

Anu Jaakkola ja Katja Ylevä

**Sairaanhoitajan auttamiskeinot fyysisestä väkivaltaa
kokeneen kriisissä**

Opinnäytetyö

Kevät 2012

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Anu Jaakkola ja Katja Ylevä

Sairaanhoitajan auttamiskeinot fyysistä väkivaltaa kokeneen kriisissä

Ohjaajat: Marjut Nummela lehtori, HVL ja Kari Jokiranta lehtori, YTT

Vuosi: 2012 Sivumäärä: 45 Liitteiden lukumäärä: 2

Väkivalta ilmiönä on hyvin ajankohtainen ja väkivallan uhkaa koetaan nykyisin aiempaa enemmän. Mediassa väkivaltaan liittyvä uutisointi on jokapäiväistä. Väkivaltarikokset tulevat ihmisten tietoon muun muassa uutisoitaessa henkirikoksia ja tappeluväkivaltaa. Väkivaltarikoksista eniten ovat viimeisen 20-vuoden aikana lisääntyneet pahoinpitelyrikokset, ja niiden määrä on jatkuvassa kasvussa. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä sairaanhoitajien tietämystä fyysisen väkivallan uhrin kriisihoitotyöstä sekä kriisistä selviytymisestä. Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia kyselylomake, jota käytetään mahdollisesti myöhemmin toisen opinnäytetyön kvalitatiivisessa tutkimuksessa.

Yhteistyötahomme on CDS- projekti (To Care, To Dare, To Share). Projektissa on mukana 14 ammattikorkeakoulua ja sitä hallinnoi Diakonia- ammattikorkeakoulu. Projektin keskeisenä tavoitteena on syrjäytymisen ehkäiseminen ammattikorkeakouluopinnoissa. Projektin rahoittaa Euroopan sosiaalirahasto (ESR) ja Pohjois-Pohjanmaan ELY:n ja se on käynnissä ajalla 1.9.2009–30.06.2012.

Opinnäytetyössämme tehty kyselylomake on laadittu kvalitatiivista tutkimusotetta käyttäen ja sitä ohjasi kaksi tutkimuskysymystä: 1. Millaisia kriisikokemuksia väkivallan uhrin ovat kokeneet? ja 2. Millaisia kokemuksia väkivallan uhreilla on sairaanhoitajan tekemästä kriisihoitotyöstä?

Tulevaisuudessa voisi selvittää fyysisen väkivallan uhriksi joutuneiden kokemuksia saamastaan kriisihoidosta. Selvittää voisi esimerkiksi, millaisia kriisihoitotyön keinoja uhrin pitivät toipumisen kannalta kaikkein merkityksellisimpinä.

Avainsanat: Fyysinen väkivalta, kriisi, väkivallan uhrin auttaminen, kriisihoitotyö, ohjaus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree Programme in Nursing

Bachelor's Degree in Nursing

Anu Jaakkola and Katja Ylevä

Crisis Support Methods Provided by Nurses to People Who Have Experienced Physical Violence

Supervisors: Marjut Nummela, Senior Lecturer, LicNSc and Kari Jokiranta, Senior Lecturer, DSocSc

Year: 2012 Number of pages: 45 Number of appendices: 2

Violence is a topical phenomenon nowadays and its occurrence today is perceived as having largely increased. Violence related reports are mediatized every day. Violent crimes are brought into light through news reports on homicides and violent fights. Among violent crimes in the last 20 years there seems to be an increase in assault offenses, and their number is steadily rising. The aim of this study is to increase nurses' knowledge on crisis medical care for victims of physical violence, as well as to provide information on surviving such crisis. The purpose of this study is to draw up a questionnaire, which could later serve for another thesis' qualitative research.

To Care, To Dare, To Share - Preventing Exclusion during Studies (CDS) project is managed by the Social Work of the Church inside the University of Applied Sciences, a joint venture involving 14 universities of applied sciences. The project is a two-year European Social Fund (ESF) and the North Ostrobothnia Regional Environment Centre's cofounded development project during the period September 1, 2009 - July 30, 2012.

A qualitative research design was used in our study and data were collected using questionnaires directed by two major study questions: What kind of crisis experiences have victims of violence encountered? What are the experiences of victims of violence regarding medical crisis work provided by nurses?

In the future one could a similar research on experiences of victims of physical violence regarding the crisis medical care provided. For example, one could look into what kind of crisis medical care methods the victims considered to be the most appropriate and relevant for recovery.

Keywords: Physical violence, crisis, help for the victim of violence, crisis care, control

SISÄLTÖ

SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO	5
2 FYYSINEN VÄKIVALTA JA SEN SEURAUKSET	7
2.1 Fyysisen väkivallan seuraukset uhrille	7
2.2 Fyysinen väkivalta Suomessa	8
3 KRIISI	11
3.1 Äkillinen kriisi.....	12
3.2 Äkillisen kriisin eri vaiheet	12
4 VÄKIVALLAN UHRIN AUTTAMINEN.....	16
4.1 Sairaanhoidtaja väkivallan uhrin hoitotyössä	16
4.2 Auttamismenetelmät ja ohjaus väkivallan uhrin kriisissä.....	18
4.3 Apua kriisin kohdanneelle Suomessa	21
5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	23
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	24
6.1 Kyselylomakkeen ja saatekirjeen laatiminen	24
6.2 Kyselylomakkeen ja saatekirjeen laatiminen	25
7 POHDINTA	28
7.1 Johtopäätökset.....	29
7.2 Opinnäytetyön eettisyys	32
7.3 Opinnäytetyön luotettavuus.....	33
7.4 Ammatillinen kasvu	34
LÄHTEET	36

1 JOHDANTO

Kansallisen uhritutkimuksen (2010) mukaan 15-24- vuotiaista miehistä 14 % ja naisista 13 % kertoo joutuneensa fyysisen väkivallan kohteeksi. Tutkimuksessa todetaan, että fyysisen väkivallan uhriksi joutuminen on merkittävästi yhteydessä henkilön ikään ja väkivaltaa kokeneiden osuuden todetaan vähenevän iän myötä. (Síren yms 2010, 20–21). Heiskasen ja Ruuskasen (2010) tutkimuksen mukaan noin puolet miehistä ja naisista oli joutunut fyysisen väkivallan kohteeksi 15 vuotta täytettyään.

Opinnäytetyömme aihe on sairaanhoitajan auttamiskeinot fyysistä väkivaltaa kokeneen kriisissä. Kun ihminen kohtaa mieltä järkyttävän tapahtuman kuten väkivaltaa, hän ei tiedä miten siihen kuuluisi reagoida. Ihminen saattaa kokea tuntemansa reaktiot epänormaaleiksi. Sairaanhoitaja kohtaa työssään erilaisia kriisejä kohdanneita asiakkaita ja näin ollen onkin tärkeää, että hänellä on tietoa kriisin aiheuttamista reaktioista. (Hammarlund 2001, 243.)

Opinnäytetyömme on osa CDS- hanketta (To Care, To Dare, To Share). – Projektin keskeisenä tavoitteena on syrjäytymisen ehkäiseminen ammattikorkeakouluopinnoissa. Projektia hallinnoi Diakonia-ammattikorkeakoulu ja siinä on mukana 14 ammattikorkeakoulua ympäri Suomen. Projekti on Euroopan sosiaalirahaston (ESR) ja Pohjois-Pohjanmaan ELY:n osarahoittama kehittämishanke ajalla 1.9.2009–30.06.2012. (CDS-projekti,[viitattu 4.9.2011]). Opinnäytetyömme sopii hyvin CDS- hankkeeseen, sillä väkivallan uhrien syrjäytymisen ehkäisy on osa hanketta.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä sairaanhoitajien tietämystä fyysisen väkivallan uhrin kriisihoitotyöstä sekä kriisistä selviytymisestä. Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia kyselylomake, jota toivon mukaan tullaan myöhemmin käyttämään toisen opinnäytetyön aineiston keruussa. Tutkimuksen kohderyhmänä tulee olemaan ammattikorkeakoulu opiskelijoita. Opiskelijat sopivat hyvin tutkimuksen kohderyhmäksi, sillä tutkimukset osoittavat että nuoret joutuvat varttuneempia useammin väkivallan uhreiksi.

Kyselylomakkeen laatimista varten tarkastelemme fyysisen väkivallan uhrin kriisiprosessia sekä kriisihoitotyötä aiheesta tehtyjen tutkimusten ja kirjallisuuden avulla. Keskitymme erityisesti hoitotyöhön kriisiprosessin alkuvaiheessa. Opinnäytetyön hoitotyön näkökulma on ohjaaminen. Ohjaaminen ja neuvonta ovat tärkeä osa hoitotyötä (Heikkinen, [viitattu 11.9.2011]). Väkivallan uhriksi joutuneen ohjaaminen hoitotyössä voi olla muuta ohjaustyötä haasteellisempaa (Pohjola-Katajisto, [viitattu 20.10.2011]). Haasteellisuutta saattaa lisätä väkivallan uhrin kokemat itsesyytökset sekä häpeän tunteet (Saari, ym. 2009, 84).

2 FYYSINEN VÄKIVALTA JA SEN SEURAUKSET

Tässä luvussa kerromme aluksi mitä tarkoitetaan kun puhutaan väkivallasta yleisesti. Tämän jälkeen siirrymme kertomaan, mitä on fyysinen väkivalta ja millaisia seurauksia fyysisen väkivallan uhriksi joutuminen voi aiheuttaa.

Väkivaltaa on hyvin monentyyppistä. Useimmiten väkivalta sanalla viitataan ruumiilliseen voimankäyttöön jossa rikotaan yksilön ruumiillista koskemattomuutta. Väkivallan käsite on kuitenkin laaja ja sillä voidaan tarkoittaa myös muunlaista väkivaltaa. (Väestöliitto, [viitattu 20.10.2011].)

Fyysinen väkivalta on helpoiten tunnistettavissa oleva väkivallan muoto. Fyysinen väkivalta ilmenee esimerkiksi lyömisenä, kuristamisena, hiuksista repimisenä, tönnimisenä, läimäyttämisenä, liikkumisen rajoittamisena, vapaudenriistona, esineillä heittämisellä ja teräaseella vahingoittamisella. (Väestöliitto, [viitattu 20.10.2011].)

Heiskanen ja Ruuskasen tutkimuksen (2010) mukaan yleisin fyysisen väkivallan muoto on liikkumisen estäminen ja kiinni tarttuminen. Seuraavaksi yleisin muoto on läimäisy. Kolmanneksi yleisintä on lyöminen nyrkillä tai kovalla esineellä sekä potkiminen. Tutkimuksessa tällaisen väkivallan uhriksi kertoi joutuneensa kolmasosa miehistä. (Heiskanen & Ruuskanen 2010, 22).

2.1 Fyysisen väkivallan seuraukset uhrille

Fyysisen väkivallan vaikutukset uhriinsa ovat yksilöllisiä. Väkivallan fyysisinä seurauksina voivat olla esimerkiksi luunmurtumat, hampaiden irtoamiset, ja sisäelinvauriot. Pahimmillaan fyysinen väkivalta johtaa uhrin kuolemaan (Rautava & Perttu 2002, 42.) Väkivallan uhrin perusturvallisuus järkkyy. Uhri saattaa pelätä toisten ihmisten suhtautumista tapahtuneeseen ja uudelleen uhriksi joutuminen voi myös pelottaa. (Kiiltomäki & Muma 2007, 71, 76). Väkivalta hajottaa ihmisen sisäistä eheyttä ja siksi aiheuttaa ihmisessä itsesyytöksiä sekä häpeän tunteita. Joskus viha pahoinpitelijää kohtaan puuttuu kokonaan. (Saari, ym. 2009, 84.)

