

This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Author(s): Virkki, Tuija; Husso, Marita; Notko, Marianne; Laitila, Aarno; Holma, Juha; Mäntysaari, Mikko

Title: Lähisuhdeväkivallan kehystäminen erikoissairaanhoidossa : puuttumisen ja muutoksen mahdollisuudet

Year: 2011

Version: Published version

Copyright: © Kirjoittajat & Sosiaalilääketieteen Yhdistys ry, 2011

Rights: In Copyright

Rights url: <http://rightsstatements.org/page/InC/1.0/?language=en>

Please cite the original version:

Virkki, T., Husso, M., Notko, M., Laitila, A., Holma, J., & Mäntysaari, M. (2011). Lähisuhdeväkivallan kehystäminen erikoissairaanhoidossa : puuttumisen ja muutoksen mahdollisuudet. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 48(4), 280-293.
<https://journal.fi/sla/article/view/4849>

Lähisuhdeväkivallan kehystäminen erikoissairaanhoidossa: puuttumisen ja muutoksen mahdollisuudet

Lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen terveydenhuollossa on haasteellinen ja kiistanalainen kysymys. Tässä artikkelissa käsittelemme lähisuhdeväkivallan kohtaamisen tapoja erikoissairaanhoidossa. Aineistona on kuusi erikoissairaanhoidon ammattilaisten fokusryhmähaastattelua. Taustateorianana ja menetelmänä käytämme Erving Goffmanin arkielämän vuorovaikutustilanteiden tutkimiseen kehittämää kehysanalyysia. Tarkastelemme, millaiset kehystämisen tavat estävät ja millaiset edistävät väkivallan tunnistamista ja siihen puuttumista. Aineistosta analysoimamme väkivaltaan puuttumattomuutta perustelevat kehykset ovat: 1) medikaalinen, 2) käytännöllinen, 3) individualistinen ja 4) psykologinen. Väkivaltaan puuttumista edesauttavat kehykset olemme nimenneet 1) terveyden edistämisen, 2) oikeutetun puuttumisen ja 3) prosessin käynnistämisen kehyksiksi. Tulostemme mukaan lähisuhdeväkivallan tunnistamisen, puuttumisen ja ennaltaehkäisyn käytäntöjen luominen edellyttää laajaa ymmärrystä lähisuhdeväkivallan vaikutuksista ja haasteista, joita terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat asian käsittelyssä.

TUIJA VIRKKI, MARITA HUSSO, MARIANNE NOTKO, AARNO LAITILA, JUHA HOLMA, MIKKO MÄNTYSAARI

JOHDANTO

Tilastojen valossa väkivalta on Suomessa vakava yhteiskunnallinen ja kansanterveydellinen ongelma: yleinen henkirikosluku on kolminkertainen muihin Pohjoismaihin verrattuna ja kaksinkertainen Länsi-Eurooppaan nähden (Kivivuori ja Lehti 2006). Erityisen yleisiä väkivallan muotoja Suomessa näyttäisivät olevan vakava väkivalta ja läheisissä suhteissa tapahtuva väkivalta. Ne ovat seurauksiltaan traumatisoivia ja syrjäyttäviä sekä usein pitkäkestoisia. Johanna Niemi-Kiesiläinen (2004) on verrannut henkirikoslukuja kotihälytysten määrään ja poliisille tehtyihin ilmoituksiin Suomessa, Ruotsissa ja Yhdysvalloissa. Hänen mukaansa ensisijainen ongelma ei ole väkivallan määrä vaan se, että väkivaltaan ei Suomessa puututa ja sen annetaan jatkua. Tästä seuraavat korkeat kuolleisuusluvut, terveydelliset ongelmat ja pitkään jatkuvat väkivaltakierteet.

Sekä suomalaiset että kansainväliset tutkimukset osoittavat, että apua väkivallan aiheuttamiin vammoihin sekä väkivaltaan liittyviin ongelmiin ja oireisiin haetaan pääasiassa sosiaali- ja terveydenhuollosta. Sosiaali- ja terveysala on siten avainasemassa lähisuhdeväkivallan uhrien tunnistamisessa ja heidän auttamisessaan. Lähisuhdeväkivalta ja sen uhan alla eläminen lisäävät fyysistä ja psyykkistä sairastuvuutta sekä sosiaali- ja terveystalouden käyttöä (Campbell 2002). Erikoissairaanhoidossa toteutettu tutkimuksemme (Notko ym. 2011) lähisuhdeväkivaltakokemusten yleisyydestä, koetun väkivallan muodoista ja hoidontarpeesta osoitti, että lähisuhdeväkivalta vaikuttaa merkittävästi potilaiden hyvinvointiin. Tutkimuksemme kävi myös ilmi, että lähisuhdeväkivaltakokemusten tunnistaminen on vaikeaa ilman järjestelmällisesti suoritettua kyseilyä. Paitsi väkivallan uhrien auttamisen, myös

laadunhallinnan näkökulmasta on tärkeää selvittää potilaiden terveydenhuoltoon hakeutumisen todellinen syy ja tarjota asianmukaista apua.

Tutkimusten mukaan sosiaali- ja terveystalouden ammattilaiset eivät riittävästi kysy väkivallasta eivätkä tunnista väkivaltaa sellaisissakaan tapauksissa, joissa fyysisen väkivallan merkit ovat selkeästi nähtävillä. (Krug ym. 2002, Bacchus ym. 2003, Lavis ym. 2005, Piispa ym. 2006, Leppäkoski 2007, Robinson ja Spilsbury 2008.) Pertun (1998) mukaan terveydenhuollon työntekijöiden on vaikea tunnistaa väkivallan seurauksia ja sen aiheuttamia traumoja sekä ymmärtää väkivallan kohteena olleiden passiiviselta vaikuttavaa toimintaa. Väkivaltaa kokeneiden masennus, passiivisuus tai kyvyttömyys ratkaista tilannetta nähdään usein väkivallan syinä, ei väkivallan seurauksina. Kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet lähisuhdeväkivaltaa koskevien käsitysten ja asenteiden olleen jo pitkään tehokkaiden puuttumismenetelmien esteenä terveydenhuollossa ja sairaanhoidossa (Short ym. 1998, Maiuro ym. 2000). Erityisesti parisuhdeväkivaltaan liittyä edelleen runsaasti uskomuksia väkivallan kohteiden syyllisyydestä väkivallan kohteeksi joutumisestaan (Perttu 1998, Husso 2003).

Artikkelimme jäsentää lähisuhdeväkivallan kohtaamiseen ja erikoissairaanhoidon ammattilaisten toimintaan vaikuttavia väkivallan kehystämisen tapoja. Kysymme, millaiset väkivallan kehystämisen tavat estävät ja millaiset taas mahdollistavat väkivallan ja sen seurausten tunnistamisen sekä väkivaltaan puuttumisen. Aineistona ovat kuusi erikoissairaanhoidon ammattilaisten fokusryhmähaastattelua. Teoreettisena lähestymistapana ja analyttisenä välineenä hyödynnämme kehysanalyysia. Nostamme aineistosta esille sekä väkivaltaan puuttumattomuutta perustelevia että puuttumista mahdollistavia kehystämisen tapoja ja tarkastelemme niiden välisiä suhteita. Tuomme myös esille väkivaltaa ja väkivaltainterventiota koskevia uudelleenmäärittelyjä mahdollistavia kehysten yhdistelmiä.

KEHYSANALYYSI TILANTEIDEN JA TOIMINNAN JÄSENTÄJÄNÄ

Analysoimme erikoissairaanhoidon ammattilaisten perusteluja lähisuhdeväkivaltaan puuttumatta jättämiseen ja siihen puuttumiseen Erving Goffmanin (1974) *kehysten* käsitteen avulla. Goffman on määritellyt käsitteen tulkintakehykseksi, jonka avulla havainnoimme, tunnistamme ja nimeämme asioita ja tapahtumia. Kehykset ovat

kulttuurisesti rakentuneita, yhteisön jäsenten jakamia tapoja ymmärtää ja tulkita erilaisia ilmiöitä. Ihmiset hakevat kehystämällä kuhunkin tilanteeseen sopivaa määrittelyä siitä, mistä tilanteesta on kyse ja miten heidän tulisi toimia. Erilaiset tilanteen määrittelyt edellyttävät erilaista toimintaa, ja toiminnan – tai toimimatta jättämisen – mielekkäisyys ja legitimitetti riippuvat tilanteen kehystämisestä. (Mt., 1–13.)

Väkivallan kohtaamisen tilanne on mahdollista kehystää monella tavalla. Eri kehysten mukanaan tuomat tulkinnat ja eri toimijoille oletetut roolit määrittävät oleellisesti ammattilaisten toimintaa, tilanteeseen liittyviä tunteita ja väkivaltaan puuttumisen mahdollisuuksia. Tutkimuksesamme väkivallan kohtaamisen tilana on erikoissairaanhoido, ja muut työn kannalta relevantit kehystämisen tavat asettuvat tämän laajemman kehysten sisään tai sen liepeille. Kehystämisen tavat määrittävät, miten työntekijät hahmottavat tehtävänsä. Se, miten tilanteet kehystetään ja tulkitaan, vaikuttaa oleellisesti siihen, miten työntekijät toimivat. Esimerkiksi sairaanhoitajalle, jonka tehtävänä on ensiapuun tulevan potilaan haa-vojen hoito, väkivallan kohtaaminen voi merkitä eri asioita kuin psykologille, joka työskentelee ihmisen psyykeä koskevien kysymysten parissa. Työntekijöillä on myös yksikkökohtaisia tulkintakehyksiä, joiden mukaan he mieltävät oman tehtävänsä ja toimintamahdollisuutensa (ks. Karjalainen 1996, 133).

