

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveyden edistämisen koulutusohjelma / Ylempi amk

Sara Nieminen

PARISUHDEVÄKIVALLAN MONIAMMATILLISEN RISKINARVIONNIN KE-
HITTÄMINEN KYMENLAAKSON KESKUSSAIRAALASSA

Opinnäytetyö 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveyden edistäminen

NIEMINEN, SARA	Parisuhdeväkivallan moniammatillisen riskinarvioinnin kehittäminen Kymenlaakson keskussairaalassa
Opinnäytetyö	45 sivua + 12 liitesivua
Työn ohjaaja	Lehtori Liisa Korpivaara
Toimeksiantaja	EK-artu-hanke, Päivi Okuogume
Toukokuu 2014	
Avainsanat	parisuhdeväkivalta, lähisuhdeväkivalta, perheväkivalta, väkivaltatyö, ennaltaehkäisy, väkivallan tunnistaminen, moniammatillinen riskinarviointi

Tämä opinnäytetyö on tehty EK-Artu- hankkeeseen MARAK- menetelmän moniammatillinen kehittäminen. Tässä opinnäytetyössä kuvattiin kahden polikliinisen osaston henkilökunnan valmiuksia tunnistaa ja auttaa pari- ja lähisuhdeväkivallan uhreja sekä lisätä henkilökunnan tietämystä MARAK-menetelmästä ja rohkaista käyttöönottoa.

Perhe- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisyyn on valtakunnalliset ohjeet, jotka ovat kuntien hyvinvointistrategioissa. Tämän tarkoituksena on lisätä henkilökunnan valmiuksia toimia väkivallan ehkäisytyössä. Parisuhdeväkivaltaa esiintyy sosioekonomisesta asemasta riippumatta ja sitä on vaikea tunnistaa ilman systemaattista seulontaa. Pari- ja lähisuhdeväkivalta koskettaa perhettä ja lähipiiriä. Parisuhdeväkivaltaan tulisi puuttua myös sairaalassa sekä osata antaa uhrille oikeanlaista tukea ja hoitoa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on ottanut valtakunnalliseen käyttöön MARAK- menetelmän, jota käytetään työvälineenä parisuhdeväkivallan riskinarvioinnissa.

Kysely lähetettiin sähköpostitse 63 hoitajalle kahdelle eri osastolle. Vastausprosentti oli 51 %. Tuloksista huomattiin, että työkiire vaikeuttaa parisuhdeväkivallan tunnistamista. Lähes kaikki vastaajat olivat kohdanneet parisuhdeväkivallan uhrin. Palautteissa selvisi, että sairaala tarvitsee yhtenäisen mallin, jolla puuttua parisuhdeväkivaltaan. Henkilökunnan resurssit eivät riitä auttamaan kokonaisvaltaisesti uhreja.

Kyselyn jälkeen henkilökunnalle pidettiin koulutusta kyselyn tuloksista sekä MARAK-menetelmästä. Koulutuksen jälkeen kerättiin palautetta sekä haastateltiin osastonhoitajaa ja LÄPSY-työryhmän jäsentä. Koulutuksen sekä haastatteluiden palautteet analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Jatkossa jalkautetaan mallia eteenpäin vietäväksi muille osastoille.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health promotion

NIEMINEN, SARA

Relationship Violence Multi-Agency Risk Assessment
Development at Kymenlaakso Central Hospital

Bachelor's Thesis

45 pages + 12 pages of appendices

Supervisor

Liisa Korpivaara, Senior lecturer

Commissioned by

EK artu-program, Päivi Okuogume

May 2014

Keywords

Relationship violence, close relation violence, domestic violence, violence work, prevention, violence identification, violence intervention, multi-agency risk assessment

This study was made for EK-Artu- project MARAK -method multi-agency development. This study described the ability of the staffs of two out-patients' departments to identify and help the victims of relationship violence and to add the staff's knowledge of MARAK-method and encourage its introduction.

For domestic and relationship violence prevention there are national instructions, which are in the municipal welfare strategy. The purpose of this is adding the staff's ability to work in violence prevention. Almost half of the women (n=4464) had experienced violence in year 2005. Relationship violence is not related with the socio-economic class and it is hard to notice without systematic screening. Relationship violence touches the whole family. Relationship violence should be intervened with also at hospital and the victims should be given the right kind of aid and care. The health and wellness department has taken Marak-method into national use. It is used as a tool in relationship violence risk assessment.

The enquiry was sent by email to 63 nurses in two different wards. The answering percentage was 51. The results indicated that hurry at work made it more difficult to identify relationship violence. Almost every respondent had met a relationship violence victim. From the feedbacks it was found that hospital needs an equal model to intervene relationship violence. The staff has not enough resources to help the victim.

After the enquiry was arranged training on the results and the MARAK-method to the staff. After the training was collected feedback, and the head nurse and a member of the LÄPSY-work group were interviewed. The feed-back and the interviews were analyzed by inductive content analysis. In the future the model should be taken into use in the other wards in the hospital.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	VÄKIVALLAN ILMENEMINEN YHTEISKUNNASSA	8
	2.1 Väkivallan muodot	8
	2.2 Väkivallan selitysmallit	10
	2.3 Miehen ja naisen kohtaama pari- ja lähisuhdeväkivalta	10
	2.4 Parisuhdeväkivalta miehen ja naisen kokemana	14
	2.5 Ikääntyneiden ja lasten kaltoinkohtelu	15
3	PARI- JA LÄHISUHDEVÄKIVALLAN EHKÄISY	16
	3.1 Pari- ja lähisuhdeväkivallasta kärsivien tunnistaminen ja ehkäisy	16
	3.2 Pari- ja lähisuhdeväkivallasta kärsivien auttaminen	19
	3.2.1 Väkivaltatyö työntekijän näkökulmasta	20
	3.2.2 Tukikeskus Villa Jensen	22
	3.3 Lainsäädäntö parisuhdeväkivallasta	22
4	MONIAMMATILLINEN RISKINARVIOINTIKOKOUS	23
	4.1 Moniammatillinen riskinarviointikokous-menetelmä ja sen tavoitteet	23
5	TUTKIMUSTAVOITTEET	24
6	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	25
	6.1 Kehittämispöytätyön toteutus	25
	6.2 Tutkimuksen toteutus	26
	6.2.1 Tutkimusmenetelmä	27
	6.2.2 Aineiston keruu ja analysointi	28
	6.2.3 Tutkimuksen luotettavuus	29
7	TULOKSET	29
	7.1 Kyselyn tulokset	29
	7.2 Polikliinisten osastojen henkilökunnalle järjestetty koulutus ja haastattelut	32

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	34
8.1 Tutkimuksen eettisyys	34
8.2 Tulosten tarkastelu ja pohdinta	35
8.3 Jatkotutkimushaasteet	39
LÄHTEET	40
LIITTEET	
Liite 1. Kyselylomake	
Liite 2. Koulutuksen palaute	
Liite 3. Haastattelun kysymykset	
Liite 4. Muuttujaluettelo	

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö tehtiin Etelä-Kymenlaakson Arjen turvallisuus -hankkeeseen moniammatillisen riskinarvioinnin pari- ja lähisuhdeväkivallan uhrien auttamiseksi. Hankkeen tavoitteena oli parantaa asukkaiden turvallisuutta. Malli on MARAK-menetelmä, joka on kansainvälinen. Suomessa MARAK-menetelmää hankkeistaa THL. Menetelmällä tarkoitetaan parisuhdeväkivallasta kärsivien moniammatillista riskinarviointikokousta, jolla pyritään auttamaan vakavaa pari- ja lähisuhdeväkivaltaa kokeneita uhreja tai sen uhan alla eläviä henkilöitä. Kotkan kaupungilla on LÄPSY-työryhmä, joka vie MARAK-menetelmää käyttöönottoa Kotkan kaupungin toimipisteissä. LÄPSY-työryhmä on Kotkan lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn työryhmä. Työn tarkoituksena on ottaa väkivallan riskinarviointikaavake käyttöön Kymenlaakson keskussairaalassa.

Perhe- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisyyn on annettu valtakunnalliset ohjeet. Ne ovat sisällytetty kunnan hyvinvointistrategiaan. Tämän myötä lisätään henkilökunnan valmiuksia toimia väkivallan ehkäisytyössä. Tämän vuoksi on tehty toimintamalli, jossa on väkivaltaa ehkäiseviä palveluita, kriisipalveluita, matalan kynnyksen palveluita sekä muita palveluita väkivallan uhreille. Ohjelman tarkoituksena on saada väkivalta vähenemään. Väkivallan uhrilta kysytään suoraan väkivallasta kahden kesken työntekijän kanssa. Väkivallan uhrille kerrotaan väkivallan olevan rikos, johon voi saada apua. Työntekijä kertoo, miten uhri saa apua ja miten hänen turvallisuutta parannetaan. Uhrille tehdään turvasuunnitelma sekä ohjataan oikeanlaisiin palveluihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 10–11, 35.) Väkivalta perheen jäsentä, puolisoa tai lapsia kohtaan on rikos, joka on määritelty rikoslaisissa. Rikoslaki keskittyy fyysiseen väkivaltaan, joka yleisimmin on pahoinpitely. Väkivalta on aina rangaistava rikos. Parisuhdeväkivaltaan todennäköisesti liittyy muitakin väkivallan muotoja kuin fyysinen väkivalta. Perheväkivaltaan ei voi puuttua, jollei se tule ilmi. Ilmoitusvelvollisia lastensuojeluun lapsista ovat sosiaali- ja terveydenhoidon, poliisin- ja seurakunnan henkilökunta. (Niemi-Kiesiläinen & Kainulainen 2006, 115–121.)

Väkivalta loukkaa ihmisarvoa sekä on vallan käyttämistä väärin. Parisuhdeväkivalta koskettaa koko perhettä, lähipiiriä sekä yhteiskuntaa. Perheväkivalta tapahtuu perheen sisällä. Parisuhdeväkivalta on kumppaneiden tai puolisojen välistä väkivaltaa. Lähisuhdeväkivallalla tarkoitetaan perheen, puolisoitten tai lähipiirissä tapahtuvaa väki-

valtaa. Väkivaltaa voi ilmetä fyysisenä, psyykkisenä tai seksuaalisena. Helpoiten tunnistettavissa on fyysinen väkivalta, koska siitä jää näkyvät jäljet. (Ojuri 2006, 16–17; Lindholm, Eriksson & Nordman 2011, 18–19.) Vuonna 2005 tehdyn naisuhritutkimuksen mukaan 43 % (n=4464) oli joutunut vähintään yhden väkivallan tai uhkailun kohteeksi. Verrattuna vuoden 1997 tehtyyn tutkimukseen, väkivalta oli lisääntynyt. Nykyisessä parisuhteessa väkivaltaa oli kokenut viidennes naisista. Parisuhteen ulkopuolista väkivaltaa oli kohdannut lähes kolmannes naisista. Alle 15-vuotiaista oli yli kolmasosa kokenut jonkinlaista väkivaltaa. Heistä viidennes oli kokenut seksuaalista väkivaltaa tai uhkaavaa käytöstä. (Heiskanen 2006, 21.)

Varhaisen vaiheen väkivallan tunnistaminen on vaikeaa. Väkivallan merkeistä on tehty luetteloita helpottamaan työntekijää tunnistamaan väkivalta. Väkivalta aiheuttaa monia pitkäaikaisia terveysongelmia, tulisi siitä kysyä kaikilta potilailta muiden taustatietojen ohella. (Pikarinen & Halmesmäki 2003, 5-6.) Puheeksi ottaminen on vaikeaa puolin ja toisin. Sen takia neuvoloissa tulisi kehittää varhaista tunnistamista sekä puheeksi ottamista, koska raskaus on parisuhdeväkivallan riskitekijä. Väkivallan uhri hakee apua, kun väkivalta on jatkunut pitkään. Naisen käytös voi muuttua miehen ollessa läsnä.. (Perttu & Kaselitz 2006, 10.) Työntekijä itse saattaa heikentää väkivallan tunnistamista tai ei itse tunnista väkivaltaa. Työntekijän kannattaa unohtaa kaikki mielipiteet, millaisia väkivallan uhri ja tekijä ovat, koska parisuhdeväkivaltaa on kaikissa sosioekonomisissa luokissa. Työntekijän oma väkivaltainen menneisyys heikentää väkivallan tunnistamisesta sekä halua puuttua siihen. Työntekijä voi olla arka ottamaan väkivaltaa puheeksi, mutta vain kysymällä voi oppia ja harjoittaa puheeksi ottamista. (Holma 2005, 166–169.) Lindqvist (2009, 198–199) toteaa, että sosiaalityöntekijöillä ei ole aikaa kehittää työtään eikä hoitaa mitään asiaa syvällisemmin. Kiire estää työhön paneutumisen perusteellisesti.

Tässä kehittämistyössä kuvataan ensiavun ja synnytysosaston henkilökunnan valmiuksia tunnistaa ja auttaa pari- ja lähisuhdeväkivallan uhreja sekä lisätä henkilökunnan tietämystä MARAK-menetelmästä ja rohkaista käyttöönottoa. Tässä kehittämistyössä tutkittiin väkivaltaa kokeneiden tunnistamista sekä sitä mitkä ovat estäviä tekijöitä tunnistamiseen kahdella polikliinisellä osastolla. Henkilökunnalle tehtiin sähköpostitse kysely, jonka jälkeen pidetään koulutus MARAK-menetelmästä. Koulutuksessa kerätään palautetta. Tämän jälkeen haastatellaan osaston osastonhoitajaa ja

LÄPSY-työryhmän jäsentä sekä kysytään heidän mielipiteitä väkivallan tunnistamisesta ja siihen puuttumiseen.

2 VÄKIVALLAN ILMENEMINEN YHTEISKUNNASSA

2.1 Väkivallan muodot

Pari- ja lähisuhdeväkivalta eivät ole aina suunniteltua vaan voi olla myös vaistonvaraista itsensä puolustamista. Väkivalta on ihmisarvoa loukkaavaa sekä vallan käyttämistä väärin. Pari- ja lähisuhdeväkivalta koskettaa koko perhettä, lähipiiriä sekä yhteiskuntaa. (Lindholm, Eriksson & Nordman 2011, 18–19.) Fyysinen väkivalta on lyömistä, potkimista tai kuristamista aseella tai ilman. Fyysistä väkivaltaa on myös silmä uhkaaminen. Psykkinen väkivalta on yleisin väkivallan muoto. Se voi olla sanonta tai sanallista. Sen ilmenemismuodot ovat mm. nöyryyttäminen, alistaminen, nimittely, uhkailu, kontrolli sekä pelottelu. Usein väkivalta alkaa psykkinenä ja muuttuu ajan myötä fyysiseksi. (Lehtonen & Perttu 1999, 37–42.) Työntekijän tulee myös huomioida vanhat selittämättömät vammat sekä se, jos on ollut toistuvia vanhoja vammoja. Samoin vammat, jotka ovat paikoissa, jotka ovat vaikea löytää. Aikaviive hoitoon tulossa ja vammojen syntymisen välillä, on merkki väkivallasta, samoin ovat fyysiset vammat raskauden aikana. (Perttu & Kaselitz 2006, 10–11.)

Heiskanen ja Ruuskanen (2010) mukaan entisen kumppanin tai tutun tekemästä väkivallasta miehillä johti fyysisiin vammoihin neljännessä tapauksista. Naiset kokivat parisuhdeväkivallan seurauksena kolme kertaa enemmän henkisiä oireita kuin miehet. Naiset henkiset oireet olivat pelko, viha, huono itsetunto ja miehillä oireita oli viha, järkytys ja masennus. Miehet saivat usein vain fyysisiä vammoja, kun taas naiset saivat fyysisiä sekä psykkinisiä oireita väkivallasta. (Heiskanen & Ruuskanen 2010, 23–24.)

Seksuaalinen väkivalta on laaja käsite, joka sisältää monia psykkinisen ja fyysisen väkivallan merkkejä. Seksuaalinen väkivalta sisältää raiskauksen, nöyryyttämisen sekä toisen ruumiinosien vertailun. Tässä väkivallan muodossa on kyseessä vallan käytöstä toista ihmistä kohtaan. (Lehtonen & Perttu 1999, 37–42.) Seksuaalisen häirinnän yleisimmät muodot olivat lähentely, koskettelu tai suutelu ilman lupaa. Tuntematon henkilö oli tekijänä viimeisimmässä seksuaalisessa häirintätapauksessa. Alle kymmenesosa oli kokenut entisen kumppanin tekemää häirintää sekä yli kymmenesosa ystävän

tekemää häirintää. Eniten häirintää tapahtui työpaikalla. Keski-ikäiset naiset tekivät seksuaalista häirintää useimmiten. Miehistä kolmannes oli kokenut toisen miehen tekemää seksuaalista häirintää. Naisten kokema seksuaalinen häirintä on yleisempää kuin miesten kokema. Naisista neljännes oli kokenut viimeisen vuoden aikana häirintää sekä 15 vuotta täytettyään naisista yli puolet oli kokenut seksuaalista häirintää. (Heiskanen & Ruuskanen 2010, 38–39.)