Väkivallan kokeminen järkyttää, voi herättää pelkoa, vihaa, syyllisyyttä sekä turvattomuutta. Tapahtuneen jälkeen ihmisen voi olla vaikea keskittyä tai nukkua. Uhri voi kokea olonsa alistuneeksi ja eksyneeksi. Ihminen saattaa myös muuttua pelokkaaksi ja on vaikea ymmärtää tapahtunutta. Väkivallan uhriksi joutuneelle on vaarana myös pysyvä toimintakyvyn heikkeneminen sekä katkeroituminen. Pahimmillaan väkivallan uhriksi joutuminen voi johtaa psyykkiseen häiriöön. (Ruishalme & Saaristo 2007, 27- 28.)

Sosiaalisina väkivallan seurauksina saattaa esiintyä uhrin eristäytymistä, sosiaalisten suhteiden vähentymistä sekä yksinäisyyttä. Väkivallalla on myös taloudellisia seurauksia. Sairaslomista sekä työkyvyttömyydestä aiheutuu uhrille ansionmenetyksiä. Lisäksi taloudellisia kuluja voivat aiheuttaa myös oikeudenkäyntikulut, kriisiavun hankkiminen sekä mahdolliset terapiakustannukset. Väkivallalla on vaikutuksensa koko yhteiskuntaan. Se heijastuu yhteiskunnan psykologiseen, moraaliin ja sosiaaliseen ilmapiiriin sekä aiheuttaa vuosittain huomattavia taloudellisia kustannuksia. (Rautava & Perttu 2002, 43.)

2.2 Fyysinen väkivalta Suomessa

Väkivallan uhriksi joutumisesta sekä väkivaltarikollisuuden kehityksestä kattavaa tietoa antavat uhritutkimukset, joista uusin on vuodelta 2010. Uhritutkimukset ovat myös tärkein väkivallan määrää kuvaileva lähde. (Sirén ym. 2010,1, 20–21.) Uhritutkimuksia on tehty vuosina 1980–2009 kaiken kaikkiaan seitsemän ja niiden tulokset perustuvat laajoihin ja edustaviin otoksiin 15–74-vuotiaiden kansalaisten kokemuksista. (Sirén ym 2010, 1).

Kansallisen uhritutkimuksen mukaan miehet kokevat väkivaltaa useimmiten ravintoloissa, baareissa, kaduilla ja muille julkisilla paikoilla. Naiset taas joutuvat väkivallan uhriksi useimmiten työpaikalla tai omassa asunnossaan. (Sirén ym 2010, 18.) Tarkastellessa vuoden 2009 tutkimustuloksia, voidaan nähdä ero tekijän ja uhrin suhteessa eri sukupuolten välillä. Miespuolisista uhreista 51 % kertoo, että väkivallan tekijä ei ollut hänelle aikaisemmin tuttu. Naisten kohdalla vastaava luku oli 37 %. Fyysisen väkivallan tekijä oli tuttava 33 %:ssa tapauksista niin miesten

kuin naistenkin kohdalla. Oman kumppanin tekemän väkivallan kohteeksi oli joutunut 7 % naisista ja 3 % miehistä. (Síren ym 2010, 18–19.)

Samaisen uhritutkimuksen mukaan väkivallan uhriksi joutuminen liittyy hyvin selvästi ikään. Useimmiten väkivallan uhriksi olivat joutuneet tutkimuksen nuorimmat vastaajat. Vuonna 2009 15–24 vuotiaista miespuolisista vastaajista 14 % ja naispuolisista vastaajista 13 % kertoi joutuneensa fyysisen väkivallan kohteeksi. Väki-valtaa kokeneiden osuus väheni tutkimuksessa iän myötä. Esimerkiksi 35–54-vuotiaista miesvastaajista 4 % ja naisista 5 % oli joutunut fyysisen väkivallankoh- teeksi. Naisten kokeman väkivallan vähäisempi lasku on sidoksissa väkivallan eri- laiseen muotoon. (Síren ym 2010, 20–21).

Heiskanen ja Ruuskanen (2010) tutkimuksen tavoitteena on luoda yleiskuva mies- ten kokemasta väkivallasta Suomessa. Tutkimukseen haastateltiin sekä miehiä että naisia. Miesten väkivaltakokemuksista ei ole aikaisemmin tehty vastaavaa väestötason tutkimusta. Tutkimukseen osallistuneilta naisilta saadut vastaukset tarjoavatkin mahdollisuuden tuloksien vertailuun. Tutkimuksen kohteena oli 15–74- vuotiaita suomalaisia. Tutkimukseen osallistui 1 918 miestä.

Vastaajien väkivaltakokemuksia tutkittiin kahdelta eri ajanjaksolta: Vastaajien täy- tettyä 15-vuotta sekä viimeisten 12 kuukauden ajalta. Tutkimuksen mukaan 47 prosenttia miehistä oli joutunut fyysisen väkivallan uhriksi 15 vuotta täytettyään. Miehet joutuivat useimmiten tuntemattoman tekijän uhriksi sekä pitkällä, että lyhy- ellä aikavälillä. Tutkimuksessa todetaan myös, että 95 prosentissa tapauksista tekijänä oli toiminut toinen miespuolinen henkilö. Myös tässä tutkimuksessa käy ilmi väkivallan uhriksi joutumisen yhteys henkilön ikään. Miehistä, jotka olivat iäl- tään 24–44-vuotiaita, oli väkivaltaa tai uhkailua kokenut 70% 15 vuotta täytettyään. Vastaava luku 65–74-vuotiaiden miesten kohdalla oli 30 %. Kaikkiaan 42 % mie- histä oli kokenut fyysistä väkivaltaa tuntemattoman taholta 15 vuotta täytettyään. Naisilla vastaava luku on 30 %. Erityinen ero naisten ja miesten kokemassa väki- vallassa on seksuaalinen väkivalta. 15 vuotta täytettyään 18 % naisista kertoo ko- keneensa seksuaalista väkivaltaa, kun miesten kohdalla luku oli vain 2.5 %. (Heis- kanen & Ruuskanen 2010,5,6, 17.)

Heiskanen ja Ruuskanen tutkimustuloksista piirtyy suomalaisen väkivallan kuva. Miesten ja naisten väkivaltakokemuksia vertaillen eri tekijäryhmissä voidaan huomata uhrien miespainotteisuus. Tämä koskee niin tuntemattoman kuin tutunkin tekemää väkivaltaa kun väkivallan muotona on lyöminen tai sitä voimakkaampi fyysinen väkivalta. (Heiskanen & Ruuskanen 2010, 7).

Kansallisen väkivallan vähentämishjelman tavoitteena on väkivallan uhrien määrän väheneminen kaikissa väestöryhmissä ja kaikilla väkivallan osa-alueilla. Kansallisessa väkivallan vähentämishjelmassa on lueteltu konkreettisia toimenpidesuosituksia, joiden avulla pyritään vähentämään väkivaltaa. Nuorten kohdalla esimerkiksi syrjäytymiseen puuttuminen mainitaan tärkeänä väkivaltaa vähentävänä tekijänä. (Ruohonen ym. 2009,18, 25, 34.)

Kansallisen väkivallan vähentämishjelma mainitsee myös olennaisena väkivaltaan liittyvänä tekijänä alkoholin. Humalajuomisen yleistyminen todennäköisesti lisää väkivaltaa. Kahdessa kolmasosasta väkivaltatapahtumista mukana on alkoholi. Alkoholin kulutusta on pyritty vähentämään esimerkiksi alkoholiveroa kohottamalla. Kansallisen väkivallan vähentämishjelman tavoitteiden saavuttamista mittaavat ennen kaikkea kansalliset uhritutkimukset. Seurantajakson 1980–2006 aikana onkin huomattu esimerkiksi katu- ja ravintolaväkivallan vähenneen sekä naisten että miesten osalta. (Ruohonen ym. 2009,18, 35.)

3 KRIISI

Tässä luvussa kerromme mitä kriisi on, ja millaisia vaiheita se sisältää. Kriisiprosessissa voidaan havaita neljä erilaista vaihetta, jotka yleensä kriisissä käydään läpi. Kriisiapua voi antaa tarkoituksenmukaisesti vain jos tunnistaa missä vaiheessa kriisissä oleva on. Tämän vuoksi kriisin eri vaiheet esitellään tässä kohtaa järjestelmällisesti. Kriisin vaiheilla pyritään kuvailemaan millainen kriisiprosessi on. Eri vaiheet eivät kuitenkaan aina erotu selkeästi ja eri vaiheisiin voidaan myös palata. (Ruishalme & Saaristo 2007, 64.)

Kriiseistä puhuttaessa tulee usein mielikuva suuronnettomuuksista ja katastrofeista. Kriisit ovat kuitenkin jokapäiväisessä arjessa yllättäen vastaan tulevia sairastumisia, vammautumisia, loukkaantumisia ja kuolemia. Jokainen ihminen kohtaa elämänsä aikana kriisejä. (Kiiltomäki & Muma 2007, 5-7.) Erilaisia elämäntapahumiin liittyviä häiriöitä voidaan kutsua kriiseiksi. Kriisi on käsite, joka kuvaa mielen terveyden reaktiivisia epätasapainotiloja. Ihmiselle on ominaista pyrkiä ylläpitämään mielenterveytensä tasapainotilaa omilla selviytymiskeinoillaan. Tasapainotila voi järkkäytyä odottamaton tilanteen myötä, jonka hallitsemiseksi omat selviytymiskeinot eivät enää riitä. (Lönngqvist, 2005.)

Kriisi saa usein aikaan muutoksen ihmisen elämässä. Tämä muutos taas aiheuttaa sopeutumisprosessin käynnistymisen. Sopeutuminen vie ihmiseltä paljon voimavaroja ja ihmisen psyyke onkin kriisin aikana kovilla. (Ruishalme & Saaristo 2007, 26.) Ajan myötä kriisitilanne yleensä tasapainottuu ja ihmisen voimavarat palautuvat. Jos ihmisen omat psyykkiset voimavarat eivät riitä, voi kriisi aikaan saada mielessä vahingollista kehitystä. (Saari ym. 2009, 9.) On myös mahdollista, että tilanne nostaa pintaan menneisyydessä tapahtuneita vaikeita asioita. Jos omat ratkaisuyritykset kriisitilanteessa eivät riitä voi ihminen lannistua ja uupua. (Ruishalme & Saaristo 2007, 26–27).

3.1 Äkillinen kriisi

Äkillisyys vaikuttaa kriisiprosessiin, sillä tapahtumaan ei voi valmistautua eikä varautua (Saari ym. 2009, 11). Kriisin aikaan saava mieltä järkyttävä tapahtuma aloittaa psyykkisen sopeutumisprosessin (Saari ym. 2009, 20). Äkillinen kriisi eroaa muista kriiseistä siinä, että järkyttävä tapahtuma tapahtuu lyhyen ajan kuluessa. Kun asiat tapahtuvat lyhyen ajan kuluessa vaikuttaa tämä siihen, että kriisin vaiheet eroavat sisällöltään muiden kriisien vaiheista. (Ruishalme & Saaristo 2007, 36.)

3.2 Äkillisen kriisin eri vaiheet

Kriisi jaetaan melko karkeasti eri vaiheisiin. Jokainen kriisikokemus on kuitenkin yksilöllinen ja eri vaiheet voivat esiintyä usein myös päällekkäin. (Hammarlund 2001, 99). Kuitenkin yleensä sopeutumisprosessin vaiheet noudattavat tietynlaista lainalaisuutta ja kriisin eri vaiheet eroavat toisistaan. Eri vaiheiden kestossa sekä reaktioiden voimakkuudessa esiintyy yksilöllisiä eroja. (Saari ym. 2009, 20).