Yksikkökohtaisista ja ammatillisista toimenkuvaan liittyvistä eroavuuksista huolimatta artikkelissa nimeämämme yleisimmät väkivallan kehystämisen tavat näyttävät olevan aineistossamme käytössä kaikissa erikoissairaanhoidon ammattiryhmissä ja yksiköissä. Väki-vallan sivuuttaminen liittyy siten erikoissairaanhoidon ja koko terveydenhuollon käytäntöihin, jotka sulkevat ulos veloitteen väkivaltaan puuttumisesta ja vastuunottamisesta väkivallasta (Ronkainen 2008). Kehystäminen perustuu ulossulkemiseen, kun kunkin kehysten mukainen tulkinta saa ominaispiirteensä tiettyjen asioiden sulkemisesta huomion ulkopuolelle.

Kehystämisen tavat voivat kuitenkin muuttua, ja niitä voi myös muuttaa. Kehysten muunnokset ovat yksi tapa jäsentää sosiaalisen todellisuuden dynaamista luonnetta. Ihmiset eivät ainoastaan valitse kehysiä jostakin ennalta olemassa olevasta repertuaarista, vaan he myös aktiivisesti muuntavat niitä (Puroila 2002). Yhtäältä kohtaamme asioita ja tilanteita valmiiksi kehystettyinä. Toi-

saalta luomme toimintamme kautta uudenlaisia tulkintakehyksiä ja kehysten yhdistelmiä. Kehykset luovat järjestystä sosiaaliseen elämään, mutta kehysten moninaisuus ja muuntuvuus osoittaa myös järjestyksen haavoittuvuuden ja elämän ennakoinnattomuuden (Manning 1992, 2). Samalla se avaa mahdollisuuksia uudelleenkehystämislle ja toiminnan muutoksille.

TUTKIMUSAINEISTO JA ANALYYSI

Tutkimus on osa Violence Intervention in Specialist Health Care (VISH) – kehittämis- ja tutkimusprojektia, jota EU-komission naisiin ja lapsiin kohdistuvan väkivallan ennaltaehkäisyyn kohdentava Daphne III -ohjelma rahoitti vuosina 2009–2010. Projektia koordinoi Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Yhteistyökumppaneina olivat Jyväskylän yliopisto ja Kööpenhaminan yliopistosairaala Rigshospitalet. VISH -projektissa kehitettiin palvelumalli ja työkaluja lähisuhdeväkivallan kohteina olleiden aikuisten tunnistamiseen, väkivallan puheeksi ottamiseen ja siihen puuttumiseen erikoissairaanhoidossa (Lähisuhdeväkivalta-projekti 2011). Projektin aikana kartoitimme lähisuhdeväkivaltaan liittyviä asenteita, käsityksiä ja kokemuksia erikoissairaanhoidon piirissä henkilöstön fokusryhmätutkimuksella. Tarkastelimme, miten terveydenhuollon ammattilaiset jäsentävät väkivaltailmiötä, miten he hahmottavat roolinsa ja toimintamahdollisuutensa lähisuhdeväkivaltaan liittyviä ongelmia kohtaavina työntekijöinä sekä millaisia asenteita heillä on lähisuhdeväkivaltaa ja siihen apua hakevia kohtaan. (Husso ym. 2011.)

Fokusryhmähaastattelut ovat tutkijoiden ohjaamia ja ylläpitämiä, tiettyyn aiheeseen fokusoituvia ryhmäkeskusteluja (Marková ym. 2007). Ryhmäkeskustelujen yleinen käytätötapana osallistujien mielipiteiden ja asenteiden selvittäminen keskustelun kohteena olevasta ilmiöstä (Valtonen 2008, Mäntyranta ja Kaila 2008). Fokusryhmien muodostamisessa on tutkimuskirjallisuuden mukaan pidetty tärkeänä ryhmän kokoamista joidenkin ennalta tiedettyjen asioiden suhteen homogeenisiksi, jotta keskustelu helpottuisi. Tätä silmälläpitäen fokusryhmien koostumus on muodostettu seuraavanlaisiksi:

- Haastateltavana oli 3–7 henkilön ryhmiä, joissa keskusteltiin tutkijan ja tutkimusassistentin ohjaamina lähisuhdeväkivallan kohtaamisesta työssä
- Kuuteen fokusryhmään osallistui yhteensä 30

terveydenhuollon ammattilaista: lääkäreitä, sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä ja psykologeja Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä

- Neljä ryhmistä koostui yhden ammatin edustajista; kaksi ryhmistä oli moniammatillisia, mutta työntekijät työskentelivät samassa yksikössä

Fokusryhmien teemahaastattelurungossa hyödynsimme aiemmin kerättyjä henkilöstökyselyjä lähisuhdeväkivaltaa koskevista asenteista, käsityksistä ja kokemuksista. Keskustelut kestivät keskimäärin 1,5 tuntia ja ne nauhoitettiin ääni- ja kuvatalenteiksi sekä litteroitiin sanatarkasti (tekstiä yhteensä 96 sivua). Tutkimuseettisistä syistä poistimme haastattelusitaateista kaikki fokusryhmiin ja haastateltaviin viittaavat tunnistetiedot. Aineistositaitien merkinnöissä G viittaa ryhmään, P osallistujaan ja L vetäjään.

Analysoimme aineistolitteraatioita ja kuvatalenteita ensin aineistolähtöisesti sisällönanalyysin (Silverman 2006) keinoin. Kiinnitimme huomiota siihen, että yksi ja sama keskustelija saattoi käyttää eri näkökulmia eri asiayhteyksissä ja vaihdella tilanteen mukaan eri lähestymistapojen välillä. Tämä tulkintojen ja perustelujen moninaisuus ja ristiriitaisuus johdatti meidät kehysanalyysin pariin. Menetelmänä kehysanalyysi mahdollistaa ristiriitaisten jäsentämisen tapojen analysoinnin ja tutkimuksen painopisteen siirtämisen yksittäisistä työntekijöistä erilaisiin tapoihin ymmärtää väkivaltaa ja suhtautua siihen (Anis 2006, 123).

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa tunnistimme ja luokittelimme haastatteluiden pääelementit eli yleisimmät puheenaiheet. Luokittelimme ne seuraaviin ryhmiin: väkivalta ja sen määrittely, väkivallan tunnistaminen, väkivallasta kysyminen ja väkivaltaan puuttuminen. Toisessa vaiheessa jäljitimme aineistosta näkökulmia edellä mainituihin puheenaiheisiin: tarkastelimme sitä, kenen näkökulmasta puhuttiin ja millaisia näkemyksiä esitettiin puheena olevista aiheista. Analyysin kolmannessa vaiheessa etsimme näkökulmia yhdistäviä yleisempiä tekijöitä (esimerkiksi yksilön oma vastuu väkivallan sivuuttamisen perusteena). Analyysin viimeisessä vaiheessa konstruimme kehukset näiden näkökulmia yhdistävien yleisempien periaatteiden mukaan sekä tarkastelimme kehysten välisiä suhteita hyödyntäen kehysanalyysin menetelmiä.

Aineiston anonymiteetin turvaaminen on asetanut rajoitteita analyysille. Tunnistettavuusriskin vuoksi emme ole voineet tarkastella esimerkiksi

ammatti- ja yksikkökohtaisia eroja väkivallan kohtaamisessa. Myös ryhmäkeskusteluihin osallistuneiden sukupuolen ja ammattiaseman tarkastelu on rajautunut tämän artikkelin ulkopuolelle.

LÄHISUHDEVÄKIVALTAAN PUUTTUMATTOMUUTTA PERUSTELEVAT KEHYKSET

Väkivallan kehystämisen tavat vaikuttavat siihen, miten väkivaltaan suhtaudutaan ja miten siihen liittyvissä tilanteissa toimitaan. Kehystämisen tavat nostavat esiin toisistaan poikkeavia tulkintoja ja avaavat erilaisia toimintamahdollisuuksia (Peräkylä 1989, Peräkylä 1990). Esittelemme ensin aineistossamme yleisimmin toistuvat väkivaltaan puuttumattomuutta perustelevat näkökulmat, jotka olemme nimenneet medikaaliseksi, käytännölliseksi, individualistiseksi ja psykologiseksi kehykseksi (Husso ym. 2011).

MEDIKAALINEN KEHYS

Medikaalisesta näkökulmasta väkivaltainterventioiden esteenä on, että väkivaltaan tarttuminen ja siitä vastuun ottaminen vaatisi väkivallan näkemistä lääketieteellisenä ongelmana tai juuri kyseessä olevan erikoissairaanhoidon yksikön asiana. Keskeistä kehyksessä on tilanteen lääketieteellinen määrittely: potilaan somaattisten oireiden tunnistaminen, diagnosointi ja sairauden hoidosta päättäminen. Medikaalisessa kehystämisessä nousivat esille myös vaatimukset oireiden homogeneisuudesta, mikä estää väkivallan vaikutusten monimuotoisuuden tunnistamista.

