslaki 1998.)

Seksuaalisen väkivallan uhrin lääketieteellisestä tutkimuksesta ja hoidosta sekä henkisestä ensiavusta vastaavat ensisijaisesti kunnalliset terveydenhuollon toimipisteet, kuten terveyskeskukset ja sairaaloiden päivystyspoliklinikat. Raiskaus on kokonaisuudessaan syvästi ja pitkällisesti vaikuttava kokemus, joka aiheuttaa aina uhrille kriisin. Auttajalta edellytetään hienotunteisuutta ja asiallisuutta. Väkivallan uhrin akuuttihoitoon laadun

tutkiminen ja tarkkailu on tärkeää, sillä seksuaalisuuteen liittyvien traumojen hoito on myös henkilökunnalle vaativaa ja ahdistavaa. (RAP 2010, A1.)

Opinnäytetyön yhteistyöosastona on toiminut eräs Pirkanmaan Sairaanhoidopiirin akuuttiosasto. Aihe on työelämälähtöinen, ja sen aihepiiriä täsmennettiin yhteistyöneuvotte- luissa. Opinnäytetyöhön valittiin keskeiseksi käsitteeksi juuri raiskaus, sillä uskomme sen määritelmän kuvaavan parhaiten akuuttiosastolle hakeutuvaa potilasryhmää. Valit- simme aiheen, koska halusimme kehittää ammatillisia valmiuksiamme traumaattisen tapahtuman kokeneen potilaan kohtaamisesta. Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden aut- tamisessa tarvittava erityisosaamisen tarve tulisikin ottaa huomioon jo hoitohenkilöstön koulutuksessa (STM 2008, 21). Seksuaalisuus aihepiirinä on hyvin kokonaisvaltainen sekä kaikkea hoitotyötä koskeva. Myös mies tai lapsi voi olla seksuaalisen väkivallan uhri, mutta keskitymme tässä työssä lähinnä aikuisiin naisiin kohdistuvaan väkivaltaan. Uskomme aiheen käsittelyn olevan arvokasta käytännön työlle, sillä hoitajilla tulisi olla hyvät valmiudet tämän potilasryhmän kohtaamiseen.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata akuuttiosaston hoitajien kokemuksia raiskatun potilaan kohtaamisesta ja heidän valmiuksistaan hoitaa tätä potilasryhmää.

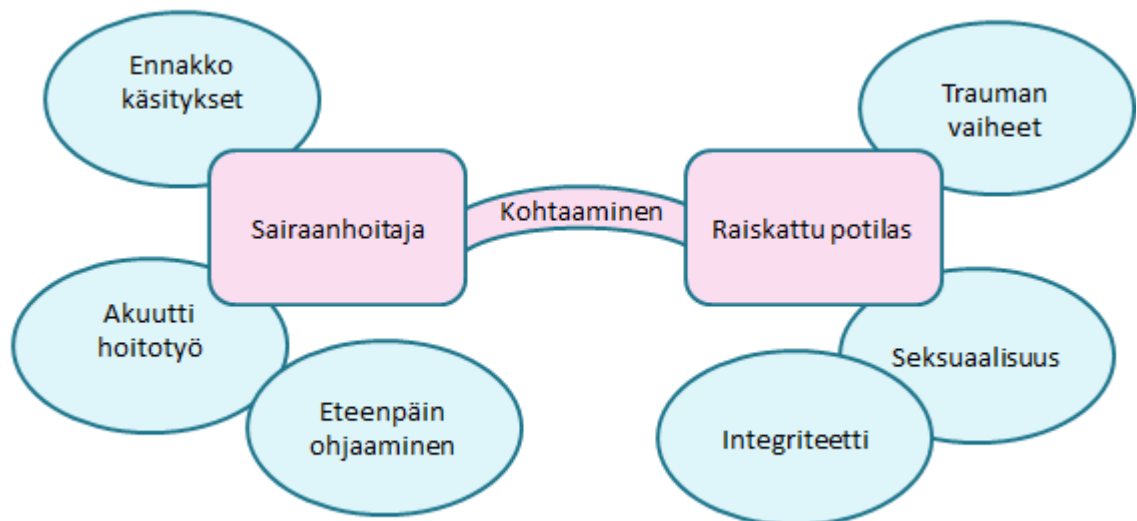
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä ennakkokäsityksiä ja -ajatuksia hoitajilla on raiskattujen potilaiden kohtaamisesta?
2. Miten hoitajat kokevat raiskatun potilaan kohtaamisen?
3. Miten sairaanhoitajat kokevat valmiutensa hoitaa tätä potilasryhmää?

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää sairaanhoitajien valmiuksia raiskatun potilaan kohtaamiseen ja lisätä tietämystä aiheesta.

### 3 RAISKATUN POTILAAN KOHTAAMINEN

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata akuuttiosaston hoitajien kokemuksia raiskatun potilaan kohtaamisesta ja heidän valmiuksistaan hoitaa tätä potilasryhmää. Ennakkokäsitykset seksuaalisesta väkivallasta, akuuttihoitotyön luonne sekä potilaan eteenpäin ohjaaminen ovat sairaanhoitajaan liittyviä käsitteitä. Raiskattuun potilaaseen liittyvät läheisesti trauman vaiheet, seksuaalisuus sekä integriteetin tunne. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat on kuvattu kuviossa 1.



KUVIO 1. Raiskatun potilaan kohtaamiseen vaikuttavia tekijöitä



### 3.1 Seksuaalisuus

Tapa suhtautua seksuaalisuuteen on henkilökohtainen ja sen muodostuminen alkaa jo lapsuudessa. Myös opetettu tieto ja asenteet vaikuttavat tapaan kohdata seksuaalisuuteen liittyviä asioita. Seksuaalisuuden alueella työskennellessä on tärkeää omien asenteiden, normien, ennakko-oletusten, tunteiden sekä arvojen tiedostaminen ja ymmärtäminen ristiriitojen välttämiseksi. Työntekijän suhtautuminen asiakkaan seksuaalisuuteen voi olla joko tukevaa tai vahingoittavaa. Koska liikutaan henkilökohtaisella tasolla, voi pienikin tahaton virhe kommunikaatiossa aiheuttaa säröjä hoitosuhteeseen. Tästä syystä on hyvä tunnistaa mitkä omista tiedoista ovat faktoja ja mitkä esimerkiksi uskomuksia tai stereotyyppioita. (Ilmonen 2006, 43–45; Ketola 2006, 63–64.)

Päivystyspoliklinikalla tehtävä hoitotyö edellyttää hoitajalta nopeaa hoidon tarpeen määrittelyä sekä toimintaa. Lisäksi hoitosuhteen kesto on yleensä lyhyt. Vaikka seksuaaliohjaus ja -neuvonta eivät ole ensisijaisia huomioitavia ensiavussa, kuuluvat ne laadukkaaseen potilaan hoitoon. (Virolainen & Ryttyläinen-Korhonen 2011, 173.) Seksuaalinen väkivalta on lähes aina traumaattinen ja yllättävä kokemus, jotain mitä ei ole voinut kuvitella joutuvansa kokemaan. Koska seksuaalisuus on haavoittuvainen osa persoonallisuutta, on raiskatuksi joutuminen erityisen vahingoittavaa. Seksuaalisen väkivallan seurauksena voi traumatisoitua yksilön keho, seksuaalisuus ja mielenterveys. (Raijas 2003, 34; Brusila 2006, 333.) Tapauksesta jäävät seksuaalitoimintojen häiriöt ovat pitkäaikaisia ja yleisiä (Brusila 2008, 52).

Seksuaalisuuden huomioiminen on päivystyshoitotyössä yksilöllisyyden, turvallisuuden ja jatkuvuuden periaatteiden toteuttamista. Teoreettisten tietojen lisäksi seksuaaliterveyden huomioiminen vaatii hoitajalta herkkyyttä tunnistaa ja havaita asioita, rohkeutta puuttua ja kysyä sekä antaa näin potilaalle lupa puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. (Virolainen & Ryttyläinen-Korhonen 2011, 173, 175.)

Seksuaalisesta väkivallasta voi aiheutua muutoksia esimerkiksi halukkuuteen tai oman seksuaali-identiteetin hahmottamiseen. Erityisen traumatisoivaa on, jos väkivallan tekijä on ennalta tuttu, jopa läheinen. Parisuhteessa tapahtuva seksuaalinen väkivalta liittyy usein muihin ongelmiin ja väkivallan muotoihin. Flinckin (2006) väitöskirjassa naiset kokivat seksuaalisen alistamisen parisuhteessa häpäisevän heidän naisellisuuttaan, inti-

miteettiään ja kehollisuuttaan. Tällöin luottamus, joka uhrilla on tekijää kohtaan, rikotaan rajusti. Asian käsittely voi olla vaikeaa ja vaikuttaa kykyyn luottaa muihin ihmisiin sekä omaan arviointikykyyn. Jos uhri on suhteessa tekijän kanssa, voi suhde jatkua huolimatta seksuaalisesta väkivallasta. Tällöin uhri voi yrittää vähentää tapahtuman merkitystä tai korjata rikkoutunutta ihmiskäsitystään todistelemalla itselleen että tekijä on pohjimmiltaan hyvä ja luottamuksen arvoinen, jolloin myös muihin ihmisiin voi luottaa. (Raijas 2003, 34, 39; Flinck 2006, 67, 76, 113.)

Seksuaalisen väkivallan jälkeen uhrilla voi olla vaikeuksia ihmissuhteissa, työpaikalla ja sosiaalisissa kontakteissa. Seksuaalinen vuorovaikutus on opeteltava uudelleen. (Brusila 2001, 4196.) Raijaksen (2003) mukaan osa uhreista voi joutua kierteeseen, jossa kohdataan seksuaalista väkivaltaa toistuvasti. Tämä voi johtua siitä, että uhri kieltäytyy huomaamasta muille selkeitä varoitusmerkkejä, jotta aiemmin tapahtunutta väkivallan kokemusta ei tarvitsisi muistella uudelleen. (Raijas 2003, 41, 45.)

### **3.2 Potilaan integriteetti**

Integriteetillä tarkoitetaan ihmisen kokonaisuutta, eheyttä ja loukkaamattomuutta. Potilaan integriteettiä tuetaan hoitotyössä kunnioittavalla kohtelulla tämän omia toiveita ja seksuaalisuutta kohtaan, sekä antamalla tietoa potilaan terveydentilasta ja hoidosta. Näin vahvistetaan psyykkisiä voimavaroja. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 48–49.) Ensimmäiset hoitokontaktit voivat olla avainasemassa potilaan turvallisuudentunteen korjautumisessa. Seksuaalisen väkivallan uhrille on tyypillistä itsesyytökset ja häpeä, johon luotettavien ja turvallisten rajojen asettaminen sekä konkreettinen huolenpito auttavat. Turvallisuutta voidaan luoda esimerkiksi ympäristön ja tiheiden seurantakäyntien avulla. Jos akuuttitilanne on uhria tukeva, hän voi kokea sen eheyttävänä ja saada vahvistusta omaan syyttömyyteensä. (Kiiltomäki & Muma 2007, 47; Heiskanen-Haarala 2009, 16–17; RAP 2010, A2.)

Hoitotyössä integriteettiä voidaan tarkastella fyysisenä, psyykkisenä tai sosiaalisena ulottuvuutena. Fyysistä integriteettiä ovat potilaan fyysinen kohtelu sekä intimitetit esimerkiksi kehoa koskettavia tutkimuksia tai hoitotoimenpiteitä tehdessä. Intimiteettiä voidaan mahdollistaa käyttämällä rauhallisia ja yksityisiä tiloja esimerkiksi

potilasta paljastettaessa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 48–49.) Rinnekarin (2007, 89) mukaan potilaat liittävät sairaalaolosuhteissa yksityisyyden säilymisen ja hallinnan tunteen vahvasti toisiinsa.

Sosiaaliseen integriteettiin kuuluvat sekä yksityisyyden että sosiaalisen kanssakäymisen tarve, joista sairaalassa ongelmaksi muodostuu yleensä ennemminkin yksityisyyden puute. Sosiaalisen integriteetin säilymistä voidaan edesauttaa potilaan valintoja ja seksuaalisuutta kunnioittamalla silloinkin, kun ne poikkeavat hoitohenkilöstön omista käsityksistä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 49.) Itsemääräämisoikeutta voidaan kunnioittaa antamalla tilaa asiakkaan henkilökohtaiselle kokemukselle tapahtuneesta (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 123).

Potilaan psyykkistä integriteettiä tuetaan kunnioittavalla kohtelulla potilaan omia toiveita ja seksuaali-identiteetin määrittelyä kohtaan. Psyykkiseen integriteettiin liittyy myös potilaan oikeus tiedonsaantiin terveydentilastaan ja hoidostaan, sekä psyykkisten voimavarojen tukeminen hoitotyön keinoin. Tällöin autetaan potilasta integriteetin kokemisessa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 49.) Raiskauksen uhria hoidettaessa onkin tärkeää ohjata ja kertoa tulevista tapahtumista, sillä sanoittamalla tutkimuksia ja toimenpiteitä tuetaan jo kertaalleen rikottua hallinnan tunnetta omasta kehosta (Heiskanen-Haarala 2009, 16–17; Virolainen & Ryttyläinen-Korhonen 2011, 175).

Seksuaaliseksi väkivallaksi voidaan lukea myös huonosti suoritettu hoito- tai tutkimustoimenpide, joka ei kunnioita yksilön intimitteettiä (Brusila 2001, 4195). Toissijainen uhriutumisen voi tapahtua rikosprosessin eri vaiheissa, jos väkivallan uhriin suhtaudutaan kyynisesti tai rutiininomaisesti (STM 2010, 24). Rosqvistin (2003) sisätautiosastoilla tehdyssä tutkimuksessa joka kymmenes potilas koki, ettei voinut lainkaan vaikuttaa kehoaan koskeviin hoitotoimenpiteisiin. Osa potilaista alistui usein tai aina hoitajan ehdottamaan toimenpiteeseen, vaikka olisi halunnut kieltäytyä. Tällöin potilaat, etenkin naiset ja nuoret, kuvasivat oman tilansa tulleen merkityksellisesti loukatuksi. (Rosqvist 2003, 95, 97.)

### 3.3 Raiskaus tekona

Rikoslaisissa (1998) määritellään täysi-ikäistä henkilöä koskeviksi seksuaalirikoksiksi raiskaus, törkeä raiskaus, pakottaminen sukupuoliyhteyteen, pakottaminen seksuaaliseen tekoon, seksuaalinen hyväksikäyttö sekä seksikaupan kohteena olevan seksuaalinen hyväksikäyttö. Näistä jokaisen yrityskin on rangaistava teko. Seksuaalirikoksiin liittyy useita erilaisia tekemuotoja, pakotteita ja asianhaaroja, joiden perusteella jokin edellä mainituista rikosnimikkeistä annetaan. Syyteoikeudesta, eli syytteen nostamisesta ja ajamisesta rikoksen tekijää kohtaan ilman uhrin lupaa voidaan joissain tapauksissa luopua, jos asianomistaja sitä pyytää. (Rikoslaki 1998.)

Rikoslaisissa (1998) raiskaus määritellään uhrin pakottamiseksi sukupuoliyhteyteen käyttämällä väkivaltaa, sen uhkaa tai uhrin avuttomuuden tilaa. 2000-luvulla raiskauksia on tapahtunut vuosittain keskimäärin 655. Yksittäiset rikosilmoitukset voivat sisältää usean osateon käsittäviä tapahtumasarjoja. (Suomen virallinen tilasto 2012.)

Todellista ja luotettavaa tilastotietoa seksuaaliväkivallasta on lähes mahdotonta tuottaa aiheen arkuuden ja uhrien vaikenemisen vuoksi. Erityisesti parisuhteessa tapahtuvat seksuaalirikokset koetaan hävettäväksi, joka johtaa usein tapahtumasta vaikenemiseen. Silti voidaan todeta, että tilastojen valossa seksuaalinen väkivalta on läsnä monen suomalaisen arjessa. (Brusila 2006, 335.) Esimerkiksi Piispan, Heiskasen, Kääriäisen & Sirénin (2006, 21) väestökyselyssä naisiin kohdistuvasta väkivallasta vuonna 2005 oli viidennes naisista kokenut seksuaalista väkivaltaa tai uhkaavaa käyttäytymistä parisuhteen ulkopuolella, 4 % nykyisessä parisuhteessa ja 17 % entisessä parisuhteessa. Rajjaksen (2000, 22) tutkimuksessa taas yli puolet seksuaalisen väkivallan uhreista tunsi tekijän ja neljäsosalle tekijä oli läheinen.

Raiskauksessa ei ole kyse seksistä, vaan väkivallasta. Uhrin tai tekijän sukupuoli voi olla mikä hyvänsä, ja he voivat olla toisilleen ennalta tuttuja tai tuntemattomia. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 117.) Raiskaus on uhrille hyvin yksityinen tapahtuma. Toisin kuin sota, onnettomuus tai sairaus, jonka käsittelyyn osallistuu usein perhe, lähipiiri tai koko yhteisö, raiskaus ei ole jaettu kokemus. Raiskaus voi aiheuttaa psyykkisten ja fyysisten oireiden lisäksi seksuaalisia, sosiaalisia tai taloudellisia muutoksia. Raiskatun käsitys ihmisistä ja heidän luotettavuudestaan muuttuu ja uhri voi tapahtuman seurauk-

sena olettaa, että kuka hyvänsä voi koska tahansa käyttäytyä arvaamattomasti ja vahingoittavasti. (Raijas 2003 2, 38.) Piispan ym. (2006, 95) tutkimuksessa seksuaalista väkivaltaa kokeneilla naisilla oli fyysistä väkivaltaa tai uhkailua kokeneita useammin pelkotiiloja, ja häpeän ja syyllisyyden tunteet olivat kaksi kertaa yleisempiä.