Reaktioiden voimakkuutta lieventää kriisissä oleva psyykkinen vahvuus sekä aiemmin koetut jo läpikäytyt kriisit. Reaktioita helpottavana asiana saattaa olla myös hyvä sosiaalinen verkosto. Reaktiot saattavat olla voimakkaita henkilöillä jotka ovat psyykkisesti herkkiä tai joilla on aikaisempia traumoja. (Hammarlund 2001, 102.)

Yleensä kriisin aikaan saava tapahtuma aiheuttaa ihmisessä sokin. **Sokkivaihe** alkaa heti järkyttävän kokemuksen jälkeen. (Ruishalme & Saaristo 2007, 64.) Vaiheen tarkoituksena on suojata mieltämme sellaiselta tiedolta mitä emme pysty vielä käsittelemään. Sokkivaiheen kesto vaihtelee muutamasta tunnista useaan vuorokauteen. Sokkivaiheen keston vaikuttavat olennaisesti kaksi tekijää, turvallisuuden tunne ja tapahtuman järkyttävyys. Jotta sopeutumisprosessi etenisi, ihmisen tulee tuntea olonsa turvalliseksi. Uhkatilanteen pitkittyessä sokkikin jatkuu. Jos tapahtuma on ollut todella järkyttävä, niin mitä todennäköisimmin sokkivaihe pitkittyy. Sokkivaiheeseen kuuluu voimakkaana tapahtuman kieltäminen, jolloin asiaa ei pysty vielä käsittelemään. (Hietala ym. 2010, 118; Saari ym. 2009, 24, 25, 33.)

Järkyttävä tapahtuma tiedostetaan tapahtuneeksi vasta vähitellen (Ruishalme & Saaristo 2007, 64).

Sokkivaiheessa ihminen voi käyttäytyä tunteettomasti tai tunteina voi esiintyä hättää, tyrmistystä, epäuskoa sekä tuskaa (Hietala ym. 2010, 118). Sokki saa ihmisissä aikaan erilaisia reaktioita. Uhri voi huutaa, itkeä tai lamaantua. Jotkut sokkivaiheessa olevat seuraavat tapahtumia sivusta, ymmärtämättä mitä tapahtuu. (Ruishalme & Saaristo 2007, 64.)

Sokkivaiheessa ihminen ei kykene toimimaan järkevästi. Ihmisellä voi esiintyä myös fyysisiä oireita kuten pahoinvointia, huimausta tai vilun tunnetta. Ihminen voi mennä paniikkiin tai vetäytyä. Sokkivaiheeseen liittyy myös puutteellinen ajan ja todellisuuden taju. (Hietala ym. 2010, 118.)

Sokkivaiheen jälkeen seuraa **reaktiovaihe**, johon kriisissä oleva vähitellen siirtyy (Saari ym. 2009, 31). Äkillisissä traumaattisissa kriiseissä reaktiovaihe saattaa kestää muutamia päiviä. Reaktiovaiheen reaktiot sen sijaan saattavat olla voimakkaita. (Ruishalme & Saaristo 2007, 38). Reaktioiden tarkoituksena on saada ihminen tiedostamaan mitä on tapahtunut ja mitä se merkitsee hänen elämälleen (Saari ym. 2009, 31).

Reaktiovaiheessa tyypillisiä ovat voimakkaat ajatukset sekä tunteet, jotka vaihtelevat laidasta toiseen. Ominaista on myös syyttäminen ja itsensä syyllistäminen. Syyllinen halutaan saada vastuuseen teoistaan. Aggressio ja viha suojaavat kriisissä olevaa muilta tunteilta. Syyllistämisvaiheen yli tulisi kuitenkin päästä, että sopeutumisprosessin on mahdollista jatkua. (Saari ym. 2009, 32.)

Avuttomuuden tunne, ahdistuneisuus sekä pelot kuuluvat tähän vaiheeseen. Avuttomuus johtuu paljolti siitä, että ihminen ei pysty itse vaikuttamaan tapahtumien kulkuun. Turvallisuuden tunteen järkkymisen vuoksi kriisissä oleva kohtaa myös pelkotiloja. Pelkoa voi olla vaikea määritellä ja joskus ihminen voi kriisissä ollessaan pelätä jotain sellaista mitä ei itsekään ymmärrä. Kriisissä oleva miettii mitä muut ihmiset tapahtumasta ja esimerkiksi väkivallan uhriksi joutuneesta ajattelevat. Väkivallan kokeminen aiheuttaa usein voimakasta häpeää. Häpeän tunne johtuu siitä, että uhrin itsemääräämisoikeutta on loukattu. (Saari ym. 2009, 32–33.)

Ihminen reagoi järkyttäviin tapahtumiin kokonaisvaltaisesti. Reaktiovaiheessa fyysisiä oireita ovat esimerkiksi painon tunne rinnalla, väsymys, ruokahaluttomuus, kuvotus sekä päänsärky. Häiriöt unessa ovat mahdollisia. Uni saattaa olla katkoista tai nukahtaminen vaikeaa. (Saari ym. 2009, 34.) Reaktiovaiheessa tulee huomioida myös lisääntynyt alkoholin ja lääkkeiden käytön riski (Hammarlund. 2001, 102).

Työstämisvaihe. Reaktiovaiheen jälkeen kriisin aiheuttaman trauman parantuminen voi alkaa (Hammarlund. 2001, 103). Työstämisvaihetta voidaan kutsua myös korjaamisvaiheeksi. Äkillisissä traumaattisissa kriiseissä tästä vaiheesta puhutaan usein työstämis- tai käsittelyvaiheena. (Ruishalme & Saaristo 2007, 38.) Työstämisvaiheessa kriisin käsittelytapa muuttuu. Kun sokki- tai reaktiovaiheessa oleva ihminen haluaa yleensä puhua tapahtuneesta, voi työstämisvaiheessa oleva haluta olla yksin ja näin käsitellä tapahtunutta. Kriisin tässä vaiheessa kriisiprosessi yleensä hidastuu. (Saari ym. 2009, 42–43.)

Työstämisvaiheen aikana ihminen aktiivisesti käsittelee tapahtunutta ja mielen valanneet trauma-ajatukset alkavat väistyä. Reaktiovaiheen elämää rajoittavat sopeutumismallit alkavat hiljalleen jäädä taakse. (Hammarlund. 2001, 103.) Nimensä mukaisesti työstämisvaiheessa traumoja työstetään sekä saadaan etäisyyttä mieltä järkyttäneeseen tapahtumaan (Ruishalme & Saaristo 2007, 38).

Työstämisvaiheeseen kuuluvat rajut tunteet, vaikka järkyttävä tapahtuma alkaakin tuntua etäisemmältä. Yksittäiset asiat saattavat kuitenkin aikaan saada voimakkaan tunnereaktion. Tunteet eivät kuitenkaan enää työstämisvaiheessa hallitse elämää kuten reaktiovaiheessa. Sopeutumisprosessi vie ihmiseltä paljon voimia ja jaksamisen ääri rajoilla oleminen aiheuttaa lisääntyntä ärtyneisyyttä. Ärtyneisyys taas saattaa johtaa eristäytymiseen. Näin kriisitilanteen kokenut saattaa alkaa välillä sosiaalisia tilanteita. (Saari ym. 2009, 43–45.)

Kriisin työstämisvaiheessa olevan ihmisen saattaa olla vaikea keskittyä mihinkään. Tämä vaikuttaa työkykyyn varsinkin, jos työtehtävät ovat tarkkuutta vaativia. Nuorilla järkyttävän tapahtuman kokeneilla opiskelu saattaa tuntua työstämisvaiheessa hankalalta. Keskittymisvaikeudet heijastuvat myös vapaa-aikaan. Romaanin luke-

minen tai television katsominen saattaa tuntua ylitsepääsemättömän hankalalta. (Saari ym. 2009, 44.)

Uudelleensuuntautumisenvaihe. Keskeistä on se, että kriisin aiheuttaneeseen järkyttävään tapahtumaan liittyvät ajatukset, tunteet sekä mielikuvat ilmaistaan, tunnustetaan ja käsitellään. Järkyttävään tapahtumaan liittyvät asiat käydään läpi joko yksin, läheisten tai ammattiauttajan kanssa. (Ruishalme & Saaristo 2007, 71.)

Kriisin tässä vaiheessa uhri suuntaa katseensa tulevaan, kriisi on jättänyt jälkensä ja tulevaisuus voidaan nähdä eri tavalla kuin aikaisemmin. (Saari ym. 2009, 49.) Kriisin aiheuttama tapahtuma jää ihmiselle kuin arveksi, vaikka se on pysyvä, uusi ote elämästä löytyy. Usko ja uskallus palautuvat ihmisen elämään sekä uhri saa henkiset voimavaransa palautumaan. (Ruishalme & Saaristo 2007, 71.)

Tämän vaiheen toipumiseen vaikuttaa merkittävästi ihmisen ikä. Mitä nuorempi henkilö sitä helpompi on kääntää katse kohti tulevaisuutta. Uudelleensuuntautumisenvaihe voi joissain järkyttävissä kriiseissä olla ajankohtainen vasta vuosien kuluttua tapahtuneesta. (Saari ym. 2009, 49.)

4 VÄKIVALLAN UHRIN AUTTAMINEN

Tässä kappaleessa kerromme sairaanhoitajan hoitotyöstä, kun potilaana on väkivallan uhri. Kerromme myös mitä tulee ottaa huomioon, kun sairaanhoitaja ohjaa väkivallan uhriksi joutunutta äkillisen kriisin alkuvaiheissa. Sairaanhoitaja on useissa tapauksissa ensimmäinen, jonka väkivallan uhriksi joutunut kohtaa. Kohtaaminen tapahtuukin useimmiten kriisin alkuvaiheissa. Hoitoketjun ensimmäisenä ammattihenkilönä sairaanhoitaja on tärkeässä roolissa hoidon, tilannearvion ja jatkoavun toteutumisen suhteen. (Kiiltomäki & Muma 2007, 47.)

Väkivallan uhrit hakevat harvoin apua. Tähän syynä on usein uhrin kokemus syyllisyyttä ja häpeää. (Saari, ym. 2009, 83.) Tuen vastaanottaminen voi myös tuntua heikkouden osoitukselta ja apu saattaa jäädä hakematta (Narumo & Murtooma 1998, 10–11). Ongelmana on myös viranomaistahojen kyvyttömyys tunnistaa uhrin avun tarve (Saari, ym. 2009, 83).

Mieltä järkyttävä tapahtuma kuten väkivallan kokeminen voi aikaan saada kriisin. Väkivaltakuuluu yleensä äkillisiin kriiseihin, sillä tapahtumaan ei voi valmistautua eikä varautua. (Saari ym. 2009, 11.) Kriisissä auttaminen vaatii sairaanhoitajalta herkkyyttä ja aktiivista työtettä (Kiiltomäki & Muma 2007, 7). Kaikki kriisin kohdanneet eivät kuitenkaan tarvitse ulkopuolista apua vaan suuri osa selviytyy omien selviytymiskeinojen ja läheisten antaman tuen avulla. (Narumo & Murtooma. 1998, 10, 11).

4.1 Sairaanhoitaja väkivallan uhrin hoitotyössä

Väkivallan uhriksi joutuneen hoitotyö eroaa hoitotyön tavanomaisesta työtteestä. Sairaanhoitaja ei voi olla puolueeton ja hänellä tulee olla selkeä kanta siihen, että väkivaltakuuluu ei koskaan pidä hyväksyä. Puolueellinen näkökanta voi olla ongelmallinen, koska sairaanhoitajan koulutus perustuu ihmisen poikkeavan käyttäytymisen ymmärtämiseen. Myös vaitiolovelvollisuus eroaa myös perinteisestä hoitotyöstä. Väkivallantekijälle ei voida kansallisten suositusten mukaan taata täydellistä vaitiolovelvollisuutta. (Rautava & Perttu 2002, 134.)

