

**LÄHISUHDEVÄKIVALTAAN PUUTTUMISEN MAHDOLLISUUDET  
ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA**

Terhi Mäkeläinen  
Hanna Punkkinen  
Pro gradu -tutkielma  
Psykologian laitos  
Jyväskylän yliopisto  
Kesäkuu 2011

## TIIVISTELMÄ

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Psykologian laitos

MÄKELÄINEN, TERHI

PUNKKINEN, HANNA

Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen mahdollisuudet erikoissairaanhoidossa

Pro gradu -tutkielma, 27 s.

Ohjaaja: Arno Laitila

Psykologia

Kesäkuu 2011

Tutkimuksessa tarkasteltiin mitkä tekijät auttavat terveydenhuollon työntekijöitä puuttumaan lähisuhdeväkivaltaan. Kiinnostus kohdistui erityisesti siihen, minkä varassa työntekijät rakentavat puuttumista mahdollistavaa puhetta. Analyysissa lähtökohtana oli sosiaalisesti jaettu tieto, eli se, kuinka ihmiset yhdessä tulkitsevat ja rakentavat sosiaalisia ilmiöitä ja niiden merkityksiä.

Tutkimusmenetelmänämme on aineistolähtöinen analyysi (Grounded theory). Tutkimuksen aineisto koostuu kuudesta fokusryhmähaastattelusta. Haastattelujen tarkoituksena oli saada selville, millaisia asenteita terveydenhuollon ammattilaisilla on lähisuhdeväkivaltaa ja siihen apua hakevia kohtaan. Tutkimusaineistomme on osa laajempaa kehittämis- ja tutkimusprojektia Violence Intervention in Specialist Health Care (VISH, EU:n Daphne III-ohjelma 2009–2010). Projektin tavoitteena on kehittää erikoissairaanhoidon tutkimustietoon pohjautuvaa lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen mallia.

Tutkimuksessa tuli ilmi sekä lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen mahdollisuudet että puuttumisen esteet. Puuttumista mahdollistivat olemassa olevat voimavarat, työntekijän ammatilliset resurssit, potilaan tarpeiden huomioiminen ja toiveikkuuden ilmentäminen. Puuttumisen esteet liittyivät työntekijään, potilaaseen tai palvelujärjestelmään sekä yleisesti väkivaltaan ilmiönä. Nämä tekijät voivat estää työntekijää ottamasta lähisuhdeväkivaltaa esille sekä tehdä epävarmaksi puuttumisen suhteen. Tutkimuksen perusteella lähisuhdeväkivaltaan puuttumista mahdollistaa toiveikas näkökulma, jonka perusajatuksena on usko siihen, että pienikin puuttuminen on tärkeää. Tällöin työntekijä kiinnittää enemmän huomiota puuttumisen mahdollisiin hyötyihin kuin puuttumisen esteisiin. Toiveikas näkökulma syntyy, kun työntekijä luottaa mahdollisuuksiinsa vaikuttaa lähisuhdeväkivaltaan, kun työntekijällä on ymmärrystä potilaan tilanteesta ja kun työntekijä voi tukeutua organisaatiossa tarjolla oleviin voimavaroihin.

**Avainsanat:** Lähisuhdeväkivalta, fokusryhmähaastattelu, erikoissairaanhoidon organisaatiot, aineistolähtöinen analyysi (Grounded theory)

# SISÄLLYS

<b>JOHDANTO</b> .....	1
<b>TUTKIMUSONGELMA JA -KYSYMYKSET</b> .....	6
<b>TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT</b> .....	6
Aineisto .....	6
Grounded theory tutkimusmenetelmänä .....	7
Tutkimuksen kulku .....	8
<b>TULOKSET</b> .....	10
Taulukko: Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen esteet ja mahdollisuudet .....	10
<i>Puuttumisen mahdollisuudet</i> .....	11
<i>Puuttumisen esteet</i> .....	13
Miten toiveikas puhe rakentuu aineistossa? .....	14
<i>Puuttumisen esteistä puuttumisen mahdollisuuksiin</i> .....	14
<i>Olemassa olevat voimavarat</i> .....	17
<i>Työntekijän rooli</i> .....	19
Toiveikas näkökulma .....	21
<b>POHDINTA</b> .....	22
<b>LÄHTEET</b> .....	26

## JOHDANTO

Tutkimuksessamme olemme kiinnostuneita siitä, mitkä tekijät auttavat terveydenhuollon työntekijöitä puuttumaan lähisuhdeväkivaltaan. Tutkimusaineistomme on osa laajempaa tutkimusprojektia (Violence Intervention in Specialist Health Care, EU:n Daphne III-ohjelma). Aineisto koostuu fokusryhmähaastatteluista, joissa erikoissairaanhoidon työntekijät keskustelevat lähisuhdeväkivallan kohtaamisesta työssään. Lähtökohtana on sosiaalisesti jaettu tieto, eli se kuinka ihmiset yhdessä tulkitsevat ja rakentavat sosiaalisia ilmiöitä ja niiden merkityksiä. Jos voimme ymmärtää lähisuhdeväkivallasta puhumisen tapoja ja niistä välittyviä työntekijöiden asenteita tämän tutkimus-aineiston pohjalta, voimme ymmärtää ilmiötä myös laajemmin; muissa organisaatioissa ja sitä kautta koko yhteiskunnassa. Tutkimusmenetelmänämme on aineistolähtöinen analyysi (Grounded theory). Olemme rajanneet tutkimuksemme näkökulman lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden naisten kohtaamiseen, koska tämä näkökulma painottuu sekä tutkimusaineistossa että -kirjallisuudessa.

Perhe- ja lähisuhdeväkivallalla tarkoitetaan väkivaltaa perheessä ja muissa läheisissä suhteissa, kuten sukulaisuus-, seurustelu-, ystävyys- ja tuttavuussuhteissa. (Perttu ja Söderholm, 1998) Väkivalta voi olla fyysistä, seksuaalista, henkistä tai taloudellista ja usein eri väkivallan muodot esiintyvät yhdessä (WHO, 2005). Pertun ja Söderholmin (1998) mukaan perheväkivalta on ilmiö, joka jää usein vain kodin ja perheen yksityisyyteen ja väkivallan kohteena on useimmiten nainen. Monet sekä teollisuus- että kehitysmaissa tehdyt tutkimukset osoittavat, että naisten todennäköisyys saada pahoinpitelyvammoja on paljon suurempi kuin miesten (WHO, 2005). YK:n raportin (2000) mukaan aikuisista naisista jopa puolet on joutunut läheisen kumppaninsa pahoinpitelemäksi tai muuten fyysisesti vahingoittamaksi jossakin elämänsä vaiheessa.

Suomessa tehdyn kyselytutkimuksen perusteella noin 20 % parisuhteessa elävistä naisista on joskus kokenut väkivaltaa puolison taholta (Piispa, Heiskanen, Kääriäinen ja Sirén 2006). Tutkimuksen mukaan parisuhdeväkivallasta 90 % kohdistui naisiin. Lähisuhdeväkivalta näkyy myös henkirikostilastoissa. Tuoreen henkirikostilastuksen mukaan pääosa suomessa tehdyistä henkirikoksista on tuttavien, sukulaisten tai perheenjäsenten välisiä ja valtaosa parisuhdeväkivaltaan liittyvistä henkirikoksista kohdistuu naisiin (Lehti, 2011). Katsauksen mukaan yleisin henkirikoksen uhri on ystävän tai tuttavan surmaama mies (44 %) ja heti toiseksi yleisin parisuhdekumppanin surmaama nainen (20 %). Naisuhreista pääosa (57 %) surmataaan kotonaan ja 67 % surmista on yleensä puolison tai miesystävän tekemiä (Lehti, 2011).

Väkivalta on merkittävä kansanterveydellinen ongelma (WHO, 2005). Sen lisäksi, että

väkivallalla voi olla suoria terveystaittoja, sillä voi olla myös pitkäaikainen vaikutus naisen terveyteen ja hyvinvointiin (WHO, 2005). Piispan ym. (2006) kyselytutkimuksessa väkivaltaa kokeneille naisille aiheutui fyysisiä, psyykkisiä sekä psykosomaattisia seurauksia. Psyykkisistä oireista yleisimpiä olivat vihan, pelon, masennuksen ja häpeän kokemukset. Muina oireina koettiin ylirasittuneisuutta, muistin ja keskittymiskyvyn vaikeuksia, ärtyneisyyttä ja aloitekyvyttömyyttä. Piispan ym., (2006) tutkimuksessa nousee esille väkivallan eskaloituminen. Lähisuhdeväkivalta on luonteeltaan pitkäaikaista; usein väkivallan kierre pahenee ja raaistuu ajan myötä. Väisäsen ja Väisäsen (2000) mukaan väkivallan uhrit hakevat apua vasta useiden pahoinpitelyjen jälkeen. Heiskasen ja Piispan, (1998) naisiin kohdistuneen väkivalta -tutkimuksen mukaan vain murto-osa uhreista hakeutuu hoitoon, ja silloinkin yleensä fyysisen vamman takia. Noin kolmasosa niistä, jotka olivat joskus kokeneet parisuhdeväkivaltaa, ilmoitti, ettei ollut hakenut apua väkivaltatilanteeseen miltyään taholta (Piispa ym., 2006).

Inhimillisten kustannusten ohella väkivalta tuottaa yhteiskunnalle myös taloudellisia kustannuksia. WHO:n raportin (2005) mukaan väkivallan uhrit ovat keskimääräistä useammin terveystalvelujen pitkäaikaisia käyttäjiä ja lisäävät näin terveydenhuollon menoja. Suomessa väkivallasta koituu yhteiskunnalle välittömiä kustannuksia arviolta 91 miljoonaa euroa vuodessa (STM, 2008). Väkivallan ehkäiseminen on siis kansantaloudellisestikin kannattavaa.

Lähisuhdeväkivalta on Suomessa ollut pitkään suljettu ulos yhteiskunnallisesta keskustelusta (Husso, 2003). Ronkainen (1998) kirjoittaa, että väkivaltaan ryhdyttiin paneutumaan Suomessa valtakunnallisella sekä paikallisella tasolla vasta 1990-luvulla; väkivalta-tema saatiin kytkeytyksi valtakunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon piiriin ensimmäisen kerran vuonna 1997. Lehtonen (1998) toteaa, että vuonna 1998 käynnistettiin naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyprojekti, jonka tehtävänä oli kehittää toimintaohjelmia naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisemiseksi sekä edistää koulutuksen järjestämistä ammatilliselle henkilöstölle. 1990-luvulla perustettiin myös väkivaltajaosto pohtimaan perheväkivaltaa (Notko, 2000). Sosiaali- ja terveysministeriön suositusten (2008) mukaisesti kuntien ja sairaanhoitopiirien vastuulla on kehittää väkivallan tunnistamiskäytäntöjä ja ottaa käyttöön seulontamenetelmiä, jotka mahdollistavat varhaisen puuttumisen väkivaltaan. Terveydenhuollon henkilöstöä kehoitetaan lähisuhdeväkivaltaan puuttumiseen eli tunnistamiseen, puheeksi ottamiseen ja uhrin kohtaamiseen sekä tarvittaessa uhrin ohjaamiseen eteenpäin muihin palveluihin (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008).

Lähisuhdeväkivalta on yleinen piilossa pidetty ongelma terveydenhuollon palveluita käyttävien naisten keskuudessa (Hegarty, 2006). Lähisuhdeväkivallan uhrit hakeutuvat terveydenhuollon palveluihin useammin kuin muut, mutta varsinaista ongelmaa ei usein oteta puheeksi (Keskinen, 2005; Piispa ym., 2006). Näin ollen terveydenhuollon työntekijät ovat

keskeisessä asemassa lähisuhdeväkivallan uhrien kohtaamisessa (García-Moreno, 2002; Piispa ym., 2006; WHO, 2005). Työntekijät kuitenkin epäilevät ja kysyvät asiasta liian harvoin ja sivuuttavat mahdollisuuden tunnistaa ja auttaa lähisuhdeväkivallan uhreja (Lavis, Horrocks, Kelly & Barker, 2005; Rodriguez, Bauer, McLoughlin & Grumbach, 1999). Työntekijöiden esteitä puuttua lähisuhdeväkivaltaan on selvitetty useissa tutkimuksissa. Yleisinä esteinä mainitaan ajan ja koulutuksen puute sekä resurssien, ohjauspaikkojen ja tehokkaiden interventioiden riittämättömyys (Rodriguez ym., 1999; Waalen ym., 2000). Työntekijät kokevat esteiksi myös potilaaseen liittyvät tekijät kuten sen, että potilas pelkää puhumisen seurauksia eikä kerro väkivallasta, tai että väkivallasta kysyminen loukkaa tai vaarantaa potilasta (Waalen ym., 2000). Usein puuttumista estää se, että työntekijöillä ei ole tarpeeksi luottamusta kykyihinsä auttaa väkivallan uhria (Rodriguez ym., 1999; Sugg ym., 1999).