Traumaattisen kriisin läpikäyneelle potilaalle on tärkeää tarjota akuuttitilanteessa psyykkistä ensiapua. Tämä tarkoittaa hallinnan tunteen palauttamista, rauhoittamista, kuuntelemista ja läsnäoloa. (Kiiltomäki & Muma 2007, 45.) Usein raiskausuhri kokee olevansa itse vastuussa tapahtuneesta. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että uhri tuntee raiskaajan, on suhteessa tämän kanssa tai on aiemmin vapaaehtoisesti suostunut seksiin raiskaajan kanssa. (Littleton, Rhatigan & Axsom 2007, 66.)

### **3.4 Raiskatun potilaan akuuttihoitotyö**

Seksuaalisen väkivallan uhrin akuuttihoidosta vastaavat ensisijaisesti kunnalliset terveyskeskukset ja sairaaloiden päivystyspoliklinikat. Näillä akuuttitoimipisteillä on yleensä määritelty eri potilasryhmille selkeät hoitolinjat; kun fyysinen tutkiminen on tarkasti ohjattua, saadaan hoitohenkilöstön voimavaroja ohjattua potilaan henkisen puolen tukemiseen. Raiskatun potilaan tullessa vastaanotolle noudatetaan määrättyä tutkimus- ja hoitoprotokollaa. Potilas haastatellaan, jonka jälkeen pyritään kirjallisesti kuvaamaan esitietoja, potilaan omaa kuvausta tapahtumista, psyykkistä vointia sekä fyysisiä vammoja. Lääkäri tekee gynekologisen tutkimuksen, psyykkisen tilan arvion sekä muut tarvittavat lääkärintutkimukset ja antaa näiden perusteella lausunnon. Uhrilla on mahdollisuus kieltäytyä kaikista tutkimuksista, mutta hän voi hakeutua niihin myöhemmässä vaiheessa. (Brusila 2001, 4196; RAP 2010, B1–20.)

Raiskatun potilaan akuuttihoitoon kuuluu useita tutkimuksia ja näytteitä. Tutkimustilanteissa potilaalla on oikeus nimettyyn tukihenkilöön, joka voi olla hoitotyöryhmän jäsen, kriisityöntekijä tai uhrin läheinen. Jos tukihenkilö on omainen, on varmistettava, ettei hänen läsnäolonsa vaikuta tapahtumista avoimesti keskustelemiseen. Tutkimusten jälkeen laaditaan potilaan kanssa suunnitelma rikosilmoituksesta, tarvittavista jatkotutkimuksista, sairasloman tai lääkityksen tarpeesta, kotiinpaluusta sekä jatkohoidosta. On varmistettava, ettei potilas jää kriisin akuuttivaiheessa yksin, esimerkiksi kotiin palates-

saan. Hoitotoimenpiteet ja jatkosuunnitelma tulee kirjata tarkasti. Raiskatun akuuttiapu eli RAP-kansiosta löytyvät tarvittavat ohjeet hoitohenkilökunnalle tutkimuksiin, näytteidenottoon ja lääkärinlausuntoihin, sekä lisäksi jaettavaa tukimateriaalia asiakkaalle ja läheiselle. (RAP 2010, A1, A4–A5.)

Näytteiden otto ja käsittely on aikaa ja tarkkuutta vaativaa työtä. Esimerkiksi verikokeet tulisi ottaa raiskatulta potilaalta mahdollisimman nopeasti, jotta ne tarvittaessa kelpaavat poliisille todistusaineistoksi. (Silver 2003, 26.) Raiskaustutkimuksen tulee aina olla uhrille vapaaehtoinen. Tutkimus ei vielä edellytä rikosilmoituksen tekoa, mutta sen tärkeydestä tulisi keskustella raiskattua kuitenkin siihen painostamatta. Rikosilmoituksen tekoon on aikaa 10 vuotta, törkeässä raiskauksessa 20 vuotta. Tämä tarkoittaa, että mahdollisuutta rikosilmoitukseen voidaan tarjota myös akuuttivaiheen jälkeen. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 118; Tiitinen 2012.) Tarvittavat, tarttuvien tautien, raskauden ja fyysisten vammojen toteamiseksi tehtävät hoitotoimenpiteet tulee aina perustella raiskauksen uhrille (RAP 2010, A1).

Jos raiskattu on huumausaineiden vaikutuksen alaisena rikoksen tapahtuessa, voi hoitoon hakeutuminen tai omasta voinnista kertominen olla lähes mahdotonta. Myös omintuinen käytös saattaa johtua huumausaineista: nämä voivat olla tekijän uhrille antamia ja näin kuulua oleellisesti tapahtumien kulkuun. Jollei uhri osaa itse kertoa tilastaan, ei hän välttämättä saa etunsa mukaista kohtelua. (Silver 2003, 26.) Akuuttitilanteessa uhri voi lisäksi yli- tai alireagoida. Ylireagointi voi kuormittaa hoitohenkilöstöä, kun taas alireagointi voi virheellisesti antaa kuvan, ettei uhrilla ole hätää. (Brusila 2008, 51.)

Väkivallan uhrin raat kokemukset voivat olla hoitohenkilökunnalle vaikeita ja ahdistavia. Asioiden torjuminen voi estää asiakkaan kohtaamista, tai hoitaja voi jopa itse sijaistraumatisoitua. Näiden kokemusten työstäminen on keskeistä, jotta hoitavat henkilöt voivat jatkossa kohdata väkivallan uhreja. Työnohjaus helpottaa väkivallan uhrin kohtaamista ja antaa työvälineitä hänen auttamiseensa. (Pikarinen & Halmesmäki 2003, 393; Brusila 2006, 340; Brusila 2008, 55.) Maierin (2011) tutkimuksessa selvisi, että raiskatun potilaan kokemusten ja emotionaalisen kivun kuuleminen oli hoitajille raskasta. Suurin osa hoitohenkilökunnasta on naisia, kun taas usealla naisella on menneisyydessään henkilökohtaisia kokemuksia seksuaalisesta häirinnästä tai -väkivallasta. Kohdistamistilanteissa hoitajan mahdolliset henkilökohtaiset kokemukset voivat nousta uudel-

leen pintaan. Esimerkiksi koulutuksella tai työuran pituudella ei nähty helpottavaa vaikutusta työn haastavuuden tai toissijaisen traumatisoitumisen kokemiseen. Toissijainen traumatisoituminen hoitajilla ilmenee yleisimmin uupumisen tai loppuun palamisen tunteina. (Maier 2011, 166–167.)

Hoitajalla voi olla stereotyyppioita ja ennakko-oletuksia raiskaustapausta kohtaan – omien tunteiden ymmärtäminen ja tunnistaminen auttavat kohtaamaan uhrin reaktioita. Raiskatun potilaan kohtaamiseen ei ole aina mahdollisuutta ennalta valmistautua. Tukiverkko sekä koulutus ovat hoitajalle tärkeitä erilaisten tunteiden läpikäymiseksi. (Harju 2001, 27.) Jatkuva vaikeiden tilanteiden kohtaaminen voi aiheuttaa hoitohenkilöstölle stressiperäisiä fyysisiä ja psyykkisiä oireita sekä työuupumusta. Stressin hallinta eri keinoja käyttäen voi edesauttaa suurempaa elämäntyytyväisyyttä hoitajien keskuudessa. (Poulin, Mackenzie, Soloway & Karayolas 2008, 38, 41.) Vaikka raiskatun kohtaamisessa on useita haastavuuksia, tulee hoitajan ammatillisuuden säilyä. Jos uhri kokee tulleen vähätellyksi tai tuomituksi, tämä saattaa lisätä uhkaa sille ettei hän enää myöhemmin kään uskalla kertoa kokemuksestaan, ja kärsii tapahtuman seurauksista lopun elämäänsä. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 118.)

### **3.4.1 Raiskatun kohtaaminen akuuttihoitotyössä**

Seksuaalisen väkivallan uhrin tueksi akuuttitilanteessa tulee mahdollisuuksien mukaan järjestää läheinen tai henkilökunnan jäsen. Tärkein tehtävä tukihenkilölle on turvallisuuden luominen ja uskomisen uhrin kertomukseen. Jokaisen raiskatun kanssa työskentelevän asenne ja suhtautuminen voi olla terapeutista. (Brusila 2006, 338–339.) Asiakastilanteissa, joissa seksuaalisuus on yhtenä tekijänä, kohtaamista helpottavat useat eri ominaisuudet ja taidot. Näiksi mielletään muun muassa ammatillisuus, sensitiivisyys, joustavuus, objektiivisyys, rohkeus, suoruus ja aitous ihmisenä. (Ketola 2006, 62.)

Ammatillisuuden näkyminen kohtaamisessa voi olla moninaista. Työntekijän ammatillinen osaaminen koostuu teoretiedosta, kokemuksista sekä muiden erikoisalojen hyödyntämisestä konsultoinnin ja yhteistyön kautta. Omien rajojen ja osaamisen tunnistaminen on tärkeää uusien tai haastavien asioiden kohtaamisessa, jolloin työntekijä osaa

tuoda oman osaamisensa ja vahvuutensa tiettäväksi, mutta myöntää jos ei osakaan auttaa. (Ilmonen 2006, 44–45; Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 123.)

Asiakas saattaa olla varautunut ja väärinymmärryksiä syntyy raiskatun kohtaamisessa herkästi (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 122). Uhri voi kokea itsensä auttamistilanteen kielteisenä tai itsemääräämisoikeuttaan loukkaavana. Turvallisuuden luominen, kuunteleminen ja syyllisyyden poistaminen ovat oleellisia raiskatun alkuvaiheen tukemisessa. Erityisen tärkeää on, ettei mihinkään tutkimukseen pakoteta vastentahtoisesti, jolloin uhri voi traumatisoitua uudelleen ja kokea joutuvansa niin sanotusti sekundaari-raiskatuksi hoitohenkilökunnan puolelta. (Campbell 2001; Brusila 2006, 338.) Rajjaksen (2000, 21) tutkimuksessa raiskastraumasta kuvasi puolet fyysisen raiskaustutkimuksen kokeneista tilannetta negatiivisena, kun taas sosiaalisen tuen kokemus oli tutkitavista vain kolmasosalla positiivinen.

Uhrin ensikontaktit ovat keskeisiä traumasta toipumisen kannalta (Hanhirova 2012). Auttajan tulisi herättää luottamusta ja luoda kiireetön, turvallinen ilmapiiri; raiskattu kaipaa ymmärrystä, lohdutusta, fyysistä kontaktia ja kuuntelijaa. Konkreettinen kosketus, kuten kädestä pito voi luoda turvallisuutta tilanteeseen. Tilanteeseen kaivataan osoitettua henkilöä, jolle asiasta voi puhua. On syytä ilmaista selkeästi ettei uhri ole syyllinen tapahtuneeseen. Pettymyksiä voivat luoda auttamisjärjestelmä sekä auttajien ammattitaidottomuus tai haluttomuus seksuaalisen väkivallan käsittelemiseen. Liiallinen kliinisyys tai keskittyminen pelkästään fyysisiin ongelmiin voidaan kokea turhauttavana, samoin väkivallan vähätteleminen ja jatkohoitoon ohjaamattomuus. (Harju 2001, 71; Brusila 2006, 336–339.) Uhrille tulee vakuuttaa että tapahtuneesta voi selvitä, sillä usko selviämiseen ennakoi traumasta toipumista (Ylikomi & Punamäki 2007).

Hoitotyöntekijän tehtävänä on toimia asiakkaan asianajajana ja ottaa huomioon tämän näkemykset ja toiveet. Raiskatulla on oikeus tunteisiinsa ja niiden ilmaisuun, ja työntekijän tulee hyväksyä tämä. Vuorovaikutussuhteen toimivuus ei ole vain työntekijän vastuulla, mutta vaikka asiakkaan käytös estäisi suhteen syntymistä, tulee häntä kunnioittaa. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 123.) Kriisitilanteen kohtaamisessa on hyvä muistaa hienotunteinen tapa kohdata herkässä tilassa oleva potilas; hienotunteisuus ei kuitenkaan saa estää hoitajaa toimimasta tai kysymästä tapahtumien kulusta (Kiiltomäki & Muma 2007, 47). Harjun (2001) tutkimuksessa raiskatut naiset eivät avun piiriin hakeu-



duttuaan kyenneet antamaan heti nimeä väkivallan kokemuksilleen, eivätkä puhumaan asiasta. Tällöin he kokivat tärkeänä, ettei auttaja kiirehtinyt heitä puhumisessa. Kokemuksista puhumisen toivottiin voivan tapahtua konkreettisesti mahdollisimman hiljaisesti. (Harju 2001, 66.) Duma, Mekwa ja Denny (2007, 13) kuvaavat tutkimuksessaan seksuaaliväkivallasta toipumisessa akuutin trauman vaihetta "henkisenä halvauksena", jolloin uhri on kykenemätön toimimaan.

Väkivaltaan liittyvien traumojen päällekkäisyys voi aiheuttaa, että auttajalta jää huomaamatta uhrin syvimmällä oleva ongelma. Voi olla, ettei auttaja ole valmis kuulemaan mitä uhri sanoo, vaan kääntää keskustelun sellaisiin ongelmiin joita itse osaa paremmin käsitellä. Tällöin raiskattu ei koe tulevansa autetuksi, vaan kehittää omat traumasta selviytymiskeinonsa. (Harju 2001, 25.) Trauman jälkeen uhri voi vaikuttaa tunteettomalta eikä reagoi näennäisesti ulospäin (Brusila 2001, 4196). Vaikenemiseen voi liittyä tapahtuneen kieltämistä (Harju 2001, 66). Auttajan sanavalinnat voivat vaikuttaa uhrin herkkyyteen ilmoittaa seksuaalisesta väkivallasta. Kysymysten asettelulla on merkitystä, sillä aloitettaessa kysymys tekotavalla vastaa useampi nainen olleensa seksuaaliväkivallan uhri ja useampi mies tekijä. (Testa, VanZile-Tamsen, Livingston & Koss 2004, 264; Abbey, Parkhill & Koss 2005, 369.)

### **3.4.2 Eteenpäin ohjaaminen**

Keskeistä raiskaustraumasta toipumisessa on nopea avunsaanti sekä jatkohoitoon ohjaus ensimmäisten kolmen kuukauden aikana. Nopeasti apua saanut uhri voi olla toipunut traumastaan jo muutamassa kuukaudessa. Jos taas tilanne ja oireilu pitkittyvät, voi avuntarve olla huomattavasti suurempi. (Brusila 2006, 339.) Raiskausuhrit kuuluvat mielenterveyden häiriöiden kehittymisen riskiryhmään, mistä huolimatta he saavat vain vähäistä psykologista hoitoa (Punamäki & Ylikomi 2007). Akuuttitutkimusten jälkeen uhrin jatkohoidosta tulee huolehtia asianmukaisesti ja varmistua tarvittavien lähetteidensä saamisesta. Raiskattua ei tulisi kotiuttaa yksin. Työntekijän kuuluu tehdä psyykinen tilannearvio sekä varmistaa, että paikka johon uhri lähtee, on turvallinen. (Heiskanen-Haarala 2009, 16–17; Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 118; Hanhirova 2012.)

Eteenpäin ohjaaminen on hoidon tarpeen arvioinnin ja jatkuvuuden kannalta tärkeää. Raiskauksella on joka tapauksessa perustavanlaatuisia negatiivisia vaikutuksia naisen terveyteen. Tämä huomioon ottaen voidaan hoidon jatkuvuutta pitää potilaan toipumisprosessin turvaamisen kannalta keskeisenä. (Campbell 2001.) Raiskattu voi tyypillisesti reagoida itsesyytöksiin ja kokea häpeäntunteita, joka saattaa estää avunhakemista ja hidastaa toipumisprosessia (Brusila 2001, 4196).

Toipumiskokemus on yksilöllinen ja siihen vaikuttavat monet asianhaarat, kuten henkilöhistoria, ihmissuhteet sekä tuen määrä perhe-, yhteisö- ja yhteiskuntatasolla (Duma ym. 2007, 8). Trauman aiheuttaman stressihäiriön oireina voi ilmetä traumaattisen tilanteen toistuva kokeminen tai siihen liittyvien asioiden jatkuva välttäminen sekä kohonnut vireystila. Jos edellä kuvattu oireyhtymä muodostuu kuukauden sisällä traumasta ja kestää kahdesta päivästä kuukauteen, voidaan diagnosoida akuutti stressihäiriö, mutta jos oireet jatkuvat yli kuukauden on kyseessä traumaperäinen stressihäiriö. (Lönqvist 2011, 56.)