Sairaanhoitajalla tulee olla kyky tunnistaa väkivallan uhriksi joutunut. Auttamistilanteissa hänen tulee havainnoida, voisiko tapahtuneen taustalla olla mahdollisesti väkivaltaa. Väkivalta uhkaa ihmisen keskeistä turvallisuutta ja perusoikeuksia. On tärkeätä tunnistaa väkivalta ajoissa, sillä ajoissa puuttumalla voidaan ennaltaehkäistä ihmisen kärsimyksiä ja pelastaa ihmishenkiä. (Kiiltomäki & Muma 2007, 70.)

Sairaanhoitaja kohtaa väkivallan uhrin usein melko nopeasti tapahtuneen jälkeen, jolloin tilanne on erityisen herkkä (Toljamo 2011, 113). Yleensä auttamistilanne etenee tilannearvion tekemisen jälkeen väkivallasta aiheutuneiden vammojen paikkaamisella ja potilaan rauhoittamisella sekä käytännön asioiden hoitamisella aina jatkohoitoon ohjaamiseen saakka. Sairaanhoitaja voi esimerkiksi hoitaa käytännön asioita, joihin uhri ei sillä hetkellä itse kykene. (Toljamo 2011, 59.) Jatkohoito ei yleensä rajoitu vain yhteen kontaktiin, vaan se käsittää usein monia kontakteja eri asiantuntijoihin (Eskola & Karila 2007, 114).

Sairaanhoitajan on tärkeää miettiä omaa suhtautumistaan väkivaltaan. Suhtautuminen heijastuu potilassuhteeseen ja vaikuttaa uhrin suhtautumiseen sairaanhoitajaan. Potilaan tulee kokea, että tilanteessa ollaan hänen puolellaan. Hoitotyössä aina, mutta erityisesti väkivaltatyössä korostuu sairaanhoitajan hyvä itsetuntemus. Sairaanhoitaja voi kokea väkivaltaa kohtaan erilaisia tunteita. Uhrin suojelemisen tarve voi johtaa tilanteeseen, jossa toimitaan liikaa uhrin puolesta. Olennaisia ovat myös sairaanhoitajan mahdolliset omat väkivallan ja väkivallasta selviytymisen kokemukset. (Rautava & Perttu 2002, 136–137.)

Kuten muussakin hoitotyössä, sairaanhoitaja on velvollinen antamaan ohjausta ja neuvontaa myös väkivaltaa kohdanneen hoitotyössä (Pohjola-Katajisto, [viitattu 20.10.2011]). Potilaiden ohjaus ja neuvonta on tärkeä osa hoitotyötä. Sairaanhoitajan antaman ohjauksen tavoitteena on tukea potilasta. Ohjaus liittyy usein potilaan terveyteen liittyviin kysymyksiin tai hoidon hallintaan. Ohjausta tarvitaan ihmisen elämän eri vaiheissa ja ohjausta tapahtuu lähes aina kun potilas on yhteydessä eri terveydenhoitoalan palveluita tarjoaviin yksiköihin. Ohjausta voidaan suorittaa hyvin monia eri menetelmiä käyttäen. (Heikkinen, [viitattu 11.9.2011].)

Väkivallan uhriksi joutuneen ohjaaminen hoitotyössä on haasteellista ja sairaanhoitajan tulee tietää paikkakuntansa kriisipalvelujärjestelmästä, väkivallan uhrin jatkohoitomahdollisuuksista sekä ohjata uhri tarvittaessa jatkoavun piiriin. Ohjausprosessin katsotaan alkavan siitä, kun potilas ottaa yhteyttä terveydenhoitoalan palveluja tarjoavaan yksikköön. Avun tarpeen arvioinnin jälkeen määritetään potilaan tarvitseman ohjauksen tarve. Tästä edetään suunnittelemalla ohjauksen toteutuksen eteneminen ja toteutetaan ohjausta. (Pohjola-Katajisto, [viitattu 20.10.2011].) Ohjaustyössä hoitaja tukee potilaan omatoimisuutta, toimintakykyä ja itsenäisyyttä. Menetelmänä ohjaus on haasteellinen ja hoitajan tulee pystyä perustelemaan ohjauksen tarpeellisuus ja saada ohjattava motivoitua oman toimintansa hallintaan. (Eloranta & Virkki 2011, 7-14.)

Ohjauksen perustan luovat sekä hoitajan että asiakkaan taustatekijät, ja niillä on suuri merkitys ohjauksen onnistumisessa. Taustatekijät jaetaan psyykkisiin, fyysisiin, sosiaalisiin ja ympäristötekijöihin. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-7.) Ohjaus on aina tasavertaista ja ohjattava itse vaikuttaa paljolti ohjauksen sisältöön. Ohjauksessa huomioidaan potilaan omat voimavarat. Tämä on hyvin merkityksellistä asiakkaan sitoutumisen ja motivoitumisen kannalta. Ohjauksen oikea ajoitus tulee ottaa huomioon (Eloranta & Virkki 2011, 7-15). Väkivallan uhrille ohjauksen oikea ajankohta on erityisen tärkeä, sillä akuutissa kriisissä tiedon vastaanottaminen ja muistaminen on hankalaa. Sairaanhoidajien antamat neuvot ja ohjeet saattavat unohtua, joten on tärkeää antaa materiaalia myös kirjallisena. Varsinkin avunsaanti- ja yhteydenottoaikoista tulee antaa kirjalliset tiedot. (Kiiltomäki 2007, 16.)

4.2 Auttamismenetelmät ja ohjaus väkivallan uhrin kriisissä

Kun ihminen kohtaa kriisin, hän tarvitsee selviytymiseensä toisten ihmisten tukea (Ruishalme & Saaristo 2007, 7). Kriisissä olevan auttaminen ei ole varsinaisesti hoitoa vaan se on asiakkaan tukemista ongelmanratkaisussa sekä omassa henkissä kasvussaan (Ruishalme & Saaristo 2007, 26). Kriisitilanteessa ihmisen pitäisi pystyä käsittelemään tapahtuman aiheuttamaa vihaa, pelkoa, syyllisyyttä ja avuttomuutta. Jos tapahtuma jää käsittelemättä se saattaa aiheuttaa toimintakyvyn heikkenemistä ja jopa sairastumista. (Ruishalme & Saaristo 2007, 7).

Kriisin kohdannutta ihmistä on tärkeä kuunnella ja antaa hänen kertoa asioista kun hän on siihen valmis (Hammarlund 2001, 65–66). Auttajan tehtävänä ei ole puhua, mutta jos kriisissä oleva haluaa puhua, häntä voidaan auttaa ilmaisemaan tunteuksiaan. Keskustelua voidaan johdatella kriisin kohdanneen ongelmaan ja oireisiin. (Hammarlund 2001, 77.) Kriisissä oleva kertoo oman näkemyksensä tapahtuneesta, auttajan tehtävänä on korjata mahdollisia väärin ymmärryksiä sekä epärealistisia odotuksia. (Hammarlund 2001, 77).

Järkyttävä tapahtuma voi aiheuttaa voimakasta ahdistusta, jolloin saatetaan aloittaa muun hoidon lisäksi lääkehoito. Pitkällinen lääkkeiden käyttö voi kuitenkin siirtää kriisin käsittelyä ja näin ollen vain lisätä ongelmia. Asioiden kieltäminen voi hidastaa sopeutumisprosessia. (Ruishalme & Saaristo 2007, 65.) Auttaminen äkillisen kriisin eri vaiheessa poikkeaa toisistaan. Sairaanhoidajan onkin tärkeää tunnistaa, missä vaiheessa potilas on kriisiprosessissaan oikeiden toimintatapojen löytämiseksi. (Saari ym. 20.)

Sokkivaiheessa keskeistä on sekä fyysisen että psyykkisen ensiavun antaminen. On tärkeää huomioida jokaisen yksilöllinen tapansa reagoida äkillisen kriisin. Reaktiot voivat vaihdella paniikista lamaantumiseen. Reagointitapa voi myös äkillisesti muuttua. Auttajan tehtävänä on erilaisten reagointi- sekä ilmaisutapojen ymmärtäminen. (Kiiltomäki & Muma 2007, 16–18).

Tässä kriisin vaiheessa auttajan tehtävänä on huolehtia, kuunnella, rauhoitella ja olla lähellä. Jos apua tarvitsevilla on kysymyksiä, niihin tulee vastata rehellisesti. (Hietala ym. 2010, 118). Olennaista on luoda kriisissä olevalle turvallisuuden tunne. Turvallisuuden tunne on tärkeää tilanteeseen sopeutumiselle sekä sopeutumisprosessin seuraavaan vaiheeseen siirtymisen kannalta. (Saari ym. 2009, 24.) Auttajan tulee kiinnittää huomio myös äänenpainoon. Äänenpainon tulee viestittää turvallisuutta ollen rohkaiseva ja rauhoittava. Tarvittava ohjeistus kriisissä olevalle annetaan selkeästi tilanteen mukaan jopa käskevästi. (Kiiltomäki & Muma 2007, 16.) Aktiivista kyselyä sekä tapahtumien mieleen palauttamista tulee sokkivaiheessa välttää (Hietala ym. 2010, 118).

Sokkivaiheessa ihminen käy toistuvasti läpi tapahtumien kulkua ja näin tapahtuneen tiedollinen hallinta lisääntyy. Väkivallan kokeminen aiheuttaa uhrilleen mieli-

ja muistikuvia, joiden avulla ihminen voi pyrkiä käsittämään mitä on tapahtunut. Jos tapahtuneesta järkyttävästä asiasta kuten väkivallan kokemisesta ei ole muistikuvia, vaikeuttaa se toipumista tilanteesta. Muistikuvia ei ole tai ne voivat olla vajavaisia esimerkiksi jos uhri on ollut humalassa tai tilanne on aiheuttanut tajuttomuuden. Sen jälkeen kun tilanteesta on muodostunut johdonmukainen aukoton kertomus voi sopeutuminen tilanteeseen alkaa. (Saari ym. 2009, 25). Sokkivaiheessa uhri voi helposti unohtaa annetut neuvot sekä ohjeet. Ohjaamisessa tuleekin huomioida, että tarvittavat ohjeet ja tiedotteet esimerkiksi avunsaanti- ja yhteydenottoapaikoista tulee antaa myös kirjallisena. (Kiiltomäki & Muma 2007, 16–18.)

Reaktiovaiheelle on ominaista kriisissä olevan ihmisen halu kerrata tapahtumia ja käydä tapahtumaa läpi puhumalla. Tapahtuneesta ja tunteista puhuminen voi auttaa käsittelemään tapahtunutta ja sopeutumaan tilanteeseen. (Ruishalme & Saaristo 2007, 65.) Reaktiovaiheessa uhrille on tärkeää antaa selkeää ja käytännönläheistä tietoa. Sairaanhoidajan tulee arvioida annettavan tiedon määrä. Tiedon antaminen ei saa estää potilaan omien mielipiteiden julki tuomista. (Lönqvist ym. 2008, 281.)

Tässä kriisin vaiheessa sairaanhoidajan on tärkeää kysyä, millä tavalla omaiset ovat mukana kriisissä. Ovatko he avuksi vai onko heidän asenteensa haitaksi toipumiselle. (Cullberg. 1991, 169.) Reaktiovaiheessa uhrin mahdollisesti kokemaan unettomuuteen, saattaa tilapäisenä apuna olla lääkärin määräämät unilääkkeet (Saari ym. 2009, 34).