Taloudellinen väkivalta on alistamista ja vallankäyttöä, johon liittyy raha. Mies saattaa kontrolloida perheen rahankäyttöä siten, ettei naisella ole omaa rahaa lainkaan käytettävissä. Yleensä tämä muoto on liitoksissa muihin väkivallan muotoihin. Tällä pidetään puoliso kurissa sekä estetään toisen lähtemisyrittäykset. (Lehtonen & Perttu 1999, 37–42.) Nuorten keskuudessa ei niinkään ole taloudellista väkivaltaa vaan yleensä siitä kärsii vanhemmat naiset. Taloudellinen väkivalta näkyy kodittomuutena, köyhyytenä sekä ruuan ja välttämättömien tarpeiden puutteena. Se voi myös näkyä kyvyttömyytenä maksaa laskuja tai riittämättöminä vaatteina tai ei ole rahaa ostaa ruokaa. Myös ristiriita tuloissa ja asuinolosuhteissa voi olla merkki taloudellisesta väkivallasta. (Perttu & Kaselitz 2006, 11.) Nykyään monikulttuurisuuden vuoksi tulee muistaa myös kunniaväkivalta. Tällä tarkoitetaan perheen tai suvun sisällä tapahtuvaa kunnian puolustamiseen liittyvää väkivaltaa, joka rikkoo ihmisoikeuksia. Henkinen väkivalta, johon liittyy uskonnollinen vakaumus, on hengellistä väkivaltaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 17.)

Riitely kuuluu normaaliin parisuhteeseen. Tällä puretaan ajatuksia, pettymyksiä ja odotuksia. Väkivallaksi se muuttuu, kun kuvioon tulee mukaan pelko. Perheessä, jossa koetaan väkivaltaa, elämä kiertää kehää: arki, ristiriidat, ristiriitojen purkautuminen, hyvittely ja uusi alku. Toimivan elämän pohja putoaa nopeasti pois. Fyysisen väkivallan kierre alkaa nopeutua jossain vaiheessa, vaikka alkuun se saattaakin kestää jopa vuoden. Psykkistä väkivaltaa tapahtuu todennäköisesti lähes päivittäin. Väkivallan uhri ei näe psyykkisen ja fyysisen väkivallan yhteyttä. Tekijä haluaa saada väkivallalla myönteisiä vaikutuksia, kun näin ei tapahdu, väkivalta raaistuu. Mukaan tulee seksuaalinen väkivalta, joka on tehokas alistuskeino. (Huhtalo, Kuhanen & Pyykkö 2003, 12, 17–18.)

2.2 Väkivallan selitysmallit

Väkivallan oikeutukset ovat juurtuneet arvoihimme ja asenteisiin. Vallankäyttö muuttuu, kun siihen lisätään oman edun tavoittelu alistavalla käytöksellä. Väkivallan käyttäjällä tulee olla jokin oikeutus väkivaltaan. Ne ovat selityksiä, missä tilanteessa väkivalta tapahtui. Väkivallan lisääntyessä ja muuttuessa, oikeutuksia tulee lisää. Oikeutuksia voivat olla ympäristötekijä, taustatekijä, stressi, väsymys tai uhrin ärsyttävä käytös. Selitysmalleja on monia ja ne kaikki antavat selityksen väkivallalle. (Huhtalo ym. 2003, 16–17.) Biologisten mallien ajatus lähtee siitä, että ihmisen vallitsevat ominaisuudet tulevat luonnollisen valinnan seurauksena. Mies haluaa pitää oikeuden naisen lisääntymiskykyyn väkivallan avulla. Väkivaltainen käytös siirtyy sukupolvelta toiselle evoluutioteorian mukaan. Tällä selitetään eloonjäämistaiselua, jossa vahvimmat jäävät eloon. Samoin selitetään miesten aggressiivisuutta sekä mustasukkaisuutta. Biologista mallia on helppo ymmärtää ja näin voi siirtää ihmisen omaa vastuuta. (Lehtonen & Perttu 1999, 25–27.)

Psykososiaalinen malli selittää naisiin kohdistuvaa väkivaltaa perheen ja sen rakennetekijöiden kautta. Tekijöitä voivat olla tulot, stressi tai perheen sisäinen muutos. (Lehtonen & Perttu 1999, 27–28.) Sosiokulttuurinen teoria selittää väkivallan naisen ja miehen epätasa-arvolla. Miesten etuoikeudet ja määräysvalta suosivat normeja, joilla selitetään naisiin kohdistuvaa väkivaltaa. Nämä miehet uskovat, että heillä on ylivalta naisiin. Tämä teoria pyrkii selittämään väkivaltaa kulttuurin kautta. Väkivaltainen mies pyrkii pitämään naisensa kontrollissa ja olemaan perheenpää. Sosiaalisen kontrollin teoria selittää väkivaltaa sillä, ettei perheellä ole ulkoista kontrollia. (Lehtonen & Perttu 1999, 28–29.) Sosiaalinen oppimismallissa väkivaltaisuus on opittua. Osalla väkivaltaisista ihmisistä on takanaan lapsuudessa tapahtuneita väkivaltakokemuksia. Tämä selittyy sillä, että väkivalta siirtyy sukupolvelta toiselle. Väkivallan malli voi olla myös muualta opittua. Tällöin ihminen vahvistaa omaa etuaan, kun huomaa sillä saavutetut tulokset. (Lehtonen & Perttu 1999, 30.)

2.3 Miehen ja naisen kohtaama pari- ja lähisuhdeväkivalta

Husso (2003, 166) sanoo, että väkivaltaa kohtaavat naiset elävät välitilassa, jossa pitää tasapainoilla ristiriitaisissa oloissa. Vanhemman omaa kokemusta väkivallasta verrattuna omaan väkivaltaiseen käytökseen lasta kohtaan, äideistä yli puolet käytti psyykkistä väkivaltaa. Lievällä fyysisellä väkivallalla ei ollut eroa vanhempien välillä. Kai-

kista vastanneista yli puolet oli kokenut psyykkistä väkivaltaa lapsuudessa ja lähes kaikki ilmoitti kokeneensa lievää fyysistä väkivaltaa. Psyykinen väkivalta oli yhteydessä vanhemman omaan kokemukseen lapsena. Tarkasteltaessa tuloluokkia huomattiin, että kolmasosa ylemmästä tuloluokasta käytti lievää fyysistä väkivaltaa. Alempi tuloluokka käytti lievää fyysistä väkivaltaa yli kaksi kolmasosaa. Alkoholin käyttö ja väkivalta eivät olleet yhteydessä toisiinsa. (Koivula, Kääriäinen, Paavilainen, Salin, Ellonen & Hentilä 2011, 28–33.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2004 tekemän selvityksen mukaan alle puolet tutkimuksen naisista on joutunut lähisuhdeväkivallan uhriksi. Tutkimukseen oli haastateltu 1020 naista neuvoloissa Vantaalla ja Porvoossa. Tekijä on ollut oma puoliso neljäsosassa tapauksista. Raskaana olevista naisista, jotka odottavat esikoistaan, alle viidennes oli kokenut väkivaltaa puolison tekemänä. Kaikista tutkituista naisista oli myös viidennes kokenut väkivaltaa. Yleisin väkivallan muoto oli estäminen tai kiinnitarttuminen. Seuraavaksi yleisintä oli läimäiseminen tai töniminen. Lähes yhtä yleistä oli väkivallalla uhkaaminen parisuhteessa. (Perttu 2004, 26–28.) Raskaana olevien naisten kokema väkivalta oli useimmiten fyysistä, joissakin tapauksissa mies vähensi tai muutti väkivallan muotoa raskauden aikana. Naiset kokivat väkivallan syiksi sen, etteivät huomioineet miestä tarpeeksi raskauden aikana. Ennen väkivaltaa edelsi useimmiten riitelyä. Naiset uskoivat jotenkin provosoineen miestä väkivaltaan. Selvitysmiskeino väkivallasta oli useimmiten puhuminen tekijän kanssa tai naisen poistuminen paikalta, mutta aika usein myös teko sivuutettiin ja elämää jatkettiin normaalisti. Lapsista kolmannes oli nähnyt tai kuullut väkivaltaa. Melkein puolet naisista kertoi väkivallasta äidilleen. (Perttu 2004, 31–35.)

Vuonna 2005 tehdyn naisuhritutkimuksen mukaan alle puolet (n = 4464) naisista oli joutunut vähintään yhden väkivallan tai uhkailun kohteeksi. Tutkimuksessa oli rajattu aihe niin, että kuluneen 12 kuukauden aikana tai haastattelun ajan kohdasta vuoden sisällä koettu väkivalta huomioitiin. Nykyisessä parisuhteessa väkivaltaa oli kokenut viidennes naisista. Parisuhteen ulkopuolista väkivaltaa oli kohdannut lähes kolmannes naisista. Alle 15-vuotiaista oli kolmasosa kokenut jonkinlaista väkivaltaa. Heistä viidennes oli kokenut seksuaalista väkivaltaa tai uhkaavaa käytöstä. (Heiskanen 2006, 21.) Vuoden sisällä 6 % oli kokenut lievää fyysistä parisuhdeväkivaltaa sekä 1 % oli kokenut vakavaa fyysistä parisuhdeväkivaltaa. Nykyinen puoliso oli joskus tehnyt lievää väkivaltaa alle viidesosalle naisista ja vakavaa fyysistä väkivaltaa oli tehnyt

6 %:lle naisista. Eniten parisuhdeväkivaltaa kokevat nuoret 18–24-vuotiaat. Tässäkin tutkimuksessa huomattiin väkivallan vähenevän, mitä vanhemmaksi ihminen tulee. (Piispa 2006, 44, 48.) WHO:n tutkimuksen mukaan (n = 24097) 4 % - 54 % tutkimuksen naisista oli kokenut fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa viimeisen vuoden aikana. Tutkimuksessa selvisi myös, että kontrolloivat miehet olivat väkivaltaisempia. (Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise & Watts 2006.)

Naisuhritutkimuksen mukaan yli puolet (n = 1317) parisuhdeväkivallasta kärsineistä naisista on puhunut asiasta ystävän kanssa. Apua uhri haki poliisilta, lääkäriltä tai perheneuvolasta. Kolmannes parisuhdeväkivallan uhreista ei hakenut mistään apua. Uhrit olivat tyytyväisiä lääkärin toimintaan, kun taas perheneuvolan toimiin ei oltu niinkään tyytyväisiä. Vakavimman väkivallan teon yhteydessä viidennes naisista (n = 174) ei saanut tarpeeksi tietoa tutkimuodoista tai hoidoista. Uhri koki 16 % tapauksista, että henkilökunta vähätteli tapausta tai ei ollut kiinnostunut asiasta. (Kääriäinen 2006, 111–112, 116.)

Heiskanen ja Ruuskanen (2010) toteavat tutkimuksessaan, ettei naisten (n=1283) ja miesten (n = 1918) väkivallan yleisyydessä ole eroja. Molemmat sukupuolet kokevat yhtä paljon väkivaltaa, tässä tutkimuksessa miehistä yli puolet oli kokenut väkivaltaa. Miehistä lähes puolet oli kokenut fyysistä väkivaltaa sekä vajaa puolet uhkailua 15 vuotta täytettyään. Viimeisen vuoden aikana lähes joka toinen oli kokenut väkivaltaa. Parisuhdeväkivaltaa viimeisen vuoden aikana oli kokenut noin 5 % parisuhteessa olevista. Miehet kokevat uhkailua tai väkivaltaa useammin kuin naiset. Naisten kokema seksuaalinen väkivalta on yleisempää kuin miesten. Miehillä 16 vuotta täytettyään väkivallan tekijänä oli kymmenesosassa nykyinen kumppani ja naisilla hieman miehiä enemmän. Sen sijaan naisilla väkivallan tekijänä oli neljännessä entinen kumppani ja miehillä kymmenesosassa. Yleisintä väkivalta on nuorena. Se vähenee, mitä iäkkäämmäksi ihminen tulee. Parisuhdeväkivallasta kysyttäessä viimeisen vuoden aikana sekä miehet että naiset ovat kokeneet lähes saman verran parisuhdeväkivaltaa noin 5 %. (Heiskanen & Ruuskanen 2010, 14–21.)

Vuonna 2012 tehdyn Kansallisen rikosuhritutkimuksen tuloksista selvisi, että neljä prosenttia 15–74-vuotiaista suomalaista oli saanut vammoja väkivallasta. Nuoret olivat saaneet vanhempia enemmän vammoja väkivallasta. Miesten ja naisten välillä ei ollut juurikaan eroja vaan he olivat saaneet vammoja lähes yhtä paljon. Nuoret miehet

kokivat enemmän väkivaltaa kuin nuoret naiset. Sen sijaan keski-ikäiset ja vanhemmat naiset kokivat enemmän vammaan johtavaa väkivaltaa kuin miehet. Sukupuolieroja löytyi siitä, missä paikassa väkivaltaa kokee. Naiset kokivat väkivaltaa miehiä enemmän kotona, kun taas miesten kokema väkivalta tapahtui julkisella paikalla. Kotona koettu väkivalta on yleensä toistuvaa. Sitä oli ollut vuoden sisällä 2–9 kertaa yli puolella vastaajista. (Sirén, Danielsson & Kivivuori 2013, 3–4.)

Naisten tekemä väkivalta on harvinaisempaa kuin miesten tekemä. Naisten väkivaltaisuudesta ei juurikaan puhuta. Suomessa on 2000-luvulla perustettu avoin linja naisille, jotka käyttävät tai pelkäävät käyttävänsä väkivaltaa. Tästä tuli Demeter-projekti. Tälle toiminnalle on luotu tavoitteet, jotka ovat mm. kartoittaa, löytää ja tavoittaa väkivaltaiset naiset, ennaltaehkäisy ja väkivaltakierteen katkaisu, naisten väkivaltaisuuden tutkiminen ja ymmärtäminen sekä juurruttaminen ammattilaisille, yhteiskunnallinen vaikuttaminen sekä moniammatillinen yhteistyö. Naisten väkivaltaisuus on ollut asia, jota ei ole haluttu tuoda julki. Äitiys on kaunis asia, jota ei ole haluttu rikkoa. Väkivaltaisen äidin on vaikea hakea apua, koska takana on pelko lasten huostaanotosta. Naisten väkivaltaisuudesta tulisi puhua, koska se helpottaisi avun tarvitsijoita. Naisten väkivaltaisuus on tuotu julkisesti esille mediassa. Ennaltaehkäisy on tärkeää, jotta lasten on turvallista elää. Naisen tulisi oppia tuntemaan väkivaltaisuuteen vaikuttavat tekijät sekä oppia muuttamaan ne. Samalla tulisi saada pysäytettyä sukupolvelta siirtyneet traumat. Tähän on kehittynyt kolmivaiheinen polku, johon sisältyy puhelinpäivystys, yksilötapaamiset ja vertaistuki. Naisten väkivaltaisuutta tulisi ennaltaehkäistä valtakunnallisesti. (Perheentupa 2010, 41, 43–47, 92.)

Maahanmuuttajien asiakaspalvelussa huomioidaan moninaisuus sekä monietnisyys. Kulttuurierot voivat olla suuria eri maahanmuuttajien välillä. Maahanmuuttajaa ymmärtää paremmin, mitä enemmän tietää eri kulttuureista. Maahanmuuttajille saattaa olla Suomen lait ja säädökset vieraita, eivätkä he tiedä niistä mitään. Maahanmuuttajien väkivallan auttamisen esteinä ovat kieliongelmat, rasismi sekä eristäytyneisyys. Maahanmuuttajanaiset eivät ymmärrä palvelujärjestelmää eivätkä sitä, että Suomessa he voivat saada apua väkivaltaan. Heidän kotimaassaan harva nainen saa apua väkivaltaan. Maahanmuuttajanaisen väkivallan kokemista on vaikea tunnistaa. Väkivaltakokemuksia voi olla paljon ja muodot vaihtelevat. Maahanmuuttajanaisen väkivallan muodot ovat samoja kuin suomalaisten, mutta ilmenemismuodot voivat vaihdella. Psykkinen väkivalta on hyvin yleistä. Maahanmuuttajien keskuudessa esiintyy myös

kunnia väkivaltaa. Kunnia väkivalta on sitä, että perheen tai yhteisön miehet vahtivat, että perheen naiset käyttäytyvät kunniallisesti. Kunniaväkivalta on yleistynyt myös jo kotoutuneiden keskuudessa. (Kanervo, Nurmi & Gerbert 2011, 173–176, 179–181.)