Interventioilla ja lääketieteellisellä hoidolla voidaan edistää raiskauksen uhrin paranemista (Punamäki & Ylikomi 2007). Hoitoketjujen yhtenäistämällä ja hyvällä ohjeistuksella voidaan akuutin hoidon tasoa parantaa ja ennaltaehkäistä traumoja, sekä tehostaa rikostutkintaa (STM 2010, 46). Esimerkiksi Varsinais-Suomen hoitoketju-mallissa on otettu huomioon akuuttihoiton lisäksi uhrin tilan seuranta jatkossa ja jatkohoitokontaktit. Jokaisesta uhrista tehdään kiireellinen konsultaatiopyyntö psykiatrian poliklinikalle ja traumaterapia saadaan käynnistettyä uhrin tarpeiden mukaan jo muutamassa viikossa. (Immonen-Räihä ym. 2010, 3721.)

Traumaattisen tapahtuman jälkeen tulee seurantakäynneillä arvioida jatkohoidon tarvetta, sillä tuoreesta traumasta johtuvan häiriön hoitaminen on helpompaa kuin kroonisten ongelmien hoito (Pojula 2005, 1587). Vaikka myöhemmässä vaiheessa annettu terapia on tehokasta ja tarpeellista, se ei korvaa tukea antavaa ja kunnioittavaa ensiapua (Ylikomi & Punamäki 2007).

### 3.4.3 Hoitotyöntekijän ennakkokäsitykset raiskauksesta

Raiskaus on sanana hyvin raju. Stereotyyppisesti sen voidaan ajatella tapahtuvan yllättäen, ulkona sekä pimeällä. Tekijän ajatellaan usein olevan uhrille tuntematon. Jotta tekoa pidettäisiin todellisena raiskauksena, voidaan tapahtumalle luoda myös muita ennako-oletuksia, kuten että uhri on ollut hyvämaineinen, pukeutunut soveliaasti, ollut paikalla perustelluin syin ja vastustanut hyökkäystä. (Anderson 2007, 232–233.) Jos uhri ei ole selkeästi kieltäytynyt seksistä, voidaan tapahtunutta pitää raiskauksen sijaan haluttuna yhdyntänä (Kamppila 2011, 139).

Ennako-oletukset voivat olla kulttuuri- tai sukupuolisidonnaisia ja vaikuttaa vahvastikin tapaan kohdata raiskauksen uhri. Ikä ja koulutustaso voivat vaikuttaa siihen miten määrittelemme raiskauksen tai sitä lieventävät asianhaarat. (Kamppila 2011, 78.) Andersonin (2007) mukaan naisten ja miesten ennakkoluulot raiskauksesta eroavat toisistaan. Tämä saattaa johtua yleisestä asetelmasta, jossa oletettu uhri on nainen ja tekijä on mies. Näin ollen nainen useammin kohtaa raiskauksen uhreja lähipiirissään, keskustelee aiheesta ja elää mahdollisen raiskauspelon kanssa, kun taas mies ei välttämättä käsittele raiskauksen mahdollisuutta lainkaan eikä näin ollen osaa asettua uhrin asemaan. (Anderson 2007, 29.)

Uhrin ollessa nainen voidaan raiskaajan olettaa olevan ennestään tuttu. Raiskauksesta kertominen ja avun hakeminen on aina vaikeaa, mutta tätä vaikeuttaa entisestään jos raiskauksen uhri on mies tai tekijä uhrille läheinen. Tämä saattaa johtua mielikuvasta, jossa ennalta tutun tekijän uhri on häpeällisemmässä asemassa ja mahdollisesti itse osittain syyllinen raiskaukseen. (Anderson 2007, 229; Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 117.) Littletonin ym. (2007, 58) mukaan raiskauksen määritelmä voi olla jopa uhrille häilyvä – yli puolet seksiin vasten tahtoaan pakotetuista naisista eivät itse miellä tulleensa raiskatuksi.

Seksuaaliväkivallan uhrin reagoivat herkästi sanavalintoihin, jolloin pienet erot määrittelyssä voivat aiheuttaa tilastollisia virheitä, kun tapahtunutta ei välttämättä yhdistetä annettuun nimitykseen (Abbey ym. 2005, 364). Esimerkiksi parisuhteessa ja sen ulkopuolella tapahtuva raiskaus määritellään usein eri tavoin. Seksuaalisesta väkivallasta yli puolet on lähisuhdeväkivaltaa, jossa tekijä on uhrille tuttu. Parisuhteessa tapahtuva sek-

suaalinen väkivalta voi usein olla uhkailua tai pakottamista, jolloin uhrilla ei ole löydetävissä fyysisiä vammoja vaikka hän onkin seksuaalisen väkivallan uhri. (Piispa ym. 2006, 20, 67, 89.)

Vahva ammatti-identiteetti ja rooli työntekijänä voivat luoda kuvitelman, etteivät henkilökohtaiset asenteet vaikuta työntekijän objektiivisuuteen tai välity asiakkaalle. Sanaton kommunikaatio välittää kuitenkin viestejä tunteista ja asenteista tiedostamattamme. (Ketola 2006, 62.) Asiakasta kohdatessa väärinkäsityksiä syntyy helposti, sillä jo pienetkin eleet tai ilmeet voidaan tulkita väärin. Näin ollen viestin tulkinnassa voi olla työntekijän ja asiakkaan välillä eroavaisuuksia. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 122.)

#### **3.4.4 Potilaan trauman vaiheet**

Traumaattiseksi määritellään kokemus, jossa kohdistuu vakava uhka fyysiseen koskemattomuuteen, terveyteen tai henkeen. Jos tilanne ylittää henkilön oman psyykkisen kapasiteetin käsitellä siihen liittyviä tunteita, ajatuksia ja havaintoja, hän traumatisoituu. (Raijas 2003, 34.) Raiskauksen uhri voi rikoksen tekohetkellä kokea voimakkaita tunteita: kuolemanpelkoa, paniikkia, raivoa, voimattomuuden ja epätodellisuuden tunteita sekä erilaisia somaattisia oireita (RAP 2010, A1). Väkivallan määrä ja laatu, uhrin kokemus pelko, aikaisemmat kokemukset sekä henkilökohtainen kyky suojautua vaikuttavat trauman syntyyn ja sen syvyyteen (Raijas 2000, 23; Lampinen 2007, 95). Seksuaaliväkivallan muodoista raiskaus on sekä lyhyt- että pitkäaikaisesti traumatisoivainen (Testa ym. 2004, 262).

Reaktiot traumaan voivat olla erilaisia riippuen uhrin iästä, voimavaroista, psyykkisestä rakenteesta ja elämäntilanteesta. Miltei aina ne noudattavat kuitenkin tiettyjä lainalaisuuksia, jotka tunnetaan posttraumaattisena stressireaktiona. Tämä voidaan jakaa neljään vaiheeseen: akuutti sokkivaihe, reaktiovaihe, työstämis- ja käsittelyvaihe sekä uudelleen orientoitumisvaihe. Koska reaktiot ovat yksilöllisiä, ei vaiheiden kulku ole läheskään aina selkeää ja suoraviivaista. Eri trauman vaiheissa raiskatun käyttäytyminen sekä kapasiteetti vastaanottaa tietoa ja ohjausta on hyvin erilaista. Traumaperäisen stressireaktion oireet voivat olla fyysisiä tai psyykkisiä, ja voivat pitkittyessään mutkistua tai jäädä pitkäaikaisiksi haitoiksi. (Brusila 2006, 335–337; Henriksson & Lönnqvist 2011,

260). Raijas (2000, 34) esittää, että traumaoireet ovat automaattisia reaktioita, joiden ilmenemiseen yksilö ei pysty vaikuttamaan – selviytymiskeinot taas ovat traumasta toipumisen työkaluja, joiden käyttöön voidaan ainakin osittain vaikuttaa.

Akuuttiosastolle saapuessa raiskattu kärsii traumaattisen tilanteen jälkireaktiosta, todennäköisimmin shokkivaiheesta. Sokkivaihe alkaa heti tapahtumasta ja saattaa kestää muutaman vuorokauden. Tällöin uhri ei vielä ymmärrä tapahtunutta ja sen merkitystä, tai pysty nimeämään raiskausta. Välitön reagointi voi olla lamaantumista, joka ilmenee tyyneytenä ja hyvänä toimintakykenä tai kaoottista kiihtymystä, joka näyttäytyy huutamisena, raivona tai itkuna. Reaktiot voivat vaihdella nopeasti apatiasta hysteriaan. Sokkivaiheen tapahtumien voimakas torjuminen tai kieltäminen voi olla tarpeellinen suojautumiskeino uhrille. Keskeisin tarve sokkivaiheessa olevalle uhrille on saada konkreettista suojaa ja turvallisuutta ja kokea, että auttajat hallitsevat tilanteen. (Kiiltomäki & Muma 2007, 15–16; RAP 2010, A1; Henriksson & Lönnqvist 2011, 260.) Akuutissa vaiheessa traumamuisto ei usein ole looginen kertomus, vaan hajanaisia mielikuvia, tunteita, aistimuksia ja ajatuksia, jotka voivat olla sattumanvaraisessa järjestyksessä (Raijas 2003, 35).

Shokkivaihetta seuraavassa reaktiovaiheessa raiskattu alkaa ymmärtää ja käydä läpi tapahtunutta. Reaktiovaiheessa tunteet voivat jälleen vaihdella ihmisestä riippuen voimakkaasti. Seuraavassa trauman vaiheessa, eli läpityöskentelyvaiheessa, alkavat uhrin tunteet tasoittua ja tapahtunut selkiytyä. Uudelleen suuntautumisen vaiheessa tapahtunut tuntuu jo kaukaisemmalta, kokemukselta menneisyydessä jota ei voi muuttaa, mutta jonka kanssa voi oppia elämään. (RAP 2010, A1.)

Traumasta toipumiseen vaikuttaa ratkaisevasti raiskatun saama tuki ja apu sekä se, miten uhri käsittelee tapahtumaa sen aikana ja tapahtuman jälkeen. Raiskattua potilasta on loukattu syvästi, ja käsittelyn avuksi hän tarvitsee kuuntelijaa joka kohtelee häntä arvokkaana ja kunnioittavasti. (Raijas 2003, 44–45; Lampinen 2007, 95; Punamäki & Ylikomi 2007). Kohteen ja tekijän suhde vaikuttaa raiskauksen jälkeisiin tapahtumiin. Ennalta tunnetun tekijän uhrilla on suurempi riski joutua uudelleen uhrin asemaan työntekijän kohdatessaan kuin tuntemattoman tekijän uhrilla. (Campbell 2001.) Psykkisiä traumoja voi syntyä varsinaisille uhreille, muille mukanaolijoille ja joskus myös auttajille. Kuormittavat elämäntapahtumat voivat vaikuttaa mielenterveyden häiriöiden kul-

kuun. (Henriksson & Lönnqvist 2011, 258.) Työntekijän työssä jaksaminen onkin syytä ottaa huomioon, sillä hoitaja voi kärsiä stressioireista kohdattuaan trauman uhrin (Campbell 2001).

## **4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN**

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto työhön kerättiin haastattelemalla teemoittain erään akuuttiosaston sairaanhoitajia. Saatu aineisto käsiteltiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

### **4.1 Kvalitatiivinen menetelmä**

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus pyrkii luomaan ymmärrystä tutkitusta ilmiöstä yksilön kokemana. Olosuhteita tai tilanteita pyritään hyvin harvoin kontrolloimaan tai muuttamaan, vaan tutkimuksen alainen ilmiö pyritään kuvaamaan sellaisenaan. (Polit & Beck 2008, 260.) Lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa on todellisen elämän ja sen moninaisuuden kuvaaminen, ja se sopii hyvin herkkien ja henkilökohtaisten aiheiden kuvaamiseen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161).

Työelämäpalaverissa keskusteltiin opinnäytetyön eri mahdollisuuksista. Yhteistyöosastolla koettiin olevan jo selkeät ohjeet ja toimintamallit raiskatun potilaan kohtaamiseen, joten opinnäytetyön tekijöiden ajatus tuotokseen perustuvasta opinnäytetyöstä ei saanut kannatusta. Ehdotus kvalitatiivisesta työstä annettiin yhteistyöosaston puolesta. Erityisesti pyydettiin opinnäytetyötä tämän haastavan potilasryhmän kohtaamisen kokemuksista. Haastateltavilta toivottiin löydettävän vastauksia siihen, miten kyseisen yksikön hoitajat mieltävät raiskatun potilaan kohtaamisen ja omat valmiutensa toimia tilanteessa. Laadullinen tutkimus pyrkiikin perustamaan tietonsa tutkimuskohteiden todellisuuteen ja näkökulmiin sekä kokonaisuuksien ymmärtämiseen (Polit & Beck 2008, 259).

### **4.2 Aineiston keruu**

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää useampaa tiedonkeruumetodia kuten haastattelua, kyselyä tai havainnointia (Polit & Beck 2008, 259). Haastattelu on yksi käytetyimpiä tiedonkeruumenetelmiä – kun halutaan ymmärtää ihmisen ajattelu- tai käytös-malleja tietyssä tilanteessa on järkevää kysyä asiaa häneltä suoraan. Haastattelun käy-

tössä on useita hyötyjä, kuten joustavuus tiedonkeruussa sekä haastateltavien sitoutuminen tutkimukseen, jolloin tietoja on helppo täydentää tarvittaessa jälkeenpäin. Halu tutkia arkoja tai vaikeita aiheita on yksi henkilökohtaisen haastattelun peruste. (Hirsjärvi ym. 2009, 204–207; Hirsjärvi & Hurme 2010, 34–35; Tuomi & Sarajärvi 2011, 72.) On tärkeää, että tutkimukseen osallistuminen on haastateltaville vapaaehtoista ja perustuu tietoiseen suostumukseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219).

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu rakentuu tutkimuksen viitekehukseen, ja soveltuu hyvin käytettäväksi kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Sille on ominaista, että keskustelun aihepiirit ovat ennalta tiedossa, mutta tarkat kysymykset ja teemojen järjestys avoimia. Haastattelun runko rakennetaan tutkimuksen viitekehukseen, eli tutkittavasta aiheesta jo olemassa olevaan tietoon, jolloin saatu tieto vastaa tutkimuksen ennalta suunniteltuihin tehtäviin ja tarkoitukseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 208; Tuomi & Sarajärvi 2011, 75.)

Haastattelulajeja on useita. Käytetyin on yksilöhaastattelu, jossa haastattelija ja haastateltava luovat kahdenkeskisen keskustelun aiheesta. Ryhmähaastattelua taas voidaan ajatella vapaamuotoisena keskusteluna, jossa osallistujat tuottavat yhdessä tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Yksilöhaastattelun ongelmana voidaan pitää tilanteen keinotekoisuutta, ryhmähaastattelussa taas materiaalin käsittely ja yksilöiden mielipiteiden erottaminen voi olla haastavaa. (Flick 2009, 195, 202; Hirsjärvi & Hurme 2010, 61, 63.) Fokusryhmähaastattelu on usealle alan asiantuntijalle yhtäaikaaisesti tehty haastattelu. Menetelmä antaa mahdollisuuden kerätä näyttöä, miten samanlaisina tai erilaisina osallistujat ymmärtävät asioita. Ryhmän jäsenten aikaisempi tuntemus voi tuoda esille syvällisempiä näkökulmia ja vapauttaa keskustelua; tutkimusaineiston keräämisen lisäksi osallistujat saattavat oppia tilanteesta uutta toistensa kokemuksista ja mielipiteistä. (Sipilä, Kankkunen, Suominen & Holma 2007, 307–309.)

Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla keväällä 2013 kolmea akuuttiosastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Sairaanhoitopiiriltä saadun tutkimusluvan jälkeen yhteistyöosaston hoitajilta kysyttiin osastonhoitajan toimesta halukkuutta osallistua opinnäytetyöhön. Koska raikatun potilaan kohtaaminen voi olla hoitajalle kuluttava kokemus, toi se lisähaastetta haastatteluihin valmistautumiseen. Aluksi tarkoituksena oli tehdä kolmesta – viiteen yksilöhaastattelua. Yhteistyöosaston ehdotuksesta sekä hoitajien



työajan säästämiseksi päädyttiin kuitenkin fokusryhmähaastatteluun kolmelle hoitajalle. Opinnäytetyön tekijöille haastattelemine ei ollut ennalta tuttua ja vaati siten perehtymistä asiaan.

Haastattelupäivänä osaston kiireiden vuoksi ryhmähaastatteluun pääsi osallistumaan vain kaksi hoitajaa, jonka jälkeen kolmannen hoitajan kanssa tehtiin vielä yksilöhaastattelu. Ensimmäinen haastattelu kesti noin tunnin. Tunnelma haastattelussa oli hieman rauhaton johtuen tilanteen uutuudesta opinnäytetyön tekijöille. Toinen haastattelu kesti 45 minuuttia ja oli sujuvampi kuin ensimmäinen haastattelu. Molempien haastattelujen kulkuun vaikutti osaltaan osaston kiireinen tilanne haastattelupäivänä, jolloin haastattelutavat pyrkivät vastaamaan kysymyksiin ytimekkäästi. Neljännen hoitajan haastattelemisesta jälkikäteen sovittiin, mutta aikataulujen yhteensopimattomuuden ja huonon tiedonkulun vuoksi tätä haastattelua ei koskaan saatu toteutettua.