Työstämis- ja uudelleen suuntautumisvaiheessa painottuvat väkivaltaa kokeneen ihmisen tulevaisuuteen suuntautuminen ja luottamuksen rakentaminen uudelleen. Lisäksi painottuu eheytyminen vaikeasta kokemuksesta. (Kiiltomäki & Muma, 2007, 74.)

Uudelleensuuntautumisvaiheessa autettavaa rohkaistaan ylläpitämään toivoa ja katsomaan eteenpäin. Kriisin kokeneelle annetaan mahdollisuus palata tapahtuneeseen ja muistella. Lisäksi kerrotaan vertaistuesta ja rohkaistaan autettavaa hakemaan tukea vertaistukiryhmistä. (Kiiltomäki & Muma 2007, 21.)

4.3 Apua kriisin kohdanneelle Suomessa

Kriisiavun saamiseen Suomessa ei ole minkäänlaisia oirekriteereitä, joiden tulisi täytyä. Tukea voivat saada kaikki kriisiapua tarvitsevat henkilöt. (Vainikainen 2010, 53.) Kriisiavun antaminen on lakisääteistä ja kuntien tulee tarjota sitä aina tarpeen vaatiessa. Pelastuslain (468/2003) mukaan yksittäisten kuntien ja kuntayhtymien tulee huolehtia yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa tuen ja palveluiden järjestämisestä onnettomuuden uhreille, omaisille ja pelastajille. (Terveyskirjasto, [viitattu 20.1.2012].)

Auttamisverkosto on Suomessa hyvin hajanainen, ja kriisin uhriksi joutuneen voi olla hyvin hankala hahmottaa sitä. Hälytyskeskukset, poliisi, terveydenhuolto- ja sosiaalitoimi sekä puolustusvoimat ja pelastustoimi tekevät yhteistyötä suurissa onnettomuuksissa. (Kiiltomäki & Muma 2007, 30, 35.) Julkisen sektorin tarjoamien palveluiden lisäksi maassamme toimii myös paljon erilaisia kolmannen sektorin järjestöjä, jotka tarjoavat monipuolista kriisiapua. Tällaisia kolmannen sektorin järjestöjä ovat esimerkiksi: Suomen Punainen Risti, Väestöliitto, ja Suomen Mielen-terveysseura. (Kiiltomäki & Muma, 2007, 30, 34.) Tarjolla myös paljon ns. auttavia puhelimia, jotka tarjoavat ympärivuorokautista keskustelutukea vaikeassa elämäntilanteessa olevalle. (Sahi yms. 2006,138).

Tavoite on että kriisiapua olisi saatavilla heti kun siihen ilmenee tarvetta. Ongelma nopean avun saamiselle on kriisissä olevan henkilön kyvyttömyys tiedostaa omaa avun tarvettaan, oireilujensa syitä, taikka he eivät tiedä mistä apua olisi saatavilla. (Narumo & Murtomaa, 1998, 10.) Esittelemme seuraavaksi muutaman valtakunnallisesti toimivan vapaaehtoisjärjestön tarjoamia kriisipalveluja. Nämä tahot tarjoavat apua kriisitilanteisiin, mutta toimivat myös näkyvästi suuronnettomuustilanteissa.

Suomen Punainen Risti on yksi Suomen suurimmista kansalaisjärjestöistä. Järjestöllä on 12 piiriä ja 500 osastoa ja sen tärkein, keskeisin tehtävä on suomalaisen auttamisvalmiuden lisääminen. Auttamisvalmius lisääntyy kun järjestön vapaaehtoiset päivystävät erilaisissa tapahtumissa. Lisäksi SPR:llä on ensihuollon hälytysryhmiä jotka koostuvat koulutetuista vapaaehtoistyöntekijöistä. Ryhmät täydentävät viranomaisten tarjoamaa kriisiapua onnettomuuksien yhteydessä anta-

malla henkistä ensiapua ja aineellista tukea. Ryhmät toimivat myös silloin, kun SPR:n keskustoimisto hälyttää lisäapua paikallisen kriisiryhmän tai viranomaistalon avuksi. (Sahi ym 2006,157–158.)

Suomen Mielenterveysseura tarjoaa neuvontaa ja ohjausta, kriiseistä tiedottamista, sekä vertaistoimintaa. Seuralla on 19 toimivaa kriisikeskusta ympäri Suomea, sekä SOS-kriisikeskus Helsingissä. SOS-kriisikeskus tarjoaa varhaiskuntoutumista ja kriisiapua. Lisäksi Suomen Mielenterveysseuralla on internetissä toimiva kriisikeskus, jonka kautta saa kattavasti tietoa erilaisista kriiseistä, kriisipalveluista sekä yhteyden keskusteluryhmiin, ammattiauttajiin, vertaisiin ja tukihenkilöihin. Kaikki palvelut ovat maksuttomia ja kaikille tarjolla. (Suomen Mielenterveysseura, [viitattu 9.2.2012].)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä sairaanhoitajien tietämystä fyysisen väkivallan uhrin kriisihoitotyöstä ja siitä mitkä hoitotyön keinot auttavat uhria selviytymään.

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia kyselylomake, jota mahdollisesti käytetään myöhemmin kvalitatiivisessa tutkimuksessa, jonka kohderyhmänä on ammattikorkeakoulun opiskelijoita.

Tarkoituksen saavuttamiseksi haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia kriisikokemuksia väkivallan uhrin ovat kokeneet?
2. Millaisia kokemuksia väkivallan uhreilla on sairaanhoitajan tekemästä kriisihoitotyöstä?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tässä kappaleessa kerrotaan opinnäytetyön toteutuksesta ja mitä olemme huomioineet kyselylomakkeen ja saatekirjeen laatimisessa. Opinnäytetyönä laaditun kyselylomakkeen laatimisessa olemme käyttäneet kvalitatiivista tutkimusotetta.

6.1 Kyselylomakkeen ja saatekirjeen laatiminen

Kvalitatiivisen tutkimusotteen avulla pyritään tutkimaan ihmistä ja hänen elämäänsä. Keskeistä menetelmälle ovat asioiden merkitykset ja niiden erilaiset ilmenevät. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Kvalitatiivisella tutkimusotteella tehdyn tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla, selittää ja ymmärtää tutkittavaa ilmiötä valitun kohderyhmän näkökulmasta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 20.) Näin pyritään paljastamaan tutkittavasta ilmiöstä odottamattomia seikkoja. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineisto voi olla pieni, koska tarkoituksena ei ole saada selville tilastollisia säännönmukaisuuksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 152, 168, 169.) Säännönmukaisuuksien sijaan kvalitatiivinen tutkimusote kuvailee ilmiötä tai tapahtumaa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87).

Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on inhimillisen toiminnan ymmärtäminen ja tulkitseminen. Tulkinta ja ymmärtäminen perustuvat tutkittavien henkilöiden ainutlaatuisuuden ja heidän asioilleen antaman merkityksen kautta. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla keskitytään tutkittavan asian laadullisiin piirteisiin ja saadaan vastauksia tutkimusongelmiin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 223.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa yleisimmin käytetyt aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely ja havainnointi. Niitä käytetään joko yksittäin tai yhdistettynä. Opinnäytetyömme aiheeseen soveltui hyvin kvalitatiivinen tutkimusote. Halusimme tehdä kyselylomakkeen, jonka avulla on mahdollista saada selville kohderyhmän kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä.

6.2 Kyselylomakkeen ja saatekirjeen laatiminen

Laadimme opinnäytetyönämme kyselylomakkeen, jota toivon mukaan tullaan mahdollisesti myöhemmin käyttämään toisen opinnäytetyön aineistonkeruussa. Opinnäytetyön jakaminen kahteen osaan tuli ajankohtaiseksi, kun huomattiin aiheen olevan haastava. Teoreettiseen viitekehukseen oli haastavaa löytää tietoa. Sairaanhoidajan valmiuksia toimia kriisihoitotyössä on tutkittu vähän. Kirjallisuudesta sen sijaan löytyi hyvin tietoa siitä, miten sairaanhoidajan kriisihoitotyössä tulisi toimia. Idea tämän kaltaisen opinnäytetyön tekemiseen tuli siitä, että aihetta on aikaisemmin tutkittu vain vähän ja se vaikutti mielenkiintoiselta.

Kysely on yksi tapa kerätä aineistoa tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Hirsjärvi, ym. 2005, 182). Tietoa halutaan saada esimerkiksi vastaajan käyttäytymisestä ja toiminnasta, tiedoista, arvoista ja mielipiteistä. Kyselylomakkeen kysymykset jäsennellään tutkimuskysymysten, teoreettisen viitekehyyksen sekä tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. (Pitkäranta 2010, 79.) Kyselylomakkeelle on ominaista se, että asiat kysytään jokaiselta vastaajalta samalla tavalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 164).

Aloitimme kyselylomakkeen (Liite 1) laatimisen tutustumalla aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen, tutkimuksiin ja artikkeleihin. Etsimme tietoa väkivallan uhrin kriisi-prosessista sekä kriisihoitotyöstä. Näin työllemme muodostui teoreettinen viitekehys. Pyrkimyksenä oli valita teoreettisen viitekehyyksen lähteet siten, että julkaisusta olisi kulunut alle kymmenen vuotta. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia on kuitenkin julkaistu melko vähän, joten tietoa on jonkin verran myös vanhemmista lähteistä. Tiedonhaussa olemme käyttäneet esimerkiksi Seinäjoen ammattikorkeakoulun kirjaston tietokantoja erityisesti Plaria. Jokaiselle kyselylomakkeen kysymykselle löytyy perustelu tutkimuksen teoreettisesta viitekehyyksestä eli siitä mitä tutkittavasta ilmiöstä jo aiemmin tiedetään (Pitkäranta 2010, 106).

Laatimamme kyselylomake on testattu ja saamamme palautteen jälkeen olemme tehneet lomakkeeseen tutkimuksen kannalta oleelliset muutokset. Kyselylomakkeen testaamisen myötä saimme tietää onko lomakkeen kysymykset ymmärrettäviä ja miten kauan vastaaminen vie aikaa. Tarkoituksena on, että myöhemmin kyselylomaketta käytettäisiin tutkimuksessa siten, että toista opinnäytetyötä tekevä sairaanhoitajaopiskelija osallistuisi henkilökohtaisesti ennalta sovitulle oppitunnille

Seinäjoen ammattikorkeakoulun miesvaltaisessa yksikössä. Kyselylomakkeeseen tulevat siis vastaamaan pääosin miehet ja iältään nuorehkot henkilöt, tämän olemme ottaneet kyselylomaketta laatiessamme huomioon. Tutkimustilanteen alussa hän tiedottaa suullisesti tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista ja tehtävistä. Sitten hän jakaa mahdollisille vastaajille saatekirjeet (Liite 2) ja kyselylomakkeet. Saatekirjeessä kerrotaan esimerkiksi tietojen ehdottomasta luottamuksellisuudesta ja vastaajan anonymiteetistä.

Hyvässä kyselylomakkeessa keskeistä on selkeys (Hirsjärvi ym. 2005, 190). Kysymykset etenevät loogisesti ja ne jaetaan asiakokonaisuuksien mukaisesti. Kysymykset numeroidaan selkeästi ja vain yhtä asiaa kysytään kerrallaan. (Heikkilä 2008, 48–49.) Kysymyksiä asetellessa otamme huomioon, että yleisellä tasolla kysytyihin kysymyksiin liittyy enemmän tulkinnanvaraisuutta kuin rajattuihin. Kysymysten on myös hyvä olla lyhyitä. (Hirsjärvi ym. 2005, 191.) Lomakkeen huolellisella laadinnalla ja kysymysten tarkalla suunnittelulla tehostetaan tutkimuksen onnistumista. (Hirsjärvi ym. 2005, 186).