2.4 Parisuhdeväkivalta miehen ja naisen kokemana

Väkivalta ilmenee parisuhteessa toisen huomioimatta jättämisellä sekä halveksintana. Mies kokee oman mitätöimisensä miehisyiden ja ihmisarvon menettämällä. Nainen sen sijaan kokee oman äitiyden sekä naiseuden mitätöimisen ihmisarvoa loukkaavana. Väkivallan tekijä kohottaa omaa itsetuntoaan nimittelemällä tai saattamalla huonoon valoon parisuhteen toisen osapuolen. Mies, joka kokee väkivaltaa omassa parisuhteessa, haluaa silti tuntea, että on perheen pää sekä että nainen tukeutuu häneen eniten. (Flinck 2006, 65–77.) Väkivaltaa kohtaavat naiset eristäytyvät muista, koska pitivät väkivaltaa häpeällisenä sekä hämmentävänä. Väkivalta saattaa tulla osaksi parisuhteen normaaliutta, koska sitä tapahtuu silloin tällöin (ks. Notko 2000, 23). Osa naisista pitää väkivaltaa osana parisuhdetta, että se kuuluu normaaliin parisuhteen, kun taas toinen osa naisista ei ymmärrä väkivalta tulee yllätyksenä. (Husso 2003, 73–74, 79.) Lindqvistin (2009, 24) mukaan häpeä ja pelko estävät avun hakemisen.

Partanen (2005) toteaa, että väkivaltaiset miehet pitävät luonnollisena naisiin kohdistuvaa väkivaltaa. Tätä väkivaltaa he eivät yritä selittää niin kuin miesten välistä väkivaltaa selitetään. Väkivallan syyksi riittää, että nainen ärsyttää miestä. Miehet syyttävät oman väkivaltaisuuden naisen syyksi. Miehet pitävät väkivaltaisuutta elämäntapana. Kapanen sen sijaan (2005, 75–76, 79–80) kertoo myös, että miehet säilyttävät oman väkivaltaisuuden naisille. Miesten mielestä myös naiset käyttävät psyykkistä väkivaltaa, jonka seurauksena mies käyttää fyysistä väkivaltaa. Miehet pitävät naisen tekemää väkivaltaa samanarvoisena kuin miehen tekemää, vaikka nainen olisi huitaissut miestä ja mies kuristanut naista. Miehen jäädessä puun ja kuoren väliin sanallisessa riidassa, miehellä ei ole muuta vaihtoehtoa kuin lyödä. Keskinen (2005, 189) miettii, syyllistävätkö naiset itseään väkivaltaisen suhteen päätyttyä. Olisiko ollut väkivaltaa, jos nainen olisi ollut erilainen parisuhteessa. Naiset yrittävät käyttäytyä suhteessa oikealla tavalla, mutta se ei muuta väkivaltaista miestä.

2.5 Ikääntyneiden- ja lastenkaltoinkohtelu

Notkon (2000, 38) mukaan ikääntyviin kohdistunut väkivalta on vallankäyttöä, toisen tahdon mitätöimistä sekä huonosti kohtelua. Ikääntyvien väkivallassa psyykkinen ja fyysinen väkivalta on kietoutunut yhteen. Haastavaksi ikääntyneisiin kohdistuvassa väkivallassa on se, että hierarkia on kääntynyt pääläelleen, ennen ikääntynyt oli äiti/isä, mutta nyt vain ikäihminen. Ikääntyneiden naisten kokema väkivalta on yleisempää kuin oli ajateltu. Läheskään kaikki naiset eivät puhu kokemastaan väkivallasta. Erityisesti ennaltaehkäisyssä tulisi kiinnittää huomiota yksinäisiin ja masentuneisiin naisiin. Ikääntyvien syrjäytymistä tulisi ennaltaehkäistä. Ikääntyville tulisi olla selkeästi esillä, mitä tukipalveluita on väkivallan uhreille sekä niiden tulisi olla helposti saatavilla. Palveluohjauksessa tulisi kiinnittää huomioita väkivaltaan ja kaltoinkohteluun. Ikääntyneet tulisi ottaa mukaan suunnittelemaan palveluita sekä tukitoimia. (THL 2012.)

THL on ollut mukana kansainvälisessä tutkimuksessa, jossa tutkittiin ikääntyvien naisten kokemaa väkivaltaa. Tutkimus toteutettiin Belgiassa, Portugalissa, Itävallassa, Liettuassa ja Suomessa. Ikääntyvistä naisista alle kolmannes (n = 680) oli kokenut kaltoinkohtelua viimeisen vuoden sisällä. Näistä tapauksista vain puolet oli ilmoitettu viranomaisille. Lähes kaikissa tapauksissa tekijä oli puoliso tai kumppani. Kaikissa maissa olivat käytössä samat kysymykset. Väkivallan ja kaltoin kohtelun muotoja olivat psyykkinen, fyysinen, seksuaalinen, taloudellinen sekä laiminlyönti. Eniten ikääntyneet naiset olivat kokeneet psyykkistä väkivaltaa. Sitä kokeneita oli tutkittavista yli viidesosa. Suomessa kyselyyn vastanneista oli viidesosa kokenut psyykkistä väkivaltaa. Fyysistä väkivaltaa oli muutama prosentti kokenut kaikista vastanneista, samoin Suomessa. Ikääntyvien väkivallan kokemisen riskitekijöitä ovat masentuneisuus, avio- liitto, huono terveys sekä yksinäisyys. Väkivallan kokemisen uhka vähenee iän myötä. (THL 2012.)

Lasten fyysinen pahoinpitely ei ole harvinaista. Jopa kymmenesosa tapaturmakäynneistä johtuu väkivallasta. Miten lasten pahoinpitely määritellään, riippuu paljon etnisestä taustasta. Valvonnan laiminlyönnistä johtuvat tapaturmat ovat tahattomia. Sen sijana tahallisia ovat pahoinpitely, lievä sekä törkeä. Lasten pahoinpitely on lähes aina törkeä, koska pieni lapsi ei pysty puolustautumaan. (Kallio & Tupola 2004, 88.) Lapsen laiminlyönti jaetaan neljään osaan: fyysiseen, emotionaaliseen, lääketieteelliseen

sekä koulutukselliseen. Fyysinen laiminlyönti näkee perustarpeiden puutteellisuudesta. Lapsi ei saa tarpeeksi ruokaa, koti on epähygieeninen tai kodissa on vakavia puutteita turvallisuuden kannalta. Emotionaalinen laiminlyönti on rakkauden puute; lasta ei hyväksytä tai ei arvosteta. Emotionaalisesta laiminlyönnistä tulee somaattisia häiriöitä lapselle, esimerkiksi lapsen paino ja pituus eivät kehity. Lääketieteellinen laiminlyönti on lääkkeiden antamatta jättäminen, tai jonkun muun hoidon antamatta jättäminen. Lapsi saatetaan tuoda viiveellä lääkäriin tai ei käydä neuvolassa. Koulutuksellinen laiminlyönti on sitä, että lasta ei viedä kouluun tai lapsi itse kieltäytyy siitä. (Söderholm 2004, 61–63.) Tässä työssä ei käsitellä tarkemmin lastenkaltointo-kohtelua, koska moniammatillinen riskinarvioinnin (MARAK) kohderyhmänä eivät ole lapset.

3 PARI- JA LÄHISUHDEVÄKIVALLAN EHKÄISY

3.1 Pari- ja lähisuhdeväkivallasta kärsivien tunnistaminen ja ehkäisy

Väkivallan tunnistamisessa tulee huomioida nuoret raskaana olevat sekä avoliitossa olevat pienten lasten äidit. Neuvolassa tulisi antaa tietoa väkivallasta ja sen piirteistä. Tulee myös muistaa, ettei saa syyllistää naista sekä tulisi parantaa perheen turvallisuutta. Väkivallan tullessa esiin, tulee jokainen huomioida yksilöllisesti. Kontrolloitu käyttäytyminen on väkivallan riskitekijä, sen takia siitä tulisi keskustella naisten kanssa raskauden aikana ja sen jälkeen. Lähisuhdeväkivalta lisää kuolemaan johtavaa väkivaltaa. (Perttu 2004, 44–45.) Vuonna 2010 tehdyn Keski-Suomen keskussairaalan tutkimuksen mukaan 46,2 – 70 % (n = 61) olivat kokeneet fyysisistä väkivaltaa. Henkistä väkivaltaa oli kokenut lähes kaikki. Tutkimus suoritettiin erikoissairaanhoidossa suodatin- ja kartoituskyselylomakkeella. Kysely tehtiin 530 henkilölle, joista 61 vastasi kartoituskyselyyn. Fyysinen ja psyykinen väkivalta liittyvät kiinteästi toisiinsa. Väkivalta vaikuttaa negatiivisesti potilaan hyvinvointiin. Lähisuhdeväkivalta olisi jäänyt työntekijöiltä huomaamatta ilman systemaattista kyselyä suuressa osassa tapauksia. Joissakin tapauksissa työntekijät olivat yllättyneitä väkivallasta. Työntekijät tunnistivat vain satunnaisesti lähisuhdeväkivallan uhrin. Tutkimuksessa huomattiin, että erikoissairaanhoidossa olisi tarve tunnistaa laajemmin lähisuhdeväkivallan uhri sekä ottaa väkivalta puheeksi. Tämän myötä tulisi kehittää väkivallan arviointi sekä hoidon tarpeen arviointimenetelmiä. (Notko, Holma, Husso, Virkki, Laitila, Merikanto & Mäntysaari 2011.)

Varhaisen vaiheen väkivallan tunnistaminen on vaikeaa. Väkivallan merkeistä on tehty luetteloita, jotka helpottavat työntekijää tunnistamaan väkivaltaa. Tulee huomioida, että joillakin saattaa olla paljon merkkejä väkivallasta, kun taas joillain ei juuri lainkaan. Väkiältä aiheuttaa monia pitkäaikaisia terveysongelmia, joten siitä tulisi kysyä kaikilta potilailta muiden taustatietojen ohella. (Pikarinen & Halmesmäki 2003, 5–6.) Kukaan ei voi ennustaa, onko kyseinen nainen väkivallan uhri vai ei. Puheeksi ottaminen on vaikeaa puolin ja toisin. Sen takia neuvoloissa tulisi kehittää varhaista tunnistamista sekä puheeksi ottamista. Väkivallan uhri hakee apua, kun väkiältä on jatkunut pitkään. Merkkejä, jotka kertovat väkivallasta voivat olla: Tuleva äiti on nuori tai teini-ikäinen, raskaus on suunnittelematon tai naisella voi olla useita abortteja tai keskenmenoja. Myös naisen hoitamaton habitus, kiireisyys tai vastaanottoaikojen unohteleminen sekä naisen vähäiset kontaktit muihin ihmisiin, voivat kertoa väkivallasta. Väkivallasta voivat myös kertoa naisen huonot elintavat, tupakointi, alkoholin- tai huumeiden käyttö sekä lääkkeiden väärinkäyttö. Naisen käytös voi muuttua miehen ollessa läsnä. Mies voi olla ärtynyt tai käyttäytyä aliarvioivasti tai vastaavasti ylihuolehtivaisesti naista kohtaan. Mies ei jätä naista hetkeksikään yksin. Nainen voi myös kärsiä synnytyspelosta tai psykosomaattisista oireista. (Perttu & Kaselitz 2006, 10.)

Väkivallan uhria koskevissa viranomaisohjeissa nostetaan esille asiakkaan ja lasten turvallisuus unohtamatta asiakkaan oikeuksia. Ohjeissa suositellaan kysymään väkivallasta suoraan, mutta asiakasta kunnioittaen. Väkivallan uhrin kaikki vammat tulee kirjata huolellisesti ylös, jotta niitä voidaan käyttää myöhemmin todisteena. Kaikki eivät halua, että kysytään suoraan väkivallasta. Työntekijät oppivat harjoittelemalla itselle hyvän keinon, millä kysyä väkivallasta. Se kuuluisi olla osa jokapäiväistä työtä. Työntekijän tulisi turvata hoidon jatkuvuus sekä ohjata hoitoa eteenpäin, pyrkiä tekemään hoitoketju, joka ei katkea. Terveystieteiden parissa työskenteleviä sitovat erilaiset normit kuten rikosilmoituksen teko. Väkivallan uhrien hoito kuormittaa henkilökuntaa psyykkisesti. Työnohjaus olisi tärkeää väkivallan uhrien kohtaaville sekä henkilökuntaa tulisi kouluttaa väkivallan uhrien hoidon turvaamiseksi. (Brusila 2008; Walhsten & Laaksonen 2007.)

Helsingissä Malmin sairaala ja poliisi ovat yhdessä kehittäneet PAKE-lomakkeen, joka sisältää pahoinpitely- ja kehokarttalomakkeen. Tämä oli ensimmäinen yhteistyö poliisin ja terveydenhuollon kanssa. Lomake on kaksiosainen, joista ensimmäinen osio

sisältää taustatiedot. Taustatietoja ovat mm. tapahtumapaikka, väkivallantekijä, mitä on tapahtunut, lapset sekä jatkohoito. Kehokartta on toinen osio, johon laitetaan vammat ja niiden sijainnit. Vammoista otetaan myös kuvat. Lomake täytetään kaikista väkivallan uhreista, jos uhri ilmoittaa vammojen syntyneen tapaturmaisesti, on syytä haastatella tarkkaan uhria väkivallan pois sulkemiseksi. Lomake otettiin käyttöön 2002, jonka aikana lomake täytettiin 726 kertaa. Kaksi kolmasosaa oli joutunut väkivallan uhriksi julkisella paikalla, heistä valtaosa oli miehiä. Loput 210 olivat perhe- tai parisuhdeväkivallan uhreja. Heistä naisia oli lähes kaikki. Uhrien ikäjakauma oli 3 kuukautta - 68 vuotta. Väkivallan tekijä oli kolme neljäsosassa nykyinen puoliso, joista kymmenesosa oli naisia ja loput miehiä. Lähes kaikissa tapauksissa väkivalta ei ollut ensimmäinen kerta. Suurin osa väkivallan uhreista oli päähtynyt sairaalaan tullessa. Hoitajien mielestä lomake helpotti potilaan hoitamista, koska se toimi muistilistana sekä auttoi kirjaamista. Sen avulla hoitajat myös muistivat kysyä lapsista ja huolehtia heihin liittyvistä jatkotoimenpiteistä. Huonoa lomakkeessa oli, etteivät lääkärit sitoutuneet lomakkeen täyttöön. Kiire vaikeutti lomakkeen täyttöä samoin kuin potilaan päähtymystila. Yhteistä koulutusta ja kehittämistä pidettiin tärkeänä. (Perttu 2003.)

Työntekijän käsitys parisuhdeväkivallasta ohjaa interventioita sekä auttamiskäytäntöjä parisuhdeväkivaltaa kohdanneiden naisten kanssa. Sosiaalityöntekijöiden asiakkaita ovat yleensä fyysistä väkivaltaa kokeneet, johon sekoittuu psyykinen väkivalta moninaisesti. Parisuhdeväkivalta on vallankäyttöä. Parisuhdeväkivalta on jatkuva sykli, johon kietoutuu väkivallan eri muodot. Sosiaalityöntekijät ovat huomanneet, että mies käyttää fyysistä väkivaltaa, mutta myös nainen osaa käyttää psyykkistä väkivaltaa siinä ohella. Näissä perheissä mies kontrolloi vaimoa ja sanelee vaimolle säännöt. Väkivallan syyksi yleensä laitetaan alkoholi, mutta sekään ei oikeuta väkivaltaan. (Lindqvist 2009, 108–111, 113, 115, 119.)

Perhe- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisyyn on annettu valtakunnalliset ohjeet. Ne ovat sisällytetty kunnan hyvinvointistrategiaan. Tarkoituksena on myös lisätä henkilökunnan valmiuksia toimia väkivallan ehkäisytyössä. Tämän vuoksi on tehty toimintamalli, jossa on väkivaltaa ehkäiseviä palveluita, kriisipalveluita, matalan kynnyksen palveluita sekä muita palveluita väkivallan uhreille. Lapset ja nuoret ovat väkivallan ehkäisytyössä tärkeä osa, jotta puututtaisiin varhain heitä koskevaan väkivaltaan. Samoin ehkäisytyössä on oma osa vanhuksille ja kehitysvammaisille. Ennaltaehkäisyssä on myös tärkeää auttaa ja tukea väkivallan tekijää. Kunnat itse seuraavat tavoitteiden to-

teutumista sekä arvioinnista. Tarkoituksena on saada väkivalta vähenemään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 10–11.)

Holma (2005, 155–156, 158, 160–161) väittää, että terveydenhoitoalalla on tekijöitä, jotka estävät väkivallan tunnistamista sekä lähisuhdeväkivallan ehkäisemistä ja hoitoa. Väkivallan tunnistaminen ja hoito vaativat erityisosaamista. Pitkään jatkuneessa väkivallassa uhrin sekä tekijän ajattelutapa muuttuu vääristyneeksi. Uhri alkaa syyttää itseään sekä uskoo, että tekijä voi muuttua. Työntekijän on helppo ummistaa silmät ja uskoa, ettei väkivaltaa ole. Väkivalta pitää osata tunnistaa ennen kuin siihen voi puuttua. Työntekijän tulee puuttua väkivaltaan, jollei puutu, niin hän hyväksyy väkivallan.

