

**“OLISIHAN SE TÄRKEÄÄ TIETYSTI KYSYÄ KAIKILTA” -
LÄHISUHDEVÄKIVALLAN PUHEEKSI OTTAMINEN
PSYKIATRIAN SOSIAALITYÖSSÄ**

Soila Mäkinen
Maisterintutkielma
Sosiaalityö
Yhteiskuntatieteiden ja
filosofian laitos
Jyväskylän yliopisto
Syksy 2023

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

| | |
|---|---|
| Tiedekunta Humanistis-yhteiskuntatieteellinen | Laitos Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos |
| Tekijä Soila Mäkinen | |
| Työn nimi "Olisihan se tärkeää tietysti kysyä kaikilta" - Lähisuhdeväkivallan puheeksi ottaminen psykiatrian sosiaalityössä | |
| Oppiaine Sosiaalityö | Työn tyyppi Maisterintutkielma |
| Aika Syksy 2023 | Sivumäärä 59 |
| Ohjaaja Satu Ranta-Tyrkkö, yliopiston lehtori, dosentti | |
| <p>Tiivistelmä</p> <p>Tässä maisterintutkielmassa tarkastelen lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamista psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tehtävässä terveysosiaalityössä. Tutkimuskysymyksinä ovat: <i>Mitkä tekijät saavat ottamaan lähisuhdeväkivallan puheeksi ja mitkä seikat estävät lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamista psykiatrian sosiaalityössä?</i> sekä <i>Millä tavoin puheeksi ottaminen tehdään?</i> Tutkielman teoreettisena viitekehystenä on lähisuhdeväkivaltailmiötä koskeva tutkimus ja keskustelu. Tutkielman aineisto on kerätty 24.1.-5.3.2023 HUSin Psykiatriassa täysi-ikäisten potilaiden kanssa työskenteleviltä sosiaalityöntekijöiltä käyttämällä eläytymismenetelmää (method of empathy-based stories MEBS). Aineiston analyysimenetelmänä on käytetty laadullista sisällönanalyysia.</p> <p>Tutkielman tulosten perusteella tekijät, jotka saavat ottamaan väkivallan puheeksi perustuvat työntekijän rutiiniin, intuitioon tai konkreettiseen havaintoon. Työntekijän rutiiniin perustuva kysyminen toistuu potilaasta riippumatta, eivätkä potilaasta lähtöisin olevat tekijät vaikuta siihen. Intuitioon perustuva kysyminen pohjautuu työntekijän tunteeseen, että tilanteessa on jotakin huomiota herättävää, jota ei kuitenkaan osata suoraan nimetä. Konkreettiseen havaintoon perustuva kysyminen puolestaan liittyy potilaan kertomaan, ulkoiseen olemukseen johonkin muuhun huomioon potilaan tämänhetkisessä tilanteessa tai hänen menneisyydessään. Havainto voi liittyä myös aiempiin kirjauksiin tai muiden työntekijöiden esiin tuomiin epäilyihin. Näistä tekijöistä kaksi jälkimmäistä voivat tapahtua sekä toisistaan riippumatta että limittäin. Yleisimpänä lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamista tukevana tekijänä kertomuksissa oli intuitioon perustuva kysyminen ja harvinaisimpana työntekijän rutiiniin perustuva kysyminen. Väkivallasta kysytään joko suoraan tai aiheeseen johdatellen.</p> <p>Tulosten perustella väkivallan puheeksi ottamista estää kysymisen arvioiminen tarpeettomaksi eli <i>ei väkivaltaa</i> -oletus sekä näkemys, ettei väkivallan puheeksi ottaminen liity kyseiseen tapaamiseen. Syynä kysymättä jättämiselle voi olla se, ettei siihen ole tapaamisella aikaa. Kysyminen voidaan jättää myös tarkoituksella myöhempään ajankohtaan. Väkivallan puheeksi ottamista estää, mikäli kysymisen ajatellaan olevan potilaan edun vastaista. Kyseessä voi olla esimerkiksi potilaan turvallisuuden vaarantuminen.</p> | |
| Asiasanat: Lähisuhdeväkivalta, puheeksi ottaminen, puuttuminen, erikoissairaanhoido, psykiatria, terveydenhuollon sosiaalityö | |
| Säilytyspaikka Jyväskylän yliopisto | |
| | |

KUVIOT

| | |
|--|----|
| KUVIO 1 Aineiston analyysin eteneminen | 27 |
| KUVIO 2 Tekijät, jotka saavat ottamaan väkivallan puheeksi | 35 |
| KUVIO 3 Tekijät, jotka estävät väkivallan puheeksi ottamista | 39 |

TAULUKOT

| | |
|--|----|
| TAULUKKO 1 Perhe- ja lähisuhdeväkivalta vuosina 2009–2019 uhrin sukupuolen mukaan, täysi-ikäiset uhrin ja epäillyt tekijät | 7 |
| TAULUKKO 2 Puuttumattomuutta perustelevat kehykset ja niitä kyseenalaistavat kehykset | 21 |
| TAULUKKO 3 Lähisuhdeväkivallan kohtaamisen rakenteiden jäsenyys | 22 |
| TAULUKKO 4 Analyysiprosessi tässä tutkielmassa | 29 |

SISÄLLYS

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO | 1 |
| 2 | LÄHISUHDEVÄKIVALTA JA MIELENTERVEYS..... | 3 |
| 2.1 | Lähisuhdeväkivallan määrittelyä | 3 |
| 2.2 | Lähisuhdeväkivaltailmiön historiaa Suomessa ja Euroopassa | 4 |
| 2.3 | Lähisuhdeväkivalta tilastojen valossa..... | 6 |
| 2.4 | Naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäiseminen ja torjuminen..... | 8 |
| 2.5 | Lähisuhdeväkivallan vaikutukset mielenterveyteen..... | 10 |
| 3 | LÄHISUHDEVÄKIVALTA JA PUHEEKSI OTTAMINEN..... | 12 |
| 3.1 | Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen ja puheeksi ottaminen sosiaali- ja terveyspalveluissa..... | 12 |
| 3.2 | Terveyssosiaalityö psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa..... | 15 |
| 3.3 | Lähisuhdeväkivallan kehystäminen erikoissairaanhoidossa | 17 |
| 4 | TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIELMAN TOTEUTTAMINEN | 23 |
| 4.1 | Tutkielman metodologiset lähtökohdat ja eteneminen..... | 23 |
| 4.1.1 | Aineiston kerääminen..... | 24 |
| 4.1.2 | Tutkielman toteuttaminen | 25 |
| 4.1.3 | Aineiston analyysi | 26 |
| 4.2 | Aineistohallinta ja tietosuoja | 30 |
| 4.3 | Tutkielman eettisyys..... | 30 |
| 5 | TUTKIMUSTULOKSET | 33 |
| 5.1 | Tekijät, jotka saavat ottamaan väkivallan puheeksi | 33 |
| 5.2 | Puheeksi ottamisen keinot | 36 |
| 5.3 | Tekijät, jotka estävät väkivallan puheeksi ottamista | 37 |
| 6 | JOHTOPÄÄTÖKSET..... | 40 |
| 6.1 | Kysymisen rutiini..... | 40 |
| 6.2 | Intuitio tai havainto kysyminen perusteena | 42 |
| 6.3 | Väkivalta ei liity tapaamiseen | 44 |
| 6.4 | Turvallisuus ja kuormitus..... | 45 |
| 6.5 | Pohdinta | 46 |
| | LÄHTEET | 49 |

LIITTEET

1 JOHDANTO

Lähisuhdeväkivalta on Suomessa yleinen, mutta heikosti tunnistettu ilmiö (esim. Holma, Siltala & Laitila 2022; Virkki, Husso, Notko, Laitila, Holma ja Mäntysaari 2011; Heiskanen & Ruuskanen, 2010; Piispa, 2006.) Esimerkiksi Holma, Siltala ja Laitila (2022) nostavat esiin, että lähisuhdeväkivallan merkit tunnistetaan huonosti sosiaali- ja terveyspalveluissa huolimatta siitä, että lähisuhdeväkivalta aiheuttaa paitsi lukuisia terveyshaittoja myös inhimillistä kärsimystä. Lähisuhdeväkivallalle altistuminen lisäksi lisää riskiä sairastua mielenterveyden häiriöihin (esim. Holma, Siltala & Laitila 2022; Maniglio 2009). Tästä huolimatta mielenterveyspotilailta ei systemaattisesti kysytä lähisuhdeväkivaltakokemuksista, vaikka jatkuva altistuminen väkivallalle vaikuttaa negatiivisesti toipumiseen.

Tässä maisterintutkielmassa tarkastelen lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamista psykiatrian terveyssoseaalityössä. Tutkimuskysymyksinä ovat: *Mitkä tekijät saavat ottaa lähisuhdeväkivallan puheeksi ja mitkä seikat estävät lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamista psykiatrian soseaalityössä?* sekä *Millä tavoin puheeksi ottaminen tehdään?* Tutkielman teoreettisena viitekehyksenä on lähisuhdeväkivalta ilmiönä. Tutkielman aineisto on kerätty käyttämällä eläytymismenetelmää (*method of empathy-based stories MEBS*). Aineiston analyysimenetelmänä on käytetty laadullista sisällönanalyysia.

Aiheen valintaan on suurelta osin vaikuttanut oma kiinnostukseni lähisuhdeväkivaltailmiötä kohtaan. Suoritettuani harjoittelun Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Väkivallan vastaisen työn osaamiskeskitymässä kiinnostuin väkivaltakysymyksistä sekä väkivallan tunnistamisesta ja puheeksi ottamisesta. Olen työskennellyt vuosi mielenterveyskuntoutujien sekä mielenterveystyön parissa ja nyt hieman yli vuoden verran terveyssoseaalityössä psykiatrian osastolla. Työkokemukseni myötä olen päässyt käytännön tasolla läheltä seuraamaan sitä, kuinka yleisiä väkivaltakokemukset mielenterveyskuntoutujien parissa ovat. Tästä syystä mielenterveyden ja lähisuhdeväkivallan teemojen yhdistäminen tuntui paitsi kiinnostavalta, myös erittäin tärkeältä.

Piippo (2022) on väitöskirjassaan käsitellyt lähisuhdeväkivallan kohtaamisen rakenteita, käytäntöjä ja toimijuutta soseaalityössä. Piipon tutkimus ei kuitenkaan käsit-

tele lähisuhdeväkivallan kohtaamista psykiatrisen sosiaalityön kontekstissa, eikä yksikään Piipon haastattelemista suomalaisista sosiaalityöntekijöistä työskennellyt terveysosiaalityössä. Virkki ym. (2011) tarkastelivat puolestaan tutkimuksessaan lähisuhdeväkivallan kehystämistä erikoissairaanhoidossa. Tarkoituksena oli selvittää millaiset kehystämisen tavat edistävät ja millaiset estävät väkivallan tunnistamista ja siihen puuttumista. Tässä tutkimuksessa mukana oli kahdessa fokusryhmässä kuudesta edustettuna terveydenhuollon eri ammattiryhmiä, mukaan lukien sosiaalityöntekijöitä. (Emt.) Näin ollen tässäkin tutkimuksessa ei terveysosiaalityön näkökulma ole kovin vahvasti esillä. Esimerkiksi Metteri, Valokivi ja Ylinen (2014, 9) mainitsevatkin, että terveysosiaalityötä on tutkittu verrattain vähän.

Lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamista ja tunnistamista on siis tutkittu, mutta ei kuitenkaan terveysosiaalityön tai erityisesti psykiatrian sosiaalityön näkökulmista. Lähisuhdeväkivalta psykiatrian kontekstissa on mielestäni kiinnostava aihe, sillä näen psykiatrisen erikoissairaanhoidon, erityisesti osastolla tapahtuvan hoidon, eräänlaisena viimesijaisena turvaverkkona henkilön psyykinen voinnin ollessa jo merkittävästi heikentynyt. Oman kokemukseni mukaan monella näistä henkilöistä muut yhteiskunnan turvaverkot ovat voinnin huonontuessa pettäneet. Ne eivät joko ole kyenneet tarjoamaan tarvittavia palveluja, tai henkilö ei ole oman huonon psyykkisen vointinsa vuoksi kyennyt sitoutumaan niihin. Usein kyse on molemmista. Osastolla ollessa vointi lähtee useimmiten tasaantumaan ja palvelujen järjestäminen aloitetaan kunkin potilaan tarpeiden pohjalta. Myös tästä näkökulmasta lähisuhdeväkivallasta saatava tieto ja sen mukaisesti toimiminen on tärkeää.

Aloitan käsittelemällä tutkielman viitekehystä; lähisuhdeväkivaltaa ja mielen-terveyttä sekä väkivaltailmiön määrittelyä, historiaa ja tilastoja. Tämä jälkeen jatkan käymällä läpi lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamista, terveysosiaalityön roolia psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa sekä aikaisempaa aihetta käsittelevää tutkimusta. Viitekehysten jälkeen esittelen tutkielman metodologisia lähtökohtia, aineiston keräämistä, tutkielman toteuttamista sekä analysointia. Samalla käyn läpi tutkielman aineistonhallintasuunnitelmaa sekä eettisiä kysymyksiä. Näiden jälkeen siirryn käsittelemään tutkielman tuloksia sekä niistä tehtäviä johtopäätöksiä. Johtopäätökset on jaettu alalukuihin väkivallan puheeksi ottamista tai ottamatta jättämistä perustelevien tekijöiden mukaan. Lopuksi pohdin saatuja tuloksia ja niiden myötä heränneitä huomioita.

2 LÄHISUHDEVÄKIVALTA JA MIELENTERVEYS

Tässä luvussa käsittelen lähisuhdeväkivaltaa ja mielenterveyttä. Aloitan käymällä läpi lähisuhdeväkivallan määrittelyä sekä ilmiön historiaa Suomessa ja Euroopassa. Tämän jälkeen tarkastelen lähisuhdeväkivaltaa tilastojen valossa sekä erityisesti naisiin kohdistuvaa väkivaltaa ja sen torjumista. Lopuksi käyn läpi lähisuhdeväkivallan vaikutuksia terveyteen ja erityisesti mielenterveyteen.

2.1 Lähisuhdeväkivallan määrittelyä

Lähisuhdeväkivallalla tarkoitetaan väkivaltaa, jossa väkivallan tekijä ja väkivallan kohde ovat tai ovat olleet keskenään läheisessä suhteessa. Lähisuhdeväkivalta voi suuntautua joko henkilön entiseen tai nykyiseen kumppaniin, lapseen, lähisukulaiseen tai muuhun läheiseen. (Bildjuschkin ym. 2020, 7.) Huolimatta siitä, että lähisuhdeväkivalta voi kohdistua keneen tahansa riippumatta sukupuolesta, seksuaalisesta suuntautumisesta, iästä tai sosioekonomisesta asemasta, ovat kohteena kuitenkin useimmiten naiset ja lapset, kun taas tekijöitä ovat tyypillisesti miehet. (Mackay & de Mello 2005, 204.) Lähisuhdeväkivaltaan voi kuulua mitä tahansa väkivallan muotoja, kuten esimerkiksi fyysistä, henkistä tai seksuaalista vahingoittamista, pakottamista, hyväksikäyttöä tai kontrolloimista (WHO 2022.) Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisemassa väkivaltakäsitteiden sanastossa (Bildjuschkin ym. 2020, 3) WHO:n (2002, 3) määritelmä väkivallasta on käännetty suomeksi seuraavasti:

Väkivalta tarkoittaa vallan, kontrollin tai fyysisen voiman tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista siten, että tämä kohdistuu toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään ja että tämä johtaa tai voi johtaa fyysisen tai psyykkisen vammän syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen, perustarpeiden tyydyttymättä jäämiseen tai kuolemaan.

Väkivaltailmiö on monimutkainen, monitasoinen ja monien tekijöiden yhteisvaikutuksen tulos. Väki­valta voi olla muodoltaan moninaista ja siten siihen liittyy paljon erilaisia termejä. Väki­valtaa voidaan kuvata ihmissuhteiden mukaan, kuten esimerkiksi perhe- tai parisuhdeväki­valta. Sitä voidaan kuvata myös sukupuolen mukaan, kuten naiseen kohdistuva väki­valta, tai ihmisryhmän tai tapahtumapaikan mukaan. On myös yleistä kuvata väki­valtaa sen ilmenemismuodon mukaan, kuten fyysinen, seksuaalinen tai henkinen väki­valta. Väki­vallan muotoja ovat myös muun muassa vaino, taloudellinen väki­valta, kemiallinen väki­valta, välineellinen väki­valta, kulttuuriin, uskontoon tai kunniaan liittyvä väki­valta tai laiminlyönti. (Bildjuschkin ym. 2020, 3, 9–10.)

Tunnistamatta jäänyt lähisuhdeväki­valta kuormittaa terveydenhuollon palveluita, mutta ennen kaikkea lisää inhimillistä kärsimystä. Varhaisella lähisuhdeväki­vallan tunnistamisella voidaan vaikuttaa väki­vallan uusiutumiseen ja hillitä sen negatiivisia vaikutuksia. (Notko, Holma, Husso, Virkki, Laitila, Merikanto, Mäntysaari 2011, 1604.)

2.2 Lähisuhdeväki­valtailmiön historiaa Suomessa ja Euroopassa

Vaikka lähisuhdeväki­valta on aiheena ajankohtainen, on ilmiöllä pitkä historia. Tämä historia vaikuttaa osaltaan siihen, että suomalaisessa kulttuurissa väki­valtaan usein edelleen suhtaudutaan perheen sisäisenä asiana, johon muiden ei ole syytä puuttua. Tällainen suhtautuminen voidaan tulkita väki­vallan hyväksymisenä.

Kun lähisuhdeväki­vallan historiaa tarkastellaan eurooppalaisessa kontekstissa, voidaan havaita, että 1500-luvulla alkaneen uskonpuhdistuksen jälkeisessä Euroopassa naiseen ja miehiin kohdistuneet yhteisön odotukset ja ”ideaali­roolit” olivat paitsi erilaisia myös vahvasti sukupuolittuneita. Käytännössä tämä tarkoitti isännän, isän tai aviomiehen sekä esivallan valtaa suhteessa palvelijoihin, lapsiin, vaimoihin ja alamaisiin. (Lidman 2015, 32, 34, 114, 326.) Esimerkiksi Häggman (1994, 101–102) toteaa, että 1800-luvulla ehtona onnelliselle avioliitolle oli miehen ehdoton auktoriteetti­asema. Myös Liliequist (2002, 73) toteaa miehisyyden, vallan sekä auktoriteetin kuuluneen avioliittoon Ruotsissa, johon Suomi kuului, uskonpuhdistuksesta 1800-luvun alkuun asti. Liliequistin mukaan miesten valta ja auktoriteetti pohjautuivat väki­valtaan, kuten muukin yhteiskuntajärjestys. Hän viittaa maalakiin, joka salli miehelle vaimon ojentamisen ilkitöistä. Oikeus kurittaa vaimoa sisältyi edelleen vuoden 1734 lakiin, kuten tätä myöhempiinkin säännöksiin. Tavanomaisena keinona fyysistä kuritusta ei toisaalta kuitenkaan pidetty, vaan ennemminkin merkinä epäonnistumisesta ja puuttuvasta auktoriteetista. (Emt., 81–82.)

Esimodernina aikana paheksuttavan ja hyväksyttävän ruumiillisen voimankäytön rajat eivät olleet selkeitä teoriassa, saati käytännössä. Miehen oikeutta kuritukseen ei ollut kielletty ja niinpä lähisuhteissa tapahtunut fyysinen ja seksuaalinen väkivalta, nöyryyttäminen ja alistaminen olivat mahdollisia, kunhan niistä ei aiheutunut näkyviä tai pysyviä vammoja tai ne eivät toistuvasti häirinneet naapureiden rauhaa. (Lidman 2015, 160–161.) Tosin aina vammojen näkyvyydelläkään ei ollut merkitystä. Häggman (1994) viittaa Matthias Caloniuksen (1946, 133) 1800-luvulla tekemään määritelmään, jonka mukaan miehellä oli oikeus ”ohjata vaimonsa toimia perheen yhteiseksi hyödyksi pysyttämällä myös sopivalla tavalla vaimo tehtäviensä rajoissa.” Tämän oikeuden puitteissa miehellä oli oikeus lyödä vaimoaan ”ilman, että syntyneistä haavoista ja mustelmista oli mahdollista nostaa syytettä.” (Häggman 1994, 137.) Avioliitto ei ollut vaihtoehto, vaikka avioliitto saatettiin tietää ”vaikeaksi”. Avioliiton koetelemusten kestäminen nähtiin kristillisen avioliittoihanteen mukaisena. (Emt., 102.)

Uskonpuhdistuksen jälkeisellä kaudella alkoi näkyä piirteitä siitä, että väkivalta yhdistettiin marginaalisuuteen tai alaluokkaisuuteen. Nykytietämyksen valossa kaikissa yhteiskuntaluokissa esiintyy parisuhdeväkivaltaa, mutta alemmilla sosiaalikerroksilla on yliedustus tilastoissa. Vaikka aineellinen puute saattaa osaltaan kiristää välejä ja koulutuksen puute vaikuttaa väkivaltaan suhtautumiseen, on merkittävä tekijä myös se, että paremmin toimeentulevilla on paremmat mahdollisuudet pitää tilanteensa salassa ja käyttää esimerkiksi yksityislääkärien palveluja. (Lidman 2015, 165–166.)

Suomessa vasta 1990-luvun alussa tapahtuneessa rikoslain uudistuksessa yksityisellä paikalla tehdyt pahoinpitelyt muuttuivat virallisen syytteen alaisiksi rikoksiksi. Esimerkiksi Ruotsissa vastaava kehitys oli tapahtunut rikoslaisissa jo kymmenisen vuotta aiemmin. Maininta laillisesta kuritusoikeudesta oli poistunut laista vuonna 1969 (Lidman 2015, 71, 167). Esimerkiksi kotikuritus kiellettiin Suomessa vasta 1970, mutta Ruotsissa jo vuonna 1864. (Husso 2003, 17.)