Kysymyksiä lomakkeeseen muotoillessa pidimme keskeisenä mielessä opinnäytetyömme tarkoituksen saavuttamiseksi asettamamme kysymykset. Lomakkeessa on sekä avoimia että monivalintakysymyksiä. Kysymykset on sijoitettu siten, että lomakkeen alussa on monivalintakysymyksiä, jotka ovat nopeita vastata. Tämä saattaa lisätä nuorten kiinnostusta vastaamiseen.

Avointen kysymysten avulla vastaaja voi ilmaista itseään omin sanoin ja tuoda esille asiaan liittyvien tunteiden voimakkuuden. Avointen kysymysten avulla saadaan myös paremmin selville mitä vastaajat pitävät keskeisenä omassa ajattelussaan. Tutkimuslomakkeen suunnittelussa avoimet kysymykset antavat viitekehyyksen monivalintatehtävien kehittelyyn. Monivalintakysymyksiä vastaukset ovat vähemmän kirjavia ja niitä on tutkijan helpompi vertailla. Monivalintakysymyksiin vastaaminen on nopeampaa ja helpompaa kuin avoimiin kysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 2005, 190.)

Laatimamme kyselylomake sisältää yhteensä 14 kysymystä. Kyselylomakkeen kysymykset 1-5 kartoittavat vastaajan taustaa kuten ikää ja sukupuolta sekä sitä onko vastaaja joutunut väkivallan uhriksi. Sillä tutkimus on tarkoituksena suorittaa

ennalta sovitulla oppitunnilla eräässä Seinäjoen ammattikorkeakoulun yksikössä, on joukossa myös henkilöitä, jotka eivät ole joutuneet fyysisen väkivallan uhriksi. Heidän on tarkoitus vastata lomakkeen kysymyksiin 1-3, jotka selvittelevät taustaa. Viimeinen kysymys 14 on suunniteltu vastaajille, jotka eivät ole kokeneet fyysistä väkivaltaa ja heidät ohjataan siihen suoraan kysymyksen 3 jälkeen.

Kyselylomakkeen kysymykset 4-6 käsittelevät sitä millaisen fyysisen väkivallan kohteeksi vastaaja oli joutunut, millaisia tunteita uhriksi joutuminen herätti heti tapahtuneen jälkeen sekä oliko tekijä ennestään tuttu vai tuntematon. Kysymys 7-9 käsittelevät avun hakemista, kun vastaaja on joutunut väkivallan uhriksi. Jos vastaaja ei ole hakenut apua ohjaamme hänet kysymykseen 12, jossa kysytään miksi apu jäi hakematta.

Koska opinnäytetyössämme keskitymme erityisesti sairaanhoitajan hoitotyöhön väkivallan uhrin kriisin alkuvaiheessa, tiedustelemme kysymyksessä 9 milloin vastaaja on hakenut apua. Jos vastaaja on hakenut apua vasta yli 10 vuorokautta tapahtuneen jälkeen ohjaamme hänet kysymykseen 13, jossa kysytään millaista apua vastaaja olisi tarvinnut heti väkivallan kohtaamisen jälkeen. 10 vrk sisällä tapahtuneesta apua hakeneille ovat kysymykset 10–11, joissa keskitymme erityisesti sairaanhoitajan hoitotyöhön tilanteessa.

Kyselylomakkeen lisäksi teemme saatekirjeen (Liite 2). Saatekirjeen tehtävänä on selvittää kyselyyn osallistuville tutkimuksen taustaa, tavoitetta, vastaamista sekä motivoida ja rohkaista vastaamaan. Saatekirjeen tulee olla sopivan lyhyt ja tekstin kohteliasta. Saatekirjeessä kerromme tutkimuksen aiheen ja mihin tutkimustietoja tullaan käyttämään. Mainitsemme kirjeessä myös tietojen ehdottomasta luottamuksellisuudesta ja vastaajan anonymiteetistä. Saatekirjeessä tulisi kertoa tutkimuksen merkityksestä vastaajalle, sekä vastausten tärkeydestä (Hirsjärvi yms 2005,193.)

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä sairaanhoitajien tietämystä fyysisen väkivallan uhrin kriisihoitotyöstä ja siitä millä hoitotyön keinoilla voidaan auttaa uhria selviytymään. Opinnäytetyössä kerrotaan väkivallan uhriksi joutumisesta sekä sairaanhoitajan toteuttamasta hoitotyöstä kriisin alkuvaiheessa, kun tapahtuneesta on kulunut vain vähän aikaa.

Aihe osoittautui melko haastavaksi. Haastavuudesta huolimatta onnistuimme saamaan työstämme hyvin rajatun johdonmukaisen kokonaisuuden joka etenee selkeästi kappaleesta toiseen. Opinnäytetyössä haimme vastuksia seuraaviin kysymyksiin: Millaisia kriisikokemuksia väkivallan uhrin ovat kokeneet? Millaisia kokemuksia väkivallan uhreilla on sairaanhoitajan tekemästä kriisihoitotyöstä? Opinnäytetyössä saimme vastaukset näihin kysymyksiin

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia kyselylomake, jota tullaan mahdollisesti myöhemmin käyttämään kvalitatiivisessa tutkimuksessa, jonka kohderyhmänä ammattikorkeakoulun opiskelijoita. Tutkimuksen avulla tullaan saamaan lisätietoa ammattikorkeakouluopiskelijoiden kokemasta fyysisen väkivallan aiheuttamasta kriisistä ja sairaanhoitajan auttamiskeinoista kriisin kohdanneen hoitotyössä. Työtä tehdessämme mieleemme nousi myös useita jatkotutkimusehdotuksia. Tutkimuksen avulla jatkossa voitaisiin selvittää esimerkiksi millaisia kriisihoitotyön keinoja uhrin pitivät toipumisen kannalta kaikkein merkityksellisimpinä.

Väkivallan kokemisen aiheuttama kriisi on mielenkiintoinen aihe ja sitä voidaan tutkia erilaisten tutkimusten avulla. Sairaanhoitajana erityistä mielenkiintoa herättävät hoitotyön kehittämiseen liittyvät tutkimukset. Työmme teoriaosa antaa kattavasti tietoa väkivallan uhrin hoitotyöstä sairaanhoitajana työskenteleville. Kun laa-
timaanme kyselylomaketta myöhemmin käytetään toisen opinnäytetyön tutkimuksessa, voidaan saatuja tuloksia hyödyntää hoitotyön kehittämisessä.

7.1 Johtopäätökset

Kyselylomakkeen alussa vastaajalta kysytään onko hän koskaan joutunut fyysisen väkivallan kohteeksi. Heiskanen ja Ruuskanen (2010) toteavat tutkimuksessaan, että 47 prosenttia miehistä oli joutunut fyysisen väkivallan uhriksi 15 vuotta täytettyään. Tutkimuksessa kävi ilmi väkivallan uhriksi joutumisen yhteys henkilön ikään. Väkivaltaa tai uhkailua oli kokenut 70 % 24–44-vuotiaista miehistä 15 vuotta täytettyään. (Heiskanen & Ruuskanen 2010, 5-6.) Heiskanen ja Ruuskanen tutkimuksen mukaan Kaikkiaan 42 % miehistä oli kokenut fyysistä väkivaltaa tuntemattoman taholta 15 vuotta täytettyään. Naisilla vastaava luku on 30 %. Kyselylomakkeemme avulla voimme saada lisätietoa siitä, miten yleistä väkivallan kokeminen on valitsemamme kohderyhmän keskuudessa.

Kansallisessa uhritutkimuksessa (2010) todetaan fyysisen väkivallan tekijän olevan aikaisemmin uhrille tuntematon 51 %:ssa tapauksista. Naisten kohdalla vastaava luku oli 37 %. Kyselylomakkeessa kysymme monivalintakysymyksellä oliko uhri tuntenut tekijän aikaisemmin sekä millaisen väkivallan kohteeksi uhri on joutunut. Kysymme asioita monivalintakysymyksellä. Heiskanen ja Ruuskanen (2010) tutkimuksen mukaan yleisin fyysisen väkivallan muoto on liikkumisen estäminen ja kiinni tarttuminen. Seuraavaksi yleisin muoto on läimäisy. Kolmanneksi yleisintä on lyöminen nyrkillä tai kovalla esineellä sekä potkiminen. (Heiskanen & Ruuskanen 2010, 22.)

Opinnäytetyössämme haimme vastausta siihen, millaisia kriisikokemuksia väkivallan uhrin ovat kokeneet. Kyselylomakkeessa on aiheeseen liittyvä avoin kysymys. Erilaisista kriiseistä sekä niihin liittyvistä hoitotyön keinoista löytyi melko runsaasti kirjallisuutta. Aiheesta löytyi niukasti tutkimuksia. Väkivallan uhrin kriisikokemuksina voi ilmetä esimerkiksi pelkoa uudelleen uhriksi joutumisesta sekä muiden suhtautumisesta asiaan (Kiiltomäki & Muma 2007, 76). Väkivalta voi aiheuttaa uhrissa itsesyytöksiä sekä häpeän tunteita (Saari, ym. 2009, 84). Väkivallan kokeminen järkyttää, herättää vihaa ja voi luoda turvattomuuden sekä alistuneisuuden tunteita. Uhrilla voi olla myös uni- tai keskittymisongelmia. (Ruishalme & Saaristo 2007, 27).

Koska keskitymme opinnäytetyössämme hoitotyöhön erityisesti kriisiprosessin alkuvaiheessa, haluamme saada tietoa siitä millaisia tuntemuksia väkivallan uhriksi joutuminen herätti vastaajassa kun tapahtumasta on kulunut lyhyt aika. Kyselylomakkeessa kysymme asiaa avoimen kysymyksen avulla. Kirjallisuudesta olemme löytäneet tietoa siitä, millaiset ovat äkillisen kriisin, johon väkivallan kokeminenkin lukeutuu keskeiset piirteet. Kysymyksen avulla haluamme lisätietoa siitä millaisia tuntemuksia on väkivallan uhrilla kun tapahtuneesta on kulunut lyhyt aika.

Kriisin ensimmäisenä vaiheena mainitaan sokkivaihe. Sokkivaihe alkaa heti järkyttävän kokemuksen jälkeen (Ruishalme & Saaristo 2007, 64). Kun kyselylomakkeessa kysymme millaisia tunteita vastaaja oli kokenut heti tapahtuneen jälkeen voi vastaaja kertoa tunteista, jotka kuuluvat sokkivaiheeseen. Näitä ovat esimerkiksi tunteettomuus, hätä, tyrmistys, epäusko sekä tuska (Hietala ym. 2010, 118.) Ihminen voi tuntea paniikkia ja halua vetäytyä tilanteesta. Sokkivaiheessa oleva voi menettää myös ajan- tai todellisuudentajunsa. (Hietala ym. 2010, 118.)

Sokkivaiheen jälkeen kriisissä oleva siirtyy vähitellen reaktiovaiheeseen (Saari ym. 2009, 31). Sokkivaihe kestää muutamasta tunnista useaan vuorokauteen (Ruishalme & Saaristo 2007, 64). Kun kyselylomakkeessa kysymme millaisia tunteita vastaaja on kokenut, kun väkivallanuhriksi joutumisesta on kulunut aikaa alle 10 vuorokautta, voivat tunteet olla myös ominaisia reaktiovaiheen piirteitä. Näitä ovat esimerkiksi tunteiden ja ajatusten voimakkuus, tunteiden vaihtelu, syyttäminen, syyllisyyden tunteminen, aggressio sekä viha (Saari ym. 2009, 32).