3.2 Pari- ja lähisuhdeväkivallasta kärsivien auttaminen

Ennaltaehkäisevässä työssä on tarkoituksena tunnistaa väkivallan uhri ja osata antaa hänellä oikeanlaista tukea ja hoitoa. Tärkeää on myös hallita puheeksi ottaminen ja rohkaista uhria hakemaan itselleen apua. Terveys- ja sosiaalialan työntekijöiden tulisi kouluttautua väkivallan ehkäisytyössä. Työntekijän tulee miettiä, mitä tekee, ettei vaaranna uhrin turvallisuutta. Turvallisuutta lisätään tiiviillä tiedon vaihdolla eri viranomaistahojen välillä. Tulee muistaa uhrin lapsien turvallisuus ja heidän saama tuki, joka lähtee jo varhaiskasvatuksesta sekä kouluterveydenhuollosta. Naisten parisuhdeväkivaltaa seulotaan valtakunnallisesti äitiys- ja lastenneuvoloissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 21–23.) Lindqvistin (2009, 124) mukaan auttajilta tarvitaan sensitiivisyyttä, kun kohtaa ihmisen, jota on mitätöity ja syyllistetty.

Perheväkivaltaa käsitellään paljon sekä mediassa että sosiaalisessa mediassa. Julkisuuden henkilöt kertovat avoimesti omista väkivalta kokemuksista. Monet paikkakunnat ovat panostaneet hyviin, jatkuviin hoitoketjuihin väkivallan uhrien auttamiseksi. Selvää on, että terveydenhuollon työntekijät joutuvat kehittymään väkivallan uhrien tunnistamista sekä heidän auttamista. Uhria kannustetaan hakemaan apua. (Pikarinen & Halmesmäki 2003, 7.) Pari- tai lähisuhdeväkivallan uhreille tulisi olla tarjolla turvakoteja. Suomessa näitä on 120. Kriisiavun antaminen akuutissa tilanteessa on suotavaa. Myös mies- ja poikauhrit on hyvä huomioida apua antaessa. Olisi tärkeää, että kuntien tarjoamat palvelut olisivat kaikille helposti saatavilla, jotta kynnys hakea apua olisi pieni. Väkivallan tekijä tulee ohjata hoitoon, mutta yksi hoitoonohjauksen kriteereistä on, että tekijä ottaa vastuun teoistaan. Jos tekijää ei ohjata hoitoon, ei väkivalta myöskään vähene tai lopu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 23–27.)

Parisuhdeväkivallasta kysyminen on haastavaa ja tärkeää. Tämän voi toteuttaa systemaattisilla seulonnoilla, jotka suoritetaan kaikille. Väkivaltaa kohdanneen kanssa keskusteltaessa, kysytään väkivallasta suoraan. Luottamuksellisuus on tärkeä osa työntekijän ja asiakkaan suhdetta, jos luottamus löytyy, niin vaikeistakin asioista on helppompaa puhua. Luottamus myös helpottaa työntekijää. Työntekijän kannattaa kuunnella avoimesti, syyllistämättä ilman, että väkivallan tekijä on paikalla. Väkivallasta kerrotaan yleisesti, mitä ja minkälaista se on sekä miten riita ja väkivalta eroavat toisistaan. Työntekijä voi ottaa suoraan kantaa, että väkivalta on rikos ja siitä on ilmoitusvelvollisuus työntekijöillä. Asiakas voi itse kertoa, millaista väkivalta hänestä on sekä miten hän sen kokee. Työntekijän kysyessä väkivallasta, se osoittaa vain välittämistä asiakkaasta. (Perttu & Kaselitz 2006, 18, 23.) Turvasuunnitelma on hyvä luoda yhdessä asiakkaan kanssa sekä samalla hänet ohjataan oikeanlaisiin palveluihin. Tällä turvataan asiakkaan ja lasten turvallisuus sekä vähennetään väkivallan uhkaa. Erityisesti silloin tulee tehdä turvasuunnitelma, jos väkivallan tekijä asuu samassa taloudessa. Turvasuunnitelman tarkoitus on väkivallan ehkäisy sekä uhrin ja lasten tukeminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 35.)

Väkivaltatyö vaatii erityisiä toimintatapoja. Työtavat kohdentuvat tekijän, uhrin ja lapsien mukaan. Työntekijän tulisi ottaa kantaa väkivaltaan ja moralisoida se. Työntekijän tulisi vastuuttaa tekijä ja sen avulla saada väkivalta loppumaan. Vastuuttaminen ei aina onnistu, koska tekijä ei todennäköisesti ole mukana uhrin kanssa sairaalassa. (Keskinen 2005, 157–161, 185–186.) Heiskasen ja Ruuskasen (2010, 24–25) kysyessä, onko uhri käynyt väkivallan jälkeen lääkärissä; tuntemattoman tekijän yhteydessä kymmenesosa kävi lääkärissä viimeisen väkivaltatapauksen jälkeen, mutta kaikista väkivaltatapauksista vain yli kolmannes kävi lääkärissä. Alle 5 %:ssa tutun tai entisen puolison tekemän väkivallan jälkeen käytiin lääkärissä. Miehet harvemmin kävivät lääkärissä nykyisen kumppanin tekemän väkivallan yhteydessä. Naiset hakeutuvat miehiä harvemmin lääkäriin väkivaltatapausten jälkeen. Parisuhdeväkivallan yhteydessä miehet hakeutuivat naisia useammin hoitoon, mutta naiset saivat silti enemmän fyysisiä vammoja kuin miehet.

3.2.1 Väkivaltatyö työntekijän näkökulmasta

Työntekijä itse saattaa heikentää väkivallan tunnistamista tai ei itse tunnista väkivaltaa. Työntekijällä voi olla ennakkokäsitys siitä, millainen väkivaltainen mies on tai

millainen uhri on. Sosioekonomisesti korkealla olevista henkilöistä ei uskoisi olevan väkivaltaisia. Nämä todennäköisesti peittelevät väkivaltaa. Työntekijällä itsellään saattaa olla väkivaltainen menneisyys ja sen myöntäminen on liian raskasta, joten työntekijä voi jättää huomioimatta muiden väkivaltaisuuden. Työntekijä voi kokea, että ihmisillä on yksityisyys, jota tulee suojella ja sitä kautta jättää havaitsematta väkivallan. Työntekijä voi olla arka ottamaan väkivaltaa puheeksi. Työntekijä tarvitsee koulutusta, vertaistukea sekä työnohjausta. Työntekijä saattaa olla myös liian auttavainen ja tällä vaarantaa uhrin ja lasten turvallisuuden. Uhria pitää kuunnella ja ohjata oikeaan suuntaan, mutta antaa uhrin itse päättää asioista. (Holma 2005, 166–169.) Lindqvist (2009, 198–199) toteaa, että sosiaalityöntekijöillä ei ole aikaa kehittää työtään eikä hoitaa asioita syvällisemmin. Kiire estää työhön paneutumisen perusteellisesti.

Työntekijän turvallisuus tulee olla taattu ja siitä huolehtiminen kuuluu työnantajalle. Auttaessa uhria työntekijä altistuu traumatisoinnille, kuunnellessaan päivittäin asiakkaiden kertomuksia väkivaltaisesta elämästä. Työntekijä näkee eri asioita väkivaltatyössä ja voi samaistua uhriin. Empaattisuudella työntekijä samaistuu samoihin tunne-reaktioihin uhrien kanssa. Työntekijän tulee erottaa omat tunteet muiden tunteista. Työturvallisuutta - ja hyvinvointia lisätään työnohjauksella, jossa voi purkaa traumatisoivia asioita muiden työntekijöiden kanssa. Työtaakka voi myös purkaa parityöskentelyllä. Työntekijällä tulee olla tarpeeksi hyvät vuorovaikutustaidot, jotta väkivaltatyö onnistuu. Työntekijän tulee tietää, mitä väkivalta on. (Holma 2005, 169–175.) Lähisuhdeväkivallan ehkäisy ja hoito tulisi sisältyä terveys- ja sosiaalialan koulutukseen (Lohtander 2006, 136–142).

Nygvistin (2001, 161, 163, 171) mielestä parisuhdeväkivalta on sukupuolittunut ongelma. Väkivaltatyössä naisesta ei tehdä viatonta uhria vaan nainen on saattanut käyttäytyä sopimattomasti, mutta sekään ei oikeuta miehen väkivaltaa. Väkivaltaa kohdanneet naiset saattavat tarvita vuosia kestäväää hoitoa selviytyäkseen väkivallan aiheuttamista vammoista. Väkivaltaiset miehet ohjataan hoitoon, mutta harva heistä hakeutuu sinne. Naisen selviytymisen merkkejä väkivallasta ovat mm. väkivallan tunnistaminen, vastuunotto, tunteiden kohtaaminen, huolehtiminen hyvinvoinnistaan, vuorovaikutus sekä rajojen löytyminen. Laineen (2005) mukaan kouluttautumalla saa uskallusta ja varmuutta väkivaltatyöhön. Väkivaltatyössä työntekijän tulee asettua samalle viivalla asiakkaan kanssa, jotta asiakas tuntee, että työntekijäkin voisi kohdata

väkivaltaisuutta. Työntekijän tulee olla asiantuntija väkivaltatyössä ja antaa uusia näkökulmia sekä avartaa katsomusta. Työntekijän pitää olla läheinen, mutta etäinen. Jokainen asiakas on yksilöllinen ja se näkyy myös työskentelyssä. Kaikille ei sovi samat menetelmät vaan niitä pitää ostata soveltaa jokaisen kohdalla. Miehen tekemää väkivaltaa kohdannut nainen ei välttämättä halua puhua miestyöntekijälle. Tässä tulee ottaa huomioon sukupuolisensitiivisyys. (Laine 2005, 103–105, 115, 147–148.)

3.2.2 Tukikeskus Villa Jensen

Tukikeskus Villa Jensen sijaitsee Kotkassa, Kotkansaarella ja on auki ympärivuorokauden. Se tarjoaa kriisi-, päivystys- ja turvaanottopalvelua Kotkan, Haminan, Virolahden, Pyhtään sekä Miehikkälän kuntien asukkaille virka-ajan ulkopuolella. Sieltä saa puhelimitse keskustelua, ohjausta, neuvontaa sekä turvasoittoja. Tukikeskuksessa saa myös kriisiapua. Kriisiapu koostuu keskustelusta, ohjauksesta, neuvonnasta, turvasta, verkostoitumisesta sekä yöpymisestä tai turva-asumisesta. Kotkassa, Haminassa, Miehikkälässä sekä Virolahdella asuvat voivat hakea apua tai turvaa tukikeskuksesta. Tukikeskukseen voi hakeutua omatoimisesti tai sinne voi viranomaisen ohjata avun tarpeessa olevan. Tukikeskuksesta saa myös debriefing-istuntoja, jotka ovat tarkoitettu läheisen ihmisen menettäneille tai onnettomuuden uhreille. (Tukikeskus Villa Jensen 2006.)

Vuonna 2012 Tukikeskus Villa Jensen sai 16 yhteydenottoa perheväkivallan vuoksi Kotkalaisilta ja kaikissa kunnissa yhteensä oli 27 yhteydenottoa. Perheväkivallan vuoksi 28 henkilöä asui Villa Jensenissä yhteensä 454 vuorokautta. Lastensuojelupäätöksi tehtiin Kotkassa 11 samana vuonna. Avoterveydenhuollosta otettiin Villa Jenseniin yhteyttä 39 kertaa ja terveydenhuollon laitoksista 26 kertaa. (Kotkan Sosiaalitoimisto 2013.) MARAK- menetelmää ollaan jalkauttamassa Kotkan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja Kymenlaakson keskussairaala palvelee koko Kymenlaakson aluetta.

3.3 Lainsäädäntö parisuhdeväkivallasta

Väkivalta perheen jäsentä, puolisoa tai lapsia kohtaan on rikos, joka on määritelty rikoslaissa. Akuutissa väkivaltatilanteessa vain poliisi voi ottaa tekijän kiinni. Tällä tavoin laki antaa turvaa ja suojelua uhria kohtaan. Rikosoikeusjärjestelmä viestittää siitä, että väkivalta ei ole hyväksyttävää. Rikosprosessi: ensin poliisi suorittaa esitutkin-

nan, syyttäjä nostaa syytteen halutessaan ja tuomioistuin päättää rangaistuksen. Rikoslaki keskittyy fyysiseen väkivaltaan, joka yleisimmin on pahoinpitely. Väkivalta on aina rangaistava rikos ja vain hätävarjelu on anteeksiannettava. Toistuvuus on eräs ominaisuus parisuhdeväkivallalle. Todennäköisesti siihen liittyy muitakin väkivallan muotoja kuin fyysinen väkivalta. Perheväkivallalta ei voi puuttua, jollei se tule ilmi. Ilmoitusvelvollisia lastensuojeluun lapsista ovat sosiaali- ja terveydenhoidon, poliisin- ja seurakunnan henkilökunta. Vaitiolovelvollisuus huonontaa viranomaisten yhteistyötä. (Niemi-Kiesiläinen & Kainulainen 2006, 115–121.)

21:5 § (21.4.1995/578) Pahoinpitely: Joka tekee toiselle ruumiillista väkivaltaa taikka tällaista väkivaltaa tekemättä vahingoittaa toisen terveyttä, aiheuttaa toiselle kipua tai saattaa toisen tiedottomaan tai muuhun vastaavaan tilaan, on tuomittava pahoinpitelystä sakkoon tai vankeuteen enintään kahdeksi vuodeksi. Yritys on rangaistava.

21:6 § (13.7.2001/654) Törkeä pahoinpitely: Jos pahoinpitelyssä 1) aiheutetaan toiselle vaikea ruumiinvamma, vakava sairaus tai hengenvaarallinen tila, 2) rikos tehdään erityisen raa'alla tai julmalla tavalla tai 3) käytetään ampuma- tai teräasetta taikka muuta niihin rinnastettavaa hengenvaarallista välinettä ja rikos on myös kokonaisuutena arvostellen törkeä, rikosentekijä on tuomittava törkeästä pahoinpitelystä vankeuteen vähintään yhdeksi ja enintään kymmeneksi vuodeksi. Yritys on rangaistava.

Henkirikoksiin syyllistyneistä miehistä vuosina 2003–2011 oli yli puolet tuomittu pahoinpitely- tai henkirikosyrityksestä viimeisen kymmenen vuoden aikana. Henkirikoksissa alueelliset erot ovat suuria. Suurimmat rikostilastot löytyvät Itä- ja Pohjois-Suomen kunnista. Matalin rikollisuustaso on Länsi-Uudellamaalla ja korkein Lapissa. Suomi on henkirikostilastoissa EU:ssa kuudenneksi korkeimmalla sijalla sekä yleisesti Euroopan tilastoissakin keskimääräistä korkeammalla sijalla. Tätä selitetään sillä, että keski-ikäisiä alkoholisoituneita miehiä on paljon työttömänä. (Lehti 2013.)

4 MONIAMMATILLINEN RISKINARVIOINTIKOKOUS

4.1 Moniammatillinen riskinarviointikokous-menetelmä ja sen tavoitteet

Moniammatillinen riskinarviointikokous-menetelmä (MARAK) on Isossa-Britanniassa kehitetty, joka tulee sanoista Multi Agency Risk Assessment Conferen-

ces. Tällä arvioidaan parisuhdeväkivallan riskiä standardoidulla lomakkeella. Tarkoitus on tunnistaa sellaisia parisuhdeväkivalta tapauksia, joissa on korkea riski. MARAK-menetelmä on käytössä Oulussa, Helsingin Itäkeskuksessa, Vantaalla, Joensuussa, Jyväskylässä, Vaasassa, Päijät-Hämeessä sekä Etelä-Karjalassa. Hanketta ylläpitää THL. (MARAK-opas, 2.)

MARAKilla puututaan parisuhdeväkivaltaan sekä väkivallan uusiutumiseen. Menetelmä on kaksivaiheinen, jolla ensin pyritään tunnistamaan väkivallan uhri ja sitten arvioidaan väkivallan uusiutuminen täyttämällä riskinarviointilomake. Jos uhrilla on vaara joutua uudelleen väkivallan kohteeksi, hänen tapaus käsitellään moniammatillisessa työryhmässä. Siellä laaditaan turvasuunnitelma uhrille, josta löytyy toimenpiteet, joilla lisätään turvallisuutta sekä miten vähennetään väkivaltaa. Moniammatillista työryhmää käytetään, jotta saadaan kokonaisvaltainen kuva väkivallasta sekä turvallisuuden parantamisesta. (MARAK-opas, 2.)

Menetelmän tavoite on aikuisten väkivallan uhrien turvallisuuden parantaminen sekä verkostoituminen moniammatillisesti. Toiminta suunnitellaan huolellisesti ja tietojenvaihto tapahtuu luottamuksellisesti. Uhri saa tukihenkilön, joka tukee uhria prosessin aikana sekä välittää tietoa muille työryhmän jäsenille. Tukihenkilöt ovat koulutettuja. Tavoitteet ovat; korkean riskin parisuhdeväkivallan uhrit eivät joudu uudelleen väkivallan kohteeksi, parisuhdeväkivallan ehkäiseminen ja kartoittaa parisuhdeväkivallan erityispiirteitä ja tällä vähentää väkivallasta johtuvia seurauksia. (MARAK-opas, 2.)