Ryhmä- ja yksilöhaastattelu toteutettiin temahaastatteluna, johon muodostettiin kysymysrunko opinnäytetyön tutkimustehtävien pohjalta (liite 1). Haastattelut nauhoitettiin niiden purkamisen helpottamiseksi. Hoitajien haluttiin antaa kuvailla kokemuksiaan mahdollisimman vapaasti, niitä itse tiettyyn suuntaan ohjailematta. Tästä syystä tarkkaa kysymysrunkoa ei lähetetty etukäteen tutustuttavaksi, vaan haastattelut tiesivät ennen haastattelutilannetta vain opinnäytetyön aihepiirin. Haastattelut toteutettiin hoitajien työajalla, jotta vastausympäristö olisi mahdollisimman luonnollinen.

### **4.3 Aineiston analyysi**

Aineistolähtöisen eli induktiivisen sisällönanalyysin avulla kirjoitetusta tai suullisesta kommunikaatiosta saadaan tietoa ja tehdään tulkintoja asioiden merkityksistä, seurauksista tai yhteyksistä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä aineisto kertoo itsessään, mitä se pitää sisällään, jolloin haastateltavien kokemukset välittyvät sellaisenaan. Sisällönanalyysillä pyritään erottamaan aineistosta samanlaisuudet ja erilaisuudet: kerätty tieto voidaan tiivistää ilmiötä lyhyesti ja yleistävästi kuvaavaksi, tai ilmiöiden välisiä suhteita selkeästi esittäväksi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–23.) Ryhmähaastattelun tuloksia analysoitaessa voidaan ajatella ryhmän vaikutuksen tiedon kertymiseen olevan merkittävä, jolloin aineiston analyysi suositellaan tehtäväksi koko ryhmän -, ennemmin

kuin yksilötasolla. Saatua tuloksia on suositeltavaa kuvata alkuperäisillä lainauksilla. (Sipilä ym. 2007, 307–308.)

Aineistolähtöisessä analyysissä voidaan erottaa kolme vaihetta: alkuperäisilmaisujen pelkistäminen eli redusointi, samankaltaisten ilmaisujen yhdisteleminen eli klusterointi sekä teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Luokittelussa tekijän tulkinta ohjaa, millä perusteella tietyt ilmaisut kuuluvat samaan kategoriaan. Syntyville kategorialeille annetaan niiden sisältöä kuvaava nimi. Analyysia jatketaan yhdistelemällä samansisältöisiä kategorioita toisiinsa niin kauan kuin se tulosten kannalta tuntuu mielekkäältä. Alaluokista päästään näin yläluokkien kautta pääluokkiin, joiden avulla pyritään vastaamaan tutkimustehtäviin. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 101, 108–111.)

Opinnäytetyön haastatteluissa kerätty aineisto purettiin kuuntelemalla ja kirjoittamalla se sanasta sanaan tietokoneelle, jonka jälkeen tulostetusta tekstistä alleviivattiin tutkimustehtävittäin merkittävät ilmaisut. Tämän jälkeen alleviivaukset pelkistettiin eli redusoitiin niiden merkitystä muuttamatta, jotta yksittäisen vastaajan puhetyyli ei olisi tunnistettavissa (taulukko 1). Pelkistetyt ilmaukset listattiin uudelleen tietokoneella tutkimustehtävien alle, ja samalla karsittiin vielä joukosta opinnäytetyön kannalta epäolennaisia asioita. Näin ollen saatiin listattua yhteensä seitsemän sivua pelkistettyjä ilmauksia.

TAULUKKO 1. Alkuperäisilmaisujen redusointi

<b>Alkuperäinen ilmaisu</b>	<b>Pelkistetty ilmaisu</b>
<i>”Koska se on niin tärkeää, että niitä näytteitä käsittelee oikein.”</i>	Näytteiden oikein käsittelyn tärkeys
<i>”Pystynkö mä oleen siinä ja sanoon ne oikeat sanat, että mä pystyisin sitä ihmistä tukeen.”</i>	Sanojen valinta uhrin tukemiseksi
<i>”Jatkohoidon ohjaaminen... on se asia mikä mua niinku, kaikki muu on semmosta teknistä.”</i>	Jatkohoidon ohjaamisen haastavuus

Pelkistetyistä ilmaisuista etsittiin samankaltaisuuksia, joita ruvettiin ryhmittelemään eli klusteroimaan alaluokiksi. Ryhmittelyn päätteeksi alaluokat nimettiin niitä kuvaavilla käsitteillä (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Alaluokkien muodostaminen

<b>Pelkistetty ilmaisu</b>	<b>Alaluokka</b>
Monen asian yhtäaikainen miettiminen Asioista suoriuduttava yksin Vastuullinen tehtävä	Tehtävän moninaisuus ja vastuullisuus
Tilanteeseen ei ehdi valmistautua Potilaasta ei saa ennakoilmoitusta Kohtaamista ei pysty valmistelemaan	Hoitotilanteen suunnittelemattomuus
Ammatillinen kehittyminen kokemusten myötä Jokainen tapaus opettaa Näitä asioita ei opita kirjoista	Aiemmistä tapauksista oppiminen

Alaluokista haettiin edelleen yhdistäviä tekijöitä ja luotiin niiden pohjalta yläluokat (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Yläluokkien muodostaminen

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
Tehtävän moninaisuus ja vastuullisuus Näytteiden oton ja käsittelyn vaativuus Ei eroa potilasryhmänä muista	Ajatukset työstä ja tehtävistä
Uhrin kykenemättömyys käsitellä asiaa Muistamattomuus, epäselvät muistikuvat raiskauksesta Eri tavat reagoida traumaattisessa tilanteessa Raiskatun itsesyytöksen tunteet	Uhrin toiminta traumaattisessa tilanteessa

Lopulta päädyttiin kolmeen pääluokkaan: mielikuvat raiskatun potilaan kohtaamisesta, raiskatun potilaan kohtaamisen kokemukset ja valmiudet hoitaa raiskattuja potilaita. Aineiston analyysin eteneminen alaluokista kolmeen pääluokkaan on esitetty tarkemmin liitteessä 2.

## 5 TULOKSET

Opinnäytetyön tulososiossa käsitellään haastattelusta saatua aineistoa, jota on sisällön analyysin vaiheiden mukaisesti ryhmitelty. Tulosten esittämistä on väritetty haastateltujen sairaanhoitajien alkuperäisillä ilmauksilla.

### 5.1 Mielikuvat raiskatun potilaan kohtaamisesta

#### **”Nuori tyttö, humalassa, kesä...” Uhrin ja raiskauksen herättämät ajatukset**

Hoitajat kertoivat kohdanneensa raiskausuhreja hyvin erilaisista lähtökohdista. Tyypillisestä uhrista tai tilanteeseen johtaneesta käytöksestä ei ollut mitään tiettyä ennakkokäsitystä. Kokemusta pidettiin raiskauksen uhrille aina hyvin loukkaavana tilanteena. Hoitajat korostivat seksuaalisen väkivallan uhrin syyttömyyttä tilanteeseen, huolimatta siitä mikä tilanne oli johtanut raiskaukseen.

*”Se ei oo naisen vika, että joutuu raiskatuksi. Vaikka sä ensin olisit siinä mukana. Et jos sä sanot jossain vaiheessa ei, niin se pitää silloin lopettaa.”*

Hoitajat mielsivät raiskauksen uhrin yleensä naiseksi, sillä he olivat kohdanneet työsään lähinnä naisuhreja. He pohtivat myös, onko miespuolisen uhrin vaikeampi hakeutua hoitoon erilaisten stereotyypioiden, kuten homoksi leimaamisen pelon, vuoksi. Molempien sukupuolten katsottiin kuitenkin kykenevän sekä uhrin että raiskaajan asemaan. Alkoholin ja muiden huumausaineiden ajateltiin olevan yhdistävänä tekijänä ja osallisena suurimmassa osassa tapauksista; joko raiskaajan tai uhrin käyttämänä. Hoitajat toteivat vuodenajan olevan provosoiva tekijä, kesällä ilman ollessa lämmin ja valoisa raiskaustapauksia tulee töissä enemmän vastaan kuin talvella.

*”Ei mitään semmosta ennakkokäsitystä mistään ihmistyypistä, tai tilanteista. Koska se tiedetään että niitä tapahtuu selvin päin, baarin jälkeen, kotona, metsässä, ihan missä tahansa.”*

Haastatteluissa nousi esille ennakkoajatus siitä, että kaikki potilaat eivät välttämättä ole todellisuudessa raiskauksen uhreja. Töissä oli tullut vastaan potilaita, joiden ajateltiin suostuneen alun perin seksuaaliseen kanssakäymiseen, mutta jälkeinpäin kääntäneen tilanteen raiskaukseksi. Hoitajien mukaan raiskaajan ja raiskatun kertomukset poikkeavat usein paljon toisistaan, ja tilanteen jälkeen voi nousta kysymyksiä, kumman kertomus on ollut lähempänä totuutta.

*”Koskaanhan ei voi olla varma, onko potilasta raiskattu, vai onko potilas kokenut jonkun tilanteen, että olisi väkisinmaattu.”*

### **”Sulla on semmonen tietty kuori...” Käsitukset itsestä hoitajana**

Haastateltavat pitivät tiettyjä henkilökohtaisia ominaisuuksiaan edullisina raiskatun kohtaamista ajatellen. Akuuttihoitotyöhön ajateltiin hakeutuvan tietynlaisien persoonien, liian herkän voisi olla haastava työskennellä osastolla jossa kohtaa päivittäin rankkoja tilanteita. Vahvuuksina haastatellut naishoitajat pitivät myös omaa sukupuoltaan etenkin naisuhreja kohdatessa, ikää ja elämäkokemusta. Rauhallisuus ja selkeys omassa puheessa ja toiminnassa koettiin positiivisina ominaisuuksina.

*”Ikä ja elämäkokemus tuo perspektiiviä.”*

Hoitajat toivat esille, ettei raiskattuun voi suhtautua liian tunteella, vaan tietynlaisella kuorella. Kohtaamisen aluksi tilanteen raskaus saattaa hirvittää, mutta ammatillisella käytöksellä jatketaan vaativan tilanteen yli. Työpaikan tukea ei kuitenkaan ajateltu tarvittavan kohtaamisen tueksi.

*”Hetken aikaa sitä on että no voi hitsi. Mutta sitten me vaan jatketaan eteenpäin.”*

Hoitajat eivät uskoneet raiskaustapausten jäävän mietityttämään jälkeinpäin. Akuuttihoitotyössä todettiin tapahtuvan päivittäin monenlaisia rankkoja, jopa traumatisoivia tilanteita. Hoitajat toivat esille, että työn ja vapaa-ajan erottaminen on tärkeää, ja kertoivat kykenevänsä jättämään työt töihin. Vapaa-ajalla käytettiin erilaisia keinoja ajatusten purkamiseen. Haastateltavat kertoivat, että monet eri asiat vaikuttavat siihen, paljonko

kohtaamiset mietityttävät jälkeinpäin. He toivat esille, että hoitajan tulisi itse ymmärtää hakea apua, jos tilanne jää vaivaamaan jälkeinpäin liiaksi.

*”Ehkä uran alussa niitä asioita mieltii ja niitä vie kotiin. Mutta kyllä aika graavi tapaus saa olla, että mä vien sen kotiin.”*

### **”Siin on niinku aika yksin...” Ajatukset työstä ja tehtävistä**

Tehtäviä raiskatun potilaan hoidossa kuvattiin vastuullisiksi ja moninaisiksi. Hoitajan vastuulle jää monen asian yhtäaikainen miettiminen ja toteuttaminen haastattelemisesta näytteiden ottoon. Neuvonantajien puuttuessa tehtävien suorittamisesta ja henkisen puolen tukemisesta haastateltavat kertoivat suoriutuvansa itse.

*”Et kyllä se on se hoitaja, joka haastattelee sen potilaan ja kohtaa sen.”*

Hoitajat korostivat, että näytteiden otto ja käsittely on tarkkuutta vaativaa. Poliisi tuo tutkimuksia varten osastolle seksuaalirikosnäytteenottopakkauksen (myöhemmin tässä opinnäytetyössä *raiskauspakki*). Huolellisuudella näytteenotossa taataan sekä hoitajan että potilaan juridinen turva. Tarkan teknisen suorittamisen ajateltiin kuuluvan oleellisena osana tämän potilasryhmän hoitamiseen.

*”Sun pitää oikeesti olla tosi tarkka. Ymmärtää se, että ne on todistusaineistoa. Niitä täytyy kunnioittaen käsitellä.”*

Raiskatun potilaan hoitamista ei koettu erityisen rankkana verraten muihin potilasryhmiin. Hoitajat sanoivat työn luonteen akuuttipuolella olevan tietynlaista, ja raiskattuja ajateltiin potilaina siinä missä muitakin trauman kokeneita. Akuuttihoiton jälkeinen raiskatun kohtalo mietitytti hoitajia. Uhrista ei saada tietoa, onko hän hakenut apua ja jatkohoitoa, tai miten tapaus on oikeudessa ratkennut.

*”Ja mehän ei koskaan kuulla niistä jälkeinpäin. Ei mitään, että onko tullu tuomiota tai... onko juttu rauennu.”*

## 5.2 Raiskatun potilaan kohtaamisen kokemukset

### **”Siihen ei ehdi valmistautua...” Tilanteeseen vaikuttavat taustatekijät**

Hoitajat toivat esille, ettei raiskatun kohtaamiseen pysty valmistautumaan ennalta. Uhrin saapuessa ensiapuun ei ennakkoilmoitusta ole yleensä saatu eikä hoitosuunnitelmaa siten pystytty tekemään. Akuuttihoitotyössä aika ja resurssit todettiin toisinaan vähäisiksi, joten kiireisinä päivinä yhden hoitajan irrottaminen raiskatulle näkyy sekä hoitajan ja raiskatun kohtaamisessa kiireen tuntuna, että muille vuorossa oleville yhden työpanoksen puuttumisena. Monesti oli vaikea löytää tarpeeksi rauhallinen tila kohtaamiselle. Paikkojen ollessa täynnä intiimi keskustelu raiskatun kanssa ja esimerkiksi uhrin ja tekijän kohtaamisen välttäminen nähtiin haastavana.

*”Paikka pullistelee väkeä. Siellä on kaiken näköistä. Siellä on kardioversioo. Aulassa istunu muutaman tunnin potilas. Sä et oo kerennyt tekeen sille mitään. Sitten tämmösinä päivinä tulee siihen vielä se raiskattu, että se yks hoitaja irrottautuu siks pariks tunniks.”*

Omaan kohtaamiseen vaikuttivat haastateltavien mielestä muut ammattiryhmät joiden kanssa työskennellään. Esimerkiksi poliisin tai lääkärin sukupuolella ja käytöksellä katsottiin olevan vaikutusta raiskatun kohtaamistilanteeseen. Myös tiedonkulku eri ammattiryhmien kesken voi olla ongelmallista. Poliisien ja lääkärrien todettiin ajattelevan raiskatun hoitoprosessia eri kannalta, mikä koettiin sekä positiivisena että negatiivisena asiana.

### **”Että mikä on just se sen tapa reagoida...” Uhrin toiminta traumaattisessa tilanteessa**

Hoitajat kertoivat uhrin olevan monesti muistamaton joko tapahtuneen trauman tai humalatilauksi. Lisäksi potilas voi kieltäytyä tutkimuksista, sekä olla kykenemätön avoimuuteen hoitohenkilökuntaa tai omia läheisiään kohtaan.

Jokaisen uhrin katsottiin toimivan ja reagoivan tilanteeseen eri lailla. Hoitajat korostivat tämän tuovan lisähaastetta tilanteeseen. Uhri saattaa olla iloinen ja laskea leikkiä, toi-



saalta vihainen ja purkaa aggressioitaan hoitajalle, mikä vaikeuttaa raiskatun lähestymistä. Itsesyytösten tunteiden hoitajat kertoivat olevan valtavia raiskatuilla. Tilanteen häpeällisyys, uhrin likaisuus, rikkinäisyys ja minäkuvan muutos vaikuttivat kohtaamiseen.

*”Ne käy niinkun valtavilla kierroksilla, et näkee heti, että nyt pitäis saada vähän kierroksia alaspäin.”*

### **”Miten sä kosketat sitä ihmistä...” Kohtaaminen toimenpiteiden aikana**

Hoitajat toivat esille, että kohtaamisen ja toimenpiteiden yhtäaikaisuus on haastavaa. Uhreja haastatellessa hoitajat kokivat hajanaisen tiedon selkiyttämisen ja potilaslähtöisyyden tärkeäksi. Koska potilaan kertomus tulee kirjata yksityiskohtaisesti, sanoivat haastateltavat kannustavansa mielikuvien ja tapahtumien muisteluun, joka samalla selkiyttää raiskatulle tapahtumien kulkua. Potilaan ehdoilla toimimista painotettiin, jotta sekä potilas että hoitaja saisivat toimenpiteistä tarvitsemansa avun.

*”Tehdä sitä mielikuvaa selventävästi, myös potilaalle itselleen, et mitä on todella tapahtunu.”*

Toimenpiteiden ja teknisen suorittamisen katsottiin vievän paljon aikaa kohtaamiselta. Erilaisia näytteitä pitää raiskatulta ottaa useita, ja tehdyt toimenpiteet tulee kirjata tarkasti. Potilaan intiimi koskeminen näytteidenoton yhteydessä on pakollista, ja haastatellut hoitajat korostivat koskettamisen perustelemista raiskatulle tärkeäksi.