Samoin raiskaus avioliitossa on käsitteenä verrattain nuori ilmiö. Jälleen kuitenkin Norjassa, Ruotsissa ja Tanskassa avioliitossa tapahtuva raiskaus kriminalisoitiin 1960-luvulla, kun taas Suomessa tämä sisältyi rikoslakiin vasta vuonna 1994. Vielä pitkään tämän jälkeen on Suomessa käyty keskustelua rajasta tahdonvastaisuuden ja suostumuksellisuuden välillä. On saatettu tulkita, että aiempi suostumus lieventää tekijän vastuuta raiskaustapauksessa. Näin ollen on perusteltua ajatella, että esimodernilla ajalla koko ilmiö on ollut ymmärryksen ulkopuolella. (Lidman 2015, 136–137.)

Tätä taustaa vasten tarkasteltuna voidaan todeta, että vaikka väkivaltaan suhtautumisen suhteen on tapahtunut valtavasti edistystä, ei kyse ole kuitenkaan historiaan jääneestä asiasta. Lähisuhdeväkivaltailmiön historian tunteminen on oleellista, mikäli halutaan ymmärtää vallitsevaa väkivaltakulttuuria, sillä ilmiön historia on vai-

kuttanut asenteisiin, joilla lähisuhdeväkivaltaan suhtaudutaan tänäkin päivänä. Nykypäivän Suomessa on yhä nähtävillä jälkiä esimodernin ajan patriarkaalisista arvoista ja ajattelumalleista. Vaikka esimerkiksi edelleen puhekielessä esiintyvien sanojen ”isäntä”, ”perheenpää” tai sanonnan ”antaa isän kädestä” merkitys onkin muuttunut lievemmäksi, kuvaavat ne omalta osaltaan ajatusmaailmaa, jossa mies päättävissä asemassa perheeseen nähden. (Lidman 2015, 30 33.)

Tämän historiallisen viitekehyksen voidaan ajatella vaikuttaneen lainsäädännön hitaaseen muutokseen sekä siihen, että esimerkiksi Suomessa annetut raiskaustuomiot ovat muihin Pohjoismaihin verrattuna kevyitä. Esimerkiksi ex-valtakunnansyyttäjä Matti Kuusimäki on arvostellut sitä, että Suomessa valtaosa raiskaajista saa vain ehdollista vankeutta. Kuusimäki nostaa esiin raiskausten kohtuuttoman pitkät tutkimusajat ja vertaa näitä esimerkiksi huumorikosten tutkinta-aikoihin sekä rangaistusasteikkoon. Kuusimäen mukaan tämä kieli siitä, että Suomessa raiskausta ei pidetä tosiasiallisesti vakavana rikoksena. (Reinboth 2022.) Husso (2003, 299) sivuaa asiaa osuvasti näin: ”Niin kauan, kuin parisuhdeväkivaltaa nimitetään rakastavaisten riiteliksi, selitellään rakkauden, mustasukkaisuuden ja naisten provosoinnin kaltaisilla eroottis-romanttiseen kertomukseen sopivalla kausaalisilla stereotyypeillä, muita ihmissuhteita ja ihmisten välistä vuorovaikutusta koskevien lakien ja sopimusten noudattamista ei vakavissaan edes edellytetä ja odoteta parisuhteissa”. Historia sekä diskurssi, jolla lähisuhdeväkivaltaa käsitellään ovat siis muovanneet ja muovaavat yhä käsityksiä väkivallasta ja siihen puuttumisesta.

2.3 Lähisuhdeväkivalta tilastojen valossa

WHO:n mukaan Euroopassa kuolee vuosittain 30 000 henkilöä ihmisten välisen väkivallan seurauksena ja se on alueella neljänneksi yleisin kuolinsyy 15–29-vuotiaiden keskuudessa. Euroopassa 15 vuotta täyttäneistä naisista, jotka ovat joskus olleet parisuhteessa, on elämänsä aikana kokenut lähisuhdeväkivaltaa 25,4 %. (WHO 2020.) Maailmanlaajuisesti arvioidaan lähes joka kolmannen joskus parisuhteessa olleen 15–49-vuotiaan naisen kokeneen fyysistä ja/tai seksuaalista väkivaltaa kumppaninsa taholta. (WHO 2021.) Naisiin kohdistuva väkivalta on paitsi merkittävä tasa-arvo-ongelma, myös vakava ihmisoikeusloukkaus, jonka vuoksi Suomi on saanut kansainvälisiltä ihmisoikeuselimiltä huomautuksia. Suomessa yhdenvertaisuusvaltuutettu aloitti vuoden 2022 alusta naisiin kohdistuva väkivallan raportoinnina. (Yhdenvertaisuusvaltuutettu 2022.)

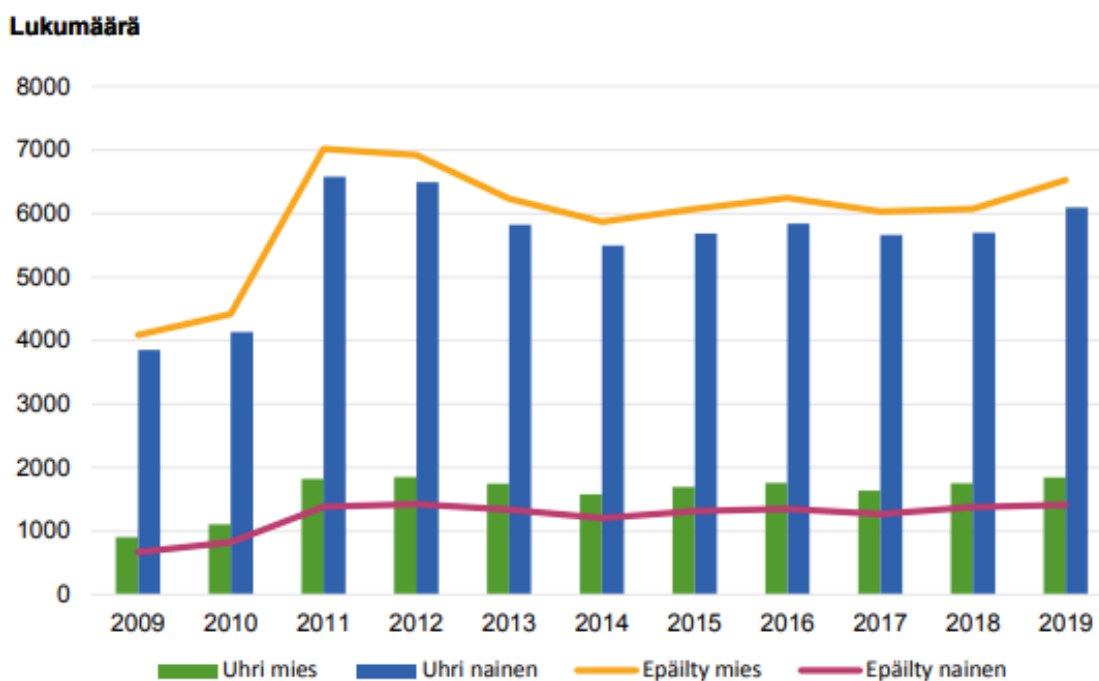
Kansalliset väkivaltakokemuksia koskevat väestötutkimukset, joita on tehty vuosina 1997, 2005 ja 2010 osoittavat lähisuhdeväkivallan olevan erittäin yleinen ongelma Suomessa. (Heiskanen & Ruuskanen, 2010; Piispa, 2006). Suomessa noin joka

kymmenes elää väkivaltaisessa parisuhteessa, käytännössä tämä tarkoittaa noin 340 000 ihmistä. Aikuisväestöstä lähisuhdeväkivaltaa on lisäksi lapsuudessaan kokenut jopa 70 % suomalaisista. (Holma, Siltala & Laitila 2022.)

Tilastokeskuksen mukaan viranomaisten tietoon tuli Suomessa vuonna 2019 10 600 pari- ja lähisuhdeväkivaltarikosta. 20 % prosenttia lähisuhdeväkivallan uhreista joutui saman vuoden aikana useamman kerran väkivallan kohteeksi. Tilastojen mukaan täysi-ikäisiä toistuvan väkivallan uhreja oli vuonna 2019 1500, joista naisia oli 90 %. (Lähisuhdeväkivalta 2019, 1-5.)

Kaikista perhe- ja lähisuhdeväkivallan uhreista täysi-ikäisiä oli vuonna 2019 75,4 prosenttia. Naisia uhreista oli 76,8 prosenttia. Epäillyistä miehiä oli 82,9 prosenttia. Vuonna 2019 puolet täysi-ikäisiin kohdistuneesta perhe- ja lähisuhdeväkivallasta oli avio- tai avopuolisoiden välistä. Alaikäisten kohtaamasta perhe- ja lähisuhdeväkivallasta oli täysi-ikäisten tekemää 96 prosenttia. Taulukossa 1 on nähtävissä perhe ja lähisuhdeväkivallan uhrien ja tekijöiden sukupuoli vuosina 2009-2019. (Lähisuhdeväkivalta 2019, 1-5.)

TAULUKKO 1 Perhe- ja lähisuhdeväkivalta vuosina 2009-2019 uhrin sukupuolen mukaan, täysi-ikäiset uhrin ja epäillyt tekijät. (Lähisuhdeväkivalta 2019, 1).



Vuonna 2019 Suomessa pari- ja lähisuhteissa surmattiin 29 ihmistä, joka on 36 % kaikista vuoden henkirikosuhreista. Näistä surmista parisuhdehenkirikoksia oli 18, uhreina oli 15 naista ja 3 miestä. Mukaan on laskettu myös entisen puolison tai kump-

panin tekemät surmat. Henkirikokseen päätyneistä parisuhteista oli esitietojen perusteella esiintynyt väkivaltaa aiemmin 80 prosentissa. Kun parisuhdetappoja tarkastellaan pitemmällä aikavälillä vuosina 2009–2019, on niiden määrä vähentynyt tarkasteluajanjaksolla runsaat 20 prosenttia. Kyseisenä ajanjaksona parisuhteessa surmattiin 149 naista ja 50 miestä. Miehiin kohdistuneiden parisuhdesurmien määrä pysyi vuosittain keskimäärin viitenä per vuosi. Miesuhrien kohdalla viidessä tapauksessa tekijä oli miespuolinen parisuhdekumppani. Naisuhreilla surmaaja oli mies kaikissa tapauksissa. (Lähisuhdeväkivalta 2019, 5.)

Lähisuhdeväkivallasta aiheutuva palveluiden käyttö ja kustannukset terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluissa -raportissa (Siltala ym. 2022) todettiin viiden vuoden aikana naisten kokeman fyysisen parisuhdeväkivallan aiheuttamien suorien terveydenhuollon lisäkustannusten olevan 150 miljoonaa euroa vuodessa. Väestötutkimuksen mukaan 16–74-vuotiaista suomalaisista 44 % oli kokenut parisuhdeväkivaltaa ja 65 % lapsuusajan lähisuhdeväkivaltaa. (Siltala ym. 2022.) Euroopan tasa-arvoinstituutin (EIGE) arvion mukaan kustannukset ovat vielä suuremmat, kuin Siltalan ym. (2022) esittämät. EIGE on vuonna 2014 arvioinut lähisuhdeväkivallan aiheuttavan vuosittain Suomelle jopa 1,4 miljardin euron suuruiset kustannukset. Kustannukset muodostuvat paitsi väkivallan kohteena olleiden käyttämistä terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluista, mutta myös epäsuorista vaikutuksista, kuten alentuneesta työkyvystä ja sairauslomista. (Holma, Siltala & Laitila 2022.)

Voidaan siis todeta, että lähisuhdeväkivalta ja erityisesti naisiin kohdistuva väkivalta on valitettavan yleistä niin Suomessa kuin Euroopassakin. Lähisuhdeväkivallasta aiheutuneet suorat kustannukset ovat merkittävät, puhumattaan epäsuorista kustannuksista, inhimillisestä kärsimyksestä sekä väkivallan ylisukupolvistumisen aiheuttamista ongelmista.

2.4 Naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäiseminen ja torjuminen

Euroopan neuvoston sopimus, joka tunnetaan Istanbulin sopimuksena, tuli Suomen osalta voimaan elokuussa 2015. Tämä yleissopimus suuntautuu naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan ehkäisemiseen ja torjumiseen sekä ilmiön tuomiseen laajempaan yhteiskunnalliseen keskusteluun. Istanbulin sopimukseen liittyy vahva pyrkimys edistää sukupuolen välistä tasa-arvoa. Sopimuksessa naisiin kohdistuvan väkivallan on määritelty olevan naisiin kohdistuvaa rakenteellista syrjintää. Suomen erityispiirteenä on sukupuolineutraalius, joka kansallisessa väkivallan ehkäisyssä jättää riittävällä tavalla huomioimatta väkivallan kohdistumisen naisiin heidän sukupuolensa vuoksi eikä siten tunnista heidän erityisiä tarpeitaan. (Riski & Viuhko 2022, 7, 10.)

Istanbulin sopimukseen sisältyy useita velvoitteita sekä naisiin kohdistuneen väkivallan että väkivaltaa todistaneiden lasten auttamiseksi. Sopimus edellyttää, että tukitoimet ja palvelut, joilla väkivallan uusiutumista ehkäistään, rakentuvat uhrilähtöisyydelle, kokonaisvaltaisella tavalla lähestyä asiaa sekä sukupuolistuneen väkivallan ymmärrykselle. Palvelut tulee sopimuksen perusteella rakentaa toimivalle viranomaisyhteistyölle. Palveluissa onkin tapahtunut myönteistä kehitystä sen jälkeen, kun Istanbulin sopimus on astunut Suomessa voimaan. Esimerkiksi turvakotiverkkoa on laajennettu, SERI-tukikeskuksia perustettu ja Nollalinjan toimintaa kehitetty. (Riski & Viuhko 2022, 7, 10, 23–24, 28.) Toisaalta esimerkiksi Helsingin Sanomat uutisoi 6.8.2022, että ”Suomi allekirjoitti yli kymmenen vuotta sitten naisiin kohdistuvaa väkivaltaa ehkäisevän sopimuksen, mutta ei noudata sitä vielääkään”. Jutussa nostetaan esiin turvakotipaikkojen riittämätön määrä, sillä Suomesta puuttuu noin sata turvakotipaikkaa, jotta se täyttäisi Istanbulin sopimuksen kriteerit. Ongelmana nähdään myös rikosilmoitusten pitkät käsittelyajat sekä virkavallan riittämätön koulutus lähisuhde- ja seksuaaliväkivallan uhrien kohtaamiseen. Euroopan neuvoston naisiin kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan asiantuntijaryhmä (Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence GREVIO) on antanut vuonna 2019 Suomelle useita huomautuksia edellä mainituista seikoista sekä suositellut, että lähisuhdeväkivallan ohjaaminen sovitteluun tulisi kieltää, mikäli väkivallan epäillänsä olevan toistuvaa. (Nivuskoski 2022; vrt. Riski & Viuhko 2022; GREVIO 2019.)

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (NAPe) on laatinut Istanbulin sopimuksen toimeenpanosuunnitelman vuosille 2022–2025. Tämän toimeenpanosuunnitelman tarkoituksena on edelleen edistää ja vahvistaa Istanbulin sopimuksen täytäntöönpanoa Suomessa. Toimeenpanosuunnitelmassa on yhtenä tavoitteena kehittää päihde- ja mielenterveyspalveluissa väkivallan kohteeksi joutumisen tunnistamista sekä asiakaslähtöistä palveluiden yhteensovittamista. Istanbulin sopimus myös edellyttää, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on oltava riittävää osaamista sekä työvälineitä naisiin kohdistuvan väkivallan kaikkien muotojen ehkäisemiseen, tunnistamiseen sekä tehokkaaseen puuttumiseen. (Riski & Viuhko 2022, 7, 24, 28.)

Väkivalta-aihe on ollut esillä myös HUSin Psykiatrian sosiaalityön asiantuntijajaksikossa, jossa lähisuhdeväkivallan vastaista työtä varten on ryhdytty lisäämään työvälineitä, ohjeita ja koulutusta. Työryhmässä otettiin esimerkiksi käyttöön Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Lähisuhdeväkivallan suodatin ja kartoituslomake syksyllä 2022. Käyttöä testattiin pienen ryhmän pilotissa. Pilotoinnissa suodatin- ja kartoituslomakkeen käytöstä saatiin hyvää palautetta sitä testanneilta työntekijöiltä, sillä lomakkeen käytön katsottiin helpottavan lähisuhdeväkivallan ottamista puheeksi. Lähisuhdeväkivallan vastaiselle työn tehostamiselle on kuitenkin edelleen tarvetta. Lä-

hisuhdeväkivallan ehkäisemiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät tarvitsevat aiheen tiimoilta jatkuvaa koulutusta, monipuolisia työkaluja ja jatkuvaa informaatiota. Ilman näitä lähisuhdeväkivallan vastainen työ ei vakiinnut käytäntöön yksittäisiä työntekijöitä lukuun ottamatta.

2.5 Lähisuhdeväkivallan vaikutukset mielenterveyteen

Lähisuhdeväkivalta aiheuttaa fyysisiä vammoja, mutta sen kohteeksi joutuneet kärsivät muita useammin myös mielenterveyden häiriöistä, kuten ahdistuksesta, masennuksesta, itsetuhoisuudesta sekä post-traumaattisesta stressistä. (Holma, Siltala & Laitila 2022.) Esimerkiksi Maniglio (2009, 181, 186) nostaa esiin vakavista mielenterveysongelmista kärsivien korkean riskin joutua väkivalta- tai omaisuusrikoksen uhriksi sekä sen, että vain osa tapauksista tulee tunnistetuiksi. Sellaisilla skitsofreniaa sairastavilla, joilla on heikko taloudellinen tilanne, päihteiden käyttöä ja väkivaltaista käyttäytymistä on myös kohonnut riski joutua väkivallan kohteeksi. Tämä kohonnut riski tarkoittaa väkivallan uhriksi joutumisesta yleisellä tasolla, ilman rajausta erityisesti lähisuhdeväkivaltaan. (Honkonen, Henriksson, Koivisto, Stengård & Salokangas 2004, 606, 610–611.)

Minkä tahansa rikoksen ja erityisesti väkivaltarikoksen uhriksi joutuminen voi aiheuttaa mielenterveysongelmia siinä missä fyysisiä vammojakin, erityisesti silloin, kun rikoksen uhri kuuluu haavoittuvaan ryhmään. Tällaisina haavoittuvina ryhminä voidaan pitää esimerkiksi lapsia, naisia, vähemmistöihin kuuluvia tai asunnottomia. (Maniglio 2009, 181.)

Notko ym. (2011) käsittelevät artikkelissaan lähisuhdeväkivaltaan puuttumista erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksen mukaan lähisuhdeväkivaltaa esiintyi kaikissa potilasryhmissä, mutta eniten psykiatrisilla potilailla. Psykiatrian potilaista jopa yli 60 % raportoi kokeneensa väkivaltaa viimeisen vuoden aikana toistuvasti, kun taas yksittäisen väkivallanteon kokeminen oli erittäin harvinaista. Väkivalta oli siis toistuvaa ja käsitti usein sekä fyysisiä että henkisiä muotoja. Koettu lähisuhdeväkivalta vaikutti potilaan hyvinvointiin ja elämänhallintaan usein negatiivisesti. Tämä oli nähtävillä erityisesti naispotilaiden kohdalla. (Notko ym. 2011, 1602, 1604.) Väkivallan kokijalla ei välttämättä ole huonon psyykkisen vointinsa vuoksi voimavaroja lähteä väkivaltaisesta suhteesta. Tämä olisikin tärkeää tunnistaa. (Husso ym. 2021.)

Vain murto-osa lähisuhdeväkivallasta johtaa vammoihin, jotka vaativat hoitoa tai joiden vuoksi hakeudutaan hoitoon. Fyysisen lähisuhdeväkivallan seurauksena esiintyy ruhjeita ja murtumia. Esimerkiksi Hackenbergin (2022) väitöstutkimuksessa potilaista, jotka olivat hakeutuneet päivystykseen parisuhdeväkivallan vuoksi, va-

kava-asteista väkivaltaa oli kokenut 72 %. Tyypillisesti vammat olivat lieviä; mustelmia ja ruhjeita. Usein samalla potilaalla oli useita lieviä vammoja kaikissa kehonosissa, mutta yleisimmin pään ja kasvojen alueella. Myös henkeä uhkaavia vammoja esiintyi. Naispotilaiden kohdalla korostuivat kallonsisäiset vammat sekä murtumat. Miespotilaiden kohdalla tapahtuneessa väkivallassa oli tavallisimmin käytetty terävää tai tylppää esinettä. Miespotilailla ei kuitenkaan todettu lainkaan kallonsisäisiä vammoja tai murtumia. (Emt., 6,9.)

Akuuttien vammojen lisäksi lähisuhdeväkivalta altistaa väkivallan kokijan useille pitkäaikaissairauksille. Lisäksi väkivallan kohteeksi joutuneet kokevat yleisen terveytensä keskimääräistä heikommaksi. Lähisuhdeväkivaltaa kokeneet ovat terveydenhoidon palveluissa yliedustettuina. He käyttävät huomattavasti päivystyksellisiä palveluita, etupäässä kroonisten sairauksien, mutta myös psyykkisten ja toiminnallisten vaivojen takia. Syyksi on esitetty esimerkiksi aivossa, autonomisessa hermostossa, kortisoliaineenvaihdunnassa sekä immuunijärjestelmässä pitkittyneen stressireaktion myötä tapahtuneita muutoksia. Väkivalta altistaa myös raskauskomplikaatioille. (Hackenberg 2022, 6-7.) Vaikutuksia voi esiintyä lisäksi lisääntymis- ja seksuaaliterveyteen liittyen (WHO 2021).

Lähisuhdeväkivallalla tiedetään siis olevan sekä välittömiä että pitkäkestoisia kokonaisvaltaisia vaikutuksia niin fyysiseen kuin psyykkiseen terveyteen sekä sosiaaliseen hyvinvointiin ja taloudelliseen tilanteeseen. Somaattisten vaivojen lisäksi mielenterveysongelmat, kuten masennus, ahdistus, post-traumaattinen stressi sekä itsetuhoisuus ovat yleisiä lähisuhdeväkivallan haittavaikutuksia. (Siltala ym. 2022, 15.)