On olemassa monia erilaisia riskinarviointi menetelmiä, joista MARAK on yksi eniten tieteellisesti tutkittu menetelmä. MARAK tarkoittaa moniammatillista riskinarviointi kokousta. Tämä menetelmä sopii Suomen käytäntöihin, koska menetelmä on uhrilähtöinen. MARAK on hyvä väkivallan puuttumisen malli, joka on myös moniammatillinen sekä lomake on helppokäyttöinen muihin menetelmiin verrattuna. MARAK on käytössä Englannissa, Australiassa ja Kanadassa. Tässä mallissa riskinarviointi tehdään uhrille, ei tekijälle. Arvioinnin voi tehdä kuka vain, joka työskentelee väkivaltaa kohdanneiden kanssa. (Piispa, Tuominen & Ewalds 2012, 9-10.)

5 TUTKIMUSTAVOITTEET

Tässä kehittämistyössä haluttiin selvittää kahden polikliinisen osaston henkilökunnan valmiuksia tunnistaa sekä auttaa parisuhdeväkivallan uhreja. Samalla jalkautettiin

MARAK-menetelmä Kymenlaakson keskussairaalaan. Kyselylomakkeella haluttiin selvittää, mitä estäviä tekijöitä henkilökunnalla on parisuhdeväkivallan tunnistamisessa. Samalla selvitettiin, miten kiire vaikuttaa väkivallan uhrin tunnistamiseen. Haastatteluissa haluttiin kartoittaa lisää, tarvitseeko Kymenlaakson keskussairaala parisuhdeväkivaltaan puuttumisen mallin. Samalla selvitettiin mielipiteitä, minkälainen mallin tulisi olla sekä puuttuuko henkilökunta parisuhdeväkivaltaan. Tämän kehittämistyön tutkimustavoitteet ovat:

1. Kuvata kahden polikliinisen osaston henkilökunnan valmiuksia tunnistaa ja auttaa pari- ja lähisuhdeväkivallan uhreja.
2. Lisätä henkilökunnan tietämystä MARAK-menetelmästä ja rohkaista käyttöönottoa.

6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

6.1 Kehittämisen toteutus

Tämä opinnäytetyö tehtiin Etelä-Kymenlaakson Artu -hankkeeseen MARAK-menetelmän moniammatillinen jalkauttaminen Kymenlaakson keskussairaalaan. Menetelmällä tarkoitetaan parisuhdeväkivallasta kärsivien moniammatillista riskinarviointia, jolla pyritään auttamaan vakavaa parisuhdeväkivaltaa kokeneita uhreja tai sen uhan alla eläviä henkilöitä. Menetelmän jalkauttamisessa on tarkoitus käyttää niitä yhteisöjä ja hoitopaikkoja, joita palveluprosessi koskee. Kotkan kaupungilla on LÄPSY-työryhmä, joka vie MARAK-menetelmää käyttöön ottoa Kotkan kaupungin toimipisteissä.

Tutkija kävi keskustelemassa keväällä 2013 opinnäytetyöstä Ek-Artu hankkeen projektipäällikkö Päivi Okugumen kanssa MARAK-menetelmän jalkauttamisesta hankkeen yhteydessä. Tämän jälkeen otettiin yhteyttä Kotkan kaupungin LÄPSY-työryhmän puheenjohtajaan. Tutkija kutsuttiin LÄPSY-työryhmän kokoukseen 16.5.2013. Kokouksen jälkeen keskusteltiin uudelleen projektipäällikön kanssa, molemilla oli herännyt ajatus MARAK-menetelmän jalkauttamisesta Kymenlaakson keskussairaalaan.

Ylihoitaja tavattiin 19.6.2013 yhdessä opinnäytetyö ohjaajan sekä projektipäällikön kanssa. Tutkija esitteli tutkimussuunnitelman ja yhdessä mietittiin vaihtoehtoja, miten voitaisiin edetä kehittämistyön kanssa. Päädettiin tekemään kysely kahden polikliinisen osaston henkilökunnalle. Samalla kohdennettiin tutkimustavoitteet yhdessä ylihoitajan kanssa. Tutkimuslupaa anottiin syksyllä 2013. Tutkimuslupa myönnettiin 2.12.2013. Koulutuksen suunnittelu alkoi kyselylomakkeiden saavuttua tutkijalle. Näiden pohjalta huomattiin henkilökunnan tarvitsevan koulutusta MARAK-menetelmästä. Tässä vaiheessa otettiin yhteyttä sähköpostitse THL:n MARAK-kouluttajaan ja pyydettiin häntä pitämään koulutusta henkilökunnalle MARAK-menetelmästä keväällä 2014.

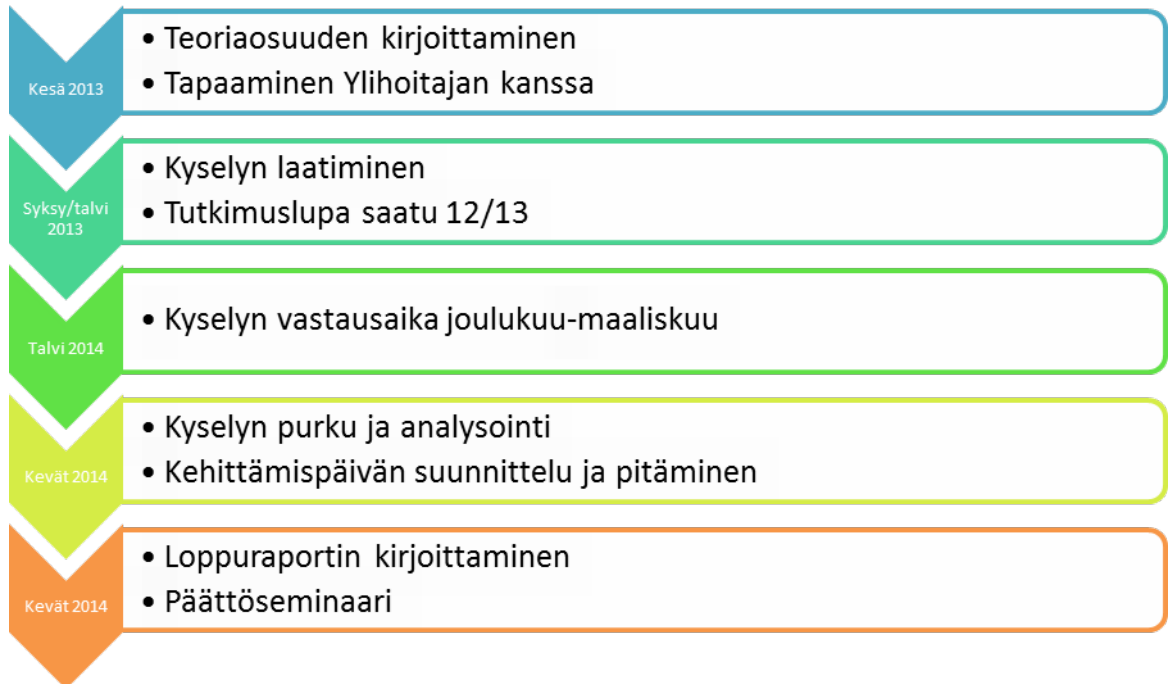
Tutkimusluvan saatua kysely laitettiin saatekirjeen kera osastonhoitajille. He lähettivät sen sähköpostitse omille hoitajilleen, joita oli yhteensä 63. Kysely lähetettiin 12.12.2013 ja vastausaikaa oli 18.1.2014 saakka. Muistutus laitettiin tammikuun alussa ja samalla vastausaikaa jatkettiin 31.1.2014 asti. Vastauksia ei tullut riittävästi, joten uusi muistutus lähetettiin helmikuussa sekä vastausaikaa jatkettiin 10.3.2014 asti. Kyselyn purun jälkeen huomattiin, että tarvitaan lisää tietoa kehittämistyöhön. Tällöin päätettiin pyytää koulutuksen yhteydessä palautetta sekä tehdä täydentäviä haastatteluja.

Kehittämistyössä on tarkoitus pitää henkilökunnalle koulutusta moniammatillisesta riskinarvioinnista sekä kyselyn tuloksista. Koulutuksen ajankohta on toukokuussa. Tutkija kertoo kyselyn tuloksista sekä THL:n MARAK-kouluttaja kertoo MARAK-menetelmästä. Tällä olisi tarkoitus saada jalkautettua sekä rohkaista henkilökuntaa käyttämään pari- ja lähisuhdeväkivallan uhrien kohdalla moniammatillista riskinarviointia. Tutkija piti PowerPoint-esityksen koulutuksessa. Koulutus oli onnistunut, koska henkilökunta innostui mallista. Koulutuksessa kerättiin palautetta kirjallisesti sekä suullisesti. Suullisesta palautteesta tutkija teki muistiinpanoja. Kehittämistyöhön haastateltiin kahta työntekijää. Tämän avulla haluttiin täydentää kyselyn sekä palautteiden tietoja ja saada ideoita, miten jatkaa kehittämistyötä eteenpäin.

6.2 Tutkimuksen toteutus

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on tehdä ZEF-kysely sähköpostitse henkilökunnalle, jolla kartoitetaan esteitä ja haasteita, mitkä estävät MARAKin käyttöä. Samalla jalkautetaan MARAK-menetelmä Kymenlaakson keskussairaalan kahdelle polikliini-

selle osastolle. Kyselyn tuotoksena katsotaan, millaista koulutusta henkilökunta tarvitsee, jotta esteet sekä haasteet voitettaisiin.



Kuva 1. Tutkimuksen aikataulu

Tutkimuksen alustava aikataulu on: teoriaosuus kirjoitetaan kesäkuussa ja kyselylomake laaditaan syksyllä 2013. Kyselyn toteutetaan talvella 2014. Keväällä 2014 kyselyn puretaan sekä analysoidaan. Tämän pohjalta suunnitellaan henkilökunnalle koulutusta MARAK-menetelmästä. Koulutus tai vertaistuki olisi keväällä. Loppuraportti kirjoitetaan toukokuussa. Opinnäytetyö jätetään arvioitavaksi määräaikaan mennessä sekä päätöseminaari pidetään kesäkuussa. (Kuva 1.)

6.2.1 Tutkimusmenetelmä

Tässä opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmenetelmänä kvantitatiivista sekä kvalitatiivista tutkimusotetta. Kysely suoritettiin kvantitatiivisena ja haastattelut olivat kvalitatiivisia. Haastatteluiden vastaukset kirjoitettiin suoraan paperille, jonka jälkeen ne analysoitiin sisällönanalyysillä. Kvantitatiivisen tutkimusotteen tarkoitus on kartoitus, selitys tai vertailu. Tässä opinnäytetyössä kartoitetaan, mitä esteitä on, ettei sairaalan henkilökunta ota huomioon väkivallan uhreja mallin mukaisesti. Kyselyn avulla haluttiin selvittää henkilökunnan omia asenteita ja miten ne vaikuttavat parisuhdeväkivallan tunnistamiseen ja puuttumiseen. Tavoitteena oli jalkauttaa MARAK-menetelmä

Kymenlaakson keskussairaalaan. Jalkauttamista ennen tehtiin kartoituskysely, jonka avulla selvitettiin esteet sekä haasteet. (Vilka 2007, 18–20, 24–26; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 136–140 ;Vilka 2005, 23.)

6.2.2 Aineiston keruu ja analysointi

Tässä kehittämistyössä tarkoituksena on kerätä tietoa ZEF-kyselyn avulla sähköpostitse kahden polikliinisen osaston henkilökunnalta. Kysely tehtiin kokonaisotantana molempien osastojen henkilökunnalle. Kyselylomakkeen kysymykset nousivat teoriasta sekä käsitteet määriteltiin ennen lomakkeen laatimista. Teoriapohjana kyselyn laatimisessa käytettiin Vilkaa (2005, 85–87). Kysymykset mietittiin huolella. Kysely testattiin ennen käyttöönottoa joulukuussa 2013. Kyselylomakkeessa käytettiin strukturoituja kysymyksiä. Taustakysymyksiä ovat ikä, sukupuoli sekä osasto.

Tässä kehittämistyössä kyselylomakkeet käsiteltiin ZEF-ohjelmalla. Nummenmaa (2009, 30–31) kertoo, että tutkimuksen suunnitteleminen kannattaa aloittaa tutkimusongelman määrittelystä. Siitä, mistä ilmiöstä tutkija on kiinnostunut. Tutkimustavoitteet rajattiin tarkasti. Tutkimustavoitteet yksinkertaistettiin, jotta aineistosta saataisiin mahdollisimman hyviä päätelmiä. Analyysia aloitettaessa tarkistettiin aineisto. Kyselylomakkeet tarkistettiin ja katsottiin, että kaikki olivat asiallisesti täytetty. Seuraavaksi pyrittiin tietojen täydentämiseen eli saamaan mahdollisimman paljon vastauksia. Aineiston analyysi aloitettiin mahdollisimman nopeasti kyselylomakkeiden palautuksen jälkeen. (Hirsjärvi ym. 2009, 216–219; Vilka 2007, 119–120, 134; Vilka 2005, 90–92 .)

Haastattelukutsu laitettiin neljälle henkilölle, joista kaksi haastateltiin. Tutkija kirjoitti vastaukset suoraan paperille. Haastattelut sekä koulutuksen palautteet purettiin induktiivisella sisällönanalyysillä tässä kehittämistyössä. Tutkija etsi samankaltaisuudet ja sen jälkeen tarkasteli eroavaisuuksia. Tutkija eri väreillä alleviivasi samankaltaisuudet sekä eroavaisuudet. Sisällönanalyysin avulla sieltä nousivat tärkeimmät asiat, jotka tutkija nivoi yhteen tarkastellen tuloksien eroavaisuuksia ja samankaltaisuksia. Sisällönanalyysin pohjana käytettiin Tuomi & Sarajärven(2002, 95–100) laadullista sisällönanalyysiä.

6.2.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tässä kehittämistyössä arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta reliabiliteetin ja validiteetin kautta. Reliabiliteetin avulla katsotaan tutkimuksen pysyvyyttä. Sitä tarkastellaan jo tutkimuksen alusta lähtien. Reliabiliteetti katsoo tarkkuutta sekä mittausta tutkimuksen aikana. Luotettavuutta arvioidaan Vilkan (2007, 149–150.) kysymysten avulla; ”Miten onnistuneesti otos edustaa perusjoukkoa?, Mikä on vastausprosentti?, Miten huolellisesti havaintoyksikköjen kaikkia muuttujia koskevat tiedot on syötetty?, Millaisia mittausvirheitä tutkimukseen sisältyy?”

Tässä kehittämistyössä validiteettia tarkastellaan operationalisoinnin onnistumisen avulla. Onko onnistuttu saamaan teoreettiset käsitteet arkikielen tasolle sekä siirtäneet onnistuneesti teorian kyselylomakkeeseen. Validiteettia arvioidaan Vilkan (2007, 150–153) kysymysten avulla; ”Miten tutkija on onnistunut teoreettisten käsitteiden operationalisoinnissa arkikielelle?, Miten mittarin kysymysten ja vastausvaihtoehtojen sisältö ja muotoilu on onnistunut?, Miten onnistunut on valitun asteikon toimivuus?, Millaisia epätarkkuuksia mittariin sisältyy?” Tässä kehittämistyössä hyödynnettiin muiden mielipiteitä tutkimusta tehdessä, jotta saadaan kokonaisluotettavuuden paremmaksi. Kokonaisluotettavuutta lisätään valitsemalla perusjoukko sekä otantamenetelmä huolellisesti. Valitaan aineiston keruutapa sekä analyysimenetelmä, jotka sopivat kehittämistyöhön. Varmistetaan, että kyselylomakkeen kysymykset ovat arkikielellä sekä kaikkien ymmärrettävissä samalla tavalla. Ennen kyselyn tekoa tarkastetaan lomake sekä testataan se. Tulokset analysoidaan huolellisesti. Koko tutkimusprosessin toteutetaan huolellisesti sekä rehellisesti.

7 TULOKSET

7.1 Kyselyn tulokset

Kysely lähetettiin sähköpostitse 63 hoitajalle, joista 32 vastasi kyselyyn. Vastausprosentti oli 51 %. Vastaajista 31 oli naisia ja yksi mies.

Taulukko 1. Vastaajien ikä.

Ikä	
20-29 vuotta	0
30-40 vuotta	11
41-50 vuotta	14
51-62 vuotta	5
	30

Ikäjakauma oli 30 - 62 vuotta, tosin muutama vastaajista ei halunnut kertoa ikäänsä. 20 – 30-vuotiaita oli vastaajista yksi. 10 vastaajaa oli iältään 31–40 vuotta. Vastaajista 41–50-vuotiaita oli eniten 14. Vastaajista viisi oli 51–62 vuotta. Kaikki vastaajat olivat iältään ainakin 30-vuotiaita. (Taulukko 1.)