*”Että saa sen ihmisen ymmärtämään sen, että nämä täytyy tehdä. Se on sen etu, että nämä nyt tehdään. Niin se siinä on haastavaa.”*

### **”Se ei oo ollut sun vika...” Hoitajan läsnäolo ja keinot auttaa**

Hoitajat nimesivät omiksi apukeinoikseen kohtaamisessa tilan antamisen eri tunnereaktioille sekä uhrin syyttömyyden korostamisen. Erityisen tärkeänä pidettiin sen välittämistä, että uhrin kertomukseen uskotaan. Raiskatun lohduttaminen kuvattiin vaikeana, koska lohduttamisen tarve voi vaihdella suuresti. Esimerkiksi osa uhreista kaipaa hala-

usta, osa taas karttaa kaikkea kosketusta. Myös puhumattoman uhrin auttaminen nähtiin hankalana, koska uhrin haastattelu on keskeistä tapahtumien kulun selvittämiseksi. Sanojen valintaa uhrin tukemiseksi hoitajat joutuivat miettimään paljon.

*”Pystynkö mä oleen siinä ja sanoon ne oikeat sanat, että mä pystyisin sitä ihmistä tukeen.”*

Haastateltavat kuvasivat omia tunnereaktioitaan tilanteessa äidillisiksi ja empaattisiksi. He pyrkivät välittämään uhrille tilanteessa turvallisuutta, vertaisuutta, tilanteen hallintaa, ammatillisuutta ja asiantuntijuutta.

### 5.3 Valmiudet hoitaa raiskattuja potilaita

#### **”Nää ei oo asioita mitä opitaan kirjoista tai koulusta...” Hoitajan ammatillisuus**

Hoitajat korostivat kirjaamisen tärkeyttä potilaan sanomisista ja omista havainnoistaan siitä, minkälaisessa kunnossa potilas on ensiavussa tavattu. Akuuttiosastolla tehtävät toimenpiteet sekä fyysinen ja henkinen ensiapu ymmärrettiin työhön kuuluvaksi ja tärkeäksi. Raiskauspotilaita todettiin kuitenkin yksittäisen hoitajan kohdalle osuvan harvoin, joten rutiini mainittiin puuttuvaksi. Tekninen suorittaminen on haastavaa ja tämä vähentää kontaktia potilaaseen toimenpiteiden yhteydessä. Hoitajat kertoivat ammatillista kehittymistä tapahtuvan jokaisen raiskatun potilaan kohtaamisen myötä.

*”Koska siinä samalla kun tehdään työtä, mä ainakin koitan, sen mitä mä nyt osaan, jos semmosen kriisiensiavun antaa. Ohjata eteenpäin. Kysyä että haluatko sä johonkin, että otetaan kriisiryhmään yhteyttä. Tämmösiä kaikkia.”*

*”Seuraavalla kerralla on viisaampi, kun muistaa, että viimeksi mä tein näin, että ehkä kannattaakin tehdä toisella lailla. Ammatillista kehittymistä tapahtuu, sen myötä.”*

Jatkohoidon ohjaaminen koettiin sekä tärkeäksi että haastavaksi. Haastateltavat pohtivat, mihin raiskattu ohjataan esimerkiksi päivystysajan ulkopuolella. Jatkohoidosta pyrittiin antamaan sekä sanallinen että kirjallinen ohjaus sen varmistamiseksi, että raiskattu varmasti hakeutuisi hoidon piiriin eikä jäisi tyhjän päälle.

*”Sydänpotilaalla on sydänhoitaja. Mielensterveyspotilaalla on mielensterveystoimisto. Alkoholisteilla on A-klinikka. Mut mihin nää ihmiset menee? En mä tiedä. Aika hurjalta se tuntuu tavalliselle ihmiselle sanoo, että: mee maanantaina mielensterveystoimistoon, kyllä ne siellä auttaa. Eihän hän hullu oo, hän ajattelee sen jälkeen.”*

### **”Kollegiaalinen tuki on tosi tärkeä...” Työympäristön vahvuudet ja puutteet**

Hoitajat kokivat ongelmalliseksi, ettei raiskatun potilaan hoitamiseen ole olemassa paikallista jatkohoito-ohjetta. Yksikön sisäinen protokolla ja tarkastuslista voisivat toimia valtakunnallisten ohjeiden tukena käytännön työssä. Tarve koulutukselle, tai lähinnä kertaukselle aiheesta nousi haastatteluissa esille. Esimerkiksi raiskauspakkiin tutustuminen ennalta nopeuttaisi hoitajien mielestä teknistä suorittamista kohtaamistilanteissa.

*”Vois luoda protokollan. Kaikista muistakin on kohta protokolla, niin miksei näistä ole? Että vastavalmistunut tai kymmenen vuotta alalla ollut hoitaja muistaa ne kaikki testit ja näytteet ja tuet ja jatkohoidon ja puhelinnumeron mihin hän soittaa.”*

Työtovereiden kollegiaalista tukea pidettiin hoitajien keskuudessa hyvänä; vuorossa olevien ja muiden osaston hoitajien kesken kyetään keskustelemaan toimintatavoista tai tapahtuneista tilanteista ja kysymään neuvoja. Haastatellut hoitajat eivät olleet käyttäneet työnantajan tarjoamaa tukea raiskatun kohtaamistilanteiden läpikäymiseksi. Työterveys sekä osastolla järjestettävä debriefing mainittiin kuitenkin mahdollisiksi tukitoimiksi tarpeen vaatiessa. Työnohjaus nähtiin yhtenä vaihtoehtona purkaa raskaita työkokemuksia, mutta resurssien ajateltiin olevan riittämättömät säännöllisen työnohjauksen järjestämiseksi. Haastatteluissa nousi esille, että raiskatun kohtaamisen voisi ottaa puheeksi osastotunnilla uusien työntekijöiden avuksi.

*”Kollegiaalinen tuki ja se, että pystyy niistä asioista keskusteleen oikeilla nimillä, on parasta tukea mitä vaan voi olla.”*

**”Siinä täytyy kaikki tuntoaistit olla herkkinä...” Oman persoonan kautta työskenteleminen**

Hoitajat pitivät tärkeänä valmiutenaan ammatillisuuden säilyttämisen ja provosoitumattomuuden esimerkiksi potilaan rauhattomasta käytöksestä huolimatta. Potilaan tuen – ja pidempiaikaisen seurannan tarpeen arviointia hoitajat pyrkivät tekemään pitkin prosessia intuitiivisesti.

*”Eihän potilas tarvi mielenterveystoimiston numeroo, vaan se tarvis jonkun muun. Olkapään, konkreettisen olkapään, eikä mitään numeroita.”*

Haastateltavat sanoivat ymmärtävänsä, miltä intimitetin ylitys tuntuu, ja pyrkivänsä siksi hoitamaan raiskattua hyvin hienotunteisesti, rehellisesti ja lisänöyryytykseltä suojellen. Tilanteeseen osallistuvaa henkilökuntaa pyrittiin minimoimaan ja olemaan itse tilanteessa mahdollisimman läsnä. Näillä keinoin hoitajat sanoivat suojaavansa raiskatun intimiteettiä ja luovansa luottamuksellista hoitosuhdetta. Haastateltavat uskoivat, että raiskatun kohtaaminen vaatii vahvoja henkisiä osaamistaitoja, kuuntelemisen, tukemisen ja neuvojen antamisen taitoa sekä kokonaisvaltaisuuden huomioimista.

*”Ja luottamus, että se potilas pystyy luottaan siihen hoitotyön tekijään. Ja kokee turvaliseks sen hoitotilanteen. Pystyy sen kaiken kiireen keskellä luomaan semmosen tunnelman, vaikutelman antaa, ei mulla oo mihinkään kiire.”*

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tieteellisen tutkimuksen tulee olla objektiivista. Tutkijan valinnat vaikuttavat aina tuloksiin, sillä tutkija valitsee tutkimuksen kohteena olevan ilmiön ja käytettävät menetelmät. Valintoihin vaikuttavat tutkijan ennakkoluulot, arvot ja asenteet. (Kananen 2008, 121.) Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi on välttämätöntä tutkimustoiminnan kannalta ja luo tutkimukselle vakaan pohjan. (Kylmä & Juvakka 2007, 127, 137).

### 6.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimus on eettisesti hyväksyttävää, jos se on suoritettu noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tutkimuksiin liittyy aina eettisiä valintoja, mutta ihmistieteissä ja etenkin haastattelussa ovat eettiset ongelmat läsnä läpi koko tutkimusprosessin (Hirsjärvi & Hurme 2010, 19). Tämä opinnäytetyö on tehty noudattaen hyviä eettisiä periaatteita. Työtä tehdessä on pyritty toimimaan rehellisesti ja huolellisesti, laadullisen tutkimuksen yleisesti hyväksytyjen ohjeistusten mukaan. Aihe on työelämälähtöinen, jolloin sen käsitteleminen on arvokasta käytännön työlle.

Eettisyys liittyy oleellisesti tutkimuksen laatuun. Näin ollen tutkijan tulee huolehtia esimerkiksi siitä, että tutkimussuunnitelma ja -raportti ovat laadukkaasti tehtyjä. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 127.) Opinnäytetyöstä tehtiin tutkimussuunnitelma, jonka perusteella haettiin tutkimuslupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Opinnäytetyön laatua lisää se, että käytetyt lähteet ovat luotettavia ja ajantasaisia. Muiden tutkijoiden työ ja saavutukset on otettu huomioon viittaamalla niihin opinnäytetyön raportissa asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Opinnäytetyössä lähteenä käytetyt tutkimukset on eritelty liitteessä 3 (taulukko 4).

Tutkimuksissa, jotka kohdistuvat ihmisiin on tärkeimpinä eettisinä periaatteina mainittu luottamuksellisuus, yksityisyys, informointiin perustuva suostumus ja seuraukset. Tutkimuksessa pyritään tuomaan esiin tutkittavien käsityksiä ja maailmankuvaa mahdollisimman totuudenmukaisesti, mutta haastateltavia suojellen. On huomioitava, että tutkija

vaikuttaa jo keruuvaiheessa saatavaan tietoon, ja tuloksissa on kyse tutkijan tulkinnoista. (Kylmä & Juvakka 2007, 154; Hirsjärvi & Hurme 2010, 20, 189.) Arkoja aiheita sisältävässä haastattelussa on eettisesti perusteltua esittää kysymykset haastateltaville ennalta. On mahdollista, ettei tiedonantaja suostu keskusteluun, ellei hän tiedä aihetta etukäteen. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 73.)

Opinnäytetyöhön esitettiin haastateltavia osastonhoitajan toimesta. Ennen haastattelujen alkua jaettiin haastateltaville saatekirje (liite 4) sekä heidän kanssaan sovittiin haastattelun osallistumisesta henkilökohtaisesti (liite 5). Vaikka kyseessä on arka aihe, esitettiin kysymykset vasta haastattelutilanteessa. Näin vältettiin hoitajien liiallinen valmistautuminen ja asian työstäminen etukäteen, jotta vastauksissa säilyisi autenttisuus. Koska haastateltavien joukko oli pieni, poistettiin opinnäytetyön tutkimusraportissa alkuperäisistä lainauksista ilmaisut, joiden avulla yksittäinen haastateltava olisi tunnistettavissa. Haastateltavien mielipiteet pyrittiin tuomaan opinnäytetyön raportissa esille sellaiseenaan, tiedostaen omien asenteiden olemassaolo. Haastatteluaineistot tuhottiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

## 6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida neljällä eri kriteerillä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Uskottavuudella tarkoitetaan tulosten luotettavuuden osoittamista haastateltujen kannalta; vain tutkittu henkilö voi antaa vahvistuksen tulosten paikkansapitävyydestä. Vahvistettavuudella pyritään siihen että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päätelmiä aineistosta johtopäätöksiin. Tulokset kuvataan siten, että lukija ymmärtää analyysin kulun, lisäksi muiden tutkijoiden tulisi päätyä samaan lopputulokseen tuloksia tulkitessaan. Refleksiivisyydellä arvioidaan tutkijan omaa vaikutusta tutkimustuloksiin kuvaamalla tutkimusprosessi tarkasti. Siirrettävyydellä pyritään osoittamaan, kuinka hyvin saadut tulokset ovat siirrettävissä muihin tapauksiin ja yhteyksiin. Siirrettävyyttä voidaan parantaa dokumentoimalla hyvin lähtötilanne ja tehdyt oletukset. (Kananen 2008, 126–127; Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198, 203–204.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita, mutta esimerkiksi aineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat, aineiston analyysi sekä raportointi ovat seikkoja joiden toteutusta on syytä miettiä huolella. Tutkijan tulee varmistaa, että raportista käy tarpeeksi selkeästi ilmi miten tutkimus on tehty, jotta lukija voi arvioida tutkimuksen tuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 140–141.) Laadullisessa tutkimuksessa tulee tutkittavien valintaan kiinnittää huomiota – heidän tulisi tietää ilmiöstä mahdollisimman paljon. Myös haastateltavien määrää tulisi miettiä, vaikka laadullinen tutkimus ei ensisijaisesti pyrikään tulosten yleistettävyyteen tai vastausten toistuvuuteen. (Kananen 2008, 37–38.) Aineiston luotettavuuteen vaikuttaa tallenteiden laatu sekä mahdollisimman nopea litterointi haastattelujen jälkeen (Hirsjärvi & Hurme 2010, 185).

Opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastatteluilla, jonka runko laadittiin opinnäytetyön tehtävien sekä viitekehyksen pohjalta. Haastattelurunko oli pääpiirteissään toimiva, ja jokaisesta asetetusta teemasta saatiin vastauksia (liite 1). Tarkentavat lisäkysymykset eivät kuitenkaan aina tuoneet toivottua lisäarvoa keskustelulle, ja tästä syystä osa tarkentavista kysymyksistä tiputettiin pois ennen toista haastattelua. Haastattelurungon testaaminen etukäteen olisi voinut lisätä opinnäytetyön luotettavuutta, mutta aiheen fokusoidun rajauksen vuoksi koettiin haastavaksi löytää sopiva koehaastateltava. Haastatteluilla hoitajilla oli erimittaista kokemusta akuuttihoitotyöstä, jolloin asiaan saatiin eri näkökulmia. Opinnäytetyön luotettavuutta vähentää tekijöiden kokemattomuus haastatteluista. Äänitetty aineisto litteroitiin heti haastattelujen jälkeen, jotta saadut vastaukset olivat tuoreessa muistissa.

Opinnäytetyön vahvistettavuutta lisää tarkka raportointi. Analyysin kulkua on pyritty selkiyttämään lukijalle erilaisin esimerkein ja kuvioin. Opinnäytetyön vahvistettavuutta vähentää tekijöiden kokemattomuus laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysistä. Tämä vaikutti siihen, että kerätystä aineistosta lähdettiin hakemaan tuloksia teoriaohjaavasti suoraan opinnäytetyön tehtäviin, eikä laadulliseen aineistoon osattu siten välttämättä heittäytyä tarpeeksi. Refleksiivisyyttä lisää se, että opinnäytetyön tekijöitä oli kaksi, jolloin mielipiteitä voitiin prosessin kuluessa vertailla. Näin liiallista omaa tulkintaa itsellekin ajatuksia herättävän aiheen käsittelyssä saatiin vältettyä. Sisällönanalyysin tulokset lähetettiin työelämäohjaajalle tarkastettavaksi ja kommentoitavaksi ennen pohdinnan kirjoittamista, jolla pyrittiin lisäämään uskottavuutta. Työelämältä ei saatu kor-

jausehdotuksia tuloksiin. Pohdinta-osiossa on tutkitun tiedon avulla perusteltu opinnäytetyön tuloksista tehtyjä oletuksia. Siirrettävyyttä on parannettu lisäksi kuvaamalla opinnäytetyön lähtötilanne hyvin. Opinnäytetyön tiedonantajien määrä oli vähäinen (n=3) jolloin vastausten toistuvuutta ei saavutettu. Siten on vaikea sanoa, olisivatko opinnäytetyön tulokset siirrettävissä muihin tapauksiin tai yhteyksiin.

### **6.3 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset**

Raiskatun kohtaaminen on hoitajalle haastavaa työkokemuksen pituudesta riippumatta. Onnistunut kohtaaminen ja avuntarjoaminen voivat auttaa raiskattua toipumisprosessissa, toisaalta epäonnistuessaan hidastaa ja estää eheytymistä. Tärkeää on antaa potilaalle kohtamistilanteessa oma paras tukensa. Tietoa aiheesta on hankala saada kirjojen tai koulutuksen kautta; vasta työkokemus ja koetut kohtamistilanteet opettavat oman toimintatavan löytämisessä.

Opinnäytetyön tuloksissa hoitajat eivät kokeneet omaavansa erityisiä ennakkokäsityksiä tyypillisestä raiskauksen uhrista. Kuitenkin koettiin, että raiskauksen uhri on yleisimmin nainen. Esimerkiksi Kamppilan (2011) mukaan raiskausmyytit esiintyvät suomalaisessa keskustelussa vielä 2000-luvulla: tällaiset myytit ja uskomukset voivat vaikuttaa raiskattuun suhtautumiseen. Raiskauksen voidaan uskoa esimerkiksi olevan traumaattisempi, jos tekijä on uhrille tuntematon. Raiskauksia voidaan jaotella myös "oikeisiin" raiskauksiin ja muihin tapahtumiin. (Kamppila 2011, 138, 139.) Opinnäytetyön tuloksissa nousi esiin hoitajien pohdinta siitä, ovatko kaikki raiskaukset todellisia. Littleton ym. (2007, 61) toteavat, että käytetyn väkivallan määrä voi olla yksi tekijä, joka helpottaa tapauksen mieltämistä ja nimeämistä raiskaukseksi.