3 LÄHISUHDEVÄKIVALTA JA PUHEEKSI OTTAMINEN

Tässä luvussa tarkastelen lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamista sekä terveystieteiden roolia psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Aluksi käsittelen lähisuhdeväkivallan tunnistamista sekä puheeksi ottamista. Tämän jälkeen käyn läpi terveystieteiden roolia psykiatrisen erikoissairaanhoidon kontekstissa sekä esittelen aiempaa lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamiseen liittyvää tutkimusta.

3.1 Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen ja puheeksi ottaminen sosiaali- ja terveyspalveluissa

Piippo (2022, 100) toteaa, että on vahvasti omaan aikaansa sidottu ilmiö, puututaanko väkivaltaan vai pidetäänkö sitä perheen sisäisenä asiana. Diskurssi, jossa väkivaltaan on pidetty perheen sisäisenä asiana, on kuitenkin osaltaan voinut muovata asenteita, joilla väkivaltaan saatetaan nykypäivänä suhtautua. (Emt.; vrt. luku 2.2.)

Lähisuhdeväkivallan merkit tulevat huonosti tunnistetuiksi sosiaali- ja terveyspalveluissa huolimatta siitä, että lähisuhdeväkivalta aiheuttaa lukuisia terveyshaittoja. Valtaosa väkivaltaa kokeneista ei ota kokemaansa lähisuhdeväkivaltaa puheeksi itse tai välttämättä edes tunnista terveysoireiden ja väkivallan yhteyttä. Tämä lisäksi lähisuhdeväkivalta-ilmiöön liittyy pelkoa ja häpeää, jotka osaltaan vaikeuttavat väkivaltakokemuksista kertomista ja avun hakemista. Puhumattomuus kuitenkin johtaa usein väkivallan jatkumiseen ja sen myötä terveyshaittojen pahenemiseen. Tyypillisesti väkivalta raa'istuu toistuessaan ja väkivallan käytön kynnyksessä madaltuu sen uusiutuessa. Nämä lisäävät väkivallasta aiheutuvaa kärsimystä sekä muita haittoja. (Holma, Siltala & Laitila 2022.)

Huolen puheeksi ottamisella tarkoitetaan sitä, kun ammattilainen nostaa esiin oman huolensa esimerkiksi asiakkaan tai tämän huoltajan kanssa. Erityisen tärkeänä pidetään sitä, että puheeksi ottaminen tehdään kunnioittavasti ja avoimesti. (THL

2022a.) Asian voi ottaa esiin kysymällä suoraan, onko henkilön läheisissä ihmissuhteissa väkivaltaa tai joku, jota hän pelkää. Mikäli tämä tuntuu hankalalta, voi ensin kysyä mitä hänelle kuuluu ja keskustelun jatkuessa ohjata kysymyksiä kohti läheisyyttä. Tilanteen, jossa väkivalta otetaan puheeksi, tulee olla luottamuksellinen ja turvallinen. Asiasta ei tule kysyä, jos paikalla on esimerkiksi puoliso, lapsia tai muita henkilöitä, kuten sukulaisia. (THL 2022b.) Kysyttäessä väkivallasta tulee vastaajien turvallisuus ja yksityisyys taata ehdottomasti. Pahimmillaan voi olla hengenvaarallista, mikäli tieto väkivallasta kertomisesta päättyy väkivallan tekijälle. (Holma, Siltala & Laitila 2022.) Mikäli tapaamisessa tarvitaan tulkkia, on tärkeää, että kyseessä on ammattilainen (THL 2022b).

Oleellista väkivallan puheeksi ottamisessa on arvostava kohtaaminen, luottamuksellisuus ja myötätuntoinen kuuntelu kaikissa tilanteissa. On tärkeää olla tietoinen omista mahdollisista ennakkokäsityksistään suhteessa väkivaltaan sekä omasta väkivaltahistoriastaan, jotta mahdollisia omia asenteitaan ei tule siirtäneeksi työhön ja asiakassuhteeseen. Väkivallasta kysyttäessä on hyvä käyttää avoimia kysymyksiä. Väkivallan eri muodoista voi kertoa sekä kuvata niitä esimerkein. Toisinaan henkilöt, jotka ovat kokeneet väkivaltaa eivät välttämättä tunnista kokemaansa tilannetta väkivallaksi. Tällaisessa tilanteessa hänelle voi kuitenkin kertoa, että väkivalta on paitsi väärin, myös haitallista sitä kokeville. Väkivalta on haitallista myös lapsille, jotka altistuvat väkivallalle. Väkivaltaa kokeneet voivat tarvita useita keskustelunavauksia, ennen kuin he ovat valmiita ottamaan apua vastaan. (THL 2022b.)

Lähisuhdeväkivallasta kärsivät tulisikin tunnistaa nykyistä paremmin, jotta siitä aiheutuvia haittoja sekä inhimillistä kärsimystä voitaisiin vähentää. Esimerkiksi Holma, Siltala ja Laitila (2022) suuntaavat vastuuta lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamisesta erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille, sillä lähisuhdeväkivaltaa kokeneet käyttävät usein runsaasti näitä palveluja. Heidän näkemyksensä mukaan ammattilaisten tulisi kattavammin kysyä lähisuhdeväkivallasta kaikilta potilailta. Erityisesti väkivallasta tulisi kysyä riskiryhmiltä, kuten sellaisilta, jotka hakeutuvat hoitoon mielenterveysongelmien vuoksi. Sosiaali- ja terveyspalveluissa väkivallan yleisyys tulisi tiedostaa nykyistä paremmin ja väkivallasta tulisi pystyä kysymään. Lähisuhdeväkivallan kartoittamiseksi sekä puheeksi ottamisen tueksi on luotu useita erilaisia työmenetelmiä ja lomakkeita, kuten Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen Lähisuhdeväkivallan suodatin ja kartoituslomake (THL n.d.a) sekä Ota väkivalta puheeksi -muistilista (STM n.d.). Väkivallan tunnistamisella, siitä kysymisellä sekä oikeilla hoitopoluilla voitaisiin katkaista väkivallan kierteitä. Näin voitaisiin vähentää paitsi väkivallasta aiheutuvaa kärsimystä myös väkivallasta aiheutuvia kustannuksia. (Holma, Siltala & Laitila 2022.)

Husso ym. (2021) kritisoivat sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita siitä, että vaikka ne voisivat esittää merkittävää roolia lähisuhdeväkivallan uhrien tunnistamisessa ja heidän auttamisessaan, ovat interventiot kuitenkin harvinaisia. Väkivaltakokemuksista ei kysytä riittävästi, eikä väkivaltaa tunnisteta, vaikka sen merkit olisivat nähtävillä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla on myös vaikeuksia tunnistaa väkivallan seurauksia sekä sen aiheuttamia traumoja. Väkivallan kokijan masennus ja kyvyttömyys ratkaista tilannetta voidaan nähdä väkivallan syynä, eikä väkivallan seurauksena. (Emt.)

Virkin ym. (2011, 1604) mukaan lähisuhdeväkivalta jää terveydenhuollossa herkästi tunnistamatta ilman rutiiniomaista systemaattista kysymistä. Syiksi ammattilaisten puuttumattomuuteen mainitaan usein kokemukset omasta riittämättömyydestä ja tiedon puutteesta suhteessa lähisuhdeväkivaltaan. Tämä on varsin ymmärrettävää, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon peruskoulutuksiin ei sisälly pakollisena osana lähisuhdeväkivaltaan liittyvää opetusta. Vaikka aiheeseen liittyvän koulutuksen tarjonta on kasvanut, se on yleensä vapaasti valittavissa opiskelijoiden oman kiinnostuksen mukaan. (Ewalds 2019, 3.) Mackay ja de Mello (2005, 207) mainitsevat erityisesti aloittelevien sosiaalityöntekijöiden haasteeksi sen, että sen ymmärtäminen miten ja miksi väkivaltaa esiintyy, voi olla hämmentävää ja pelottavaa. Tämä koskee erityisesti sellaisia työntekijöitä, joilla on henkilökohtaisia kokemuksia lähisuhdeväkivallasta. Onkin tärkeää, että he saavat riittävästi tukea ja neuvontaa ymmärtääkseen omia reaktioitaan, jotta kykenevät auttamaan muita. Reaktiot väkivaltaan voivat vaihdella jopa pelosta ja kieltämisestä vihamielisyyteen. (emt. 2005, 207.) Husso ym. (2021) mainitsevat, että useat heidän haastattelemistaan työntekijöistä myönsivät, että suurin este väkivallasta kysymiseen oli ”heidän oman päänsä sisällä.”

Kun väkivallasta kysyminen tehdään myötätuntoisesti ja asiallisesti, suhtautuvat väkivaltaa kokeneet siihen pääosin hyvin, jopa kiitollisesti (Holma, Siltala & Laitila 2022; Husso ym. 2021). Esimerkiksi Husson ym. (2021) tutkimuksen mukaan asiakkaiden suhtautuminen väkivallasta kysymiseen oli huomattavasti positiivisempaa kuin työntekijät olivat olettaneet. Tutkimuksen alussa moni työntekijöistä oli väittänyt tunnistavansa väkivallan kokijat asiakkaista tai potilasta. Myöhemmin he kuitenkin raportoivat, että vastoin heidän odotuksiaan väkivallan uhrit eivät välttämättä oleetkaan tunnistettavissa ilman suoraan kysymistä asiasta. (Emt.)

Mikäli väkivallasta ei kysytä suoraan, ei sitä myöskään kirjata tai tilastoida. Näin ollen väkivalta jää näkymättömiin sekä ilmiönä että organisaatiossa, vaikka työntekijän ja asiakkaan kannalta sen merkitys onkin nähtävissä. (Husso ym. 2021.)

3.2 Terveyssozialityö psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa

Sosiaalityössä on perinteisesti työskennelty lähisuhdeväkivaltaa kokevien henkilöiden parissa, joten sosiaalityö kytkeytyy tiiviisti lähisuhdeväkivaltailmiön kohtaamiseen. Valtakunnallisen sosiaalityön yliopistoverkosto Sosnetin (2003) määritelmän mukaan:

"Sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalityöntekijän yliopistokoulutuksen saaneen ammattihenkilön toimintaa, joka perustuu tieteellisesti tutkittuun tietoon, ammatillis-tieteelliseen osaamiseen ja sosiaalityön eettisiin periaatteisiin. Sosiaalityöllä vahvistetaan hyvinvointia edistäviä olosuhteita, yhteisöjen toimivuutta sekä yksilöiden toimintakykyisyyttä. Työ on yksilöiden, perheiden, ryhmien ja yhteisöjen sosiaalisten ongelmien tilannearviointiin ja ratkaisuprosesseihin perustuvaa kokonaisvaltaista muutostyötä, joka tukee ihmisten selviytymistä."

Sosiaalihuoltolaki (2014/1301) 15 § täydentää Sosnetin määritelmää sosiaalityöstä mainitsemalla sosiaalityön tavoitteen lieventää elämäntilanteeseen liittyviä hankaluuksia, vahvistaa toimintaedellytyksiä sekä osallisuutta ja sosiaalista eheyttä, olipa sitten kyse yksilöistä, perheistä tai yhteisöistä. Sosiaalityössä rakennetaan tarpeiden mukaisia sosiaalisen tuen ja palvelujen kokonaisuuksia yhdessä muiden toimijoiden kanssa. Tähän liittyy ohjaus sekä toteutumisen ja vaikuttavuuden seuraaminen. (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301.)

Tämä tutkielma keskittyy erityisesti terveysterveystieteiden näkökulmaan. Terveysterveystieteiden sosiaalityö on niin Suomessa kuin kansainvälisesti sosiaalityön erityisalue (Yliruka, Heinonen, Satka, Metteri & Alatalo 2019, 1). Suomessa terveysterveystieteiden alkuperäisenä pidetään 1920-luvun alkua, jolloin Helsingin kirurgisessa sairaalassa työskennellyt ylihoitaja Sophie Mannerheim piti Englannista saadun mallin mukaisesti tärkeänä, että potilaiden elämäntilanteisiin ja selviytymiseen kotiutumisen jälkeen kiinnitettäisiin terveydenhuollossa enemmän huomiota. Tästä lähtien terveysterveystieteiden sosiaalityö on vakiinnuttanut paikkaansa terveydenhuollossa. (Sundman 2014, 7; Korpela 2014, 120.)

Vuonna 2019 Suomessa arvoitiin olevan noin 1000 terveydenhuollossa työskentelevää sosiaalityöntekijää. Suurin osa heistä työskentelee erikoissairaanhoidossa, mutta myös perusterveydenhuollossa tehdään terveysterveystieteiden työtä. Potilaan tavatessa terveydenhuollossa työskentelevän sosiaalityöntekijän ensimmäisen kerran, ovat sosiaaliset ongelmat voineet monimutkaistua ja kasautua jo usean vuoden ajan. Terveydenhuollon sosiaalityön asiakkaita tulevat henkilöt eivät useinkaan ole kunnissa tehtävän sosiaalityön asiakkaita. Toisaalta esimerkiksi aikuissosiaalityössä työskennellään paljon psykiatrisen hoidon piirissä tai tarpeessa olevien asiakkaiden kanssa, mutta ongelmia muodostuu yhteistyörakenteiden ollessa puutteellisia eri tahojen välillä. (Yliruka, Heinonen, Satka, Metteri & Alatalo 2019, 1.)

Terveyssoiaalityö terveydenhuollon organisaation sisällä tehtävänä työnä puolustaa paikkaansa ja tarpeellisuuttaan siinä, että tällä tavoin sosiaalityöntekijä voi omalta osaltaan turvata terveydenhuollon vaikuttavaa ja moniammatillista työtä sekä tiedonmuodostusta. Sosiaalityöntekijän erityisosaamista on auttaa tunnistamaan muun kuin lääketieteellisen avun ja tuen tarpeet sairaus- tai vammautumistilanteessa sekä tarjota näihin apua heti. Näin voidaan ehkäistä selviytymiseen ja arkeen liittyvien haasteiden kasautuminen, viiveet avunsaannissa sekä katkokset sosiaalityurvassa. Tällä tavoin voidaan turvata hoidon tuloksien pysyvyyttä. (Yliruka ym. 2019, 1.) Esimerkiksi Korpela (2014, 118) toteaaakin, että sosiaalityöntekijällä on merkittävä erityisasiantuntijan rooli terveydenhuollon kentällä.

Frankenhaeuser (2014, 65) mainitsee, että kun sosiaalityötä tarkastellaan erityisesti osana psykiatrian moniammatillista työtä, voidaan sitä pitää merkittävänä ja keskeisenä työmuotona. Perusteluna on, että sosiaalityö pyrkii ottamaan kokonaisvaltaisesti huomioon ihmisen tilanteen, hänen ongelmansa, voimavaransa ja mahdollisuutensa. Frankenhaeuser nostaa esiin sosiaalisen ja lääketieteellisen näkökulman epätasapainoa psykiatriassa. Vaikka sosiaalisten ja taloudellisten olosuhteiden merkitys ihmisen hyvinvointiin ymmärretäänkin, ei niiden merkitystä psyykkiselle voinnille välttämättä tunnusteta ja tunnusteta riittävästi. Tästä syystä sosiaalityölle annettu mahdollisuus vaikuttaa potilaan hyvinvointiin voi jäädä valitettavan pieneksi. (Emt., 65, 69.)

Terveyssoiaalityössä lähtökohtana on sosiaalinen diagnoosi, eli kokonaisvaltainen näkemys sosiaalisten tekijöiden ja sairauden yhteyksistä. Tavoitteena on vaikuttava työskentely asiakkaan ja tämän perheen tai muun yhteisön sosiaalisten edellytysten ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Terveyssoiaalityössä asiakkaan arjesta selviytymisen näkökulma liitetään terveydenhuollon arvioon. Käsiteltävät kysymykset voivat koskea esimerkiksi etuisuuksiin, talouteen, työkykyyn ja kuntoutukseen liittyviä asioita, lapsiin, perheisiin ja parisuhteisiin liittyviä asioita sekä psykosomaattisen tuen tarvetta. Terveyssoiaalityöhön kuulu kiinteästi myös palveluohjaus ja taloudellinen ohjaus sekä tilannearvioiden tekeminen. Sosiaalityöntekijät koordinoivat ja järjestävät tarvittavia palveluja. Näiden lisäksi terveyssoiaalityöntekijät tekevät tutkimus- ja kehittämistyötä. (Yliruka ym. 2019, 1, 10–11, 14.)

Psykiatrisessa sosiaalityössä sosiaalityötä tehdään terveydenhuollon toimintaympäristössä ja organisaatiossa. Organisaation ydintehtävänä on psyykkisten ongelmien arvioiminen, diagnosoiminen ja hoitaminen. Kollegat, kuten lääkärit ja hoitohenkilökunta, katsovat potilaan tilannetta omasta ammattiosaamisestaan käsin. Tähän toimintaympäristöön on myös sosiaalityöntekijän sopeuduttava. (Frankenhaeuser 2014, 68.) Terveyssoiaalityössä luodaan ja ollaan tiiviisti yhteydessä laajaan verkostoon yhteistyökumppaneita. Merkittävin yhteistyötaho terveydenhuollon ja si-

ten myös terveyssozialityön kanssa on Kela. Yhteistyötä tehdään muun muassa lastensuojelun, perhepalveluiden, aikuisten sosiaalipalveluiden, vammaispalveluiden, asumis- ja päihdepalveluiden, vakuutusyhtiöiden sekä potilasasiamiehen kanssa. (Yliruka ym. 2019, 15.)

3.3 Lähisuhdeväkivallan kehystäminen erikoissairaanhoidossa

Virkki ym. (2011) tarkastelivat tutkimuksessaan lähisuhdeväkivallan kehystämistä erikoissairaanhoidossa. Tarkoituksena oli selvittää millaiset kehystämisen tavat edistävät ja millaiset estävät väkivallan tunnistamista ja siihen puuttumista. Kyseisen tutkimuksen perusteella kehykset, joilla väkivaltaan puuttumattomuutta perustellaan, ovat: medikaalinen, käytännöllinen, individualistinen sekä psykologinen. Väkivaltaan puuttumista edistävät kehykset taas ovat: terveyden edistäminen, oikeutettu puuttuminen sekä prosessin edistäminen. Nämä kehykset voivat kehysanalyysin mukaisesti olla myös päällekkäisiä, rinnakkaisia tai sisäkkäisiä. Eri toiminnot voivat yhdistyä toisiinsa kehyksiin, jolloin niiden tulkinta muuttuu. (Emt., 280, 289; Goffman 1974.)

Medikaalisessa kehyksessä keskeistä on väkivaltilanteen lääketieteellinen määrittely sekä somaattiset oireet ja diagnosointi. Esteenä väkivaltainterventiolle on, että vastuun ottaminen ja aiheeseen tarttuminen vaatisi väkivallan ymmärtämisen lääketieteellisenä ongelmana tai kyseiseen erikoissairaanhoidon yksikköön kuuluvana asiana. Medikaaliselle kehykselle on ominaista väkivallan sosiaalisten ja psykologisten sekä muiden vaikutusten rajaaminen ulkopuolelle sekä näkemys oireiden homogeenisuudesta. Näistä syistä väkivallan moninaisuus jää helposti tunnistamatta. Professionaalisten rajanvetojen kautta tarkasteltuna väkivalta näyttäytyy oman työnkuvan ja ammatillisen roolin ulkopuolisena asiana. (Virkki ym. 2011, 283.) Piippo (2022, 127–130) puhuu omassa väitöskirjassaan proseduraalisesta toimijuudesta väkivallan kohtaamisessa. Vaikka jäsentämisen tapa on erilainen, sisältää Piipon määrittelemä proseduraalinen toimijuus hyvin samankaltaisia sisältöjä kuin Virkin ym. (2011) medikaalinen kehys. Piipon mukaan riittävä tieto ja koulutus eivät välttämättä takaa väkivaltaan puuttumista. Proseduraalisen toimijuuden toteutumiseen vaikutti ensisijaisesti työyksikön perustehtävä sekä se, katsottiinko väkivallan kohtaaminen ja siihen puuttuminen osaksi omaa työprosessia vai ei. (Piippo 2022, 127–130.)

Käytännöllisen kehyksen mukaan väkivaltaan puuttumatta jättämistä perusteltiin toimivien käytäntöjen puutteella. Aukot palvelurakenteissa ja kuntien välillä sekä puute selkeistä toimintamalleista ja viranomaisten välisen yhteistyön toimimattomuus vaikuttivat siihen, että väkivaltaan puuttuminen koettiin vaikeana. Tähän ke-

hykseen liitettiin myös muita käytännön konkreettisia ongelmia. Esimerkiksi vastuunjaon kokeminen epäselväksi vaikutti väkivaltilanteisiin puuttumiseen. Kun henkilökunta toimii aika- ja resurssipulan alla, väkivaltaan puuttuminen voidaan kokea aikaa vievänä taakkana, johon on vaikeaa saada tukea. (Virkki ym. 2011, 283–284.) Piippo (2022) puhuu väitöskirjaan tiedollisesta toimijuudesta, jonka hän liittää väkivallan kohtaamisessa ja väkivaltaan puuttumisessa tarvittavaan taidolliseen ja tiedolliseen osaamiseen. Väkivaltaan ja sen kohtaamiseen liittyvää osaamista tai koulutusta ei välttämättä ole, eikä siten ymmärrystä väkivallasta ilmiönä, sen monimuotoisuudesta tai sen seurauksista. Tämä johtaa siihen, ettei työntekijällä välttämättä ole riittävästi tietoja tai osaamista käsitellä väkivaltakysymyksiä. (Emt., 122–124.)