Kysymme väkivallan uhriksi joutuneelta vastaajalta, hakiko hän apua kokemaansa fyysisen väkivaltaan. Haluamme kysymyksen avulla kartoittaa syitä avun hakemattomuuteen. Saatujen vastausten avulla voidaan jatkossa miettiä, miten fyysisen väkivallan uhrin saataisiin hakemaan apua entistä herkemmin. Usein syynä siihen, ettei apua haeta on uhrin kokema syyllisyys ja häpeä (Saari, ym. 2009, 83). Tuen vastaanottaminen voi myös tuntua heikkouden osoitukselta ja apu jää siksi hakematta (Narumo & Murtomaa. 1998, 10–11). Ongelmana on myös viranomaistahojen kyvyttömyys tunnistaa uhrin avun tarvetta (Saari, ym. 2009, 83).

Kyselylomakkeessa kysymme mistä väkivallan uhriksi joutunut vastaaja on hakenut apua. Tähän vastausmahdollisuutena teoreettisesta viitekehystä löytyvät esimerkiksi Hälytyskeskus, poliisi, terveydenhuolto- ja sosiaalitoimi (Kiiltomäki & Muma 2007, 30, 35). Apua voi hakea myös kolmannen sektorin järjestöiltä. Tällaisia kolmannen sektorin järjestöjä ovat esimerkiksi: Suomen Punainen Risti, Väestöliitto, ja Suomen Mielenterveysseura. (Kiiltomäki & Muma, 2007, 30, 34.) Apua tarjoavat myös erilaiset ns. auttavat puhelimet, jotka tarjoavat ympärivuorokautista keskustelutukea (Sahi yms. 2006,138).

Opinnäytetyömme avulla haemme vastausta myös kysymykseen: Millaisia kokemuksia väkivallan uhreilla on sairaanhoitajan tekemästä kriisihoitotyöstä? Koska olemme erityisesti kiinnostuneita sairaanhoitajan antamasta väkivallan uhrin hoitotyöstä kriisin alkuvaiheessa, kyselylomakkeessa on avoin kysymys aiheesta. Kirjallisuudesta löysimme tietoa siitä, miten sairaanhoitajan tulisi auttaa ja hoitaa väkivallan uhria sekä äkillisen kriisin alkuvaiheissa olevaa potilasta. Sairaanhoitaja tekee tapahtuneesta tilannearvion. Hän paikkaa väkivallasta aiheutuneita vammoja ja rauhoittaa potilasta. Sairaanhoitaja hoitaa käytännön asioita tapahtuneeseen liittyen sekä ohjaa tarvittavaan jatkohoitoon. (Toljamo 2011, 59.)

Sairaanhoitaja voi antaa kriisissä olevalle potilaalle henkistä apua. Henkisen avun auttamismenetelminä ovat esimerkiksi huolehtiminen, kuunteleminen, rauhoittelu ja lähellä oleminen (Hietala ym. 2010, 118.) Sairaanhoitajan tulisi myös luoda kriisissä olevalle turvallisuuden tunnetta (Saari ym. 2009, 24). Heti tapahtuneen jälkeen sairaanhoitajan tulisi huomioida uhrin fyysisen ja psyykkisen ensiavun tarve (Kiiltomäki & Muma 2007,16–18). Tärkeä sairaanhoitajan toteuttama hoitotyön menetelmä on ohjaus. Sairaanhoitaja antaa uhrille neuvoja ja ohjeita sekä kirjallista materiaalia esimerkiksi avunsaantin liittyvistä paikoista. (Kiiltomäki 2007, 16.)

Kysymme kohdassa yksitoista avoimella kysymyksellä, saiko uhri tietoa jatkohoidosta tai väkivallan uhriksi joutumisesta. Teoreettisessa viitekehyksessä kerrotaan miten sairaanhoitajan tulee kertoa potilaalle jatkohoito mahdollisuuksista sekä kertoa väkivallan uhriksi joutumisesta. Kuten muussakin hoitotyössä, sairaanhoitaja on velvollinen antamaan ohjausta ja neuvontaa myös väkivaltaa kohdanneen hoitotyössä. Sairaanhoitajan tulisi huomioida uhrin jatkohoidon tarve ja tarvittaessa ohjata hänet jatkoavun piiriin. (Eskola & Karila 2007, 114).

Avoin kysymys numero neljätoista on tarkoitettu niille, jotka eivät ole joutuneet fyysisen väkivallan uhriksi. Kysymyksessä tiedustelemme millaista apua, tukea ja tietoa sairaanhoitajan tulisi antaa esimerkiksi terveyskeskuksen päivystykseen tulevalle väkivallan uhrille? Sairaanhoitajan on tärkeää tunnistaa, missä vaiheessa potilas on kriisiprosessissaan oikeiden toimintatapojen löytämiseksi (Saari ym. 2009, 20). Sairaanhoitaja kohtaa väkivallan uhrin usein melko nopeasti tapahtuneen jälkeen, jolloin tilanne on erityisen herkkä. (Toljamo 2011, 113.) Yleensä auttamistilanne etenee tilannearvion tekemisen jälkeen väkivallasta aiheutuneiden vammojen paikkaamisella, rauhoittamisella ja käytännön asioiden hoitamisella aina jatkohoitoon ohjaamiseen saakka. Sairaanhoitaja voi esimerkiksi hoitaa käytännön asioita, joihin uhri ei sillä hetkellä itse kykene. (Toljamo 2011, 59.) Tällä kysymyksellä haluamme saada selville, millaista apua, tukea ja tietoa sairaanhoitajan oletetaan antavan kun potilaana on väkivallan uhri. Tämä kysymys on tärkeä, jotta sairaanhoitaja osaisi auttaa väkivallan uhria mahdollisimman kattavasti, tärkeät asiat huomioiden.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyötä tai muuta tutkimustyötä tehdessä eettisyyden huomioiminen on oma vaativa tehtävänsä, johon tulee kiinnittää tarkkaan huomiota (Hirsjärvi ym. 2009, 26-27). Sairaanhoitajan työ perustuu hoitotieteeseen. Voidakseen käyttää erilaisia hoitotieteellisiä tutkimuksia työnsä kehittämiseen tulee sairaanhoitajalla olla tietoa tutkimuksiin liittyvistä eettisistä vaatimuksista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 360.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli laatia kyselylomake, jota käytetään myöhemmin kvalitatiivisessa tutkimuksessa, jonka kohderyhmänä on Seinäjoen ammattikorkeakoulun opiskelijoita. Kyselylomakkeessa on kysymyksiä, joilla pyritään saamaan tietoa opiskelijoiden kokemasta väkivallasta ja siihen saamastaan avusta. Kysymysten suunnittelussa meidän tuli huomioida aiheen arkaluontoisuus ja eettisyys. Opinnäytetyömme tarkoitusta varten asettamamme kysymykset ja opinnäytetyömme aihe eivät loukkaa eivätkä väheksy mitään ihmisryhmää. Tutkimus-

kohteen valinnassa huomioimme, että arkaluontoisen asian tutkiminen olisi mahdollisimman vähän haavoittavaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 365-366.)

Opinnäytetyötä tehdessämme keskeistä oli rehellisyys, huolellisuus sekä tarkkuus. Tutkittavien henkilöiden asemasta, oikeuksista ja yksityisyydestä tiedotetaan laa-
timassamme kyselylomakkeessa asianmukaisesti. Tutkittavien henkilöiden itse-
määräämisoikeutta kunnioitetaan ja tutkimuksen toteutusvaiheessa kerrotaan tut-
kimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Tämän tutkimuksen saatekirjeessä
tulevat ilmi seikat jotka sen tulee sisältää, näitä ovat muun muassa tutkimuksen
tarkoitus, tavoite ja toteuttaja. Lisäksi siinä kerrotaan mihin, miten ja kuka tutki-
mustuloksia käyttää. (Vilka 2009, 153-154.)

Kyselylomakkeisiin ei tule nimiä eikä muita henkilöllisyyden paljastavia tietoja. Eettisyyttä opinnäytetyön tekemisessä oli myös asianmukaisten lähdemerkintöjen käyttäminen. Opinnäytetyömme teoriaosassa olemme käyttäneet tiedonhankinnan menetelmiä, jotka ovat eettisesti ja tieteellisesti kestäviä. Tietolähteiden valinta on keskeinen tekijä tutkimuksen luotettavuuden sekä eettisyyden kannalta (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 360.) Tutkittaville on annettava riittävästi tietoa tutkimuksesta, jolloin he voivat päättää haluavatko he osallistua tutkimukseen (Vilka 2009,153.)

7.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Luotettavuus eli reliabiliteetti tarkoittaa tulosten tarkkuutta. Tutkijoiden on oltava koko tutkimuksen ajan puolueettomia, kriittisiä ja tarkkoja. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Validiteetillä eli pätevyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimus mittaa sitä, mitä sillä on tarkoituskin selvittää. (Heikkilä 2008, 29–30.) Tutkimusta tehdessä on syytä säilyttää kokoajan kriittinen lähestymistapa omaan työhön ja saatavilla olevaan materiaaliin. Käyttämämme lähteet ovat mahdollisimman tuoreita, ja sisältävät ajanmukaista tietoa. Käytämme vain tutkittuun tietoon perustuvia lähteitä ja olemme kriittisiä nettilähteiden suhteen. Oikeusministeriön tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeita tieteellisistä menettelytavoista, joita pyrimme työssämme mahdollisimman hyvin noudattamaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan yleisillä luotettavuuskriteereillä, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, sekä siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Kun luotettavuutta arvioidaan, pitää muistaa eritoten tutkimuksen kohde ja tarkoitus, mitä ollaan tutkimassa ja miksi. Aineistoa kerätessä keskeinen asia on aineiston keruumenetelmä. Jos aineisto kerätään haastattelemalla, niin haastattelumuodolla on merkitystä sekä kuinka suurelle joukolle haastattelu tehdään. Aineistonkeruussa mahdollisesti ilmenneillä ongelmilla on myös merkityksensä luotettavuuden suhteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140.)

Huolimattomuus tutkimuksen tekemisessä, tulosten kirjaamisessa, ja raportoinnissa heikentävät tutkimuksen tulosten luotettavuutta ja kertovat tutkijan huonosta ammattitaidosta. Piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja epärehellisyys loukkaavat tieteellistä käytäntöä. Piittaamattomuus ja epärehellisyys voivat esiintyä muun muassa tutkimuksen tutkimustulosten ja johtopäätösten tiedoksiantossa. Piittaamattomuus voi ilmetä muun muassa laiminlyönteinä tutkimuksen eri vaiheissa. Vilppi tarkoittaa tutkimuksen yhteydessä tietojen luvaton lainaamista, väärin tietojen tai tulosten tuottamista ja niiden levittämistä muihin tarkoituksiin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta/ Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen, 2002.)

Kun laatimaamme kyselylomaketta jatkossa käytetään tutkimuksessa vaikuttaa tulosten luotettavuuteen vastaajien määrä. Jos kyselyyn vastaa suppea joukko kohderyhmästä ei tutkimuksen avulla voida vetää suuntaa antavia johtopäätöksiä väkivaltaa kokeneiden kriisikokemuksista ja heidän kokemastaan sairaanhoitajan antamasta hoitotyöstä tilanteessa. Kyselylomakkeen avulla saatavan aineiston luotettavuuteen vaikuttaa myös se, miten pitkä aika on väkivallan uhriksi joutumisen ja kyselylomakkeeseen vastaamisen välillä.