Taulukko 2. Vastaajien työkokemus vuosina.

Työkokemus vuosina	
0-10 vuotta	6
11-20 vuotta	10
21-30 vuotta	13
31-40 vuotta	2
	31

Työkokemusta oli pienimmillään 6,5 vuotta ja suurimmillaan 40 vuotta. Keskiarvo 19,7 vuotta. Vastaajista kuudella oli työkokemusta 0-10 vuotta. Vastaajista kymme-

nellä oli työkokemusta kertynyt 11–20 vuotta. Eniten työkokemusta oli 21–30 vuotta, vastaajia oli 13. Kahdella oli 31–40 vuotta työkokemusta. (Taulukko 2.) Voisi sanoa, että kyselyyn vastanneilla oli työkokemusta kertynyt kiitettävästi. Vastaajista lähes kaikki olivat kohdannut pari- tai lähisuhdeväkivallan uhrin työssään, muutamaa lukuun ottamatta.

Vastaajista suurin osa tunnisti jonkun verran tai hyvin omasta mielestäsi väkivallan oireita, kun taas osa tunnisti huonosti ja muutama erittäin huonosti. Väkivallan tunnistamisessa apuna käytettäviä lomakkeita oli käytössä keho kartta, PAKE-lomake sekä moniammatillinen riskinarviointi. Neljällä ei ollut käytössä mitään lomaketta, jolla voisi käyttää apuna väkivallan tunnistamisessa. Väkivallan dokumentoinnissa keho karttaa käytettiin 43,3 % (n.13). Kuluneen 12 kuukauden aikana vastaajista 9 ei ollut käyttänyt keho karttaa ollenkaan, 3 oli käyttänyt 1-2 kertaa sekä yksi vastaaja oli käyttänyt 3-4 kertaa.

Väkivaltaan puuttuminen osastolla: vastaajista 18 (78,3 %) vastasi, että jokainen puuttuu oman toimintatapansa mukaan. Kolme vastasi, että yhteisesti sovittu, että jokainen hoitaja kysyy asiasta suoraan potilaalta sekä kaksi oli sitä mieltä, ettei käytössä ollut yhteisesti sovittua toimintatapaa. Seitsemän ei osannut ottaa kantaa asiaan. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että työkiire vaikuttaa jonkun verran väkivaltaan puuttumiseen. (n = 28) Vastaajista viiden mielestä työkiire ei vaikuta väkivaltaan puuttumiseen. Sen sijaan hieman yli 60 % arvioivat työkiireen jotenkin vaikeuttavan väkivallan tunnistamista.

Suurin estävä tekijä oli, ettei ole yhteistä mallia pari- ja suhdeväkivaltaan (73 %) puuttumiseen. Seuraavaksi suurin tekijä oli kiire (42 %). Kenenkään mielestä välinpitämättömyys ei ole estävä tekijä eikä työyhteisön painostus. Kaksi vastaaja ei osannut sanoa. Vastaanotolla äidit ovat harvoin yksin, jos epäillä väkivaltaa perheessä. Muutama vastaaja arvioi, että väkivallan uhria vähätellään, joten voisi todeta, ettei työyhteisössä ei juurikaan vähätellä väkivallan uhreja. Lähes kaikilla vastaajilla oli myönteinen asenne väkivaltaan puuttumisen. Neljä ei osannut sanoa, minkälainen asenne itsellä on väkivallan uhria kohtaan.

Vastaajat arvioivat, että työssä jaksamiseen ei juuri vaikuta väkivallan uhrien auttaminen. Kaksi ei osannut sanoa vaikuttaako väkivallan uhrin auttaminen omaan työssä

jaksamiseen. Osaan kohdata väkivallan uhrin hyvin -väite jakoi mielipiteet, osa arvioi osaavansa kohdata uhrin, mutta lähes puolet oli sitä mieltä, ettei osaa kohdata uhria oikealla tavalla. Väkivallan uhrin ohjaaminen: vastaajista 16 ohjaisi uhrin Villa Jenseniin, neljä ohjaisi sosiaalihoitajan luokse ja viisi ohjaisi hakemaan apua poliisilta. Tilanteen ollessa akuutti ehdotetaan menoa Villa Jenseniin sekä tehdään rikosilmoitus. Villa Jenseniin on vastaajista 18 joskus ohjannut potilaan. Sen sijaan yhdeksän ei ole ohjannut sinne ketään. Vastaajista yhdeksän oli kuullut moniammatillisesta riskinarviinnista, kun taas 18 ei ollut kuullutkaan siitä.

7.2 Polikliinisten osastojen henkilökunnalle järjestetty koulutus ja haastattelut

Koulutus pidettiin 9.5.2014 sairaalan tiloissa, ja siihen osallistui 9 hoitohenkilökunnan jäsentä. Koulutukseen saapui molemmilta osastoilta henkilökuntaa. Koulutuksessa tutkija kertoi kyselyn tuloksista sekä opinnäytetyöstään PowerPoint-ohjelmaa apuna käyttäen. THL:n MARAK-kouluttaja piti PowerPoint-esityksen MARAK-menetelmästä.

Koulutuksessa kysyttiin palautetta suullisesti sekä kirjallisesti. Tutkija antoi koulutukseen saapuville henkilökunnan jäsenille palautelomakkeen heidän saapuessa paikalle. Palautelomakkeessa oli neljä kysymystä, joihin pyydettiin kertomaan oma mielipide. Esityksien jälkeen keskusteltiin MARAK-menetelmästä sekä sen soveltuvuudesta polikliinisille osastoille.

Koulutusta pidettiin hyödyllisenä, koska siitä ei ollut juuri kukaan kuullut. Koulutuksen myötä parisuhdeväkivalta on helpompi ottaa puheeksi sekä lomakkeen avulla on helppo kysyä väkivallasta. Lomake on hyödyllinen sekä kysymykset siinä ovat selkeitä. Työntekijät olivat sitä mieltä, että MARAKia työvälineenä voi käyttää parisuhdeväkivallan tunnistamisessa sekä kartoittaa riskiä sen avulla. Palautteiden perusteella olisi hyvä, jos olisi yhtenäinen malli ja toimintatapa sairaalassa, jota kaikki noudattaisivat. Toinen vaihtoehto olisi perustaa työryhmä, jonka puoleen käännetään parisuhdeväkivallan epäilyissä ja he kartoittaisivat riskiä. Selvästi joillakin syntyi kipinä MARAKia kohtaan ja lomake päättyy varmasti käyttöön osastoilla. Osaston resurssit eivät riitä parisuhdeväkivallan uhrin auttamiseen.

Haastattelukutsut laitettiin neljälle henkilölle, joista kaksi haastateltiin. Tutkija teki kohdentavia kysymyksiä toisen osaston osastonhoitajalle sekä Kymenlaakson keskus-

sairaalan LÄPSY -työryhmän jäsenelle, saadakseen enemmän tutkimustietoa ja mielipiteitä prosessin jatkoa ajatellen. Haastatteluita ei nauhoitettu vaan tutkija kirjoitti vastaukset. Tämän jälkeen suoritettiin induktiivinen sisällönanalyysi. Seuraavassa on vastauksia kysymyksiin: tarvitaanko väkivallan puuttumiseen yhtenäinen malli, valmis malli vai sairaalan oma sekä miten olisi paras jatkaa tätä prosessia eteenpäin:

Haastatteluissa selvisi, että yhtenäinen malli tarvitaan sairaalaan. Mallista oltiin eri mieltä. Sairaalan oma malli ei todennäköisesti kannata kauas, mutta ehdotukseksi nousikin, että MARAKia lyhennettäisiin myös akuuttiin paikkaan sopivaksi. Alueellista mallia puoltaa sen helppous ja saatavuus. Uhrin saavat sen avulla varmasti tukea ja oikeanlaista hoitoa sairaalan ulkopuolella. Polikliinisen hoitopaikan resurssit eivät riitä MARAKin, joten sinne tarvetta olisi lyhyemmälle mallille. Polikliinisen hoitopaikan haittapuolia on melkoinen kiire joka vuorossa, ja siksi on hankala paneutua näihin asioihin. Henkilökuntaa motivoidaan käyttää MARAKia työvälineenä sekä kehoitetaan jakaa tietoa siitä avun tarvisijoille.

Sairaalalla voisi olla tukiryhmä tai päivystävä sosiaalihoitaja, joka tulisi paikalle parisuhdeväkivallan tullessa ilmi. Tukiryhmä koostuisi sairaanhoitajasta esim. psykiatrisen sairaanhoitajasta, sosiaalihoitajasta sekä lääkäristä. Vaikka lääkäri ei olisi aina paikalla, hänen puoleensa voisi kääntyä ja saada tukea ja apua. Akuutin osaston mallin tulisi olla tiivis ja lyhyt paketti, jolla voisi antaa tietoa sekä muutamalla kysymyksellä kysyä parisuhdeväkivallasta. Tämän jälkeen sosiaalihoitaja ottaisi potilaan asiat hoidettavakseen. Mallin voisi kehittää yhdessä moniammatillisessa työryhmässä, joka koostuisi hoitajista, poliiseista, ensihoitajista sekä sosiaalihoitajista, jotka työskentelevät kentällä. Näin saataisiin muut työntekijät sitoutettua paremmin mallin käyttöönotossa.

Seuraavassa on vastauksia kysymyksiin: miten toteutettaisiin parhaiten parisuhdeväkivallan uhrin auttaminen osastollasi sekä puuttuuko mielestäsi henkilökunta aktiivisesti parisuhdeväkivallan epäilyihin.

Parisuhdeväkivallan uhrin auttamisesta omalla osastolla, keskustellaan kovinkin useasti työyhteisöissä. Jos sitä tulee ilmi, niin se ei aina johda mihinkään. Asiasta voidaan jopa keskustella uhrin kanssa ja silti asiat eivät etene eikä uhri saa oikeanlaista apua. Parisuhdeväkivallan tullessa ilmi potilas tarvitsee aikaa, ja silloin mihinkään ei saa olla kiire. Keskusteltavia asioita on paljon sekä potilas tarvitsee tukea ja apua:

”Potilaalla on myös paljon kysymyksiä ja huolia traumaattisen tilanteen lisäksi esimerkiksi lapset, lemmikit tai työpaikka.”

Huolen aiheeksi nousi mallissa se, ettei se kata koko Kymenlaaksoa. Potilaitahan tulee myös Kouvolasta, Haminasta, Virolahdelta sekä Miehikkälästä. Näiden kohdalla ei voida MARAKiin lähettää, koska siihen otetaan vain kotkalaisia. Sairaalaan kuitenkin hakeutuu joka puolelta Kymenlaaksoa potilaita.

Haastatteluissa ilmeni, että osa henkilökunnasta ei puutu aktiivisesti parisuhdeväkivaltaan. Joukkoon kyllä mahtuu aktiivisia puheeksi ottajia. Siitä keskustellaan potilaiden kanssa, mutta ei suoranaisesti puututa. Asian eteenpäin vieminen on hankalaa, koska mihin viedä eteenpäin, mistä saa apua? Selkeissä tapauksissa voidaan kysyä suoraan asiasta. Osa henkilökunnasta osaa ohjata potilasta, mistä saa apua sekä mihin voi hakeutua. Haastattelussa selvisi, että tietosuoja tuo omat haasteet parisuhdeväkivaltaan puuttumiseen.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Tutkimuksen eettisyys

Tässä kehittämistyössä eettisiä kysymyksiä ovat väkivallan kohtaamat henkilöt ja heidän yksityisyys, miten kohdata heitä sekä heidän perheitä, miten kohdella heitä asiallisesta ja muistaa oma tutkijan rooli, jottei samaistu heihin. Miten kerätään tietoa eettisesti oikein ja oikeudenmukaisesti? Kehittämistyö yritetään saada johdonmukaiseksi sekä eettisesti kestäväksi. Tutkimus ja eettisyys vaikuttavat toisiinsa. Tutkijan oma eettisyys sekä tutkimuksen luomat eettiset kysymykset näkyvät tutkimuksessa. Etiikasta nousee esiin tieteen kysymyksiä, joita ovat mm. mitä on hyvä tutkimus ja miten sitä tutkitaan, miten tutkija saa etsiä tietoa ja käyttää sitä. Hyvän tutkimuksen kriteerijä ovat eettinen kestävyys ja johdonmukaisuus. Tutkijat suhtautuvat etiikkaan eri tavoin. Tutkimusetiikan ongelmia voivat olla tutkittavien informointi, aineiston keruu ja analyysi, yksityisyyden luomat ongelmat sekä tutkimustulosten esittäminen. Tutkijan tulee tehdä moraalisesti oikeita päätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 122–125.)

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tekemällä kyselyn tutkittavat suostuivat tutkimuksen tekoon. Haastattelut olivat myös vapaaehtoisia ja kaikki eivät siihen suostuneetkaan tai eivät ehtineet. Tutkija olisi mielellään haastatellut enemmän

henkilöitä tutkimukseen. Tutkija hävittää tutkimusmateriaalin tutkimuksen tehtyä. Tutkija on yrittänyt olla asiassa objektiivinen ja etteivät omat mielipiteet vaikuta tulosten tekoon. Tutkittavien yksityisyydensuojaan kuuluu, että voi kieltäytyä tutkimuksesta, heille tulee kertoa tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja menetelmä. Tutkijan tulee varmistua, että tutkittava tietää, mihin ryhtyy. Tutkittaville ei saa tapahtua vahinkoa ja tutkimuksen tulee olla luottamuksellinen. Tutkittavia ei saa tunnistaa tutkimuksesta. Tutkijan oma eettisyys on myös tärkeää. Tutkija ei saa vääristellä tuloksia eikä menetelmiään tai mitään mitä tutkimuksessa on tapahtunut sekä muita tutkijoita ei tule väheksyä. (Tuomi 2007, 145–146.)

8.2 Tulosten tarkastelu ja pohdinta

Tässä kehittämistyössä tutkija sitoo langat yhteen pohdintaosiossa. Tutkimus kiertyy teorian, tutkimussuunnitelman sekä aineiston analyysin kautta yhteen. Pohdinnassa arvioidaan tuloksia sekä miten ongelma ratkaistiin. Siinä voi myös kertoa, mitä olisi voinut tehdä toisin. Tutkija ottaa myös kantaa, onko oma tutkimus yhdenmukainen edellisten tutkimusten kanssa. Pohdinnassa ei tule toistaa tuloksia vaan pääasiat nostetaan esille ja niistä tehdään johtopäätöksiä. Pohdinta on tutkimuksen yksi tärkeimmistä osioista Hirsjärvi ym. (2009) mukaan.

Kyselyyn eivät osallistuneet kaikki työntekijät, mikä oli harmillista. Olisi ollut parempi saada enemmän materiaalia tuloksiin. Tutkimuksesta olisi tullut laajempi sekä luotettavampi. Tutkimuksesta voisi osastot hyötyä sekä hyödyntää sitä omiin tarpeisiin. Tutkimuksessa tuli samankaltaisia tuloksia kuin muissakin. Työkiire nousi esiin muissakin tutkimuksissa (ks. Lindqvist 2009). Työkiireeseen pitäisi puuttua ja antaa työntekijöille enemmän aikaa potilaiden hoitoon ja huomioimiseen. Oireiden havaitseminen on tuloksien mukaan jokseenkin hankalaa ja tähän tulisi tulla muutoksia. Osastoilta puuttuu selkeä malli, jolla puuttua väkivaltaan. Tosin sen taakse on helppo piiloutua ja näin jättää huomioimatta avun tarvitsijat.

Työntekijä itse saattaa heikentää väkivallan tunnistamista tai ei itse tunnista väkivaltaa. Työntekijällä voi olla ennakkokäsitys, millainen väkivaltainen mies on tai millainen uhri on. Sosioekonomisesti korkealla olevista henkilöistä ei uskoisi olevan väkivaltaisia. Nämä todennäköisesti peittelevät väkivaltaa. (Holma 2005, 166–169.) Tämän tutkimuksen vastaajista suurin osa tunnisti jonkun verran tai hyvin omasta mielestäsi väkivallan oireita, kun taas osa tunnisti huonosti ja muutama erittäin huonosti.

Syynä saattaa juurikin olla Holman (2005) mainitsevat tekijät, työntekijän oma väkivaltainen tausta, ihmisten oma yksityisyys, jota haluaa kunnioittaa tai työntekijä voi olla arka ottamaan väkivaltaa puheeksi. Työntekijä voi olla väsynyt työhönsä. Vastajat arvioivat työssä jaksamiseensa ei vaikuta väkivallan uhrien auttaminen. Henkilökunta voisi käyttää apuna jo valmiita väkivallanoire listoja, jotka helpottavat työtä.