Lähisuhdeväkivaltaa kohdanneet naiset eivät yleensä ole halukkaita puhumaan väkivallasta oma-aloitteisesti, mutta usein hyväksyvät asiasta suoraan kysymisen (Rodriguez, 1999). Niinpä terveydenhuollon ammattilaisten olisi tärkeä olla valmiina tekemään aloite lähisuhdeväkivallasta puhumiseen (Bacchus, 2002). Tutkimusten mukaan lähisuhdeväkivallan kohteena olleet naiset, jotka kertoivat oma-aloitteisesti väkivallasta terveydenhuollossa, eivät aina kokeneet saavansa tarvittavaa tukea ja jatkoon ohjausta (Bacchus, 2002; Peckover, 2003). Väkivaltaa kokeneiden naisten mukaan terveydenhuollossa saatettiin vähätellä asiaa, syyllistää tai kohdella naista asiattomasti (Heiskanen & Piispa, 1998). Tutkimusten perusteella naiset kaipaavat terveydenhuollon ammattilaisilta emotionaalista tukea, luottamuksellisuutta, huolellista ja eituomitsevaa kuuntelemista sekä sen painottamista, että väkivalta ei ole naisen syy (Feder, Hutson, Ramsay & Taket, 2006).

Ronkainen (2006) kirjoittaa, että väkivallan uhreilta odotetaan usein vahvaa toimijuutta, jolloin vastuu valinnasta ja toisin toimimisesta säilytetään uhrille. Ronkainen (2009) kuvaa suomalaista palvelujärjestelmää väkivaltaan puuttumisen suhteen monimutkaiseksi ja sattumanvaraiseksi. Järjestelmässä oletetaan, että asiakkaat hakeutuvat itse asiakkaiksi, vaikka juuri väkivallan uhreilla harvoin on tarpeeksi vahvuutta eli toimijuutta avun hakemiseen. Uhrin näkökulmasta ongelma on se, että väkivallan seurauksia ei tuolloin huomioida (Ronkainen, 2006).

Usein terveydenhuollon ammattilaisilla on asenteita, joiden mukaisesti lähisuhdeväkivaltaa ei pidetä lääketieteellisenä eikä terveyteen ja sitä kautta heidän työhönsä liittyvänä asiana (García-Moreno, 2002). Perinteisesti lääketieteellisiin ongelmiin orientoituneelle terveydenhuollolle onkin muodostunut uusia vaatimuksia ja haasteita kohdata lähisuhdeväkivalta monimutkaisena sosiaalisena ongelmana ja nähdä sen yhteys terveyteen (Lavis ym., 2005; Warshaw, Taft, McCosher-Howard, 2006; Warshaw, 1997). Terveydenhuollon ammattilaisten on tärkeää tietää

lähisuhdeväkivallan yleisyydestä, sen vaikutuksista sekä dynamiikasta ja sosiaalisista tekijöistä, jotka ylläpitävät väkivaltaa (Warshaw, Taft, McCosher-Howard, 2006). On tärkeää, että työntekijät ymmärtävät oman roolinsa sosiaalisen vallan käyttäjinä, jolloin heillä on mahdollisuus lähisuhdeväkivallan uhreja kohdatessaan joko tarjota asiakkaalle helpotusta ja muutoksen mahdollisuutta tai vaikuttaa väkivallan jatkumiseen (Warshaw, 1997).

Warshaw, Taft ja McCosher-Howard (2006) painottavat, että kukaan ei voi kuitenkaan yksin ehkäistä lähisuhdeväkivaltaa tai kohdata kaikkia asiakkaan tarpeita, joten lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen vaatii monien tahojen yhteistyötä. Usein terveydenhuollon ammattilaisilla ei ole erityistä koulutusta kohdata väkivaltaa kokeneita (Notko, 2000). Jopa kokeneet terveydenalan ammattilaiset joutuvat kohtaamaan lähisuhdeväkivallan aiheuttamia traumaattisia kokemuksia ilman, että heillä on riittäviä taitoja tai tukea siihen (Warshaw, 1997; Warshaw, Taft, McCosher-Howard, 2006). Warshaw (1997) kuvaa, että ammattilaiset kokevat usein avuttomuutta kuullessaan potilaan tuskallisista kokemuksista, joita he eivät voi poistaa tai ratkaista. Tämä voimattomuuden kokemus on ammattilaisille hyvin vaativa ja altistaa myös heitä sijaistraumatisoitumiselle ja myötätuntouupumukselle (Warshaw, 1997). Työntekijöiden traumatisoitumista ehkäisee työtovereihin tukeutuminen, yhteistyö moniammatillisissa ryhmissä sekä ulkopuolisen konsultaation mahdollisuus (Warshaw, Taft, McCosher-Howard, 2006). Warshaw'n (1997) mukaan keskusteleminen työtovereiden kanssa tarjoaa turvallisen tilan käsitellä tunteita, joita on liian vaikea kohdata yksin. Samaten ryhmässä on mahdollista käsitellä samantyyppisiä kokemuksia ja laajentaa vaihtoehtoja sekä saada voimaantumisen tunnetta tilanteesta, jonka hallitseminen yksin tuntuu ylivoimaiselta (Warshaw, 1997).

Tutkimuskirjallisuudessa käytetään metaforaa ”Pandoran lipas” kuvaamaan tilannetta, jolloin työntekijät ovat haluttomia puuttumaan lähisuhdeväkivaltaan vaikka tiedostavat väkivallan mahdollisuuden potilaan oireiden taustalla (Lavis ym., 2005). Metaforalla viitataan kreikkalaisen mytologian lippaaseen, jota oli varottava avaamasta, koska se sisälsi arvaamattomia vaaroja, sairauksia ja onnettomuuksia (Valpola, 2000). Tarinan mukaan Pandora kuitenkin avasi lippaan päästäen pahuudet valloilleen, mutta sulki lippaan, jolloin lippaan pohjalle jäi ainoastaan toivo (Lavis, 2005). Lavis ym. (2005) kirjoittavat, että vertauskuvan mukaisesti terveydenhuollossa vältellään avaamasta ”lipasta”, koska pelätään siitä koituvia pahoja seurauksia ja silloin ei huomata, että avaamalla lippaan, olisi mahdollista vapauttaa myös tärkein, eli toivo. Tällöin työntekijät kiinnittävät huomion negatiivisiin seuraamuksiin, joita asian avaamisella voi olla. Näin he etäännyttävät itsensä siltä tosiasialta, että heidän puuttumattomuutensa voi pahentaa uhrin tilannetta. Husson (2003) mukaan väkivaltaa tunnistamatta ja siihen puuttumatta jättämällä mahdollistetaan väkivallan jatkuminen, vaikka lähisuhdeväkivaltaa kohdanneet naiset tarvitsisivat nimenomaan

ulkopuolista tunnistamista ja tunnustamista kokemukselleen. Husson tutkimuksen perusteella juuri väkivallasta puhuminen on usein ollut ensimmäinen askel väkivallasta irtautumisen prosessissa. Näin ollen terveydenhuollossa olisikin tärkeä ymmärtää, että kuunteleminen ja huolen osoittaminen on jo sinänsä tärkeä interventio (Warshaw, 1997). Kiinnostuksen osoittaminen ja se, että lähisuhdeväkivallasta kysytään empaattisesti ja tuomitsematta, voi jo olla terapeutista (García-Moreno, 2002).

Työntekijöiden väkivaltadiskurssit, eli tulkinnat väkivallasta ja tapa puhua siitä, vaikuttavat siihen kuinka työntekijät käytännössä toimivat asiakkaiden kanssa (Keskinen, 2005). Siksi tarkastelemme tutkimuksessamme fokusryhmähaastatteluja, joissa selvitetään työntekijöiden asenteita lähisuhdeväkivaltaa kohtaan. Fokusryhmähaastattelu on haastattelijan pitämä haastattelurunkoon pohjautuva ryhmäkeskustelu (Mäntyranta & Kaila, 2008). Haastattelun tavoitteena on erilaisten käsitysten ja mielipiteiden esille saaminen keskusteluryhmässä ja sitä kautta tutkittavan ilmiön ymmärtäminen. Fokusryhmähaastattelua käytetään usein juuri terveydenhuollon työntekijöiden ajattelutavan ja toiminnan tutkimiseen (Mäntyranta & Kaila, 2008).

Markova, Linell, Grossen ja Salazar Orvig (2007) tarkastelevat fokusryhmiä dialogisena menetelmänä, jonka avulla voidaan tutkia johonkin ilmiöön liittyvää sosiaalisesti jaettua ja rakennettua tietoa. Markovan ym. mukaan fokusryhmän dialogisuus tarkoittaa ryhmässä tapahtuvaa keskustelijoiden sekä ideoiden ja ajatusten välistä vuorovaikutusta ja monimutkaista merkitysten rakentamisen verkostoa. Fokusryhmässä tulee usein esille jännitteet, ristiriitaisuudet, epäselvyydet, monitulkintaisuus, mutta toisaalta myös säännönmukaisuus ja toistuvat teemat, jotka kuuluvat sosiaalisesti jaetun tiedon perusluonteeseen. Sosiaalisesti jaetulla tiedolla Markova ym. tarkoittavat laajaa tietovarantoa, johon tukeutuen ihmiset jäsentävät elämäänsä, puhuvat ja ajattelevat maailmasta, sekä ylläpitävät ja muuttavat sosiaalista todellisuutta. Tätä tietoa luodaan, ylläpidetään ja muutetaan konkreettisissa tilanteissa toisten ihmisten kanssa. Markovan ym. mukaan tällainen yhdessä tapahtuva tiedon ja ajattelutapojen luominen jää usein näkymättömäksi. Kuitenkin fokusryhmä tiedon jakamisen ja rakentamisen paikkana on ikään kuin ”mini-yhteiskunta”, jota tutkimalla voidaan nähdä kuinka yhteiskunnassa vaikuttavaa tietoa ja ajatusmalleja syntyy ja kuinka ne voivat muuttua (Markova ym, 2007). Näin ollen fokusryhmähaastatteluja tutkimalla meillä on mahdollisuus tehdä näkyväksi työntekijöiden yhdessä rakentamaa lähisuhdeväkivallan kohtaamiseen liittyvää puhetta ja ajatusmaailmaa.



## TUTKIMUSONGELMA JA -KYSYMYKSET

Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen ambivalenssia ja työntekijöiden esteitä puuttumiselle on tutkittu melko paljon. Sen sijaan tutkimus siitä, minkä varassa puuttumisen perusteita rakennetaan, on jäänyt vähemmälle. Pro gradu-tutkielmassamme kiinnostuksemme kohdistui nimenomaan siihen, mikä auttaa työntekijöitä ylittämään puuttumisen esteitä ja puuttumaan lähisuhdeväkivaltaan. Tutkimuksessamme halusimme edetä aineistolähtöisesti, joten ensimmäiseksi, melko avoimeksi tutkimuskysymykseksi muodostui: *Miten työntekijät puhuvat lähisuhdeväkivallan kohtaamisesta tai siihen puuttumisesta?* Tutkimusaineiston pohjalta toiseksi ja keskeiseksi tutkimusta ohjaavaksi kysymykseksi nousi: *Minkä tekijöiden varassa työntekijät rakentavat lähisuhdeväkivaltaan puuttumista mahdollistavaa puhetta?* Tämä kysymyksenasettelu on johtanut meidät tarkastelemaan työntekijöiden keskustelun rakentumista kohti puuttumista mahdollistavaa, toiveikasta puhetta.

## TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

### Aineisto

Tutkimusaineistomme on osa laajempaa kehittämis- ja tutkimusprojektia Violence Intervention in Specialist Health Care (VISH, EU:n Daphne III-ohjelma 2009–2010). Projektin tavoitteena on kehittää erikoissairaanhoidon tutkimustietoon pohjautuvaa lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen mallia. Tutkimus on Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan hyväksymä.