”G4P2: Sellainen mielikuva on että se on aika yleistä tämä lähisuhdeväkivalta noin kaikkien ja että se näyttäytyy kyllä tuolla perusterveydenhuollon puolella. Ei se oikeastaan juuri näyttäydy täällä erikoissairaanhoidon puolella koska tänne tullaan somaattisilla vaivoilla joista me pyydetään joku pään tietokonekuvaus tai muu, ei siellä näy lähisuhdeväkivalta miissä kuvissa.”

Medikaaliselle kehykselle ominainen väkivallan vaikutusten sekä väkivaltaan liittyvien sosiaalisten ja psykologisten näkökulmien ulkopuolelle rajaaminen kuvaa hyvin sitä, miten eri kehystämisen tapojen mukanaan tuoma tulkintojen ja toiminnan erilaisuus perustuu valikoivaan havaitsemiseen, ulossulkemiseen ja toisenlaisten toimintojen mahdollisuuden torjumiseen (Goffman 1974, 201–246). Ryhmäkeskusteluissa väkivaltaan puuttumattomuutta perusteltiin myös tiukoilla työtehtävien rajauksilla:

”G4P2: Mihin se aika tai se kapasiteetti tai muu riittää siellä niin se ihan sama koskee, oot sä lääkäri tai hoitaja tai mikä tahansa, et sul on se oma osuus siitä kakusta mitä sä tavallaan hoidat ja kaikki tähtää siihen yhteiseen hyvään. Mutta tavallaan ei voi lähteä toisen juttuja ottamaan liikaa, muuten se palletti leviää ihan täysin.”

Kun väkivaltaan puuttumista tarkastellaan professionaalisten rajanvetojen kautta, se näyttäytyy oman ammatillisen roolin ja työnkuvan ulkopuolisena toimintana. Medikaaliseen käsitykseen perustuvaa työnjakoa ja kunkin omaa roolia koskevat kysymykset liittyvät myös työn hallintaan: työntekijät pyrkivät rajaamaan omista työtehtävistään selkeää ja hallittavissa olevaa kokonaisuutta.

KÄYTÄNNÖLLINEN KEHYS

Käytännöllinen kehys viittaa tässä yhteydessä lähisuhdeväkivaltakysymysten käsittelemiseen konkreettisten käytäntöjen näkökulmasta. Ammatilliset perustelivat väkivaltaan puuttumatta jättämistä toimivien käytäntöjen puutteella. Eryteisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden aukot, kuntien väliset erot käytännöissä sekä pysyvien toimintamallien puute nostettiin esille keskusteluissa. Konkreettiset kysymykset, kuten epävarmuus siitä, mihin lähisuhdeväkivaltaa kokeneet potilaat olisi mahdollista lähettää jatkohoitoon, nimettiin oleellisiksi ongelmiksi. Monet mainitsivat väkivaltaan puuttumisen esteiksi ajan puutteen ja myös hoitokontaktien lyhytaikaisuuden:

”G4P2: Mitäs sitte jos se laukasee siinä kohta missä sun pitäis tehdä nopeesti joku arvio potilaan tilasta ja hoidon tarpeesta, niin siinä sitten tulee ne itkut ja sun pitää ruveta siinä hoitamaan sitä lähisuhdeväkivalta-asiaa. Sen sijaan että sun pitäis sijoittaa sitä potilasta seuraavaan portaaseen siinä hoitoprosessin vaiheessa. Et en mä nyt kerkee, puhu sit siellä puolella sitä asiaa.”

Myös vastuunjaon epäselvyys, tiedon puute ja viranomaisten välisen yhteistyön toimimattomuus mainittiin perusteluksi väkivaltaan puuttumattomuudelle:

”G1P2: Yhden vaikeuden mun mielestä teettää se että jos ajattelee vaikka näitä potilaita niin nyt on varmaan kolme viime vuotta mennyt niin et se auttamispolku on ollu erilainen ja päivittyy kahden kuukauden välein, et saako [kriisikeskus] Mobileen lähettää vai eikö

saa ja päivystääkö Ensi- ja turvakoti vai eikö päivystä ja kuinka otetaan sosiaalityöntekijään yhteyttä – ja sit jos et sä saa sieltä työntekijää kiinni niin sitten se on sulla taakkana niin kauan et sä saat sen eteenpäin.”

Väkivaltatyön ulkoistaminen eli sen säilyttäminen lyhytaikaisella projektirahoituksella tuettujen järjestöjen tehtäväksi on keskeinen väkivaltainterventioita estävä tekijä terveydenhuollossa. Tästä on seurannut suuria alueellisia eroja väkivaltatyön tarjonnassa ja avun saatavuudessa. Tilanne on lisännyt epävarmuutta ja monin tavoin vaikeuttanut väkivaltaan tarttumista ja puuttumista (Ronkainen 2008).

Käytännöllisen kehityksen analyysi osoittaa, että vastuunjako väkivaltaan liittyvissä tilanteissa on epäselvä ja väkivaltainterventioita koskevissa ohjeistuksissa ja toimintamalleissa on suuria puutteita. Aika- ja resurssipulan paineissa työskentelevä henkilökunta kokee väkivaltaan puuttumisen taakkana, joka saattaa jäädä työntekijän omille harteille. Epätoivottavana tai suorastaan mahdottomana näyttäytyy kaikki lisäselvityksiä vaativa ylimääräinen työ, joka sekoittaa totuttua työrytmiä ja aiheuttaa lisävaivaa. Väkivaltaan puuttumisen mahdollisuutta pessimistisimmin arvioi eräs ryhmäkeskustelun osallistuja: ”Se on ihan mission impossible.”

INDIVIDUALISTINEN KEHYS

Individualistinen kehys nosti ryhmäkeskusteluissa esille väkivaltateemaan olennaisesti liittyvät vastuukysymykset: vastuu lähisuhdeväkivaltaongelman ratkaisemisesta kuuluu osapuolille itselleen. Kehyksessä otettiin kantaa siihen, millaisia ominaisuuksia, velvollisuuksia ja oikeuksia väkivallan kohtaamistilanteissa osallisina olevilla toimijoilla oletetaan olevan.

Individualistisessa kehyksessä väkivalta määritellään yksilölliseksi ongelmaksi, jota ei voi tulkita terveydelliseksi ja sosiaalisesti kysymykseksi. Esimerkiksi sosiaaliset ja terveyteen liittyvät vaikutukset tulkittiin väkivallan kohteen henkilökohtaisiksi ominaisuuksiksi. Kehyksessä korostui ymmärtämättömyys siitä, miten väkivallan kohteena oleminen haavoittaa ja vaikuttaa ihmisiin ja heidän toimintakykyynsä ja – mahdollisuuksiinsa. Väkivallan kohteena oleminen tulkittiin yksilön omaksi viaksi ja valinnaksi:

”G1P4: Se on ku verenpainetaudin hoito, että jos sä kestät sitä että korvissa subisee niin sen ku oot ja kupsahat nuorempana.

G1P1: Oma valinta.

G1P4: Oma valinta. Kyllä sen ihmisen pitää, sieltä se lähtee.”

Individualistisen kehityksen näkökulmasta väkivaltaan puuttumattomuutta perusteltiin myös yksityisyyden kunnioittamisella. Väkivalta miellettiin asiaksi, josta kysyminen loukkaisi potilaita:

”G1P1: Mut ei automaattisesti kaikilta ihmisiltä kysellä, minusta se on hirveen loukkaavaa. Ihan tavallinen ihminen tulis hoitoon jonkun vammansa takia...”

G1P4: Hammassäryn takia

G1P1:.. niin sä pamautat, että löikö sua joku, niin se on epäoleellinen kysymys. Kyllä pitäis osata valkata ammattitaidollisesti ne asiat mitkä on tärkeitä.

G1P4:Kyllä minusta se ois aika loukkaavaa, mä en ainakaan halua kysyä semmosta.”

Jotkut työntekijöistä tunnistivat käyttämänsä individualistisen kehityksen ja reflektoivat siihen liittyviä ongelmia:

”G6P1: Kyllähän suurin este tän työn tekemiselle on ne omat tunteet ja oma kynnisyys ja turhautuminen. Kun ei oo pakkohoitokeinoja eikä mitään, että hitsi että se menee vaan sinne takas hakattavaksi. Mä en voi mitään. Nää on semmosii juttuja, että siihen haluis aika nopeestikin apua, semmosta pysähtymistä ja miettimistä. Et ne nostaa kyllä tunteita ja sit tulee semmonen torjunta, ihan selkee et mä en, me ei voida hoitaa tätä. – Mitä sä työntekijänä voit, muuta ku että ’no se on vaan sitten se valinta minkä oot tehny’.”