Piispan ym. (2006, 45) väestökyselyssä tilannetta, jossa uhri ei voi kieltäytyä seksistä päihtymyksen vuoksi ei välttämättä mielletty seksiin painostamiseksi tai pakottamiseksi. Opinnäytetyöhön haastatellut hoitajat kokivat, että alkoholi oli osallisena suuressa osassa raiskaustapauksista. Päihtymystilaan ja sen vaikutuksiin voi liittyä monia raiskausmyyttejä, kuten että nainen ottaa päihtyessään riskin joutua raiskatuksi ja on näin ainakin joltain osin vastuussa tapahtuneesta (Kamppila 2011, 60). Opinnäytetyön tuloksissa



ei ilmennyt tällaista suhtautumista uhrin päihtyneisyyden tilan ja vastuullisuuden kesken, vaan raiskauksen todettiin olevan aina tekijän vika.

Raiskatun kohtaaminen voi herättää hoitajassa voimakkaita tunteita (Heiskanen-Haarala 2009, 16–17). Opinnäytetyöhön haastatelluilla hoitajilla nousi raiskatun potilaan kohtaamisessa esiin esimerkiksi äidillisyyden ja vertaisuuden tunteita. Maierin (2011) tutkimuksessa suuri osa hoitajista oli kokenut toissijaista traumatisoitumista sekä huolta raiskauksen uhrin selviämisestä sairaalasta lähtemisen jälkeen. Hoitajat kokivat työn olevan emotionaalisesti vaativaa ja toivat esiin loppuun palamisen tunteita. (Maier 2011, 165.) Opinnäytetyön tuloksissa hoitajat kokivat pystyvänsä siirtämään liialliset tunteensa sivuun raiskatun potilaan kohtaamistilanteissa. He eivät kokeneet raiskattuja muita potilasryhmiä emotionaalisesti haastavammiksi. Hoitajat kokivat työstä irrottumisen tärkeäksi työssä jaksamisen kannalta. Tietämättömyys uhrin jatkohoidon tai tuomion toteutumisesta oli kuitenkin asia, joka mietitytti jälkikäteen.

Haastatteluissa hoitajat ilmaisivat esimerkiksi työtilojen ja muiden ammattiryhmien kanssa työskentelyn vaikuttavan raiskatun potilaan kohtaamiseen. Lääkärien tai potilasta saattavien poliisien kanssa tehtävän yhteistyön koettiin pääasiallisesti sujuvan hyvin. Kuitenkin useamman ammattiryhmän osallisuus saman potilaan hoitoon voi aiheuttaa tiedonkulussa katkoksia; kun jokainen on vastuussa omasta erityisalastaan, voi kokonaisvastuu potilaan hoidosta jäädä ottamatta, jolloin hoitopolku ei ole selkeä. Tanskassa käytössä oleva malli hyödyntää eri ammattiryhmien välistä koulutusta, jolloin uhria hoidettaessa toimintatavat ovat yhteneväiset ja selkeät. Tällaisella koulutuksella voidaan parantaa yhteistyötä eri tahojen, kuten hoitajat ja poliisit, välillä. (Bramsen, Elklit & Nielsen 2009, 900.)

Akuuttitilanteessa tulee tarjota välitöntä suojaa ja ymmärrystä raiskattua kohtaan ja on tärkeää korostaa, ettei uhri itse ole vastuussa tapahtuneesta. Näytteiden otto on oleellista, mutta rikosilmoituksella ei ole kiire. Tapahtumien läpikäymisen tulee tapahtua potilaan ehdoilla, ilman painostusta, eikä uhrin mahdollisesta puhumattomuudesta tule loukkaantua. (Brusila 2001, 4196.) Opinnäytetyön haastatteluissa kävi ilmi, että raiskatun potilaan syyllisyyden tunteet ovat valtavia ja hoitajan on tärkeää yrittää vähentää näitä itesyytöksiä. Käytännön asioiden hoitamisen, kuten kirjaamisen ja rikosilmoituksen kannalta on tärkeää, että tapahtunut käydään tarkasti läpi raiskatun kanssa. Eri taval-

la traumaan reagoivien, esimerkiksi puhumattomien potilaiden kanssa raiskauksen läpikäyminen on kuitenkin haastavaa.

Akuuttivaiheessa potilas voi olla henkisesti tai fyysisesti huonossa kunnossa ja tämän vuoksi kykenemätön kertomaan odotuksistaan. Vaikka auttajien voi olla vaikeaa hahmottaa raiskatun odotuksia, tunnistetaan kuitenkin hänen tarpeensa tulla kuulluksi. Auttajien kokemusten mukaan uhrin odottavat saavansa apua jaksakseen eteenpäin ja saadaakseen toivoa selviytymisestä. (Turunen 2007, 57–59.) Opinnäytetyöhön haastatellut hoitajat kertoivat kohtaamistilanteessa tulkitsevansa parhaansa mukaan potilaan yksilöllistä tuen tarvetta esimerkiksi potilaan ulosannista, kehonkielestä ja reagoinnista hoitotoimenpiteisiin. Sairaanhoidajat kertoivat tunnistavansa potilaan tarpeen tulla kuulluksi ja uskotuksi. Haasteelliseksi koettiin, miten potilaalle viestitetään erilaisia asioita, kuten tulevaisuuden toivoa ja sitä että häntä tuetaan selviytymisessä ja toipumisessa.

Mattilan (2001) väitöskirjassa potilaiden turvallisuuden tunteen kokemiseen sisältyi fyysinen kosketus, kuten hoitajan kädestä pitäminen tai halaaminen. Turvallinen kosketus vahvisti kokemusta siitä, että hoitaja välitti potilaasta. (Mattila 2001, 69.) Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että osa raiskatuista potilaista kaipasi hoitajan kosketusta, kun taas osalle kosketus oli raiskatuksi tulemisen jälkeen hyvin epämieluisaa. Hoitajat kuvasivat hoitotoimenpiteisiin liittyvän pakollisen kosketuksen luovan ongelmatilanteita, joissa potilaalle tulee selittää tarkasti etukäteen, miksi ja mihin kosketaan. Hoitohenkilöstön keinoiksi itsemääräämisoikeuden edistämiseen lukeutuu potilaan ehdoilla eteneminen haastattelutilanteissa ja hoitotoimenpiteissä (Rinnekarri 2007, 90). Myös opinnäytetyön tuloksissa nousi esiin potilaan ehdoilla etenemisen tärkeys sekä potilaan oman tahdon toteuttaminen mahdollisuuksien mukaan.

Raiskatun kohtaaminen on hoitohenkilöstölle haastavaa ja aikaa vievää. Uhreja ei välttämättä tule yksittäiselle hoitajalle usein vastaan, joten toimintayksiköiden ohjeistukset ovat ratkaisevassa asemassa. Opinnäytetyöhön haastatellut hoitajat kertoivat raiskatun kohtaamisen harvuuden johtavan siihen, että rutiini tämän potilasryhmän hoitamisesta jää puuttumaan. Tämän vuoksi hoitajat kokivat, että esimerkiksi selkeät ohjeet, lisäkoulutus sekä hoitoprotokollan luominen voisivat antaa aikaa tekniseltä toimenpiteiden suorittamiselta potilaan kohtaamiseen. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä tähän tarpeeseen on rakennettu hoitoketju, joka selventää käytänteitä paitsi sairaanhoitopiirin henki-

löstölle, myös yhteistyötahoille: esimerkiksi poliisin on helppo toimia, kun ohjeistus on selkeä. (Immonen-Räihä ym. 2010, 3720.)

Todistusaineiston oikeellisen keräämisen ja säilytyksen kannalta hoitohenkilöstön koulutus on tärkeää. Akuuttitilanteessa uhrin hoidon ollessa ensisijaista, ei kouluttamaton hoitaja välttämättä kiinnitä huomiota mahdolliseen todistusaineistoon tai sen keräämisen tarpeeseen. (Eldredge 2010.) Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että raiskatun tutkimukset ovat aikaa vieviä ja vaativia. Todistusaineiston tärkeys ymmärrettiin, ja sitä hahutettiin kohdella huolella. Osastolle toivottiin tutustuttavaksi raiskauspakkia, jotta todistusaineiston kerääminen olisi sujuvampaa.

Kiiltomäen ja Muman (2007) mukaan työssäjaksaminen tulisi huomioida jo organisaatiotasolla. Hyvä koulutus, työilmapiiri ja työnohjaus ovat keskeisiä tekijöitä kriisitilanteita kohtaavien sairaanhoitajien työhyvinvoinnin kannalta. (Kiiltomäki & Muma 2007, 46.) Maierin (2011) tutkimuksessa kaikilla raiskattuja potilaita kohdanneilla hoitajilla oli selviämiskeinoja kokemuksiensa käsittelyyn. Hoitajat kokivat tärkeänä selviytymiskeinona muun muassa keskustelut muiden hoitajien kanssa ja keskustelut työryhmän kesken. (Maier 2011, 165, 168.) Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että hoitajat kokivat riittäväksi työnohjaukseksi mahdollisuuden hakeutua työterveyteen keskustelemaan mieltä painavista asioista. Osastolla järjestetään tarvittaessa purkutilanteita. Opinnäytetyöhön haastatellut hoitajat kokivat tärkeimpänä tukena kollegiaalisen tuen ja keskustelut työtovereiden kesken. Resurssien puitteissa hoitajat kokivat, ettei säännöllisiä työnohjaustilanteita ole mahdollista järjestää, vaikkakin tällaisesta voisi olla hyötyä.

Sairaanhoitajalla tulee olla kriisityön perusvalmiudet, valmius ohjata kriisin kohdannut potilas jatkohoitoon sekä tietoa alueellisista palveluista joita tarjota potilaalle (Kiiltomäki & Muma 2007, 40). Poijula (2005, 1588) sanoo, että apua on järjestettävä, koska raiskattujen ei voida olettaa kykenevän itsenäisesti arvioimaan avun tarvettaan tai osaa hakeutua jatkohoitoon. Tiedot palveluista ja seurannasta tulee antaa myös kirjallisesti (Ylikomi & Punamäki 2007). Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että jatkohoidon ohjaaminen koettiin sekä hyvin tärkeäksi että haastavaksi. Alueellisia palveluita oli tiedossa, mutta raiskattujen potilaiden hakeutuminen ja sopiminen kyseisiin jatkohoitopaikkoihin koettiin epävarmana. Kirjallista ohjetta jatkohoitopaikoista ei haastateltujen mukaan osastolla ole, joka asettaa lisähaastetta sekavassa tilassa olevan uhrin ohjaami-

selle. Brusilan (2008) mukaan raiskausuhrin jatkohoidon järjestäminen ”saattaen vaihdettavana” olisi tärkeää hoidon turvaamisen kannalta. Ihanteellista olisi, jos voitaisiin valmiiksi varata aika seuraavaan hoitopaikkaan jo olemassa olevan hoitoketjun kautta. (Brusila 2008, 53.)

Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää akuuttiosaston sairaanhoitajien kokemuksia raiskatun potilaan kohtaamisesta. Tehtävinä oli myös selvittää sairaanhoitajien ennakkokäsityksiä aiheesta sekä heidän valmiuksistaan hoitaa tätä potilasryhmää. Opinnäytetyön haastatteluissa saatiin kerättyä hyvin aineistoa. Aineiston avulla pystyttiin vastaamaan asetettuihin tutkimustehtäviin, sekä tarkastelemaan tuloksia aiempaan tutkimustietoon verraten. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää sairaanhoitajien valmiuksia raiskatun potilaan kohtaamiseen ja lisätä tietämystä aiheesta. Opinnäytetyöllä saatiin tuotettua yhteistyöosastolle tietoa osaston sairaanhoitajien kokemuksista omista valmiuksistaan sekä siitä, miten raiskatun potilaan kohtaamista akuuttiosastolla voidaan kehittää.

Opinnäytetyön tekijöiden tutkimuksen lukutaito ja tiedonhaun taito kehittyivät opinnäytetyöprosessin kuluessa. Teoriaosuutta kirjoitettaessa tekijät perehtyivät laajasti aiheesta aiemmin tutkittuun tietoon. Laadukkaalla teoriaosuudella pyrittiin varmistamaan, että työlle asetettuun tavoitteeseen saataisiin vastattua. Tietämys kvalitatiivisen tutkimuksen tekemisestä ja laadullisen tutkimuksen peruspiirteistä lisääntyi. Opinnäytetyön tekijöiden valmiudet kohdata traumaattisen tilanteen läpikäynyt potilas karttui teoriaosaa kirjoittaessa ja haastatteluissa saatuja tuloksia pohtiessa.

#### **6.4 Kehittämisehdotukset**

Opinnäytetyötä suunnitellessa yhteistyöosaston edustaja toivoi kvalitatiivista opinnäytetyötä esimerkiksi tuotoksen sijaan, sillä koettiin että raiskatun potilaan hoitamiseen on olemassa selkeät valtakunnalliset ohjeet. Kuitenkin haastatteluissa nousi esiin sairaanhoitajien tarve osaston sisäisen ohjeen ja hoitoprotokollan luomiseen. Raiskatun potilaan kohtaamisia tulee yhdelle akuuttihoitajalle harvoin vastaan. Etenkin uusille työntekijöille tarkastuslista työtehtävistä olisi hoitotilanteissa hyvä tuki osaamiselle. Tiedon keskittäminen alueellisista jatkohoitopalveluista ohjelehtisen muotoon helpottaisi eteen-

päin ohjaamista. Ohjelehtisen voisi antaa myös potilaalle muistin tueksi ja helpottamaan jatkohoitoon hakeutumista.

Tämän opinnäytetyön perusteella raiskatun potilaan kohtaamisesta kaivataan lisäkoulutusta. Esimerkiksi raiskauspakkiin tutustuminen etukäteen osastotunnin aikana voisi tuoda hoitajille varmuutta todellisissa raiskatun kohtaamistilanteissa. Vaikka opinnäytetyön tuloksissa ei ilmennyt sairaanhoitajien kokevan sijaistraumatisoitumista raiskatun potilaan kohtaamisista, voidaan aiemmin tuotetun tutkimustiedon perusteella sanoa että raiskatun kohtaaminen voi olla hoitajalle kuluttava kokemus. Jatkotutkimusehdotuksena opinnäytetyölle on selvittää akuuttiosaston hoitajien tarvetta keskustella ja purkaa emotionaalisesti raskaita työkokemuksia. Akuuttihoitotyön luonteen vuoksi hoitajien olisi hyvä tunnistaa itsessään hyvissä ajoin mahdollisia työuupumuksen merkkejä.

## LÄHTEET

- Abbey, A., Parkhill, M. & Koss, M. 2005. The effects of frame of reference on responses to questions about sexual assault victimization and perpetration. *Psychology of Women Quarterly*, 29(2005), 364–373.
- Anderson, I. 2007. What is a typical rape? Effects of victim and participant gender in female and male rape perception. The British Psychological Society. *British Journal of Social Psychology* 46, 225–245.
- Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta. Ammatillisia kohtaantumisia sosiaali- ja hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja.
- Bramsen, RH., Elklit, A. & Nielsen, LH. 2009. A Danish model for treating victims of rape and sexual assault: the multidisciplinary public approach. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 2009 Dec; 18(8), 886–905.
- Brusila, P. 2001. Seksuaalinen väkivalta ja sen kohtaaminen. *Suomen Lääkärilehti* 41/2001 vsk 56, 4195–4197.
- Brusila, P. 2006. Uhrin näkökulma. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 333–341.
- Brusila, P. 2008. Parisuhdeväkivallan kohtaaminen vastaanotolla. *Duodecim* 2008; 124: 50–5.
- Campbell, R. 2001. Mental health services for rape survivors. Minnesota Center Against Violence and Abuse. Luettu 4.2.2013.  
<http://www.mincava.umn.edu/documents/commissioned/campbell/campbell.html>
- Duma, S., Mekwa, J. & Denny, L. 2007. Women's journey of recovery from sexual assault trauma: a grounded theory. *Curationis*, 2007 Dec; 30(4): 4–20.
- Eldredge, K. 2010. Forensics in the trauma setting. *On the Edge*, 2010 Spring; 16(1): 3p.
- Flick, U. 2009. *An Introduction to Qualitative Research*. Fourth edition. London: Sage Publications Ltd.
- Flinck, A. 2006. Parisuhdeväkivalta naisen ja miehen kokemana. Rikottu lemменmarja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Hanhirova, M. 2012. Väkivaltaa kokeneen naisen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Julkaistu 25.6.2012. Luettu 21.7.2013. [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi).
- Harju, A. 2001. Naisten kokemuksia seksuaalisesta väkivallasta parisuhteessa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Heiskanen-Haarala, I. 2009. RAP-kansiossa on tarvittava tieto raiskatun akuuttihoitoon. Asiallinen suhtautuminen ja hyvä akuuttihoito auttavat raiskauksen uhria toipumisen alkuun. *Sairaanhoitaja* 82(1), 16–17.

Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 2011. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 257–281.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Uudistettu 15.painos. Helsinki: Tammi.

Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 41–59.

Immonen-Räihä, P., Klami, R., Bildjuschkin, K., Rantanen, T., Koskinen, K., Taiminen, T., Kauhava, L. & Tunturi, T. 2010. Tasavertaisuutta ja tukea raiskauksen uhreille. *Suomen Lääkärilehti* 45/2010 vsk 65, 3720–3722.