Individualistinen kehys nostaa esiin näkökulman, jossa vastuu lähisuhdeväkivallan ratkaisemisesta kuuluu sen osapuolille, ei ulkopuolisille toimijoille. Väki­valta määritellään yksilölliseksi ongelmaksi, jota ei siten voida nähdä sosiaalisesti tai terveydelliseksi kysymykseksi. Väki­vallasta aiheutuneet seuraukset nähdään henkilön ominaisuuksiksi, ei seurauksiksi väki­vallasta. Väki­vallan kohteena olemisen nähdään yksilön omana valintana. Väki­valtaan puuttumattomuutta perusteltiin myös sillä, että se on yksityinen asia, josta kysymisen katsottiin loukkaavan potilasta. (Virkki ym. 2011, 284.) Piippo (2022) puolestaan nostaa omassa tutkimuksessaan esiin eroja huomioivan toimijuuden, joka linkittyy yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin diskursseihin. Eroja huomioivaan toimijuuteen liittyy ymmärrys kulttuuristen merkitysten vaikutuksista asiakkaiden lähtökohtiin ja palveluntarpeisiin. Äärimmillään tällaiset yhteisölliset tai kulttuuriset traditiot, normit tai kontrolli voivat osaltaan vaikuttaa siihen, mitä yksilö ajattelee väki­vallasta, miten hän sen kokee ja hakeutuuko hän avun piiriin. Riskinä on, että työntekijä kulttuuristaa asiakkaan tilanteen, eli liittää yksilöön ennakoasenteita, mielikuvia tai kategorisointeja hänen taustansa vuoksi. Lähisuhdeväkivallan osalta on ongelmallista, jos erojen korostaminen muuttuu yksinkertaistaa väki­vallan ”kulttuuriin kuuluvaksi”. (Emt., 124–127.) Eroja korostava toimijuus ei vertaudu suoraan Virkin ym. (2011) individualistiseen kehykseen, mutta saa pohtimaan niiden yhtäläisyyksiä esimerkiksi maahanmuuttajataustaista asiakkaiden kohdalla.

Psykologisen kehyksen voidaan nähdä tukevan sekä väki­valtaan puuttumista, että puuttumattomuutta. Psykologisessa kehyksessä väki­vallan katsotaan olevan yhteydessä kokonaisvaltaisesti potilaan psykologisiin ongelmiin ja traumatisoitumiseen. Esimerkiksi potilaan palaaminen väki­valtaiseen suhteeseen ymmärretään psykologisen kehyksen kautta toisella tapaa kuin yksilöllisessä kehyksessä, josta käsin sitä pidettäisiin irrationaalisenä. Tästä näkökulmasta väki­valtaan puuttumista ei koeta työntekijöille tarpeetonta työtä aiheuttavaksi toiminnaksi. Psykologisesta kehyksestä käsin väki­vallan kohtaaminen ja väki­valtilanteiden esilletulo tulisi olla hoidon koh-

teena, mutta toisaalta näiden teemojen käsittelyn pelätään aiheuttavan uudelleentraumatisoitumista. Työntekijä saattaa myös suojata itseään, sillä ettei ota emotionaalisesti kuormittavia asioita esiin. Tästä syystä väkivaltaan ei uskalleta puuttua, vaikka psykologisessa kehyksessä väkivallan haavoittavuus ja sen seurausten ymmärtäminen nähdäänkin tärkeänä hoidon kohteena. Suhtautuminen on siis jossain määrin ambivalenttia. (Virkki ym. 2011, 284–285.)

Kehyksiä, jotka tukevat väkivaltaan puuttumista on kolme. Ensimmäinen näistä on terveyden edistämisen kehys. Tämä kehys haastaa erityisesti medikaalista kehystä, jolla perustellaan väkivaltaan puuttumattomuutta. Terveyden edistämisen näkökulmasta nähdään väkivaltaan puuttuminen kaikkien erikoissairaanhoidossa työskentelevien tehtäväksi. Terveyden edistämisen kehys suhtautuu toisin kuin käytännöllinen kehys myös siihen, että väkivallan vaikutusten katsotaan olevan tasavertainen osaluokka kokonaisterveydentilassa, ei erillistä lisätyötä. Terveyden edistämisen kehys näkee potilaiden terveyteen ja hyvinvointiin sekä sosiaaliseen ja psykologiseen kokonaisuuteen vaikuttavat asiat erikoissairaanhoidon henkilökunnalle kuuluviksi. Tästä näkökulmasta väkivaltakysymykset kuuluu ottaa huomioon, toisin kuin individualistisesta kehyksestä käsin ajatellaan. (Virkki ym. 2011, 285–286.)

Oikeutetun puuttumisen kehys keskittyy nimensä mukaisesti väkivaltaan puuttumiseen ja sen perusteisiin. Selkeimpiä perusteita ovat velvoittavat lait ja säädökset, kuten lastensuojelulaissa määritelty ilmoitusvelvollisuus (Lastensuojelulaki 2007/417, 25 §). Tässä kehyksessä esiin nousi toive rutiinikysymyksistä sekä laista ja säännöksistä myös aikuisten välisessä lähisuhdeväkivallassa. Velvoittava ohjeistus nähtiin puuttumista helpottavana. Myös Piippo (2022, 106) korostaa lainsäädännön merkitystä, sillä sen myötä lähisuhdeväkivalta tunnistetaan yhteiskunnalliseksi ongelmaksi sen sijaan, että se nähtäisiin perheen sisäisenä asiana. Käytännöllisyyden kehyksessä puuttumattomuutta perusteltiin sen vaikeudella. Oikeutetun puuttumisen kehyksessä taas nostetaan esiin mahdollisuuksia, joiden avulla väkivaltaan puuttumista voidaan helpottaa. Parhaimmillaan puuttuminen kuuluu työn rutiineihin, eikä sitä nähdä ylimääräisenä rasitteena. (Virkki ym. 2011, 286–287.)

Viimeisenä mainittuna kehiksenä on prosessin käynnistämisen kehys, joka tukee väkivaltaan puuttumista kahdella tavalla. Ensinnäkin se tukee ymmärrystä siitä, että väkivallalla on vaikutusta väkivallan kohteena olevien henkilöiden elämään mukaan lukien heidän hyvinvointinsa ja toimintakykynsä. Toiseksi tämä kehys korostaa huomiota työntekijöiden roolista väkivaltaan puuttumisen prosessin käynnistäjänä. Tämä kehys siis ymmärtää muutosten vaativuuden sekä haastaa esimerkiksi individualistisen kehiksen käsityksen yksilön omasta vastuusta. Prosessin käynnistämisen kehys myös ymmärtää muutoksen hitauden ja prosessinomaisuuden, eikä vaadi nopeita ja näkyviä tuloksia. Tämä kehys kuitenkin korostaa, että jo ”muutoksen siemenen kylväminen” on merkittävä teko. Tästä kehyksestä käsin kaikilla työntekijöillä on

vastuu puuttua väkivaltaan, mutta kenelläkään ei ole yksinään vastuuta koko prosessista. (Virkki ym. 2011, 287–288.)

Virkin ym. (2011) tutkimuksessa väkivallan kohtaamisen kehyksenä toimii erikoissairaanhoidon kehyksenä, kuten tässäkin tutkielmassa. Muut mainitut kehystämisen tavat asettuvat erikoissairaanhoidon kehyksen sisään tai sen liepeille. Itse väkivallan kohtaamisen tilanne voidaan kehystää monella tavalla. Näille eri kehyksille ominaiset tulkinnat ja eri toimijoihin liitetyt roolit vaikuttavat määrittävästi ammattilaisten toimintaan. Toisin sanoen tilanteiden kehystämisen tavat ja tulkinnat vaikuttavat siihen, miten työntekijät tilanteessa toimivat. Nämä tulkintakehykset rakentuvat paitsi työtehtävien ja ammattitaustan mukaan, mutta myös yksikkökohtaisesti. Kehysten avulla työntekijät mieltävät heille kuuluvat tehtävät ja toimintamahdollisuudet. Kyseisessä tutkimuksessa kävi kuitenkin ilmi, että huolimatta yksikkö- tai ammattikunta-kohtaisista eroavaisuuksista, olivat yleisimmät väkivallan kehystämisen tavat käytössä kaikissa ammattiryhmissä ja yksiköissä erikoissairaanhoidossa. (Emt., 281.) Tässä tutkielmassa psykiatrian sosiaalityö muodostaa oman kehyksensä erikoissairaanhoidon kehyksen sisällä.

Virkin ym. (2011) tulosten mukaan laaja ymmärrys lähisuhdeväkivallan vaikutuksista ja haasteista on edellytys sille, että lähisuhdevallan tunnistamiseen, siihen puuttumiseen sekä ennaltaehkäisyyn voidaan luoda toimivia käytäntöjä. Kehystämisen tavat voivat siis muuttua ja niitä voidaan pyrkiä tietoisesti muuttamaan. (Emt, 280–281.)

Virkki ym. (2011) ovat koonneet taulukkoon (Taulukko 2) väkivaltaan puuttumattomuutta perustelevat kehykset sekä kehykset, jotka kyseenalaistavat niitä.

TAULUKKO 2 Puuttumattomuutta perustelevat kehukset ja niitä kyseenalaistavat kehukset
(Virkki ym. 2011, 288.)

| | Medikaalinen kehys – Väkiältä ei erikoissairaanhoidon alaan liittyvä kysymys: ”Ei kuulu meidän työhömmä” | Käytännöllinen kehys – Väkiältä puuttumiseen ei mahdollisuuksia, työvälineitä eikä rakenteita: ”Emme voi, emme ehdi” | Individualistinen kehys – Väkiältä yksityisasia: ”Emme voi” – Väkiältä yksilön vastuulla: ”Ei meidän tarvitse” | Psykologinen kehys – Pelko potilaan uudelleen traumatisoitumisesta ja turvallisuuden vaarantumisesta: ”Emme uskalla” |
|--------------------------------|--|---|---|---|
| Terveyden edistämisen kehys | Kyseenalaistaa kapean medikaalisen (soomaan keskittyvän) käsityksen | Puuttuminen ei näyttyädy varsinaista työtä häiritsevänä lisätyönä | Kyseenalaistaa käsityksen siitä, ettei väkiältä kuulu erikoissairaanhoidon henkilökunnalle | Pakottaa suhteuttamaan traumatisoitumisriskiä potilaan kokonaisyhteistyön ulottuvuuteen |
| Oikeutetun puuttumisen kehys | Tarjoaa ammatillisia perusteita ja työvälineitä puuttumiseen | Tarjoaa yhtenäiset puuttumisen käytännöt | Legitimoi yksityisyyden rajan ylittävät väkiältä-interventiot | Tarjoaa ammatillisesti punnittuja perusteita ja työvälineitä puuttumiseen |
| Prosessin käynnistämisen kehys | Ymmärrys väkivallan vaikutuksista haastaa käsityksen siitä, ettei väkiältä 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 väkiältäan liittyvistä ongelmistaan | Ymmärrys väkiältä kyseenalaistavan prosessin käynnistämisen tärkeydestä luo eettisen velvoitteen puuttumiseen potilaan traumatisoitumisenkin uhalla |

Piippo (2022, 99, 113–115) puolestaan nostaa omassa jäsenyksessään näiden kehysten rinnalle sukupuolen merkityksen. Piipon mukaan suomalaisessa aineistossa lähisuhdeväkiältä nähtiin lähinnä sukupuolineutraalina ilmiönä. Tämä voi häivyttää ilmiön sukupuolistuneen luonteen, vaikka kyse olisi nimenomaan naisiin sukupuolen vuoksi kohdistuvasta väkivallasta. Piipon tutkimus käsittelee myös yksilön ja kollektiivin rooleja sekä sosiokulttuuristen tekijöiden merkitystä yhteiskunnan sukupuolistuneiden valtarakenteiden osina. Väkiällän kohtaamiseen tämä vaikuttaa siten, että ilmiöön pyritään vaikuttamaan ensisijaisesti kohtaamalla yksilöitä ja motivoimalla heitä muutokseen. Ilmiön laajempi yhteiskunnallinen konteksti jää kuitenkin käsittelemättä. (Emt. 108.)

Piipon (2022) näkemys lähisuhdeväkiällän kohtaamisen ja siihen puuttumisen rakenteista on esitetty taulukossa 3. Esitetyn jäsenyksen mukaan aikaulottuvuus, lainsäädäntö, kulttuuri ja sukupuoli on paikallistettu tasoiksi, jotka rakenteistavat puuttumista ja kohtamista. Organisaatiotasolla tarkastelu kohdistuu mesotasolla työympäristöön ja -organisaatioon. Eri tasot eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan ne ovat paitsi läsnä yhtä aikaa, mutta myös vaikuttaen toisiinsa. (Emt. 99.)

TAULUKKO 3 Lähisuhdeväkivallan kohtaamisen rakenteiden jäsenyys (Piippo 2022, 99).

| | Väkivallan määrittely | Väkivallan määrittelyn tausta |
|-----------------|---|--|
| Aika-ulottuvuus | Pysyvyys – muutos | Aikakäsitys Muutos ja sen mahdollisuus |
| Lainsäädäntö | Legitimoitu – sanktioitu | Lain määrittämät oikeudet ja velvollisuudet |
| Kulttuuri | Yksityinen perheasia – sosiaalinen ongelma | Yhteiskunnallinen ja kulttuurinen konteksti |
| Sukupuoli | Sukupuoleen kytkeytyvä – sukupuolineutraalius | Sukupuoli sosiaalisena erona |
| Organisaatio | Organisaation perustehtävään kuuluva tai kuulumaton asia | Toimintaohjeet ja -käytännöt Laki |

Nämä tavat kehystää ja jäsentää lähisuhdeväkivaltaan puuttumista ovat kiinnostavia. Ne myös antavat tärkeää taustatietoa siitä, miten aiemman tutkimuksen perusteella lähisuhdeväkivaltaan puuttumista on eritelty. Hypoteesini tämän tutkielman suhteen oli, että kerätystä aineistosta voidaan löytää samankaltaisia jäsennyksiä. Erona Virkin ym. (2011) tutkimukseen on kuitenkin fokuksen kiinnittäminen erityisesti terveyssoseaalityöhön. On hyvä havaita, että Virkin ym. (2011) tutkimus on jo yli kymmenen vuotta vanha. Merkittävää lähisuhdeväkivallan vastaista työtä on tehty tämän jälkeen ja ilmiö on noussut eri tavoin myös julkiseen keskusteluun esimerkiksi Istanbulin sopimuksen myötä (ks. luku 2.4.). Piipon (2022) tuore väitöskirja nostaa esiin samankaltaisia havaintoja lähisuhdeväkivallan kohtaamisesta, mutta tosin eri kontekstissa kuin Virkin ym. (2011) tutkimus.

4 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIELMAN TO- TEUTTAMINEN

Tässä luvussa esittelen tämän tutkielman metodologisia lähtökohtia ja etenemistä. Käyn läpi sitä, miten tutkielma on toteutettu ja miten analyysi on tehty. Käsittelen myös aineistonhallintaa sekä tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä.

4.1 Tutkielman metodologiset lähtökohdat ja eteneminen

Tässä tutkielmassa tarkastelen lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamista psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityössä. Tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen ja puheeksi ottamiseen. Tunnistamalla nämä tekijät voidaan työntekijöille tarjota työvälineitä ja lisätä heidän valmiuksiaan työskennellä lähisuhdeväkivaltailmiön parissa. Tutkimuksen keskeinen tavoite on, että lähisuhdeväkivallan kokijat tulevat nykyistä paremmin tunnistettua ja sen myötä saavat tarvitsemaansa ohjausta ja tukea. Tutkimuskysymyksinä olivat: *Mitkä tekijät saavat ottamaan lähisuhdeväkivallan puheeksi ja mitkä seikat estävät lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamista psykiatrisen sosiaalityössä?* sekä *Millä tavoin puheeksi ottaminen tehdään?*

Tämä maisterintutkielma on luonteeltaan laadullinen. Juhilan (n.d.) mukaan laadullisella tutkimuksella ei voida nimetä vain yhtä määritelmää, sillä erilaisia lähestymistapoja on paljon. Joitakin laadullisessa tutkimuksessa esiintyviä ominaispiirteitä voidaan kuitenkin listata. Tällaiset ominaispiirteet eivät kuitenkaan ole velvoittavia, eivätkö ne siten välttämättä esiinny kaikessa laadullisessa tutkimuksessa. Niitä voi kuitenkin käyttää apuna tai eräänlaisena peilinä ja vaikkapa kysyä, miten nämä mainitut piirteet ilmenevät tietyssä tutkimuksessa. Tällaisia ominaispiirteitä ovat *epäily itsestään selvästi tiedettyä kohtaan, kvalitatiivisen aineiston suosiminen, luonnollisen ja strukturoimattoman aineiston suosiminen, lähelle menevään tarkasteluun sitoutuminen, toimin-*

taan keskittyminen, subjektiivisuuden arvoastaminen, asianosaisten omien tulkintojen ja merkitysten korostaminen, tutkijan paikan reflektointi, monimutkaisuuden sietokyky, analyysivetoisuus sekä mitä- ja miten -kysymysten painottaminen. (Juhila n.d.)

Laadullisella tutkimuksella ei pyritä saavuttamaan tilastollisia yleistyksiä, vaan esimerkiksi ymmärtämään tai kuvaamaan tarkasteltavaa ilmiötä. Tämän vuoksi on oleellista, että henkilöt, joilta tietoa on tarkoitus kerätä, ovat mahdollisimman hyvin perillä ilmiöstä, jota tutkitaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87-88.) Tässä tutkielmassa on lähdetty liikkeelle siitä, että terveystieteissä työskentelevät sosiaalityöntekijät ovat parhaiten perillä siitä, millaiset tekijät saavat heidät ottamaan lähisuhdeväkivallan puheeksi ja mitkä tekijät estävät puheeksi ottamista. He myös osaavat kertoa, miten puheeksi ottaminen tehdään. Rajasin tarkastelun aikuisten parissa työskenteleviin sosiaalityöntekijöihin, sillä alaikäisten kanssa työskentely eroaa väkivaltakysymyksissä täysi-ikäisten kanssa työskentelystä jo esimerkiksi lakisääteisen ilmoitusvelvollisuuden vuoksi (Lastensuojelulaki 2007/417, 25 §).

4.1.1 Aineiston kerääminen

Olen kerännyt tutkielman aineiston käyttämällä eläytymismenetelmää (*method of empathy-based stories MEBS*). Kyseessä on laadullinen aineistonkeruumenetelmä, jossa osallistujia kutsutaan kirjoittamaan lyhyitä tarinoita valmiin kehyskertomuksen pohjalta. Kehyskertomuksena toimii tutkijan luoma alustus, jonka tarkoituksena on herättää mielikuvia ja ajatuksia, joiden pohjalta vastaajat voivat kirjoittaa vapaamuotoisen tekstin, joka voi olla tarinamuodossa. Tavallisesti kehyskertomuksissa esitellään tilanne, jota vastaajat voivat viedä eteenpäin tai kertoa, mitä ennen sitä on tapahtunut. (Wallin n.d.)

Ajatteluumme liittyy tapa ennakoita asioita mielikuvien tasolla. Mielikuvat ja skenaariot auttavat ymmärtämään todellisuutta, sillä ne liittyvät oletuksiin siitä, miten edessä oleva tilanne tulee etenemään. Eläytymismenetelmä antaa yhden näkökulman tarkastella sitä, miten käsiteltävää asiaa on mahdollista jäsentää ja millaista tarinaa siitä kerrotaan. (Mönkkönen 2021, 103-104, 107-108.)

Eläytymismenetelmä on saanut alkunsa 1970-luvulla kokeellista tutkimusta vastaan esitetystä kritiikistä. Tavoitteena oli luoda sellainen tutkimusmenetelmä, joka paitsi kunnioittaa tutkittavan kohteen ihmisarvoa, mutta myös säilyttää kokeellisen tutkimuksen logiikan, jossa vain yksi tekijä muuttuu, kun muut tekijät pysyvät samoina. Tästä syystä kehyskertomuksia tulee eläytymismenetelmässä olla vähintään kaksi, jotta variointia voidaan tehdä muuttamalla yhtä keskeistä tekijää. Näin voidaan tarkastella sitä, miten tämä variointi vaikuttaa vastauksiin. (Wallin n.d.)

Eläytymismenetelmä soveltuu monenlaisten ilmiöiden ja aiheiden tutkimiseen ja sitä on käytetty monilla tieteenaloilla. Menetelmää voidaan käyttää esimerkiksi sil-

loin, kun halutaan käsitteellistää jotain ilmiötä tai tarkastella vastaajien käsityksiä aiheesta. Vaikka menetelmän etu on, että se antaa vastaajille mahdollisuuden käyttää mielikuvitusta ja ajattelua, se ei kuitenkaan anna mahdollisuutta tehdä suoria johtopäätöksiä siitä, miten vastaajat toimisivat itse kyseisessä tilanteessa. Menetelmä tuo tietoa ainoastaan siitä, mitä olisi mahdollista tapahtua tai miten vastaajat voisivat käsitellä ilmiön. (Wallin n.d.)

Kehyskertomuksen muotoilussa on tärkeää, että sen avulla päästään kiinni tutkimusongelmaan. Tästä syystä muotoilun lähtökohtana tulee pitää tutkimuskysymyksiä. Huomioitavia seikkoja ovat muun muassa se, keille kehyskertomus on suunnattu ja mitä halutaan tutkia. Pohdittavia asioita ovat muun muassa sanavalinnat, kertomuksen pituus sekä se, kenen näkökulmasta kertomus on kirjoitettu. (Wallin n.d.)

Valitsin tähän tutkielmaan eläytymismenetelmän, sillä eläytymismenetelmä on vähemmän käytetty ja se vaikutti kiinnostavalta tavalta tarkastella aihetta. Halusin myös saada aineiston kirjallisessa muodossa. Päätin kirjoittaa kehyskertomuksen muotoon, jossa osallistuja on itse toimijana, jotta heidän olisi helpommin mahdollista ajatella aihetta omasta kokemuksestaan käsin. Toisaalta kolmannessa persoonassa kirjoittaminen olisi voinut auttaa osallistujia saamaan aiheeseen etäisyyttä ja käyttämään laajemmin mielikuvitustaan. (vrt. Wallin n.d.) Kehyskertomuksissa voidaan pyrkiä lyhyteen ja napakkuuteen, jotta vastaajien omille tulkinnoille jäisi mahdollisimman paljon tilaa ja johdattelua olisi mahdollisimman vähän. (Wallin n.d.) Tästä syystä päädyin valitsemaan mahdollisimmat tiiviit ja vähän johdattelevat kehyskertomukset.