Työntekijät kertoivat olevansa turhautuneita ja pettyneitä potilaiden toistuvien ja jatkuvien lähisuhdeväkivaltakokemusten aiheuttamiin ongelmiin, minkä vuoksi väkivaltaan puuttuminen näyttäytyi turhana työnä. Individualistisesta, yksilön toimintakykyyn ja valinnanvapauden nojautuvasta ajattelutavasta käsin on vaikeaa ymmärtää väkivallan keskellä elävien vaikeutta irtautua väkivaltaisesta suhteesta sekä sitä, millaista tukea suhteesta irrottautumiseen tarvitaan.

PSYKOLOGINEN KEHYS

Edellä mainitut kehukset tarjoavat perusteita sille, miksi väkivaltaan ei tarvitse tai kannata puuttua. Psykologinen kehys tukee sekä väkivaltaan puuttumattomuutta että siihen puuttumista. Väkivaltaan puuttumisella viittaamme näkökulmaan, jossa potilaan tunteet ja kokemukset tule-

vat huomioiduksi ja niitä tulkitaan psykologisin termein. Psykologisessa kehyksessä väkivallan nähdään olevan yhteydessä moniin psykologisiin ongelmiin ja potilaan traumatisoitumiseen, mikä tarjoaa mahdollisuuden ymmärtää potilaan tilanetta kokonaisvaltaisemmin.

Psykologisen kehyksen avulla toimintaa ja tekoja voidaan ymmärtää nimeämällä ja erittelemällä niiden oletettuja perusteita (Peräkylä 1990, 117). Kehystä käytetään esimerkiksi yritettäessä ymmärtää tilanteita, joissa väkivallan kohteeksi joutunut ei halua turvautua ammattiapuun ja palaa väkivaltaiseen suhteeseen. Väkivaltaiseen suhteeseen palaavan käyttäytymistä ei mielletä irrationaliseksi toiminnaksi, kuten yksilöllisessä kehyksessä. Psykologisesta näkökulmasta sitä ei myöskään tulkita työntekijöille turhaa työtä aiheuttavaksi ja turhauttavaksi toiminnaksi, kuten käytännöllisessä kehyksessä.

”G6P6: Hoitohenkilökunnanki välillä on aika vaikee ymmärtää että kun se ukko siellä hakkaa niin miks se [uhri] aina palaa sinne. Että koska se riippuvuussuhde on semmonen, että se ei oo mitenkään helppo meidän ymmärtää että kuinka vaikee se on irrottautua ja miks se on helpompaa aina mennä takasin siihen väkivaltaiseen suhteeseen.”

Vaikka psykologinen kehys avaa väkivallan kohtaamisen mahdollisuuksia merkittävästi, työntekijät suhtautuivat väkivaltakokemuksen esilletuloon hoitotilanteessa ambivalentisti. He katsoivat, että väkivaltakokemusten tulisi olla hoidon kohteena ja sellaisina ne ovat myös mahdollisia hoitaa. Toisaalta traumaattisiksi tulkittujen kokemusten käsittelyn pelättiin aiheuttavan ”enemmän hallaa kuin hyvää”:

”G6P6: Niin trauma mikä kulkee siinä mukana ja mitä ei oo päässy käsittelemään välttämättä ja joka sitte näissä stressitilanteessa nousee pintaan.

G6P5: Että miettii kuin paljon mä rupeen tätä tosiasiallista asiaa penkomaan, jota olisi syytä, jotta sitten tämä tilanne ei taas sitten ehkä kymmenen vuoden päästä aktivoituis. Ois hyvä käsitellä mutta kuinka tässä sitä kannattaa tehdä että ei sitten tavallaan traumatisoi lisää?”

Väkivallan kehystämistä, jonka mukaan väkivaltaan puuttuminen aiheuttaa enemmän vaurioita kuin hyötyä, on kutsuttu Pandoran lippaan avaamiseksi (Lavis ym. 2005, Sugg ja Inui 1992). Potilaan asioihin sekaantumisen ja kipeiden asioiden

pelätään uudelleentraumatisoivan potilasta, ja pelko ennakoimattoman prosessin käynnistymisestä voi estää ja hidastaa väkivallan esille ottamista. Kyse voi olla myös työntekijöiden itsensä suojaamisesta emotionaalisesti koskettavilta traumaattisilta kokemuksilta, kuten joissakin ryhmäkeskusteluissa kuvattiin. Vaikka psykologinen kehys poikkeaa edellä esitellyistä kehyksistä sikäli, että se mahdollistaa väkivallan haavoittavuuden ymmärtämisen ja väkivallan seurausten näkemisen tärkeänä ja eettisesti relevanttina hoidon kohteena, väkivalta tulee kuitenkin ”haavojen aukomisen pelossa” helposti sivuutetuksi myös psykologisen kehyksen näkökulmasta.

VÄKIVALTAAN PUUTTUMISTA TUKEVAT KEHYKSET

Haastatteluja analysoidessamme huomasimme, että haastattelujen edetessä haastateltavat alkoivat kyseenalaistaa edellä mainittuja kehyksiä sekä etsiä perusteluita väkivaltaan puuttumiselle omassa työssään. Kutsumme puuttumattomuutta kyseenalaistavia näkökulmia puuttumista tukeviksi kehyksiksi. Nämä kehykset kertovat näkökulman vaihdoksesta sen suhteen, miten väkivalta ja sen vaikutukset ymmärretään sekä millaiseksi työntekijät näkevät oman tehtävänsä ja mahdollisuutensa väkivaltaan puuttumisessa. Puuttumista tukevat kehykset paitsi kyseenalaistavat puuttumattomuutta perustelevia kehyksiä, myös muuttavat niiden sisältöjä ja siten mahdollistavat uudenlaisten kehysten yhdistelmien muodostumista. Nostamme aineistosta esille kolme väkivallan kohtaamista ja siihen puuttumista edistävää kehystä: 1) terveyden edistämisen kehyksen, 2) oikeutetun puuttumisen kehyksen ja 3) prosessin käynnistämisen kehyksen.

TERVEYDEN EDISTÄMISEN KEHYS

Terveyden edistämisen näkökulma kyseenalaistaa erityisesti väkivaltaan puuttumattomuutta perustelevaa medikaalista näkökulmaa. Medikaalisessa kehyksessä erikoissairaanhoidon tehtävät määrittyvät suhteessa tarkasti rajattuihin lääketieteellisiin ongelmiin, kun taas terveyden edistämisen kehys huomioi laajemmin yksilöiden kokonaisterveydentilaan vaikuttavia tekijöitä. Terveyden edistäminen väkivaltaan puuttumista tukevana kehyksenä edellyttää ymmärrystä väkivallan vaikutuksista ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin.

Siinä missä medikaalisessa kehyksessä tehdään rajanvetoa, että ”se ei oo erikoislääkärin tehtävä lähtee sitä asiaa seulomaan, että se ei kuulu oikeesti mulle”, terveyden edistämisen ke-

hyksestä väkivaltaan puuttuminen näyttäytyy kaikkien erikoissairaanhoidossa työskentelevien tehtävänä:

”G4P2: Se sen on sen tehtävä jolle se tulee ensimmäisenä mieleen elikkä joka ajattelee et voiskohan tässä taustalla olla jotain. Kyllähän esimerkiksi lääkärin täytyy pystyä kysymään ihmiseltä ihan mistä tahansa asiasta. -- Mut puhutaan terveyskasvatuksesta tai jostain muusta niin kenen tehtävä se [väkivallasta kysyminen] sitten on jos se ei oo lääkärin tehtävä. Hoitaja tai lääkäri tai kuka tahansa, mut se kenelle tulee ensimmäisenä mieleen tai kuka kokee et tässä saattaa olla taustalla nyt jotain tämmöstä niin sen pitää pystyä siitä myöskin puhumaan.”

Näkökulma kyseenalaistaa medikaaliseen kehykseen liittyvän ajatuksen, jonka mukaan väkivaltaan puuttuminen vaatii asian näkemistä paitsi lääketieteellisenä ongelmana myös juuri kyseisen erikoissairaanhoidon yksikön asiana. Lisäksi terveyden edistämisen kehys haastaa käytännöllisen kehyksen näkemyksen puuttumisesta työntekijöiden varsinaista työtä ja sen rutiineja häiritsevänä lisätyönä, kun väkivallan vaikutukset nähdään ”yhtä tärkeäksi osa-alueeksi kun joku muukin siitä kokonaisterveydentilasta”.

Terveyden edistämisen kehys haastaa myös individualistisen kehyksen: asiakkaiden terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat asiat eivät ole yksityisasiasia, vaan niistä huolehtiminen kuuluu erikoissairaanhoidon henkilökunnalle. Terveyden edistämisen kehys kyseenalaistaa niin ikään medikaaliselle ja individualistiselle kehykselle ominaisen sosiaalisten ja psykologisten näkökulmien erikoissairaanhoidon työtehtävien ulkopuolelle rajaamisen.

OIKEUTETUN PUUTTUMISEN KEHYS

Oikeutetun puuttumisen kehys nostaa esille perustellut syyt väkivaltaan puuttumiseen. Selkeimmillään tällaisia perusteita ovat lastensuojelulain kaltaiset toimintaan velvoittavat lait ja säädökset. Lastensuojelulain velvoitteen myötä lapsiperheissä tapahtuvaan väkivaltaan puuttumisesta tulee kaikille kuuluva asia:

”G4P33: Tää lastensuojeluilmoitus, niin sehän on jo sovittu että ken sen havaitsee niin se sen tekee.