Lindqvist (2009, 198–199) toteaa, että kiire estää työhön paneutumisen perusteellisesti. Samoin tässä tutkimuksessa huomattiin, että työkiire vaikeuttaa jollain tavalla väkivallan tunnistamista. Suurin estävä tekijä oli tässä tutkimuksessa, ettei ole yhteistä mallia, jolla puuttua pari- ja suhdeväkivaltaan (73 %), seuraavaksi suurin tekijä oli kiire (42 %). Työkiirettä pitäisi helpottaa jollain tavalla: joko vähentämällä työtaakkaa tai lisäämällä henkilökuntaa. Työkiire ei saisi olla väkivallan uhrin auttamista estävä tekijä. Tosin työkiireen taakse on helppo piiloutua ja olla välittämättä sekä jättää huomioimatta väkivalta. Osastojen ottaessa MARAKin työvälineeksi käyttöön heillä on keino, jolla voi puuttua parisuhdeväkivaltaan. Tämän myötä helpottaa puheeksi ottaminenkin.

Parisuhdeväkivallasta kysyminen on haastavaa ja tärkeää. Tämän voi toteuttaa systemaattisilla seulonnoilla, jotka suoritetaan kaikille. Väkivaltaa kohdanneen kanssa keskusteltaessa, kysytään väkivallasta suoraan. Kannattaa kuunnella avoimesti, syyllistämättä ilman, että väkivallan tekijä on paikalla. Voi ottaa suoraan kantaa, että väkivalta on rikos ja siitä on ilmoitusvelvollisuus työntekijöillä. (Perttu & Kaselitz 2006, 18, 23.) Tässä tutkimuksessa vastaajista 18 (78,3 %) vastasi, että jokainen puuttuu oman toimintatapansa mukaan. Kolme vastasi, että yhteisesti sovittu, että jokainen hoitaja kysyy asiasta suoraan potilaalta. Muissa tutkimuksissa kehoitettiin kysymään väkivallasta suoraan. Kaksi oli sitä mieltä, ettei käytössä ollut yhteisesti sovittua toimintatapaa, joten olisi suotavaa, että osastoilla olisi yhtenäinen malli, jonka avulla toimia. Tässä tutkimuksessa selvisi, että vastaanotolla äidit ovat harvoin yksin, jos epäillään väkivaltaa perheessä. Tällöin väkivaltaan puuttuminen on hankalaa ja tietenkään tekijän läsnä ollessa ei siitä kannata kysyä. (ks. Perttu 2004.)

Holma (2005, 155–156, 158, 160–161) väittää, että terveydenhoitoalalla on tekijöitä, jotka estävät väkivallan tunnistamista sekä lähisuhdeväkivallan ehkäisemistä ja hoitoa. Väkivallan tunnistaminen ja hoito vaativat erityisosaamista. Työntekijän tulee puuttua väkivaltaan, jollei puutu, niin hän kannattaa väkivaltaa. Työntekijän on helppo um-

mistaa silmät ja uskoa, ettei väkivaltaa ole. Väkivalta pitää osata tunnistaa ennen kuin siihen voi puuttua. (Holma 2005, 155–156, 158, 160–161.) Tuloksista selvisi, että juuri kukaan ei vähättele väkivallan uhria ja melkein kaikilla vastaajilla oli myönteinen asenne väkivaltaan puuttumisen, kun taas Kääriäisen (2006) mukaan väkivallan uhri kokee vähättelyä omasta mielestään. Puolet oli sitä mieltä, ettei osaa kohdata uhria oikealla tavalla. Henkilökunta selvästikin tarvitsisi tukea ja koulutusta väkivallan uhrin kohtaamiseen. Osastoilla tulisi kiinnittää huomiota väkivallan oireisiin ja puuttua niihin. Tästä voisi tehdä tavan ja kysyä asiasta kaikilta. Potilaiden ei tarvitsisi kyseenalaistaa ja ihmetellä, minkä takia tällaista kysytään, vaikka ei väkivaltaa olisikaan omassa perheessä. Jos kohdellaan kaikkia samoin ja kysytään kaikilta, niin parisuhdeväkivaltaa voisi ilmetä yllättävissä tilanteissa. (ks. Notko ym. 2011) Samoin haastattelussa selvisi, että osa henkilökunnasta puuttuu aktiivisesti väkivaltaan kun taas toiset eivät. Syynä voi olla puheeksi ottamisen vaikeus tai ettei tiedä, miten toimia parisuhdeväkivallan uhrin kanssa.

Villa Jenseniin voi hakeutua omatoimisesti tai sinne voi viranomaisen ohjata avun tarpeessa olevan. Vuonna 2012 Tukikeskus Villa Jensen sai 16 yhteydenottoa perheväkivallan vuoksi Kotkalaisilta ja kaikissa kunnissa yhteensä oli 27 yhteydenottoa. (Kotkan sosiaalitoimisto 2013.) Tuloksista huomattiin, että vastaajista vain 18 oli joskus ohjannut potilaan Villa Jenseniin. Villa Jenseniin hakeutuu varmaankin muita reittejä pitkin asiakkaita kuin sairaalasta. Sairaalasta Villa Jenseniin hakeutuu uhri akuutin tilanteen ollessa päällä, kun ei ole muuta paikkaa minne mennä.

Tuloksista selvisi, että moniammatillisesta riskinarvioinnista oli kuullut vastaajista yhdeksän, kun taas 18 ei ollut kuullutkaan siitä. MARAK-menetelmä sopii Suomen käytäntöihin, koska menetelmä on uhrilähtöinen. MARAK on hyvä väkivallan puuttumisen menetelmä, joka on myös moniammatillinen sekä lomake on helppokäyttöinen muihin menetelmiin verrattuna. Tässä menetelmässä riskinarviointi tehdään uhrille, ei tekijälle. Arvioinnin voi tehdä kuka vain, joka työskentelee väkivaltaa kohdanneiden kanssa. (Piispa ym. 2012, 9–10.) Tämä malli sopisi hyvin myös sairaaloihin, vaikka on harvemmin siellä käytetty. Tämän avulla monet väkivallan uhrit saisivat apua ja ohjausta väkivallasta pois pääsyyn. Menetelmä auttaa uhria saamaan tukea oikeista paikoista sekä saamaan oman elämän kuntoon. Tosin tietenkin uhri itse joutuu tekemään paljon, jotta pääsee eroon väkivallan tekijästä.

Valmiiseen menetelmään sitoutuminen oli huonoa. Menetelmää olisi todennäköisesti pitänyt markkinoida enemmän ja antaa henkilökunnan ottaa vastuuta menetelmän käyttöönotossa. Olisi pitänyt miettiä tarkemmin, mikä toimii Kymenlaakson keskussairaalassa. Tutkimuksessa huomattiin, ettei kehittäminen ei kannata, jos on ulkoa päin annettu menetelmä. Vaan henkilökunta saisi olla kehittämistyössä mukana ja näin vaikuttaa malliin. Ek-Artu antoi menetelmän, joka tulisi viedä sairaalaan sekä muualle Kymenlaaksoon. Sen puitteissa kehittämistyössä toimittiin.

Haastatteluissa nousi mielenkiintoisia ideoita sekä ajatuksia puolin ja toisin. Poliklinisellä osastolla voisi olla väkivaltatyön vastuuhenkilö, joka ottaisi vastuun väkivallan uhrien auttamisessa sekä kehittäisi sairaalan sisäistä väkivaltatyötä. Vastuuhenkilöltä voisi kysyä apua ja neuvoa muut työntekijät. Pari- ja lähisuhdeväkivallan työryhmään kuuluisi sairaanhoitaja, sosiaalihoitaja sekä seniorilääkäri. Työryhmään mallia voisi ottaa lastenkaltointo-työryhmistä. Samoin sairaalan henkilökunta voisi aktiivisesti osallistua Kotkan kaupungin LÄPSY-työryhmään, jonka avulla saisi asiasta lisää tietämystä sekä pääsisi kiinni väkivaltatyöhön. Työryhmää ehdotettiin myös koulutuksen palautteissa. Luultavasti se olisi hyvä keino auttaa parisuhdeväkivallan uhreja. Palautteissa ilmeni, ettei ole aikaa puuttua tarpeeksi syvälle ihmisten ongelmiin, koska töissä on kiire. Tämänkin takia ryhmä olisi tarpeellinen. Työryhmään ehdotettiin myös terveyden edistämisen koordinaattoria koordinoimaan työryhmää.

Molemmat haastateltavat olivat sitä mieltä, että malli tarvitaan, mutta millainen malli olikin eri kysymys. Selvästikin akuutin osaston kiireinen ja nopea työtahti ja vaihtuvat potilaat tuovat haasteita. Sinne selvästikin olisi tarve parisuhdeväkivallan mallille, mutta paljon MARAKia lyhyemmän, jotta jo siellä hoitohenkilökunta voisi kysyä asiasta ja laittaa rattaat pyörimään. MARAK on selvästikin heille liian pitkä, vaikka malli on hyvä. Tutkija pohtiikin, että voisiko malli olla lyhyempi ja voisiko samalla olla tietoa tukivaihtoehtoista sekä siitä, mistä apua saa ja kenen puoleen kääntyä. Tällainen malli olisi selvästikin tarpeellinen. Akuutin osaston kiireinen työtahti estää paneutumisen yksittäisen potilaan asioihin, koska se on muilta potilailta sekä henkilökunnalta pois. Voisi miettiä, olisiko muualla talossa käytössä MARAK ja akuutille osastolle voisi kehittää pienemmän malli, joka palvelisi polikliinisia osastoja.

Yksi ehdotus olisi, että perustettaisiin kehittämisryhmä, joka koostuisi kenttäihmisistä, joille annettaisiin valtuudet kehittää toimiva parisuhdeväkivallan malli. Mallia voisi

hyödyntää mm. ensiapu, ensihoito sekä terveyskeskus. Ryhmä koostuisi näissä paikoissa työskentelevistä henkilöistä, jotka tuntevat asiakaskunnat sekä hoitotyön. Tällä tavalla varmaan hoitohenkilökunnan sitouttaminen onnistuisi paremmin, kun oma työkaveri on ollut mukana kehittämässä uutta mallia. Sitouttaminen on tärkeä vaihe uuden mallin jalkauttamisessa, jotta kaikki saataisiin käyttämään mallia.

Uuden mallin jalkauttamisessa haasteiksi osoittautuivat henkilökunnan sitouttaminen, työn kiireinen luonne sekä asenteet. Näihin olisi pitänyt enemmän kiinnittää huomiota ja pitää esim. enemmän koulutuksia tai tietoiskuja aiheesta sosiaalisen markkinoinnin avulla. Toinen vaihtoehto, jolla olisi voinut saada paremman vastaanoton, olisi ollut antaa henkilökunnalle valtuuksia olla mukana kehittämässä ja suunnittelemassa. Varmaan omaa tuotosta tulisi käytettyä enemmän kuin muiden valmiiksi antamaa. Nyt, jos tutkija aloittaisi kehittämistyön alusta, alkaisi hän kehittää mallia yhdessä henkilökunnan kanssa.

8.3 Jatkotutkimushaasteet

Jatkotutkimushaasteita nousi useita erilaisia mieleen tutkimusta tehdessä. Kyselyn voisi uusia MARAK-menetelmän käyttöönotosta vuoden päästä ja tarkastella, miten on vastaukset muuttunut. Jatkotutkimuksena voisi haastatella tarkemmin henkilökuntaa, miten väkivallan uhrin auttaminen todella tapahtuu ja saako väkivallan uhri apua akuutissa vaiheessa. Tällä tavoin pääsisi syvemmälle henkilökunnan ajatuksiin sekä saisi varmasti uutta ajateltavaa, miten väkivallan uhria voisi auttaa. Yhtenä jatkotutkimuksena voisi olla sairaalan oma toimintamalli, jolla olisi helppo kysyä ja puuttua väkivaltaan. Näin henkilökunta saisi varmuutta omaan toimintaansa. Yksi jatkotutkimushaaste voisi olla tukiryhmän tai työryhmän muodostaminen. Tämän tutkiminen, miten se toimii ja onko se hyödyllinen tai onko parantamisen varaa toiminnassa. Tämä voisi myös helpottaa henkilökunnan työkiirettä sekä resurssi ongelmia.

LÄHTEET

Brusila, P. 2008. Parisuhdeväkivallan kohtaaminen vastaanotolla. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2008,124(1):50-5. Saatavissa: http://www-terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo96966 [viitattu: 9.2.2013].

Flinck, A. 2006. Parisuhdeväkivalta naisen ja miehen kokemana. Tampere: Tampereen yliopistopaino oy.

Garcia-Moreno, G., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L. & Watts, C. 2006. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. The Lancet Volume 368, Issue 9543, 7–13 October 2006, s. 1260–1269. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673606695238> [viitattu: 30.4.2014].

Heiskanen, M. 2006. Miesten naisille tekemän väkivallan kehitys ja kokonaiskuva. Teoksessa: Piispa, M., Heiskanen, M., Kääriäinen, J., & Sirén, R. (toim.) Naisiin kohdistunut väkivalta 2005. OPTL:n julkaisuja 225. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Saatavissa: <http://www.optula.om.fi/37928.htm> [viitattu 27.5.2013].

Heiskanen, M. & Ruuskanen, E. 2010. Tuhansien iskujen maa Miesten kokema väkivalta Suomessa. Saatavissa: http://www.heuni.fi/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&SSURlappype=BlobServer&SSURlcontainer=Default&SSURlsession=false&blobkey=id&blobheader=eaderva-lue1=inline;%20filename=HEUNI_reports_kannella.pdf&SSURlsscontext=Satellite%20Server&blobwhere=1284992338936&blobheadername1=Content-Disposition&ssbinary=true&blobheader=application/pdf [viitattu 3.8.2013].

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

Holma, J. 2005. Parisuhde- ja perheväkivallan turvallinen ehkäisy ja hoito. Teoksessa: Holma, J. & Walhström, J. (toim.) Iskuryhmä Miesten puhetta Vaihtoehto väkivallalle-ryhmissä. Helsinki: Yliopistopaino.

Huhtalo, P., Kuhanen, J. & Pyykkö, E. 2003. Kotona turvassa katkaise väkivallan kierre. Helsinki: SMS-Tuontan oy.

Husso, M. 2003. Parisuhdeväkivalta Lyötyjen aika ja tila. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

Kallio, P. & Tupola, S. 2004. Lapsen fyysinen pahoinpitely. Teoksessa: Söderholm, A., Halila, R., Kivitie-Kallio, S., Mertsola, J. & Niemi, S. (toim.) Lapsen kaltoinkohdeltu. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 1. painos.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Tampereen yliopistopaino oy.

Kanervo, M., Nurmi, R. ja Gerbert N. 2011. Maahanmuuttajanaisen auttaminen kirjasta. Teoksessa: Hannus, R., Mehtola, S., Natunen, L. & Ojuri A. (toim.) Veitsen terällä. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino oy.

Kapanen, K. 2005. Naiskuvat miesten puheissa. Teoksessa: Holma, J. & Walhström, J. (toim.) Iskuryhmä Miesten puhetta Vaihtoehto väkivallalle-ryhmissä. Helsinki: Yliopistopaino.

Keskinen, S. 2005. Perheammattilaiset ja väkivaltatyön ristiriidat. Tampere: Cityoffset oy.

Koivula, T., Kääriäinen, J., Paavilainen, E., Salin, S., Ellonen, N. & Hentilä, S. Väkivallan riskitekijät 2- ja 4-vuotiaiden lasten perheissä vanhempien ilmoittamana. Hoitotiede 2011, 23 (1), 24–33.

Kotkan Sosiaalitoimisto. 2013. Villa Jensenin käyttöraportti.

Kääriäinen, J. 2006. Väkivalta ja apuun turvautuminen. Teoksessa: Piispa, M., Heiskanen, M., Kääriäinen, J. & Sirén, R. (toim.) Naisiin kohdistunut väkivalta 2005.

OPTL:n julkaisuja 225. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Saatavissa: <http://www.optula.om.fi/37928.htm> [viitattu 27.5.2013].

Laine, T. 2005. Turvakotityön käytännöt asiantuntijuus ja sukupuolen merkitykset. Helsinki: Yliopistopaino.

Lehti, M. 2013. Henkirikoscatsaus 2013. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Saatavissa: <http://www.optula.om.fi/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&SSURIPpptye=BlobServer&SSURIContainer=Default&SSURISession=false&blobkey=id&blobheadervalue1=inline; filename=29 henkirikoscatsaus 2013.pdf&SSURIsscontext=Satellite Server&blobwhere=1361220518655&blobheadername1=Content-Disposition&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>. [viitattu 7.6.2013].

Lehtonen, A & Perttu, S. 1999. Naisiin kohdistuva väkivalta. Tampere: Tammer-paino oy.

Lindqvist, R. 2009. Parisuhdeväkivallan kohtaaminen maaseudun sosiaalityössä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Lindholm, T., Eriksson, K. & Nordman T. 2011. Parisuhdeväkivalta ja kärsimys naisten ja miesten kokemana. *Hoitotiede* 2011, 23(1), 14–23.