Aineisto on kerätty vuonna 2009, ja se koostuu kuudesta fokusryhmähaastattelusta. Haastatteluissa erikoissairaanhoidon henkilökunta keskustelee lähisuhdeväkivallan kohtaamisesta ja siihen puuttumisesta työssään. Fokusryhmähaastattelujen tarkoituksena oli saada selville, millaisia asenteita terveydenhuollon ammattilaisilla on lähisuhdeväkivaltaa ja siihen apua hakevia kohtaan. Kussakin ryhmässä on kolmesta kuuteen keskustelijaa, ja osallistujia on yhteensä 30. Kaksi ryhmistä on moniammatillisia, neljässä ryhmässä kussakin vain yhden ammattiryhmän edustajia. Osallistujat ovat lääkäreitä, hoitajia, sosiaalityöntekijöitä ja psykologeja. Yhden haastattelun kesto on noin puolitoista tuntia, ja kaikki haastattelut on videoitu, nauhoitettu ja litteroitu tekstimuotoon.

## Grounded theory tutkimusmenetelmänä

Grounded theory on Glaserin ja Straussin (1967) kehittämä aineistolähtöinen menetelmä sosiaalisten ilmiöiden tutkimiseen, niiden uudelleen ymmärtämiseen ja teorian tai käsitteistön luomiseen aineiston pohjalta. Grounded theory sopii analyysimenetelmäksi tutkittaessa ilmiötä, josta halutaan tuoda esille uutta näkökulmaa (Strauss & Corbin, 1990). Näin ollen menetelmä sopii meidän tavoitteeseemme tarkastella lähisuhdeväkivaltaan puuttumista vähemmän tutkittujen, puuttumista mahdollistavien, tekijöiden näkökulmasta.

Grounded theoryn lähtökohtana on tiivis aineistolähtöisyys, jossa aineiston pohjalta halutaan muodostaa uutta ymmärrystä ilmiöstä sen sijaan että suhteutetaan aineistoa jo olemassa olevaan teoriaan (Glaser & Strauss, 1967; Corbin & Strauss, 1990). Siksi suositellaan, ettei tutkija tutustu systemaattisesti aiheita käsittelevään kirjallisuuteen ennen analyysia, jotta ennako-oletukset ja kirjallisuudesta tutuksi tulleet käsitteet eivät estäisi uuden löytämistä (Corbin & Strauss, 1990). Toisaalta aikaisempaan tietoon perehtyminen auttaa etenkin aloittelevaa tutkijaa selkiyttämään ja rajaamaan tutkittavaa ilmiötä (Backman & Kyngäs, 1998). Myös Corbin ja Strauss toteavat (1990), että aiempaan teoriaan ja tutkimukseen tutustuminen auttaa herkistymään ja tulemaan tietoiseksi tutkittavasta ilmiöstä ja mahdollisista tutkimattomista alueista.

Grounded theory- lähestymistavan mukaisia aineiston analyysin vaiheita on kuvattu useissa menetelmäteoksissa. Tutkimuksessamme olemme soveltaneet etenkin Straussin ja Corbinin (1990) ohjeita sekä McLeodin (2001) niiden pohjalta kuvaamia analyysin vaiheita. Straussin ja Corbinin (1990) mukaan ennen analyysin aloitusta on muodostettava tutkimuskysymys, joka on laaja ja avoin, mutta osoittaa selkeästi ilmiön, jota halutaan tutkia. Kysymys suuntautuu yleensä sosiaaliseen prosessiin tai toimintaan ja tarkentuu usein tutkimuksen edetessä. Strauss ja Corbin (1990) kuvaavat analyysivaihetta koodausprosessiksi, jossa aineisto pilkotaan osiin, käsitteellistetään, luokitellaan ja kootaan yhteen uudella tavalla. Analyysissä on kolme vaihetta: *avoin koodaus*, *aksiaalinen koodaus* ja *selektiivinen koodaus*, jotka tapahtuvat yleensä osin lomittain. Analyysi alkaa avoimella koodauksella joka on käsitteiden alustavaa nimeämistä ja kategorisointia eli luokittelua. Samankaltaisia lausumia ja toisiinsa liittyviä tapahtumia nimetään ja ryhmitellään kategorioiksi niiden ominaisuuksien mukaan. Aksiaalisen koodauksen vaiheessa alustavia kategorioita verrataan toisiinsa ja tarkastellaan niiden välisiä suhteita, jolloin kategoriat ja niiden alakategoriat tarkentuvat. Selektiivinen koodaus tapahtuu analyysin loppuvaiheessa, jolloin löydetään tutkittavan ilmiön keskeisin ydin eli muodostuu ydinkategoria, johon muut kategoriat yhdistyvät. Aineiston *saturoituminen* tapahtuu, kun uusia kategorioita ei enää löydy

(Metsämuuronen, 2005). Näin kategorioiden saturoituminen alkaa suunnata tutkimusta ja aineistosta kehittyvää teoriaa.

Keskeinen pohdinnan väline läpi analyysin on Glaserin ja Straussin (1967) kuvaama *jatkuvan vertailun menetelmä*. Sen mukaisesti jatkuvasti verrataan jokaisen kategorian merkitystä ja ominaisuuksia sekä kategorian sisällä sekä suhteessa toisiin kategorioihin. Vertailusta muistiinpanoja kirjaamalla löydetään ja määritetään yhteyksiä kategorioiden välillä, joiden pohjalta voidaan kirjoittaa teoriaa tai kuvausta ilmiöstä. Strauss ja Corbin (1990) painottavat menetelmän vaiheiden tarkkaa seuraamista, mutta toisaalta toteavat avoimuuden ja joustavuuden tärkeiksi Grounded theoryn soveltamisessa kuhunkin ilmiöön ja tutkimustilanteeseen.

## **Tutkimuksen kulku**

Aluksi katsoimme videolta kaikki kuusi haastattelua, teimme muistiinpanot jokaisesta haastattelusta sekä kävimme keskustelua kiinnostavista teemoista. Tässä vaiheessa emme vielä tutustuneet lähisuhdeväkivaltaa koskevaan kirjallisuuteen, vaan halusimme ensin tutustua aineistoon avoimesti. Pohdimme, mitä teemoja aineistosta nousee ja mikä tuntuu meistä tärkeältä. Tutkimuksemme teema nousi esille heti ensimmäistä haastattelua katsoessamme ja toistui myös muissa haastatteluissa. Kiinnostuimme keskustelun kohdista, joissa lähisuhdeväkivaltaan puuttumisesta puhuttiin myönteisesti ja inhimillisesti, työntekijät luottivat omiin kykyihinsä sekä yhteistyöhön ja puhuivat potilaan kohtaamisen tärkeydestä.

Katsoimme kaikki videotallenteet vielä toiseen kertaan ja luimme samalla litteroinnit. Samaan aikaan perehdyimme myös aihetta koskevaan kirjallisuuteen, mikä auttoi tutustumaan tutkittavaan ilmiöön laajemmin ja tarkentamaan tutkimuskysymyksiämme. Kirjallisuus auttoi syventämään teemaa ja tarkastelemaan sitä myös lähisuhdeväkivaltaa kohdanneiden näkökulmasta. Useissa tutkimuksissa kirjoitettiin väkivaltaan puuttumisen esteistä sekä tarpeesta löytää keinoja, joilla voi ylittää näitä esteitä. Tutkimuksissa kaivattiin uusia, vaihtoehtoisia puhetapoja sen sijaan, että lähisuhdeväkivaltaan puuttumista välteltäisiin. Meidän löytämämme kohdat tuntuivat edustavan juuri tätä kaivattua puuttumista mahdollistavaa puhetapaa.

Aineiston läpikäyminen yhdessä koko tutkimuksen ajan sekä lukuisat keskustelut ja ajatusten kirjaaminen tutkimuspäiväkirjaan olivat tärkeä osa työskentelyä. Teema muotoutui oman ajattelun kehittymisen, uusien näkökulmien sekä kirjallisuuteen perehtymisen vuorovaikutuksessa.

Tutkimuskysymysten tarkennuttua valitsimme tarkempaan analyysiin kolme

fokusryhmähaastattelua. Analyysissämme halusimme tutkia lähisuhdeväkivallan kohtaamista mahdollistavan puheen rakentumista, joten valitsimme analyysiin ne haastattelut, joissa olimme eniten nähneet myönteistä ja puuttumista mahdollistavaa keskustelua. Lisäksi halusimme analysoitavien haastatteluiden edustavan monipuolisesti eri ammattiryhmiä, joten valitsimme haastattelut, joista kaksi on moniammatillisia ja kolmannessa vain yhden ammattikunnan edustajia. Kaksi moniammatillisen ryhmän haastattelua valitsimme ensimmäisenä, koska niissä keskustelu oli monipuolista, uusia näkökulmia avaavaa ja moniäänisempää kuin muissa haastatteluissa. Näissä kahdessa keskustelu vaikutti innokkaalta, tunteita herättävältä, toisinaan kärkevältä ja ristiriitaiselta. Kuitenkin samalla keskustelussa syntyi kiinnostuksemme kohteena olevaa myönteistä ja toiveikasta puhetta. Ristiriitaisuus nähdään keskustelun kannalta hyvänä, sillä ristiriitojen esiin tuominen synnyttää väittelyä, joka johtaa uudenlaisen ymmärryksen kehittymiseen ja ideoiden uudelleen muotoiluun (Loseke, Gelles & Cavanaugh, 2005).

Toinen moniammatillisista ryhmistä edusti samaa työyhteisöä. Haastattelussa näyttäytyi kiinteä yhteistyö sekä työyhteisön tuki, joista käsin keskustelu ja toiveikas puhe pääsivät rakentumaan. Kolmantena valitun yhden ammattiryhmän edustajien haastattelun katsoimme myös tuovan monipuolisuutta analyysiin, sillä se eroaa jo valituista moniammatillisista ryhmistä. Tässä keskustelussa kiinnostuimme työntekijöiden monipuolisista näkemyksistä.

Aloimme Grounded theorya soveltaen käydä aineistoa läpi tarkemmin kolmessa vaiheessa, jotka tapahtuivat osin myös päällekkäin. Aloitimme työskentelyn avoimella koodauksella. Kävimme haastatteluja läpi yhdessä lause lauseelta ja annoimme kullekin idealle tai ilmaisulle alustavan nimen tai kuvauksen. Tarkastelimme aineistoa mahdollisimman neutraalisti ja pyrimme määrittämään mitä mikäkin ilmaisu saattoi merkitä. Kirjoitimme paperille ilmaisuille annetut koodit ja niihin viittaavat rivinumerot.

Seuraavaksi kävimme läpi edellisessä vaiheessa tehtyjä koodauksia aksiaalisen koodauksen mukaisesti. Yhdistelimme samaan teemaan liittyviä koodeja, annoimme niille uusia osuvampia nimiä ja ryhmittelimme niitä erilaisten kategorioiden alle. Mietimme millaisia kategorioita voisi syntyä, loimme jatkuvasti uusia kategorioita sekä yhdistelimme jo olemassa olevia. Kirjoitimme mahdollisia kategorioiden nimiä paperiliuskoille ja sijoitimme niitä kuvaavia ilmaisuja ja mahdollisia alakategorioita niiden alle. Nimesimme kategoriat suoraan aineistosta löydetyillä nimillä silloin kun löysimme ilmiötä hyvin kuvaavan nimen. Muutoin keksimme itse osuvia nimiä tai käytimme kirjallisuudesta saatuja määritelmiä.

Viimeisessä vaiheessa oivalsimme kuinka kaikki muodostetut kategoriat voitaisiin jaotella kahden ydinkategorian alle. Muodostuneet ydinkategoriat sopivat hyvin tutkimuskysymykseemme, sillä toinen edusti teemaa, mitä halusimme tutkia (toiveikas puhe) ja toinen sille vastakkaista

näkökulmaa (puuttumisen esteet). Tässä vaiheessa myös alakategoriat tarkentuivat lisää, eli yhdistyivät ja saivat niitä kuvaavampia nimiä. Kokonaisuutena tutkimus eteni niin, että aluksi koodasimme kaksi fokusryhmähaastattelua. Kolmatta haastattelua koodatessamme uusia kategorioita ei enää muodostunut. Näin ollen saturaation periaatteen mukaisesti katsoimme jo löydettyjen kategorioiden kuvaavan ilmiötä riittäväällä tarkkuudella.

Tässä vaiheessa olimme aineistolähtöisesti muodostaneet kategoriat ja löytäneet positiivisen, mahdollistavan puheen kohdat. Niitä oli lyhyistä puheenvuoroista pitkiin keskustelupätkiin, joissa positiivinen puhe rakentuu vähitellen. Seuraavaksi halusimme tutkia, miten mahdollistava puhe rakentuu ja mihin se kytkeytyy. Käytimme apuna fokusryhmätutkimuksessa käytettäviä, aineistolle tehtäviä kysymyksiä. Kirjoitimme kuvauksia kustakin myönteisen puheen kohdasta: mistä keskustelu alkoi, saiko idea kannatusta ja mihin toiveikas puhe kokonaisuudessaan kytkeytyi ja ilmenikö näkökulman muutoksia.

## **TULOKSET**

Tuloksemme jakautuvat kahteen osaan. Aluksi esittelemme aineistolähtöisesti rakentamamme ydinkategoriat: Puuttumisen mahdollisuudet ja puuttumisen esteet. Esitämme tulokset ensin taulukon muodossa, ja kuvaamme lyhyesti ydinkategoriat ja niiden alakategoriat. Ensin käsittelemme tutkimuksessamme kiinnostuksen kohteeksi nousseet puuttumisen mahdollisuudet ja tämän jälkeen puuttumisen esteet. Viimeiseksi kuvaamme kuinka puuttumista mahdollistava puhe rakentuu fokusryhmähaastatteluissa. Havainnollistamme tuloksia aineistonäytteiden avulla.

### **Taulukko: Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen mahdollisuudet ja esteet**

Ydinkategoria 1: Puuttumisen mahdollisuudet

- a) - Olemassa olevat voimavarat
- Omaan työryhmään tukeutuminen
- Yhteistyötahot
- Työyksikön piirteet
- Koulutus
- Väkivaltailmiön näkyvyys
- b) Työntekijän mahdollisuudet
- Työntekijän persoona
- Tilannetaju

- Kyky tunnistaa
- Vastuunottaminen puuttumisesta
- c) Potilaan tarpeiden huomioiminen
  - Keskusteleminen ja kuunteleminen
  - Tukeminen ja rohkaiseminen
  - Uhrin aseman ymmärtäminen
  - Tiedon ja ymmärryksen lisääminen uhrille
  - Tilanteiden yksilöllisyyden ymmärtäminen
- d) Toiveikkuuden ilmentäminen
  - Usko hyvään
  - Jäljen jättäminen
  - Alkususäys
  - Mahdollisuuden tarjoaminen

#### Ydinkategoria 2: Puuttumisen esteet

- a) Työntekijään liittyvät tekijät
  - Pelko
  - Epävarmuus
  - Riittämättömyyden tunne
  - Avuttomuuden tunne
  - Vastuun siirtäminen
- b) Potilaaseen liittyvät tekijät
  - Vastareaktio
  - Avun torjunta
  - Kun uhri ei tiedosta väkivaltaa
- c) Palvelujärjestelmään liittyvät tekijät
  - Epäily ulkopuolisten resurssien riittävydestä
  - Tiedonkulun ongelmat
  - Ajan puute
  - Hankalat erityistapaukset
  - Turvallisuuden takaaminen
  - Jatkon epäselvyys
- d) Väkivalta ilmiönä
  - Vaikea asia kohdata
  - Vaikeus määritellä
  - Vaikeus tunnistaa

#### *Puuttumisen mahdollisuudet*

Aineistossa ilmeni, että lähisuhdeväkivaltaan puuttumista mahdollistavat olemassa olevat voimavarat, työntekijän mahdollisuudet, potilaan tarpeiden huomioiminen ja toiveikkuuden ilmentäminen.

Olemassa olevat voimavarat ovat toimintatapoja, joihin työntekijät pystyvät tukeutumaan tilanteissa, joissa lähisuhdeväkivalta tulee ilmi tai siitä on epäily. Aineiston perusteella väkivallan kohtaamista helpotti tukeutuminen omaan työryhmään. Työryhmä mahdollisti kokemusten

vaihtamisen, asian pohtimisen yhdessä, kollegoilta oppimisen sekä toimi työntekijän sosiaalisena tukena haastavissa tilanteissa. Myös vuoropuhelu yhteistyötahojen välillä koettiin tärkeänä. Kun tieto väkivaltaa kohdanneista potilaista siirtyi eteenpäin, työntekijä ei jäänyt asian kanssa yksin. Lähisuhdeväkivallasta uskallettiin kysyä, jos tiedettiin, että jatkoon ohjaus on selkeä. Työyksikköön liittyvät erityispiirteet, kuten turvallinen ympäristö, pitkä hoitosuhde ja ajan riittävyys antoivat mahdollisuuden hoitaa asiaa pitkäjänteisesti. Lisäksi resursseina nähtiin riittävä koulutus ja oman ammattitaidon ylläpitäminen, jolloin aihe pysyi mielessä. Lisäksi väkivaltailmiön näkyvyys mediassa ja yhteiskunnassa nähtiin tärkeänä.

Työntekijän persoona ja henkilökohtaiset ammatilliset resurssit mahdollistivat lähisuhdeväkivaltaan puuttumista. Työntekijällä voi olla valmius kohdata väkivallan uhri, uskallusta ottaa asia esille ja olla avuksi uhrille. Aineistossa tuli ilmi, että jos työntekijällä on uskallusta auttaa, se voi lisätä myös uhrin uskallusta vaikuttaa tilanteeseensa. Työntekijällä on siis mahdollisuus ottaa vastuu väkivaltaan puuttumisesta ja siitä kysymisestä. Lisäksi työntekijää auttoi tilannetaju sekä ymmärrys siitä, että potilaan oireiden taustalla voi olla lähisuhdeväkivaltaa.

Yhdeksi kategoriaksi muodostui potilaan tarpeiden huomioiminen. Väkivallasta kysymisessä auttoi, jos työntekijät ymmärsivät, että väkivallan tiedostaminen on uhrille pitkä prosessi. Tässä auttoi uhrin alistetun ja herkän aseman tiedostaminen ja uhrin sisäisen kokemuksen ymmärtäminen. Keskusteleminen ja kuunteleminen nähtiin tärkeänä ”työkaluna”. Hetket, jolloin voi rauhassa keskustella väkivallan uhrin kanssa olivat merkityksellisiä. Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisessa olennaista oli potilaan tukeminen ja rohkaiseminen sekä potilaan tarpeiden huomioiminen, jolloin hänelle annetaan tilaa ja aikaa. Työntekijät kokivat, että väkivaltaan puuttumista mahdollistaa ja väkivallan uhrin auttaa tiedon ja ymmärryksen lisääminen uhrille sekä tilanteiden yksilöllisyyden ymmärtäminen.

Mahdollisuus puuttumiseen näyttäytyi aineistossa myös toiveikkuutena. Usko hyvään näyttäytyi työntekijöiden uskona, että ”jotain on jo tehty”, kun he pystyivät olemaan pienenkin hetken väkivallan uhrin rinnalla tai kun asia meni eteenpäin. Lisäksi työntekijät uskoivat, että ovat jo voineet auttaa, vaikka aloitteen tehnyt työntekijä ei itse näkisikään, miten potilaan hoitoprosessi etenee. Jäljen jättäminen tarkoittaa tietoisuuden lisäämistä potilaalle ja sitä kautta potilaan havahtumista tilanteeseensa. Työntekijät ilmaisivat, että muutamalla kysymyksellä voi herättää potilaassa ajatuksia ja halun itse muuttaa tilannettaan. Työntekijät käyttivät ilmaisua ”alkusysäys”, joka tarkoitti asian liikkeelle pistämistä. Väkivallan vyyhti voi lähteä avautumaan yhdestä kysymyksestä ja hetkestä väkivallan uhrin rinnalla.

### *Puuttumisen esteet*

Puuttumisen esteet liittyivät työntekijään, potilaaseen tai palvelujärjestelmään sekä yleisesti väkivaltaan ilmiönä. Nämä tekijät voivat estää työntekijää ottamasta lähisuhdeväkivaltaa esille sekä tehdä epävarmaksi puuttumisen suhteen.

Aineistossa ilmeni, että usein työntekijät eivät uskalla ottaa lähisuhdeväkivaltaa esille, sillä pelkäävät puheeksi ottamisen seurauksia. Pelättiin, että syvennetään väkivallan uhrin traumaa, jos työskentely jää kesken ja ”haavat jää auki”. Työntekijät kokivat, että eivät uskalla ottaa asiaa puheeksi, koska ajattelivat, että uhri tai työntekijä voi joutua vaaraan. Lisäksi kysymistä välteltiin, koska pelättiin, että ”paletti leviää” eli vaikea tilanne jää työntekijän yksin hoidettavaksi. Samoin epävarmuus omista kyvyistä kohdata väkivaltaa sekä riittämättömyyden tunne itsestä osaavana työntekijänä voivat johtaa siihen, että väkivallasta ei uskalleta kysyä suoraan. Epävarmuutta syntyi myös siitä, ettei työntekijä tiedä miten asian kanssa etenisi. Lisäksi esteeksi muodostui vastuunsiirtäminen, jolloin työntekijä kuvasi, että väkivaltaan puuttuminen ei ole hänen asiansa tai tehtävänsä. Väkivaltaan puuttuminen haluttiin siirtää muun muassa perusterveydenhuollon vastuulle tai vastuuta saatettiin siirtää liikaa uhrille itselleen. Työntekijä saattoi myös väistää vastuuta, esimerkiksi ajatteleamalla, että hänen tarvitsee puuttua vain, jos väkivaltatapaus sattuu kohdalle.

Puuttumisen esteenä nähtiin myös potilaaseen liittyvät tekijät. Väkivallasta kysyttäessä potilaan vastareaktio voi olla voimakas. Hän voi kieltää väkivallan kokonaan tai torjua tarjotun avun. Työntekijät kokivat väkivaltaan puuttumisen vaikeaksi myös silloin, kun potilas ei ymmärrä olevansa väkivallan uhri. Nämä tekijät voivat aiheuttaa työntekijälle avuttomuutta väkivallan kohtaamisessa.

Työyksiköiden omat toimintatavat saattoivat joko edistää tai estää väkivaltaan puuttumista. Työyksikön esteinä nähtiin aikarajat, tiedonkulun ongelmat sekä kuhunkin työyksikköön liittyvät erityistapaukset tai potilasryhmät. Terveystieteiden palvelujärjestelmään liittyviksi esteiksi koettiin kirjaamisen vaikeus, auttamispolun epäselvyys ja epäily jatkohoidon toimivuudesta. Työntekijät näkivät, että jatkohoito olisi tärkeää saada heti, mikä oli kuitenkin käytännössä hankala järjestää. Väkivaltaan puuttumista pelättiin myös siksi, ettei voitu olla varmoja potilaan turvallisuuden takaamisesta. Työntekijät kokivat vaikeaksi löytää mahdollisuuksia puhua uhrin kanssa kahden kesken ja pelkäsivät aiheuttavansa kysymisellä lisää väkivaltaa. Lisäksi työntekijät epäilivät ovatko ulkopuoliset resurssit riittäviä. Näiksi resursseiksi mainittiin psykososiaalinen työpari, koulutus, konsultointi ja päivystävä työntekijä lähisuhdeväkivaltaa varten.

Yhdeksi alakategoriaksi muodostui väkivalta ilmiönä. Työntekijät näkivät, että väkivaltaa on vaikea määritellä ja se on ilmiönä vaikea kohdata, helposti torjuttava aihe ja yleisesti vaiettu asia.



Lisäksi kuvattiin, että lähisuhdeväkivaltaa on vaikea tunnistaa tai vaikea nähdä, jos potilas ei itse tuo sitä esille.

### **Miten toiveikas puhe rakentuu aineistossa?**

Aineistosta erottui erilaisia kohtia ja keskustelunkulkuja, joissa keskustelu rakentui kohti toiveikasta puhetta. Kutsumme tätä myös puuttumista mahdollistavaksi puheeksi. Tarkastelemme sen rakentumista kolmen teeman avulla, joskin ne ovat osin päällekkäisiä. Usein keskustelu rakentui lähisuhdeväkivallan puuttumisen esteistä puuttumisen mahdollisuuksiin. Puuttumista mahdollistavaa puhetta syntyi silloin, kun voitiin nojautua konkreettisiin, olemassa oleviin voimavaroihin tai pohdittiin omaa roolia työntekijänä ja sen suomia mahdollisuuksia. Havainnollistamme toiveikkaan puheen rakentumista aineistonäytteiden avulla. Kuvaamme samalla kuinka rakentumiskohdat ovat yhteydessä edellä kuvattuihin ydinkategorioihin ja alakategorioihin. Olemme merkinneet kursiiivilla löydetyt kategoriat. Aineistonäytteet on muokattu siten, ettei työntekijöiden henkilöllisyys tai ammatti ole tunnistettavissa.

Aineistokatkelmissa käytetään soveltaen Jokisen ja Suonisen (2000) litterointimerkintöjä:

G2 ja G3	haastatteluryhmät
P1-P5	osallistujat
L1 ja L2	haastattelijat
(.)	alle sekunnin mittainen tauko
(2)	tauco ja sen pituus sekunteina
[	päällekkäispuheen alkukohta
]	päällekkäispuheen loppukohta
TEKSTI	kovalla äänellä tai painottaen sanottu kohta
teks-	(tavuviiva) kesken jäänyt sana
(epävarma)	(teksti suluissa) nauhalla epäselvästi kuuluva kohta
( )	(tyhjät sulut) sana tai puhetta, josta ei ole saatu selvää
((teksti))	purkajan kommentit
(...)	tekstiä poistettu välistä

#### *Puuttumisen esteistä puuttumisen mahdollisuuksiin*

Haastatteluissa keskustelu rakentui usein niin, että positiivinen näkökulma ja puuttumisen mahdollisuudet löydettiin puuttumisen esteistä keskusteltaessa. Näissä kohdissa esteet onnistuttiin

ylittämään niin, että puuttumisesta nähtiin olevan loppujen lopuksi enemmän hyötyä kuin haittaa. Tämä näkökulma saavutettiin usein *uhrin aseman ja tarpeiden huomioimisen ja toiveikkuuden ilmentämisen* kautta.

Haastattelu 2, rivit 652-665

G2P5: yks yksinkertainen syy on et uhri kieltää (6) et ei hää niinku [pysynyt

G2P2: [ja uhri

G2P5: väkivalta pitää olla tosi vakavaa ennenku se ylittää sen kynnyksen että meillä vaioliolo

(.)velvollisuus(.) menee että (1) kyl siin tuntee ittensä ()

G2L2: =niin tarkotaks sä et uhri kieltää [

G2P5: [niinku että

G2L2: =ryhtymästä [mihinkään jatkotoimiin, mutta myöntää sen niinku sen väkivallan (.) kohdistuneen häneen

G2P5: [niin niin (.) näyttää (just) (.) niin kyllä niin

G2L2: =joo just (1)

G2P5: ettei pysty auttaa sitten tietää että meidän hoito päättyy vaikka ens tiistaina mut [sä et pysty siirtää sitä

G2P2: [mut ethän sä voi tietää jos se on

jo auttanu sitä johonkin asiaan [että että tavallaan se että

Ennen katkelmaa keskustelijoilta on kysytty heidän kokemuksistaan lähisuhdeväkivallan kohtaamisesta ja, siitä millaiset asiat ovat estäneet auttamasta potilasta. Työntekijä kuvaa ongelmallisina tilanteet, joissa väkivallan uhri myöntää kokeneensa väkivaltaa, mutta *kieltää jatkotoimiin* ryhtymisen. Hän pohtii myös työntekijöiden vaioliolovelvollisuutta, jota ei voi ylittää kuin todella vakavissa väkivaltatapauksissa. Näin ollen uhrin kieltäessä jatkotoimet työntekijä ei voi puuttua asiaan edes lain avulla ja kuvaa *avuttomuutta ja epätietoisuutta* siitä mitä potilaalle tapahtuu ja saako hän jatkossa apua. Tähän toinen työntekijä väläyttää uudenlaisen *toiveikkaan* näkökulman, että pelkästään *väkivallasta puhuminen* on kuitenkin jo saattanut auttaa potilasta jollain tavalla. Keskustelijat jäävät vielä pohtimaan *jatkohoidon epävarmuutta*, mutta sama keskustelu ja positiivisen näkökulman rakentaminen jatkuu hetken kuluttua seuraavan tekstinäytteen mukaisesti. Ennen seuraavaa näytettä haastatteliija on kysynyt keskustelijoilta, tulisiko työntekijöillä olla oikeus velvoittaa tällaiset hoidosta kieltäytyvät potilaat hakemaan apua.

Haastattelu 2, Rivit 734-755, 765-784

G2P4: et jotenkin tuntuu et vois yrittää niinku suostutella tai kannustaa menemään mut se että (.)

ihan velvottaa nii (.) tuntuu vähän hankalalta

G2P5: =ei voi

G2P3: =tuleeks siitä [sit se

?: [kontrolli

G2P3: et heti alusta tulee se mieliala et mä kiellän kaikki etten vaan joudu sit johonkin jatkohommaan (.)

G2P5: tai kuka sit siinä vaiheessa käyttää valtaa

G2P2: =niin ja sit tietysti kontrolli [ja

G2P5: [tai sen uhriksi joutuu

G2P2: niin (.) tilanteessa missä ihmistä on jo kontrolloitu että niinku mä ainakin koen joitakin tilanteita

missä niinku nimenomaan se että jos on vaikka uhri (2) (...) elikkä he on yleensä kuitenkin aika

semmosessa ALISTETUSSA ja myös niinku herkässä tilanteessa sen suhteen että MILLÄ LAILLA mua

autetaan ja minkä mää koen avuksi eikä siksi että mua moralisoidaan tai paheksutaan siitä että miksi sä

annat fiksu ihminen itselles tehdä (...)

G2P2: =jos jotakin velvotetaan sithän meil täytyy olla tarjota jotakin mikä varmasti ratkasee asian

G2P5: =kyllä

G2P2: =onkos meillä tarjota muuta kun (1) mitäs meil on sitten tarjota

G2P5: =ei [mitään

G2P2: [onko tarjolla tukea siihen et minkä ratkasun teet ni me ollaan sitä mieltä että näin ei ihmistä saa kohdella (.) se on väärin sinä oot uhri etkä syypää mitä sä haluat et miten me sua autetaan että mikä niinku on se (1) että tuota ei me voida varmistaa että väkivalta loppuu niinku tavallaan työskentelemällä uhrin kanssa (2) (...)

G2P5: [tai sitten tämä sama kysymys voi kysyy niinki että että

ollaanko me jo tehty tarjous siitä avusta (.) ja hän saa valita mä edelleen näen saman ku

puheeksiottamisen että JOKA KERTA ku se mahdollisuus annetaan ni jonkun jäljen se jättää vaikka

siihen kysymykseen vastais ei (.) tai että haluatko apua en ni se jälki jää sinne että (.) siel olis saanu apua

siihen joka voi johtaa siihen et seuraavas tilantees tulee se puhelinsoitto ja mihkä sä olisit mua ohjannu tai

mihin kuinka sä olisit mua auttanut

G2L1: =joo

G2P5: =mä haluisin jotenkin uskoo (.) siinä asias johonkin hyväänki

Potilaan kontrolloiminen ja hoitoon velvoittaminen nähtiin ongelmallisena, koska tällöin potilas voi kieltää väkivallan kokonaan. Tällöin puuttumisen esteeksi muodostui jälleen potilaan *vastareaktio* tai *avun torjunta*. Työntekijä toteaa, että velvoittamisen sijaan voidaan suostutella tai kannustaa. Keskustelu rakentui kohti positiivista näkökulmaa *uhrin aseman ymmärtämisen* kautta. Työntekijä ilmaisee ymmärrystä, että väkivallan uhri on jo valmiiksi kontrollin alla ja alistetussa ja herkässä tilanteessa. Lisäksi hän korostaa uhrin auttamista *uhrin tarpeiden* ja toiveiden mukaisesti häntä moralisoimatta ja paheksumatta.

Keskustelijat pitivät hoitoon velvoittamista ongelmallisena myös siksi, etteivät voineet olla varmoja onko heillä kuitenkaan tarjota tarvittavaa apua tai ratkaisua tilanteeseen. Katkelmassa uhrin tukeminen nähdään tärkeänä, mutta samalla tiedostetaan, että työntekijä ei voi olla varma väkivallan loppumisesta eikä muutenkaan pysty tekemään ratkaisuja uhrin puolesta. Tällöin joutuu sietämään *epävarmuutta tai avuttomuutta*.

Katkelman lopussa avautuu mahdollisuus ylittää mainitut puuttumisen esteet *toiveikkaan* näkökulman avulla. Ensin työntekijä ilmaisee melko jyrkän varman avun vaatimuksen: ”meil täytyy olla tarjota jotakin mikä varmasti ratkasee asian”. Myöhemmin työntekijät oivaltavat, että tilannetta ei tarvitse ratkaista kokonaan, vaan lähisuhdeväkivallan puheeksi ottaminen voi olla *mahdollisuuden tarjoamista*. Työntekijä painottaa, että jokainen puheeksi ottaminen ”jättää jäljen”, vaikka potilas voikin kieltää jatkotoimet. Keskeistä on *usko hyvään* ja ymmärrys siitä, että puuttuminen on tärkeää ja voi johtaa avun hakemiseen ja vastaanottamiseen vasta myöhemmin, kun potilas on siihen valmis.

Haastattelu 3, rivit 586-599

G3P5: (...) että tulee sitte ehkä paljon tällasta, että. jossa sitte oikeuslaitos joutumaan tutkimaan asioita jotka ei ookaan ihan sitä miltä näyttää (3) tai miltä ei näytä. (3) En mä usko että siitä muuta haittaa on. Asianomistajuus vaan saadaan vähemmän niin silloin saadaan varmaan paremmin kiinni näitä lähisuhdeväkivaltajuttujakin. Mutta sitten se että minkälaisesta sopasta joudutaan ne oikeet lähisuhdeväkivallat niistä rikosilmoituksista, niin se on sitte toinen juttu.

G3P4: Tietysti siitähän voi tietysti tommosesta olla, et jos et joku että tukee ja vähän ees apua vähän ees sille ihmiselle. Ku just mitä puhuttiin että justiin se on sen ihmisen ite niinku löydettävä se rohkeus ja nää kaikki et se uskaltaa tehdä, ja hakee ite sitä apua ja (itteensä). Et auttako se häntä sitte kuiteskin että kun tietää että joku muukin voi, että ei se ois sillä lailla hänen harteillaan yksin.

G3P1: Tai vois olla semmonen alkusysäys jotenkin sille asialla sitte että käynnistyis.

G3P4: [Niin, niin.] Nii että hän uskaltaa itekin kun tuokin, kun mua autetaan ja hekin uskaltaa. Niin että jos hänkin uskaltaa ni rohkeneis sillä. en tiä osasinks mä selittää

Ennen katkelmaa haastattelijä on esittänyt kysymyksen lain avulla puuttumisen mahdollisista haittavaikutuksista. Ensimmäinen keskustelijä tuo esille vaikeuden löytää oikeat väkivaltatapaukset. Muut keskustelijat siirtyvät kuitenkin puhumaan kysymisen hyödyistä. Keskustellaan siitä, että uhria auttaa tieto, ettei asia ole yksin hänen harteillaan. Pohditaan, että uhrille voi syntyä uskallusta, kun työntekijäkin uskaltaa ottaa asian esille. Asian esille ottaminen nähdään ”alkusysäyksenä”.

### *Olemassa olevat voimavarat*

Aineistossa tuli esille, että väkivallan kohtaaminen on usein vaikeaa, varsinkin yksin. Työntekijät ottivat kuitenkin esille voimavaroja, joihin voivat tukeutua tilanteissa, joissa lähisuhdeväkivalta tuli ilmi tai siitä oli epäily. Kaikissa kolmessa haastattelussa oli keskustelun kohtia, joissa *olemassa olevista voimavaroista* puhuminen johti puuttumista mahdollistavan puheen rakentumiseen.

Haastattelu 2, rivit 297-316

G2L1: miltä se tällä hetkellä tuntuu et (...) jos se tulee jostain (.) vaikka kysymättä esiin tai muuta että et mikä teijän semmoset tun-tuntemukset siinä vaiheessa et tuntuuko siltä että (.) että nyt TIEDÄN mitä tälle pitää tehdä (...) vai onko se aina tilannesidonnaista sitte että (2) että miltä se tuntuu se (...) se EPÄILYS tai sitten ihan se että esimerkiks potilas itse siitä kertoo (1) vai onko se niinku asia muiden joukossa että se (2)

G2P3: ei mulle ainakaan riemu tule siitä että mä tietäisin siitä niin älyttömästi (.) mut tietysti tuol on se hyvä puoli että on kuitenkin työryhmä jonka kanssa siitä asiasta sit pyst- miettimään että mitenkä tässä nyt vois lähteä menemään (2) ja ja yleensä että ku nää ei oo ne potilastilanteet sellasia KÄYNTEJÄ niinku esimerkiks terveyskeskusvastaanotolla et siinä tunnin aikana pitäis ruveta sitte miettimään eikä tässä vaan et yleensä siinä kuitenkin PYSTYY palaamaan siihe sitte (.) sitten uudestaan (1) mut kyllä mul on ainakin tunne et aika vähän sitä ite on näitä (.) malleja sitten (.) käytäntöön laittanut ((muminaa)) (1)

G2P4: niinku tosiaan se on niin kirjavaa eri kunnissa ((yskintää päälle, ei selvää puheesta)) et siinä voi lähteä sit se selvittely ja ottaa niinku tosin et meil on onneks aikaa siinä selvillä (1) toi on kyllä hirveen hyvä mitä sanoit että (.) on se työryhmä sitte ettei tarvii ite jäädä miettimään että (.) mikä tässä ois viisainta puhua isommalla porukalla tuumataan (1)

G2P3: ja potilallekaan ei (.) tule semmonen olo niinku et KERRO NYT heti että mikä tässä voijaan niinku (.) lähteä miettimään sitä sitten sen (.) muutenkin oireen jatkumisen kanssa (1)

Tekstinäytteen alussa kysytään lähisuhdeväkivallan kohtaamisesta. Työntekijä ilmentää epävarmuutta väkivallan kohtaamisesta, mutta tuo kuitenkin esille mahdollisuuden *tukeutua omaan työryhmään*. Työntekijä näkee työryhmän oman työnsä voimavarana verratessaan työympäristöään perusterveydenhuollon käytäntöihin. Lisäksi keskustelussa tuodaan esille puuttumista mahdollistavat *työyksikön piirteet*: mahdollinen jatkuva hoitosuhde ja ajankäyttö. Työryhmässä on mahdollista yhdessä pohtia potilaan tilannetta. Hoitosuhde taas mahdollistaa asiaan palaamisen ja *potilaan huomioimisen* ilman aikarajaa tai painostamista.