7.4 Ammatillinen kasvu

Aiheen valintaan vaikuttivat molempien tekijöiden mielenkiinto kriisihoitotyötä kohtaan sekä halu saada tietää lisää väkivallan uhriksi joutuneen auttamismenetelmistä. Aihe oli haastava, sillä suorita tutkimuksia sairaanhoitajan tekemästä hoitotyöstä väkivallan uhrin kriisissä ei juuri löytynyt. Haastavuutta lisäsi myös se, että

useissa tietolähteissä väkivallan uhri oli joutunut väkivallan kohteeksi parisuhteessaan tai kysymyksessä oli muu kuin fyysisen väkivallan muoto. Kriisihoitotyöstä löytyi hyvin kirjallisuutta, mutta tuoreita tutkimuksia oli niukasti.

Opinnäytetyötä tehdessämme tutustuimme monipuolisesti aiheesta saatavilla olevaan kirjallisuuteen. Opinnoissa olemme saaneet pohjatietoa tutkimastamme aiheesta ja nyt, opinnäytetyön tekemisen jälkeen meillä on aikaisempaa monipuolisemmin tietoa kriisin kohdanneen potilaan hoitotyöstä sekä hoitotieteellisen tutkimuksen toteuttamisesta. Käsityksemme siitä millainen tieto on relevanttia tällaisen työn lähteeksi, on myös selkiytynyt. Tiedonhaun tuottama suuri lähteiden määrä opetti meitä rajaamaan tarpeelliset ja tarpeettomat lähteet toisistaan. Relevantin, uuden tiedon löytäminen on tulevassa ammatissamme varmasti tarpeellista, sillä kokoajan on päivitettävä tietotaitoaan ja pysyttävä ajan hermoilla.

Opinnäytetyön tekeminen oli haasteellista ja vaati yhteisen ajan löytymistä. Aikataulut saimme soviteltua yhteen, ja yhteistyö ohjaajan kanssa sujui moitteettomasti. Olimme yhteydessä ohjaajaamme tiiviisti, ja saimme joka tapaamisen jälkeen uusia muutosehdotuksia työn punaisen langan löytymiseksi. Työn alkumetreillä aiheen rajaaminen tuntui hankalalta, mutta ohjauksessa työ hioutui ja jalostui lopulliseen muotoonsa. Parin kanssa työskentely oli motivoivaa, ja erilaiset mielipiteet toivat työn tekemiseen mielekkyyttä. Työn tekemisen tuntuessa välillä hankalalta, parilta sai kannustusta ja voimia jatkaa eteenpäin. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tekeminen oli hieno projekti josta sai paljon eväitä tulevaa työelämää ajatellen.

Opinnäytetyön tekemisen myötä saimme paljon uutta tietoa jota voimme käyttää tulevassa sairaanhoitajan työssä. Tiedolliset valmiudet auttaa ja ohjata kriisissä olevaa potilasta ovatkin tärkeä osa sairaanhoitajan ammatillista osaamista. Väkivallan kokemisen aiheuttama kriisi oli myös aiheena mielenkiintoinen. Työmme teoriaosa antaa kattavasti tietoa väkivallan uhrin hoitotyöstä muillekin sairaanhoitajana työskenteleville.

LÄHTEET

- CDS-projekti. CDS-esittely. Ei päiväystä. CDS-projekti. [Verkkajulkaisu].[Viitattu 4.9.2011] Saatavana:
<http://elgg.mcampus.fi/cds/>
- Cullberg, J. 1991. Tasapainon järkyessä. Helsinki: Otava.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Eskola, J. & Karila, A. 2007, Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita.
- Fyysinen väkivalta. Ei päiväystä. [Verkkajulkaisu]. Väestöliitto. [Viitattu 20.10.2011]. Saatavana:
http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/parisuhdevakivalta/fyysinen-vakivalta/
- Hammarlund, C-O. 2004. Kriisituki, jälkipuinti, stressin- ja konfliktinhallinta. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, K. Potilasohjauksen tuloksellisuus. [Verkkajulkaisu]. Turku: Turun yliopisto.[Viitattu 11.9.2011]. Saatavana:
<http://www.med.utu.fi/hoitotiede/tutkimus/tutkimusprojektit/potilasohjaus.html>
- Heiskanen, M. & Ruuskanen, E. 2010. Tuhansien iskujen maa. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Yhdistyneiden Kansakuntien yhteydessä toimiva Euroopan Kriminallipolitiikan Instituutti.[Viitattu 17.10.2011]. Saatavana:
<http://www.heuni.fi/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&SSURLapty-pe=BlobServer&SSURLcontainer=Default&SSURLsession=false&blobkey=id&blobheadervalue1=inline;%20filename=Full%20report%2066.pdf&SSURLsscontext=Satellite%20Server&blobwhere=1296734525055&blobheadername1=Content-Disposition&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Kivivuori, J. 2002. Nuorten kokeman väkivallan uhka lisääntynyt. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 20.1.2012]. Saatavana:
<http://www.haaste.om.fi/Etusivu/Lehtiarkisto/Haasteet2002/Haaste32002/1247666378540>

- Kylmä, J & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus -tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidajalehti 79 (10), 6-9.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. Psykiatria.2008. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Narumo, R. & Murtomaa, M. 1998. Psykososiaaliset tukipalvelut traumaattisen kriisin kohdanneille. Helsinki. Sosiaali-ja terveysministeriö.
- Omat rajani. Fyysinen väkivalta. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 20.1.2012]. Saatavana: <http://www.omatrajani.fi/fi/mita+vakivalta+on/fyysinen+vakivalta/>
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Pitkäranta, A. 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle: Työkirja. Satakunnan ammattikorkeakoulu.[Viitattu17.1.2012].Saatavana: http://www.samk.fi/download/13153_Laadullisen_tutkimuksen_tyokirja_APitkaranta.pdf
- Pohjola-Katajisto, A. 2008. Onnistuneen potilasohjauksen edellytykset: Kirjallisuuskatsaus. [Verkkajulkaisu] Satakunnan ammattikorkeakoulu. Terveysalanyksikkö,hoitotyönkoulutusohjelma.[Viitattu20.10.2010]Opinnäytetyö. Saatavana:https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/869/Pohjola-Katajisto_Anne.pdf?sequence=1
- Psykososiaalinen tuki- ja palvelujärjestelmä.26.3.2010. [Verkkajulkaisu]. Terveyskirjasto.[Viitattu20.1.2012].Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00130&p_teos=onn&p_selaus=
- Rautava, M & Perttu, S. 2002. Naisiin kohdistuva pari- ja lähisuhdeväkivalta. Helsinki: Stakes.
- Ruishalme, O & Saaristo, L. 2007. Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Tammi.
- Ruohonen, M., Piispa, M., Kvist, T. & Takala, J-P. 2009. Väkivallan vähentäminen Suomessa. Helsinki. Oikeusministeriö. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 30.4.2012]. Saatavana: <http://www.rikoksentorjunta.fi/Etusivu/Julkaisut/Neuvostonjulkaisut/Kansallinenvakivallanvahentamisohjelma>
- Saari, S. 2009. Hädän hetkellä-psykkisen ensiavun opas. Helsinki: Duodecim.

- Sahi, T., Castren, M., Helistö, N, & Kämäräinen, L. Ensiapuopas.2006. Helsinki: Duodecim.
- Sirén, R. & Aaltonen, M. & Kääriäinen, J. 2010. Suomalaisten väkivaltakokemukset 1980–2009. Helsinki:Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantaja.
- Suomen Mielenterveysseura. SOS-kriisikeskus. [viitattu 9.2.2012]Saatavana: <http://www.mielenterveysseura.fi/sos-kriisikeskus>
- Toljamo, T 2011. Väkivaltatyön viranomaiskäytännöt lähisuhdeväkivallan uhrin kohtaamisessa. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro gradu – tutkielma.PDF-dokumentti.[viitattu6.2.2012]Saatavana: http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/69546/Pro_gradu_tutkielma_Taru_Toljamo.pdf?sequence=3.
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vainikainen, M-P. 2010. Akuutin kriisityön vaikuttavuus tutkimusnäytön valossa. Psykologia 45 (1), 51–68.
- Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. Helsinki:Tammi.

LIITE 1



KYSELYLOMAKE

Lue kysymykset huolella ja vastaa kysymyksiin muutamalla lauseella tai ympyröimällä oikea vastaus. Jos sinulla on useita väkivaltakokemuksia, vastaa kysymyksiin viimeisimmän tai mieleenpainuvimman kokemuksen perusteella.

1. Olen:

a) Nainen

b) Mies

2. Iältäni olen: _____ -vuotias

3. Oletko koskaan joutunut fyysisen väkivallan kohteeksi? (Jos vastasit kysymykseen En, siirry kysymykseen 14)

a) Kyllä

b) En

4. Fyysisen väkivallan tekijä oli minulle?

a) Ennestään tuttu

b) Tuntematon

5. Kokemani fyysinen väkivalta oli? (Ympäroi kaikki kohdat, mitkä kuvailevat kokemaasi väkivaltaa)

- a) liikkumisen estäminen b) läimäisy
c) kiinni tarttuminen d) lyöminen nyrkillä
e) lyöminen kovalla esineellä f) potkiminen
g) Muuta, millaista:

6. Kuvaile omin sanoin millaisia tunteita väkivallan uhriksi joutuminen herätti heti (alle 10 vrk) tapahtuneen jälkeen:

7. Haitko apua kokemasi fyysisen väkivallan vuoksi? (Jos vastasit kysymykseen En, siirry kohtaan 12)

- a) Kyllä b) En

8. Mistä hait apua?

9. Haitko apua heti tai muutaman päivän sisällä (alle 10 vrk) tapahtuneesta? (Jos vastasit kysymykseen En, Siirry kohtaan 13)

a) Kyllä

b) En

10. Jos kohtasit hoitoon hakeutuessasi sairaanhoitajan, kuvaile omin sanoin hänen antamaa henkistä apua tilanteessa:

11. Millaista tietoa sait väkivallan uhriksi joutumisesta? Saitko tietoa mahdollisesti tarvittavasta jatkohoidosta?

12. Jos et hakenut apua, niin miksi jätit avun hakematta?

13. Kuvaile muutamalla lauseella, millaista henkistä apua olisit mielestäsi tarvinnut/jäit kaipaamaan, kun olit juuri kohdannut (alle 10 vrk) fyysistä väkivaltaa:

Vastaa kysymykseen 14. vain, jos et ole kokenut fyysistä väkivaltaa:

14. Jos väkivallan uhriksi joutunut hakeutuu hoitoon (esimerkiksi terveyskeskuksen päivystykseen) millaista apua, tukea ja tietoa sairaanhoitajan tulisi mielestäsi antaa väkivallan uhrille?

KIITOS OSALLISTUMISESTASI !!

LIITE 2

Saatekirje

Hei!

Olen kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelija _____ . Teen opinnäyte-työn jonka aiheena on: Sairaanhoitajan auttamiskeinot fyysistä väkivaltaa kokeneen kriisissä.

Pyydän Sinua ystävällisesti osallistumaan oheiseen kyselyyn, johon vastaaminen on vapaaehtoista. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta jokainen vastaus on tärkeä. Vastaaminen vie aikaa noin 10–15 minuuttia.

Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömänä ja tutkimuksen valmistuttua jokainen lomake tuhotaan. Kyselylomakkeeseen vastanneiden henkilöllisyys ei tule ilmi missään vaiheessa, eikä vastauksia tulla käyttämään muuhun tarkoitukseen.

Vastattuasi kyselyyn palauta lomake minulle.

Mikäli sinulle heräsi kysyttävää, vastaan mielelläni kysymyksiisi

Terveisin:

