

***”Itsellä ei ole halua ryhtyä miksikään pikkupoliisiksi”
Tutkimus lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamisesta***

Kristina Järvi
Pro gradu -tutkielma
Sosiaalityö
Jyväskylän yliopisto
Kokkolan yliopistokeskus
Chydenius
Kevät 2016

TIIVISTELMÄ ”Itsellä ei ole halua ryhtyä miksikään pikkupoliisiksi”

Tutkimus lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamisesta

Kristina Järvi

Pro gradu -tutkielma

Sosiaalityö Jyväskylän yliopisto

Kokkolan yliopistokeskus Chydenius

Kevät 2016

Ohjaaja: YTL, yliopiston opettaja Katri Viitasalo, YTT professori, Aila-Leena Mathias ja yliopiston lehtori Tuija Virkki

Sivumäärä: 45 sivua + lähteet 6 sivua ja liitteet 8 sivua

Tutkimuksen tavoitteena on pyrkiä ymmärtämään lähisuhdeväkivaltaan liittyviä haasteita ammattilaisten näkökulmasta. Tutkimukseni kohdistuu siihen, minkälaisia esteitä lähisuhdeväkivaltaa työssään kohdanneet ammattilaiset kertovat liittyvän lähisuhdeväkivalta-aiheen puheeksi ottamiseen. Tutkimuksessani selvitin puheeksi ottamisen vaikeutta ja etsin ammattilaisten tapoja selittää tätä. Valitsemani aiheita perustelen sillä, että tätä näkökulmaa ei ole mielestäni riittävästi aiemmin tutkittu. Tutkimus on aihepiiriltään ajankohtainen ja yhteiskunnallisesti merkittävä, sillä Euroopan unionin perusoikeusviraston (European Union Agency for Fundamental Rights, FRA) raportissa vuodelta 2014 todetaan, että EU:n jäsenvaltioissa naisiin kohdistuu edelleen väkivaltaa. Väkivaltaa ei ole saatu vähennettyä merkittävästi, vaikka ilmiö ja siihen puuttumisen keinoja on olemassa. Väkivalta on vastoin naisten perusoikeuksia ja ihmisoikeuksia. Lisäksi se vähentää naisen ja miehen välistä tasa-arvoa. Väkivallalla on negatiivisia vaikutuksia sekä yksilölle että hänen perheelleen ja se myös kuormittaa yhteiskuntaa eri tavoin. (European Union Agency for Fundamental Rights, FRA 2014a, 1.)

Aineisto koostuu viidestä Violence Intervention in Specialist Health Care (VISH) -hankkeesta tehdyistä fokusryhmähaastatteluista. Hankkeen tavoitteena oli kartoittaa lähisuhdeväkivallan yleisyyttä *Tunnistamisen ja puheeksi ottamisen systematisointi* -mallin avulla ja ottaa toimintamalli vakituiseen käyttöön. Hankkeen jälkeen ammattilaisille tehtiin haastatteluja, joissa he kertoivat mallin käyttökokemuksista.

Haastatteluja analysoimalla selvitin ammattilaisten kokemuksia ja mielipiteitä lähisuhdeväkivalta-aiheen puheeksi ottamisesta. Ammattilaiset olivat käyttäneet toimintamallia varsin niukasti ja se miksi niin tapahtui, oli minusta tutkimisen arvoinen asia. Tutkimusmenetelminä käytin sisällönanalyysia, Ervin Goffmanin Kasvotyön teoriaa sekä kehysanalyysia. Pyrin aineistoa analysoidessani tarkastelemaan sitä, miten ammattilaiset kehystävät puheeksi ottamisen tilanteita. Löysin aineistosta kaksi kehystämisen tapaa. Ensimmäinen kehys kertoo, että ammattilaiset pyrkivät etsimään lähisuhdeväkivalta-aiheen puheeksi ottamista varten suotuisan hetken tai tunnetilan. Tilanteen arviointiin liittyy tunteita ja intuitiota, jotka ohjaavat ammattilaisten toimintaa. Toisen kehyksen avulla ammattilaiset kertovat lähisuhdeväkivallasta puhumisen epämukavuudesta ja kertovat, millaisia esteitä liittyy aiheen puheeksi ottamisen hetkeen. Tutkimus vahvistaa aiempaa tutkimustietoa siitä, että lähisuhdeväkivaltaan liittyy edelleen puhumattomuuden kulttuuri. Tutkimukseni osoittaa, että on tarpeen aktiivisesti kehittää väkivallan puheeksi ottamista sekä ottaa lähisuhdeväkivallan vähentäminen yhteiseksi tavoitteeksi ja lisätä yhteistyötä eri ammattikuntien kesken.

Avainsanat lähisuhdeväkivalta, erikoissairaanhoido, puheeksi ottaminen, kehysanalyysi, kasvojen suojaaminen, Erving Goffman

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO	4
2 LÄHISUHDEVÄKIVALTA ILMIÖNÄ JA SEN YLEISYYDESTÄ	7
2.1 Lähisuhdeväkivalta määritelmänä	7
2.2 Lähisuhdeväkivallan yleisyydestä Suomessa	8
2.3 Väkivallan ehkäisyyn liittyviä toimenpiteitä	9
3 AIEMPAA TUTKIMUSTA LÄHISUHDEVÄKIVALLAN PUHEEKSI OTTAMISEN VAIKEUDESTA	13
3.1 Tutkimuksen teoriaa.....	13
3.2 Aikaisempia puheeksi ottamiseen liittyviä tutkimuksia	14
3.3 Katsaus tutkimuksiin asiakkaiden kuulluksi tulemisesta.....	17
3.4 VISH – hankkeessa tehtyjä aiempia tutkimuksia ja niiden tarkastelua	19
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
4.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymys.....	23
4.2 Aineisto	23
4.3 Menetelmät	24
4.4 Analyysitekniikat	25
4.4.1 Sisällön analyysi	25
4.4.2 Kehysanalyysi	27
Taulukko 1. Esimerkki intuitiosta ja tunteista.....	28
Taulukko 2. Esimerkki puheeksi ottamisen haasteista.....	29
Taulukko 3. Kehykset ja ilmaisut koottuina	31
5 PUHEEKSI OTTAMISEN KEHYKSET	32
5.1 Tunteisiin ja intuitioon liittyvät kehykset	32
5.2 Välttelyyn liittyvät kehykset	35
7. TULOSTEN POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	42
LÄHTEET	46
LIITTEET	52
Liite 1 Fokusryhmähaastelun kysymyksiä.....	52
Liite 2 (1/7) Lähisuhdeväkivaltalomake	53

1 JOHDANTO

Euroopan unionin perusoikeusviraston (FRA 2014b) raportin mukaan Suomessa 15 vuotta täyttäneet naiset ovat kohdanneet elämänsä aikana keskimäärin enemmän fyysistä ja tai seksuaalista väkivaltaa tämänhetkisen tai aiemman puolison tekemänä, kuin muualla EU:ssa. EU:ssa keskiarvo on 22 prosenttia ja Suomessa se oli jopa 30 - 39 prosenttia. Vainoamista on kokenut samasta 15 vuotta täyttäneiden ikäryhmästä 18 prosenttia naisista EU:n 28 jäsenvaltiossa. Viisi prosenttia, eli noin 9 miljoonaa naista oli kokenut sitä viimeisen vuoden sisällä. kauden aikana. (FRA 2014b, 28.) Henkistä väkivaltaa on kohdannut 50 - 59 prosenttia suomalaisista naisista. EU:ssa keskimääräinen luku on 43 prosenttia. (FRA 2014b, 29.)

Tässä tutkimuksessa tarkastelen minkälaisia esteitä lähisuhdeväkivaltaa työssään kohdanneet ammattilaiset kertovat liittyvän lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamiseen. Mielestäni on aihetta tutkia ammattilaisten kokemuksia lähisuhdeväkivalta-aiheen puheeksi ottamisesta siksi, että huolimatta useista hankkeista ja materiaaleista sitä ei ole saatu vähenemään. Olen pitkään pohtinut syitä tilanteelle ja arvelen erääksi motiiviksi sen, että ihmisistä on kiusallista puhua aiheesta. Työssäni lastensuojelun sosiaalityöntekijänä olen tottunut kuulemaan ja puhumaan vaikeista aiheista, kuten väkivalta ja päihteet ja hämmästyttävät sitä, miten tuttavapiirini suurin ihmetyksen aihe on ollut, kuinka sosiaalityöntekijät pystyvät niistä puhumaan.

Aiemmissa tutkimuksissa (Husso 2003, Virkki ym. 2011) on tullut erityisesti esille, että kynnys väkivaltaan puuttumiseen on korkea. Lisäksi ilmiöön on yhteydessä ilmapiiriin liittyviä tekijöitä. Mediassa on tavanomaista vähätellä tekijän roolia päihteisiin ja mielenterveysongelmiin liittyvillä seikoilla ja korostaa uhrin vastuuta tapahtuman yhteydessä. Kiinnostukseni lähisuhdeväkivalta-aiheeseen on noussut siitä, että olen työskennellyt lastensuojelun kentällä lähes kymmenen vuotta. Lastensuojelun sosiaalityöntekijänä olen viidettä vuotta ja tapaan työssäni lähes päivittäin lähisuhdeväkivallan uhreja ja tekijöitä.

Törmäsin muutama vuosi sitten Marita Husson (2003) kirjaan *Parisuhdeväkivalta, lyötyjen aika ja tila*, jossa Husso kuvaa sitä, kuinka väkivallan kohteina olleet naiset kokevat

vaikeutta saada kuulijat ymmärtämään heidän kokemuksiaan väkivallasta. Tällaisista kokemuksista naisille jää häpeän tunne siitä syystä, etteivät he tule ymmärretyiksi. (Husso 2003, 259.) Husson mukaan ”*silloin kun väkivallan uhri uskaltaa puhua ja hänellä itsellään on voimia kertoa tilanteestaan, muiden ihmisten on ongelmallista kuunnella tuomitsematta uhria ja ulkopuoliset ahdistuvat aiheesta* (Husso 2003, 259)”. Puhumattomuuden ja häpeän problematiikka jäi kiinnostamaan ja pro gradu -työtäni varten otin yhteyttä Jyväskylän yliopiston tutkijoihin, joilta sain tietää Violence Intervention in Specialist Health Care (VISH) – hankkeesta. Hankkeen tavoitteena oli kartoittaa väkivaltaa kohdanneet asiakkaat ja ohjata heidät avun piiriin ja ottaa toimintamalli vakituiseen käyttöön. VISH – hanke toteutettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin, Jyväskylän yliopiston ja Kööpenhaminan yliopistosairaalan yhteishankkeena Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä vuosina 2009–2010. Vuonna 2013 projektin päättymisen jälkeen mallin käyttökokemuksista tehtiin fokusryhmähaastattelut, jotka sain käyttööni projektin tutkijalta, Tuija Virkiltä loppuvuodesta 2013. (Virkki 2013.)

Pro gradu -työssäni tutkitaan lähisuhdeväkivaltaa kohdanneiden asiakkaiden parissa työskentelevien sosiaali- ja terveydenhoitoalan ammattilaisten esteitä ottaa väkivalta-aihe puheeksi. Tässä tutkimuksessa rajaan aiheen terveydenhuoltoon siksi, että VISH – hankkeesta saatu haastatteluaineisto toteutettiin sairaanhoitopiirissä ja siihen osallistui sairaanhoitajia, mielisairanhoitajia, kättilöitä, lääkäreitä ja sosiaalityöntekijöitä.

Fokusryhmähaastatteluaineiston saadessani otaksuin pääseväni tutkimaan väkivallan puheeksi ottamisen kokemuksia. Analysoidessani fokusryhmähaastatteluja puheeksi ottamista ei ollut syystä tai toisesta juurikaan tehty. Jäin ymmälleni tämän ongelman kanssa ja pohdin kauan, kuinka voin edetä aineistoni kanssa. Tutkin aineistoja pitkään ja uusien näkökulmien löytäminen vei aikaa. Lähdin seuraamaan aineistosta sellaista johtolankaa, jossa ammattilaiset kuvasivat lähisuhdeväkivalta-aiheen herättämiä esteitä. Jatkoin analyysia ja keskityin tutkimaan puhumattomuuden taustalla olevia tekijöitä. Teoriaksi päädyin ottamaan sellaiset teoriat, joilla ihmisen tyypillistä käytöstä voidaan kuvata. Löysin Erving Goffmanin teorian kasvojen suojaamisesta (Goffman (1967) ”*Interaction Ritual: Essays in Face to Face Behavior*”(1967) ja ammattilaisten kuvaamia puhumisen esteitä luokittelin Goffmanin (1974) kehysanalyysillä. (*Frame Analysis, An Essay on Organization of Experience*). Lähdin tarkastelemaan puhumattomuutta kasvojen

suojaamisen näkökulmasta. Goffmanin teoria antoi sopivan lähtökohdan tutkimusongelman teoreettiseen käsittelyyn.

Luvussa kaksi käyn läpi lähisuhdeväkivallan käsitteitä ja kansainvälisiä sopimuksia. Kolmannessa luvussa kuvaan aiempaa tutkimusta lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamisen vaikeudesta ja tarkastelen Erving Goffmanin (1967) teoksen ”Interaction Ritual, essay in face to face behavior” mukaan ihmisten tapoja suojata kasvojaan. Neljännessä luvussa kerron empiirisen tutkimuksen tavoitteet, aineiston ja käyttämäni tutkimusmenetelmät. Tulkintakehyksen täsmentämisen prosessia kuvaan luvussa viisi. Kuudennessa luvussa kuvaan tulosten pohdintaa ja johtopäätökset.

Tutkielman lopussa tarkastelen sitä, mitä tutkimuksessa tuotettu tieto merkitsee lähisuhdeväkivalta-aiheen käsittelylle.

Liitteinä esitän haastattelurungon sekä hankkeessa käytetyt tutkimuslomakkeet.

2 LÄHISUHDEVÄKIVALTA ILMIONÄ JA SEN YLEISYYDESTÄ

Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat rakentuvat luvuista (2–3), joissa käsitellen lähisuhdeväkivaltaa ilmiönä ja naisiin kohdistuvan lähisuhdeväkivallan yleisyyttä. Otan esille myös aiempia tutkimuksia, joissa tulee esille väkivallan puheeksi ottamisen esteitä. Tarkastelen VISH -hanketta, jolla lähisuhdeväkivallan tunnistamista ja puheeksi ottamista pyrittiin ottamaan järjestelmälliseksi työkaluksi Jyväskylän sairaanhoitopiirissä toteutetussa pilotointihankkeessa. Sen jälkeen pohdin puhumattomuuden mahdollisia esteitä tarkemmin esittelemällä Erving Goffmanin teorian kasvojen säilyttämisestä ”Interaction Ritual, essay in face to face behavior” (1967). Rakennan teoreettista viitekehystä erityisesti puhumattomuuden ja kasvotyön pohjalta. Lähdän tarkastelemaan puhumattomuutta kasvojen suojaamisen näkökulmasta, mikä antaa sopivan lähtökohdan tutkimusongelman teoreettiseen tarkasteluun. VISH -hankkeesta saadut fokusryhmähaastattelut muodostavat empiirisen tutkimusaineiston.

2.1 Lähisuhdeväkivalta määritelmänä

Perheväkivallalla on poliisin mukaan useita määritelmiä. Sisäasiainministeriön julkaisussa 6/2001 Poliisitoimintaan liittyvä perheväkivalta on määritelty näin:

”Perheväkivaltaa on kaikki perheen sisällä tapahtuva, yhden perheenjäsenen toiseen kohdistama fyysinen, seksuaalinen tai psyykinen väkivalta tai sen uhka. Väkivaltaisista ovat teot, jotka tehdään vastoin uhrin tahtoa ja jotka aiheuttavat tälle kärsimystä. (Poliisi 2015).

Toimintaohje perhe- ja lähisuhdeväkivaltaa kohdanneiden ja väkivaltaa tehneiden hoitotilanteissa 2011–2013 määrittelee ilmiön seuraavasti:

Perhe- ja lähisuhdeväkivalta on naisen ja miehen, samaa sukupuolta olevien, muussa läheisessä ihmissuhteessa tai perheenjäsenten välisissä suhteissa olevien, eri tavoin toteutuvaa ja toisen ihmisen tahdon, tarpeiden ja toiveiden hallintaa, joka loukkaa toisen itsemääräämisoikeutta tai yhteisiä sitoumuksia. (Leppäkoski, Kälvinmäki, Flinck, Paavilainen 2014, 6.)

Perhe- ja parisuhdeväkivallan ehkäisemistä tutkittiin erityisen paljon 2000-luvun alussa. Aiemmin käsite perheväkivalta on tarkoittanut tiiviissä ydinperheessä elävien kesken

tapahtuvaa henkistä tai fyysistä väkivaltaa. Sittemmin käsitteeseen tuli oleellinen lisäys, kun todettiin perhepiiriin kuuluvan laajasti muitakin läheisiä ja sukulaissuhteessa olevia ihmisiä. (Mäkeläinen 2012, 8.) Kuten yllä mainitussa määritelmässä kerrotaan, on todennäköistä, että ydinperheen jäsenten lisäksi *muussa läheisessä ihmissuhteessa tai perheenjäsenten välisissä suhteissa* voi esiintyä väkivaltaa. Kirjallisuudessa ja mediassa näyttäytyy vielä perheväkivalta ja lähisuhdeväkivalta – käsitteet. Mäkeläinen ym. (2012) toteavat tutkimuksessaan *Tukitoimenpiteet lähisuhdeväkivaltaa kokeneille naisille*, että väkivaltaan liittyvien termien käytössä on vaihtelua. (Mäkeläinen, Husso, Mäntysaari, Notko & Virkki 2012, 8).

2.2 Lähisuhdeväkivallan yleisyydestä Suomessa

Sirkka Perttu ja Verena Kaselitz (2006) tutkivat Suomessa kehitetyn *parisuhdeväkivallan seulontamittarin* käyttöä Suomessa. *Parisuhdeväkivallan seulontamittarin* toimivuuden kokeilun aikana tuli myös esille, että väkivallasta kysyminen ei kuulu tavallisesti Helsingin yliopistollisen keskussairaalan rutiineihin, vaan siihen käytetään lomaketta vain, jos väkivalta-aihe tulee esille. (Perttu ym. 2006, 42.)

Tukitoimenpiteet lähisuhdeväkivaltaa kokeneille naisille – tutkimuksessa todetaan, että lähisuhdeväkivalta on yhä 2010-luvulla Suomessa vakava sosiaalinen, taloudellinen ja inhimillinen ongelma. Tästä syystä Sosiaali- ja terveysministeriö teki sopimuksen, että Jyväskylän yliopiston sosiaalityön yksikkö selvittäisi lähisuhdeväkivallan uhreille järjestettyjä tukimuotoja. Selvityksen mukaan isoimpia puutteita palveluissa oli tukihenkilöjen ja vertaisryhmien järjestäminen. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, että turvakoteja ja kuntien tarjoamia kriisiasuntoja oli asukaslukuun ja suosituksiin nähden aivan liian vähän. Tuloksissa tuli myös esille, että palveluverkoston koordinointi ja tiedonkulku eri toimijoiden välillä oli palvelujen kehittämistä vaativa kohde. Huomiota herätti se seikka, että työntekijöillä ei ollut tietoa oman kunnan alueella palveluista, joita väkivallan uhreille tarjotaan. (Mäkeläinen ym. 2012, 3, 7.)

Suomalaisten kokema parisuhdeväkivalta 2012 — Kansallisen rikosuhritutkimuksen tulosten mukaan parisuhteessa olevista naisista kymmenen prosenttia ja kertoi joutuneensa jossain vaiheessa elämäänsä kumppaninsa taholta fyysisen väkivallan kohteeksi. Kuluneen vuoden aikana fyysistä parisuhdeväkivaltaa oli kokenut viisi prosenttia naisista.

Väkivaltaista käytöstä aiheuttaa erityisesti päihtymystila, mustasukkaisuus, nöyryytyksen halu ja taloudelliset ongelmat. (Danielsson & Salmi 2012, 1.) Tilastokeskuksen (2015) kokoaman tilaston mukaan lähisuhdeväkivalta oli hieman laskenut viimeisen vuoden aikana. Se oli 6,4 prosenttia edellisvuotta vähemmän (N6900). Perhe- ja lähisuhdeväkivallan uhreista 69,0 prosenttia oli naisia. Naisia epäiltiin syylliseksi 22,6 prosentissa tapauksista. (Rikos- ja pakkokeinotilasto 2015.) Valtiontasoista puuttumisen vähyyttä kritisoinut Suvi Ronkainen (2008) kyseli poliittisen tason toimenpiteiden perään, sillä valtakunnallista rahoitusta väkivallan ehkäisemiseksi ei ole ollut. Kolmas sektori on vastannut pitkään väkivallan vastaisesta työstä Raha-automaattiyhdistyksen tukemana. (Ronkainen 2008, 398.)

2.3 Väkivallan ehkäisyyn liittyviä toimenpiteitä

Naisiin kohdistuva väkivalta on edelleen vakava ongelma yhteiskunnassamme. Suomea sitoo ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus (1948), jonka pitäisi varmistaa jokaiselle ihmiselle yksilön oikeudet ja vapaudet sekä henkilökohtaisen turvallisuuden. (UN 2015.) Suomi on myös allekirjoittanut The Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW) – sopimuksen vuonna 1986. Tämä on kaikkinaisten naisten syrjinnän poistamista koskeva sopimus, jonka päämääränä on parantaa naisten asemaa erityisesti kansalaisuuden, koulutuksen, työntekoon, terveydenhuoltoon sekä naisten taloudellisiin oikeuksiin liittyvissä asioissa. (Finlex 1986)

Suomessa on ollut monia ohjelmia, joilla lähisuhdeväkivaltaan on yritetty puuttua. Vuosina 2004–2007 oli käynnissä Sosiaali- ja terveysministeriön lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyohjelma (STM 2005). Sen jälkeen käynnistyi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, KASTE -hanke vuosina 2008–2011. Hankkeessa oli lähisuhdeväkivalan vähentämiseen liittyviä teemoja. (STM 2008)

Suomi sai lähi- ja parisuhdeväkivaltaan liittyviä nuhteita sekä YK:n poliittisilta foorumeilta että sopimusvalvontatahoilta. (YK:n naisten syrjinnän vastaisen komitean kuulemistilaisuus heinäkuussa 2008). Suomea on kehoitettu varmistamaan, että väkivallan uhreiksi joutuneille naisille on tarjolla sopiva määrä turvakoteja, joissa on asiantuntevaa henkilöstöä ja asianmukaiset taloudelliset voimavarat. Lisäksi Suomea on kehoitettu ryhtymään toimenpiteisiin, jotta seksuaalinen häirintä säädettäisiin rangaistavaksi teoksi.

(Valtioneuvosto 2009, 78.) Haastaviin ongelmiin puuttumisen hitauteen Anneli Pohjola otaksuu syynä olevan yleisesti se, että vasta kun yleiset ajattelutavat ja ilmapiiri muuttuvat, voidaan aiemmat vaietut ilmiöt nähdä ongelmina, joihin tarvitaan interventiota. Esimerkkinä muutosten hitaudesta on se, että Suomessa avioliitossa tapahtuva raiskaus kriminalisoitiin eräänä viimeisistä EU-maista, vasta vuonna 1994. (Pohjola 2009, 76.)

Euroopan neuvoston ministerikomiteassa todettiin, että naisiin kohdistuvaa väkivaltaa ei ole saatu vähenemään riittävästi suositusten avulla ja komitea alkoi työstää sitovaa sopimusta. Tulevassa sopimuksessa oli tarkoitus, että rikosoikeudellisten käytäntöjen lisäksi panostetaan naisten suojeluun ja väkivallan ennaltaehkäisyyn. (prevention, protection, prosecution –tavoitteet). Sopimuksen on tarkoitus olla ensimmäinen Euroopan neuvoston tekemä naisiin kohdistuva ihmisoikeussopimus, joka sitoo osapuolia. Suomessa oli varauduttu sopimuksen tuloon jo ennakkoon ja tehty poikkihallinnollinen naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelma vuosille 2010–2015. (STM 2010, 10.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2010) *Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelman* julkaisussa kerrottiin, että hallitus hyväksyi naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelman. Ohjelman suunnitteluun osallistui sisäasiainministeriö, oikeusministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö ja ulkoasiainministeriön yhdessä terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Sisäisen turvallisuuden ministeriryhmä hyväksyi ohjelman kesäkuussa 2010. (STM 2010, 3.)

Euroopan neuvoston laatima yleissopimus eli Istanbulin sopimus on maailmassa laatuaan ensimmäinen, joka kohdistuu erityisesti naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan ehkäisemiseen ja poistamiseen. Se tuli voimaan Suomessa 1.8.2015. Sopimuksessa on erityistä se, että se sitoo allekirjoittaneita osapuolia tekemään konkreettisia toimenpiteitä sekä panostamaan väkivallan uhrien suojelemiseen ja tekijän saattamiseen rikosoikeudelliseen vastuuseen. Lisäksi siinä on mittava määrä ohjeita toimenpiteistä, joilla tavoitteita voidaan saavuttaa. Niitä ovat esimerkiksi turvakotien määrän lisääminen ja maksuttoman ja ympärivuorokautisen auttavan puhelimen järjestäminen. Merkittävää sopimuksessa on myös velvoite kansalliseen koordinointiin ja tavoitteita seuraava kansainvälinen seurantajärjestelmä. (Ulkoministeriö 2015.)

Suomen lainsäädännössä on tehty useita rikoslain uudistuksia, joilla on tarkoitus saada naisiin kohdistuvat pahoinpitelyt vähenemään. Poliisin mahdollisuudet puuttua väkivaltaan muuttuivat vuonna 2011 siten, että lievät pahoinpitelyt muuttuivat virallisen syytteen alaisiksi silloin, kun ne kohdistuvat alaikäiseen, tekijälle läheiseen henkilöön tai työntekijään, tekijän nykyiseen tai entiseen avio- tai avopuolisoon, sisarukseen tai muuhun sukulaiseen. Lakimuutoksen katsottiin parantavan erityisesti lähisuhdeväkivallan uhrien asemaa ja helpottavan lähisuhdeväkivaltaan puuttumista. (Poliisi 2011, 8.) Oikeusministeri Anna-Maija Henrikssonin (2014) mukaan vuoden 2011 lakimuutoksen ansiosta poliisin tietoon on tullut enemmän väkivaltarikoksia, joista tekijät ovat joutuneet rikosvastuuseen. (Oikeusministeriö 2014)

Rikoslakiin tehtiin muutoksia raiskausten rangaistusasteikkoa tiukentamalla. Kesäkuun 2011 alussa voimaan tulleella rikoslain 20 luvun muuttamisesta annetulla lailla (495/2011) luvun säännöksiä muutettiin siten, että puolustuskyvyttömyyden hyväksikäyttö katsotaan raiskaukseksi riippumatta siitä, mikä on tekijän osuus uhrin puolustuskyvyttömyyden synnyssä. (Finlex 2014.) Rikoslain 20 luvun tarkastelussa huomioitiin Suomen vuonna 2011 allekirjoittama naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan ehkäisemisestä ja torjumisesta tehty Euroopan neuvoston yleissopimus. (Eduskunta 2014.) Rikoslakiin on lisätty Laki rikoslain muuttamisesta, vainoamista koskeva rangaistussäännös 7 a § (879/2013). Sen mukaan vainoamiseksi tulkitaan se, miten teko herättää vainotussa pelkoa tai ahdistusta. (Finlex 2013.)

Tässä luvussa kaksi on tuotu esille lähisuhdeväkivaltaa ilmiönä ja sen yleisyyttä. Kansainvälisten sopimusten ja turvakotien valtion rahoituksen lisäksi poliisin toimintamahdollisuuksia puuttua lähisuhdeväkivaltaan on parannettu. Rikoslakia tiukentamalla osoitettiin julkisen vallan avulla väkivallan teot entistä tuomittavammiksi.

Lähisuhdeväkivallan ehkäisemisessä ja hoitamisessa puutteina näkyy Mäkeläisen (2012 ym.) *Tukitoimenpiteet lähisuhdeväkivaltaa kokeneille naisille* -tutkimuksen perusteella se, että palveluverkoston koordinointi ja yhteistyö eri toimijoiden välillä ovat hataralla pohjalla. Tätä kohtaa palveluketjussa on selkeästi vahvistettava. Erityisesti kiinnitin huomiota siihen, ettei työntekijöillä ollut tietoa oman kunnan alueella olevista väkivaltapalveluista. Tässä löydän yhteneväisyyksiä omaan tutkimusaiheeseeni. Mielenkiintoni kohdistuu ammattilaisten toimintaan suhteessa siihen, että tietoa

lähisuhdeväkivallasta ja sen aiheuttamasta kuormituksesta sekä uhreille että yhteiskunnalle on runsaasti ja helposti saatavilla esimerkiksi Internetin, Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen ja Sosiaali- ja terveysministeriön kautta. Jos informaatiota on saatavilla, mutta ammattilaiset eivät ota sitä syystä tai toisesta aktiiviseen käyttöön, on tässä ristiriitaa suhteessa asiakkaiden tarpeisiin. Oma tutkimusintressini kohdistuu tästä syystä juuri ammattilaisten toimintaan ja siihen, miten toiminta suhteutuu näihin epäkohtiin.

3 AIEMPAA TUTKIMUSTA LÄHISUHDEVÄKIVALLAN PUHEEKSI OTTAMISEN VAIKEUDESTA

Ilmiön taustoitus jatkuu tässä kolmannessa luvussa, jossa otan esille puheeksi ottamisen haasteita työympäristössä ja esittelen kasvojen suojaamisen teoriaa. Sen jälkeen kerron puheeksi ottamisen vaikeudesta ammattilaisten kertomuksissa ja uhrien kokemuksista sivuutetuksi tulemisesta.

3.1 Tutkimuksen teoriaa

Tässä alaluvussa esittelen tutkimukseni teoriaa ja teoreettisia käsitteitä. Anneli Pohjolan mukaan useat ilkeät ongelmat ovat vaiettuja ja auttamistyössä vaikeita kohdata. Niihin voi liittyä pelottavia tai uhkaavia tai kiellettyjä elementtejä, jolloin kiellettyinä tai jopa tabuina pidettyjä ilmiöitä ei voi kohdata, niistä ei voi puhua eikä niitä voi tästä syystä jakaa toisten kanssa. (Pohjola 2009, 88–89.) Lukiessani ihmisen vuorovaikutusta tutkivaa kirjallisuutta, löysin Erving Goffmanin teoksen. Erving Goffman on teoksessaan *Essays in Face to Face Behavior* (1967) tutkinut ihmisten tapaa olla vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Goffman osaa mielestäni varsin sujuvasti kirjoittaa ihmisen tavasta suojella itseään noloilta tilanteilta, toisin sanoen suojella kasvojaan. Mielestäni tämä Goffmanin teoria ihmisen kasvojen suojaamisesta sopii hyvin teoriaksi tähän tutkimukseeni. Teorian avulla pyrin tulkitsemaan ammattilaisten lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamisen esteitä. Goffmanin mukaan ihmisen luonteeseen kuuluu tarve näyttää parhainta puolta itsestään ja olla paljastamatta sellaisia asioita, joiden vuoksi muiden läsnäolijoiden arvostus saattaa vähentyä. Goffman kuvaa tällaisia tilanteita kasvojen suojelemiseksi. (Goffman 1967, 14).

Goffman (1967) mainitsee, että ihmisellä on kaksi orientaatiota, puolustava ja suojeleva orientaatio omien kasvojen suojelemiseksi ja suojeleva orientaatio toisten kasvojen suojelemiseksi. (Goffman 1967, 14). Goffman huomauttaa teoksessaan, että sanomalla mielipiteensä ihminen asettaa itsensä alttiiksi sille, että keskustelun toinen osapuoli saattaa olla kuuntelematta häntä tai pitää hänen kommenttiaan typeränä tai loukkaavana. (Goffman 1967, 37.) Goffmanin mukaan ihmisten tapana on eri asiayhteyksissä vaihtaa puheenaihetta tai muuttaa toimintaansa välttyäkseen kiusallisilta tilanteilta. Ihminen voi epämukavaan tilanteeseen joutuessaan esittää esimerkiksi vaatimatonta tai varauksellista. Tällaisilla eri

puolustautumiskeinoilla ihminen pyrkii suojaamaan omia tai läsnä olevien ihmisten kasvoja. (Goffman 2012, 33–34.)

Goffman (2012) kutsuu toimintaa, johon luetaan kuuluvan tavanomaisia, tekoja ja asioita ilman, että niitä sen tarkemmin pohditaan *arkipäivän toiminnaksi*. Toimintaan kytkeytyy kuitenkin hänen mukaansa joukko kulttuurisia arvosteluperusteita. (Goffman 2012, 240–241.) Jokaisella henkilöllä, ryhmällä ja yhteiskunnalla näyttää olevan ominainen toimintamalli ja nämä mallit saavat aikaan joukon käytäntöjä. (Goffman 2012, 31.) Goffman (1971) toteaa, että työyhteisössä työntekijät muodostavat ryhmänäkemyksen, joka on osallistujien yhteinen kanta siitä, millaisia arvoja ja toimintamalleja missäkin työtilanteessa tunnustetaan ja pidetään arvossa. Esimerkiksi palveluammattin asiantuntija esiintyy asiakkaan ongelmasta viileästi kiinnostuneena ja asiakas vastaa tähän osoittamalla kunnioitusta asiantuntijan erikoisasemaa ja pätevyyttä kohtaan. (Goffman 1971, 20, 96, 1967, 66.)

3.2 Aikaisempia puheeksi ottamiseen liittyviä tutkimuksia

Minna Piispa, Markku Heiskanen, Juha Kääriäinen ja Reino Siren (2006) toteuttivat tutkimuksen *Naisiin kohdistuneesta väkivallasta 2005*. Tulosten mukaan vastaajat (N 1330) olivat käyttäneet eniten poliisin palveluja (12 prosenttia), seuraavaksi eniten terveyspalveluja (8 prosenttia) ja kolmanneksi terapiapalveluja (5 prosenttia). Tilastojen mukaan kolmasosa vakavaa väkivaltaa kohdanneista asiakkaista ei kokenut saaneensa riittävästi tietoa väkivaltaa käsittelevistä palveluista ja noin neljäsosa vastaajista koki henkilökunnan asenteen vähättelevänä. Viidesosa vastaajista koki, että henkilökunnan palvelu ei ollut asiallista hoidon yhteydessä. Hoidon laadusta saatu kritiikki oli kuitenkin varsin vähäistä. (Piispa, ym. 2006, 106–107.)

Petri Danielssonin ja Venla Salmen *Suomalaisten kokema parisuhdeväkivalta 2012* — Kansallisen rikosuhritutkimuksen tulosten mukaan fyysistä parisuhdeväkivaltaa kohdanneista naisista joka kuudes (17 prosenttia) kertoi, että oli vuoden sisällä hakenut apua lääkäristä tai terveyskeskuksesta parisuhdeväkivallasta aiheutuneiden vammojen vuoksi. Miehiä oli tutkimukseen osallistunut vain neljä henkilöä, kukaan ei hakeutunut lääkäriin fyysisen väkivallan seurauksena. (Danielsson & Salmi 2012, 3.) Miehillä ei ollut

tapana kertoa väkivaltatapahtumista muille osapuolille. Molemmat sukupuolet kertoivat kokemuksista kuitenkin useimmin ystäville, perheenjäsenille tai sukulaisille. Naisiin kohdistuneista väkivaltatapauksista 10 prosenttia ja miehiin kohdistuneista tapauksista vain kolme prosenttia tuli poliisin tietoon. (Danielsson ym. 2012, 1.)

Tuija Virkki, Marita Husso, Marianne Notko, Juha Holma, Aarno Laitila ja Mikko Mäntysaari (2011) ovat pohtineet *Lähisuhdeväkivallan kehystäminen erikoissairaanhoidossa, puuttumisen ja muutoksen mahdollisuuksia* – artikkelissaan syitä puhumattomuudelle. He ovat todenneet, että enemmistö terveydenhuollon ammattilaisista ei kysy väkivallasta ja siksi suurin osa tapauksista jää huomaamatta. (Virkki ym. 2011, 280.)

Motiiveja sille, miksi työntekijät painottavat eri asioita työssään, on pohtinut esimerkiksi Marie Campbell. Hän on arvioinut, että työntekijä voi toteuttaa työtehtäviään ensisijaisesti ohjeistuksen mukaisesti ja toissijaisesti omien arvioidensa mukaisesti, eli hän voi tehdä sellaisen ratkaisun, ettei hän nosta esille sellaisia asioita, jotka eivät kuulu juuri hänen perustehtäväänsä. Nykyaikana jokaisessa organisaatiossa työntekijöiltä odotetaan tehokkuutta ja nopeutta perustehtävien suorittamisessa. (Campbell 2001, 231.) Dorothy Smith on kirjoittanut ”*Concept of text – mediated relations of ruling*” (1990) -teoksen, jossa hän pohtii sitä, kuinka henkilökunnan toimintaa organisoidaan ja johdetaan valmiiksi kirjoitettujen tekstien avulla. Smith arvioi, että itse asiassa työntekijöillä on varsin vähän liikkumavaraa omien työtehtävien sisällä. Marjatta Eskola (1991, 56) on myös pohtinut työn painotuksia ja arvioi, että toisten työntekijöiden menetelmien valintaa ohjaa enemmän päämääräkeskeisyys ja osa työntekijöistä toimii annetun toimintamallin mukaisesti. Toiset työntekijät kokevat itsensä hyväksi työntekijöiksi tehdessään työnsä mahdollisimman tarkasti mallin mukaan, kun taas toisten menetelmien valintaa ohjaa enemmän päämääräkeskeisyys.

Syynä väkivalta-aiheesta puhumisen vaikeuteen voi Marita Husson (2003) mukaan olla se, että väkivallan kokemuksista kertominen ja niiden tutkiminen ei todellakaan kaikista ihmisistä tai kaikilla tieteenaloilla tunnu luontevalta eikä asiaankuuluvalta. (Husso 2003, 312.) Ensimmäisinä kuukausina aloittaessani lastensuojelun avohuollossa sosiaalityöntekijänä väkivalta-aiheen puheeksi ottaminen oli haastavaa ja pohdin usein, miten valita ”oikeat sanat”. Kysymiseen tottui, koska se kuului työnkuvaan ja asiakkaat

olivat tulleet sosiaalivirastoon selvittämään väkivaltatilannettaan ja pohtimaan, kuinka edetään asian kanssa, jotta väkivaltatilanteita ei enää tulisi. Lähes kaikki asiakkaani ovat todenneet tapaamisten loputtua, että vaikeisiin asioihin oli selkeintä ja yksinkertaisinta vastata silloin, kun työntekijä johti puhetta ja teki selkeän kysymyksen.

Tätä kysymystä voidaan pohtia myös lainsäädännölliseltä kannalta. Johanna Niemi-Kiesiläinen (2006) arvioi käyttäytymisen erääksi osatekijäksi sen, että lainsäädännössä tarkastelukulma oli aiemmin sellainen, että perheväkivalta kuului sosiaaliviranomaisten vastuualueeseen. Työnjaon mukaan terveydenhuollolle kuului tuolloin vammojen parantaminen ja poliisille rikosten selvittäminen. (Niemi-Kiesiläinen 2006, 449–450.) Voidaan olettaa, että tässä on osatekijöitä siihen, että lähisuhdeväkivallasta ei ole puhuttu. Ainakin lasten osalta puuttumisvelvollisuuteen tuli iso parannus, sillä huhtikuun 2015 alusta lainsäädäntöön tuli muutos, jonka mukaan lastensuojeluilmoitus laajeni koskemaan aiempien ilmoitusvelvollisten lisäksi tullia, rajavartiolaitoksen sekä ulosoton työntekijöitä. Kaikkien laissa määriteltyjen tahojen tulee ilmoittaa lapsen kaltoinkohtelusta suoraan poliisille. (Finlex 2015.) Tällä uudistuksella pyritään ehkäisemään lapsen kehitystä ja kasvua uhkaavia tekijöitä ja tekemään interventio lapsen ja vanhempien lähisuhdeväkivaltaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Pohjola arvioi väkivalta-aiheen puhumisen vaikeuteen liittyvän sellaisia seikkoja kuin työntekijän omat henkilökohtaiset tabut, sillä arat tai sokeat kohdat saattavat muistuttaa liikaa asiakkaiden tilanteita ja vaikeuttaa kohtaamista. Vaikeassa asiakastilanteessa ammattilaiselle voi olla helpompaa ohittaa haastavat asiat ja keskittyä johonkin kevyempään aiheeseen. Esimerkiksi päihdeongelmien puheeksi ottamiselle on jo aikaa sitten kehitetty erilaisia mini-interventio -työkaluja, mutta esimerkiksi terveydenhoitoalan henkilökunnan on edelleen vaikea kysyä äitien päihteiden käytöstä. (Pohjola 2009, 81.)

3.3 Katsaus tutkimuksiin asiakkaiden kuulluksi tulemisesta

Ammattilaisten haasteet puheeksi ottamisessa näyttäytyivät selkeästi suomalaisessa tutkimuksessa. Tässä vaiheessa mielenkiintoni heräsi tutkimaan samaa aihepiiriä myös Suomen rajojen ulkopuolella. Tein yliopiston Nelli – tietokannassa hakuja mm. *Violence against women* ja *Family violence* –lehtien uusimpiin vuosikertoihin. Hain artikkeleita ssanayhdistelmällä *domestic violence ja health professional's response*. Mielenkiintoisia artikkeleita löytyi useita. Parisuhde- ja perheväkivaltaan näyttää liittyvän edelleen vahvasti heteronormatiivisuus. Esimerkiksi kun mies oli hakenut apua terveydenhoitoalan ammattilaisilta miesten väliseen parisuhdeväkivaltaan, hän oli kokenut, että aihe sivuutettiin. Rajasin aineistonäytteet tässä tutkimuksessa kuitenkin naisiin kohdistuvaan väkivaltaan, naisten ollessa tilastoissa edelleen useimmiten urin asemassa.

Esittelen seuraavaksi muutamia näytteitä eri maissa tehdyistä lähisuhdeväkivalta-aiheeseen liittyvistä tutkimuksista. Valitsemisani otteissa tulee selkeästi esille naisten kertomana kuulluksi tulemattomuuden kokemus ja se, ettei naisilla ole myöskään toimintamahdollisuuksia vaikuttaa asiaan.

June Keeling ja Colleen Fisher (2014) keskittyivät selvittämään asiakkaan ja terveydenhoitohenkilökunnan kohtaamia perheväkivaltaan liittyen ja haastattelivat brittiläisiä naisia (N15), jotka kertoivat, että työntekijät olivat käyttäneet sellaisia puheenvuoroja, joissa he joko välttelivät tai väheksyivät aihetta. Ammatillaiset olivat käyttäneet puhetapea, jonka naiset kokivat vihjaavan naisen olevan osaltaan syyllinen väkivaltatilanteeseen. Naisten kertoman mukaan työntekijät eivät olleet ottaneet puheeksi lähisuhdeväkivaltaa edes silloin, kun naisilla oli näkynyt fyysisen pahoinpitelyn merkkejä. Tämän vuoksi haastatteluun osallistuneet naiset olivat päättäneet olla paljastamatta väkivallan kokemustaan. Keeling ja Fisher (2014) painottavat, että mikäli ammatillaiset eivät ota esille väkivalta-aihetta, he tällaisella suhtautumisellaan vahvistavat väkivallan käyttäjän puhetta. On yleistä, että uhrin pahoinpitelijä väittää uhrille, ettei uhrin kertomusta usko kukaan. Ammattilaisten suhtautuessa vähättelemällä tapahtumaan he eivät tee oikeutetuiksi naisten kokemuksia. Väkivallan väheksymisen diskurssi heijastuu tällä tavoin sekä väkivallan tekijän teon vakavuuden väheksymiseen että uhrin kokemuksen väheksymiseen. Tästä väkivallan väheksymisen kulttuurista ja sen vaikutuksesta uhria

kohtaan löytyy runsaasti esimerkkejä kirjallisuudessa. (katso Anderson & Umberson 2001, Keeling & Fisher 2014, 2369–2370.) Samansuuntaisia kuulematta tulemisen kokemuksia oli myös Susan Grossmanin ja Marta Lundyn (2007) tutkimuksessa, jossa he tutkivat Yhdysvalloissa, Illinoisin osavaltiossa asuvien naisten kokemuksia parisuhdeväkivallasta. Epäluottamusta palveluntarjoajien kykyihin auttaa tuli erityisesti esiin afrikkalaistaustaisilla naisilla. (Grossman ym. 2007, 1046). Maija Jäppinen kuvasi etnografisessa tutkimuksessaan naisista sosiaalikeskusten kriisiosastoilla, että Venäjän kriisikeskusten yhdistys raportoi vuonna 1995 Human Rights Watchille, että 70 prosenttia auttaviin puhelimiin soittaneista naisista kertoi miliisin kieltäytyneen auttamasta heitä. (Jäppinen 2013, 162.) Kaltrina Kelmendi (2015, 695) haastatteli naisia Kosovossa (N50). Kosovossa naiset eivät hae apua perheväkivaltaan, sillä ammattilaisilla on tapana syyttää uhria ja väheksyä tekijän aiheuttaman väkivallan määrää. Tutkimuksen mukaan naisen kertoessa väkivallasta hän häpäisee miehen sekä miehen suvun ja sen lisäksi myös naisen oma suku hylkää hänet. Mikäli nainen tekee rikosilmoituksen, poliisi, lakimiehet ja sosiaalialan ammattilaiset syyttävät uhria ja suostuttelevat häntä palaamaan väkivaltaa tehneen miehen luo. (Kelmendi 2015, 697.) Samansuuntaisia kokemuksia naisen syyllistämisestä ilmeni myös Edna Erezin, Peter Ibaranin ja Oren Gurin (2014, 956) tutkimuksessa, jossa tutkittiin poliisin toimintaa arabialaisessa yhteisössä perheväkivaltatilanteissa Israelissa. Naisia kehoitettiin vaikenemaan asiasta.

Tutkimustulosten mukaan tiedetään, että psyykkisen pahoinvoinnin yhteys on selvä lähisuhdeväkivaltaa kokeneilla naisilla. Tämä näkyy esimerkiksi masennusoireina. Esimerkiksi Edward Chang, Emma Kahle ja Jameson Hirsch (2015) tutkivat yhteyttä kotiväkivallan ja masennusoireiden välillä haastatteleamalla ensihoidossa olleita naisia. (N71). Tutkimusten mukaan yhteys oli tilastollisesti merkitsevä. Lisäksi tuli esille, että väkivaltakokemukset lisäsivät myös itsemurhan riskiä. (Chang, Kahle ja Hirsch 2015, 708.)

Keinoista, joilla voisi auttaa lähisuhdeväkivallan uhria, löytyy myös tuoretta tutkimustietoa. Euroopan Unionissa (2014) toteutetun *Naisiin kohdistuneesta väkivallasta* – tutkimuksen mukaan naiset kertoivat toivoneensa eniten keskustelua tai henkistä tukea (33–54 prosenttia), toiseksi eniten he vastasivat toivovansa suojelua (12–25 prosenttia) ja sen jälkeen muuta käytännön apua (13–21 prosenttia). Tutkimuksen mukaan naiset eivät olleet tyytyväisiä poliisiin eivätkä muiden ammattilaisten tai palveluntarjoajien antamaan

tukeen. (European Union Agency for Fundamental Rights FRA 2014b, 24.)

Marita Husso (2003) on tuonut esille, että naiset vaikenevat eivätkä puhu ulkopuolisille ystäville, sukulaisille, ammattiauttajille, poliisille tai muille viranomaisille puolisonsa tekemästä lähisuhdeväkivallasta. Naiset tuntevat häpeää siitä, että puoliso tekee väärin ja naisia myös syyllistetään parisuhteiden ongelmista mediassa ja kirjallisuudessa. Syyllistäminen näkyy Husson mukaan siinä, että naisia kuvataan lehdistössä sellaisilla sanoilla kuten kykenemätön, osaamaton ja kelvoton. (Husso 2003, 261.)

Anneli Pohjolan mukaan syynä saattaa olla se, että aikaisemmin myös perheiden sisällä olevia tilanteita ei osattu tai haluttu ottaa auttamisjärjestelmässä käsittelyyn, vaikka selvät merkit väkivallasta ja väärin toimimisesta ovat saattaneet olla näkyvissä. Yksityisyyden kynnyks on ollut liian korkea ylitettäväksi. Auttajilta on myös voinut puuttua kykyä tai osaamista kohtaamiseen. (Pohjola 2009, 76–77.) Erving Goffmanin teoriaa tulkiten syynä voi olla myös se, että kasvojen menettämisen pelosta ihmisillä on taipumus vaieta. Ihmiset haluavat luoda ihannevaikutelmia itsestään ja se tehdään korostamalla joitakin tosiseikkoja ja salataan sellaisia, joista voi tulla negatiivisia mielikuvia. (Goffman 1971, 76.)

Oikeusministeri Henriksson (2014) painottaa, että lähisuhdeväkivaltaan puuttumista hankaloittaa se, että suomalaiset eivät tee ilmoitusta kaltoinkohtelusta. Henrikssonin mukaan yhteiskuntamme on aika muuttaa asennoitumistaan. (Oikeusministeriö 2014.)

3.4 VISH – hankkeessa tehtyjä aiempia tutkimuksia ja niiden tarkastelua

Väkivaltainterventio sairaanhoidossa eli Violence Intervention in Specialist Health Care – projekti (VISH). toteutettiin EU-komission ja Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamana vuosien 2009–2011 aikana. Projektin tarkoituksena oli kehittää menetelmiä lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen ja puheeksiottamiseen, kartoittaa lähisuhdeväkivallan yleisyyttä ja ohjata asiakkaat avun piiriin. Yksiköt, jotka osallistuivat hankkeeseen, olivat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päivystysvastaanotto, psykiatrian yksikkö sekä synnytys- ja naistentautien yksikkö. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2014.) Kartoitustutkimuksen tarkoituksena oli vastata sosiaali- ja terveysministeriön asettamiin kansalliseen tavoitteeseen parantaa lähisuhdeväkivallan dokumentointia ja tilastointia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

VISH – hankkeeseen kuulunut tutkijaryhmä tuotti useita artikkeleita. Tutkimusryhmään kuuluivat mm. Marianne Notko, Juha Holma, Marita Husso, Tuija Virkki, Aarno Laitila, Juhani Merikanto ja Mikko Mäntysaari (2011) joiden tutkimusraportin *Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa* tuon esille tässä yhteydessä.

Hankkeen aikana ammattilaisten tehtävänä oli käyttää suodatin ja kartoituskysymyslomaketta. Tutkimukseen osallistui 530 asiakasta, suurin osa heistä oli naisia. Asiakkaat kertoivat, että väkivaltakokemukset ovat vaikuttaneet negatiivisesti heidän omaan hyvinvointiin ja elämänhallintaan. Lähisuhdeväkivaltaa esiintyi kaikkien tutkimukseen osallistuneiden yksikköjen asiakkailta, mutta eniten niitä oli psykiatrian potilailla päiväystyalueella. Kyselyyn osallistuneista potilaista puolet heistä olivat kokeneet väkivaltaa viimeisen vuorokauden aikana. Psykiatrian potilaat olivat kokeneet väkivaltaa sekä aivan viime aikoina ja myös kuluneen vuoden aikana. Synnytysyksikössä 15 asiakkaalla (3,9 prosenttia kaikista kyselyyn osallistuneista) ja psykiatrisella osastolla viidellä asiakkaalla (12,2 prosenttia kaikista kyselyyn vastanneista) oli ammattilaisen arvion mukaan riski joutua uudelleen väkivallan kohteeksi. (Notko, ym. 2011, 1602.) Tuloksia tulkittaessa tulee huomioida, että kyselyä ei tehty kaikille asiakkaille ja että se tehtiin vain täysi-ikäisille ja suomea puhuville asiakkaille. (Virkki 2013.)

Kyselyyn vastanneiden ammattilaisten huomiot hankkeesta olivat erittäin kiinnostavia, sillä hankkeeseen osallistuneet ammattilaiset kertoivat olleensa yllättyneitä tutkimuksen aikana esiin tulleista väkivaltatapauksista. Ammattilaiset kertoivat, etteivät he olisi kysyneet väkivallasta kaikilta potilailta ilman rutiinikyselyä ja lähisuhdeväkivaltatapaukset olisivat jääneet piiloon. Ammattilaiset kertoivat, että lähisuhdeväkivallan kokeneita asiakkaita tunnistettiin vain harvoin ennen tutkimusjaksoa. (Notko, ym. 2011, 1604.)

VISH – hankkeen tuloksia analysoitiin myös Tuija Virkin, Marita Husson, Marianne Notkon, Juha Holman, Aarno Laitilan ja Mikko Mäntysaaren (2011) *Lähisuhdeväkivallan kehystäminen erikoissairaanhoidossa: Puuttumisen ja muutoksen mahdollisuudet* - tutkimuksessa. Työryhmän aineistona oli kuusi erikoissairaanhoidon ammattilaisten fokusryhmähaastattelua. Taustateorian ja menetelmänä käytettiin Erving Goffmanin kehysanalyysia. Tutkimusryhmä etsi erilaisia kehystämisen tapoja, joilla ammattilaiset puuttuvat tai jättävät puuttumatta lähisuhdeväkivaltaan. Aineistosta työryhmä analysoi

väkivaltaan puuttumattomuutta perustelevina kehyksinä 1) medikaalisen, 2) käytännöllisen, 3) individualistisen ja 4) psykologisen kehyksen. Väkivaltaan puuttumista edesauttavat kehykset olivat 1) terveyden edistämisen, 2) oikeutetun puuttumisen ja 3) prosessin käynnistämisen kehykset. Tutkimuksen tulosten mukaan väkivaltaan puuttumisen erityisenä haasteena todettiin olevan ammattilaisten keskuudessa ilmenevä individualistiseen näkökulmaan liittyvä kehys, jonka mukaan väkivalta on yksilön ongelma, johon ammattilaisten ei ole soveliasta puuttua. (Virkki 2011, 280–293.)

Virkki (2015) käsitteli vastuullista toimijuutta diskurssianalyysin keinoin ammattilaisten tapaa hahmottaa työntekijänä omaa rooliaan ja mahdollisuuksiaan toimia suhteessa lähisuhdeväkivaltaan. Tutkimus on julkaistu *Social and health care professionals' views on responsible agency in the process of ending intimate partner violence* – artikkelissa. Virkki löysi tutkimuksessaan useita kehyksiä, joiden avulla ammattilaiset selittivät väkivalta-aiheen tehtävän pois itseltään. Esimerkiksi lääketieteellisestä kehyksestä katsoen ammattilaiset kokivat, ettei lähisuhdeväkivalta kuulu lääketieteellisten ongelmien piiriin, vaan että se on enemmänkin sosiaalinen ongelma. Individualistisesta näkökulmasta katsoen väkivalta on yksilön ongelma ja väkivallan osapuolten on itse pystyttävä toimimaan. Tämä asenne voi olla syy sille, etteivät ammattilaiset kysy väkivallasta. Käytännöllisestä näkökulmasta katsoen ammattilaisilta puuttuu aikaa, keinoja ja resursseja puhua väkivallasta ja tilanteeseen liittyy myös muita infrastruktuuriin liittyviä esteitä, joiden vuoksi puuttuminen on vaikeaa. Psykologisesta näkökulmasta katsoen jos kysytään väkivallasta, puheeksi ottaminen traumatisoi asiakasta lisää ja tuo mukanaan arvaamattomia prosesseja, joihin ammattilaiset eivät ole varautuneet. (Virkki 2015, 18–19.) Virkki toteaa, että on tarpeen lisätä terveydenhoidon ja sosiaalialan ammattilaisten ja -organisaatioiden tietämystä sellaisista asenteista ja uskomuksista, jotka aiheuttavat esteen lähisuhdeväkivaltaintervention tekemiseen. (Virkki 2015, 21.)

VISH – hankkeessa saatujen empiiristen tulosten perusteella ammattilaisten parissa on todennäköisesti laajemminkin tarpeellista kehittää keinoja lähisuhdeväkivallan tunnistamisen ja puheeksi ottamisen lisäämiseksi. (Notko, ym. 2011, 1605.) Erityisesti terveydenhuollon ammattilaiset, etenkin äitiyshuollon ja lasten terveystalvelujen työntekijät, ovat tärkeässä asemassa parisuhdeväkivallan uhrien auttamisessa ja tukemisessa. (Perttu ym. 2006, 6-7. Bacchus ym. 2004, 6.)

Tässä luvussa kolme olen kuvannut, kuinka lähisuhdeväkivallan yleisyyttä on tutkittu laajasti sekä Suomessa että kansainvälisesti ja ilmiö on selkeästi nähtävillä. Lisäksi olen tuonut esille puheeksi ottamisen haasteita. Tutkimustietoa ja menetelmiä on kehitetty runsaasti ja niitä on helposti saatavilla. Esimerkiksi väkivallan kartoitus työkaluja on sosiaali- ja terveyden hyvinvoinnin laitoksen sivuilta linkki Sosiaali- ja terveydenhuollossa käytettäviin työkaluihin, joita ovat *Henkilökohtainen turvasuunnitelma*, *Pahoinpitely- ja kehonkarttalomake (PAKE)*, *Raiskatun akuuttiapua -kansio (RAP-kansio)*, *Vakavan väkivallan riskinarviointi (MARAK)*. (THL 2015.).

Mieltäni jäi askarruttamaan puhumattomuus – teema, jota aiemmissa tutkimuksissa on toki useasti otettu esille, mutta ei ole paneuduttu itse perusteluihin, miksi puhuminen on ammattilaisille vaikeaa. Tämä kysymys on mielestäni jäänyt tutkimuspaitsioon.

Tähän tutkimusaukkoon oma tutkimusaiheeni perehtyy ja yritän löytää selityksiä puhumattomuudelle analysoimalla VISH- projektiin osallistuneille ammattilaisille tehtyjä fokusryhmähaastatteluja. Nämä haastattelut muodostavat tutkimukseni empiirisen aineiston. Esittelen omaa tutkimustani seuraavassa luvussa neljä.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa tarkoituksena on avata tutkimukseni tavoitteet ja metodologiset valintani. Selvitän myös tutkimukseni kulkua, tutkimuskysymysten asettelua sekä valmiiksi litteroidun fokusryhmähaastatteluaineiston analyysiä ja haastavuutta. Tutkimuksen tarkoitus oli tuottaa tietoa VISH - *Tunnistamisen ja puheeksi ottamisen systematisointi* -mallin käyttökokeuksista.

Tutkiessani haastatteluja ymmärsin, että mallin käyttö näytti vaihtelevan yksiköittäin. Aineistoon perehtyessäni totesin, että ammattilaiset eivät olleet juurikaan ottaneet väkivalta-aihetta puheeksi, joten päädyin selvittämään puheeksi ottamisen vaikeutta ja etsin ammattilaisten tapoja selittää tätä. Tutkimukseni on laadullinen tutkimus, jossa tulokset esitellään kehysanalyysin avulla.

4.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymys

Kiinnostukseni kohteena on lähisuhdeväkivallan puheeksi ottaminen, jota lähestytään ammattilaisten näkökulmasta. Aiempi kirjallisuus ja tutkimustieto kertovat, että puheeksi ottamiseen liittyy isoja haasteita. Tässä VISH -hankkeessa tutkimusasetelmassa ammattilaiset olivat saaneet koulutuksen ennen hankkeen aloittamista, joten ammattilaisia oli vastikään koulutettu lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamisen tärkeydestä ja tehtävän haasteellisuudesta. Henkilöstön vaihtuvuus alalla on kuitenkin suuri määräaikaisten työsuhteiden vuoksi ja sillä on voinut olla vaikutusta ammattilaisten tutkimuksen toteuttamiseen ja myöhemmin tehtyihin fokusryhmähaastatteluihin. (Virkki 2013.) Tutkimuskysymykseksi muotoilin seuraavan kysymyksen:

Millaisia esteitä lähisuhdeväkivaltaa kohdanneiden asiakkaiden parissa työskentelevillä sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisilla on ottaa väkivalta puheeksi?

4.2 Aineisto

Edellisessä luvussa tuli esille, että VISH -hankkeen aikana tehtiin useasta eri vaiheesta tutkimuksia ja haastatteluja. Tämä tutkimukseni koostuu hankkeen loppumisen jälkeen pilotointiyksikköjen ammattilaisille tehdyistä fokusryhmähaastatteluista, jotka koskivat *Tunnistamisen ja puheeksi ottamisen systematisointi* -mallin käyttökokemuksia Fokusryhmähaastatteluihin osallistuvat yksiköt olivat Keski-Suomen keskussairaalan synnytysosasto, päivystysalueen poliklinikka ja psykiatrisen sairaalan vastaanotto-osasto sekä hankkeen aikana perustettu VISH -tiimi. Haastateltavina oli 23 erikoissairaanhoidon ammattilaista (lääkäreitä, sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia ja sosiaalityöntekijöitä). Tutkijat olivat valinneet menetelmäksi fokusryhmähaastattelun, koska fokusryhmähaastattelua käytetään yleisesti kehittämistyössä. Lisäksi fokusryhmähaastattelun avulla tuotetaan laaja ja monipuolinen aineisto. (Mäntyranta & Kaila 2008, 1511–1512.) Fokusryhmähaastattelut tehtiin kevään 2013 aikana. Aineisto sisälsi viiden fokusryhmähaastattelun haastattelumateriaalia. Fokusryhmähaastattelut sain valmiiksi litteroituna. Analyysimenetelmää pohtiessani tutustuin lähisuhdeväkivaltaa käsitelleisiin tutkimuksiin sairaaloissa (Virkki ym. 2011) ja niissä oli käytetty Erving

Goffmanin (1974) kehysanalyttistä lähestymistapaa.

4.3 Menetelmät

Tämän tutkimuksen metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat ovat anglosaksisessa sosiologian vuorovaikutuksen tutkimuksessa, Harold Garfinkelin (1967) luomassa etnometodologiassa ja Erving Goffmanin (1974) kehittämässä kehysanalyysissä. (*Frame Analysis, An Essay on Organization of Experience.*) (Peräkylä 1990, 15.)

Anssi Peräkylän mukaan sosiologien mukaan yhteiskunnalliset seikat, sama kieli tai yleinen moraalit saavat ihmiset havaitsemaan uudet tilanteet samansuuntaisesti ja toimimaan tilanteissa yhdensuuntaisesti. Etnometodologioiden mukaan todellisuus näyttäytyy arkisen toiminnan kautta ja ihmisen puheeseen suhtaudutaan todellisuutta tuottavana ja jäsentävänä ilmaisuna. (Peräkylä 1990, 16.) Peräkylä tulkitsee Goffmanin teoriaa seuraavasti: ”*Erilaiset toimintakokonaisuudet eli kehykset ylläpitävät erilaisia todellisuuksia. Päivän aikana ihminen siirtyy kehyksistä toiseen ja tilanteen määrittelyt eri kehyksissä ovat erilaisia. Kehykset voivat olla päällekkäisiä tai rinnakkaisia. Kukin kehys ikään kuin virittää oman todellisuutensa.* (Peräkylä 1990, 16–17).” Pohdin voisiko ammattilaisten lähisuhdeväkivaltaan liittyvä toimintamalli olla selitettävissä sillä, että ammattilaiset tulkitsevat työtään jokseenkin samankaltaisten kehysten kautta.

Sovellan kehysanalyysiä omaan tutkimusaineistooni siten, että jaottelen vastaajien mahdollisia kehyksiä sanavalintojen kautta, koska tavoitteenani on hahmottaa ja ryhmitellä aineistosta tunteita korostavia kehyksiä. Tässä tutkimuksessani sairaala instituutiona luo kehikon, jossa ammattilaiset toimivat työnkuvansa mukaisesti, mutta työroolin ja työtehtävien antamien kehysten sisällä on mukana myös muita kehyksiä. Ne voivat olla henkilökohtaisia, tunteisiin ja arvoihin sekä asenteisiin liittyviä. Ammattilaiset toivat aineistossani esiin puheeksi ottamisen hetkellä paljon tunteita, joilla he selittivät puheeksi ottamista tai sen sivuuttamista. Tunteilla, joita lähisuhdeväkivalta-aihe nostatti esille ammattilaisten parissa, vaikutti olevan olennaista vaikutusta kysymisen suorittamiselle tai sen pois jättämiselle.

Tutkijana tiedostan, että objektiivisuutta ei ole mahdollista saavuttaa, sillä tutkijana en voi sanoutua irti siitä, että arvot muovaavat sitä, mitä ja miten pyrimme ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. (Hirsjärvi, ym. 2007, 110, 292–293.) Tutkimuksen tekeminen ei ole täysin objektiivista toimintaa, koska tutkijan omat käsitykset ovat vaikuttamassa tutkimuksen tekoon ja tutkija on lisäksi valinnut metodologisen kehyksen. (Hirsjärvi, ym. 2007, 119–122.) Laadullinen tutkimus, kuten kehysanalyysi, sisältää aina tutkijan omaa tulkintaa. Aineiston pohjalta ensimmäistä kertaa kehysanalyysiä käyttävänä oli haastavaa erottaa kehyksiä, mutta ne alkoivat vähitellen selkiytyä tutkimuksen edetessä.

4.4 Analyysitekniikat

4.4.1 Sisällön analyysi

Olen toteuttanut tutkimukseni analyysin kaksivaiheisesti. Seuraavissa alaluvuissa käyn läpi aineistoni analyysivaiheet. Aineiston analyysissa seurasin aluksi temaattista analyysia, sillä se oli myös aineiston fokusryhmähaastattelujen pohjana. Aloitin perustutkimuksellisesti sisällön analyysillä, sillä sitä voidaan pitää sekä yksittäisenä metodina että väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 91.) Analyysi eteni kehysanalyysiin.

Aloitin aineistoon perehtymisen lukemalla valmiiksi litteroidut haastattelut useaan kertaan loppuvuodesta 2013. Aineisto sisälsi viiden eri sairaanhoitoyksikön fokusryhmähaastattelumateriaalit. Jokaisen sairaanhoitoyksikön haastattelut olivat pituudeltaan noin 20–25 arkkia. Materiaalia oli yhteensä 106 sivua. Aineistoa oli varsin mielenkiintoista mutta erittäin haastavaa lukea. opinnäytetyöksi viiden eri sairaanhoitoyksikön fokusryhmähaastattelukokonaisuuden tulkitseminen oli iso haaste. Ottaessani vastaan aineistoa olin aluksi innoissani. Kuukausia myöhemmin haastattelujen vaiherikkaita keskusteluja uudelleen ja uudelleen lukiessani totesin, etten osannut mennä eteenpäin, koska keskusteluissa ei vastattu alustavasti suunnittelemini kysymyksiin. Lisähaasteena oli se, että aineisto oli peräisin sairaalamaailmasta ja koska en ollut mukana hankkeessa alusta asti, oli sen sisäistäminen hankalaa. Myös sosiaalityön pro gradu – tutkielman vaatimukseen sopivan näkökulman löytäminen oli työlästä.

Analysoin aineistoa aluksi sisällönanalyysillä. Aineistolähtöisessä analyysissä teoreettiset käsitteet luodaan aineistosta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 116). Tämä tarkoittaa sitä, että käsitteet eivät olleet valmiina, kuten teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä. Sirkka Hirsjärvi, Pirkko Remes ja Paula Sajavaara (2007) toteavat, että aineiston ollessa muiden keräämää aineistoa, se sopii vain harvoin käytettäväksi sellaisenaan. Haastavuus valmiiden aineistojen kanssa on, että vastauksia ei voi täsmentää tai täydentää lisäkysymysten avulla. (Hirsjärvi ym. 2007, 170.). Tavoitin tutkimukseni aikana usein sellaisen hetken, jolloin olisin halunnut kysyä tarkentavia kysymyksiä haastateltavilta.

Jouni Tuomen ja Anneli Sarajärven mukaan ennen analyysin aloittamista sisällön analyysissä tulee määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana tai keskusteluissa oleva lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110). Olen etsinyt aineistosta sellaiset ilmaisut, jotka ammattilaiset liittävät puheeksi ottamisen yhteyteen. Kokosin vastaukset ensin fokusryhmien mukaan *tunne ja sen vaikutukset toimintaan* eri sairaanhoitoyksiköissä. Seuraavaksi tiivistin tekstiä Tuomen & Sarajärven (2013, 11) ohjeen mukaisesti. Tulkintaani vahvisti se, että ammattilaisten puheenvuorot toistuivat. Huomasin olevani oikeilla jäljillä, sillä aineisto ”loksaheli” omiin luokkiinsa kaikissa viidessä fokusryhmähaastattelussa. Puheenvuorissa tuli esille ammattilasten toimintaan liittyvän tunteen kuvaus. Uusi lähestymistapa auttoi minua havaitsemaan uusia piirteitä aineistosta. Tässä prosessin vaiheessa totesin, että tarvitsen sellaisen analyysimenetelmän, jolla voin tuoda esiin tuloksia selkeämmin. Tässä prosessin vaiheessa totesin, että tarvitsen sellaisen analyysimenetelmän, jolla voin tuoda esiin tuloksia selkeämmin.

Jari Metsämuuroisen (2011) mukaan laadullisessa tutkimuksessa haasteena on se, että tutkimuksen tekemisessä ei ole samanlaisia menetelmiä, joilla tulosta voidaan tarkistaa kuin määrällisessä tutkimuksessa, vaan sen tekeminen perustuu tutkijan omaan intuitioon, tulkintaan, järjestykykyyn sekä yhdistämis- ja luokittamisvalmiuksiin. (Metsämuuroinen 2011, 83–86.) Minulle laadullisen tutkimuksen tekeminen on uusi ja mielenkiintoinen haaste. Olen aiemman pro -tutkimuksen toteuttanut kvantitatiivisella menetelmällä ja tämän työn kanssa koko menetelmä oli opeteltava aivan alusta.

4.4.2 Kehysanalyysi

Tutkin erilaisia fokusryhmähaastattelumenetelmällä toteutettuja tutkimuksia ja törmäsin Goffmanin (1967) kehysanalyysiin useita kertoja ja ryhdyin tutustumaan hänen teoriaansa. Anna-Maija Puroilan (2002) kehysanalyysia on useissa pro gradu -tutkimuksissa käytetty ja päädyin esittämään hänen tiivistelmänsä, sen selkeyden vuoksi.

”Kehysanalyysi sinänsä ei myöskään anna kovin paljon viitteitä siitä, minkälaisen menettelytapojen kautta kehysten analyysi konkreettisesti tapahtuu ja miten kehykset ovat vakuuttavasti tunnistettavissa sosiaalisessa elämässä. ”Kehysanalyysi onkin pikemminkin lähestymistapa kuin analyysimenetelmä kapeasti ymmärrettynä (Puroila 2002, 51).”

Olen jäsentänyt aineistoa seuraamalla Puroilan käyttämää kehysanalyysin toteutustapaa, jota esittelen seuraavassa laatikossa:

1. Aineiston jäsentäminen analyttisten viitekehysten avulla:
 - tilanteiden ja tapahtumakulkujen jäsentäminen havainnointiaineistosta
 - erilaisten kielellisten kuvausten jäsentäminen haastatteluaineistosta
2. Tapahtumakulkujen ja kielellisten kuvausten luokittelua:
 - lähisuhdeväkivaltatyön kehysten eksplikoiminen ja nimeäminen
3. Aineiston uudelleenanalyysi kehyksistä rakentuneen ’kehysten kehyksen’ valossa:
 - kehyksiin kytkeytyvien ajattelu- ja toimintatapojen erittelemine
 - kehysten dynamiikan analyysi

(Puroila 2002, 58.)

Taulukko 1. Esimerkki intuitiosta ja tunteista

<i>Ote aineistosta</i>	<i>Analyttiset kysymykset</i>	<i>Alustava tulkinta aineistosta</i>
<p><i>on sellaiset tuntosarvet, jotka on tullut siinä työtä tehdessä, että ne heti rupeaa kyllä sojottamaan, kun tulee sellainen tunne, että tässä on kyllä nyt jotain.</i></p> <p><i>Monella on sellaisia kehittyneitä intuitiota ja tammöistä, että kun toimii tuolla ja oppii tuntemaan erilaisia ihmisiä ja ihmistyyppisiä ja miten tietynlaiset käyttäytyy.</i></p> <p><i>tulee sellainen olo itsellä, että se vaikuttaisi vähän sellaiselta, että siellä ei ole ihan kaikki hyvin.</i></p>	<p>Minkälaisia ilmaisuja ammattilainen käyttää väkivalta-aiheen puheeksi ottamisesta kertoessaan ja kysymisen suorittamisen yhteydessä?</p> <p>Keskusteluissa ammattilaiset käyttävät sellaisia ilmaisuja kuten tunteet, intuitio ja tuntosarvet</p>	<p>Keskusteluissa ilmenee intuitioon ja omiin tunteisiin liittyvä vaikutus puheeksi ottamisen hetkellä.</p>

Yllä olevasta taulukosta 1. voidaan nähdä, kuinka olen analyysin ensimmäisessä vaiheessa jäsentänyt aineistoa. Kävin läpi aineistoa valitsemalla analysoitaviksi ne kohdat, joissa puheenaiheina olivat ammattilaisten kokemat ilmaisut puheeksi ottamisen yhteydessä. Poimin väkivallasta puhumisen hetkeen liittyviä lauseita, joissa kuvattiin jokin tunne puhumisen aloittamisen hetkeen ja väkivallasta puhumiseen liittyen. Poimin tekstistä kaikki ne kohdat, joissa oli kuvaus jollakin sellaisella kuvaavalla adjektiivilla kuten *aavistuksena, aistimuksena, intuition, sellaisena olona, tunteena tai pahana olona, jaksamattomuutena*, joiden mukaan ammattilaiset tekivät päätöksen toiminnan suuntaamisesta. Toisessa sarakkeessa pohdin analyttisiä kysymyksiäni, minkälaisia ilmaisuja ammattilainen käyttää väkivalta-aiheen puheeksi ottamisesta kertoessaan ja kysymisen suorittamisen yhteydessä. Kolmannessa ja viimeisessä sarakkeessa nostan esiin analyysini ja tulkintani: Tulkitsen ammattilaisten puhetta siten, että keskusteluissa ilmenee lähisuhdeväkivallasta kysymisen hetkeen liittyvää intuition ja tunteiden kuvausta.

Taulukko 2. Esimerkki puheeksi ottamisen haasteista

Aineisto	Mistä keskustellaan?	Analyysi ja tulkinta	Kehys
<p><i>Sitä on ollut aika hankala hallita sellaisessa tilanteessa kun on huonovointinen ihminen, että <u>sitä joutuu ihan rajaamaan, että ei huutele sitä pitkin osastoa tai niitä kokemia asioita. Että tulee liiankin kanssa.</u></i></p> <p><i>Kun ihminen ei tajua siinä sitten, että nyt tässä voi tulla aika hassuja seuraamuksia <u>tämän väkivallan suorittajan osalta</u>, kun se asia tuodaan julkisesti ja hänet nolataan.</i></p> <p><i>Mutta <u>että tosi inhottava tilanne tuli siinä itselle</u>, että miten siinä selität sille toiselle, että ei tässä mitään epäillä tai ole sellaisesta kyse, vaan tämä on ihan rutiinia mitä me tehdään. <u>Mutta ei halunnut tavallaan sitä ongelmaa</u>,</i></p> <p><i>Niin no, mitä minä nyt ajattelisin, niin välttämättähän <u>kaikista ei ole siihen, että ottaa tällaista asiaa edes esille</u>. Vaikka näkisi kuinka, että toisen on paha olla, niin ei meistäkään kaikki ole semmoisia.</i></p> <p><i><u>se tuntuu jotenkin niin hankalalta sisällyttää että alettaisi puimaan jokaiselta, joka on siinä sanonut on ollut jossain vaiheessa väkivaltaa (...). Että siitä ei vain yksinkertaisesti tule mitään.</u></i></p>	<p>Mistä keskustellaan?</p> <p>Missä asiayhteydessä puhuja tarkastelee aihetta?</p> <p>Minkälaisia kielellisiä ilmaisuja puhuja käyttää puheenaiheena olevasta asiasta?</p>	<p>Ammattilaiset pohtivat omien tunteiden kautta väkivalta-aiheen puheeksi ottamiseen liittyviä hetkeä</p> <p>Keskusteluissa ilmenee ammattilaisen tunteisiin ja siihen liittyvä vaikutus toimintaan</p> <p>Keskusteluissa ilmenee pohdintaa omista voimavaroista ja osaamisesta käsitellä asiaa</p> <p>Keskustelunaihe voi aiheuttaa hankaluutta hallita tilannetta</p> <p>Inhottavaa tunnetta haluttomuutta ottaa asia puheeksi</p>	<p>Kehys vaikene misesta (ja tunteista)</p>

Yllä olevasta taulukosta 2. voidaan nähdä, että olen analyysin ensimmäisessä vaiheessa jäsentänyt aineistoa. Aineistosta olen poiminut tiivistetyt otteet ensimmäiseen sarakkeeseen, ne ovat ammattilaisten kuvauksia, joissa he kertovat *hankaluudesta*, *inhottavaa tunnetta itselle* ja *haluttomuudesta* ottaa asiaa esille. Toisessa sarakkeessa pohdin analyyttisiä kysymyksiäni, minkälaisia ilmaisuja ammattilainen käyttää väkivalta-aiheen puheeksi ottamisesta kertoessaan ja kysymisen suorittamisen yhteydessä. Kolmannessa ja viimeisessä sarakkeessa nostan esiin analyysini ja tulkintani: Tulkiten ammattilaisten puhetta siten, että keskusteluissa ilmenee ammattilaisten omiin voimavaroihin ja osaamattomuuteen liittyvää puhetta ja sen lisäksi myös itsensä suojaamiseen liittyviä ilmaisuja.

Kolmannessa ja viimeisessä analyysin vaiheessa jäsentäessäni aineistoa uudelleen päädyin esittelemään aineistosta kehystämisen tavat, joiden avulla voin vastata tutkimuskysymykseeni. Nämä kehykset selittävät ammattilaisten näkemyksiä niistä haasteista, joita he kokevat ottaessaan väkivalta-aiheen puheeksi. Ensimmäinen kehys kertoo, että ammattilaiset pyrkivät etsimään lähisuhdeväkivalta-aiheen puheeksi ottamista varten suotuisan hetken tai tunnetilan, jolloin tilanteen arvioon liittyy tunteita ja intuitiota, jotka ohjaavat ammattilaisten toimintaa. Toisen kehyksen avulla ammattilaiset perustelevat lähisuhdeväkivallasta puhumisen välttelemistä ja kertovat millaisia esteitä liittyy aiheen puheeksi ottamisen hetkeen. Haasteelliseksi muodostui löytää kehyksille niille sopivat nimet. Nimiä vaihdoin useasti ennen kuin päädyin lopulliseen valintaani. Kehykset ovat: *tunteisiin ja intuitioon liittyvät kehykset* ja *välttelyyn liittyvät kehykset*.

Alla olevaan taulukkoon olen vielä lopuksi koonnut puheeksi ottamisen vaikeuteen liittyvät kielelliset ilmaisut ja kehykset.

Taulukko 3. Kehykset ja ilmaisut koottuina

Kehys	Kielelliset ilmaukset
Tunteisiin ja intuitioon liittyvät kehykset	<ul style="list-style-type: none"> - on tullut hiukan sellainen intuitio, - sellaiset tuntosarvet, - tulee sellainen tunne, - sellaisia kehittyneet intuitiota ja tämmöistä, - tulee sellainen olo itsellä, - on sellainen tunne, minä aistin ja näen, sinne vain tulee sellainen tunne, - vaikuttaa, että se on tuo ja että tässä ei nyt kaikki mene ihan kunnolla, - koet ihan selkeästi, - minulla on semmoinen olo, - jos epäily herää tai tulee sellainen tuntuma,
Kehys	Kielelliset ilmaukset
Välttelyyn liittyvät kehykset	<ul style="list-style-type: none"> - se on vähän hankala, - sitä on ollut aika hankala hallita sellaisessa tilanteessa, - sitä joutuu ihan rajaamaan, että ei huutele, - meille se on vähän haastavaa se, - me ei pystytä ottamaan sitä vastaan, - että tosi inhottava tilanne tuli siinä itselle, - mutta ei halunnut tavallaan sitä ongelmaa, - kaikista ei ole siihen, että ottaa tällaista asiaa edes esille, - se tuntuu jotenkin niin hankalalta sisällyttää, - että siitä ei vain yksinkertaisesti tule mitään, - mutta ei niitä minun mielestä pidä edelleenkaan ruveta penkomaan. - kuuluuko se välttämättä sille lääkärille, - itse mieltii että sen asian kysyminen on vähän vaikeaa, - itsellä ei kuitenkaan halua ole - en minä ainakaan jaksaisi ruveta

Kehyksistä muodostuneen uuden tiedon perusteella kävin läpi uudelleen aineistoa. Kehyksien avulla ammattilaisten toiminta ja ajattelutavat voitiin nostaa laajempaan pohdintaan ja miettiä kehysten valossa lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen mahdollisuuksia. Tulkinnastani kerron seuraavassa kappaleessa yksityiskohtaisesti.

5 PUHEEKSI OTTAMISEN KEHYKSET

Tässä luvussa esittelen tutkimuksen tuloksia ja lähisuhdeväkivaltaa kohdanneiden asiakkaiden parissa työskentelevien sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisten esteitä ottaa lähisuhdeväkivalta-aihe puheeksi. Tutkimuksessa pyrittiin löytämään selityksiä sille, miksi lähisuhdeväkivallasta puhuminen koettiin niin vaikeaksi, mitä esteitä liittyi siihen, että väkivalta-aihe jätettiin käsittelemättä.

Lähisuhdeväkivallasta puhuminen oli ammattilaisille tulosteni mukaan vaikea tehtävä. Tulkinnat tarkensin kahteen erilaiseen kehykseen: tunteisiin ja intuitioon liittyvään kehykseen ja välttelevään kehykseen. Aineistossa tuli esille, että ammattilaisten tulkinnat puheeksi ottamisen tilanteesta vaihtelivat ja he käyttivät useita eri kehyksiä. Lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamista välttelevä puhe oli aineistossa yleistä ja ammattilaiset kuvasivat tilannetta kasvojen suojaamiseen ja jaksamiseen liittyvillä puheenvuoroilla. Näin ollen asiakkaan vastuulle jäi ottaa asia puheeksi.

Haastatteluaineistosta nostin esille tunteisiin liittyviä tekijöitä ja niistä oli valittavissa kaksi erilaista kehystä, jotka kuvaavat, millaisesta henkilökohtaisesta näkökulmasta ammattilaiset tarkastelivat lähisuhdeväkivalta-aiheen puheeksi ottamista.

Kehykset nimettiin *Tunteisiin ja intuitioon liittyviksi kehyksiksi ja Välttelyn kehyksiksi*. Seuraavissa alaluvuissa kerron kehyksistä tarkemmin.

5.1 Tunteisiin ja intuitioon liittyvät kehykset

Tunteisiin liittyvässä kehyksessä tuli esille, että työntekijällä lähisuhdeväkivalta-aiheen puhumisen aloittamiseen liittyy sisäinen tunne, joka lähtökohtaisesti ohjaa työntekijää tekemään aloitteen. Tästä kehyksestä käsin väkivallan puheeksi ottamisen toteuttaminen oli yhteydessä tunteeseen, joka ohjasi työntekijän toimintaa (puhumisen tai puhumattomuuden) suuntaan. Olen poiminut aineistosta tarkasti harkiten ne otteet, jotka kuvaavat parhaiten, mitä aineisto-otteet kertovat ja miten olen niitä tutkijana tulkinut.

Alla olevassa esimerkissä ammattilainen kertoo esimerkin kokemuksestaan, jossa on käyttänyt kokemuksellista tietoa siitä, että hän näkee ja aistii asiakkaasta, mitä hänelle on tapahtunut ja alkaa kysellä väkivaltakokemuksesta.

G2P3: Tämä on taas se vähän vaikeaa juuri sanoa, että ehdottomasti nyt tässä, mutta sehän on esimerkiksi luontevaa siinä hoitotyössä, jos sinulla on mahdollisuus siinä kun sinä otat sitä potilasta vastaan tai olet sen kanssa tekemisissä. Siinä jos sinulla herää semmoinen, niin ottaa se siellä muiden kysymysten lomassa vastaan, että mistäs sinulle on tällainen mustelma tullut, että missä sinä olet sen satuttanut. Että aina tilanteen mukaan.

G2P2: (...), että minä luulen, että aika monella on sellaisia kehittyneitä intuitiota ja tällaisista, että kun toimii tuolla ja oppii tuntemaan erilaisia ihmisiä ja ihmistyyppisiä ja miten tietynlaiset käyttäytyy. Sinne vain tulee sellainen tunne, että (...)

G1P5: Minulla on ihan hiljattain tästä sellainen kokemus, (...) että nyt on jotakin paha tehty tälle naiselle. Ja (...) minä sanoin, että minä aistin ja näen sinusta, että (...) Minun ei tarvinnut tehdä sitä sen kyselyn mukaan, vaan se lähti minusta itsestäni ja minä tosiaan häneltä kysyin, että mitä, minä aistin ja näen, että sinulle on tapahtunut, onko sinulle tapahtunut ja mitä se on mitä sulle on tapahtunut ja kerroin tämän meidän auttamisväylän. (...) Mutta tämä on semmoinen tilanne missä minä luontaisesti käytin tätä intuitiota ja tätä tapaa.

Nämä yllä olevat aineisto-otteet tuovat esille ammattilaisten kokemia tunteita puheeksi ottamisen yhteydessä. Ammatillaiset kertoivat tunteiden ja intuition käytöstä luontevana osana työssään toimimista. Ammatillaiset toivat tunteiden merkityksen hoitotyössä esiin tärkeänä osana toimintaa, jonka avulla he pyrkivät valitsemaan sopivan ajankohdan ottaa väkivalta-asia puheeksi. Tunteet tulivat vastauksissa esille sellaisena ”apuominaisuutena”, joka korostui erityisesti erään yksikön ammattilaisten kuvauksissa, sillä ammatillaiset kuvasivat tunteiden kuuluvan heidän työnkuvaansa. Ammatillisten vastauksista näkyy luonnollisena osana puhua tällä tavoin. Ammatillaiset viittaavat keskusteluissa tunteisiin ja intuition luontevana osana toimintaa. Tulkitseen, tätä siten, että nämä ohjaavat tunteet näyttävät myös ennakoivan ryhtyykö työntekijä puhumaan lähisuhdeväkivallasta vai ei.

Alla olevassa esimerkissä työntekijä kertoo vastakkaisen näkemyksensä.

GIP4: Ja sitten se, [.] sanoi, että sellaisille, jotka tuntuu, että tarvitsevat, niin hyvin usein se on sellainen henkilö, josta ei voisi ajatellakaan, että hänellä on sellaisia kokemuksia, että sitten se tulee ihan yllättäen. Että sitä ei jotenkin voi nähdä kaikista kyllä. Kyllä se [kysyminen] sillä tavalla perusteltua on, mutta kyllä se käytännön toteutus on ajoittain aika vaikeaa.

Yllä olevassa kommentissa ammattilainen kyseenalaisti tällaisen työtavan, jossa tukeudutaan tunteisiin ja intuitioon ja totesi, ”ettei hän voi nähdä” asiakkaasta väkivallan kohteeksi joutumisen kokemusta. Lähisuhdeväkivaltaa ei voi aina nähdä suoraan: aiemmissa tutkimuksissa on tullut esille, ettei väkivaltakokemusta ilman näkyviä fyysisiä vammoja voi nähdä ihmisestä päällepäin. (Perttu ym. 2006, 10.)

Tutkimukseni tulokset ovat samansuuntaisia Raija Nurmisen (2000) väitöskirjan kanssa, jossa hän on tutkinut hoitajien intuitiota. Hänen tutkimuksensa mukaan osa hoitajista piti intuitiota erittäin keskeisenä asiana hoitotyössä. Intuitiota kuvattiin seuraavasti: ”Ei sitä voi kuvata, se liittyy jokapäiväiseen työskentelyyn, se vain on täällä.” Osa hoitajista koki turhautuneisuutta, koska he tunnistivat ilmiön, mutta eivät osanneet kuvata sitä. Osalla ammattilaisista on askel askeleelta asioista etenevä ajattelumalli, jonka avulla muodostetaan looginen kokonaisuus ja he eivät usko intuition mahdollisuuteen. (Nurminen 2000, 115–116.) Matti Huttunen (2013) on kirjoittanut artikkelin intuitiosta ja lääkärintyöstä. Huttusen mukaan ihminen etsii automaattisesti tapahtumille syitä ja tarkoituksia. Tällöin tapahtumien samankaltaisuus aiempiin tapahtumiin verrattuna saa aikaan sen, että päätös toiminnasta syntyy nopeasti. Vaarana on, että yksityiskohdat jäävät huomioimatta ja tilanne voi olla erilainen. (Huttunen 2013.)

Tuloksissa tuli esille, että valtaosa ammattilaisista luottaa tunteisiin ja intuitioon, joka ohjaa heidän toimintaansa puheeksi ottamisen suuntaan, ennen kuin he alkavat puhua lähisuhdeväkivaltakokemuksista asiakkaan kanssa. Puheeksi ottamista ei siis tehty tutkimukseni aineistossa rutiininomaisesti kaikille, kuten oli projektin tarkoitus.

5.2 Välttelyyn liittyvät kehykset

Välttelyyn liittyvässä kehyksessä tuli esille, että toinen aineistossani löytyvä tapa selittää puheeksi ottamisen tekemättä jättämistä perustuu välttelyyn. Selitän välttelyä tässä kehyksenä, joka ilmentää ammattilaisten tunteita puheeksi ottamisen haasteellisuudesta. Välttelyn kehyksen kautta puheeksi ottaminen nähtiin hankalana tehtävänä ja ammattilaiset jättivät sen tekemättä. Olen poiminut aineistosta tarkasti harkiten ne otteet, jotka kuvaavat parhaiten, mitä aineisto-otteet kertovat ja miten olen niitä tutkijana tulkinnut.

Alla olevissa esimerkeissä ammattilaiset kertovat, että he jättävät lähisuhdeväkivalta-aiheen puheeksi ottamisen tekemättä omien tunteittensa ja voimiensa ehtyneisyyden vuoksi. Esimerkit kertovat ammattilaisten halusta suojella itseään ja omaa jaksamistaan.

G4P2: Minä olen kyllä joskus ihan muutaman kerran huomannut itse selkeästi sen, että se potilas on tuottanut niin hirveästi ongelmia, että minä olen itse hänestä niin kuormittunut, että minä en voi enää. sitten olen vain ajatellut, että noh, minä jätän tämän jollekin muulle työryhmän jäsenelle, mutta, [naurua] ilmeisesti nekin on olleet niin kuormittuneita! Että niitä ongelmia on vain niin paljon, että vieläkö tämänkin menen kysymään, jos täältä vielä tulisi jotain lisää.

G3P2: Ja yöaika on huono aika ruveta perkaamaan mitään tuommoista. Kun ylipäättänsä kuka jaksaa, en minä ainakaan jaksaisi ruveta.

G3P3: Niin, eikä se potilaskaan ole silloin virkeämmillään ja parhaimmillaan kertomaan sitä asiaa.

G4P2: Jotenkin siinä pitää olla aika skarppina olla, jos sieltä tuleekin se, että on tällaista ja tällaista ja se itsekin haluaa avautua siinä, ja että on aikaa ja voimavaroja itsellä, että no nyt. Että ei voi sanoa että [epäselvää ja päällekkäistä puhetta, haastateltava esittää katsovansa kelloa ja vilkuttaa].

Tulkitsen yllä olevien aineisto-otteiden tuovan esille ammattilaisten asenteellisuutta puheeksi ottamiseen liittyen. Ensimmäisessä esimerkissä ammattilainen jättää puheeksi ottamisen tehtävän suorittamatta siksi, että hän kokee itse työtehtävän aiheuttavan

kuormituksen tunnetta. Ammatilainen siirtää puheeksi ottamisen tehtävän kertomansa mukaan johonkin muuhun ajankohtaan ja jollekin muulle työryhmän jäsenelle, nimeämättä kuitenkaan tarkemmin ajankohtaa tai henkilöä. Toisessa ja kolmannessa esimerkissä ammatilainen ei jaksakaan lähteä selvittämään yöllä lähisuhdeväkivalta-aihetta, koska kyseessä on myöhäinen ajankohta ja pohtii asiaa yleistyksen kautta, ettei kukaan muukaan jaksaisi, eikä edes asiakas ole virkeimmillään yöllä. Ammatilaisen vastauksesta huokuu mielestäni välinpitämättömyys, sillä asiakkaan asian sivuuttaminen omaan jaksamattomuuteen tai öiseen ajankohtaan vedoten on hämmentävää. Ammatilainen on kuitenkin suorittamassa työpaikallaan hänelle määrättyjä tehtäviä.

Neljännessä esimerkissä ammatilainen aluksi kertoo tiedostavan sen toimintatavan, että mikäli asiakas haluaa kertoa väkivaltakokemuksestaan, hänen pitää ammatilaisen roolissa pystyä ottamaan tieto ja siitä mahdollisesti seuraava tunnekuorma vastaan. Ammatilaisen eleet kuitenkin paljastavat paljon hänen asenteistaan asiaa kohtaan (*haastateltava esittää katsovansa kelloa ja vilkuttaa*). Mikäli asiakas olisi samassa tilassa, hän voisi tulkita sanattomat viestit siitä, ettei ammatilaisella ole aikaa asiakkaan asialle. Esimerkissä tulee myös esille se, että jos asiakas haluaa puhua, puheeksi ottaminen on asiakkaan vastuulla. Viimeisessä esimerkissä tulee esille Goffmanin (1971) mukaan ihmisten inhimillinen taipumus käyttää merkkejä ja symboleja henkilökohtaisen keskustelun aikana. Sosiaalisen arvon ja keskinäisen arvioinnin välittyminen tapahtuu hienovaraisesti. Ammatilainen voi viestittää toisille äänensävyyn muutoksella, vilkaisemalla toisaalle tai ottamalla tuomitsevan sävyn. (Goffman 1971, 51–52.) (Katso myös Keeling ja Fisher 2014 Anderson & Umberson 2001, Husso 2013.)

Yllä esitetyt ammatilaisten puheenvuorot kuvasivat siis puheeksi ottamiseen liittyviä esteitä. Aineisto-otteissa tuli esille, että ammatilaiset tiedostivat lähisuhdeväkivallan olemassaolon, ja heillä oli tiedossaan *Tunnistamisen ja puheeksi ottamisen systematisointi – mallin* käytön tavoitteet. Lähisuhdeväkivalta-aiheen puheeksi ottaminen jätettiin tekemättä sivuuttamalla koko asia ja määrittelemättä selkeästi kuka tai koska kysely pyrittiin tekemään.

Alla olevissa esimerkeissä ammatilaiset kertovat, että he jättävät lähisuhdeväkivalta-aiheen puheeksi ottamisen tekemättä siirtämällä vastuuta pois itseltään. Ammatilaiset perustelevat toimintaansa vedoten ensiksi omaan toimenkuvaansa ja sitten koko yksikön toimenkuvaan.

G3P3: Ja tuntuu, että monesti se ei ehkä. onko se niin sairaanhoidollinen asia puuttua siihen, että tuntuu enemmän, että se on enemmän sen sosiaalipuolen ja paljon siinä on sitä psyykepuolta ja päihdepuolta kyllä kanssa. Jotenkin tuntuu, että se ei ole ehkä niin lääkärinkään homma lähteä sitä asiaa sitten perkaamaan.

G5P6: Tässä on paljon ollut tällaista organisaatiosta johtuvaa hankaluutta. Ja semmoinenkin kannanotto, että ei kuulu yleissairaalapsykiatrian toimenkuvaan.

Ymmärrän yllä olevien aineisto-otteiden tuovan esille ammattilaisten halua sivuuttaa puheeksi ottamisen tehtävä. Nämä esimerkit vahvistavat samoin kuin aiemmat esimerkkiotteet, joissa ammattilainen kertoo näkemyksensä, ettei kysyminen kuulu juuri hänen toimenkuvaansa ja että he siirtävät kysymisen tehtävän jollekin muulle taholle: kuten aiemmassa esimerkissä, tässä esimerkissä samankaltainen vastuun siirtäminen esiintyy uudelleen. Tuloksissa näkyy vastuun siirto ja tehtävän pallottelu eri ammattikunnille. Tätä lähisuhdeväkivallan puuttumisen ambivalenttisuutta on tästä VISH -hankkeesta tutkinut esimerkiksi Tanja Pasanen pro gradussaan (2011), sekä Satu Ropponen ja Tiina Ronkainen (2012), jotka ovat niin ikään tutkineet Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen vastuuta kehysanalyysin avulla työntekijöiden näkökulmasta.

Useat tutkimukset osoittavat, että terveydenhuollon ammattilaiset eivät kysy lähisuhdeväkivallasta asiakkaalta, koska epäilevät, ettei se kuulu heidän tehtäviinsä. (Katso esim. Virkki ym. 2015, 19.) Lähisuhdeväkivalta-aiheen puuttumiseen on myös tehty useita oppaita jo vuosia sitten. Esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa *Kenelle lyönnit kuuluvat?* Kuntaopas pari- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisytyöhön vuodelta 2005 on jo todettu, että ”pari- ja lähisuhdeväkivallan ehkäiseminen ja siihen puuttuminen kuuluu kaikille (Edwals 2005, 3)”. Näin ollen kirjallisuutta ja materiaalia aiheen vakavuudesta ja puheeksi ottamisen tärkeydestä on ollut pitkään saatavilla.

Tulkitsen näitä vastauksia Goffmanin teorian avulla. Aiheen välttely on kasvotyössä varmin keino estää kasvojen menetys. Ihmiset jättävät käsittelemättä asioita, jotka saattavat aiheuttaa heille itselleen tunnereaktioita tai paljastaa heidän omaa epävarmuuttaan tai osaamattomuuttaan toimia kyseisessä tilanteessa. (Goffman 1971, 33) Ammattilaiset pyrkivät tukemaan tätä omaa tulkintaansa itselleen myönteisessä valossa. (ks. Goffman

1971, 242.) Tutkimukseni tulosten mukaan ammattilaiset vetoavat toimintatapansa olevan organisaation määrittelemä työtapa.

Alla olevissa esimerkeissä ammattilaiset kertovat, että he jättävät lähisuhdeväkivalta-aiheen puheeksi ottamisen asiakkaalle. Ammattilaiset toivat myös esiin asiakkaan olevan itse vastuussa puheeksi ottamisesta.

G3P3: Että sen potilaan pitää tulla itse sen takia ja tuoda itse esille se, että vammat johtuu vaikka siitä lähisuhdeväkivallasta. Muuten se ei sieltä nouse.

G4P1: Ja minun mielestä on vaikea arvioida sitä juuri siinä tilanteessa, että onko potilas valmis tässä tilanteessa tämmöiseen asiaan.

G4P4: Niin ja varmaan meillä se, tai minua ainakin on opetettu koulussa, että tavallaan se potilaslähtöisyys, niin se varmaan siitä tulee se, että hyvin pitkälti menee justiin sen mukaan mikä sen potilaan tarve on ja mitä potilas ottaa puheeksi. (...)

Tulkitsen yllä olevien aineisto-otteiden tuovan esille ammattilaisten tapoja siirtää puheeksi ottamisen vastuuta asiakkaalle ja tarkemmin katsottuna vastauksissa tulee esille ammattilaisten asenteellisuutta puheeksi ottamiseen liittyen. Aineistoesimerkeissä kuvataan, että ammattilaisten mukaan asiakkaan pitäisi itse ottaa lähisuhdeväkivallan kokemus puheeksi. Ammattilaiset korostivat vastauksissaan asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaan vastuuta.

Tutkimusten mukaan vastuu puheeksi ottamisesta tulisi olla ammattilaisilla ja väkivallasta kysyminen on olennaista, sillä kaikki asiakkaat eivät itse lähde puhumaan asiasta ja lähisuhdeväkivallan kokemus ei näy päällepäin. (katso esim. Husso 2013, Virkki ym. 2015.) Tästä syystä ei ole yllättävää, että jos ammattilaiset eivät tee kyselyä, asiakkaat kokevat, ettei terveydenhuollon henkilökunnalta saa riittävästi apua. (Katso esim. Bacchus ym. 2003, Virkki ym. 2015, 19.)

Seuraavaksi esittelen aineisto-otteen, jossa ammattilainen kertoo välttelyalueelle joutumisesta ja kasvojen menettämisen pelosta

G4P1: (...) Mutta että tosin inhottava tilanne tuli siinä itselle, että miten siinä selität sille puhelimen toiselle, kuka siinä on, että ei tässä mitään epäillä tai ole sellaisesta kyse, vaan tämä on ihan rutiinia mitä me tehdään. Mutta ei halunnut tavallaan sitä ongelmaa, (...)

Selitän yllä olevan aineisto-otteen esittävän aiheesta puhumattomuutta välttelyn keinona, jolla puhuja pystyy suhtautumaan puheeksi ottamisen tehtävään. Ammattilainen pyrkii välttämään itselleen aiheutuvan inhottavan tilanteen, joka seuraa siitä, että hän esittää asiakkaalle epäilynsä mahdollisesta väkivallasta lähisuhteessa. Hän on tietoinen ”ongelmasta”, joka tästä kysymisestä seuraa, eli mahdollisesti lisätyötä, selvittelyä ja epäselviä työtehtäviä ja jopa siitä, ettei itse tiedä kuinka tulee toimia. Huoli ei kohdistu itse ongelmaan eli väkivaltaan, vaan ammattilainen pyrkiikin tässä tilanteessa suojelemaan itseään ja omia kasvojaan. Goffmanin mukaan kasvojen menettämisen pelko estää usein osallistujia aloittamasta kontakteja, joissa voisi olla tarjolla tärkeää tietoa. Kärjistetysti sanoen tuttu ja turvallinen toimintamalli näyttää houkuttelevammalta kuin sosiaalisiin kohtaamisiin liittyvät uhat. (Goffman 1971, 38.)

Tässä toimintamallissa näyttäytyy mielestäni Goffmanin teoria siitä, että tuttu toimintamalli (työtehtävät) on mukavampi valita kuin lähteä tekemään *Tunnistamisen ja puheeksi ottamisen systematisointi* -mallin tehtävänantoa. Goffmanin sanoin: ”*Silloin, kun linja tai toimintamalli on valittu, ihmiset tavallaan jäivät siihen kiinni.* (Goffman 1971, 242).” Tässä yhteydessä tulkitsen Goffmanin teoriaa siten, että jos sairaalan toimintamalleissa ei ole kirjoitettu lähisuhdeväkivaltatyöskentelyä velvoittavana osana työnkuvaan, ei henkilökunta ota tehtävää esille.

Goffmanin mukaan ihmisillä on taipumus vältellä sellaisia puheenaiheita ja pysyä poissa sellaisista tilanteista, joissa heidän osaamistaan vähätellään tai sanomisilleen suhtaudutaan huvittuneesti. Lopputuloksena voi pahimmillaan olla se, että ihmiset eivät tee tai sano mitään, jollei he ole varmoja siitä, etteivät tule nolatuksi. (Goffman 1971, 62.) Pohdin, että mikäli ammattilaisilla on tällainen toimintakulttuuri, on lähisuhdeväkivalta-työskentelyn tehostaminen todella haasteellinen tehtävä.

6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN POHDINTAA

Tämän tutkimuksen luotettavuutta voidaan pohtia kehysanalyysin näkökulmasta, jolloin voidaan olettaa, että tutkimuksessa esiin tulleet kehykset tuovat esille ammattilaisten väkivaltatyöhön liittyviä haasteita ja kertovat työpaikalla olevasta toimintakulttuurista. Tutkimukseni aineisto oli kuitenkin suhteellisen pieni, joten yleistyksiä ei näistä tuloksista voida tehdä. Tutkimus oli suoritettu viiden fokusryhmähaastatteluryhmän avulla. Fokusryhmähaastatteluissa haasteena on se, kuten Virkki kertoi aineistoa luovuttaessaan, että yksilöiden oma ääni tai mielipiteet eivät pääse esille, vaan haastateltavien näkemys saattaa muodostua samankaltaiseksi riippuen siitä, kuinka vahvoja mielipiteitä kullakin haastateltavalla on ja mikä rooli ryhmän jäsenillä on työyhteisössä. (Virkki 2013.)

Asiakkaan asemaa pohdin tässä luvussa, sillä tutkimuksessa keskityttiin vain ammattilaisten kertomiin haasteisiin. Asiakkaiden näkökulmaa eivät ammattilaiset tuoneet haastatteluissa juuri esille. Ammattilaiset mainitsivat haastatteluissa vain muutaman kerran asiakkaan reaktioita puheeksi ottamisen yhteydessä. Vastauksissa tuli kuitenkin esille, että ammattilaiset tiedostivat puheeksi ottamisen olevan asiakkaalle tärkeää.

Alla olevassa esimerkissä ammattilainen kertoo asiakkaan reaktion kysymiseen:

G2P1: No se oli minulla ainakin silloin yöllä, että minähän en tiennyt miksi he olivat menossa lääkäriin, nehän tuli ensin tuli ensin minulle ja siinä käytiin yhdessä ne kysymykset läpi. (...) kyllä minä muistan sen yhdenkin tapauksen, hän oli täyttänyt ne ensimmäiset kysymykset ja se huokaisi vain pitkään, että voi että, voinko minä todella ruveta sinulle puhumaan. Ja hän kertoi. Ja ihan järkyttävää väkivaltaa ihminen todella niin kuin on kokenut, (...)

Yllä näkyy asiakkaan helpotus ja tyytyväisyys siihen, että hän pääsi puhumaan kokemastaan lähisuhdeväkivallasta. Asiakaslähtöisyyden näkökulmasta asiakas on oikeutettu saamaan tarvitsemaansa apua. Ammattieettisestä näkökulmasta terveydenhoitoalan työn tekemiseen kuuluu elämän ja terveyden vaaliminen ja ihmisten hyvinvoinnin ja turvallisuuden edistäminen. (Niemi-Kiesiläinen 2006, 452.) Ammattilaisen puolelta ei ole professionaalista sivuuttaa asiakkaan tarpeita. Omasta positioistani

sosiaalityöntekijänä, jonka työnkuvaan kuuluu ottaa puheeksi epämurkavia ja kiusallisia asioita, tätä ammattilaisten puhumattomuuden tapaa oli problemaattista ymmärtää. Tutkimuksen tekeminen eteni hitaasti, koska pysähdyin usein miettimään ammattilaisten puheenvuoroja ja vertasin niitä asiakkaan kohdatuksi tulemisen näkökulmaan.

Pohdin seuraavaksi hieman tutkimuseettisiä ja ammattieettisiä kysymyksiä. Ennen hankkeen aloitusta Jyväskylän yliopiston tutkimusryhmä oli hakenut asiaankuuluvat luvat VISH – hankkeen aineiston keruuta varten Jyväskylän yliopiston eettiseltä toimikunnalta ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta. Tutkimusprosessin ajan kaikkia aineistoa käyttäviä tutkijoita ja opiskelijoita sitoi täydellinen vaitiolovelvollisuus. Tämä koski myös minua ja vahvistin vaitiolositoumuksen saatuaani aineiston. Hyvän tutkimuskäytännön mukaisesti hankkeeseen osallistuvilta ammattilaisilta oli pyydetty osallistumisesta suostumus. Tutkittaville oli tässä yhteydessä turvattu täydellinen anonymiteetti ja tästä johtuen raportoinnissa on huolehdittu siitä, etteivät tutkittavat ole tunnistettavissa. (Virkki 2013.) Tutkimusta tehdessäni olisin halunnut eritellä vastauksia ammattikunnan mukaan. En voinut kuitenkaan tuoda tietoja esille, sillä tutkimukseen osallistuneet yksiköt oli hankkeessa esitelty ja tällöin vastaajat olisivat saattaneet identifioitua.

VISH -hankkeesta on julkaistu useita kotimaisia artikkeleita sekä julkaisuja ulkomaisissa lehdissä. (Katso esim. Mäntysaari 2011, Husso ja Virkki 2013, Virkki 2015.) Lisäksi Jyväskylän yliopistossa on tehty useita psykologian ja sosiaalityön kandidaatti- ja pro gradu -tutkielmia psykologiassa ja sosiaalityössä. Kun samasta hankkeesta on tehty useampia tutkimuksia eri tieteenalojen taholta ja mikäli tulokset ovat samansuuntaisia, ne vahvistavat tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimusnäkökulma vaihteli kuitenkin tutkijan mukaan, mutta lähes kaikkia tutkijoita kiinnosti selvittää hankkeen onnistumista ja sen merkitystä väkivaltaan puuttumisessa. Aineiston ollessa sama, löytyy myös samoja aineistonäytteitä useasta tutkimuksesta. Säilytin haastatteluaineistoa lukitussa kaapissa ja salasin aineiston tietokoneellani. Tutkimukseni valmistuttua hävitin kaikki materiaalit viemällä ne työpaikkani salattujen papereiden lukittuun asiakirjasäilöön, josta ne asiaankuuluvasti tuhotaan ja tuhosin tietokoneellani olevat tiedostot.

Tutkimusaihe on eettisesti varsin tärkeä ja oikeutettu, sillä lähisuhdeväkivalta aiheuttaa paljon inhimillistä hätää ja kärsimystä sekä itse uhrille että lähipiirille. Lisäksi

lyhytkestoisiin kehittämissuunnitelmiin upotetaan miljoonia euroja. Tämä on huomattava summa, mutta se on pieni raha väkivallasta yhteiskunnalle koituvien välillisten ja välittömien kustannusten rinnalla. (Husso ym. 2014.) On aiheellista pohtia, miten kehittämissuunnitelmat ja väkivaltakoulutus ovat tuottaneet tuloksia ja miten ne ovat juurtuneet. On myös tärkeää, että uusia hankkeita ja projekteja suunniteltaessa hyödynnettäisiin jo aiemmin tehtyä materiaalia ja tehdään sitä käyttökelpoiseksi.

7. TULOSTEN POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Peräkylän (1990, 19) mukaan kehysanalyysin varsinainen tehtävä on eritellä kehysten välistä dynamiikkaa. Pohdin näiden kahden kehysten vaikutusta toisiinsa ja niiden eroavaisuuksia.

Tunteisiin ja intuitioon liittyvät kehykset ilmenivät aavistuksena, aistimuksena, intuition, sellaisena olona, tunteena, joiden mukaan ammattilaiset tekivät päätöksen toiminnan suuntaamisesta, eli he päättivät kysyä tai olla kysymättä väkivallasta. *Välttelyn kehyksen* puitteissa puheeksi ottaminen koettiin vaikeaksi. Välttelyn kehyksen kautta paljastui, etteivät ammattilaiset omaan jaksamiseen tai tunteisiin vedoten olleet ottaneet lähisuhdeväkivaltaa puheeksi. Kaikissa viidessä fokusryhmähaastattelussa ammattilaisten vastauksissa toistui tässä suhteessa varsin paljon samankaltaisuutta. Lisäksi vastauksista oli löydettävissä kasvojen suojaamisen ja välinpitämättömyyden elementtejä.

Ammattilaiset kokivat, että asiakkaan tehtävänä on itse kertoa väkivaltakokemuksestaan oma-aloitteisesti. Tutkimuksen tulokset osoittavat ammattilaisten toimintatavan painottuvan individualistisiin näkökulmiin, joiden mukaan lähisuhdeväkivalta on yksilön oma asia. (Individualistisesta näkökulmasta lähisuhdeväkivallan yhteydessä on kirjoittanut erityisesti Virkki 2015.)

Tämä tutkimus vahvistaa aiempaa tutkimustietoa siitä, että lähisuhdeväkivaltaan liittyy edelleen puhumattomuuden kulttuuria ja sitä on myös ammattilaisten parissa. Muutamissa puheenvuoroissa ammattilaiset ottivat esille, etteivät he halunneet kuormittaa asiakasta

tietyissä tilanteissa, jotka liittyvät asiakkaan sen hetkiseen psyykkiseen tai fyysiseen tilanteeseen. Tällainen hienotunteisuus voidaan tulkita usealla eri tavalla. Se voidaan nähdä hyväksi asiakaslähtöisyydeksi, mutta se saattaa aiheuttaa sen, että evätään asiakkaan tarpeet ja hoitoonohjaus. Tutkimustieto kertoo siitä, että naiset olivat eniten toivoneet keskusteluapua tai henkistä tukea ammattilaisilta. (European Union Agency for Fundamental Rights FRA 2014b, 24.) Tutkimus toi lisää informaatiota siitä, että tunteet ja intuitio ovat osana ammattilaisten työtappaa väkivalta-aiheen puheeksi ottamisen yhteydessä.

Väkivaltaan puuttumisen ja vähentämisen näkökulmasta haaste ei nähdäkseni ole siis se, että lähisuhdeväkivallan olemassaoloa ei tiedosteta, vaan ylipäänsä se, että valtaosa ammattilaisista ei koe lähisuhdeväkivalta-aiheen puheeksi ottamista omaan työtehtäväänsä kuuluvaksi.

Virkki (2004) toteaa, että toimijuuden ja tunteiden liittäminen toisiinsa on pulmallista silloin, kun emootioita ja järkeä ajatellaan problemaattisina tai asetetaan ne vastakkain, kuten länsimaisessa ajattelussa on tapana. (Virkki 2004, 23). Konstruktionistissa tunneteorioissa tunteet liitetään arvoihin ja normeihin. Tunteiden voidaan Virkin (2004) mukaan ajatella koostuvan sosiaalisista arvoista, joiden pohjalta toimija voi tuntea kuhunkin tilanteeseen sopivia yhteiskunnan moraalisia, poliittisia ja sosiaalisia tunteita. (Virkki 2004, 57.) Ammattilaiset pohtivat puheeksi ottamista pääasiassa omalta kannaltaan. Ammattilaisten mielestä lähisuhdeväkivalta-aihe koetaan vaikeaksi. Ammattilaiset kertovat tuntemastaan väkivalta-aiheen käsittelemiseen liittyvästä pahasta olost.

Pohdin, mikä vaikutus organisaatiolla on ammattilaisten toimintaan. Arja Jokinen, Kirsi Juhila ja Tarja Pösö (1995) ovat pohtineet sosiaalityön ongelmatyön haasteita siitä näkökulmasta, että organisaatioiden yleiset tavoitteet ja lainsäädännölliset tehtävät kietoutuvat ongelmatyöhön. Jokinen ym. (1995) puhuvat sosiaalityön ongelmatyöstä, mutta yhtä lailla ongelmatyötä tehdään myös terveydenhoitoalalla ja poliisissa. Ongelmatyöksi voidaan mielestäni kutsua myös väkivaltatyötä. Kiinnostavaa ongelmatyön näkökulmasta on Juhilan ym. (1995) mukaan, miten organisaation perusteet kietoutuvat osaksi työn käytäntöjä ja kuinka työntekijä perustelee omaa toimintaansa asiakkaalleen suhteessa erilaisiin välttämättömyyksiin tai jopa ohjaa asiakasta tai hänen ongelmaansa organisaatioon sopivaksi. (Juhila ym. 2008 15)

Tämän VISH – hankkeen jälkeen alkoi uusi projekti, Läheisväkivallan ehkäisyn kansallinen osaamiskeskus –hanke, joka toimi vuosina 2012 - 2014. Huolta herätti hankkeen päättymisen jälkeen se, kuinka SOTE-uudistuksen aikana väkivaltatyön kehittäminen jatkuu. Naisten turvallisuuden parantaminen ja lähisuhdeväkivallan ennaltaehkäisy kirjattiin *Keski-Suomen Maakunnalliseen sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitelmaan vuosille 2015 - 2016*. Tavoitteena oli, että lähisuhdeväkivallan VISH – hankkeen toimintamalli tulisi laajeta kaikkiin peruspalveluihin Keski-Suomessa. Hankkeen toimintakautena yksikään kunta ei ollut tehnyt päätöstä ottaa toimintamallia käyttöön kaikissa peruspalveluissa. (KSSHP 2014.) Virkki pohtii, kuinka paljon toimijat voivat vastustaa rakenteiden valtaa ja kertoo kirjassaan Anthony Giddensin rakentumisteorian (1984) kautta siitä, etteivät yksittäiset toimijat voi muuttaa yhteiskunnassa olevia vallitsevia rakenteita, mutta toisaalta rakenteita ylläpitävät itse toimijat toistamalla sovittuja prosesseja uudelleen ja uudelleen. (Virkki, 2004, 24.) Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla mielenkiintoista tutkia voivatko ammattilaiset vaikuttaa toimijuuden prosesseihin.

Ammattilaiset voivat myös kehittyä lähisuhdeväkivallasta puheeksi ottamisessa. Esimerkiksi työntekijän voimaantumisesta kertoi Pertun ym. (2006) tutkimus *parisuhdeväkivallan seulontamittarin* positiivisista tuloksista. Tulosten mukaan lähisuhdeväkivallan kokemuksesta kysyminen oli saanut kätilöt (N14) aluksi tuntemaan itsensä hermostuneiksi, mutta käytettyään kyselyä useamman kerran heidän jännityksensä katosi. Kätilöt kokivat, että on heidän tehtävänsä ja sairaalan vastuulla kysyä väkivallasta, ja että perusterveydenhuollon tehtäviin kuuluu ottaa asia esille. (Perttu ym. 2006, 5, 41.) Samaa mittaria käytettiin myös Liettuassa ja tulosten mukaan mitä kokeneempia kätilöt olivat puheeksi ottamisessa, sitä enemmän asiakkaat kertoivat kokemuksistaan. (Perttu ym. 2006, 43.)

Kehysten pohjalta voidaan suunnata katse tulevaisuuteen ja pohtia, kuinka tunteita voitaisiin ohjata toimimaan ”oikein” ja ammattilaisia voitaisiin uudelleen kouluttaa puheeksi ottamiseen ja tunteiden tehokkaaseen käyttöön siten, että ”pahan olon” sijaan tunteet valjastetaan toimimaan muutoksen aikaansaamiseksi. Toisin sanoen, tavoitteena välttelyn sijaan on keskittyä lähisuhdeväkivaltailmiön vähentämiseksi. (Katso myös Virkki 2015, Notko 2011.) Mieleeni tuli, että ammattilaisille puheeksi ottamisen helpottamisen

keinoina voisi olla väkivaltakokemuksista puhumisen arkipäiväistäminen yhtä tavalliseksi asiaksi kuin muista terveyteen liittyvistä osa-alueista kysyminen (fyysinen terveys, uni, ravinto). Mikäli väkivalta-tema otetaan osaksi työn rutiineja, tämä toisi varmuutta puhua myös tästä asiasta. Voi olla aihetta pohtia, tulisiko kokemusmaailman ja intuitiota ottaa aiempaa enemmän huomioon suunniteltaessa ammattilaisten koulutusta.

June Keeling ja Colleen Fisher (2001) ovat todenneet jo 14 vuotta sitten, että ammattilaisille tarvitaan täydennyskoulutusta ja päivitettyä tietoutta siitä, mitä palveluja ja tukia on tarjolla väkivaltaa kohdanneille naisille. Ammattilaisten tulee heidän mukaansa verkostoitua moniammatillisesti ja tukea naisen sen hetkistä tilannetta ja tarjota suojaa ja turvaa sekä kulkea rinnalla suuntaamalla katse kohti kauaskantoisempia tavoitteita. Lisäksi tarvitaan seurantaprojekteja, jotta voidaan varmistaa, että sovitut käytänteet ja yhteistyö ovat toiminnassa. (Keeling ja Fisher 2001, 2374.)

Tutkimukseni toi esiin vastuun siirron ja tehtävän pallottelun eri ammattikunnille, mikä näyttää olevan toimintamalli. Ammattilaisten toimiessa puhumattomuutta ylläpitävällä tavalla he siis mielestäni passiivisesti hyväksyvät väkivallan olemassaolon. Nyt yhteiskunnassamme on sopiva hetki muuttaa passiivisen hyväksymisen kulttuuria ja avoimesti alkaa puhua lähisuhdeväkivallasta. Tuloksieni mukaan todelliset toimintamahdollisuudet lähisuhdeväkivalta-aiheen puheeksi ottamisen lisäämiseksi ovat ammattilaisten suhtautumisen varassa. Uskon myös siihen, että ammattilaisilta löytyy yhteisen hyvän vuoksi motivaatiota ja kykyä uudistua. Nähdäkseni Istanbulin sopimuksen avulla pystytään tekemään konkreettisia toimenpiteitä, sillä tämä on ensimmäinen sopimus, jossa on myös velvoite kansalliseen koordinoimiseen järjestämiseen ja tavoitteita ja maakohtaisia vierailuita tekevä kansainvälinen seurantakomitea. (Ulkoministeriö 2015.)

Toivon, että tulevaisuudessa suhtaudumme vakavasti väkivallan puheeksi ottamiseen eri ammattikunnissa, kuten sosiaali- ja terveydenhuollossa ja otamme väkivallan vähentämisen yhteiseksi tavoitteeksi ja toimimme tiiviissä yhteistyössä. Rohkenin myös itse aktivoitua ja tuoda esille tämän aiheen ja lähestyin Helsingin Kaupungin Sosiaaliviraston koulutusyksikköä sekä Ensi – ja turvakotien liiton lähisuhdeväkivaltaprojektin päällikköä. Kumpikin taho oli kiinnostunut tuloksista ja sain kutsun tulla esittelemään työtäni.

LÄHTEET

- Anderson, K. L., & Umberson, D. (2001): Gendering Violence: Masculinity and Power in Men's Accounts of Domestic. *Gender and Society* 15, 3: 358-380.
Saatavilla <<http://gas.sagepub.com.libproxy.helsinki.fi/content/15/3/358.full.pdf+html>>, luettu 8.8.2015.
- Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2004): Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 113, 6–11.
- Campbell M., L. (2011): Textual Accounts, Ruling Action: The Intersection of Knowledge and Power in the Routine. *Studies in Cultures, Organizations and Societies*, 7:231–250.
- Chang, E., C., Kahle, E., R. & Hirsch, J., K. (2015): Understanding How Domestic Abuse Is Associated With Greater Depressive Symptoms in a Community Sample of Female Primary Care Patients: Does Loss of Belongingness Matter? *Violence Against Women* Vol. 21:700–711.
- Danielsson, P., ja Salmi V. (2012) Suomalaisten kokema parisuhdeväkivalta 2012 - Kansallisen rikosuhritutkimuksen tuloksia . OPTL:n verkkokatsauksia 34/2013. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Saatavilla <<http://www.optula.om.fi/fi/index/julkaisut/verkkokatsauksia-sarja/suomalaistenkokemaparisuhdevakivalta-2012-kansallisenrikosuhritutkimuksentuloksia.html>>, luettu 6.9.2015.
- Eduskunta (2014): Seksuaalirikosten rangaistusten tiukentaminen. Saatavilla <https://www.eduskunta.fi/FI/tietoeduskunnasta/kirjasto/aineistot/kotimainen_oikeus/LATI/Sivut/seksuaalirikosten_rangaistukset.aspx>, luettu 29.12.2015.
- Ewalds, H. (2005): Kenelle lyönnit kuuluvat? Kuntaopas pari- ja lähisuhdeväkivallan ehkäisytyöhön Saatavilla <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114136/Opp200507.pdf?sequence=3>>, luettu 2.8.2015.
- Erez , E., Ibarra, P., R. & Gur, O.,M. (2015): At the Intersection of Private and Political Conflict Zones: Policing Domestic Violence in the Arab Community in Israel. *Int J Offender Ther Comp Criminol* August 2015 vol. 59 no. 9 930-963.
- Eskola, M. 1991. Metodisuus ja ohjautuminen sosiaalityössä. Teoksessa sosiaalityö ja työnohjaus. Helsinki.SOSTL (sosiaalityöntekijäin liitto):, s. 54-75.
- European Union Agency for Fundamental Rights, (FRA) (2014)a Naisiin kohdistuva väkivalta –EU:n laajuinen tutkimus naisiin kohdistuvasta väkivallasta. Saatavilla <http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-factsheet_violenceagainstwomen_fi.pdf>, luettu 11.9.2015

Euroopan unionin perusoikeusvirasto (FRA)(2014b): Euroopan unionin perusoikeuskirjan fra.europa.eu Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto, (2014): European Union Agency for Fundamental rights, ihmisarvo. Saatavilla <http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_fi.pdf>, luettu 11.9.2015.

Finlex (1986): Kaikkinaisen naisten syrjinnän poistamista koskeva yleissopimus (67/1986). Saatavilla <<http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsviite/1986/19860067>>, luettu 29.12.2015.

Finlex (2013): HE 216/2013 Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi rikoslain 20 luvun muuttamisesta,. Saatavilla <[http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2013/20130216?search\[type\]=pika&search\[pika\]=raisaukset](http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2013/20130216?search[type]=pika&search[pika]=raisaukset)>, luettu 25.12.2015.

Finlex (2013): 879/2013 Laki rikoslain muuttamisesta, 25 luku, 25 luku, Vapauteen kohdistuvista rikoksista, 7 a § Vainoaminen. Saatavilla <[http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130879?search\[type\]=pika&search\[pika\]=vainoaminen](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130879?search[type]=pika&search[pika]=vainoaminen)>, luettu 28.12.2015.

Finlex (2014): Lastensuojelulaki, 5 luku Lastensuojeluasiakkuuden alkaminen, 25 § (12.2.2010/88) Ilmoitusvelvollisuus (30.12.2014/1302). Saatavilla <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>>, luettu 6.8.2015.

Goffman E. (1967): Interaction Ritual: Essays in Face to Face Behavior. Chicago: Aldine Publishing Company.

Goffman E. (1971): The presentation of self in everyday life, Arkielämän roolit. Suomensos, E. Puranen. Porvoo .WSOY.

Goffman E (1974) Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience. Boston. Northeastern University Press.

Goffman, E (2012): Vuorovaikutuksen sosiologia. Suom. Koskinen K. Tampere. Vastapaino

Grossman, S., F. & Lundy, M. (2007): Domestic Violence Across Race and Ethnicity Implications for Social Work Practice and Policy. Violence Against Women October 2007 vol. 13 no. 10, 1029-1052.

Henkirikoskatsaus 2013. Saatavilla <http://www.optula.om.fi/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&SSURlappertype=BlobServer&SSURlcontainer=Default&SSURlsession=false&blobkey=id&blobheadervalue1=inline;%20filename=12_09%20perhev%C3%A4kivalta%20suomessa.pdf&SSURlIsscontext=Satellite%20Server&blobwhere=1379274545972&blobheadername1=Content-Disposition&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>, luettu 2.8.2015.

Hirsjärvi S., Remes P. ja Sajavaara, P. (2007): Tutki ja kirjoita. Keuruu, Otava.

Husso M. (2003): Parisuhdeväkivalta, lyötyjen aika ja tila. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Huttunen, M. (2013): Intuitio lääkärin työssä. *Duodecim*, 129:2453-7. Saatavilla <http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&>, luettu 2.8.2015.

Jäppinen, M. (2013): Lähisuhdeväkivallan kokemus ja toimijuuden jännitteet etnografinen tutkimus naisista venäläisten sosiaalikeskusten kriisiosastoilla. Teoksessa Virokangas E., Väyrynen S (toim.): *Varjoja naiseudessa*. UNIPress. Painettu EU:ssa 2013, 148–175.

Jokinen, A., Juhila, K., Pösö T, (1995): Sosiaalityön asiakkuus ja sosiaaliset ongelmat konstruktionistinen näkökulma. Sosiaaliturvan keskusliitto.

Keeling, J. & Fisher, C. (2015): Health Professionals' Responses to Women's Disclosure of Domestic Violence. *J Interpers Violence* August 2015 vol. 30 no. 13 2363-2378.

Kelmendi, K. (2015). Domestic violence against women in Kosovo: a qualitative study of women's experiences. *J Interpers Violence* February 2015 vol. 30 no. 4 680-702.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. (2014): Hankkeen tausta. Saatavilla

<[FI/Sairaanhoitopiiri/Kehittamistoiminta/Paattyneet_hankkeet/Laheisvakivallan_ehkaisyn_kansallinen_osaamiskeskushanke/Tietoa_hankkeesta/Hankkeen_taista%2845860%29](http://www.ksshp.fi/fi/Sairaanhoitopiiri/Kehittamistoiminta/Paattyneet_hankkeet/Laheisvakivallan_ehkaisyn_kansallinen_osaamiskeskushanke/Tietoa_hankkeesta/Hankkeen_taista%2845860%29)>, luettu 20.11.2014.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri (2014) Läheisväkivallan ehkäisyn kansallinen osaamiskeskus-hankkeen päätösseminaari järjestetään 11.12.2014 Jyväskylässä. Saatavilla: <http://www.ksshp.fi/fi/FI/Sairaanhoitopiiri/Kehittamistoiminta/Paattyneet_hankkeet/Laheisvakivallan_ehkaisyn_kansallinen_osaamiskeskushanke/Ajankohtaista>, luettu 30.12.2015.

Leppäkoski T., Kälvinmäki J., Flinck A., Paavilainen E. (2014): STOPPIA! - Perhe- ja lähisuhdeväkivallan tunnistamisen ja varhaisen puuttumisen toimintaohjeen käyttöönotto, juurruttaminen ja arviointi –hanke 2011–2013 (140/THL/TE/2011–2013) <[140THL/TE/2011–2013](http://www.epshp.fi/files/6935/stoppia_loppuraportti.pdf). Saatavilla <[w.epshp.fi/files/6935/stoppia_loppuraportti.pdf](http://www.epshp.fi/files/6935/stoppia_loppuraportti.pdf)>, luettu 2.8.2015.

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. 2008.

Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveystoimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. 2008. Sosiaali- ja Suomen Julkaisuja 2008:9. Helsinki: Yliopistopaino.

Metsämuuronen, J. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa

Metsämuuronen, J. (toim.): Laadullisen tutkimuksen käsikirja, 2007, 81–147. Gummerus, Jyväskylä.

- Mäkeläinen, T., Husso, M., Mäntysaari, M., Notko, M. & Virkki, T., (2012): Tukitoimenpiteet lähisuhde väkivaltaa kokeneille naisille. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112431/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226594.pdf?sequence=1>>, luettu 2.8.2015.
- Mäntyranta T., Kaila M. (2008): Tutkimus ja opetus, Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä Duodecim 124:1507–13. Saatavilla <<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97349.pdf>>, luettu 2.8.2015.
- Niemi-Kiesiläinen, J. Väkipalta. Lähisuhdeväkivallan raportointi ja lääkärin velvollisuudet. Teoksessa Lohiniva-Kerkelä M. (toim.): Väkipalta: Seuraamukset ja haavoittuvuus, Terttu Utraisen juhlaKirja. Talentum, Helsinki 2006, 445–461.
- Notko M, Holma J, Husso M, Virkki T, Laitila A, Merikanto J, Mäntysaari M. Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa. Duodecim 2011;127:1599-1606.
- Nurminen R. (2000): Intuitio ja hiljainen tieto hoitajien työssä. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Oikeusministeriö (2014): Rikoksantorjuntaneuvosto - Henriksson: Naisiin kohdistuva väkipalta on Suomessa aivan liian yleistä - nyt tarvitsemme asennemuutosta!. Saatavilla <http://www.oikeusministerio.fi/fi/index/ajankohtaista/tiedotteet/2014/03/henrikssonnaisiin_kohdistuvavakivaltaonsuomessaivanliianyleista-nyttarvitsemmeasennemuutosta.html>, luettu 1.8.2015.
- Perttu, S., Kaselitz, V. (2006): Parisuhdeväkivalta puheeksi – opas terveydenhuollon ammattihenkilöstölle äitiyshuollossa ja lasten terveystalveluissa. Yliopistopaino, 44. Helsinki. Saatavilla <<http://www.hyvan.helsinki.fi/daphne/vakivalta.pdf>>, luettu 2.8.2015.
- Peräkylä A (1990) Kuoleman monet kasvot. Identiteetin tuottaminen kuolevan potilaan hoidossa. Vastapaino, Tampere.
- Piispa, Minna & Heiskanen, Markku & Kääriäinen, Juha & Sirén, Reino. Naisiin kohdistunut väkipalta 2005. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 225 Yhdistyneiden Kansakuntien yhteydessä toimiva Euroopan kriminaalipolitiikan instituutti HEUNI. Publication series No. 51. Helsinki, 11-18. 69.
- Pohjola, A. Tabuuttamisen paradoksina Teoksessa Laitinen, M. ja Pohjola A. (toim.): Tabujen kahleet Vastapaino, Tampere 2009, 69–90.
- Poliisi (2011): Vuosikertomus. Saatavilla <https://www.poliisi.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/intermin/embeds/poliisiwwwsstructure/15037_Vuosikertomus2011_web.pdf?8104e85f4d2ad288>, luettu 2.8.2015.
- Poliisi (2015): Perheväkivalta. Saatavilla <https://www.poliisi.fi/rikokset/perhevakivalta>, luettu 30.12.2015

Puroila A. (2002) Kohtaamisia päiväkotiarjessa -kehysanalyttinen näkökulma varhaiskasvatustyöhön. Kasvatustieteiden tiedekunta. Oulu. University press. Saatavilla <<http://herkules.oulu.fi/isbn9514266501/isbn9514266501.pdf>>, luettu 15.4.2015.

Ronkainen S. Kenen ongelma väkivalta on? Suomalainen hyvinvointivaltio ja väkivallan toimijuus. Yhteiskuntapolitiikka 2008:73:3, 88-401. 45.

Sisäasiainministeriö (2012): Turvallisempi huomina. Sisäisen turvallisuuden ohjelma 2012 -2015. Sisäasiainministeriön julkaisuja 26. Saatavilla <http://www.intermin.fi/download/35099_262012_STO_III_fi.pdf>, luettu 2.8.2015.

Smith D., E. 2006. Institutional Ethnography as Practice. Rowman Littlefield Publishers, Inc. USA.

STM Sosiaali- ja terveysministeriö (2008): Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveystoimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:9. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavilla <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114420/Julk_2008_9_perhevakivaltatyon_suosituks_verkko.pdf?sequence=1>, luettu 5.8.2015.

STM Sosiaali- ja terveysministeriö (2010): Naisiin kohdistuvan väkivallan vähentämisen ohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:5. Yliopistopaino: Helsinki. Saatavilla <https://moodle.amk.fi/pluginfile.php/1680/mod_resource/content/6/Naisiin%20kohdistuvan%20v%C3%A4kivallan%20v%C3%A4hent%C3%A4misen%20ohjelma%202010%E2%80%932015.pdf>, luettu 2.8.2015.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2015); Lapset, nuoret ja perheet. Väkivaltaan puuttuminen. Saatavilla <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/lahisuhde_perhevakivallan_ehkaisytyo/puuttuminen>, luettu 23.12.2015.

Tilastokeskus (2014): Rikos- ja pakkokeinotilasto [verkkojulkaisu]. ISSN=2342-9151. Perhe- ja lähisuhdeväkivalta 2014. Helsinki: Saatavilla<http://www.stat.fi/til/rpk/2014/15/rpk_2014_15_2015-05-28_tie_001_fi.html>Perhe- ja lähisuhdeväkivallasta noin neljännes kohdistuu lapsiin>, luettu 2.8.2015.

Tuomi, J., Sarajärvi A., (2013) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi,

United Nations Human Rights, Office of the high Commissioner (2015) Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women New York, 18 December (1979);, Universal Saatavilla <<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>> , luettu 22.12.2015.

Ulkoministeriö (2015): Istanbulin sopimus tulee Suomen osalta voimaan. Uutiset, 31.7.2015. Saatavilla <<http://formin.finland.fi/public/default.aspx?contentId=332281&nodeId=49150&contentlanguage=fi-FI>>, luettu 31.8.2015

United Nations Human Rights, Office of the high Commissioner (2014): Declaration of Human Rights (1948): Universal Saatavilla <<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=fin>>. luettu 20.12.2015.

Valtioneuvosto (2009) Valtioneuvoston selonteko Suomen ihmisoikeuspolitiikasta 2009. Saatavilla<<http://formin.finland.fi/public/download.aspx?ID=46224&GUID={045DC6A7-8E7F-447D-A030-76487A4148F7}>>, luettu 20.10.2013.

Virkki, T. (2004): Vihan voima. Toimijuus ja muutos vihakertomuksissa. Jyväskylä: Atena.

Virkki T., Husso M., Notko M., Holma J., Laitila A., ja Mäntysaari M. (2011) Lähisuhdeväkivallan kehystäminen erikoissairaanhoidossa: Puuttumisen ja muutoksen mahdollisuudet. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2011: 48:280–298. aikakauslehti.

Virkki, T. (2013): Henkilökohtainen tiedonanto 7.10.2013. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Virkki, T., Husso M., Notko M., Holma J., Laitila A., Mäntysaari M.(2015): Possibilities for Saatavilla <Intervention in Domestic Violence: Frame Analysis of Health Care Professionals' Attitudes. Journal of Social Service Research Volume 41, Issue 1, 2015>, luettu 31.11.2015.

Virkki, T. (2015): Social and health care professionals' views on responsible agency in the process of ending intimate partner violence. Saatavilla <Violence Against Women, 21 (6), 712-733. Saatavilla <[doi:10.1177/1077801215577213](https://doi.org/10.1177/1077801215577213)>, luettu 2.9.2015.

LIITTEET

Liite 1 Fokusryhmähaastelun kysymyksiä

(suuntaa antava)

No jos aloitetaan ihan tällaisella, että mitä teille sanoo sana VISH-palvelumalli? Onko se kaikille tuttu?

Voitaisiin varmaan niitä tilanteita käydä vielä esille, että missä tilanteessa kysyä ja missä tilanteessa sitten tämä palvelumalli toimii.

Minkälaisia reaktioita sitten on tullut, kun olette kysyneet tätä asiaa, miten potilaat ovat reagoineet?

Tuleeko muuta mieleen siitä käyttöönotosta, mitä hyvää ja mitä huonoa siinä oli, jos ajattelee tätä jatkokehittelyä, että jos sitä välitettäisi muuallekin, niin mitä kannattaisi ottaa opiksi?

Miten tämä koulutus, oletteko te käyneet missään?

Mitä tukea tarvitsisitte tässä työssä tämän lähisuhdeväkivallan tunnistamisessa ja puheeksi ottamisessa? Onko nyt koulutus sitten yksi ilmeisesti, mutta mitä muuta?

Onko työyhteisön tuki tärkeä?

Työnohjaus? Onko sitä kuinka paljon?

Miten teistä se palvelumalli on toiminut? Mitä siinä on sellaista mitä pitäisi parantaa ja mikä on sellaista hyvää, mitä kannattaisi lähteä levittämään muualle?

Mutta siinä itse puuttumisessa te ette näe sellaisia riskejä? Että siitä voisi seurata jotain ikävää teille itsellenne tai?

Minkälaista tukea sinä ajattelisit, että siihen tarvitsisit?

Tuleeko teillä mieleen vielä jotain ajatuksia? Haluatteko lähettää terveisiä jonnekin suuntaan?

* * *

HAASTATTELU PÄÄTTYY

Kiitos kaikille osallistujille!

Haastattelumateriaalista työstettävästä tutkimuksesta saa lisätietoja myöhemmin

Liite 2 (1/7) Lähisuhdeväkivaltalomake

Luonnos 25.1.2010

Lähisuhdeväkivaltalomake / K-S SHP

HOITOYKSIKKÖ: _____

PVM _____ / _____ / 20 _____

TYÖNTEKIJÄ KERTOO JOKAISELLE TUTKIMUSJAKSOLLA VASTAANOTTAMALLEEN POTILAALLE SEURAAVAA:

Teemme Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä vuoden 2010 aikana kartoitusta, jossa selvitetään potilaiden kokemien lähisuhdeväkivaltakokemusten yleisyyttä ja lähisuhdeväkivallan muotoja. Lähisuhdeväkivaltaa koskeva kysely on osa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Lähisuhdeväkivalta-projektia, jonka tavoitteena on luoda malli lähisuhdeväkivallan uhrien tunnistamiseksi ja auttamiseksi. Tämän kyselyn tarkoituksena on kerätä potilailta tutkimusjakson aikana tietoa lähisuhdeväkivallan kokemuksista. Kysely osoitetaan tulossyystä tai sairauden laadusta riippumatta kaikille potilaille, jotka ovat tutkimusta suorittavien hoitajien potilaina tutkimusjakson aikana. Alle 18-vuotiaille, äidinkielenään muuta kuin suomea puhuville, holhouksen alaisille tai niille potilaille, joiden kotikunta ei sijaitse Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella, kyselyä ei esitetä. Kyselyn vastauksista kerätään lukumäärätietoa anonymisti eikä kyselyn vastauksia voi yhdistää yksittäiseen potilaaseen. Potilaan henkilö- tai potilastietoja ei kerätä tutkimukseen. Kysely tehdään sähköisesti tai tarvittaessa paperilomakkeelle, josta tiedot syötetään tietokoneelle. Kysely sisältää 2-4 suodatinkysymystä ja niiden jälkeen tarvittaessa 8 lisäkysymystä. Kysymyksiin vastaamisesta voi kieltäytyä tai kysymyksiin vastaamisen voi keskeyttää milloin tahansa.

SUODATINKYSYMYKSET

(Työntekijä esittää suullisesti potilaalle/asiakkaalle ja kirjaa kaikki vastaukset lomakkeeseen)

1 a) Onko perhe- tai seurustelusuhteissasi Sinuun kohdistuvaa henkistä tai fyysistä väkivaltaa tai kaltoinkohtelua?

___ kyllä

___ ei

1 b) Jos kyllä, vaikuttaako tämä kielteisesti hyvinvointiisi tai elämänhallintaasi?

___ kyllä

___ ei

2 a) Onko perhe- tai seurustelusuhteissasi ollut joskus aiemmin Sinuun kohdistuvaa henkistä tai fyysistä väkivaltaa tai kaltoinkohtelua?

___ kyllä

___ ei

LIITE 2 (2/7) Lähisuhdeväkivaltalomake

1 b) Jos kyllä, vaikuttaako tämä edelleen kielteisesti hyvinvointiisi tai elämänhallintaasi?

kyllä

ei

MERKITSE LISÄKSI:

Potilaan/asiakkaan sukupuoli

mies

nainen

Potilaan/asiakkaan ikä

—

JOS POTILAAN VASTAUS ON "KYLLÄ" KYSYMYKSIIN 1B TAI 2B TAI MOLEMPIIN NIISTÄ, TYÖNTEKIJÄ KERTOO POTILAALLE SEURAAVAA:

Näiden esittämieni lähisuhdeväkivaltaa koskevien kysymysten perusteella kokemallasi lähisuhdeväkivallalla on ollut kielteisiä vaikutuksia hyvinvointiisi ja elämänhallintaasi. Jos sinulle sopii, esitän sinulle vielä 8 lisäkysymystä, joiden avulla kartoitan kokemaasi lähisuhdeväkivaltaa ja avuntarvettasi tarkemmin. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä toimii lähisuhdeväkivaltaan erikoistunut VISH-tiimi, jonka palvelu on suunnattu lähisuhdeväkivallan uhreille (TAI jos potilas Kangasvuoren psykiatrisessa sairaalassa, lähisuhdeväkivallan käsittelyä voidaan jatkaa osana hoitoa). Lisäkysymysten vastauksista kerätään anonyymiä lukumäärätietoa tutkimukseen samalla tavoin kuin edellä esittämistäni kysymyksistä.

Lisäkysymysten jälkeen minä työntekijänä teen oman arvioni tilanteestasi ja jatkotoimenpiteiden tarpeesta sekä kirjaan tarvittavat tiedot potilaskertomukseesi. Potilaskertomukseesi kirjattuja tietoja ei käytetä tutkimukseen.

LIITE 2 (3/7) Lähisuhdeväkivaltalomake

KARTOITUSKYSYMYKSET

1. Millaista Sinuun itseesi kohdistuvaa lähisuhdeväkivaltaa olet kokenut?

(Rastita vastauksiin kaikki asiakkaan kertomat vastausvaihtoehdot, voit kertoa alla olevia esimerkkejä.)

fyysistä väkivaltaa

(esim. töniminen, lyöminen, potkiminen, tukistaminen, pään hakkaaminen, raapiminen, repiminen, ravistelu, ampuma- tai teräaseen käyttö)

fyysisellä väkivallalla uhkailua

henkistä väkivaltaa

(esim. alistaminen, arvostelu, nimittely, halveksunta, kontrollointi, sosiaalisen kanssakäymisen rajoittaminen, voimakas mustasukkaisuus, eristäminen, tavaroiden hajottaminen, kotieläinten vahingoittaminen tai jollakin näistä tai esimerkiksi itsemurhalla uhkaaminen)

kaltointakohtelua tai laiminlyöntiä

(esim. lapsen, vanhuksen tai vammaisen jääminen vaille hoitoa tai huolenpitoa vaille tilanteissa, joissa hän on ollut niistä riippuvainen)

seksuaalista väkivaltaa

(esim. raiskaus, raiskauksen yritys tai seksuaalisen kanssakäymisen eri muotoihin painostaminen tai seksiin pakottaminen)

seksuaalisella väkivallalla uhkailua

taloudellista väkivaltaa

(esim. itsenäisen rahankäytön estäminen, taloudelliseen päätöksentekoon osallistumisen estäminen tai omien rahojen pakotettu antaminen toisen käyttöön)

kulttuurista tai uskonnollista väkivaltaa

(esim. uskonnolliseen vakaumukseen pakottaminen, uskontoon liittyvillä asioilla uhkailu, väkivallalla uhkaaminen tai sen käyttö uskontoon tai kulttuuriin viittaamalla, kuten ns. kunniaväkivalta)

2. Milloin olet viimeksi ollut kuvailemasi väkivallan kohteena?

(Kysymyksen tavoitteena on selvittää, milloin potilas/asiakas on viimeisimmän kerran kokenut mitä tahansa yllä olevista väkivallan muodoista.)

viimeisen vuorokauden aikana

viimeisen viikon aikana

viimeisen kuukauden aikana

viimeisen vuoden aikana

aiemmin aikuisiällä

aiemmin lapsuudessa tai nuoruudessa

viimeisin kokemus epäselvä, kuvaile miten _____

LIITE 2 (4/7) Lähisuhdeväkivaltalomake

3. Kuinka usein olet joutunut lähisuhdeväkivallan kohteeksi?

(Kysymyksen tavoitteena on selvittää, miten jatkuvia tai pysyviä potilaan/asiakkaan väkivaltakokemukset ovat olleet.)

- yhden kerran viimeisen vuoden aikana
- useita kertoja viimeisen vuoden aikana
- yhden kerran koko elämän aikana
- useita kertoja koko elämän aikana
- väkivallan toistuvuus epäselvää, kuvaile miten _____

4. Kuka tai ketkä ovat harjoittaneet lähisuhdeväkivaltaa sinua kohtaan?

- nykyinen puoliso
- nykyinen seurustelukumppani
- ex-puoliso tai ex-seurustelukumppani
- isä
- äiti
- isäpuoli
- äitipuoli
- muu huoltaja (esim. sijaisvanhempi)
- oma lapsi
- puolison tai kumppanin lapsi
- sisarus- tai sisaruspuoli
- isoisä
- isoäiti
- muu sukulainen tai muu läheinen

5. Miten arvioisit kokemasi lähisuhdeväkivallan vaikutuksia tähänhetkiseen hyvinvointiisi asteikolla 0–10?

(0 = ei lainkaan vaikutusta hyvinvointiin ---- 10 = erittäin voimakas vaikutus hyvinvointiin)

6. Miten arvioisit kokemasi lähisuhdeväkivallan vaikutuksia tähänhetkiseen turvallisuuteesi asteikolla 0–10?

(0 = ei lainkaan vaikutusta turvallisuuteen ---- 10 = erittäin voimakas vaikutus turvallisuuteen)

LIITE 2 (5/7) Lähisuhdeväkivaltalomake

7. Millaista apua toivoisit tilanteeseesi?

Haluan

- saada ajan VISH-tiimille (vain päivystysalueen ja synnytysyksikön potilaat)
- jatkaa asian käsittelyä osana hoitoani (esim. psykiatrian palvelut, Kangasvuoren sairaala)
- että sairaalasta otetaan yhteys poliisiin
- että sairaalasta otetaan yhteys läheiseeni (esim. perheenjäsen, ystävä): puh nro _____
- jotakin muuta apua, mitä? _____

Minulla ei ole toiveita, koska:

- olen jo sopivan avun piirissä (esim. perheneuvola, terapia, sosiaalityö, päihdehuolto)
- en koe tällä hetkellä tarvitsevani apua lähisuhdeväkivalta-asiaan

Jos asiakkaan lähisuhdeväkivaltakokemukset tämänhetkisiä kysytään vielä:

8. Onko tilanteissa ollut läsnä lapsia, jotka altistuivat väkivallalle (näkivät tai kuulivat tapahtumia tai olivat itse väkivallan kohteina)?

- kyllä
- ei
- potilaalla/asiakkaalla ei tämänhetkisiä lähisuhdeväkivaltakokemuksia

TYÖNTEKIJÄN ARVIO TILANTEESTA:

Potilaalla/asiakkaalla on arvioni mukaan tällä hetkellä merkittävä hyvinvointiin tai turvallisuuteen liittyvä riski:

- kyllä
- ei
- en osaa sanoa

Toimenpiteet, joihin olen asiakasta kuultuani ryhtynyt:

asiakkaalle (vain päivystysalueen ja synnytysyksikön potilaat) on annettu aika VISH-tiimille: _____ / _____ klo _____

asiakas voi jatkaa lähisuhdeväkivallan kokemuksen käsittelyä osana hoitoa _____ (esim. potilas on psykiatrisessa hoidossa, Kangasvuoren sairaala)

olen tehnyt lastensuojeluilmoituksen (tehdään AINA, jos kysymyksen 7. mukaan läsnä lapsia)

otettu yhteys poliisiin

rikosilmoitus tehty:

- kyllä
- ei

poliisin konsultaatio, jossa sovittu _____

otettu yhteys asiakkaan kotikunnan sosiaalipäivystykseen tai hätäkeskukseen päivästä-jä:* _____

LIITE 2 (6/7) Lähisuhdeväkivaltalomake

otettu yhteys Mobileen ohjattu asiakas sairaalasta Mobileen

otettu yhteys Ensi- ja turvakotiin ohjattu asiakas Ensi- ja turvakotiin

asiakkaan kanssa on laadittu alustava turvasuunnitelma

asiakasta on ohjattu tekemään itselleen (ja lapsilleen) turvasuunnitelma

olen tehnyt jonkin muun toimenpiteen, mikä? _____

jatkotoimenpiteitä ei tarvita: asiakas on jo avun piirissä (esim. perheneuvola, terapia, sosiaalityö)

arvioni mukaan nyt ei ole tarvetta jatkotoimenpiteisiin, koska

Mahdolliset muut huomiot:

LIITE 2 (7/7) Lähisuhdeväkivaltalomake

Yöpäivystyslomake

Luonnos 21.1.2010
Päivystysalue
YÖPÄIVYSTYSLOMAKE

Suodatinkysymys:

(Työntekijä esittää suullisesti potilaalle/asiakkaalle ja kirjaa kaikki vastaukset)

Onko perhe- tai seurustelusuhteessasi tällä hetkellä fyysistä tai henkistä väkivaltaa?

kyllä
 ei

Jos vastaus **kyllä** →

Kartoituskysymykset:

1. Onko perheessäsi/kotonasi alaikäisiä lapsia?

kyllä
 ei

2. Onko sinun turvallista palata takaisin kotiisi?

kyllä
 ei

3. Haluatko, että sinulle varataan aika lähisuhdeväkivaltaan erikoistuneelle VISH-tiimille?

kyllä
 ei

Jos **ei** → potilaalle annetaan taskukokoinen lähisuhdeväkivaltaesite sisältäen VISH-tiimin yhteystiedot + potilaalle esitetään kysymys **3b**:

3b. Haluatko, että VISH-tiimi ottaa sinuun myöhemmin yhteyttä?

kyllä
 ei

4. Toimenpiteet, joihin olen asiakasta kuultuani ryhtynyt:

asiakkaalle on annettu aika VISH-tiimille: ____/____ klo ____

poliisin konsultaatio, jossa sovittu _____

perheessä/kotona alaikäisiä lapsi, tehty lastensuojeluilmoitus

otettu yhteys asiakkaan kotikunnan sosiaalipäivystykseen tai hätäkeskukseen
päivystäjä: _____

otettu yhteys Mobileen ohjattu asiakas sairaalasta Mobileen

otettu yhteys Ensi- ja turvakotiin ohjattu asiakas Ensi- ja turvakotiin

arvioni mukaan ei tarvetta jatkotoimenpiteille