Kehyskertomukset tässä tutkimuksessa olivat seuraavanlaiset:

1. *Tapaat uuden potilaan. Keskusteltuasi hänen kanssaan hetken päätät kysyä häneltä lähisuhdeväkiavallasta. Mikä saa sinut ottamaan asian esille ja miten teet sen?*
2. *Tapaat uuden potilaan. Keskusteltuasi hänen kanssaan hetken päätät, ettet kysy häneltä lähisuhdeväkiavallasta. Mikä saa sinut olemaan ottamatta asiaa esille ja miksi?*

4.1.2 Tutkielman toteuttaminen

Tutkielman toteuttaminen eteni tutkimussuunnitelman hyväksymisen jälkeen HUSin tutkimuslupamenettelyyn ja sen jälkeen aineiston keräämiseen. Tutkielman aineisto on kerätty kirjoituspyynnöllä (Liite 1), jossa oli linkki Microsoft Forms-kyselyyn. Lähetin kirjoituspyynnön sähköpostitse HUSin Psykiatrian johtavalle sosiaalityöntekijälle. Hän välitti sen pyynnöstäni eteenpäin vastaaville sosiaalityöntekijöille ja pyysi heitä lähettämään sen edelleen omille työryhmilleen. Vastaavat sosiaalityöntekijät lähettivät 24.1.2023 kirjoituspyynnön sähköpostitse HUSin Psykiatriassa täysi-ikäisten potilaiden kanssa työskenteleville sosiaalityöntekijöille. Vastaanottajia kirjoituspyynnöllä oli yhteensä noin kuusikymmentä. Lisäsin kirjoituspyynnön ja vastauslinkin myös HUS Psykiatrian sosiaalityöntekijöiden Teams-ryhmän keskustelualueelle.

Muistutin kirjoituspyynnöstä viikoittain kommentoimalla alkuperäistä Teams-julkaisua.

Vastausaikaa kirjoituspyynnöllä oli alun perin kolme viikkoa ja kolme päivää 17.2.2023 asti. Jatkoisin kuitenkin aikaa lisävastausten saamiseksi hieman yli kahdella viikolla 5.3. saakka. Lisäksi pyysin vastaavia sosiaalityöntekijöitä lähettämään työryhmilleen muistutuksen kirjoituspyynnöstä vielä sähköpostitse. Tämä muistutus lähetettiin 22.2.2023.

Vastauksia kirjoituspyyntöön tuli määräaikaan mennessä kaikkiaan 14 kappaletta. Kaikissa vastauksena saaduissa kertomuksissa oli kirjoitettu molempiin kehyskertomuksiin. Kertomusten yhteispituus oli noin 10 sivua ja yksittäisten kertomusten pituudet vaihtelivat parista rivistä yli puoleen sivuun.

Koska laadullisessa aineistossa pyritään ilmiön kuvaamiseen, ei tilastolliseen yleistettävyyteen, voi aineisto olla määrältään pienempi kuin määrällisessä tutkimuksessa. Aineiston riittävyttä voidaan pohtia esimerkiksi saturaation eli kylläntymisen avulla. Tällä tarkoitetaan tilannetta, jossa aineistossa alkaa esiintyä toistoa, eikä uusi aineisto tuota enää tutkimuskysymyksen kannalta uutta tietoa. Kylläntymispiste voi olla vaihteleva, mutta noin 15 vastausta katsotaan usein oleva riittävä määrä kylläntymispisteen saavuttamiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87-90.) Olin toivonut saavani enemmän osallistujia vastaamaan kirjoituspyyntööni. Kylläntymispisteen näkökulmasta voidaan saatuja 14 kertomusta pitää jokseenkin riittävänä määränä, sillä saaduissa kirjoituksissa oli selvästi havaittavissa toistoa. Näin ollen kylläntymispiste voidaan katsoa saavutetuksi. Toisaalta sain kertomuksia aineistoksi toivomaani vähemmän, joten tältä osin kirjoituspyyntö (Liite 1) ja siitä muistuttelu ei toiminut aivan parhaalla mahdollisella tavalla.

4.1.3 Aineiston analyysi

Aineiston keräämisen jälkeen siirryin aineiston analysointiin. Analyysillä aineistoon on tarkoitus luoda selkeyttä, jotta tutkittavasta ilmiöstä voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä. Aineiston käsittelyssä aineisto pilkotaan osiin, käsitteellistetään ja lopulta kootaan uudella tavalla kokonaisuudeksi, josta voidaan tehdä tulkintoja. Analyysin tehtävänä on luoda tutkittavasta ilmiöstä sanallinen ja selkeä kuvaus. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 108.) Mönkkösen (2021, 121) mukaan eläytymismenetelmällä kerätyn aineiston, kuten muunkin laadullisen aineiston, voi analysoida monella tavalla. Oleellista analyysimenetelmän valinnassa on se, mihin tutkija haluaa kiinnittää huomiota. (Emt.)

Tarkoituksenani oli alun perin käyttää tässä tutkielmassa analyysimenetelmänä Goffmanin (1974) kehittämää kehysanalyysia sekä Virkin ym. (2011) väkivaltaan puuttumisen kehyksiä. Heti analyysin alkuvaiheessa kuitenkin huomasin, ettei kyseinen analyysitapa soveltunut parhaalla mahdollisella tavalla keräämäni aineiston

analysointiin. Aineistosta oli löydettävissä samankaltaisuuksia esimerkiksi Virkin ym. (2011) kehysten kanssa, mutta aineistossa oli myös paljon sisältöä, joka olisi tällä menetelmällä jäänyt huomiotta ja jota pidin merkittävänä. Tästä syystä päädyin vaihtamaan analyysimenetelmää kehysanalyysistä laadulliseen sisällönanalyysiin.

Sisällönanalyysi ei pohjautu mihinkään tiettyyn teoreettis-metodologiseen ajattelutapaan, joten sille ei ole yksitäisiä yhteisiä sääntöjä, eivätkä sitä ohjaa tarkat menetelmälliset käsitteet. Tässä analyysimenetelmässä keskitytään siihen, mistä teemoista, asioista ja aiheista aineisto kertoo. Sisällönanalyysi ei ota tarkastelun kohteeksi aineiston kielellistä tai ilmaisullista muotoa. (Vuori n.d.) Sisällönanalyysin avulla aineisto pyritään järjestämään selkeään ja tiiviiseen muotoon ilman, että sen sisältämä informaatio katoaa (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 104.). Vuoren (n.d.) mukaan laadullisen sisällönanalyysin perusta on systemaattisessa koodauksessa. Koodauksessa tutkijan tehtävä on tunnistaa ja nimetä sisällölliset elementit, jotka hän aineistosta löytää. (Emt.)

Tässä tutkielmassa sisällönanalyysi on ollut aineistolähtöistä. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta muodostetaan teoreettinen kokonaisuus ilman, että aiemmat teoriat tai tutkimukset ohjaavat valittavia analyysiyksiköitä. Sen sijaan, että analyysiyksiköt olisivat etukäteen valittuja, ne valitaan tutkimusaineistosta tutkimustehtävän mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 97, 115.) Tässä tutkielmassa voidaan katsoa olevan viitteitä myös teoriasidonnaisuudesta, sillä käytetyt käsitteet, tutkimusmenetelmä ja -asetelma ovat tutkielman tekijän valitsemia ja saaneet vaikutteita aiemmasta tutkimuksesta. Näin ollen on huomioitava, että tutkielmassa on teoreettisia yhteyksiä sekä tunnistettavissa aikaisemman tiedon vaikutus. (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2002, 97-100.) Teoreettisena viitekehystenä tässä tutkielmassa toimii lähisuhdeväki-valtaailmiö sekä siitä tehty aiempi tutkimus.

Tuomi ja Sarajärvi (2002, 110-112) viittaavat aineistolähtöisen sisällönanalyysin kolmivaiheiseen prosessiin, jonka Miles ja Huberman (1984) ovat kuvanneet. Tähän prosessiin kuuluu ensiksi aineiston pelkistäminen (*reduointi*), toiseksi aineiston ryhmittely (*klusterointi*) ja kolmanneksi teoreettisten käsitteiden luominen (*abstrahointi*). Samalla menetelmällä olen edennyt tässä tutkielmassa. Tämän tutkielman aineiston analyysin prosessi on kuvattu kuviossa 1.



KUVIO 1 Aineiston analyysin eteneminen

Aloitin lukemalla aineiston läpi useaan kertaan, jotta sain alustavan käsityksen siitä, millaisia teemoja aineistossa esiintyy. Ensin tarkastelin kertomuksia, jotka käsitelivät tilanteita, joissa väkivalta on päätetty ottaa puheeksi. Tämän jälkeen kävin läpi kertomukset, joissa väkivalta oli päätytty jättää ottamatta puheeksi. Tein jo tässä vaiheessa muistiinpanoja aineistossa esiintyvistä toistuvuuksista sekä yksittäisistä kiinnostavista huomioista. Tämän jälkeen jatkoin tiivistämällä ja pilkkomalla aineiston tutkimuskysymysten mukaisesti osiin ja koodaamalla nämä osat eri väreillä niiden sisällön mukaan. Ensimmäinen huomio oli, että kertomuksissa väkivallasta kysyminen ei tapahtunut automaationa, vaan se useimmiten vaati jonkin tekijän.

Väkivallan puheeksi ottamista tukevat koodit analyysin alkuvaiheessa olivat: rutiini, intuitio, vihjeet väkivallasta, taustatekijät, historia, käynnin tarkoitus sekä muut tekijät. Väkivallan puheeksi ottamattomuutta perustelevat koodit olivat: kysyminen ei vaikuta tarpeelliselta, ei liity tapaamiseen, muu akuutti asia, potilaan kuormittuminen, turvallisuus, riittämätön aika, liian suuri työmäärä, ei ole muodostunut tapaa sekä jätetään tarkoituksella toiseen kertaan.

Tarkastelin aineistosta myös sitä, millä tavoin väkivalta otettiin puheeksi. Tähän liittyen koodeja olivat suoraan kysyminen, johdatellen kysyminen, omin sanoin kysyminen, tilanteeseen sovitettu kysyminen, turvasuunnitelmasta kysyminen sekä väkivallan muotojen sanoittaminen. Nämä ryhmät oli yhdistettävissä kahteen pääluokkaan: kysyminen suoraan sekä aiheeseen johdattelu. Olin odottanut, että koodiksi tässä ryhmässä olisi muodostunut myös kysyminen tukimateriaalia käyttäen, mutta tällaista ei tullut esiin yhdessäkään kertomuksessa.

Tämän jälkeen ryhmittelin koodatun aineiston, kävin sen vielä tarkasti läpi sekä yhdistin koodattuna ryhmiä, jotka sopivat samaan luokkaan. Tämän jälkeen nimesin luokat käsitteillä, jotka kuvasivat niiden sisältöä. (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-115; Miles & Huberman 1984.) Taulukossa 4 on esitetty esimerkki siitä, miten analyysi on edennyt väkivaltaan puuttumattomuutta käsittelevissä kertomuksissa alkuperäisestä ilmaisusta sen pelkistämiseen, koodaamiseen, ryhmittelyyn ja lopulta kokoavaan käsitteeseen.

TAULUKKO 4 Analyysiprosessi tässä tutkielmassa, väkivallan puheeksi ottamattomuus

| alkuperäinen ilmaisu | pelkistetty ilmaisu | koodi, ryhmitely | käsite |
|--|--------------------------------|---|---------------------------------|
| " Tuntuu vieraalta kysyä asiaa, jos siihen ei ole mitään viitteitä ja perusteita" | Ei viitteitä tai perusteita | Kysyminen ei vaikuta olevan tarpeen | Ei lähisuhdeväkivaltaa -oletus |
| " jos hoidamme jotain spesifiä asiaa, johon väkivalta ei liity, en kysy siitä" | Väkivalta ei liity tapaamiseen | Ei liity tapaukseen | Aihe ei ole tilanteeseen sopiva |
| " En kysy väkivallasta, jos vastaanotolla on mukana toinen henkilö ja arvioin, että tämä voi vaarantaa potilaan tilannetta." | Riski potilaan vaarantamiseen | Turvallisuus | Potilaan etu |
| " koen, että luottamuksen rakentaminen alkuun on tärkeää, en kysy heti väkivallasta." | Luottamuksen rakentaminen | Tarkoituksella toiseen kertaan jättäminen | Asia otetaan esille myöhemmin |

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä vastaus tutkimuskysymykseen saadaan yhdistelemällä muodostettuja käsitteitä. Tällä tavoin aineistosta saadaan tulkinnan ja päättelyn myötä muodostettua ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 115.) Käytin analyysissä jonkin verran myös kvantifikointia, eli jatkoin sisällönanalyysia laskemalla, kuinka monta kertaa tietty perustelu toistuu aineistossa (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2002, 117). Esimerkiksi perustelu, ettei väkivaltaa oteta puheeksi, koska asian ei katsota liittyvän tapaamisen tarkoitukseen esiintyi seitsemässä kertomuksessa neljästätoista. Vaikka näin pienellä aineistolla ja eläytymismenetelmällä ei voidakaan tehdä yleistettäviä johtopäätöksiä, katson kvantifikoinnin tuovan tuloksiin oman näkökulmansa (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2002, 119) sekä lisäävän tulosten pätevyyttä.

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 103) mainitsevat, että monia tutkimuksia, jotka on toteutettu sisällönanalyysillä, on kritisoitu siitä, että analyysi on jäänyt kesken. Näissä tutkimuksissa järjestetty aineisto on voitu esittää tutkimustuloksina ilman, että varsinaisia johtopäätöksiä on tehty. (Emt.) Tässä tutkielmassa olen pyrkinyt syventämään analyysia vertaamalla saatuja tuloksia olemassa olevaan teoriaan lähisuhdeväkivallan puuttumisesta sekä lähisuhdeväkivaltailmiöstä erikoissairaanhoidon sekä sosiaaliryönteily kontekstissa. Johtopäätöksissä olen pohtinut saatuja tuloksia oman työkokemukseni kautta.

4.2 Aineistonhallinta ja tietosuojaja

Tähän tutkielmaan keräämääni aineistoa on käytetty ainoastaan tähän maisterintutkielmaan. Tutkielman aikana säilytin aineistoa huolellisesti HUSin tietojärjestelmässä. Tietosuojan näkökulmasta olen kiinnittänyt henkilötietojen turvalliseen käsittelyyn erityistä huomiota. Aineistoja on tutkimuksen ajan säilytetty ja hyödynnetty EU:n tietosuojasetuksen ja tietosuojalain 31 § mukaisesti (Tietosuojalaki 2018/1050; Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukset 2016/679). Henkilötietoja ei tutkimuksessa kerätty. Mahdolliset tunnistamiseen vaikuttavat tekijät poistin heti alkuvaiheessa. Tietoturvan näkökulmasta huomioin, että vaikka käsiteltävä aihe on itsessään sensitiivinen, ei kerättävä aineisto kuitenkaan ole luonteeltaan kattavampia suoja-ominaisuuksia sisältävä. (ks. Tietoarkisto n.d.) Tutkimuksen jälkeen olen hävittänyt tutkimusaineiston.

4.3 Tutkielman eettisyys

Tutkimuksessa tulee yleisten eettisten periaatteiden mukaan kunnioittaa tutkittavien ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta, yksityisyyttä sekä muita oikeuksia. Periaatteena on välttää aiheuttamista haittaa tai vahinkoa. Tämä korostuu erityisesti silloin, kun tutkimuksen kohteena ovat vähemmistöt, alakulttuurit tai ryhmät, jotka ovat hankalassa asemassa. Tutkijan tulee kyetä arvioimaan käsittelemiensä aiheiden herkkyys. Esimerkiksi väkivallan käsittely voi aiheuttaa stressiä ja hankalia tunteita sekä tutkijalle että tutkittaville. (Vuori n.d.) Niklander, Peltonen, Notko & Husso (2019, 23) toteavat lähisuhdevaltaan liittyvän tutkimuksen olevan jo lähtökohtaisesti sensitiivisten aiheiden tarkastelua ja siten vaativan monella tasolla tapahtuvaa eettistä valvontasuoraa. WHO:n (2001, 10–12) etiikkaa ja turvallisuutta koskevat suositukset lähisuhdeväkivallasta tehtävään tutkimukseen nostavat esiin turvallisuuden tärkeimpänä periaatteena. Turvallisuuden ja luottamuksen tulee koskea sekä vastaajia että tutkimustiimiä ja kaikkia tutkimukseen liittyviä päätöksiä.

Tässä tutkimuksessa ei ole haastateltu potilaita tai asiakkaita, vaan heidän kanssaan työskenteleviä ammattilaisia. Mahdollisuutta omakohtaisiin väkivaltakokemuksiin ei kuitenkaan sovi unohtaa. (vrt. Niklander ym. 2019, 23.) Tutkimuseettisesti huomioin tämän muotoilemalla käytetyt kehyskertomukset siten, että osallistujilla on mahdollisuus itse valita, miten kertomus jatkuu. Kirjoituspyyntöön vastaaminen on ollut vapaaehtoista, eikä kirjoituspyynnössä itsessään ole käsitelty väkivalta-aihetta syvällisesti. Lisäksi kirjoittaja on kertomuksissa työntekijän roolissa ja siten kysymässä väkivallasta, ei vastaamassa kysymykseen itse. Toivon, että nämä keinot ovat

riittäväällä tavalla turvanneet sen, että kirjoituspyyntöön vastaaminen tai päätös vastaamatta jättämisestä ei ole aiheuttanut osallistujille painetta tai muistuttaneet mahdollisista omista väkivaltakokemuksista. Voidaan ajatella, että mikäli osallistuja on kykenevä työssään kohtaamaan väkivaltaa mahdollisesti kokeneita potilaita, on hän todennäköisesti kykenevä arvioimaan, haluaako hän vastata väkivalta-aiheiseen kirjoituspyyntöön.

Tässä tutkimuksessa olen noudattanut tiedeyhteisön tunnustamia hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Näihin käytäntöihin kuuluvat rehellisyys, yleinen tarkkuus ja huolellisuus tutkimustyössä ja tulosten tallennuksessa sekä esittämisessä ja tutkimuksen sekä sen tulosten arvioinnissa. (vrt. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021.) Eettistä ennakoarviointia ei tässä tutkimuksessa ole tarvittu, sillä tutkielma ei sisällä ihmistieteiden eettisen toimikunnan määrittelemiä asetelmia, joiden kohdalla eettistä ennakoarviointia vaaditaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.) Tästä huolimatta tutkielma kävi läpi vaativaan HUSin tutkimuslupaprosessin, jossa tutkielman eettisyyttä tuli arvioida. Tutkimuslupa myönnettiin hakemuksen mukaisesti ajalle 27.12.2022-31.1.2024.

Pohdin perusteellisesti sitä, voidaanko tutkielmassa tuoda esiin, missä aineisto on kerätty. Koin tarpeelliseksi tarkentaa nimenomaan psykiatrian sosiaalityöhön, en tarkastella terveyssosiaalityötä yleisesti. Konsultoin HUSin tutkimusneuvontaa selvittääkseni, onko organisaation mainitseminen tutkimuseettisesti relevanttia. HUSin tutkimusneuvonnan mukaan organisaation mainitseminen on mahdollista, mikäli työntekijöitä ei voi tunnistaa epäsuorasti tuotetun tiedon avulla tai yhdistämällä muihin tunnistetietoihin. Tutkielman kysymyksenasettelu kuitenkin koskee ainoastaan väkivallan puheeksi ottoa tai -ottamattomuutta, eikä tunnistetietoja ole kerätty. On kuitenkin tärkeää huomioida, että kysely on lähetetty ainoastaan HUSin aikuispsykiatrian sosiaalityöntekijöille, joita on noin 60. Tutkielman tuloksista tulee siten käymään ilmi osallistujien työpaikka ja ammatti, joskaan yksittäisen osallistujan tunnistaminen ei ole mahdollista. Muissa vastaavan kaltaisissa tutkielmissa on mainittu, missä ja keiltä aineisto on kerätty (ks. esim. Väänänen 2021, 24). Tutkimussuunnitelmassa sekä saatekirjeessä on kerrottu keneltä ja mistä aineisto tullaan keräämään, joten tämä on ollut tutkimukseen osallistuvilla etukäteen selvillä. Näistä syistä katson, että on perusteltua mainita tutkielmassa, että aineisto on kerätty HUS Psykiatrissa.

Tutkielman eettisen arvioinnin kannalta on tärkeää huomioida, että työskentelen itse psykiatrian sosiaalityössä, jota tutkin. Pysin kuitenkin hyvän tutkimustavan mukaisesti objektiivisuuteen ja avoimuuteen. Voidaan kuitenkin pohtia ovatko lähimmät työtoverini saattaneet tuntea painetta vastata kirjoituspyyntöön enemmän kuin sellaiset työntekijät, joita en tunne.

Lähisuhdeväkivaltaa ja siihen puuttumista on käsitelty viime aikoina HUS Psykiatrian sosiaalityön asiantuntijayksikössä. Tämä on voinut vaikuttaa aineistona oleviin kertomuksiin. On myös mahdollista, että henkilöt, jotka kokevat lähisuhdeväkivaltaa liittyvät kysymykset hankalina, ovat jättäneet vastaamatta kirjoituspyyntöön. He saattavat ajatella, että lähisuhdeväkivallasta kysyminen on sosiaalisesti suotavaa, eikä poikkeavia näkökulmia siten uskalleta tuoda esiin. Toisaalta voidaan pohtia, olisivatko kertomukset erilaisia, mikäli lähisuhdeväkivaltaa ei olisi viime aikoina pidetty lainkaan esillä työyhteisössä. On mahdollista, että viime vuonna tehty projektityö on jo vaikuttanut myönteisesti lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamiseen.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa käsittelen tämän tutkielman tuloksia. Tulokset perustuvat aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin kertomuksista lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamisesta tai siitä, että väkivaltaa ei otettu puheeksi. Kertomukset on kerätty eläytymismenetelmällä. Tulosten kannalta on oleellista huomioida, että eläytymismenetelmällä saadaan tietoa ainoastaan siitä, mitä olisi mahdollista tapahtua tai miten osallistujat voisivat käsittää ilmiön. (Ks. luku 4.1; Wallin n.d.)

5.1 Tekijät, jotka saavat ottamaan väkivallan puheeksi

Ensimmäiseksi tarkastelen sitä, mitkä tekijät kertomuksissa saivat ottamaan väkivallan puheeksi. Väkivallan puheeksi ottamista ja väkivallasta kysymistä perusteltiin kertomuksissa ensinnäkin sillä, että sen katsottiin kuuluvan työtehtäviin.

” Lähtökohtaisesti ajattelen, että kaikilta tulee kysyä heidän kohtaamastaan väkivallasta ja väkivallan uhasta.” (Kertomus 13.)

” Pysin osana jokaista sosiaalisen tilanteen kartoitusta kysyä avoimilla kysymyksillä perhesuhteista ja suhteiden laadusta.” (Kertomus 5.)

Vaikka usein jokin potilaan olemuksessa tai puheissa saattaa vihjata väkivallan mahdollisuudesta, ei näin kuitenkaan välttämättä ole. Kertomuksista käy ilmi kokemus, että koettua väkivaltaa usein piilotellaan ja hävetään. Tämä toimii perusteluna sille, että myös tilanteissa, joissa väkivallasta ei ole viitteitä, tulee siitä silti kysyä.

Useissa kertomuksissa korostuu intuition merkitys väkivallasta kysyttäessä. Intuitiota kuvaillaan vaikeaksi määritellä; jokin potilaan sanomisissa tai olemuksessa kiinnittää työntekijän huomion tai vihjaa väkivallan mahdollisuudesta. Kyseessä ei

kuitenkaan ole tarkasti määriteltävä havainto, vaan enemmänkin tunne. Toisaalta kertomuksissa käy ilmi, ettei intuitio herätä kysymään kovin usein. Yhdessä kertomuksessa tätä kuvataan näin:

”Jos jokin potilaan kertoma asia kuulostaa sellaisesta, että on kyse lähisuhdeväkivallasta, en osaa sanoa tarkalleen mikä tämä voisi olla. Ehkä onkin enemmän kyseessä tietystä tunteesta, joka tulee keskustelussa aikana. Tai, jos potilas jättää vastaamatta johonkin kysymykseen, tai vastaa aiheen vierestä. ... Tosi harvoin kyllä tulee sellainen tunne että pitää kysyä siitä.” (Kertomus 6.)

Kertomusten perusteella väkivallasta kysytään myös silloin, kun siihen liittyen tehdään jokin konkreettinen havainto. Kyse voi olla jostakin, mitä potilas on kertonut tai aiempiin hänestä tehtyihin kirjauksiin. Erityisesti kysymykset ja keskustelut, jotka liittyvät ihmissuhteisiin, parisuhteeseen ja perhetilanteeseen voivat tuottaa tällaisia havaintoja. Ristiriitatilanteiden tai pelkojen ilmetessä kysytään väkivallasta. Tällaisia viitteitä voivat olla esimerkiksi potilaan maininnat epätasa-arvosta, kontrolloinnista tai alistamisesta. Kyse ei välttämättä ole vain yhdestä tekijästä, vaan useammasta osatekijästä. Nämä tekijät voivat liittyä potilaan historiaan tai hänen ajankohtaiseen tilanteeseensa.

”Jos esiin tulee jotain suoraan väkivaltaa viittaavaa, kysyn siitä aika suoraan.” (Kertomus 7.)

”Jos aiemmista teksteistä käy esille, että suhteessa ollut väkivaltaa. Jos potilas kertoo parisuhteestaan esiintyvistä riidoista tai puolison kontrollista. Myös intuitio vaikuttaa, tuleeko tunne, että tässä voisi olla kyse lähisuhdeväkivallasta.” (Kertomus 12.)

Ulkoiset väkivallan merkit tai se, että niistä on mainittu aiemmissa kirjauksissa, voivat toimia perusteina kysyä väkivallasta. Viidessä kertomuksessa mainitaan työntekijän sanoittavan väkivallan muotoja potilaalle. Tällä tavoin työntekijä auttaa potilasta ymmärtämään, että väkivalta voi ilmetä monella eri tavalla ja auttaa potilasta tunnistamaan kokemansa väkivallaksi.

Tapaamisen tarkoitus vaikuttaa siihen, kysytäänkö väkivallasta. Mikäli potilas on ohjautunut tapaamaan sosiaalityöntekijää lähisuhdeväkivallan tai haasteellisten perhesuhteiden vuoksi, on väkivallan puheeksi ottaminen luontevaa. Samoin, mikäli tapaamisen tarkoituksena on tarkastella ja kartoittaa perhesuhteita, on keskustelu luontevasti johdateltavissa lähisuhdeväkivallasta kysymiseen.

Yksi kirjoittajista nostaa esiin tärkeän huomion siitä, ettei lähisuhdeväkivallasta kysymisen tule olla pelkästään sosiaalityöntekijöiden varassa, sillä läheskään kaikki potilaat eivät tapaa sosiaalityöntekijää. Lähisuhdeväkivallasta tulisi kysyä jo heti hoidon alkaessa sekä systemaattisesti myöhemminkin. Lähisuhdeväkivallasta kysymisen toistaminen jokaisen arvion tai tutkimuksen yhteydessä olisi tärkeää, sillä potilas ei välttämättä uskalla kertoa asiasta ensimmäisellä kerralla. Toistuva kysyminen voi

käynnistää prosessin, jonka seurauksena henkilö alkaa käsitellä kokemaansa väkivaltaa ja lopulta on valmis puhumaan asiasta.

Saatujen tulosten perusteella tekijät, jotka saavat ottamaan väkivallan puheeksi voidaan jakaa kolmeen luokkaan (Kuvio 2): työntekijän rutiiniin, intuitioon sekä konkreettiseen havaintoon perustuvaan kysymiseen. Työntekijän rutiiniin perustuva kysyminen toistuu potilaasta riippumatta, eivätkä potilaasta lähtöisin olevat tekijät vaikuta siihen. Intuitioon perustuva kysyminen taas pohjautuu työntekijän tunteeseen, että tilanteessa on jotakin huomiota herättävää, jota ei kuitenkaan osata suoraan nimetä. Konkreettiseen havaintoon perustuva kysyminen liittyy potilaan kertomaan, ulkoiseen olemukseen tai muuhun huomioon potilaan tämänhetkisessä tilanteessa tai hänen menneisyydessään. Havainto voi liittyä myös aiempiin kirjauksiin tai muiden työntekijöiden esiin tuomiin epäilyksiin. Näistä kaksi jälkimmäistä luokkaa voivat mennä limittäin, mutta ne toimivat myös toisistaan riippumatta.

Tekijä, joka saa ottamaan väkivallan varmimmin puheeksi on rutiini ja näkemys, että niin ”kuuluu” toimia. Näissä kertomuksissa kysymisen katsottiin kuuluvan rutiininomaisesti työtehtäviin. Tosin vain kaksi kirjoittajaa mainitsee väkivallan puheeksi ottamisen tapahtuvan jokaisen potilaan kohdalla. Valtaosassa kertomuksia korostuu se, ettei väkivallasta kysyminen ole automaatio. Vahvimmin väkivallan puheeksi ottamista tukevat tekijät liittyvät työntekijän intuitioon tai konkreettiseen havaintoon. Kertomuksissa väkivallasta kysyttiin, jos jokin potilaassa herätti kirjoittajassa tunteen, että asiasta tulisi kysyä. Tämän tunteen kerrottiin pohjautuvan ammatilliseen kokemukseen sekä elämänkokemukseen.



KUVIO 2 Tekijät, jotka saavat ottamaan väkivallan puheeksi

5.2 Puheeksi ottamisen keinot

Kertomusten perusteella silloin, kun väkivallasta on päätetty kysyä, tehdään se joko suoraan tai aiheeseen johdatellen. Kirjoittajista kahdeksan joko mainitsi kysyvänsä asiasta ”suoraan” tai esitti kysymyksen varsin suorasanaisesti, kuten:

”Onko välillänne ollut väkivaltaa?” (Kertomus 7.)

”Oletko jossain vaiheessa elämäsi kokenut lähisuhdeväkivaltaa tai hyväksikäyttöä?” (Kertomus 5.)

Neljässä kertomuksessa mainitaan keskustelun johdattelu aiheeseen. Keskustelua vietiin eteenpäin ensin pari- ja perhesuhteisiin, sen jälkeen mahdollisiin ristiriitatilanteisiin sekä tapoihin riidellä. Tällä tavoin lähestyttiin lähisuhdeväkivalta-aihetta. Aiheeseen johdattelu tapahtui esimerkiksi seuraavasti:

”Minkälaiset välit sinulla ja puolisolllasi tai muulla läheisellä on? Kun olette eri mieltä asioista/riitelette, onko se sanallista vai fyysistä, kuvaile tarkemmin millaista.” (Kertomus 14.)

Valinta kysytäänkö asiasta suoraan vai johdatellaanko aiheeseen vähitellen, tehdään tilanteen mukaan. Valintaan vaikuttaa se, mikä on saanut työntekijän ottamaan väkivallan puheeksi. Mitä vahvempi aavistus väkivallasta on, sitä todennäköisemmin asiasta kysytään suoraan. Viidessä kertomuksessa kirjoittaja kertoo sanoittavansa väkivallan muotoja. Eri väkivallan muodoista mainitaan fyysinen, henkinen, sosiaalinen sekä taloudellinen väkivalta. Osa kirjoittajista myös käsittelee riitelyn ja parisuhdeväkivallan eroja.

”Kysyn aluksi perhesuhteista yleisemmin, sitten kysyn perheen tavoista riidellä, millaisia riitatilanteet ovat. Huolimatta siitä tuottaako potilas tässä vaiheessa puhetta väkivallasta, kysyn onko häneen tai muihin perheenjäseniin kohdistunut fyysistä väkivaltaa.” (Kertomus 10.)

Kertomusten perusteella väkivallasta kysytään joko suoraan tai aiheeseen johdatellen. Aiheeseen saatetaan palata myöhemmin uudelleen, mikäli työntekijä arvioi tämän tarpeelliseksi. Kysyminen tehdään omin sanoin ilman tukimateriaalia, tilanteeseen sopivalla tavalla ja potilasta kunnioittaen. Kysymisen yhteydessä väkivallan monimuotoisuutta voidaan tuoda esiin.

5.3 Tekijät, jotka estävät väkivallan puheeksi ottamista

Tässä luvussa tarkastelen, mitkä seikat estävät kertomuksissa lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamista. Yleisin syy sille, että väkivallasta ei kysytä, on työntekijän arvio tai oletus, ettei kyseessä ole lähisuhdeväkivaltaa kokenut tai kokeva potilas. Tällöin puheeksi ottamista ei pidetä ole tarpeellisenä. Tämä toistuu puolessa kertomuksista. Kysyttämättä jättämistä perustellaan esimerkiksi seuraavasti:

”Potilas puhuu perheestään vailla pelkoa tai ahdistusta eikä kukaan muukaan ole epäillyt lähisuhdeväkivaltaa.” (Kertomus 2.)

”Mikäli lähisuhdevakivaltaan ei ole mitään viitteitä, jätän asian kysymättä.” (Kertomus 8.)

Kertomuksissa esiintyi näkemys, että vaikka väkivallasta kysymisen katsottiin kuuluvan työtehtäviin, ei kysyminen silti aina toteudu. Tätä kuvataan esimerkiksi näin:

”Olen sitä mieltä, että minun kuuluisi kysyä lähisuhdeväkivallasta kaikilta uusilta potilailta. Eli velvollisuudentunne ja ohjeiden noudattaminen saavat minut ottamaan asian esille. Tämä ei kuitenkaan toteudu kuin sattumanvaraisesti, sillä se ei ole jotenkin juurtunut käytäntöön tai en ole osannut ottaa sitä tavaksi. Asia siis jotenkin unohtuu usein muiden asioiden viedessä tilaa, enkä tule edes ajatelleeksi kysyä lähisuhdeväkivallasta.” (Kertomus 1.)

Toisessa kertomuksessa asiaa kuvataan seuraavasti:

”Mikäli keskustelun aikana tulee vaikutelma, että kysymys on jollain tavalla relevantti, kysyn asiaa. Tuntuu vieraalta kysyä asiaa, jos siihen ei ole mitään viitteitä ja perusteita suhteessa käsiteltäviin asioihin ja potilaan vointiin/tilanteeseen. Toisaalta asiaa olisi hyvä kartoittaa, vaikka siihen ei olisi mitään viitteitä.” (Kertomus 8.)

Kertomuksissa korostuu se, ettei väkivallasta kysytä systemaattisesti tai rutiininomaisesti sekä se, että kysyminen tuntuu vaikealta. Kirjoittaja kuitenkin itse toteaa, että asiasta olisi hyvä kysyä, vaikkei viitteitä väkivallasta olisikaan.

Toinen joka toisessa kertomuksessa esiintyvä väkivallan puheeksi ottamista estävä tekijä, on se, ettei asian katsota liittyvän tapaamisen tarkoitukseen. Tätä perustellaan kolmella tavalla. Ensimmäinen perustelu on, että tapaamisen aihe ei liity perhe-tilanteeseen tai sosiaalisen tilanteen kartoitukseen. Sen sijaan aiheena voi olla esimerkiksi ammatillinen kuntoutus, taloudellisen tilanteen selvittely tai muu rajatuksi koettu aihe, johon väkivalta-aihe ei liity. Toinen perustelu on tapaamiseen varatun ajan rajallisuus. Varsinainen, mahdollisesti akuutti, aihe tulee saada käsiteltyä varatun ajan puitteissa, eikä etukäteen sovittu aiheen ulkopuolisten asioiden nostaminen keskusteluun ole siten mahdollista. Kysyminen saatetaan tarkoituksella jättää toiseen tapaamiseen myös siksi, että potilaan tapaaminen ensin muissa aiheissa rakentaa luotta-

mussuhdetta. Se, ettei lähisuhdeväkivallasta kysytä ensimmäisellä tapaamisella ei siten tarkoita sitä, etteikö aihetta voisi ottaa esiin myöhemmillä tapaamisilla silloin, kun kysyminen liittyy luontevasti tapaamisen aiheeseen. Tätä kuvataan esimerkiksi näin:

”Jos asia ei liity mitenkään tapaamiseen tai emme ole vielä käsitelleet perhesuhteita ja on akuutteja muita asioita hoidettavana ensin. Tästä olisi kuitenkin jossain kohtaa työskenteleä hyvä kysyä.” (Kertomus 3.)

”Mikäli tiedän tapaavani potilasta useampaan otteeseen, saatan lähestyä teemaa hiljalleen ja potilaan ehdoilla, sillä tiedän teemaan liittyvän paljon häpeän ja syyllisyyden tunteita, joiden puheeksi ottamiseen tuntemattoman kanssa voi olla korkeampi kynnyks. ... lähisuhdeväkivallasta tuntuu loogisemmalta kysyä samalla kun keskustellaan potilaan ihmissuhteista ja hyvinvoinnista.” (Kertomus 13.)

Käytettävissä olevan ajan rajallisuuden lisäksi liiallinen työmäärä mainitaan syyksi siihen, ettei väkivallasta kysytä systemaattisesti. Tähän liittyy näkökulma, että mikäli asia otetaan puheeksi, tulee olla resursseja vastata siihen, mitä potilas kertoo. Aikaa tulisi olla esimerkiksi turvasuunnitelman tekemiseen. Kolmessa kertomuksessa kysymättä jättämistä perustellaan sillä, että aihe voi kuormittaa potilasta liikaa.

Väkivallasta ei kysytä, mikäli mukana tapaamisessa on toinen henkilö, kuten puoliso tai muu mahdollinen väkivallan tekijä. Yksittäisissä kertomuksissa on nostettu esiin se, että väkivallasta ei kysytä etävastaanotolla, koska tekijä saattaa olla kuu- lolla. Samoin kirjauksiin on syytä kiinnittää erityistä tarkkuutta, sillä esimerkiksi puoliso saattaa olla pääsy potilaan pankkitunnuksiin ja sitä kautta terveydenhuollon kirjauksiin. Potilaiden turvallisuus otetaan siis huomioon ja mikäli sen katsotaan vaarantuvan, ei väkivalta-aihetta oteta esille.

Kiinnostavaa on, että ainoastaan yhdessä kertomuksessa potilas on itse väkivallan tekijä. Tässä kertomuksessa nostettiin esiin potilaan huono psyykinen vointi ja käyttäytyminen kotioloissa, jossa lapset ovat kohdanneet henkistä väkivaltaa ja kaltoinkohtelua potilaan taholta. Samoin yhdessä kertomuksessa mainitaan potilaan lapsuudessa tämän vanhempien välillä tapahtunut väkivalta ja sen vaikutukset potilaan myöhempään elämään ja ihmissuhteisiin.

Saatujen tulosten perusteella tekijät, jotka estävät väkivallan puheeksi ottamista, voidaan jakaa neljään luokkaan (Kuvio 3). Yleisimpiä syitä olla ottamatta väkivalta puheeksi ovat se, että työntekijä arvioi puheeksi ottamisen tarpeettomaksi eli olettaa, että potilas ei koe tai ole kokenut lähisuhdeväkivaltaa. Toinen merkittävä tekijä on näkemys, ettei väkivalta-aihe liity juuri kyseiseen tapaamiseen tai siihen ei ole kyseisellä tapaamisella aikaa. Joskus kysyminen jätetään tarkoituksella myöhemmälle tapaamiselle. Väkivallan puheeksi ottamista voi estää myös se, että aiheen esille ottamisen ei katsota olevan potilaan edun mukaista. Syynä voi olla se, että kysymisen ajatellaan kuormittavan potilasta liikaa tai sen ajatellaan vaarantavan potilaan turvallisuuden.



KUVIO 3 Tekijät, jotka estävät väkivallan puheeksi ottamista

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkielmassa olen tarkastellut väkivallan puheeksi ottamista sekä ottamatta jättämistä psykiatrian sosiaalityössä sekä tapoja, joilla puheeksi ottaminen tehdään. Tässä luvussa vertaan saatuja tuloksia muuhun aiheesta tehtyyn tutkimukseen sekä tuon esiin omia pohdintojani tutkielman tuloksista.

Johtopäätöksiä tehtäessä on hyvä huomioida, ettei eläytymismenetelmällä voida saada tarkkaa tietoa siitä, miten osallistujat tilanteessa käyttäytyisivät. Sen avulla voidaan kuitenkin tarkastella sitä, miten he voisivat käsittää ilmiön tai mitä saattaisi tapahtua. (Wallin n.d.; ks. luku 4.1.) Tutkielmassa esiintyvä otos ei myöskään edusta koko HUSin Psykiatrian sosiaalityötä. Osallistujien määrä on vain hieman alle neljäsosa koko aikuisten parissa työskentelevien työyksikön koosta. Samoin on huomiotava, että tutkielma on luonteeltaan laadullinen, eikä siitä siten voida tehdä yleistettäviä johtopäätöksiä. Toisaalta on kuitenkin todettava, että tutkielmassa esiintyy samankaltaisia tuloksia kuin aiemmissa väkivallan puheeksi ottamista käsittelevissä tutkimuksissa.

6.1 Kysymisen rutiini

Saatujen tulosten perusteella tekijä, joka saa varmimmin ottamaan väkivallan puheeksi, on rutiini kysyä asiasta säännönmukaisesti. Tähän rutiiniin liittyy ajatus, että väkivallasta kysyminen kuuluu työtehtäviin. Tällainen näkemys vastaa Virkin ym. (2011, 285–286) esittämää terveyden edistämisen kehystä niiltä osin, että väkivaltaan puuttuminen käsitetään tärkeänä erikoissairaanhoidon työntekijän tehtäviin kuuluvana asiana. Kysyminen nähdään oleellisena henkilön kokonaisterveyden ja elämäntilanteen kannalta. Tämä tekijä asettuu myös Virkin ym. (2011, 286–287) oikeutetun puuttumisen kehukseen, sillä väkivallasta kysymisen nähdään kuuluvan rutiineihin ja siten olevan luonnollinen osa työn arkipäivää. Joissakin kertomuksissa terveyden

edistämisen ja oikeutetun puuttumisen kehykset menevät osittain limittäin; yhtäältä väkivaltaan puuttuminen nähdään kaikkien erikoissairaanhoidossa työskentelevien tehtävänä, toisaalta kirjoittaja on muodostanut kysymisestä itselleen rutiinin, jolla oikeuttaa kysymisen. (ks. Virkki ym. 2011, 286.)

On tärkeää huomata, että kertomuksissa olivat vähemmistössä ne, joiden mukaan väkivallasta kysyminen kuuluu rutiineihin ja on normaali käytäntö. Piipon (2022) mukaan työntekijä on aina työskentelyorganisaationsa edustaja myös kohdatessaan väkivaltaa. Näin ollen organisaation tasolla määritellyt toimintatavat ja käytännöt määrittävät hänen toimintaansa. (Emt., 116.) Virkin ym. (2011, 2080) tutkimuksessa todetaan lähisuhdeväkivallan tunnistamisen olevan vaikeaa, mikäli käytössä ei ole kyselyä, joka toteutetaan järjestelmällisesti. He lisäävät, että organisaation linjausten ja ohjeiden helpottavan ja yksinkertaistavan toimimista käytännön tilanteissa. (Emt., 286.) Mikäli väkivalta jää toistuvasti tunnistamatta vaikuttaa tämä organisaatiotasolla käytäntöihin ja ohjeisiin. Kyseessä voi siten olla kierre, jossa väkivaltaa ei ole tunnistettu riittävästi organisaatiotasolla ja siksi siihen liittyen ei ole annettu ohjeita. Tämä puolestaan voi aiheuttaa sen, etteivät työntekijät ota väkivaltaa puheeksi, koska siihen ei ole ohjeita. Näin merkittävä osa väkivaltaa kokeneista voi jäädä tunnistamatta, eikä organisaatiotasolla muodostu tietoa väkivaltaa kokeneiden todellisesta määrästä. Vaikka lähisuhdeväkivalta ilmiönä on tunnistettu sukupuolittuneeksi kysymykseksi, ihmisoikeusloukkaukseksi ja viheliäiseksi sosiaalisesti ongelmaksi, ovat tehokkaat interventiot yhä puutteellisia. (Husso ym. 2021.) Tieto ja ymmärrys väkivaltailmiöstä on siis lisääntynyt, mutta yhteiskunnallinen muutos kohti tehokasta puuttumista on vielä kesken. Lähisuhdeväkivallan pitkä historia on olemassa ja vaikuttamassa päätöksiin myös organisaatiotasolla.

Aiemman tutkimuksen perusteella voidaan siis todeta, että mikäli väkivallan kokemuksista kysymistä halutaan organisaatiossa lisätä ja muodostaa siitä rutiininomainen tapa, on hyödyllistä lisätä annettua ohjeistusta ja tukimateriaalia. Tämän voidaan katsoa olevan linjassa Istanbulin sopimuksen toimeenpanosuunnitelman kanssa, jossa tavoitteena on kehittää päihde- ja mielenterveyspalveluissa väkivallan kohteeksi joutumisen tunnistamista sekä riittäviä ohjeita naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisemiseen, tunnistamiseen sekä tehokkaaseen puuttumiseen. (Riski & Viuhko 2022, 7, 24, 28.) Seulonnanomaisesti tehty rutiinikysymys saattaa toimia jo sinällään merkittävänä mini-interventiona sellaisille potilaille, jotka eivät ole vielä valmiita kertomaan kokemastaan väkivallasta (Kero ym. 2019, 1885).

Tiedon lisääminen väkivalta-aiheesta ei kuitenkaan automaattisesti tarkoita aiempien työkäytäntöjen muutosta. Jotta saatu tieto siirtyy käytäntöön, tarvitaan selkeät toimintamallit, ohjeet sekä organisaation tuki. (Piippo 2022, 127.) Välttämättä kuitenkin tämäkään ei riitä. Ruotsissa sosiaalityöntekijöiden parissa tehdyssä tutkimuk-

sessä vain 43 prosenttia vastaajista kertoi noudattavansa työyhteisönsä ohjeita lähisuhdeväkivallasta kysymisessä. Viidesosa vastaajista kertoi, että heidän työyksikössään on ohjeet lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen, mutta he eivät pitäneet niitä merkittävinä oman työnsä kannalta. (Lundberg & Bergmark 2018, 196.) Onkin siis varsin haastava kysymys, miten ohjeet ja käytännöt saadaan juurrutettua työyhteisön käytänteisiin. Ajattelen tämän liittyvän osaltaan myös Piipon (2022, 122-124) mainitsemaan tiedolliseen toimijuuteen.

6.2 Intuitio tai havainto kysyminen perusteena

Tulosten perusteella väkivalta otetaan puheeksi, mikäli työntekijällä herää intuitio siitä, että asia tulisi nostaa esiin. Väkivallasta kysytään myös silloin, kun potilaan kertomassa tai olemuksessa on jokin konkreettinen seikka, joka kiinnittää työntekijän huomion. Yhtä aikaa näiden tekijöiden kanssa on hyvä tarkastella tulosta, jonka mukaan suurin syy sille, että väkivaltaa ei oteta puheeksi, on työntekijän oletus, ettei kysyminen ole tarpeellista. Ei väkivaltaa -oletus oli aineistona olevissa kertomuksissa yleisimmin esiintyvä syy sille, että väkivallasta ei kysytä. Tämä perustelu toistui puolessa kertomuksista. Sama näkyi Lundbergin ja Bergmarkin (2018, 196) tutkimuksessa, jossa yli puolet vastaajista kertoi kysyvänsä lähisuhdeväkivallasta vain, jos siihen oli jokin erityinen syy. Väkivallasta ei kysytty, mikäli siitä ei nähty merkkejä tai tapaaminen ei liittynyt siihen. (Emt.)

Tämä tulos vastaa aiempia tutkimustuloksia siitä, että terveydenhuollon työntekijät eivät ota väkivaltaa useinkaan oma-aloitteisesti puheeksi, vaikka vastuuta väkivallan tunnistamisesta on ohjattu näihin organisaatioihin (esim. Krug ym. 2002, 106; Heiskanen & Piispa 2005, 144; Husso ym. 2021; Holma, Siltala ja Laitila 2022). Tässä tutkielmassa saaduista vastauksista ei ole mahdollista saada selville, kuinka usein intuitio herää ja kysyminen tosiasiallisesti tapahtuu. Lundbergin ja Bergmarkin (2018, 196) tutkimuksen mukaan vastaajat, jotka kysyivät aina tai usein lähisuhdeväkivallasta myös törmäsivät lähisuhdeväkivaltatapauksiin merkittävästi useammin. Tässä yhteydessä voidaan pohtia, millaiset käytännön ohjeet näillä työntekijöillä on ollut, ja mikä on saanut heidät ottamaan väkivallan puheeksi muita useammin. Virkin ym. (2011) käytännöllinen kehys perustelee lähisuhdeväkivaltaan puuttumattomuutta toimivien käytäntöjen puutteella. Tällaista perustelua ei ole suoraan sanoitettu tämän tutkielman aineistossa. Kuitenkin jos väkivallasta kysyminen jää työntekijän intuition tai arvion varaan, on melko ilmeistä, ettei kysymiseen ole selkeitä käytäntöjä tai ruutiineja.

Ei väkivaltaa -oletus saa pohtimaan sitä, miten vahvasti intuition tai merkkien havaitsemiseen luotetaan. Husson ym. (2021) tutkimuksessa työntekijät totesivat, ettei

väkivaltaa kokeneen tunnistaminen ilman suoraa kysymistä ollut niin helppoa kuin he olivat kuvitelleet. Virkki ym. (2011, 281) viittaavat Perttuun (1998), jonka mukaan terveydenhuollossa työskentelevät eivät useinkaan tunnista väkivallan aiheuttamia seurauksia ja traumoja. Husso ym. (2021) nostavat myös esiin huolen siitä, ettei passiivista käytöstä tunnisteta väkivaltakokemuksista johtuvaksi. Holman, Siltalan ja Laitilan (2022) mukaan terveys- ja sosiaalipalveluiden työntekijät eivät riittävästi tunnista lähisuhdeväkivallan merkkejä. Toisaalta tiedetään, että väkivaltaan liittyy pelkoa ja häpeää. Tästä syystä lähisuhdeväkivallan kokijat eivät useinkaan ota väkivaltaa puheeksi ja jopa piilottelevat sitä. (Emt.) Voidaankin pohtia, johtuuko se, että työntekijä arvioi, ettei väkivallasta ole tarvetta kysyä siitä, että väkivaltaa kokeneita ohjautuu tapaamisiin harvoin vai siitä, että lähisuhdeväkivallan kokijat piilottelet asiaa taitavasti, eivätkä nosta asiaa itse esiin. Tilastojen valossa ensimmäinen vaihtoehto vaikuttaa melko epätodennäköiseltä. (Esim. Heiskanen & Ruuskanen, 2010; Piispa, 2006; Holma, Siltala & Laitila 2022; Lähisuhdeväkivalta 2019; Notko ym. 2011.) On kuitenkin otettava huomioon, että tässä on varmasti merkittäviä työntekijäkohtaisia eroja, jotka perustuvat muun muassa kokemukseen väkivallan kohtaamisessa.

Ei väkivaltaa -oletus perusteena sille, ettei väkivaltaa oteta puheeksi, saa pohtimaan väkivaltatyön vähäistä osuutta sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksissa. Tämän ovat nostaneet esiin myös esimerkiksi Notko ja Husso (2019, 86–87) sekä Piippo ym. (2019, 150). Erityisesti Piippo ym. (2019, 168, 177) toteavat väkivallan kokijan kohtaamiseen liittyvän ammatillisen kompetenssin ja valmiuksien kehittyvän samalla, kun tieto ilmiöstä lisääntyy. Lisääntyneen tiedon havaittiin vaikuttavan myös asentisiin väkivaltailmiöitä kohtaan. (Emt.) Kun tieto väkivallan yleisyydestä sekä väkivallan heikosta tunnistamisesta yhdistetään, on perusteltua pohtia, onko intuitioon perustuva ja ammatillisella kokemuksella perusteltu kysyminen riittävä menetelmä väkivallan kattavaan tunnistamiseen. Esimerkiksi Husson ym. (2021) tutkimuksessa työntekijät totesivat, ettei väkivaltaa kokeneen tunnistaminen ilman suoraa kysymistä ollut niin helppoa kuin he olivat kuvitelleet. Lisäksi millä tavoin tällainen menetelmä vastaa Holman ym. (2022) suositukseen, että sosiaali- ja terveystalveluiden työntekijöiden ja erityisesti väkivallan riskiryhmiin kuuluvien kanssa työskentelevien tulisi kysyä lähisuhdeväkivallasta nykyistä kattavammin.

Ei väkivaltaa -oletus saa miettimään väkivallan pitkiä historiallisia juuria sekä niiden vaikutusta vallitsevaan väkivaltakulttuuriin ja -ilmiöön (vrt. esim. Lidman 2015; Husso 2003). Ajattelen, että itse työntekijänä myös minun tulisi kriittisesti tarkastella sitä, miten vallitseva väkivaltakulttuuri ja ilmiön historia mahdollisesti vaikuttavat omaan kykyyni havaita ja ottaa puheeksi väkivaltaa. Oman työkokemukseni kautta huomaan, että minun on vaikea tunnistaa ei väkivaltaa -oletusta. Tunnistan kuitenkin, että väkivallasta kysymiseen liittyy pieni, mutta olemassa oleva, kynnyks. Tämä kynnyks voi näkyä esimerkiksi siten, että työntekijänä kokee tarvetta perustella,

miksi aiheesta kysytään tai aihe tuntuu hankalalta. Uskon, että toistamalla kysymistä riittävän usein, kynnyksensä paitsi muuttuu matalammaksi, myös tieto ilmiön yleisyydestä leviää edelleen potilaille. Toisin sanoen vain kysymällä kysyminen normalisoituu.

Mikäli väkivallasta ei kysytä se jää paitsi tunnistamatta, mutta myös dokumentoimatta. Näin ollen väkivalta jää näkymättömäksi ilmiönä sekä organisaatiomuistin näkökulmasta. (Husso ym. 2021.) Jälkikäteen ajatellen olisi ollut kiinnostavaa kerätä osallistujilta taustatietoa siitä, millaista väkivalta-aiheista koulutusta he ovat saaneet tai onko heillä aiheesta muuta kokemusta. Tämän taustatiedon avulla olisi ollut mahdollista tarkastella sitä, miten saatu koulutus tai kokemus väkivallan kohtaamisesta vaikuttaa väkivallan puheeksi ottamiseen.

6.3 Väkivalta ei liity tapaamiseen

Toiseksi yleisimpänä tekijänä sille, ettei väkivaltaa oteta puheeksi, nousi perustelu, ettei asian ei katsota liittyvän tapaamisen tarkoitukseen. Tämä toistui puolessa kertomuksista. Tunnistan myös itse oman työkokemukseni perusteella hyvin tämän perustelun. Tätä tulosta voidaan tarkastella monella tapaa. Voidaan ajatella, että ammattilainen on arvioinut, että kyseinen tapaaminen ei ole oikea hetki asiaan puheeksi ottamiselle. Syynä tähän voi olla esimerkiksi tarkoituksellinen luottamuksen rakentaminen tai tieto siitä, että esimerkiksi perhesuhteita käsitellään eri tapaamisella. Esimerkiksi Piipon (2022, 129–130) tutkimuksen mukaan sosiaalityöntekijät sekä Suomessa että Intiassa pitivät harkinnan mahdollisuutta virallisten ohjeiden rinnalla merkittävänä. Tämän näkökulman mukaan ammattilainen voi oman professionaalisen osaamisen myötä käyttää yksilöllistä harkintaa siinä, miten ohjeita muokataan sopivaksi omaan työhön. Valmiiden työprosessien pelättiin jättävän huomiotta moniulotteisuuden, joka jokaisessa yksilöllisessä kohtaamisessa on. (Emt.) Tämä perustelu ei siis välttämättä tarkoita sitä, ettei väkivaltaa otettaisi puheeksi olleenkaan, vaan ainoastaan sitä, ettei sitä oteta puheeksi kyseisessä tapaamisessa. Toisaalta mikäli kysyminen jää odottamaan sopivaa tapaamista, onko tällöin riski, että se jää kokonaan tekemättä? Entä jos kyseessä on ainoa tapaaminen ja työntekijä arvioi, ettei väkivallasta kysyminen liity tapaamiseen aiheisiin. Kenen tehtäväksi ja milloin jää tällaisissa tilanteissa mahdollisista väkivallan kokemuksista kysyminen?

Sitä, ettei väkivallasta kysymisen katsota liittyvän tapaamiseen, voidaan tarkastella Virkin ym. (2011, 283) medikaalisen kehyksen rinnalla. Medikaalisessa kehyksessä väkivaltaan puuttumattomuutta perustellaan sillä, ettei kyseessä ole lääketieteellinen ongelma tai kyseisen yksikön ongelma. Tässä näkökulmassa ei ole kyse lääketieteellisestä näkemyksestä, kuten alkuperäisessä kehyksessä, mutta samankaltaista

rajanvetoa voidaan tulkita olevan siinä, että väkivaltaan puuttuminen nähdään työnkuvan tai tapaamisen syyn ulkopuolisena toimintana. (vrt. Emt.) Myös medikaalisessa kehyksessä yhtenä perusteena on työtehtävien rajaaminen selkeästi hallittaviin kokonaisuuksiin. Käytännöllisen kehyksen kautta nähtävissä ovat käytettävissä olevan ajan ja resurssin haasteet. (Emt.) Oleellisimmaksi tekijäksi näyttääkin nousevan se, jättääkö työntekijä kysymisen toiselle tapaamiselle tietoisesti ja ammattitaitoonsa perustuvaa harkintaansa käyttäen vai ohitetaanko kysyminen tilanteeseen sopimattomana tai ajanpuutteen vuoksi kokonaan. Piipon (2002, 127-130) mainitsema proseduaalinen toimijuus on myös huomioitava tässä yhteydessä. Kertomuksissa ei ollut havaittavissa näkökulmaa, että väkivaltaan puuttuminen olisi täysin omasta työprosessista irrallinen asia.

6.4 Turvallisuus ja kuormitus

Saatujen tulosten perusteella yhtenä esteenä sille, ettei väkivaltaa oteta puheeksi, oli huoli potilaan turvallisuudesta. Syynä voi olla se, että tapaamisessa on mukana toinen henkilö, joka voi olla mahdollinen väkivallan tekijä. Tapaamisen tapahtuessa etäyhteydellä ei voida varmistua siitä, ettei joku muu ole paikalla kuulemassa keskustelua. Kirjauksissakin potilasturvallisuus on syytä ottaa huomioon. Tämä nostetaan esiin myös ohjeissa väkivallasta kysymiseen (esim. STM n.d.; THL n.d.b.)

Aineistossa väkivallan puheeksi ottamista estävänä tekijänä mainittiin myös potilaan kuormittuminen tai se, ettei traumaattiseen asiaan ole välttämättä syytä puuttua. Irlannissa tehdyssä tutkimuksessa haastateltiin mielenterveyden akuuttipalveluissa työskenteleviä henkilöitä väkivallan puheeksi ottamisesta. Tulosten mukaan vastaajilla oli erilaisia vaikeuksia liittyen lähisuhdeväkivallan puheeksi ottamiseen. Kysymistä pidettiin paitsi epäsopivana tai tunteettomana, mutta myös tässä tutkimuksessa esiin nostettiin huoli asiakkaan voinnista ja siitä, ettei hänelle aiheuteta lisää stressiä. (Donnelly & Holt 2020, 485–486.) Näiltä osin saaduissa tuloksissa esiintyy samankaltaisuutta.

Virkin ym. (2011, 285) psykologiseen kehyksen mukaan väkivaltaan puuttumista estää se, että vaikeisiin asioihin sekaantumisen pelätään traumatisoivan potilasta uudelleen. Työntekijällä voi olla huoli siitä, ettei hän voi hallita prosessia, joka kysymisestä saattaa käynnistyä. Näin ollen työntekijä voi pelätä aiheuttavansa kysymällä enemmän haittaa kuin hyötyä. Tämän myötä väkivalta tulee herkästi ohitettua. (Emt.) Esimerkiksi Piippo ym. (2019, 174–175) puhuvat siitä, että vaikka asiakas olisi kin traumatisoitunut, ei kaikki hänen kanssaan tehtävä työ vaadi terapiaosaamista. Sen sijaan väkivaltatyön tekeminen ilman terapeuttista otetta on mahdollista ja toi-

saalta terapeutinen työ ei aina ole väkivaltatyötä. Nämä kuitenkin sekoittuvat herkästi, joka johtaa siihen, ettei väkivaltaan uskalleta puuttua. (Emt.) Tutkimusten mukaan lähisuhdeväkivaltaa kokeneet pääsääntöisesti kuitenkin suhtautuvat myönteisesti siihen, että asiasta kysytään (Holma ym. 2022).

Virkki ym. (2011, 288) nostavat psykologisen kehyksen haastajaksi terveyden edistämisen kehyksen, joka ohjaa suhteuttamaan uudelleentraumatisoitumisen riskiä potilaan kokonaisyhyvintoihin. Samoin prosessin käynnistämisen kehys korostaa eettistä velvollisuutta puuttua väkivaltaan, vaikka riskinä olisikin potilaan uudelleen traumatisoituminen. Prosessin käynnistämisen näkökulmasta jokainen työntekijä on vastuussa väkivaltaan puuttumisesta, mutta kenenkään ei edellytetä olevan yksin vastuussa koko prosessista. Oikeutetun puuttumisen kehys puolestaan korostaa tekijöitä, jotka tukevat väkivaltaan puuttumisen rutiininomaisuutta. (Emt.)

Yhteenvedona voidaan todeta uudelleen traumatisoitumisen riskin perusteluna sille, ettei väkivaltaa oteta puheeksi, esiintyneen myös aiemmissa tutkimuksissa (esim. Piippo 2019; Donnelly & Holt 2020; Virkki ym. 2011). Nämä tutkimukset (emt.) kuitenkin haastavat vahvasti tämänkaltaisen ajattelun. Väkivaltaa ei tulisi jättää ottamatta puheeksi siksi, että pelkää trauman uusiutuvan kysymisen myötä. Tämä on tärkeää ottaa huomioon erityisesti silloin, mikäli väkivallalle altistuminen on jatkuvaa. Väkivaltaan liittyvän koulutus voi antaa työntekijöille välineitä käsitellä ja ymmärtää puheeksi ottamisen hyötyjen ja haittojen suhdetta.

Toisaalta on otettava huomioon konteksti, jossa osallistujat työskentelevät, vaikkei yksikään heistä sitä tässä yhteydessä maininnutkaan perusteena. Esimerkiksi psykiatrisella osastolla tehtävässä terveyssoiaalityössä kohdattava potilas saattaa olla psykoottinen tai oireilla vakavasti muilla tavoin. Tällöin on tarkasti arvioitava, milloin potilas kykenee ja jaksaa käsitellä mitään aiheita. Näin ollen kysymys potilaan kuormittamisesta juuri kyseisellä hetkellä voi olla hyvinkin relevantti. Voidaan myös ajatella, että potilas on osastolla ollessaan todennäköisesti ainakin jossain määrin turvassa väkivallan tekijältä, jolloin väkivallasta kysymisen ajankohtaa on mahdollista harkita. Avohoidon puolella työskennellessä tilanne on tältä osin jossain määrin erilainen, mutta yhtäläillä oikeaa hetkeä asiasta kysymiseen saattaa joutua arvioimaan.

6.5 Pohdinta

Hypoteesini oli, että tässä tutkielmassa todennäköisesti nousee esiin samankaltaisia jäsennyksiä kuin Virkin ym. (2011) ja Piipon (2022) tutkimuksissa. Jonkin verran yhtäläisyyksiä olikin havaittavissa, mutta lopulta vähemmän kuin olin odottanut. Olin

yllättänyt siitä, kuinka vahvasti kertomuksissa toistui näkemys intuitiosta ja konkreettisiin havaintoihin perustuvasta kysymisestä. En missään tapauksessa väheksy ammattilaisten intuition merkitystä ja toisaalta tunnistan intuition luottamisen myös oman työkokemukseni kautta. Tässä yhteydessä kuitenkin on syytä ottaa huomioon psykiatrian sosiaalityön kehys ja tunnistaa väkivaltakokemusten yleisyys mielenterveyspotilaiden keskuudessa. Tästä syystä en voi olla pohtimatta, mitä voi jäädä havaitsematta, mikäli intuition luotetaan liikaa. Merkillepantavaa on se, ettei yksikään kirjoittajista mainitse käyttävänsä kysymisessä tukena mitään materiaalia, kuten Ota väkivalta puheeksi -muistilistaa (STM n.d.) tai Lähisuhdeväkivallan suodatin ja kartoituslomaketta (THL n.d.a) huolimatta siitä, että jälkimmäistä pilotoitiin HUS psykiatrian sosiaalityössä vuonna 2022 ja se on ollut senkin jälkeen jonkin verran esillä työyksikössä.

Kaikkiaan olin kuitenkin vaikuttunut siitä, miten monin tavoin kertomuksissa kävi ilmi vahva terveysosiaalityön ammatillisuus. Kun lähisuhdeväkivalta oli päätetty ottaa puheeksi, se tehtiin kertomusten perusteella potilasta arvostaen ja tavalla, joka arvioitiin tilanteeseen sopivaksi. Huomioitavaa on, ettei individualistinen kehys (Virkki ym. 2011, 283-284) tai historiallisessa kontekstissa esiintynyt "vaikean avioliiton" -käsitteen (vrt. Häggman 1994, 137) kaltainen näkemys eivät näyttäyty tämän tutkielman aineistossa. Tästä voidaan päätellä, etteivät osallistujat todennäköisesti ajattele väkivaltaa yksilön ongelmana tai perheen sisäisenä asiana, johon ei tästä syystä tulisi puuttua. Myöskään Piipon (2022, 124-127) mainitsema eroja huomioiva toimijuus tai potilaan tilanteen kulttuuristaminen eivät näyttäyty lainkaan kertomuksissa. Aineistosta ei kuitenkaan voida päätellä, tunnistetaanko lähisuhdeväkivalta yhteiskunnallisena ongelmana vai käsitelläänkö sitä etupäässä yksilön kautta. Toisaalta useissa kertomuksissa esiintyvä ei väkivaltaa -oletus kertoo osaltaan ilmiön piilossa olevasta luonteesta yhteiskunnan tasolla.