Kamppila, K. 2011. Mikset kieltäydy. Tutkimus raiskauksiin liittyvistä asenteista. Lapin yliopisto. Sosiologian laitos. Pro gradu.

Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 93.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ketola, T. 2006. Työntekijän valmiudet. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 60–68.

Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007. Tässä ja nyt. Sairaanhoitaja tekee kriisityötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita.

Lampinen, P. 2007. Raiskattu mies. Tutkimus miehiin kohdistuvasta seksuaalisesta väkivallasta. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Pro gradu.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 21-43.

Littleton, H, Rhatigan, D. & Axsom, D. 2007. Unacknowledged Rape: How Much Do We Know About the Hidden Rape Victim? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*; 2007, Vol.14 Issue 4, 57–74.

Lönnqvist, J. 2011. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 47–69.

Maier, S. 2011. The emotional challenges faced by Sexual Assault Nurse Examiners: "ER is stressful on a good day without rape victims". *Journal of Forensic Nursing* 2011 Dec; 7 (4): 161–72.

Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Piispa, M., Heiskanen, M., Kääriäinen, J. & Sirén, R. 2006. Naisiin kohdistunut väkivalta 2005. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 225.

Pikarinen, U. & Halmesmäki, E. 2003. Naisiin kohdistuva väkivalta. *Duodecim* 2003;119(5), 389–394.

Pojjula, S. 2005 Kriisityöstä psyykkisen trauman hoitoon. *Suomen Lääkärilehti* 14/2005 vsk 60, 1587–1589.

Polit, D. & Beck, C. 2008. *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. 7<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Poulin, P., Mackenzie, C., Soloway, G. & Karayolas, E. 2008. Mindfulness training as an evidenced-based approach to reducing stress and promoting wellbeing among human services professionals. *International Journal of Health Promotion & Education*. Volume 46 Number 2/2008, 35–43.

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

Raijas, R. 2000. Raiskaustrauma. Uhrin ja tekijän suhteen laadun ja trauman vakavuuden yhteys selviytymiskeinoihin ja hyvinvointiin sekä selviytymiskeinojen ja niiden muutoksen yhteys hyvinvointiin. Helsinki: Stakes.

Raijas, R. 2003. Seksuaalisen väkivallan trauma. Teoksessa Kaukonen, M. (toim.) *Seksuaalinen väkivalta ja hyväksikäyttö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 33–46.

RAP. 2010. Raiskatun akuuttiapu. Seksuaalista väkivaltaa kokeneen akuuttiapu terveydenhuollon toimipisteissä. Luettu 15.11.2012. <http://www.tukinainen.fi/Rap02.pdf>

Rinnekarri, S. 2007. Potilaan yksityisyyden huomioiminen osastohoidon aikana. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Pro gradu.

Rikoslaki 24.7.1998/563.

Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja.



- Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima.
- Silver, R. 2003. Oikeudellisia näkökohtia seksuaalirikoksiin. Teoksessa Kaukonen, M. (toim.) Seksuaalinen väkivalta ja hyväksikäyttö. Jyväskylä: PS-kustannus, 23–32.
- Sipilä, T., Kankkunen, P., Suominen, T. & Holma, T. 2007. Fokusryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa: esimerkkinä tutkimus ITE-itsearviointimenetelmän käytöstä johtamisen työvälineenä. *Hoitotiede* 6/2007 vol. 19, 305–313.
- STM. 2008. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveystoimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2008:9.
- STM. 2010. Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010:5.
- Suomen virallinen tilasto. 2012. Poliisin tietoon tulleet rikollisuudet. 4. vuosineljännes 2011. Helsinki: tilastokeskus. Julkaistu 20.01.2012. Luettu 15.11.2012. [http://tilastokeskus.fi/til/polrik/2011/04/polrik\\_2011\\_04\\_2012-01-20\\_tie\\_001\\_fi.html](http://tilastokeskus.fi/til/polrik/2011/04/polrik_2011_04_2012-01-20_tie_001_fi.html)
- Testa, M., VanZile-Tamsen, C., Livingston, J. & Koss, M. 2004. Assessing Women's Experiences of Sexual Aggression Using the Sexual Experiences Survey: Evidence for Validity and Implications for Research. *Psychology of Women Quarterly*, 28 (2004), 256–265.
- Tiitinen, A. 2012. Raiskaus. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 18.9.2012. Luettu 25.7.2012. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_osio=&p\\_artikkeli=dlk00880&p\\_haku=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00880&p_haku=)
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Turunen, P. 2007. Seksuaalisen väkivallan uhrin hyvä auttaminen ja sen esteet. Näkökulmia uhrien ja heidän auttajiansa kohtaamisiin. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Pro gradu.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.
- Virolainen, L. & Ryttyläinen-Korhonen, L. 2011. Seksuaaliohjaus ja -neuvonta päiivystyshoitotyössä. Teoksessa: Ritamo, M., Ryttyläinen-Korhonen, K. Saarinen, S. (toim.) Seksuaalineuvonnan tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 27/2011, 173–176.
- Ylikomi, R. & Punamäki, R-L. 2007. Raiskaustrauma II: Raiskauksen uhrin psyykkinen akuuttihoito ja hoitopolun rakentaminen. *Suomen Lääkärilehti* 2007;62(9), 877–883.

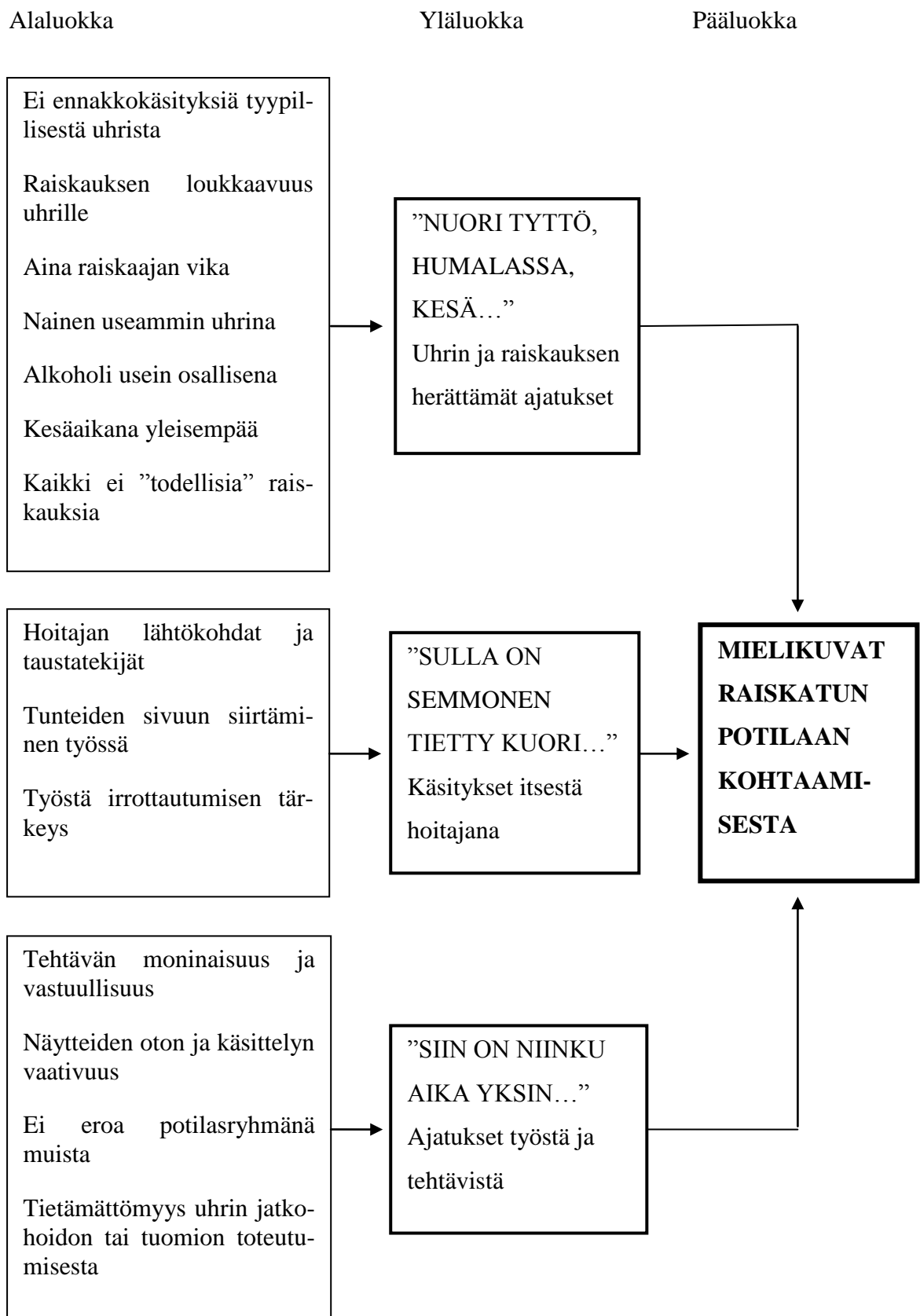
## LIITTEET

### Liite 1. Teemahaastattelurunko

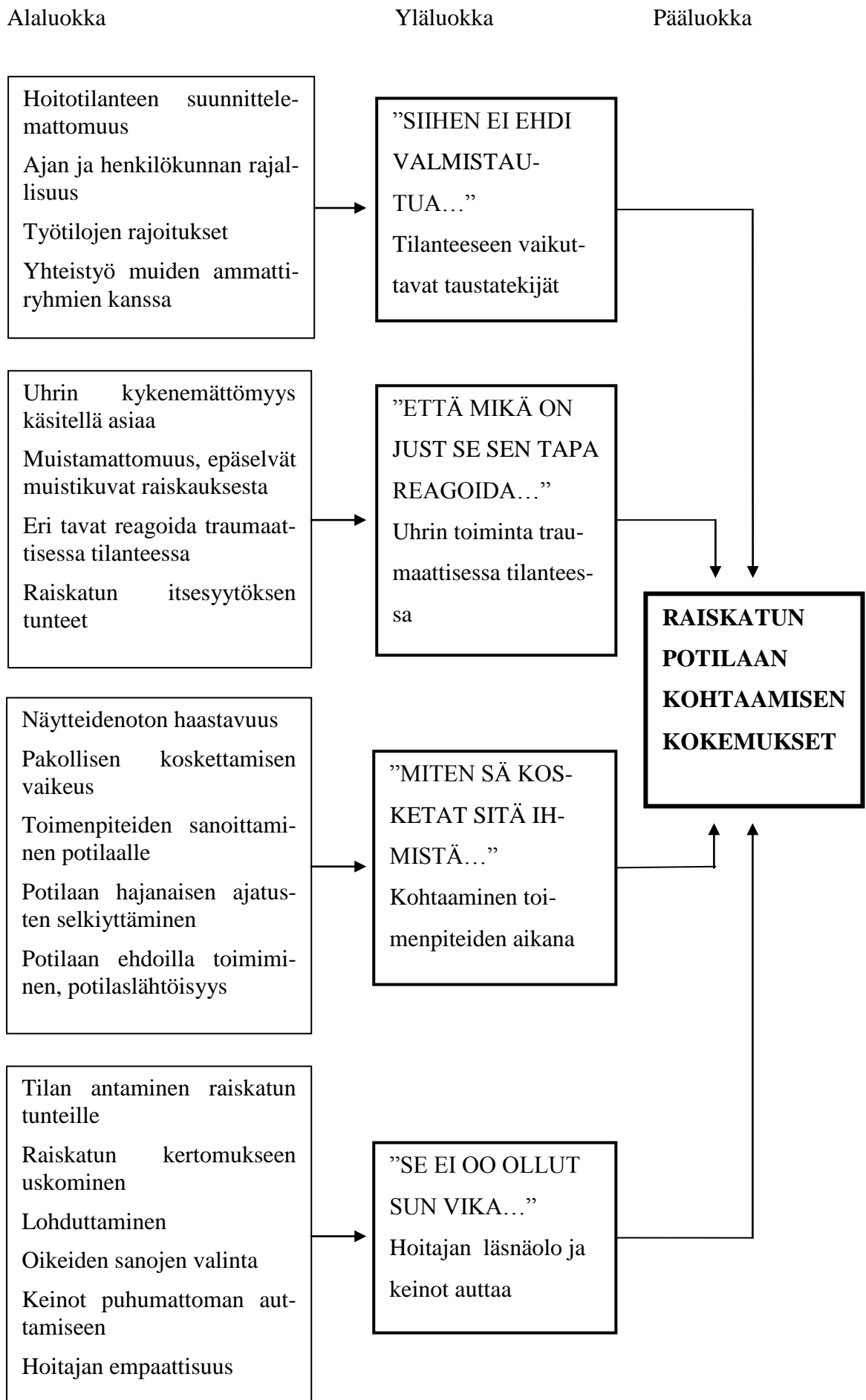
1. Ennakkokäsitykset ja –ajatukset raiskatun potilaan kohtaamisesta
  - ajatukset, mielikuvat, ennakko-odotukset uhrista tai tapauksista
  - ”tyypillinen uhri”
  - työkokemuksen vaikutus kuvaan
  
2. Millaisena raiskatun potilaan hoitaminen koetaan
  - haastavuudet
  - trauman vaiheiden vaikutus
  
3. Tärkeimpinä koetut asiat raiskatun potilaan hoidossa
  - akuuttihoitotyössä oleellisinta
  - emotionaalinen tukeminen
  - eteenpäin ohjaaminen
  
4. Valmiudet hoitaa raiskattua potilasta
  - omat koetut vahvuudet työssä
  - työpaikan tuki
  
5. Työssä jaksaminen
  - potilasryhmän rankkuus
  - asioiden käsittely työyhteisössä
  - miten paljon asiat mietityttää
  
6. Kehitysehdotukset
  - itselle
  - työpaikalle (koulutus, tilanteiden jälkipuinti)

## Liite 2. Aineiston analyysin eteneminen

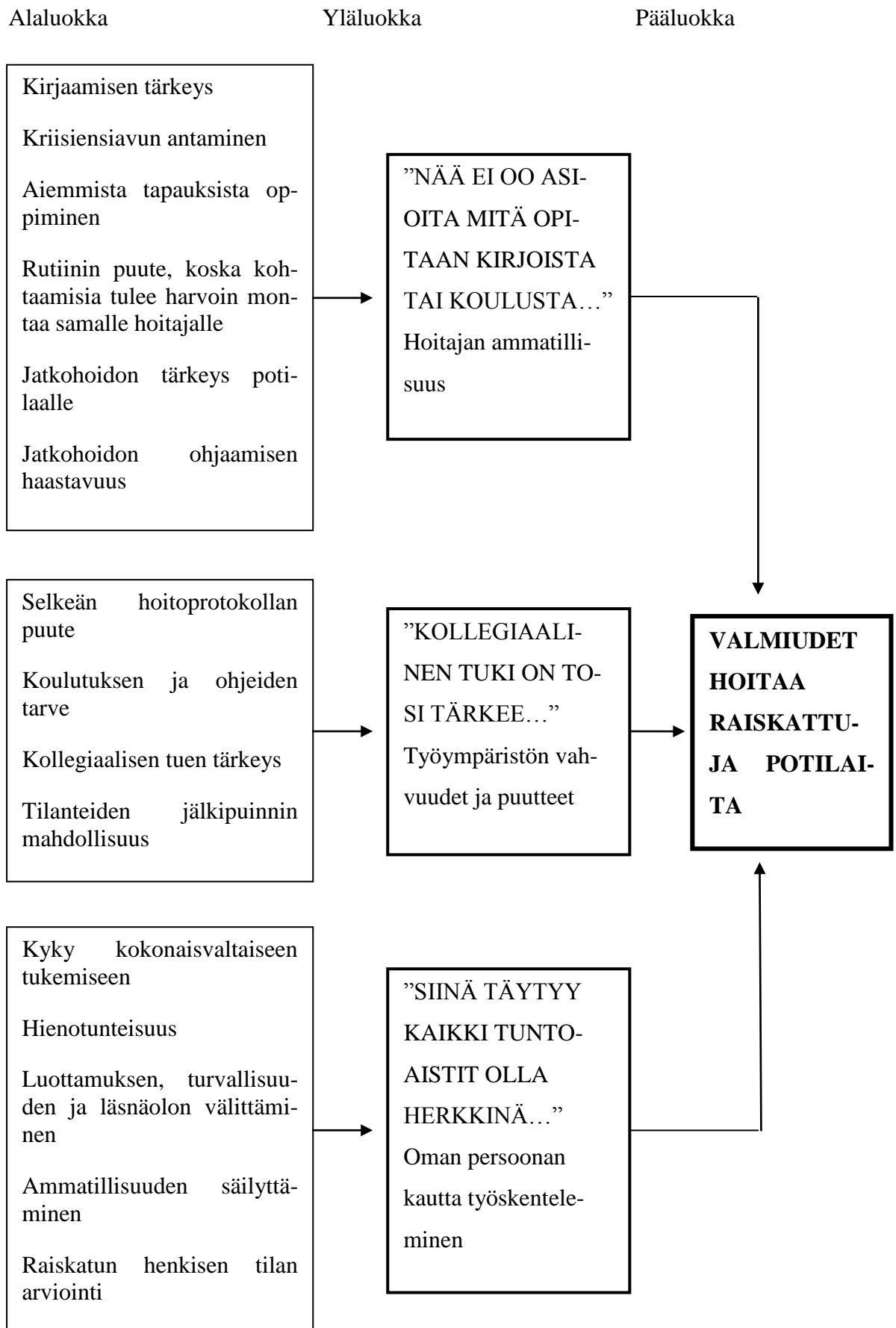
1 (3)