Lohtander, E. 2006. Väkivaltatyönä ja traumatisoitumisen riski-artikkeli kirjasta Perhe- ja lähisuhdeväkivalta Auttamisen käytäntöjä. Ensi- ja turvakotien liitto ry. Hämeenlinna: Kariston kirja paino oy.

Marak-opas. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos.

Niemi-Kiesiläinen, J. & Kainulainen, H. 2006. Perheväkivalta ja lainsäädäntö. Teoksessa: Perhe- ja lähisuhdeväkivalta Auttamisen käytäntöjä. Ensi- ja turvakotien liitto ry. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino oy.

Notko, M. 2000. Väkivalta parisuhteessa ja perheissä. Jyväskylän yliopistopaino.

Notko, M., Holma, J., Husso, M., Virkki, T., Laitila, A., Merikanto, J. & Mäntysaari, M. 2011. Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 2011,127(15):1599–606. Saatavissa: http://www-terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo99682 [viitattu: 9.2.2013].

Nummenmaa, L. 2009. Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät. Sastamala: 1-5. painos. Vammalan kirjapaino oy.

Nygvist, L. 2001. Hukasta kukkaan Naisen tie väkivallasta selviytymiseen. toim. Ojuri, A. Ensi- ja turvakotienliitto ry. Helsinki: Nykypaino oy.

Ojuri, A. 2006. Parisuhdeväkivalta ja turvakotien naistyö -artikkeli kirjasta Perhe- ja lähisuhdeväkivalta Auttamisen käytäntöjä. Ensi- ja turvakotien liitto ry. Hämeenlinna: Kariston kirja paino oy.

Ojuri, A. 2004. Väkiältä naisen elämän varjona-tutkimus parisuhdeväkivaltaa kokeineiden naisten elämäkulusta ja selviytymisestä. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Partanen, T. 2005. Miehin osakulttuuri ja väkivallan käytön oikeuttaminen. Teoksessa: Holma, J. & Walhström, J. (toim.) Iskuryhmä Miesten puhetta Vaihtoehto väkivallalle-ryhmissä. Helsinki: Yliopistopaino.

Perheentupa, B.-M. 2010. Tietoisuuden tie alkurakkauteen Väkiältä on ehkäistävässä. Helsinki: Yliopistopaino. 2. painos.

Perttu, S. 2004. Naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta ja sen seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Perttu, S. & Kaselitz, V. 2006. Parisuhdeväkivalta puheeksi – opas terveydenhuollon ammattihenkilöstölle äitiyshuollossa ja lasten terveystalveissa. Saatavissa: <http://www.hyvan.helsinki.fi/daphne/vakivalta.pdf> [viitattu 7.6.2013].

Perttu, S. 2003. Pahoinpidellyn potilaan tutkimukseen uusi työväline. Haaste asiantuntevasti rikoksantorjunnasta ja kriminaalipolitiikasta. 04/2003. Saatavissa: <http://www.haaste.om.fi/Etusivu/Juttuarkistoaiheittain/Vakivalta/1247666372291> [viitattu: 30.7.2013].

Piispa, M. 2006. Parisuhdeväkivalta.. Teoksessa: Piispa, M., Heiskanen, M., Kääriäinen, J., & Sirén, R. (toim.) Naisiin kohdistunut väkiältä 2005. OPTL:n julkaisu

225. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Saatavissa: <http://www.optula.om.fi/37928.htm> [viitattu 27.5.2013].

Piispa, M., Tuominen, M. & Ewalds, H., 2012. MARAK- kokemuksia parisuhdeväkivallan riskinarvioinnin menetelmän kokeilusta Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportteja 10/2012.

Pikarinen, U. & Halmesmäki, E. 2003. Naisiin kohdistuva väkivalta. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2003;119(5):389–394. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-g.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo96187 [viitattu: 21.7.2013].

Rikoslaki 21:5 § (21.4.1995/578)

Rikoslaki 21:6 § (13.7.2001/654)

Sirén, R., Danielsson, P. & Kivivuori, J. 2013. Suomalaiset väkivallan ja omaisuusrikkosten kohteena 2012 Kansallisen rikosuhritutkimuksen tuloksia. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Saatavissa: http://www.optula.om.fi/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&SSURIPpIa=BlobServer&SSURIContainer=Default&SSURISession=false&blobkey=id&blobheadervalue1=inline;filename=verkko_28.pdf&SSURISscontext=SatelliteServer&blobwhere=1358886508252&blobheadername1=Content-Disposition&ssbinary=true&blobheader=application/pdf [viitattu 7.6.2013].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset-TUNNISTA, TURVAA JA TOIMI. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:9. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/ka1210341082447/passthru.pdf> [viitattu 27.5.2013].

Söderholm, A. 2004. Lapsen laiminlyönti. Teoksessa: Söderholm, A., Halila, R., Kivitie-Kallio, S., Mertsola, J. & Niemi, S. (toim.) Lapsen kaltoinkohtelu Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 1. painos.

THL. 2012. Prevalence study of violence and abuse against older women (AVOW). Saatavissa: http://www.thl.fi/en_US/web/en/research/projects/avow [viitattu 30.7.2013].

Tukikeskus Villa Jensen. 2006. Saatavissa: http://www.kotka.fi/alltypes.asp?d_type=5&menu_id=2242 [viitattu 31.7.2013].

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Jyväskylä: Tammi.

Tuomi J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino oy.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy.

Wahlsten, P. & Laaksonen, H. 2007. Pahoinpitelyvammojen arviointi oikeuskäsittelyä varten. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2007;123(1):81-7. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo96187 [viitattu: 21.7.2013].

Marak

kysely lähisuhdeväkivallasta kaksin henkilökunnalle

1.0 Vastaaminen

Ohessa on vastauslomake. Jokainen kappale sisältää joukon kysymyksiä tai väittämiä. Näiden kysymys- tai väittämäjoukkojen vieressä on kysymystyyppin mukainen vastausalue, esim. jana tai nelikenttä.

Janalle ja nelikenttään vastaus merkitään kirjoittamalla kysymyksen numero siihen kohtaan taulua, mikä vastaa mielipidettäsi kyseiseen kysymykseen/väittämään. Vastausvinkki: Etsi ensin sopiva kohta vaakasuunnassa ja vasta tämän jälkeen pystysuunnassa. Monivalintakysymyksessä kysymyksen numero kirjoitetaan valintojen perään. Vapaan tekstipalautteen voit antaa paperin alalaitaan tai kääntöpuolelle. Muista merkitä kysymyksen numero myös vapaapalautetta antaessasi.


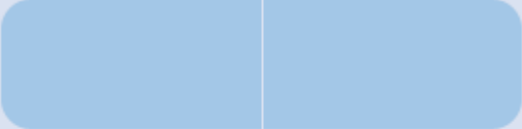
2.0 Vastauslomakkeet

3.1 Taustatiedot

<p>1. Sukupuoli (Vaihtoehtokysymys) Vaihtoehdot: - 1. nainen - 2. mies</p> <p>2. Ikä</p> <p>3. Osasto (Vaihtoehtokysymys) Vaihtoehdot: - 1. Ensiapu - 2. Synnytysosasto</p> <p>4. Työkokemus hoitotyössä vuosina</p>	<p>Vastausalueet:</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------

3.2 Väkivallan yleisesti

Tässä osiossa kysytään, miten tunnistat väkivallan oireita sekä minkälaisia keinoja väkivallan tunnistamiseen on Teidän työpaikalla.

<p>1. Oletko työssäsi törmännyt pari- tai lähisuhdeväkivallan uhriin? (Vaihtoehtokysymys) Vaihtoehdot:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1. kyllä- 2. en- 3. en tiedä <p>2. Miten hyvin omasta mielestäsi tunnistat väkivallan oireita? (Jana) Arvioi, miten omasta mielestäsi tunnistat väkivallan oireita.</p> <p>3. Onko työpaikallasi käytössä väkivallan tunnistamiseen käytettäviä lomakkeita? (Monivalintakysymys) Vaihtoehdot:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1. Moniammatillinen riskinarviointi- 2. Kehokartta- 3. PAKE-lomake- 4. muita mitä? <p>4. Käytetäänkö kehokarttaa työpaikallasi väkivallan uhrin vammojen dokumentoinnissa? (Vaihtoehtokysymys) Vaihtoehdot:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1. kyllä- 2. ei <p>5. Jos vastasit kyllä, niin kuinka monta kertaa olet kuluneen 12 kuukauden aikana käyttänyt sitä? (Vaihtoehtokysymys) Vaihtoehdot:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1. 0- 2. 1-2- 3. 3-4- 4. enemmän kuin 4 kertaa	<p>Vastausalueet:</p> <p>Jana</p>   <p>erittäin huonosti erittäin hyvin</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.3 Väkivallan tunnistaminen ja havainnointi

Tässä osiossa kysytään, miten itse havainnoit ja tunnistat väkivallan uhreja sekä mitkä ovat estäviä tekijöitä, jos et tunnita uhreja.

1. Miten osastollanne puututaan potilaan kokemaan väkivaltaan? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. yhteisesti sovittu, että jokainen hoitaja kysyy asiasta suoraan potilaalta
- 2. jokainen hoitaja puuttuu asiaan oman toimintatapansa mukaan
- 3. kaikkien potilaiden kanssa täytetään yhdessä lomake
- 4. joku muu mikä?

2. Työkiire vaikuttaa väkivaltaan puuttumiseen. (Jana)

Arvioi, kuinka paljon työkiire vaikuttaa omalta osaltasi väkivaltaan puuttumiseen.

3. Mitkä koet estäviksi tekijöiksi väkivallan tunnistamisessa ja siihen puuttumisessa? (Monivalintakysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. kiire
- 2. välinpitämättömyys
- 3. ei ole selvää mallia, miten kysytään väkivallasta
- 4. työkavereiden painostus
- 5. Muu mikä?

4. Työkiire vaikuttaa väkivallan tunnistamiseen. (Jana)

Arvioi, miten paljon oma työkiire vaikuttaa väkivallan tunnistamiseen.

5. Työyhteisössasi vähätellään väkivallan uhreja. (Jana)

6. Miten työyhteisössänne suhtaudutaan potilaan kokemaan väkivaltaan puuttumiseen? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. myönteisesti
- 2. negatiivisesti
- 3. muuten miten?

7. Väkivallan uhrien auttaminen ei vaikuta omaan työssä jaksamiseen. (Jana)

Arvioi omaa työssä jaksamistasi janan avulla

8. Osaan kohdata lähisuhdeväkivallan uhrin hyvin. (Jana)

Arvioi, miten hyvin kohtaavat väkivallan uhrin.

9. Miten neuvoisit väkivallan uhria, jotta uhri saisi apua? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. ohjaat hakemaan apua sosiaalihoitajalta
- 2. ohjaat uhrin Villa Jenseniin
- 3. ohjaat uhrin poliisiasemalle
- 4. Muuten miten?

10. Oletko ohjannut potilaan Turvakoti Villa Jenseniin? (Vaihtoehtokysymys)

Vaihtoehdot:

- 1. kyllä
- 2. en

11. Oletko kuullut moniammatillisesta riskinarvioinnista (MARAK) väkivallan ehkäisyssä? (Vaihtoehtokysymys)

Vastausalueet:

Jana

The image shows a digital survey interface for 'ZEF'. At the top, the name 'ZEF' is displayed in a blue oval. Below it is a horizontal scale with two blue rectangular buttons. The left button is labeled 'eri mieltä' (different opinion) and the right button is labeled 'samaa mieltä' (same opinion). The interface is clean and modern, with a light blue background.

Vaihtoehdot:

- 1. kyllä
- 2. en

Koulutuksen palaute 9.5.2014

1. Arvioi asteikolla 1-5(1=huono, 5=erinomainen), kuinka hyödyllinen koulutus oli
2. Kuinka voit hyödyntää Marak-mallia omassa työssäsi?
3. Miten toteutettaisiin parhaiten parisuhdeväkivallan uhrin auttaminen?
4. Minkälainen parisuhdeväkivallan uhrin hoitopolku on?

Kiitos vastauksista! Mielipiteenne on tärkeä!

Osastonhoitajien palaute

1. Tarvitaanko väkivallan puuttumiseen yhtenäinen malli?

Voisiko se olla jo valmis malli vai haluaisi henkilökunta kehittää oman mallin?

2. Miten olisi paras jatkaa tätä prosessia eteenpäin?

3. Miten toteutettaisiin parhaiten parisuhdeväkivallan uhrin auttaminen osastollasi?

4. Puuttuuko mielestäsi henkilökunta aktiivisesti parisuhdeväkivallan epäilyihin?

Kysymys	Sivu
<p>1. Oletko työssäsi törmännyt pari- tai lähisuhdeväkivallan uhriin? (Vaihtoehtokysymys)</p> <p>Vaihtoehdot:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. kyllä - 2. en - 3. en tiedä 	11-17
<p>2. Miten hyvin omasta mielestäsi tunnistat väkivallan oireita? (Jana)</p> <p>Arvioi, miten omasta mielestäsi tunnistat väkivallan oireita.</p>	8-11,18-21
<p>3. Onko työpaikallasi käytössä väkivallan tunnistamiseen käytettäviä lomakkeita? (Monivalintakysymys)</p> <p>Vaihtoehdot:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. Moniammatillinen riskinarviointi - 2. Kehokartta - 3. PAKE-lomake - 4. muita mitä? 	<p>27-28</p> <p>18-21</p> <p>18-21</p>
<p>4. Käytetäänkö kehokarttaa työpaikallasi väkivallan uhrin vammojen dokumentoinnissa? (Vaihtoehtokysymys)</p> <p>Vaihtoehdot:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. kyllä 	18-21, 25

- 2. ei	
<p>5. Jos vastasit kyllä, niin kuinka monta kertaa olet kuluneen 12 kuukauden aikana käyttänyt sitä? (Vaihtoehtokysymys)</p> <p>Vaihtoehdot:</p> <p>- 1. 0</p> <p>- 2. 1-2</p> <p>- 3. 3-4</p> <p>- 4. enemmän kuin 4 kertaa</p>	18-21
<p>6. Miten osastollanne puututaan potilaan kokemaan väkivaltaan? (Vaihtoehtokysymys)</p> <p>Vaihtoehdot:</p> <p>1. yhteisesti sovittu, että jokainen hoitaja kysyy asiasta suoraan potilaalta</p> <p>2. jokainen hoitaja puuttuu asiaan oman toimintatapansa mukaan</p> <p>3. kaikkien potilaiden kanssa täytetään yhdessä lomake</p> <p>4. joku muu mikä?</p>	21-23
<p>7. Työkiire vaikuttaa väkivaltaan puuttumiseen. (Jana)</p> <p>Arvioi, kuinka paljon työkiire vaikuttaa omalta osaltasi väkivaltaan puuttumiseen.</p>	24
<p>8. Mitkä koet estäviksi tekijöiksi väkivallan tunnistamisessa ja siihen puuttumisessa? (Monivalintakysymys)</p> <p>Vaihtoehdot:</p> <p>- 1. kiire</p>	23-25

<p>- 2. välinpitämättömyys</p> <p>- 3. ei ole selvää mallia, miten kysytään väkivallasta</p> <p>- 4. työkavereiden painostus</p> <p>- 5. Muu mikä?</p>	
<p>9. Työkiire vaikuttaa väkivallan tunnistamiseen. (Jana)</p> <p>Arvioi, miten paljon oma työkiire vaikuttaa väkivallan tunnistamiseen.</p>	24
<p>10. Työyhteisössäsi vähätellään väkivallan uhreja. (Jana)</p>	21-23, 13
<p>11. Miten työyhteisössänne suhtaudutaan potilaan kokemaan väkivaltaan puuttumiseen? (Vaihtoehtokysymys)</p> <p>Vaihtoehdot:</p> <p>- 1. myönteisesti</p> <p>- 2. negatiivisesti</p> <p>- 3. muuten miten?</p>	21-23
<p>12. Väkivallan uhrien auttaminen ei vaikuta omaan työssä jaksamiseen. (Jana)</p> <p>Arvioi omaa työssä jaksamistasi janan avulla</p>	23-25
<p>13. Osaan kohdata lähisuhdeväkivallan uhrin hyvin. (Jana)</p> <p>Arvioi, miten hyvin kohtaat väkivallan uhrin.</p>	23-25
<p>14. Miten neuvoisit väkivallan uhria, jotta uhri saisi apua? (Vaihtoehtokysymys)</p> <p>Vaihtoehdot:</p>	23-25

<ul style="list-style-type: none">- 1. ohjaat hakemaan apua sosiaalihoitajalta- 2. ohjaat uhrin Villa Jenseniin- 3. ohjaat uhrin poliisiasemalle- 4. Muuten miten?	
<p>15. Oletko ohjannut potilaan Turvakoti Villa Jenseniin? (Vaihtoehtokysymys)</p> <p>Vaihtoehdot:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1. kyllä- 2. en	25
<p>16. Oletko kuullut moniammatillisesta riskinarvioinnista (MARAK) väkivallan ehkäisyssä? (Vaihtoehtokysymys)</p> <p>Vaihtoehdot:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1. kyllä- 2. en	27-28