Haastattelu 2, rivit 98-122

G2P5: (...) mut sitte myös toinen (että) tärkein työkalu meillä on niinku keskustelu (1) että sii- siin on Niinku mahdollisuus sitä (2) ehkä sitä tulee niinku kysymättäkin esiin monet (1) vaikkei heti niinku Seksuaalinen väkivaltaki ni (.) et se (1) esimerkiksi vanhemman hyväksikäyttö ja lapsi on meillä sitte hoidossa ni (.) et selvästi tulee niinkun (1) ettei sul oo mitään väkivaltakartotuslomaketta edes kädes

G2P2: =tavataan sitten

G2P5: =et ne traumat mitä me käydään läpi on sitä väkivaltaa

G2P2: jos jotenki aattelee sitä mejän työtä ohjaavaa stressialttiusmallia niin tavallaanhan se sen pitää ikäänku sisällä sen (.) että mitä on tapahtunut onko jotakin mikä selittää et just nyt oireilet tai onko pitkäaikaisemmassa historiassa jotakin mikä selittää sitä alttiutta että (.) tulee psyykkisiä oireita tai (sen) tavallaan PITÄIS olla siellä meidän (.) PÄÄN VALIKOSSA niinkun (.) yhtenä (.) mahollisena (.) tekijänä.

G2L2: näkeeks noi teijän potilaat sillai ite helposti yhteyttä niinkun (.) jos tämmöstä stressialttiutta mietitään ni (.) huomaaks se ite niinku sitä elämäpiirissään olevaa väkivaltasuutta tai esimerkiks jossain (.) jos aattelee aikuista ihmistä ni siellä lapsuudessa ollutta (1) perheväkivaltaa (1) nouseeks se sillai (4)

G2P2: se varmaan kyllä vaihtelee (.) et on niitä jotka kertoo (1) kamalista asioista ei eikä koe et sillä on merkitystä ja toiset on niitä jotka kertoo että tää on ihan ymmärrettävää ku mul on ollu tämmöstä ja tämmöstä (.) et se on varmaan laidasta laitaa (.)

G2P3: varmaan liittyy myös siihen et onko missään vaiheessa liikkeessä sitten (.) onko sitä saanut aikaisemmin jo miettiä vai tuleeko sitten ensimmäistä kertaa semmonen tilaisuus et on yleensä mahdollisuus puhua niistä asioista (.) sit jos sairaalaan joutuu TAI PÄÄSEE (2) aukee semmonen mahollisuus sitte puhua niistä asioista (4)

Katkelmassa keskustellaan lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamisesta. Työyksikköön liittyvänä voimavarana nähdään keskustelun tärkeys. Se koetaan mahdollisuutena, jolloin väkivalta voi tulla ilmi myös ilman kysymistä tai ”väkivaltakartotuslomaketta”. Yksi työntekijöistä näkee, että lähisuhdeväkivalta pitäisi aina olla mielessä eli ”pään valikossa”, mahdollisena vaihtoehtona potilaan oireiden taustatekijänä. *Tilannetaju* sekä *kyky tunnistaa* väkivalta voidaan siis nähdä työntekijän mahdollisuutena väkivaltaan puuttumiseen. Liiallisena vaatimuksena se voi kuitenkin olla riskitekijä ja estää puuttumista. Jos yleistä toimintamallia ei ole olemassa, puuttuminen jää liikaa yksittäisen työntekijän varaan. Silloin työntekijöiltä odotetaan liian paljon henkilökohtaista tietotaitoa, jotta he voisivat tunnistaa ja puuttua lähisuhdeväkivaltaan. Toisaalta työntekijä kuvaa ”pään valikko” työtä ohjaavana mallina, minkä voisi ajatella olevan myös koko työyksikköä ohjaava toimintamalli. Tällöin työyksikössä tiedostetaan väkivallan mahdollisuus ja siihen

puuttumisen tärkeys. Keskustelun viimeisessä puheenvuorossa hoitokontaktia ei nähdä ”hoitoon joutumisena”, vaan myös *mahdollisuutena* puhua lähisuhdeväkivallasta.

### *Työntekijän rooli*

Aineistossa keskusteltiin paljon erikoissairaanhoidon työntekijöiden roolista lähisuhdeväkivaltaan puuttumisessa. Omaa roolia pohtiessaan työntekijät usein siirsivät vastuun puuttumisesta pois itseltään esimerkiksi perusterveydenhuollolle tai potilaan läheisille. Yleensä tähän vaikutti se, että työntekijät kokivat, ettei heillä ole oman työnsä ohessa aikaa eikä voimavaroja, kuten oikeanlaista osaamista, lähisuhdeväkivallan kohtaamiseen. Puuttumisen esteiksi muodostui muun muassa *vastuun siirtäminen* ja työntekijän *epävarmuus ja pelko* tilanteen pahentamisesta tai koko väkivalta-asian ylivoimaisuudesta ja leviämisestä työntekijän käsiin.

Toisaalta aineistossa näkyi roolikeskusteluja, joissa työntekijät oivalsivat, mitä vähäisten resurssien puitteissa on mahdollista tehdä. Keskusteluissa syntyi positiivinen näkökulma, jonka mukaisesti työntekijän rooliin voi sisältyä kysymyksen esittäminen, välittämisen osoittaminen ja *mahdollisuuden tarjoaminen* lähisuhdeväkivallasta keskustelemiseen. Tämän tekemisen ei tarvitse viedä paljon aikaa eikä tarvitse tuoda lopullista ratkaisua potilaan tilanteeseen, vaan mahdollisesti käynnistää väkivallasta irti pääsemisen prosessia.

Haastattelu 3, rivit 274-294

G3P5: Niin, joo. periaatteessa niinku ku puhutaan niinku siitä että meiän pitää saada se väkivallan uhri niinku ymmärtämään oma etunsa (2) että se osais itse hakea sitte sitä tai tehdä itse rikosilmoitus koska mehän ei voida tehdä sitä rikosilmoitusta. Vaan meiän pitäis osata vaan antaa niinkun neuvoja siitä että mitä tämmösissä tapauksissa tehdään.

G3P6: Mä katon et meiän rooli on olla se neuvoja ja tukija siinä että ei me

G3P4: [tukija joo]

G3P5: [kyllä] antaa neuvoja ja antaa tukea

G3P4: [nii ja just rohkaista] että hän pystyy ite sitte sitä asiaa sit kaikin tavoin et sillähän

G3P5: [henkinen] väkivaltahan on nimenomaan sellasta että ku, sitähan ei, se ei oo ainakaan yleisen syyttäjän. Elikkä sillon on niinkun ihan turha mennä sanomaan poliisille että totta, käytetään henkisesti tai muuten. Se täytyy vaan se ihminen saada itse päättämään. ja meiän pitäis antaa jonkinlainen neuvonta ja tuki siitä että mitä sitten tapahtuu, koska nehän pelkää ihan hirveästi ne ihmiset

G3P3: Ja et joskus huomaa että niitä vahditaan hirveän hyvin siltä toiselta puolelta

G3P5: [kyllä, nimenomaan]

G3P3: että ne hetket on sitten, voi olla että ne on tosiaan niitä iltakaheksan jälkeen kun sen puolison pitää lähtee kotia sieltä, eikä se pääse ennen aamukahdeksaa. Ni siin on se väli, jollonka voi sen naisen kanssa puhua kahestaan

G3P4: Elikkä tuo on se hetki mikä me, että olis sitten että, ja nää välit että me oltais ja saahaan oltua siinä naisen ja joka on siinä väkivallan kohteena kanssa just kahestaan. Se varmaan on se meiän tärkein ja paras apu, vois kuvitella.

Tässä katkelmassa ensimmäisen keskustelijan mukaan työntekijän rooliin kuuluu antaa neuvoja ja saada väkivallan uhri ymmärtämään ja toimimaan omaksi edukseen. Tältä pohjalta muodostuu mielikuva väkivallan uhrista kyvykkäänä toimijana, joka itse voi auttaa itseään ja työntekijän

vastuulle jää lähinnä riittävän neuvonnan tarjoaminen. Toiset keskustelijat laajentavat työntekijän roolia kattamaan myös tuen tarjoamisen ja rohkaisemisen. Keskustelussa ilmaistaan uhrin *aseman ja tarpeiden ymmärtämistä*; uhri pelkää eikä tiedä mitä tapahtuu, ja siksi tarvitsee *neuvontaa, tukea ja rohkaisua*. Usein aineistossa uhrin *turvallisuuden takaaminen* vaikeutti tai muodostui väkivaltaan puuttumisen esteeksi. Myös tässä katkelmassa työntekijät ottavat huomioon väkivallan tekijän mahdollisen läsnäolon puheeksiottamistilanteissa. He löytävät omiin arkisiin työkäytäntöihinsä eli oman *työyksikön piirteisiin* sopivan hetken, jolloin voivat olla uhrin kanssa kahden kesken. Sitä kautta työntekijän roolin tärkeäksi osaksi muodostuu juuri näiden hetkien jakaminen ja oleminen väkivallan uhrin kanssa. Samat keskustelijat jatkavat roolipohdintaa myös seuraavassa katkelmassa.

Haastattelu 3, rivit 745-773

G3P4: Et mä käsitän että *hoitajina* meiän pitää olla niinku tälleen kaikkia kohtaan samanarvosia. Tää sitte kanssa niinku just siinä tilanteessa. Et just tää syyllistämisen, tätä syyllistämistä mitä (...) selitti justiin sitte että tulee selvästi. Ni miten sitte että kun se naispotilas menee kotiin, joo et se *hoitajakin* on sitä mieltä että se hoitaja on niin ja näin, niin et se ottaa niinku et mekin ollaan niinkun.

G3P1: Et tavallaan niinku neutraalisti käsittelee niitä asioita.

G3P4: [niin, just silleen se pitäis, niin]

G3P1: Että eihän sitä niinku voi syyllistää ketään ku ei voi tietää asioitten oikee tolaa. Just toikin, että just sen naisen tiedostaminen, et tämä ehkä saattais olla sitä, ni sehän on kauheen pitkä prosessi ennen kun se käsittelee sitä sille asteelle, että no ehkä mä haenkin tukee jostain ensikodista tai turvakodista tai. Ni se ei oo niin selkeetä, että ku nyt tehdään tämmönen kysymys ja tästä tää vyyhti lähtee. Vaan että sitä saattaa joutua käsittelee monessa instanssissa moneen kertaan. Se on ihan sama kun näitten päihderiippuvaisten kanssa, kun niillä tulee just tää että, et eihän mulla oo sillä lailla ongelmaa tän asian kanssa. Sitten kun sitä käyään ja käyään niin se prosessi saattaa edistyä. Musta se on ihan sama tämmösissä väkivalta-asioissa, et ne ei oo niin itsestäänselviä. Se että jossain herää se ajatus ja kysymys, ja sul on niinku ohjata sille ihmiselle tai antaa sitä apua ja tukea. Ni se on niinku ehkä se meiän oleellinen juttu.