KUVIO 2a. Aineiston analyysi ennakkokäsitykset



KUVIO 2b. Aineiston analyysi kohtaaminen



KUVIO 2c. Aineiston analyysi valmiudet

TAULUKKO 4. Tutkimustaulukko

Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Abbey, Parkhill &amp; Koss (2005)</p> <p>The effects of frame of reference on responses to questions about sexual assault victimization and perpetration</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Selvittää, vaikuttaako kysymyksen asetelu tilastollisesti vastaajien seksuaaliväkivallan kokemukseen ja selvittää, tuovatko lisäkysymykset päihhteistä tai sanallisesta pakotamisesta tietoon tapauksia, jotka muuten olisivat jääneet huomiotta.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Nais- ja miesopiskelijat</p> <p>N=307/166</p> <p>Kyselykaavakkeet Kvantitatiivinen sisällönanalyysi</p>	<p>Kysymyksen muotoilu vaikuttaa sanallisesti tai fyysisesti pakotetun seksin muistamiseen.</p>
<p>Anderson (2007)</p> <p>What is a typical rape? Effects of victim and participant gender in female and male rape perception</p>	<p>Tutkia tämänhetkistä mielipidettä naisiin ja miehiin kohdistuvista raiskauksista: ajatellaanko niitä tutun vai tuntemattoman tekijän tekemiksi, ja riippuvatko nämä mielipiteet tutkimukseen vastaajan sukupuolesta. Ennakkoajatuksena oli, että vastaajat olettaisivat naisten joutuvan tutun -, ja miesten tuntemattoman raiskaajan uhriksi.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Alemman korkeakoulututkinnon yliopisto-opiskelijat</p> <p>N=119 (62 naista, 57 miestä)</p> <p>Avoin kyselylomake</p>	<p>Toisin kuin ennakkoon ajateltiin, tyypillinen naisen kokema raiskaus ajateltiin enemmän vieraan kuin tutun ihmisen toteuttamaksi.</p> <p>Miehiin kohdistuvat raiskaukset määriteltiin toisin kuin tuttavavieras -näkökulmasta, esimerkiksi uhrin/raiskaajan seksuaalinen suuntautuminen, jotka olivat virheellisiä, seksistisiä ja homofobisia.</p>

Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Duma, Mekwa &amp; Denny (2007)</p> <p>Women's journey of recovery from sexual assault trauma: a grounded theory</p> <p>Research Article</p>	<p>Tutkia seksuaaliväkivaltaa kokeneiden naisten toipumista ensimmäisen kuuden kuukauden aikana.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Seksuaalista väkivaltaa kokeneet naiset</p> <p>N=10</p> <p>Pitkittäistutkimus Syvähaastattelu Induktiivinen ja deduktiivinen sisällön analyysi</p>	<p>Toipumiskokemus on yksilöllinen ja siihen vaikuttavat monet asiat, kuten henkilöhistoria, ihmissuhteet, sekä perheen, yhteisön ja yhteiskunnan tuen määrä.</p>
<p>Flinck (2006)</p> <p>Parisuhdeväkivalta naisen ja miehen kokemana. Rikottu lemmentarja.</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Kuvata naisen ja miehen parisuhdeväkivallan kokemuksia sekä tuottaa parisuhdeväkivallan kokemusten merkityksiä kuvaava yleinen merkitysrakenne.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Miehiä ja naisia, joilla oli kokemusta joko omasta tai kumppanin väkivaltaisuudesta tai molemmista parisuhteessa</p> <p>N=34</p> <p>Avoin haastattelu Fenomenologis-eksistentiaalinen analyysi</p>	<p>Saadun tiedon avulla voidaan ymmärtää miehen ja naisen kokemuksia parisuhdeväkivallasta.</p> <p>Tulokset hahmottavat parisuhdeväkivallan yleisen merkitysrakenteen.</p>

Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Harju (2001)</p> <p>Naisten kokemuksia seksuaalisesta väkivallasta parisuhteessa</p> <p>Pro gradu</p>	<p>Tutkia naisten kokemuksia seksuaalisesta väkivallasta ja sen vaikutuksista parisuhteessa, saamastaan avusta ja tuesta ja selviytymisestäään väkivallan kokemuksista.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Seksuaalista väkivaltaa parisuhteessa kokeneet naiset</p> <p>N=7</p> <p>Avoin haastattelu</p> <p>Kvalitatiivinen sisällön analyysi</p>	<p>Naisiin kohdistuva seksuaalinen väkivalta on usein pitkään salattu, naista ja perhettä monin tavoin traumatisoiva perheväkivallan muoto.</p> <p>Sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstö tarvitsee lisävalmiuksia tunnistukseen ja auttaukseen seksuaalisesta väkivallasta kärsiviä naisia ja heidän perheitään.</p>



Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Kamppila (2011)</p> <p>Mikset kieltäydy. Tutkimus raiskauksiin liittyvistä asenteista.</p> <p>Pro gradu</p>	<p>Selvittää, millaisia asenteita ihmisillä on raiskaukseen liittyen sekä sitä, miten raiskaukseen liittyvät myytit ja stereotypiat oikeuttavat raiskaajaa poikkeamaan yhteiskunnassa vallitsevista normeista.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Amnestyn Asenne esiin –kampanjan aikana toteutettu katuhaastattelu sekä sitä seurannut keskustelu kolmella internetin keskustelusivustolla</p> <p>N=1642 (katukysely), lisäksi 459 internetin keskustelupalstan viestiä</p> <p>Kyselylomakkeet Sisällönanalyysi, faktorianalyysi ja ryhmittelyanalyysi</p>	<p>Seksuaalisesta väkivallasta ja raiskauksista keskustellessa käytetään yhä 2000-luvulla paljon raiskausmyyttejä ja stereotypioita.</p> <p>Joidenkin vastaajien mukaan raiskauksessa on kyse seksistä, jolloin raiskaus ei ole uhrille vakava tapahtuma. Tuntemattoman tekijän raiskauksia pidettiin uhrille traumaattisempina kuin tutun tekemiä raiskauksia. Kirjoituksissa kuvastui myös raiskausten jaottelu ”oikeisiin” raiskauksiin ja muihin tapahtumiin.</p> <p>Raiskausmyyttien ja stereotyyppien avulla raiskaajan yhteiskunnallisten normien rikkomista puolustellaan ja samalla siirretään vastuuta tapahtuneesta uhrille.</p>

Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Lampinen (2007)</p> <p>Raiskattu mies. Tutkimus miehiin kohdistuvasta seksuaalisesta väkivallasta.</p> <p>Pro gradu</p>	<p>Tarkastella mieheyden ja maskuliinisuuden ja seksuaalisen väkivallan yhteyttä.</p>	<p>Käsitteanalyysi sekä kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Seksuaalinen väkivalta käsittää erilaisia asioita, joista lakiterminäkin käytetty raiskaus on yksi. Seksuaalista väkivaltaa voi tapahtua myös ilman fyysistä kontaktia. Seksuaalinen väkivalta esimerkiksi parisuhteessa voi olla alistavaa, toisen itsetuntoa nujertavaa, verbaalista väkivaltaa.</p>
<p>Maier (2011)</p> <p>The emotional challenges faced by Sexual Assault Nurse Examiners: “ER nursing is stressful on a good day without rape victims”</p> <p>Original article</p>	<p>Tutkia SANE (Sexual Assault Nurse Examiner) -hoitajien kokemuksia toissijaisesta traumatisoitumisesta ja loppuun palamisesta raiskaushien kanssa työskennellessä, sekä heidän selviytymiskeinojaan näiden vähentämiseksi.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>SANE (Sexual Assault Nurse Examiner) -hoitajat</p> <p>N=39</p> <p>Induktiivinen sisällön analyysi</p>	<p>Suurin osa hoitajista oli kokenut toissijaista traumatisoitumista, huolta uhrien selviämisestä sairaalasta lähtemisen jälkeen ja loppuun palamisen tunteita.</p> <p>Kaikilla hoitajilla oli selviämiskeinoja kokemusten käsittelyyn, tärkeänä koettiin keskustelut muiden hoitajien kanssa ja työryhmän kesken.</p>

Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Mattila (2001)</p> <p>Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen.</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Kehittää käsitejärjestelmä potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta.</p>	<p>Grounded theory</p> <p>Sisätauti- ja kirurgisten osastojen hoitajat ja potilaat</p> <p>N=100</p>	<p>Tutkimuksen tuloksena vuorovaikutusta kuvattiin seitsemän kategorian avulla:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus</li> <li>2)aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä</li> <li>3)potilaan ja hoitajan läheisyys</li> <li>4)välittämisen kokeminen</li> <li>5)vahvistuminen</li> <li>6)tunnekokemuksen jakaminen</li> <li>7)vuorovaikutuksen ympäristö.</li> </ol>
<p>Piispa, Heiskanen, Kääriäinen &amp; Sirén (2006)</p> <p>Naisiin kohdistunut väkivalta 2005.</p> <p>Väestökysely</p>	<p>Selvittää miesten naisille tekemää väkivaltaa.</p>	<p>Väestökysely</p> <p>Suomalaiset naiset</p> <p>N=4464</p> <p>Strukturoitu kyselykaavake</p>	<p>Vuosina 1997 ja 2005 tehdyt väestökyselyt osoittavat, että naisiin kohdistuvan väkivallan yleisyydessä ei ole tapahtunut suuria muutoksia. Väkivallan rakenteessa on tapahtunut pieni muutos.</p>

Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Poulin, Mackenzie, Soloway &amp; Karayolas (2008)</p> <p>Mindfulness training as an evidenced-based approach to reducing stress and promoting well-being among human services professionals.</p> <p>Tutkimusartikkeli kahdesta eri tutkimuksesta.</p>	<p>1. tutkimus: Selvitää, eroaako mindfulness-tekniikka perinteisestä rentoutuksesta hoitajien stressin hoidossa.</p> <p>2. tutkimus: Toisintaa ensimmäisen tutkimuksen tulokset koulutuksen ohessa pidettävällä mindfulness-kurssilla opettaja opiskelijoiden keskuudessa.</p>	<p>Näennäiskokeellinen, kvantitatiivinen.</p> <p>N=40/N=44</p> <p>Kyselylomakkeet</p> <p>Kvantitatiivinen sisällönanalyysi</p>	<p>1. tutkimus: Sekä mindfulness-tekniikalla ja perinteisellä rentoutustekniikalla oli positiivisia vaikutuksia elämäntyytyväisyyteen ja rentouteen, mindfulness-tekniikalla erityisesti henkiseen väsymykseen.</p> <p>2. tutkimus: mindfulness kurssille osallistuneet kokivat suurempaa tyytyväisyyttä elämään ja opetuksen tehokkuutta, kuin kontrolliryhmä.</p>
<p>Raijas (2000)</p> <p>Raiskaustrauma. Uhrin ja tekijän suhteen laadun ja trauman vakavuuden yhteys selviytymiskeinoihin ja hyvinvointiin sekä selviytymiskeinojen ja niiden muutoksen yhteys hyvinvointiin.</p> <p>Pro gradu</p>	<p>Selvittää raiskaustrauman luonteen yhteyttä uhrin selviytymiskeinoihin ja hyvinvointiin, sekä selviytymiskeinojen ja niiden muutoksen yhteyttä hyvinvointiin.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>N=32</p> <p>Prospektiivinen kyselytutkimus</p> <p>Kyselylomake</p> <p>Strukturoitu haastattelu</p>	<p>Suhteen laatu ei ole yhteydessä oireisiin tai selviytymiskeinoihin.</p> <p>Trauman vakavuus on yhteydessä ylivirittyneisyyteen, ahdistuneisuuteen ja univaikeuksiin (trauman vakavuuden keskiryhmään kuuluvilla eniten oireita).</p> <p>Runsas kognitiivisten, itsetuhoisten ja ahdistuneiden selviytymiskeinojen käyttö on yhteydessä korkeaan oireiden määrään.</p> <p>Itseilmaisu on ainoa selviytymiskeino, jonka käytöllä on yhteys korkeaan hyvinvointiin.</p>

Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Rinnekarri (2007)</p> <p>Potilaan yksityisyyden huomioiminen osastohoidon aikana</p> <p>Pro gradu</p>	<p>Selvittää potilaiden, hoitajien ja lääkäreiden käsityksiä ja kokemuksia siitä, miten potilaan yksityisyys, sen säätelminen ja huomioiminen ilmenevät potilaan ja terveydenhuollon asiantuntijoiden välisissä vuorovaikutustilanteissa osastolla.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>N=11</p> <p>Teemahaastattelu</p> <p>Aineistolähtöinen sisällön analyysi</p>	<p>Potilaan yksityisyys liittyy vahvasti hallinnan tunteen säilymiseen.</p>
<p>Rosqvist (2003)</p> <p>Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla.</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Kuvata suomalaisten potilaiden kokemuksia yksityisyyden säätelystä sairaalassa henkilökohtaisen tilan avulla.</p>	<p>Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen</p> <p>N=250 (strukturoidu haastattelu)</p> <p>N=25 (havainnointi)</p> <p>Tilastolliset menetelmät</p> <p>Sisällönanalyysi</p>	<p>Potilaiden itsemääräämisoikeus suhteessa omaa kehoa koskeviin hoitotoimenpiteisiin toteutui parhaiten nuorten ja enemmän koulutettujen potilaiden kohdalla.</p>
<p>Testa, VanZile-Tamsen, Livingston &amp; Koss (2004)</p> <p>Assessing women's experiences of sexual aggression using the sexual experiences survey: Evidence for validity and implications for research.</p> <p>Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tutkia muokatun SES (Sexual Experiences Survey) -kyselyn kykyä määrittää seksuaalista uhriutumista.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Naiset</p> <p>N=1014</p> <p>Kyselylomake ja haastattelu</p> <p>Kvantitatiivinen sisällönanalyysi</p>	<p>Tulokset viittaavat siihen, että SES-taulukko sopii hyvin seksuaalisen aggressiion esiintyvyyden tarkasteluun.</p>

Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>Turunen (2007)</p> <p>Seksuaalisen väkivallan uhrin hyvä auttaminen ja sen esteet. Näkökulmia uhrien ja heidän auttajiensä kohtaamiin.</p> <p>Pro gradu</p>	<p>Selvittää, miten seksuaalisen väkivallan uhri voi tulla autetuksi suomalaisissa palvelujärjestelmissä. Analysoida, mistä hyvä auttaminen seksuaalisen väkivallan uhrien kohdalla koostuu. Löytää tekijöitä, jotka ovat hyvän auttamisen esteitä auttamistilanteissa.</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>Seksuaalista väkivaltaa kokeneet naiset ja seksuaalisen väkivallan uhrien auttajat</p> <p>N=10</p> <p>Teemahaastattelu</p> <p>Kvalitatiivinen sisällön analyysi</p>	<p>Hyvään auttamiseen ei riitä uhrin kuulluksi tuleminen. Tarvitaan myös ammatillisia tietoja ja taitoja, tavoitteiden toteutumista, tiettyjä ulkoisia tekijöitä sekä konkreettista apua ja tietoa. Hyvän auttamisen esteitä on löydettävissä palvelukokemusten sellaisista piirteistä, jotka tuovat mieleen seksuaalisen väkivaltakokemuksen aiheuttamia tunteita ja vahvistavat uhrin sosiaalista eristäytymistä.</p>

## Liite 4. Saatekirje

### **Hyvä sairaanhoitaja!**

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on kuvata akuuttiosaston hoitajien kokemuksia raiskatun potilaan kohtaamisesta ja heidän valmiuksistaan hoitaa tätä potilasryhmää. Tulemme haastattelemaan aiheesta kolmea – viittä osastollanne työskentelevää sairaanhoitajaa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää valmiuksia raiskatun potilaan kohtaamiseen ja lisätä tietämystä aiheesta. Yhteistyöhönamme toimii Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, jolta on saatu lupa opinnäytetyölle.

Käytämme aineistonkeruumenetelmänä ryhmähaastattelua, jossa aiheesta keskustellaan siihen liittyvien teemojen mukaisesti. Haastatteluun arvioimme kuluvan aikaa noin 60 minuuttia työajan puitteissa. Haastattelu toteutetaan PSHP:n tiloissa, ja se nauhoitetaan.

Osallistumisenne opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista – voitte keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä, ja se hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, jolloin opinnäytetyön raportista ei yksittäisen henkilön vastauksia pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

### Opinnäytetyön tekijät

Eeva-Liisa Toivonen  
Kätilöopiskelija (AMK)  
Tampereen ammattikorkeakoulu

Johanna Saarijoki  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)  
Tampereen ammattikorkeakoulu

## Liite 5. Suostumus

### **Kokemuksia raiskatun kohtaamisesta**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kuvata akuuttiosaston hoitajien kokemuksia raiskatun potilaan kohtaamisesta ja heidän valmiuksistaan hoitaa tätä potilasryhmää.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

\_\_\_\_\_

Suostun osallistumaan  
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen  
vastaanottaja:

\_\_\_\_\_  
Haastateltavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Nimen selvennys

\_\_\_\_\_  
Nimen selvennys