G4P2: Niin ja se oikeestaan on lakisääteinen, et se on pakko tehdä.

G4P3: Sen voi tehdä kuka vaan.”

Väkivaltaan puuttumattomuutta legitimoivat kehystämisen tavat kyseenalaistuvat lapsiperhetilanteissa paitsi lastensuojelulain, myös yleisemmän lapsen parhaan näkökulman kautta:

”G3P4: Nää tilanteet meillä on kuiteskin että siinä se [mahdollisesti puolisoaan pahoinpitelvä] mieskin on läsnä, et missä tilanteessa ja miten sen [väkivallan epäilyn] voi ja kannattaa ottaa esille. Mun mielestä vauvan ja lapsenkin kautta pääsee, siihenkin vedoten aika paljon voi pistää, että nyt kun teillä on lapsi.”

Lapsen etu legitimoit perheen sisäisiin asioihin puuttumisen ja siten kyseenalaistaa individualistiselle kehykselle ominaista yksityisyydensuojaa. Lapsen edun näkökulma on myös niin vahva väkivaltaintervention legitimoija, että se haastaa käytännölliselle kehykselle ominaisen aika- ja resurssipulaan vetoamisen: puuttumiseen löydetään aikaa ja mahdollisuuksia, kun puuttuminen näytetään välttämättömänä lapsen edun kannalta.

Ryhmäkeskusteluissa nousi esille lakien, säädösten ja yleisesti tiedossa olevien rutiinikysymysten kaipuu myös aikuisten välisen lähisuhdeväkivallan kohtaamisessa. Koko organisaation tasolla yhteisesti käytettäviksi sovitut väkivallasta kysymisen käytännöt ja puuttumiseen velvoittava ohjeistus saattaisivat oikeuttaa ja siten helpottaa väkivaltaan puuttumista:

”G2P5: Varmaan se auttais meitä työssämme että ihmiset oikeesti tietäis että sitä asiaa kysytään, on se hoitaja kuka nyt sattuu olla vuoros niin se kysyy sitä varmasti. Meillä se työ alkais jo ennen sitä tilannetta ettei se tuu sitten niinku märkä rätti kasvoille.

G2P3: Ja oisko mejän helpompi kysyä jos ne tietäis et sitä joka tapauksessa tullaan kysymään, niin mejän on sit helpompi lähtee siihen. Se ei oo vaan silleen että kysytään joltakin jossakin kun tuntuu siltä, vaan sitä joka tapauksessa kysytään niin ehkä se ois helpompi sitte lähtee itekin sitä asiaa puimaan.”

Oikeutetun puuttumisen kehys kyseenalaistaa monin tavoin käytännöllisessä kehyksessä esitettyjä perusteita puuttumattomuudelle. Tästä hyvänä esimerkkinä on eräässä fokusryhmässä käyty keskustelu, jonka alussa kaksi keskustelijaa totesi, että rutiinikysymys ”vaatis ihan hirveesti resursseja hoitohenkilökunnalta” ja että jo nyt osana diagnostiikkaa joudutaan kysymään potilailta paljon asioita. Kolmas keskustelija toi asiaan kuitenkin toisenlaisen näkökulman: kun potilailta kerta jo nyt kysytään paljon asioita, miksi ei voi-

taisi saman tien kysyä myös väkivallasta. Samaa mieltä oleva neljäs keskustelija jatkoi:

”G5P4: Se varmaan sujuisikin just muiden kysymysten lomassa että se sitten tulis helposti, et se ei vaatis niin paljon resurssijakaan.”

Keskustelu kääntyi tämän jälkeen takaisin aika- ja resurssipulaan sekä siihen, miten ”on vaikeeta yksikaks muun työn rutiineista hypätä siihen”, kunnes neljäs keskustelija palasi puuttumista mahdollistaviin tekijöihin:

”G5P4: Kyllä lähtökohta varmaan on se et me saatat nyt tästä aihepiiristä hyvä pohjatie-to ja koulutus ja sitten selkee toimintamalli että miten mä toimin -- ja sitten lopun viimeks ne keinot että mitä sitten, mihin ohjataan, ettei tuu semmonen abdistava tilanne että mitäköhän mä taas tämän kohdalla voisin keksiä ja tehdä.”

Keskustelussa puhuttiin rutiineista kahdessa mielessä väkivaltaan puuttumista mahdollistavana tekijänä. Kysymysten esittäminen kaikille voidaan perustella organisaatiossa tehtyjen linjausten pohjalta: ”Tää on meille rutiini.” Tämän lisäksi rutiineista puhumalla kyseenalaistetaan käytännöllisestä kehyksestä esitettyjä aika- ja resurssirajoitteita. Argumenttina on, että muiden potilailta kysyttävien tietojen lomaan sijoitettujen rutiinikysymysten esittämiseen ei kuluisi paljoa aikaa.

Rutiinikysymysten esittämistä ja mahdollisia jatkotoimenpiteitä varten laadittu ohjeistus yksinkertaistaa ja helpottaa käytännön tilanteissa toimimista. Samalla kyseenalaistuvat käytännöllisessä kehyksessä esitetyt työntekijöiden ehtimisen, osaamisen ja tietämisen rajoitteita koskevat puuttumattomuuden esteet. Siinä missä käytännöllisessä kehyksessä keskitytään väkivaltaan puuttumisen vaikeuteen, oikeutetun puuttumisen kehyksessä tuodaan esille erilaisia mahdollisuuksia, joiden kautta väkivaltaan puuttuminen olisi muutettavissa helpommaksi tehtäväksi. Parhaimmassa tapauksessa puuttuminen nähdään työn arkipäivään ja sen rutiineihin luonnollisena osana kuuluvana käytäntönä – työn rutiinina – joka ei kohtuuttomasti rasita jo ennestään ylityöllistettyä erikoissairaanhoidon henkilöstöä.

PROSESSIN KÄYNNISTÄMISEN KEHYKSI

Prosessin käynnistämisen kehyksellä tarkoitamme väkivaltaan puuttumista tukevaa ymmärrystä 1) väkivallan vaikutuksista väkivallan kohteena olevien elämään, hyvinvointiin ja toimintakykyyn

sekä 2) väkivaltaa kokeneita kohtaavan työntekijän roolista väkivaltaan puuttumisen prosessin käynnistäjänä. Prosessin käynnistämisen kehys kyseenalaistaa individualistiselle kehykselle ominaisen yksilön omavastuun näkökulman, sillä siihen sisältyy ymmärrys muutosten haastavuudesta ja prosessin käynnistämisen vaikeudesta:

”G6P2: Mut se pelottaaki asiakkaita, et min-käläinen prosessi lähtee, muutos liikkeelle, jos mä nyt tästä kerron. Niin se estää siitä kaikkee, kun se muutos pelottaa niin paljon siinä omassa elämässä. Prosessit, virastot, kaikki, lapset. Kaikki mitä siihen liittyy niin se on aika pelottavaa monista.”

G6P4: Ja raskasta ja vaikeeta. Et välttämättä ne psyykkiset voimavarat ei edes ole tällä hetkellä semmoset, niin meidän tehtävä on rakentaa niitä psyykkisiä voimavaroja että hänellä on sitten kykyä hoitaa ne.”

G6P6: Tukea niissä missä voidaan ja antaa sitä apua.”

Välittömästi näkyvien tulosten vaatimisen sijaan prosessikehyksen näkökulmasta korostetaan ajatusta, että välittäminen, muutoksen siemenen kylväminen, sysäyksen antaminen sekä väkivaltaa kyseenalaistavan prosessin käynnistäminen on väkivallan kohtaamisessa jo sinänsä merkityksellistä ja tärkeää:

”G3P1: Just sen äidin tiedostaminen, niin se hän on kauheen pitkä prosessi ennen kun se käsittelee sitä sille asteelle, että no ehkä mä haenkin tukee jostain ensikodista tai turvakodista. Niin se ei oo niin selkeää, että ku nyt tehdään tämmönen kysymys ja tästä tää vyyhti lähtee, vaan että sitä saattaa joutua käsittelee monessa instanssissa moneen kertaan. -- Se että jossain herää se ajatus ja kysymys ja sul on ohjata sille ihmiselle tai antaa sitä apua ja tukea, niin se on ehkä se meidän oleellinen juttu.”

G3P4: Me saatais olla mun mielestä ihan tyytyväisiä jos me saatais siinä ihmisessä joku semmonen sysäys, et hän rupeis ajattelee ja löytäis sitä rohkeutta ja ymmärtäis niitä asioita ees hieman. Ja vaikka sit vielä se puhelinnumero, me oltais tehty jo paljon.”

G3P3: Ja niin että me välitetään ja että tässä yhteiskunnassa ei sallita sellasta, että sulla on oikeus hakea apua siihen asiaan. Koska se sitten toimii ja hakee, niin se on ihan eri asia, mut me on annettu siihen palikoita.”