G3P4: [Se on joo. Just tota mä ajattelin.] Me saatais olla mun mielestä ihan tyytyväisiä että jos me just saatais siinä naisessa ja siinä ihmisessä joku semmonen sysäys, et hän rupeis ajattelee ja löytäis sitä rohkeutta ja ymmärtäis niitä asioita ees hieman. Ja joku, vaikka sit vielä se puhelinnumero, se ois jo paljon mun mielestä, me oltais tehty paljon

G3P1: [aivan, joo]

G3P3: Me ois annettu viesti että me ollaan kiinnostuneita,

G3P1: ja me välitetään

G3P3: ja nii että me välitetään. ja että semmonen ei oo, tässä yhteiskunnassa ei sallita sellasta, että sulla on niinku oikeus siihen, tai niinku hakea apua siihen asiaan. Et se että koska se sitten niinku toimii ja hakee, niin ne on ihan eri asioita, mut on annettu niita palikoita.

Katkelmassa tulee esille, että työntekijän rooli koetaan ristiriitaiseksi tilanteissa joissa ollaan tekemisissä lähisuhdeväkivallan eri osapuolten kanssa. Keskustelija pitää tärkeänä, että työntekijä on neutraali ja varoo syyllistämästä ketään. Toinen keskustelija kuvaa lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen ja uhrin tiedostamisen pitkänä prosessina ja osoittaa *ymmärrystä uhrin asemaa ja tarpeita* kohtaan. Tätä kautta työntekijän roolille avautuu uusia mahdollisuuksia. Työntekijän roolissa on mahdollista esittää kysymys, herättää ajatuksia, *lisätä potilaan ymmärrystä* lähisuhdeväkivallasta tai ohjata potilas avun piiriin, jos hän on siihen valmis. Keskustelijat ymmärtävät, että työntekijä voi ”antaa palikoita” ja saada aikaan ”*sysäyksen*”, josta väkivallasta irtipääsemisen prosessi voi alkaa. Keskeistä tässä on *toiveikkuuden ilmentäminen*, jonka mukaisesti

pienikin puuttuminen ymmärretään muutoksen mahdollisuudeksi, vaikka työntekijä itse ei aina näkisikään puuttumisen seurauksia. Neutraaliuden vaatimus väistyy, kun katkelman lopussa työntekijät ilmaisevat, että voivat myös osoittaa kiinnostusta ja välittämistä uhria kohtaan.

### **Toiveikas näkökulma**

Lähisuhdeväkivaltaan puuttumista mahdollisti toiveikas puhe, jonka perusajatuksena on usko siihen, että pienikin puuttuminen on tärkeää. Tällöin työntekijä kiinnittää enemmän huomiota puuttumisen mahdollisiin hyötyihin kuin puuttumisen esteisiin. Toiveikkuuden ilmentäminen mahdollistui kolmen muun puuttumista mahdollistavan kategorian kautta. Toisin sanoen toiveikkuus (*toiveikkuuden ilmentäminen*) syntyi kun työntekijä luotti mahdollisuuksiinsa vaikuttaa lähisuhdeväkivaltaan (*työntekijän mahdollisuudet*). Tämä luottamus taas syntyi, kun työntekijällä oli ymmärrystä potilaan tilanteesta (*potilaan huomioiminen*) ja kun työntekijä pystyi tukeutumaan organisaatiossa tarjolla oleviin voimavaroihin (*olemassa olevat voimavarat*).

Toiveikkaan puheen lisäksi aineistosta löytyi keskustelun kohtia, joissa näkökulma muuttui puuttumisen mahdollisuuksista puuttumisen esteisiin. Työntekijän luottamus olemassa oleviin voimavaroihin sekä sitä kautta myös itseensä työntekijänä voidaan nähdä taustatekijänä sille kääntykö keskustelu toiveikkaaksi vai puuttumista vältteleväksi. Kun työntekijä saa tukea omasta työryhmästä ja tietää yhteistyötahot ja auttamisen polut, hän uskaltaa kysyä väkivallasta, koska ei pelkää jäävänsä yksin sitä selvittämään ja hoitamaan. Vastaavasti luottamuksen puute oman toimintayksikön voimavaroihin ja ulkopuolisiin yhteistyötahoihin aiheuttaa epävarmuutta oman puuttumisen suhteen ja tuloksena voi olla väkivallan huomiotta jättäminen ja asian sivuuttaminen.

Työntekijän luottamusta omiin puuttumisen mahdollisuuksiin lisäsi myös potilaan tarpeiden huomioiminen. Tämä voidaan nähdä potilaslähtöisyytenä, mihin liittyy työntekijän ymmärrys lähisuhdeväkivallasta ja sen seurauksista uhrille. Ilman tätä ymmärrystä työntekijä voi tuntea itsensä voimattomaksi ja avuttomaksi, koska kokee, että hänen asiantuntijana pitäisi pystyä ratkaisemaan potilaan vaikea tilanne. Sen sijaan potilaslähtöisyys näyttäytyi aineistossa hyvänä ”seurauksena” sekä työntekijälle että terveydenhuollon potilaalle. Puuttuminen voidaan nähdä aloitteen tekemisenä, jolloin annetaan potilaalle mahdollinen tila puhua väkivallasta, mutta ei kuitenkaan liian suurta vaatimusta toimijuudesta. Työntekijät ymmärsivät, että on merkityksellistä, että joku kysyy ja uskoo potilaan kertomusta. Kun väkivallan uhri tulee kuulluksi ja saa tukea, hän voi ymmärtää itsekin tilanteensa paremmin ja ottaa vastaan apua, jos on siihen valmis. Työntekijät



tiedostivat, että tuen avulla potilas pystyy itse tekemään valintoja ja toimimaan. Tämä on hyväksi myös työntekijälle. Hän ymmärtää, ettei hänen tarvitse löytää lopullista ratkaisua potilaan tilanteeseen, vaan pienikin kohtaaminen riittää. Tällöin työntekijällekin jää avuttomuuden ja turhautumisen sijaan toiveikas olo potilaan kohtaamisesta.

## **POHDINTA**

Tarkastelimme tutkimuksessamme sitä, miten erikoissairaanhoidon työntekijät puhuvat lähisuhdeväkivallan kohtaamisesta työssään. Halusimme selvittää mitkä tekijät mahdollistavat lähisuhdeväkivaltaan puuttumista ja erityisesti väkivallan uhrien auttamista. Pohdimme, miten toiveikas puhe rakentuu, toisin sanoen, minkä varassa työntekijät voivat antaa potilaalle mahdollisuuden puhua väkivallasta ja kohdata väkivallan uhrit, sivuuttamatta ja torjumatta aihetta. Tausta-ajatuksena on se, että työntekijöiden tapa tulkita ja puhua väkivallasta vaikuttaa siihen kuinka he käytännössä kohtaavat asiakkaita (Keskinen, 2005).

Aineistolähtöisessä analyysissämme rakentui kaksi lähisuhdeväkivallan kohtaamiseen liittyvää ydinkategoriaa: puuttumisen esteet ja mahdollisuudet. Väkivaltaan puuttumisen esteet ja vaikeus ottaa asiaa puheeksi voidaan nähdä vertailukohtana puuttumista mahdollistavalle, toiveikkaalle näkökulmalle. Toiveikkaan näkökulman avulla voidaan ylittää puuttumisen esteitä ja näin mahdollistaa lähisuhdeväkivaltaan puuttumista. Toiveikkuus syntyi kun työntekijä luotti mahdollisuuksiinsa vaikuttaa lähisuhdeväkivaltaan, työntekijällä oli ymmärrystä potilaan tilanteesta ja kun hän pystyi tukeutumaan organisaatiossa tarjolla oleviin voimavaroihin.

Aineistossamme työntekijät kuvasivat samantyyppisiä lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen esteitä, joita on raportoitu myös tutkimuskirjallisuudessa. Useiden tutkimuksien mukaan työntekijät pitävät puuttumisen esteinä potilaaseen liittyviä tekijöitä, kuten sitä, että potilas ei kerro väkivallasta tai pelkää puhumisen seurauksia (Waaen ym., 2000). Aineistossamme työntekijät kokivat ongelmaksi sen, että uhri kieltää väkivallan olemassaolon, torjuu tarjotun avun tai ei edes tiedosta kokevansa väkivaltaa. Yleisiä työntekijöiden kuvaamia esteitä ovat ajan rajallisuus ja potilaille tarjottavien interventioiden puute (Waaen ym., 2000), jotka näkyivät myös meidän tutkimuksemme palvelujärjestelmään liittyvinä tekijöinä: ajan puute ja jatkon epäselvyys.

Löytämässämme puuttumisen esteissä näkyi myös, että lähisuhdeväkivallan kaltaiseen sosiaaliseen ongelmaan puuttuminen on uusi asia perinteisesti lääketieteellisesti suuntautuneille terveydenhuollon toimijoille (Lavis ym., 2005). Esimerkiksi jatkon epäselvyys, tiedonkulun

ongelmat ja työntekijöiden epäilyt ulkopuolisten resurssien riittävyydestä kuvastavat sitä, että erikoissairaanhoidon ollaan vasta kehittämässä toimivia lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen käytäntöjä. Erikoissairaanhoidon työn luonnetta kuvastaa myös työntekijöiden pohdinnoissa ilmennyt turvallisuuden takaamisen vaikeus eli haaste löytää rauhallisia kahdenkeskisiä hetkiä lähisuhdeväkivallasta keskustelemiseen.

Tutkimusaineistossamme esiin tulleet työntekijään liittyvät puuttumisen esteet eli työntekijän hankalat tunteet ja tarve vastuun siirtämiseen sekä väkivallan torjuminen vaikeana ilmiönä kuvastavat hyvin "Pandoran lipas"-ilmiötä (Lavis ym., 2005). Työntekijät ilmaisivat, että heitä pelotti väkivallan uhrien kärsimysten kohtaaminen, koska työntekijät pelkäsivät aiheuttavansa kysymisellä potilaalle enemmän harmia kuin hyötyä. Lisäksi työntekijöitä pelotti, että vaikea asia jää yksin heidän hoidettavakseen ja kuormittamaan heitä. Väkivallan kohtaaminen herätti niin vaikeita tunteita, että väkivaltailmiötä kuvattiin kaiken kaikkiaan vaikeana asiana kohdata ja helposti torjuttavana asiana.

Tulostemme ytimeksi muodostui toiveikas näkökulma väkivallan uhrin kohtaamisessa. Se voidaan nähdä vastakohtana sille, että työntekijä ei uskalla ottaa väkivaltaa ollenkaan puheeksi peläten avaavansa "Pandoran lippaan". Väkivallan sivuuttaminen kokonaan voi kuitenkin vain pahentaa uhrin tilannetta. Toiveikas näkökulma kiteyttää jotakin oleellista siitä, miten terveydenhuollon puitteissa voidaan vaikuttaa lähisuhdeväkivaltaan terveyttä ja hyvinvointia edistävällä tavalla. Keskeistä on ymmärrys siitä, että oman työn lomassa ja rajallisen ajan puitteissa voi kuitenkin tehdä aloitteen väkivallasta puhumiseen, osoittaa kiinnostusta, kuunnella sekä tarjota tukea ja tietoa. Tällainen huolen osoittaminen, kunnioittava kuunteleminen ja vahvistuksen tarjoaminen potilaan kokemuksille ovat jo sinällään voimakkaita interventioita (Warsaw, Taft, McCosker-Howard, 2006). Tutkimusten mukaan myös lähisuhdeväkivallan kohteena olleet naiset toivoivat työntekijöiltä tämän kaltaista empaattista kohtaamista (Feder ym., 2006). Erään tutkimuksen mukaan naiset myös ymmärsivät aikarajoitteet terveydenhuollossa, eivätkä odottaneetkaan työntekijöiltä paljon aikaa, vaan ennen kaikkea toivoivat, että työntekijä tiedostaa heidän kokemansa väkivallan, antaa tukea ja ohjaa jatkoon (Rodrigues ym., 1996).

Tutkimuksemme perusteella toiveikkaan näkökulman syntyä edesauttoi työntekijöiden ymmärrys potilaan tilanteesta. Myös tutkimuksissa tuodaan esille, että terveysalan ammattilaisilla tulisi olla ymmärrystä väkivaltaan kohdanneen naisen kokemuksista ja tilanteesta, jotta häntä voidaan tukea päätöksissään (García-Moreno, 2002). Väkivallan kohtaamista helpottaa se, että työntekijöillä on ymmärrystä väkivallan prosessista ja kuinka monimutkaista ja vaikeaa siitä irtipääseminen voi olla (García-Moreno, 2002; Warsaw, Taft, McCosker-Howard, 2006).

Toiveikkuuden löytymistä auttoi myös se, että työntekijä pystyi tukeutumaan omaan

työryhmäänsä sekä yhteistyöhön muiden tahojen kanssa ja sitä kautta luottamaan omaan kykyynsä kohdata väkivaltaa. Työntekijät ilmaisivat, että saadessaan tukea omasta työryhmästään sekä tietäessään yhteistyötahot ja auttamisen polut, he uskalsivat kysyä väkivallasta. Tällöin työntekijät eivät pelänneet jäävänsä yksin asiaa selvittämään. Perttu ja Söderholm (1998) korostavat työntekijöiden tukemista väkivallan uhrien kohtaamisessa. Jos työntekijä ei saa tukea työhönsä, seurauksena on puolustautuminen ja suojautuminen, mikä voi johtaa työssä uupumiseen. Tämä taas voi johtaa kyynisyyteen sekä avuttomuuden ja epäpätevyyden tunteisiin. Perttu ja Söderholm jatkavat, että työntekijöiden uupumus voi johtaa myös väkivallan vähättelyyn ja aliarviointiin. Silloin työntekijöiltä katoaa kyky nähdä potilaan vahvuudet ja voimavarat. Väisänen ja Väisänen (2000) kirjoittavat, että empaattiselle kuuntelijalle aktivoituu vastatunteina raivo ja suru, jotka siirtyvät työntekijän taakaksi, jollei niitä voi vuorostaan purkaa työtoverin kanssa keskustelemalla tai työnohjauksessa. Perttu ja Söderholm näkevät, että työntekijän hyvinvointia voi edistää hyvä yhteistyö muiden auttavien tahojen kanssa, selkeä tehtävien jakaminen sekä työnohjaus ja koulutus. Myös Sugg ym. (1999) havaitsivat tutkimuksessaan, että työntekijän ja työryhmän on helpompi auttaa lähisuhdeväkivallan uhreja, jos heillä on luottamusta kykyihinsä toimia hyödyllisellä tavalla ja ohjata potilas sopivan avun piiriin.

Grounded theoryn lähestymistavan mukaisesti tutkimuskysymys tulisi asettaa melko väljästi, jotta ilmiötä voidaan tutkia syvällisesti ja avoimesti ja jotta kysymys ei liikaa ohjaisi tutkimusta tiettyyn suuntaan (Strauss & Corbin, 1990). Toisaalta Bäckmanin ja Kyngäksen (1998) mukaan selkeä rajaaminen auttaa etenkin aloittelevaa tutkijaa pitämään tutkimuksen loogisena ja etenemään suunnitelmien mukaisesti. Ensimmäinen tutkimuskysymyksemme oli melko avoin, kun taas toinen kysymys muotoutui ensimmäistä kapeammaksi ja suuntasi huomiotamme lähisuhdeväkivallan puuttumisen mahdollisuuksiin. Puuttumista mahdollistava, toiveikas näkökulma suuntasi tutkimustamme alusta lähtien ja vaikutti myös aineiston rajaamiseen.

Strauss ja Corbin (1990) kuvaavat tekijöitä, jotka ovat tärkeitä Grounded theory lähestymistavalla tehdyn tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Heidän mukaansa on tärkeä kuvata analyysiprosessia ja -ratkaisuja mahdollisimman tarkasti sekä arvioida kategorioiden vastaavuutta sekä muodostetun teorian kattavuutta aineistoon nähden. Olemme raportoineet tutkimusprosessia mahdollisimman tarkasti sekä kuvanneet päätelmiämme yhdistäen ne aineistonäytteisiin. Näin lukija pystyy arvioimaan tutkimuksemme kulkua ja päätelmiemme perusteita. Saturaation avulla pyrimme varmistamaan, että kategoriat vastaavat tutkimusaineistoa. Kategoriat muodostuivat jo analysoituamme kaksi ensimmäisestä haastattelua. Kolmas haastattelu ei tuottanut uusia kategorioita, mutta antoi syvyyttä jo löydettyihin teemoihin.

Bäckmanin ja Kyngäksen (1998) mukaan aineiston koodaaminen ja analysointi voi

aloittelevasta tutkijasta tuntua hyvinkin kaottiselta ja asiayhteydet eivät aina hahmotu selvästi. Erityisesti analyysivaiheessa tutkimuksemme vahvuutena oli merkitysten yhdessä pohtiminen. Se auttoi jäsentämään aineistoa ja siitä muodostuvaa ymmärrystä.

Tutkimuksemme tarjoaa hyödyllistä tietoa terveydenhuollon työntekijöiden asenteista lähisuhdeväkivaltaan puuttumista kohtaan. Tutkimuksessa löytyi sekä esteitä että myös tekijöitä, jotka lisäävät työntekijöiden luottamusta ja uskallusta puuttua lähisuhdeväkivaltaan. Kun työntekijät ymmärtävät väkivalta-ilmiötä ja sen seurauksia uhrille, heidän on helpompi puuttua väkivaltaan. Siksi aiheeseen perehtyminen ja koulutus ovat edelleen tärkeitä. Tutkimusten perusteella työntekijöiden kouluttaminen lähisuhdeväkivallasta on lisännyt työntekijöiden tietoutta ilmiöstä, mutta ei yksistään ole vaikuttanut siihen että työntekijät kysyisivät väkivallasta useammin. (Waaen ym, 2000). Työntekijöiden koulutuksessa tuleekin ottaa huomioon myös työntekijöiden asenteet, tunteet ja sosiaaliset uskomukset väkivallasta (García-Moreno, 2002; Warshaw, Taft, McCosher-Howard, 2006). Työntekijöiden on tärkeä oppia tunnistamaan omat emotionaaliset reaktionsa väkivallasta kuullessaan, kestää kuulemansa ja pystyä olemaan läsnä potilaita kohdatessaan (Warshaw, Taft, McCosher-Howard, 2006). Tutkimuksemme perusteella tämä mahdollistuu ainakin työyhteisön tuen avulla. Terveydenhuollon organisaatioissa olisikin hyvä kannustaa työntekijöitä väkivallasta keskustelemiseen sekä kokemusten vaihtamiseen ja sitä kautta oppimiseen ja toinen toisensa tukemiseen. García-Morenon (2002) mukaan on tärkeää kartoittaa millaisia esteitä ja mahdollisuuksia eli työntekijöiden toimintatapoja sekä sisäisiä ja ulkoisia resursseja kullakin työyksiköllä on. Hän jatkaa, että kokemusten jakaminen yksiköiden välillä on tarpeen väkivaltatyössä. Hyväri (2001) peräänkuuluttaa mahdollisuuksien havaitsemista siellä, missä niin ei ole tehty. Hän pitää tärkeänä terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välistä inhimillistä kohtaamista. Juuri tätä löytämämme toiveikas näkökulma edustaa.

## LÄHTEET

Bacchus et al. (2002) Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health and Social Care in the Community*, 11 (1), 10-18.

Backman, K., Kyngäs, H. (1998). Grounded-teoria lähestymistavan haasteellisuus aloittelevalla tutkijalla. *Hoitotiede*, 10 (5), 263-270.

Feder, G.S., Hutson, M., Ramsay, J., Taket, A.R. (2006). Women exposed to intimate partner violence. Expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of Internal Medicine*, 166 (1), 22–37.

García-Moreno, C. (2002). ”Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women”. *The Lancet*, 359 (9316), 1509-1514.

Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.

Hegarty, K. (2006). What is intimate partner abuse and how common is it? Teoksessa Roberts, G., Hegarty, K., Feder, G. (toim.): *Intimate Partner Abuse and Health Professionals: New Approaches to Domestic Violence*. Edinburgh: Elsevier.

Heiskanen, M., Piispa, M.(1998). *Usko, toivo, hakkaus*. Tasa-arvoasiain neuvottelukunta, Oikeus 1998:12. Helsinki: Tilastokeskus.

Husso, M. (2003). *Parisuhdeväkivalta. Lyötyjen aika ja tila*. Tampere: Vastapaino.

Hyväri, S. (2001). *Vallattomuudesta vastuuseen: Kokemuksen politiikan sankaritarinoita*. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 3/2001. Vammala: Tietosanoma Oy.

Jokinen, A., Suoninen, E. (2000). *Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta*. Jyväskylä: Vastapaino.

- Keskinen, Suvi (2005). *Perheammattilaiset ja väkivaltatyön ristiriidat. Sukupuoli, valta ja kielelliset käytännöt*. Tampere: Tampere University Press.
- Lavis, V., Horrocks, C., Kelly, N., Barker, V. (2005). "Domestic Violence and Health Care: Opening Pandora's Box –Challenges and Dilemmas", *Feminism and Psychology*, 15 (4), 441-460.
- Lehti, M. (2011). Henkirikoskatsaus 2010. Verkkokatsauksia 17/2011. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Lehtonen, A. (1998). Kattavuutta naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyyn. Alueellisen yhteistyön kehittäminen. Teoksessa: Pirkko Kiviaho (toim.): *Puheenvuoroja naisiin kohdistuvasta väkivallasta*. Tasa-arvojulkaisuja 3/98. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 29-31.
- Loseke, R., Gelles, J., Cavanaugh, M. (2005). *Current controversies on family violence*. London: Sage.
- Marková, I., Linell, P., Grossen, M., Salazar Orvig, A. (2007). *Dialogue in focus groups. Exploring socially shared knowledge*. London: Equinox.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- Metsämuuronen, J. (2005). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Helsinki: International Methelp.
- Mäntyranta, T., Kaila, M. (2008). Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim*, 124, 1507-1513.
- Notko, M. (2000). *Väkivalta parisuhteessa ja perheessä*. Jyväskylän yliopiston Perhetutkimusyksikön julkaisuja 11. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Peckover, S. (2003), "I Could have just done with a little more help: an analysis of women's help-seeking from health visitors on the context of domestic violence", *Health and Social Care in Community*, 11 (3), 275-282.

Perttu, S., Söderholm, A-L. (1998). *Väkivaltaa kokeneiden auttaminen: Opas ammattihenkilöstölle*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

Piispa, M., Heiskanen, M., Kääriäinen, J., Sirén, R. (2006). *Naisiin kohdistunut väkivalta 2005*. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 225. HEUNI Publication series No. 51. Helsinki: Hakapaino Oy.

Rodriguez, M.A., Bauer, H.M., McLoughlin, E., Grumbach, K. (1999). Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. *The Journal of the American Medical Association*, 282 (5), 468-474.

Rodriguez, M.A., Szkupinski Quiroga, S., Bauer, H.M. (1996). Breaking the silence. Battered women's perspectives on medical care. *Archives of Family Medicine*, 5 (3), 153-158.

Ronkainen, S. (1998). *Sukupuolistunut väkivalta ja sen tutkimus suomessa: tutkimuksen katveet valokeilassa*. Helsinki : Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

Ronkainen, S. (2008). Kenen ongelma väkivalta on? Suomalainen hyvinvointivaltio ja väkivallan toimijuus. *Yhteiskuntapolitiikka*, 73 (4), 388-400.

Ronkainen, S. (2006). Haavoittunut kansakunta ja väkivallan toimijuus. Teoksessa: Lohiniva-Kerkelä, M. (toim.): *Väkivalta –seuraamukset ja haavoittuvuus*. Helsinki: Talentum.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2008). *Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveystoimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen*. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2008:9. Helsinki.

Strauss, A., Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park: Sage.

Sugg, N., Thompson, R. S., Thompson, D. C., Maiuro, R., Rivara, F. P. (1999). Domestic Violence and Primary Care: Attitudes, Practices, and Beliefs. *The Journal of the American Medical Association*, 8 (4), 301-306.

Valpola, V. (2000). *Suuri sivistyssanakirja*. Juva: WSOY.

Väisänen, E., Väisänen, L., (2000). Perheväkivallan uhrin kohtaaminen lääkärin työssä. *Suomen Lääkärilehti*, 55 (24-26), 55-59.

Waalén, J., Goodwin, M.M., Spitz, A.M., Petersen, R., Salzman, L.E. (2000). Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 19 (4), 230-237.

Warshaw, C. (1997). Intimate partner abuse: Developing a framework for change in medical education. *Academic Medicine*, 72 (1), 26-37.

Warshaw, C., Taft, A., McCosher-Howard, H. (2006). Educating health professionals: changing attitudes and overcoming barriers. Teoksessa Roberts, G., Hegarty, K., Feder, G. (toim.): *Intimate Partner Abuse and Health Professionals: New Approaches to Domestic Violence*. Edinburg: Elsevier.

WHO: *Väkivalta ja terveys maailmassa*. (2002). E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, & R. Lozano (toim.). World Health Organization, Geneve. Jyväskylä: Lääkärin sosiaalinen vastuu ry./ Terveyden edistämisen keskus ry.

YK: *Yhteinen maailma – kaukana toisistaan*. (2000). Tiivistelmä YK:n Väestörahaoston vuosiraportista *The State of World Population 2000*. P. Alkio ja V. Reuna (toim.) Helsinki: Väestöliitto.