Pidän tärkeänä, että väkivalta ilmiönä tunnistettiin kertomuksissa hyvin ja sen eri muotoja mainittiin. Samaan aikaan kuitenkin käy ilmi, ettei väkivallasta välttämättä kysytä, mikäli merkkejä tai viitteitä siitä ei ole nähtävillä. Mielestäni nämä tulokset ovat jossain määrin ristiriidassa keskenään. Onko siis niin, että alitajuisesti kuitenkin väkivallan kohteeksi joutumisen ajatellaan näkyvän päälle päin?

On kiinnostavaa, että kertomuksissa tarkasteltiin potilasta pääsääntöisesti väkivallan kokijana, ei väkivallan tekijänä. Vähäiseksi jäi myös muiden kuin potilaan kokeman väkivallan huomioiminen. Tätä ei toki suoranaisesti kysytty, mutta avoin kehyskertomus olisi antanut mahdollisuuden tällaisille tarinankuluille.

Kehyskertomukseen valitsemani sanamuodot "päättät kysyä" tai "päättät, ettet kysy" vaativat kriittistä tarkastelua niiltä osin, että onko kyseessä aina välttämättä tietoinen ja tiedostettu päätös. Vai onko kyseessä enemmänkin intuition johdattama keskustelu, jossa aihe ei tule edes mieleen. Toisaalta kertomusten perusteella väkivallasta

kysymistä on pääsääntöisesti pohdittu ja arvoitu se joko tarpeelliseksi tai tarpeettomaksi. Näin ollen voidaan katsoa, että asian suhteen on tehty päätös.

Jäin pohtimaan yksittäistä mainintaa, että väkivallasta ei kysytä, mikäli joku toinen ammattihenkilö on jo kysynyt ja potilas on vastannut kieltävästi. Mielestäni tämä näkemys kaipaa haastamista. Väkivallan kokija ei välttämättä ole vielä ensimmäisellä, tai toisellakaan, kerralla valmis kertomaan kokemastaan ja voi piilotella asiaa. Traumatisoituneen henkilön voi olla vaikeaa ottaa apua vastaan, jos esimerkiksi avun pyytämisestä on aiemmin seurannut jotain negatiivista tai siitä ei ole ollut hyötyä. Voi myös olla, että koetun sanoittaminen tuntuu mahdottomalta tehtävältä. (Hipp 2023, 22.) Kysyminen voi silti vahvistaa hänen käsitystään siitä, että hänen kokemansa on väärin. Näin puheeksi ottaminen voi toimia mini-interventiona, joka valmistaa väkivallan kokijaa kertomaan asiasta. (vrt. esim. Kero ym. 2019, 1885.)

Jatkotutkimusaiheena olisi mielestäni kiinnostavaa selvittää, miten asiakkaan prosessi etenee väkivallan puheeksi ottamisen jälkeen, millaisia moniammatillisia yhteistyöprosesseja käytetään ja millaista yhteistyö muiden toimijoiden kanssa on. Asiakkaan kohtaamisen ja trauma-informoidun työotteen käytön tarkastelu tässä kontekstissa olisi myös mielenkiintoista. Samoin sen selvittäminen, miten väkivallan kirjaaminen, ja sitä kautta ilmiön näkyväksi tuleminen, terveyssozialityössä tapahtuu. Tämä liittyy olennaisesti myös Sosiaalihuoltolain (2014/1301, 7 §) vaatimukseen välittää tietoa ja asiantuntemusta sekä siten edistää terveyttä ja hyvinvointia. On tärkeää muistaa, että työntekijän kohdatessa lähisuhdeväkivaltaa kohdanneen asiakkaan, hän kohtaa aina paitsi asiakkaan myös väkivaltailmiön (Piippo 2022, 141).

Lopuksi haluan lausua kiitokseni kaikille osallistujille, jotka antoivat arvokasta aikaansa vastaamalla kirjoituspyyntöni. Samoin haluan kiittää kaikkia, jotka ovat kommentoineet tutkielmaa matkan varrella ja nostaneet esiin erilaisia näkökulmia. Erityisesti haluan kiittää HUS Psykiatrian kehittäjäsozialityöntekijä Essi Rovamoja ja johtavaa sosialityöntekijää Katariina Bärlundia osuvista kommenteista ja terävistä huomioista sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Väkivallan vastaisen työn osaa-miskeskittymän erikoistutkija Johanna Hietamäkeä kipinästä aiheeseen sekä hyvistä vinkeistä. Uskon, että väkivallasta kysymisen suhteen on tärkeää, että terveyssozialityön ammattilaisilla on mahdollisuus arvioida, milloin on oikea hetki aiheen esille ottamiselle. Tästä huolimatta näen, että koulutus, selkeät rakenteet, linjaukset ja ohjeet organisaation tasolta kysymisen rutiiniin tukemiseksi todennäköisesti lisäävät väkivallan puheeksi ottamista. Puhumalla ja kysymällä väkivallasta päästään kohti lähisuhdeväkivaltaa kokeneiden parempaa tunnistamista. Tämän myötä heidän on mahdollista saada tarvitsemaansa tukea ja ohjausta.

LÄHTEET

- Bildjuschkin, K., Ewalds, H., Hietamäki, J., Kettunen, H., Koivula, T., Mäkelä, J., Nipuli, S., October, M., Peltonen, J. & Siukola R. (2020) Väkivaltakäsitteiden sanasto. Työpaperi 1/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL): Helsinki. Viitattu 7.6.2022.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139150/URN_ISBN_978-952-343-211-6.pdf
- Calonius, M. (1946). Siviilioikeuden luennot. Suomen lakimiesyhdistyksen julkaisuja B-sarja n.21. Vammala 1946.
- Donnelly, E. & Holt, S. (2020). On the Margins: the Challenges of Identifying Domestic Violence in Mental Health Services. Findings of a Qualitative Irish Study. *Journal of Family Violence* (2021) 36:481-492.
- Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukset 2016/679.
- Ewalds, H. (2019). Esipuhe. Teoksessa E. Niklander, M. Notko & M. Husso (toim.) Lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen ja ammattilaisten koulutus sosiaali- ja terveydenhuollossa ja poliisissa. EPRAS-hankkeen arviointi. Raportti nro 13/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Frankenhaeuser, B. (2014). Terveyssosiaalityön käyttämät mahdollisuudet psykiatrian ympäristössä. Teoksessa: Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 64-72.
- Goffman, E. (1974). *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience*. Harvard University Press, Cambridge.
- GREVIO (2019). GREVIO's (Baseline) Evaluation Report on legislative and other measures giving effect to the provisions of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention) FINLAND. Viitattu 3.5.2023.
<https://rm.coe.int/grevio-report-on-finland/168097129d>
- Hackenberg, E. (2022). Trauma-informed care for injuries after intimate partner violence. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto.
- Heiskanen, M. & Piispa, M. (2005). Tulosten pohdintaa. Teoksessa: Minna Piispa, Markku Heiskanen, Juha Kääriäinen & Reino Sirén : Naisiin kohdistunut väkivalta 2005. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 225. yhsityneiden Kansakuntien yhdessä toimiva Euroopan Kriminaalipolitiikan Instituutti (HEUNI) Publication Series No. 51, Helsinki.
- Heiskanen, M. & Piispa, M. (1998). Usko, toivo, hakkaus. Kyselytutkimus miesten naisille tekemästä väkivallasta. *Tilastokeskus Oikeus* 1998:12 / Tasa-arvoasiain neuvottelukunta. Helsinki: Oy Edita Ab
- Heiskanen, M. & Ruuskanen, E. (2010). Tuhansien iskujen maa. Miesten kokema väkivalta Suomessa. Yhdistyneiden Kansakuntien yhteydessä toimiva Euroopan Kriminaalipolitiikan Instituutti (HEUNI). Julkaisusarja No. 66. Viitattu 13.2.2023.
https://heuni.fi/documents/47074104/0/HEUNI+report+66_1.pdf/e7607489-75be-31e6-9eb8-4b2bb88c9879/HEUNI+report+66_1.pdf?t=1610020624756

- Hipp, T. (2023). Trauma ja traumaatisoituminen. Teoksessa: Johanna Linner Matikka & Tiia Hipp (toim.) Trauma-informoitu työote. Jyväskylä: PS-kustannus, 15-27.
- Holma, J., Siltala, H. & Laitila, A. (2022, 23.5.2022). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilasetkaan eivät aina huomaa lähisuhdeväkivaltaa, ja siksi sen havaitsemiseen pitää panostaa. MustRead. Viitattu 1.11.2022.
<https://www.mustread.fi/artikkelit/sosiaali-ja-terveydenhuollon-ammattilaisetkaan-eivat-aina-huomaa-lahisuhdevakivaltaa-ja-siksi-sen-havaitsemiseen-pitaa-panostaa/>
- Honkonen, T., Henriksson, M., Koivisto, A.M., Stengard, E., Salokangas, R.K.R. (2004). Violent victimization in schizophrenia. *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology* 2004, Vol.39 (8), 606-612.
- Husso, M. (2003). Parisuhdeväkivalta. Lyötyjen aika ja tila. Tampere: Vastapaino.
- Husso, M., Notko, M., Virkki, T., Holma, J., Laitila, A., & Siltala, H. (2020). Domestic violence interventions in social and health care settings: Challenges of temporary projects and short-term solutions. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-22. <https://doi.org/10.1177/0886260519898438>
- Häggman, K. (1994). Perheen vuosisata : Perheen ihanne ja sivistyneistöm elämäntapa 1800-luvun Suomessa. *Historiallisia tutkimuksia* 179. Helsinki: Suomen historiallinen seura.
- Juhila, K. (n.d). Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 22.10.2022.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullisen-tutkimuksen-ominaispiirteet/>
- Kero, K., Nyqvist, L., Rautio, J. & Puuronen, A. (2019). Lähisuhdeväkivallan seulontaa tulee vahvistaa. *Lääkärilehti* 35/2019 vsk 74, 1881-1885c.
- Korpela, R. (2014). Terveys- ja sosiaalityön asiantuntijuus ja kehittäminen. Teoksessa: Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 118-141.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A. Zwi, A.B. & Lozano R. (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.
- Lastensuojelulaki 2007/417.
- Lidman, S. (2015). Väkivaltakulttuurin perintö. Sukupuoli, asenteet ja historia. Helsinki: Gaudeamus.
- Liliequist, J. (2002). Käänteinen vaimokuri – diskurssi avioliittoon kuuluvasta miehisyydestä, vallasta ja auktoriteetista Ruotsissa uskonpuhdistuksesta 1800-luvun alkuun. Teoksessa: Piia Einonen & Petri Karonen (toim.) Arjen valta : Suomalaisen yhteiskunnan patriarkalisesta järjestyksestä myöhäiskeskiajalta teollistumisen kynnykselle (v.1450-1860). *Historiallinen arkisto* 116. Helsinki: Suomen Kirjallisuuden seura, 73-99.
- Lundberg, L. & Bergmark, Å. (2018). Self-perceived competence and willingness to ask about intimate partner violence among Swedish social workers. *European Journal of Social Work* 24 (2), 189-200.
- Lähisuhdeväkivalta 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Tilastoraportti 3/2021. 5.3.2021. Viitattu 2.5.2023.

- https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/141028/L%3%a4hisuhdev%3%a4kivalta_2019..pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mackay, K. & de Mello, S. (2005). Broken Hearts, Shattered Spirits: Social Work, Domestic Violence, and Health Care. Teoksessa T. Heinonen & A. Metteri (toim.) Social Work in Health and Mental Health: Issues, Developments, and Actions. Toronto: Canadian Scholars Press, 203-220.
- Maniglio R. (2009). Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119:180-191. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2008.01300.x
- Metteri, A., Valokivi, H. & Ylinen, H. (2014). Käytännön ja tutkimuksen vuoropuhelua terveydestä ja sosiaalityöstä. Teoksessa: Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 9-15.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis* (2. painos). California: Sage.
- Mönkkönen, K. (2021). Eläytymismenetelmä. Teoksessa: Susanna Ryyänen & Anni Rannikko (toim.) *Tutkiva mielikuvitus*. Luovat, osallistuvat ja toiminnalliset tutkimusmenetelmät yhteiskuntatieteissä. Helsinki: Gaudeamus.
- Niklander, E., Peltonen, J., Notko, M. & Husso, M. (2019). Enhancing Professional Skills and Raising Awareness on Domestic Violence, Violence against Women and Shelter Services (EPRAS) -hanke. Teoksessa: E. Niklander, M. Notko & M. Husso (toim.) *Lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen ja ammattilaisten koulutus sosiaali- ja terveydenhuollossa ja poliisissa*. EPRAS-hankkeen arviointi. Raportti nro 13/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Nivuskoski, A. (6.8.2022). Suomi allekirjoitti yli kymmenen vuotta sitten naisiin kohdistuvaa väkivaltaa ehkäisevän sopimuksen, mutta ei noudata sitä vielääkään. *Helsingin sanomat*, verkkolehti.
- Notko, M., Holma, J., Husso, M., Virkki, T., Laitila, A., Merikanto, J., & Mäntysaari, M. (2011). Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa. *Lääketieteellinen aikauskirja Duodecim*, 127(15), 1599-1606.
- Notko, M. & Husso, M. (2019). Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen haasteet ja mahdollisuudet. Teoksessa: E. Niklander, M. Notko & M. Husso (toim.) *Lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen ja ammattilaisten koulutus sosiaali- ja terveydenhuollossa ja poliisissa*. EPRAS-hankkeen arviointi.
- Perttu, S. (1998). Perhe- ja lähisuhdeväkivalta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimus ammattityöntekijöiden toiminnasta ja työn kehittämistarpeista. *Daphne Initiative*. Ensi- ja turvakotien Liitto.
- Peräkylä, A. (2001). Erving Goffman – Sosiaalisen vuorovaikutuksen rakenteet. Teoksessa: Vilma Hänninen, Jukka Partanen & Oili-Helena Ylijoki (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä*. Tampere: Vastapaino, 347-364.
- Piippo, S. (2022). Lähisuhdeväkivallan kohtaamisen rakenteet, käytännöt ja toimijuus sosiaalityössä. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta.

- Piippo, S., Nyqvist, L. ja Suonio, M. (2019). Lähisuhdeväkivallasta oppimisen reflektiot sosiaalityön opiskelijoiden oppimispäiväkirjoissa. *Janus* vol. 27 (1) 2019, 164-180.
- Piispa, M., Heiskanen, M., Kääriäinen, J. & Sirén, R. (2006). Naisiin kohdistunut väkivalta 2005. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja. 225 Yhdistyneiden Kansakuntien yhteydessä toimiva Euroopan Kriminaalipolitiikan Instituutti (HEUNI). Publication Series No. 51. Viitattu 13.2.2023.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/152455/225_Piispa_Heiskanen_Kaariainen_Siren_2006.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Reinboth, Susanna (30.12.2022). Lempeät raiskaustuomioiden ovat suomalaisen omituisuus, arvostelee ex-valtakunnansyyttäjä Matti Kuusimäki Kanava-lehdessä. *Helsingin sanomat*, verkkolehti.
- Riski, T. & Viuhko, M. (2022). Istanbulin sopimuksen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2022-2025. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2022:7.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8659-6>
- Rissanen, P. (2015). Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. *Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 88/2015. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta, sosiaalitieteiden laitos. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- STM (n.d.). Ota väkivalta puheeksi -muistilista. Viitattu 10.8.2023.
https://thl.fi/documents/10542/471223/puheeksiottamisen_muistilista.pdf
- THL (2022a). Dialoginen huolen puheeksi ottaminen. Viitattu 9.9.2022.
<https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/kehittyvat-kaytannot/dialogiset-toimintavat/dialoginen-huolen-puheeksi-ottaminen>
- THL (2022b). Väkivallan puheeksi ottaminen. Viitattu 26.7.2023.
<https://thl.fi/fi/web/vakivalta/vakivaltaan-puuttuminen/vakivallan-puheeksi-ottaminen>
- THL (n.d.a). Lomakkeet väkivallan kirjaamiseen ja kartoittamiseen. Viitattu 2.8.2023.
<https://thl.fi/fi/web/vakivalta/tyon-tueksi/lomakkeet-vakivallan-kirjaamiseen-ja-kartoittamiseen>
- THL (n.d.a). Lähisuhdeväkivallasta kysyminen ja uhrin kohtaaminen. Viitattu 11.8.2023.
https://thl.fi/documents/605877/1663634/THL_uhri_A4.pdf/d6e95830-af3e-4283-ad90-1e406c85e262
- Siltala, H., Hisasue, T., Hietämäki, J., Saari, J., Laajasalo, T., October, M., Laitinen, H.-L. & Raitanen, J. (2022). Lähisuhdeväkivallasta aiheutuva palveluiden käyttö ja kustannukset: Terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluissa. *Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan jul-kaisusarja* 2022:52.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-385-2>
- Sosiaalihoitolaki 2014/1301.
- Sosnet (2003). Sosiaalityön määritelmä. Viitattu 30.10.2022.
<https://www.sosnet.fi/FI/Sosnet/Sosiaalityon-maaritelma>
- Sundman, E. (2014). Esipuhe. Teoksessa: Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 7-8.

- Tietoarkisto (n.d.). Aineistohallinnan suunnittelu. Viitattu 30.10.2002
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/aineistonhallinta/aineistonhallinnan-suunnittelu/>
- Tietosuojalaki 2018/1050.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (uud. laitos). Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2021), Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Viitattu 1.11.2022. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019.
- 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>
- Vuori, J. (n.d.). Tutkimusetiikka ihmistieteissä. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 30.10.2022.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusetiikka/tutkimusetiikka-ihmistieteissa/>
- Väänänen, T. (2021). Käsityksiä lähisuhdeväkivallan ehkäisystä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Pro Gradu. Yhteiskuntatiedien laitos. Itä-Suomen yliopisto.
- Wallin, A. (n.d.). Elätysmismenetelmä. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 23.10.2022.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/teoreettis-metodologiset-viitekehukset/elatymismenetelma/>
- WHO (2022). Violence info. Viitattu 17.10.2022.
<https://apps.who.int/violence-info/>
- WHO (2021). Violence against women. Viitattu 17.10.2022.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- WHO (2020). Violence, health and sustainable development. Factsheet – Sustainable Development Goals (SDGs): health targets. Viitattu 17.10.2022.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340811/WHO-EURO-2020-2368-42123-58045-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO (2002). World report on violence and health. Abstract. Viitattu 17.10.2022.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67403/a77019.pdf?sequence=1>
- WHO (2001). Putting women first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Department of gender and women's

health family and community health. World Health Organization Geneva, Switzerland.

Yhdenvertaisuusvaltuutettu (2022). Naisiin kohdistuva väkivalta täytyy tunnistaa nykyistä paremmin – Yhdenvertaisuusvaltuutettu aloittaa työnsä naisiin kohdistuvan väkivallan raportoina. Viitattu 2.5.2023.

<https://syrjinta.fi/-/naisiin-kohdistuva-vakivalta-taytyy-tunnistaa-nykyista-paremmi-yhdenvertaisuusvaltuutettu-aloittaa-tyonsa-naisiin-kohdistuvan-vakivallan-raportoina>

Yliruka, L., Heinonen, J., Satka, M., Metteri, A. & Alatalo, T. (2019). Terveysosiaalityö näkyväksi – Terveysosiaalityön tarve, interventiot ja ajankäyttö.

Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca. Työpapereita 2019:1

LIITTEET

LIITE 1 - TIEDOTE JA KIRJOITUSPYYNTÖ

Hei!

Olen tekemässä Pro gradu -tutkielmaani, jossa tarkastelen käsityksiä lähisuhdeväkivallasta sekä sen tunnistamista ja puheeksi ottamista psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityössä. Tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen ja puheeksi ottamiseen.

Tästä syystä pyydän sinua pohtimaan seuraavia tilanteita ja kirjoittamaan niiden perusteella vapaamuotoisen tekstin. Aikaa tähän kuluu vastauksen pituudesta riippuen noin 10–30 minuuttia.

- 1. Tapaat uuden potilaan. Keskusteltuasi hänen kanssaan hetken päätät kysyä häneltä lähisuhdeväkivallasta. Mikä saa sinut ottamaan asian esille ja miten teet sen?*
- 2. Tapaat uuden potilaan. Keskusteltuasi hänen kanssaan hetken päätät, ettet kysy häneltä lähisuhdeväkivallasta. Mikä saa sinut olemaan ottamatta asiaa esille ja miksi?*

Vastaamalla tähän kirjoituspyyntöön suostut vapaaehtoisesti osallistumaan tähän tutkimukseen sekä siihen, että antamiasi vastauksia voidaan käyttää tutkimuksessa. Ymmärrät, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Tutkimuksessa ei kerätä henkilötietoja ja mahdolliset esiin tulevat tiedot anonymisoidaan heti tutkimuksen alkuvaiheessa. Samoin muut mahdollisesti tunnistamiseen vaikuttavat tekijät häivytetään. Vastaajien taustatietoja ei kerätä ja kirjoituspyyntö lähetetään ainoastaan psykiatrian sosiaalityössä aikuisten parissa työskenteleville sosiaalityöntekijöille. Aineistoja tullaan säilyttämään ja hyödyntämään EU:n tietosuojasetuksen ja tietosuojalain 31 § mukaisesti (Tietosuojalaki 2018/1050; Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukset 2016/679). Tutkimus suoritetaan loppuun tammikuuhun 2024 mennessä. Tutkimuksen jälkeen tutkimusaineisto hävitetään.

Jyväskylän yliopiston puolesta työn ohjaajana toimii yliopiston lehtori, dosentti Satu Ranta-Tyrkkö (satu.ranta-tyrkkö@jyu.fi).

Vastaamaan pääset klikkaamalla alla olevaa linkkiä. Vastausaikaa on 17.2.2023 asti.

-linkki-

Lämmin kiitos vastauksistanne!

Ystävällisin terveisin Soila Mäkinen, Jyväskylän yliopiston sosiaalityön maisteriopiskelija, Hyvinkään sairaalan psykiatrian vuodeosaston avustava sosiaalityöntekijä, soila.makinen@hus.fi p.050 427 8938.