Prosessikehyksellä kyseenalaistetaan käytännöllisestä kehyksestä esitettyä ajatusta siitä, että työntekijöi-

den täytyisi kyetä hoitamaan koko prosessi alusta loppuun, vaikei heillä olisikaan siihen tarvittavaa aikaa, ammatillista erityisasiantuntemusta, työvälineitä ja -menetelmiä. Seuraavassa sitaattissa kritisoidaan käsitystä, jonka mukaan yksi ihminen voisi ratkaista kerralla koko ongelman:

”G5P6: Mut jos se [väkivalta] on ollu pitkään jatkunu tilanne niin onhan sitte se purkamisenki pitkä prosessi, et ehkä sitä voi aatella omassa työssään, helpottaisko se sit että aatelis että se voi seuraavan ihmisen kanssa päästä jo vähän pitemmälle sen asian kanssa -- Mut eihän me tosiaan voida määräämme enempä tehdä sinä asiassa, niinku kaikissa ammattiryhmissä.”

Vaikka prosessin käynnistämisen kehyksestä katsoen kaikilla työntekijöillä on vastuu väkivaltaan puuttumisesta, kenenkään ei oleteta eikä veloiteta olevan yksinään vastuussa koko prosessin hoitamisesta. Näin prosessin käynnistämisen kehyksestä työntekijän oma rooli sekä työyhteisön jäsenenä että osana laajempaa väkivallan vastaisen työn auttamisketjua jäsentyy uudella tavalla.

PUUTTUMISTA MAHDOLLISTAVAT KEHYSTEN KOMBINAATIOT

Löysimme haastatteluaineistosta sekä väkivaltaan puuttumattomuutta perustelevia että puuttumista tukevia kehystämisen tapoja. Tarkastelemme vielä näiden kehysten keskinäisiä suhteita erityisesti siitä näkökulmasta, millaisia muutoksen mahdollisuuksia kehysten väliseen dynamiikkaan liittyy. Taulukkoon 1 on koottu keskeisimmät tavat, joilla väkivaltaan puuttumisen kehykset kyseenalaistavat puuttumattomuuden kehyksiä.

Haastattelutilanteessa aktivoituneet väkivaltaan puuttumisen kehykset haastavat käytännöllisen, medikaalisen, individualistisen ja psykologisen kehyksen sisältöjä ja avaavat mahdollisuuksia väkivaltaan puuttumiseen. Haastattelujen alkupuolella haastateltavat olivat taipuvaisia tarkastelemaan väkivaltaan puuttumisen kysymystä ensisijaisesti toiminnan sisällön eli erikoissairaanhoidon käytäntöjen kautta. Väkivaltaan puuttumista ei nähty erikoissairaanhoidon työntekijöiden tehtävänä ja epäiltiin, että heillä ei ole riittäviä perusteita tai taitoja puuttumiseen. Haastattelun edetessä moni haastateltavista siirtyi kuitenkin tarkastelemaan puuttumista eettiseltä kannal-

Taulukko 1.

Puuttumattomuutta perustelevat kehykset ja niitä kyseenalaistavat kehykset

	Medikaalinen kehyks – Väkivalta ei erikoissairaanhoidon alaan liittyvä kysymys: ”Ei kuulu meidän työhömme”	Käytännöllinen kehyks – Väkivaltaan puuttumiseen ei mahdollisuuksia, työvälineitä eikä rakenteita: ”Emme voi, emme ehdi”	Individualistinen kehyks – Väkivalta yksityisasia: ”Emme voi” – Väkivalta yksilön vastuulla: ”Ei meidän tarvitse”	Psykologinen kehyks – Pelko potilaan uudelleen traumatisoitumisesta ja turvallisuuden vaarantumisesta: ”Emme uskalla”
Terveyden edistämisen kehyks	Kyseenalaistaa kapean medikaalisen (soomaan keskittyvän) käsityksen	Puuttuminen ei näyttäydä varsinaista työtä häiritsevänä lisätyönä	Kyseenalaistaa käsityksen siitä, ettei väkivalta kuulu erikoissairaanhoidon henkilökunnalle	Pakottaa suhteuttamaan traumatisoitumisriskiä potilaan kokonaisyvinvoinnin ulottuvuuteen
Oikeutetun puuttumisen kehyks	Tarjoaa ammatillisia perusteita ja työvälineitä puuttumiseen	Tarjoaa yhtenäiset puuttumisen käytännöt	Legitimoi yksityisyyden rajan ylittävät väkivalta-interventiot	Tarjoaa ammatillisesti punnittuja perusteita ja työvälineitä puuttumiseen
Prosessin käynnistämisen kehyks	Ymmärrys väkivallan vaikutuksista haastaa käsityksen siitä, ettei väkivaltaan puuttuminen kuulu terveydenhuollon ammatillisille	Ymmärrys omasta osuudesta väkivallan vastaisessa työssä haastaa käsityksen siitä, että olisi kyettävä hoitamaan asia alusta loppuun	Ymmärrys väkivallan vaikutuksista yksilön toimintamahdollisuuksiin haastaa yksilön vastuuttamisen väkivaltaan liittyvistä ongelmistaan	Ymmärrys väkivaltaa kyseenalaistavan prosessin käynnistämisen tärkeydestä luo eettisen veloitteen puuttumiseen potilaan traumatisoitumisenkin uhalla

Taulukko 2.

Yleisimmät kehysten kombinaatiot

Medikaalinen kehys & Terveyden edistämisen kehys: Terveyden edistämisen ulottuvuus laajentaa käsitystä siitä, mitkä asiat kuuluvat omaan työnkuvaan → saa astumaan kapeasti käsitetyin ammatillisen roolin ulkopuolelle	Käytännöllinen kehys & Oikeutetun puuttumisen kehys: Oikeutetun puuttumisen kehys laajentaa käsitystä siitä, mitä kuuluu työn rutiineihin ja päivittäisiin käytäntöihin sekä tarjoaa ammatillisia välineitä puuttumiseen
Individualistinen kehys: Ei yhdistettävissä puuttumista tukeviin kehyksiin	Psykologinen kehys & Prosessin käynnistämisen kehys: Prosessikehys vahvistaa psykologiselle kehykselle ominaista ymmärrystä väkivallan vaikutuksista ja väkivaltaan liittyvistä noidankehistä, mutta lisäksi korostaa sitä, että väkivaltaa kyseenalaistavan prosessin käynnistäminen on potilaan auttamisessa jo sinällään merkityksellistä.

ta, jolloin puuttumiset esteet kyseenalaistuivat ja saattoivat jopa kääntyä mahdollisuuksiksi.

Kehysanalyysin keskeinen periaate on kehysten dynaamisuus: kehykset voivat olla paitsi rinnakkaisia, myös päällekkäisiä ja sisäkkäisiä. Eri kehyksiin kuuluvat toiminnot voivat yhdistyä toisiinsa kehyksiin, jolloin kyseessä olevan tilanteen tulkinta muuttuu. Tietty toiminta voidaan muuttaa palvelemaan jotain muuta toimintaa tai pyrkimystä. (Goffman 1974, 41–47.) Haastatteluissa virinnyt eettinen velvoite puuttumiseen liimaa yhteen niin puuttumista kuin puuttumattomuuttakin tukevia kehyksiä tavalla, joka muuttaa puuttumattomuutta tukevien kehysten sisältöjä. Kehysten yhdistymisen myötä puuttumisen esteitä perustelevien kehysten sisällöt artikuloituvat uudella tavalla: esimerkiksi oikeutetun puuttumisen ja käytännöllisen kehyksen yhdistelmässä korostuvat puuttumista edistävät perusteet, käytännöt ja välineet. Taulukossa 2 on esitelty kehysten kombinaatioista yleisimmät:

Kuten taulukosta näkyy, individualistista kehystä lukuun ottamatta kaikki muut kehykset ovat yhdistettävissä johonkin toiseen kehykseen. Individualistisen kehyksen erityislaatuisuus perustuu sille ominaisiin toiminnan ”oikeanlaisuutta” ja ”vääränlaisuutta” koskeviin käsityksiin, jotka eivät ole muunnettavissa väkivaltaan puuttumista tukeviksi. Muissa puuttumattomuuden kehyksissä väkivaltaan puuttumista sinällään pidetään myönteisenä asiana, mutta sen toteuttamiselle nähdään lukuisia esteitä. Sen sijaan individualistisessa näkökulmasta tuomitaan puuttuminen itsessään vääränlaiseksi toiminnaksi. Yksilön vapauden ja vastuun ihanteisiin nojautuvassa individualistisessa kehyksessä väkivaltaan puuttuminen määrittyy yksilönvapautta ja yksityisyyden suojaa rikkovaksi kontrolloinniksi sekä yksilöi-

den holhoamiseksi asioissa, joista yksilöiden itsensä täytyisi kantaa vastuu. Näin individualistinen kehys konstruoi henkilökunnan oikeuksia ja velvollisuuksia siten, ettei henkilökunnalla ole oikeutta muttei myöskään velvollisuutta puuttua väkivaltaan.

YHTEENVETO JA POHDINTA

Lähtökohtana artikkelissamme ovat aiemman tutkimuksen havaitsemat ongelmat lähisuhdeväkivaltaan puuttumisessa sosiaali- ja terveysalalla. Tutkimuksemme mukaan ongelmat liittyvät niin konkreettisiin aukkoihin palvelurakenteessa kuin sosiaali- ja terveysalan ammatillisiin ja organisaattoriin käytäntöihin. Väkivallan kehystämisen tavat määrittävät sitä, miten työntekijät toimivat ja miten he mieltävät roolinsa väkivallan kohtajina. Uudenlaiset väkivaltainterventiot edellyttävät puolestaan väkivaltaan puuttumista mahdollistavia kehystämisen tapoja.

Tutkimuksemme mukaan yleisimmät väkivallan kehykset – medikaalinen, käytännöllinen, individualistinen ja psykologinen – toimivat usein väkivallan sivuuttamisen ja torjumisen perusteluina. Medikaalisesta näkökulmasta väkivaltaan puuttuminen ei kuulu erikoissairaanhoidon tehtäviin (ks. myös Warsaw 1997). Terveydenhuollon henkilökunta keskittyy pikemminkin väkivallan vaikutusten korjaamiseen kuin niiden syiden kartoittamiseen. Tältä pohjalta ei olekaan yllätys, että tutkimusten mukaan lähisuhdeväkivallan uhrin eivät ole pitäneet terveydenhuollon ammattilaisilta saamaansa apua kovin hyödyllisenä (Bachus ym. 2003, Lavis ym. 2005, Peckover 2003).

Käytännöllisestä näkökulmasta väkivaltaan puuttumisen esteet ovat rakenteellisia ja liittyvät esimerkiksi vastuunjaon epäselvyyteen, mikä on huomattu myös kansainvälisessä tutkimuksessa

(Taket ym. 2003). Suomalaisen palvelurakenteen erityispiirteenä on pidetty (Ronkainen 2008) sitä, että väkivallan ehkäisy ja hoito toimii suurelta osin väliaikaisen rahoituksen turvin, minkä vuoksi hoitoketjuissa on katkoksia ja alueellisia eroja. Suomalaisissa väkivaltatutkimuksissa (Husso 2003, Nyqvist 2001, Pehkonen 2003) on myös osoitettu, että Suomessa on siirrytty muihin Pohjoismaihin verrattuna myöhään lähisuhdeväkivaltatyöhön niin lainsäädännön kehittämisen kuin käytännön toimenpiteiden tasolla. Vaikka lähisuhdeväkivallan aiheuttamiin ongelmiin haetaan apua pääasiassa terveydenhuollosta, on terveydenhuollon piirissä ryhdytty vasta viime aikoina kehittämään malleja ja menetelmiä lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen ja siihen puuttumiseen (Leppäkoski 2007, 2011, STM 2008, Flinck ym. 2009).

Tutkimustuloksemme antaa viitteitä siihen suuntaan, että väkivaltatyöllä on edessään niin mahdollisuuksia kuin suuria haasteitakin. Psykologinen kehys poikkeaa muista puuttumattomuutta perustelevista kehystämisen tavoista sikäli, että sen näkökulmasta väkivallan voi nähdä tärkeänä ja eettisesti relevanttina hoidon kohteena (Hatters Friedman ja Loue 2007, ks. myös Howard ym. 2009). Toisaalta psykologinen kehys asettaa myös haasteita väkivaltatyölle, sillä pelko potilaan trauman uudelleenherättämisestä ja ennakoimattoman prosessin käynnistymisestä estää väkivallan esille ottamista. Väkiältä tulee puuttumisesta seuraavien ennakoimattomien prosessien pelossa helposti sivuutetuksi, mikä on huomattu myös kansainvälisissä terveydenhuoltoa koskevissa tutkimuksissa (Lavis ym. 2005, Sugg ja Inui 1992).

Aineistosta analysoimamme väkiältä puuttumista tukevat kehukset kyseenalaistavat väkivallan ulossulkemisen perusteluja. Terveyden edistämisen kehys huomioi väkivallan vaikutukset terveyteen ja hyvinvointiin ja siten kyseenalaistaa näkemyksen, jonka mukaan väkiältä ei ole terveydenhuoltoon kuuluva ongelma. Oikeutetun puuttumisen kehuksesta löydetään väkivaltainterventioita legitimoivia perusteita, yhteisiä käytäntöjä ja ammatillisia työvälineitä puuttumiseen. Prosessin käynnistämisen kehys, eli ymmärrys väkivallan vaikutuksista ja omasta työstä osana laajempaa ketjua, lisää ymmärrystä väkivallan vaikutuksista ja muutosten haastavuudesta. Välittömien näkyvien tulosten vaatimisen sijaan prosessinäkökulmasta korostetaan ajatusta, että muutoksen siemenen kylväminen ja väki-

taa kyseenalaistavan prosessin käynnistäminen on väkivallan kohtaamisessa jo sinänsä merkityksellistä ja tärkeää.

Väkiältä puuttumista tukevien kehysten kautta väkivaltatilanteet saavat uusia merkityksiä ja samalla muuttuvat myös kehysten keskinäiset suhteet: toisiaan tukevista väkiältä puuttumattomuuden perusteluista tulee toisin kehystettyinä perusteita ja suoranaisia velvoitteita väkiältä puuttumiselle. Ainoan poikkeuksen muodostaa individualistinen kehys, josta ei aineistomme perusteella näytä löytyvän minkäänlaista tarttumapintaa puuttumisen ja puuttumattomuuden kehysten hedelmällisille yhdistelmille. Individualistisesta näkökulmasta väkiältä puuttuminen on jo lähtökohtaisesti väärin: väkivallan aiheuttamat ongelmat nähdään yksilöllisinä ominaisuuksina ja ne tulkitaan yksilön omalle vastuulle kuuluviksi.

Individualistista kehystä koskevat havaintomme tukevat niitä tutkimustuloksia, joiden mukaan lähisuhdeväkivallan sivuuttaminen ja ulossulkeminen perustuu yksityisen ja julkisen, yksilöllisen ja yhteiskunnallisen vastakkainasetteluun (Husso 2003, Fineman ja Mykitiuk 1994, Barnett 2000, Barnett 2001).

Yhden kiinnostavan peilauspinnan individualistisen kehysten tarkastelulle tarjoavat myös hyvinvointivaltion suunnanmuutosta (Julkunen 2006) ja uusliberalistista yhteiskuntaideologiaa (Juhila 2008) koskevat pohdinnat. Hyvinvointivaltion uudistamisessa on parin viimeisen vuosikymmenen aikana pyritty vähentämään hyvinvointivaltion harjoittamaa sääntelyä ja puuttumista sekä siirtämään vastuuta yhteiskunnalta ihmisille itselleen uusliberalistisessa kansalaisten aktiivisuutta ja vastuullisuutta sekä sosiaalisten ongelmien yksilölähtöisyyttä korostavassa hengessä. Vanhan ”holhoavaksi” mielletyn yhteiskuntaeetoksen väitetään (Heiskala ja Luhtakallio 2006) vaihtuneen kilpailua ja pärjäämistä korostavaksi eetokseksi: yksilöillä on oltava valmius hyväksyä omiin valintoihinsa liittyvät riskit ja kyky selviytyä omin avuin kiperistä tilanteista.

Tutkimustulostemme ja aiemman tutkimuksen pohjalta näyttää siltä, että väkivaltatyön erityisenä haasteena on individualistisen näkökulman kyseenalaistaminen väkivaltainterventioon liittyvissä kysymyksissä. Terveydenhuollossa tässä apuna on terveyden edistämisen tematiikka, jonka on havaittu (Lupton 2003, Hellsten 2007) 2000-luvulla nousseen aikaisempaa keskeisempään asemaan niin sosiaali- ja terveystieteissä

strategioissa kuin mediassa ja julkisessa keskustelussakin. Myös muut puuttumista tukevat kehykset ja kehysten yhdistelmät määrittelevät uudelleen ja muuttavat sekä väkivaltaan liittyviä tulkintoja että totuttuja väkivallan kehystämisen tapoja. Kuten organisaatiotutkimuksissa on todettu (Chreim 2006), tämänkaltaiset kehysten muunnokset avaavat mahdollisuuksia myös ammatillisten ja organisatoristen käytäntöjen muuttamiseen.

Aineistostamme päätellen toimivien käytäntöjen kehittäminen väkivaltaa kokeneiden tunnistamiseen, kohtaamiseen ja väkivallan kierteen katkaisuun on mahdollista. Se edellyttää väkivallan ammatillisten käytäntöjen, uskomusten, vastuiden ja oikeuksien uudelleenmäärittelyä. Toimivien väkivaltatyön käytäntöjen kehittäminen vaatii ymmärrystä väkivallan vaikutuksista ja väkivallan terveydenhuollon organisatorisille ja ammatillisille käytännöille asettamista haasteista. Väkivallan kokeminen ja näkeminen särkevät ja haavoittavat ihmisiä ja heidän välisiä suhteitaan.

Tästä seuraa, että vain harvoilla väkivallan kohteena olleista on tarpeeksi vahvuutta hakea apua väkivallan aiheuttamiin ongelmiin (Husso 2003, Ronkainen 2008).

Ymmärrys väkivallan vaikutuksista kyseenalaistaa ja muuttaa väkivaltatilanteisiin liittyviä merkityksiä ja tulkintoja, ja mahdollistaa sekä henkilökohtaisten asenteiden että ammatillisten ja organisatoristen käytäntöjen uudistamisen. Samalla se auttaa jäsentämään terveydenhuollon työntekijöiden toimijuutta ja roolia sekä työyhteisön jäsenenä että osana laajempaa väkivallan vastaisen työn auttamisketjua. Uusia väkivallan kehystämisen tapoja tarvitaan sekä väkivallan kohteena olleiden auttamiseen että terveydenhuollon henkilökunnan tukemiseen ja uusien käytäntöjen juurruttamiseen.

Kiitokset:

Kiitämme tutkimukseen osallistuneita erikoissairaanhoidon ammattilaisia Keski-Suomen keskussairaalassa ja Kangasvuoren sairaalassa.

Virkki T, Husso M, Notko M, Laitila A, Holma J, Mäntysaari M. Framing domestic violence in specialist health care: possibilities for change and intervention
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2011;48:280–293

Intervening in domestic violence in the health care is a complex and contested issue. In this article we study health care professionals' ways of framing domestic violence in specialist health care. The data consisted of six focus group interviews with professionals in specialist health care. The data is analyzed based on Erving Goffman's frame analysis, which is developed for studying everyday life interaction. We have analyzed four frames dealing with the barriers to violence intervention: 1) medical frame, 2) practical frame, 3)

individualistic frame, and 4) psychological frame. There were also identified three types of framing that promoted the possibilities for intervention: 1) health promoting frame, 2) justified intervention frame, and 3) process frame. The results indicate that developing successful practices both in identifying victims of domestic violence and preventing further victimization requires a broad understanding of the effects of domestic violence and the challenges for health care professionals in dealing with it.

KIRJALLISUUS

- Anis M. Lastensuojelun ammattilaisten tulkintoja maahanmuuttajasosiaalisuudesta. *Janus* 2006;14:109–126.
- Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health Soc Care* 2003;11:10–18.
- Barnett O.W. Why battered women do not leave, Part 1: External inhibiting factors within society. *Trauma Violence Abus* 2000;1:343–372.
- Barnett O.W. Why battered women do not leave, Part 2: External inhibiting factors – social support and internal inhibiting factors. *Trauma Violence Abus* 2001;2:3–35.
- Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331–1336.
- Chreim S. Managerial Frames and Institutional Discourses of Change: Employee Appropriation and Resistance. *Organization Studies* 2006;27:9:1261–1287.
- Fineman M, Mykitiuk R. The public nature of private violence. Routledge, London 1994.
- Flinck A, Leppäkoski T, Paavilainen E. Parisuhdeväkivallan tunnistaminen, siihen puuttuminen ja moniammatillinen koulutus-, tutkimus- ja kehittämishanke. Väli raportti. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisusarja B: raportit. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, 2009.
- Goffman E. Frame analysis. An essay on the organization of experience. Harvard University Press, Cambridge 1974.
- Hatters Friedman S, Loue S. Review: Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with severe mental illness. *J Women's Health* 2007;16:471–480.
- Heiskala R, Luhtakallio E. (toim.) Uusi jako: Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? Gaudeamus, Helsinki 2006.
- Hellsten K. Kaikille mahdollisuus terveelliseen ja turvalliseen elämään? Esitelmä ”Terveyserot hyvinvointipolitiikan haasteena” -seminaarissa 1. 2.2007 Paasitornissa, Helsingissä. Kansaneläkelaitos, Helsinki 2007. [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/020307151409PN/\\$File/Hellsten010207.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/020307151409PN/$File/Hellsten010207.pdf?openElement). [Luettu 23.9.2011].
- Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew Davies R, Feder G. Review article: Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychological Med* 2009;40:881–893.
- Husso M. Parisuhdeväkivalta. Väkivallan aika ja tila. Vastapaino, Tampere 2003.
- Husso M, Virkki T, Notko M, Holma J, Laitila A, Mäntysaari M. Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health and Social care in Community*. *Health and Social Care* 2011: painossa.
- Juhila K. Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön yhteiskunnallinen paikka. Teoksessa Jokinen A, Juhila K. (toim.) Sosiaalityö aikuisten parissa. Vastapaino, Tampere 2008, 48–81.
- Julkunen R. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Stakes, Helsinki 2006.
- Karjalainen V. Verkoston lupaus. Tutkimus aikuisasiakkaan palveluverkoston rakentumisesta. *Tutkimuksia* 68. Stakes, Helsinki 1996.
- Kivivuori J, Lehti M. The social composition of homicide in Finland, 1960–2000. *Acta Sociologica* 2006;49:67–82.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. World Health Organization, Geneva 2002.
- Lähisuhdeväkivalta-projekti. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Tutkimus- ja kehittämistoiminta. Projektit 2011. <http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?nodeid=33422&culture=fi-FI&contentlan=1> [Luettu 13.10.2011].
- Lavis V, Horrocks CKN, Barker V. Domestic violence and health care: opening Pandora's box – challenges and dilemmas. *Fem Psychol* 2005;15:441–460.
- Leppäkoski T. Women exposed to acute physical intimate partner violence seeking care at emergency departments – Identification of and intervention in violence. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 619, 2007.
- Lupton D. Medicine as culture: illness, disease and the body in Western societies. Sage, London 2003.
- Maiuro D, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS. Development of a health care provider survey for domestic violence. Psychometric properties. *Am J Prev Med* 2000;20:245–252.
- Manning P. Erving Goffman and Modern Sociology. Polity Press, Cambridge 1992.
- Mäntyranta T, Kaila M. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim* 2008;124:1507–1513.
- Marková I, Linell P, Grossen M, Orvig A.S. Dialogue in focus groups: Exploring socially shared knowledge. *Equinox*, London 2007.
- Niemi-Kiesiläinen P. Rikosprosessi ja parisuhdeväkivalta. WSOY, Helsinki 2004.
- Notko M, Holma J, Husso M, Virkki T, Laitila A, Merikanto J, Mäntysaari M. Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa. *Duodecim* 2011;127:1599–1606.
- Nyqvist L. Väkivaltainen parisuhde, asiakuus ja muutos. Ensi- ja turvakotien liitto, Helsinki 2001.
- Peckover S. 'I could have just done with a little more help': an analysis of women's help-seeking from health visitors in the context of domestic violence. *Health Soc Care* 2003;11:275–282.
- Pehkonen P. Naisen puolesta, ei miestä vastaan. Suomalainen naisliike väkivaltaa vastustamassa. Sosiologian laitoksen raportteja n:o 2. Joensuun yliopisto, Joensuu 2003.
- Peräkylä A. Appealing to the 'experience' of the patient in the care of the dying. *Sociol Health Ill* 1989;11:117–134.

- Peräkylä A. Kuoleman monet kasvot. Identiteettien tuottaminen kuolevan potilaan hoidossa. Vastapaino, Tampere 1990.
- Perttu S. Perhe- ja lähisuhdeväkivalta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimus ammattityöntekijöiden toiminnasta ja työn kehittämistarpeista. Daphne Initiative. Ensi- ja Turvakotien liitto, Helsinki 1998.
- Piispa M, Heiskanen M, Kääriäinen J, Siren R. Violence against women in Finland. National Research Institute of Legal Policy, Helsinki 2006.
- Puroila A. Erving Goffmanin kehysanalyysi sosiaalisen todellisuuden jäsentäjänä. Lapin yliopisto, Rovaniemi 2002.
- Robinson L, Spilsbury K. Systematic review of the perceptions and experiences of accessing health services by adult victims of violence. *Health Soc Care* 2008;16:16–30.
- Ronkainen S. Kenen ongelma väkivalta on? Suomalainen hyvinvointivaltio ja väkivallan toimijuus. *Yhteiskuntapolitiikka* 2008;73:388–401.
- Short LM, Johnson D, Osattin A. Recommended components of health care provider training programs on intimate partner violence. *Am J Prev Med* 1998;14:283–288.
- Silverman D. Interpreting qualitative data: methods for analysing talk, text and interaction. Sage, London 2006.
- STM. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveystoimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 9. STM, Helsinki 2008.
- Sugg NK, Inui T. Primary care physician's response to domestic violence. Opening Pandora's box. *J of the Am Med Ass* 1992;267:3157–3160.
- Taket A, Nurse J, Smith K, Watson J, Shakespeare J, Lavis V, Cosgrove K, Mulley K, Feder G. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *Brit Med J* 2003;327:673–676.
- Valtonen A. Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Teoksessa Ruusu vuori J, Tiittula L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Vastapaino, Tampere 2008, 223–241.
- Warshaw C. Intimate partner abuse: developing a framework for change in medical education. *Acad Med* 1997;72:26–37.

TUIJA VIRKKI

YTT, yliopistotutkija

Jyväskylän yliopisto

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

MARITA HUSSO

YTT, yliopistotutkija

Jyväskylän yliopisto

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

MARIANNE NOTKO

YTT, tutkija

Jyväskylän yliopisto

Perhetutkimuskeskus

AARNO LAITILA

FT, dosentti, yliassistentti

Jyväskylän yliopisto

Psykologian laitos

JUHA HOLMA

PsT, dosentti, lehtori

Jyväskylän yliopisto

Psykologian laitos

MIKKO MÄNTYSAARI

YTT, professori

Jyväskylän yliopisto

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos