

PSYKKINEN ENSIAPU VÄKIVALLAN UHRILLE YHTEIS- PÄIVYSTYKSESSÄ

Hilla Eerola C31548

Milla Viljakainen C31410

Opinnäytetyö, kevät 2017

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Terveystyön koulutusohjelma

Terveystyöntekijä (AMK)

2.5.2017

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	5
ABSTRACT	6
JOHDANTO	7
1 TUTKIMUSONGELMA, TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	9
2 LAINSÄÄDÄNTÖ KOSKIEN VÄKIVALLAN UHRIA	11
2.1 Rikoslaki	11
2.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	11
2.3 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä	11
3 TRAUMAATTINEN TAPAHTUMA JA REAKTIOT	12
3.1 Traumaattinen tapahtuma	12
3.2 Kriisi ja sokki.....	12
3.3 Trauman vaikutukset	13
3.4 Fyysiset reaktiot	13
3.5 Henkiset reaktiot.....	14
3.6 Akuutit reaktiot tapahtuman jälkeen.....	15
3.7 Traumaperäinen stressihäiriö	17
4 PAKE–PROJEKTI	18
5 VÄKIVALLAN YLEISIMMÄT MUODOT.....	19
5.1 Lähisuhdeväkivalta ja seksuaalinen väkivalta	19
5.2 Henkinen ja kunniaan liittyvä väkivalta	21
5.3 Työpaikalla ja yleisellä paikalla tapahtuva väkivalta	22
6 KRIISIAPU	24
6.1 Kriisiavun perusta	24
6.2 Kriisityön osa-alueet ja kriisiapua vaikeuttavat tekijät	24
6.3 Psykologinen ensiapu.....	25

6.5 Erityistä tukea tarvitsevat uhriryhmät.....	27
7 VÄKIVALLAN UHRIN KOHTAAMINEN.....	29
8 KVALITATIIVINEN TUTKIMUS.....	31
8.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	31
8.2 Tiedonhaku suunnitelma	31
8.3 Menetelmän valinta ja järjestelyt	32
8.4 Teemahaastattelujen toteutus	34
8.5 Haastateltavat ammattihenkilöt	34
8.6 Aineiston analysointi.....	34
9 TUTKIMUSTULOKSET JA HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN.....	36
9.1 Uhrin kohtaaminen ja huomioiminen hoidossa	36
9.1.1 Resurssit.....	36
9.1.2 Kohtaaminen.....	36
9.1.3 Väkivallan olemassaolon tiedostaminen	38
9.2 Olemassa olevat hoitokäytännöt	38
9.3 Kotiutuminen	39
9.4 Jatkohoitoon ohjaaminen ja kokemus potilaan saamasta avusta	39
9.4.1 Mahdolliset jatkohoitopaikat.....	40
9.5 Hoitotyön kehittäminen	40
9.5.1 Sosiaalityöntekijä	40
9.5.2 Tarkistuslista.....	41
9.5.3 Lisäkoulutus.....	41
9.5.4 Päivystävä tulkki	41
9.5.5 PAKE-kaavakkeen systemaattinen käyttö	42
10 POHDINTA	43
10.1 Johtopäätökset	45
LIITE 1: TIEDONHAUN TAULUKKO	50

LIITE 2: INFOKIRJE.....	52
LIITE 3: HAASTATTELURUNKO.....	53

TIIVISTELMÄ

Eerola, Hilla & Viljakainen, Milla. Psykykinen ensiapu väkivallan uhrille yhteispäivystyksessä. Diak Etelä, Helsinki, kevät 2017, 53s., 2 liitettä
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto, terveydenhoitaja (AMK) + sairaanhoitajan virkakelpoisuus.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää teorian tiedon ja teemahaastattelujen avulla kuinka päivystyksessä toteutui psykkisen ensiavun antaminen työikäiselle väkivallan uhrille. Haastatteluilla selvitettiin psykkiseen ensiapuun liittyviä käytäntöjä ja niiden toimivuutta. Tavoitteena oli myös pohtia toimintamallien kehittämistä työyksiköissä.

Traumaattinen tapahtuma on ennalta arvaamaton ja kontrolloimaton tapahtuma, joka aiheuttaa yksilölle psyykkistä raskautta. Traumaattisen tapahtuman aikana ja sen jälkeen ihmisessä syntyy fyysisiä ja psyykkisiä reaktioita. Nämä reaktiot perustuvat kehon sympaattiseen ja parasympaattiseen toimintaan. Traumaattisen tapahtuman jälkeen ihmisessä käynnistyy psykologinen sopeutumisprosessi. Väkivallan uhri tulisi kohdata neutraalisti ja myötätuntoisesti. Tärkeää on läsnäolo ja resilienssin vahvistaminen. Alkuvaiheen psykologinen ensiapu voi ennaltaehkäistä myöhempien psyykkisten ongelmien kehittymisen. Jatkohoidon järjestäminen akuutissa vaiheessa on merkittävää.

Opinnäytetyön menetelmänä käytettiin kvalitatiivista tutkimusta. Teemahaastattelut toteutettiin päivystysyksiköissä, ja haastateltavat edustivat hoitoalan eri ammattiryhmiä. Haastattelut nauhoitettiin litterointia varten.

Päivystystyön luonteen vuoksi potilaan kohtaaminen on haasteellista, koska kohtaamiseen käytettävä aika on rajallista. Akuutti psyykinen ensiapu on merkityksellistä psyykkisen trauman kroonistumisen ehkäisemisessä.

Päivystyksen työntekijöillä oli olemassa käytäntöjä koskien väkivallan uhrin hoitoa. Myös koulutuksia aiheesta oli järjestetty. Ammatillaiset kokivat aiheen tärkeäksi, mutta kaipaivat kuitenkin lisää koulutusta väkivallan uhrin kohtaamisesta, tunnistamisesta sekä hoidosta. Myös selkeitä toimintamalleja väkivallan uhrin hoidossa haluttiin yhtenäistää.

Asiasanat: psyykinen trauma, psyykinen kriisiapu, yhteispäivystys, väkivalta, uhri.

ABSTRACT

Eerola, Hilla & Viljakainen, Milla. Psychological first aid to violence victim in an emergency department. Language: Finnish. Diak South, Helsinki, Spring 2017, 53p., 2 appendices. Diaconia University of Applied Sciences. Programme in Nursing. Option in Health care. Degree: Public Health Nurse.

The aim of the thesis was to study the execution of psychological aid for the working age violence victims in the emergency department by using the theoretic information and theme interviews. The interviews investigated the prevailing practices and their functionality concerning psychological aid. The aim was also to consider the development of operating models in work units.

A traumatic incident is an unexpected and uncontrolled event causing mental stress. Physical and mental reactions develop during and after the traumatic event. These reactions are based on human body's functions of sympathetic and parasympathetic nervous systems. Psychological adaptation process begins after a traumatic event. Violence victim should be confronted impartially and emphatically. Presence and confirming psychological resilience are important factors. Early stage psychological aid can prevent development of the mental disorders on later stage. Arranging the follow-up treatment in early stage is vital.

This thesis is a qualitative study. The data was collected by theme interviews. Theme interviews was put in to practice in the emergency departments and interviewees represented different occupational groups from caring industry. The interviews were recorded for transcription.

The encountering of a patient is challenging because of the nature of work in the emergency unit. This is due to limited time. Acute psychological aid is crucial in preventing chronic mental trauma.

Emergency unit workers had prevailing practices concerning the care of violence victims. Trainings on the subject had also been arranged. Professionals experienced the subject important but needed more education on confronting, identifying and treatment of violence victims. They also wanted to unify the explicit operation models of the violence victim's care.

Keywords: psychological trauma, crisis intervention, emergency unit, violence, victim.

JOHDANTO

Vuonna 2015 poliisin tietoon ilmoitettiin yhteensä 33 900 väkivaltarikosta. Vuoden 2014 verrattuna nousua oli tapahtunut 1000:n rikoksen verran. Väkivaltarikosten määrä Suomessa on noussut jatkuvasti 1980-luvulta lähtien. (Tilastokeskus 2016.)

Potilaan kohtaaminen vaatii erityistä osaamista hoitohenkilökunnalta akuuteissa työyksiköissä. Kysyttäessä päivystyksen työntekijöiltä, kuinka usein he kohtaavat väkivallan uhreja, saimme vastaukseksi: ”Lähes päivittäin” (Haastateltava 1). On tärkeää ja ajankohtaista tutkia väkivallan uhrien kohtaamista ja siihen käytettäviä keinoja. Psykkisen hoidon huomioiminen somaattisten vammojen hoidon lisäksi kuuluu myös potilaan oikeuteen saada laadukasta ja kokonaisvaltaista hoitoa.

Opinnäytetyömme käsittelee työikäisen väkivallan uhrin psyykkisen ensiavun huomioimista yhteispäivystyksessä. Tarkoituksenamme on kartoittaa, kuinka psyykkisen trauman ensihoitoa annetaan väkivallan uhrille ja miten hoitohenkilökunta kokee osaamisensa tällä osa-alueella. Prosessin alussa aiheeseemme kuului myös raiskauksien uhrin, mutta rajasimme aiheen koskemaan vain väkivallan uhreja. Työmme on laadullinen tutkimus, jossa kokoamme tieteellistä tietoa aihepiiristä, haastattelemme päivystyksessä toimivia ammattilaisia sekä koostamme yhteenvedon tutkimustuloksista.

Koemme aiheen käsittelyn tärkeäksi ja haluamme kartuttaa omaa osaamistamme tästä aihepiiristä tulevana terveydenhoitajina. On todennäköistä, että tulemme kohtaamaan tulevassa työssämme asiakkaita, jotka tarvitsevat psyykkistä tukea traumaattisessa tilanteessa. Aiheen käsittely opinnäytetyössä antaa meille tietoa potilaan oikeaoppisesta kohtaamisesta, akuutista psyykkisestä hoidosta ja jatkohoidon järjestämisestä. Myös reaktioiden ymmärtäminen traumaattisen tapahtuman aikana ja sen jälkeen auttavat terveydenhoitajaa ymmärtämään potilaan sen hetkistä avuntarvetta.

Yhteistyökumppaneina opinnäytetyömme tutkimuksessa ovat kaksi päivystyspoliklinikkaa pääkaupunkiseudulla. Yhteistyökumppanimme pysyvät anonyymeina raportissamme.

Kriiseissä tukemiseen on olemassa keinoja, joiden toteutumista haluamme tutkia käytännön työelämässä. Haluamme kerätä käytännön kokemuksia työntekijöiltä, joilla on kokemusta aiheesta. Tutkimuksen perustana on kirjallisuudesta ja tutkimuksista kerätty teoretieto aiheesta. Lopuksi analysoimme tutkimuksen tuloksia ja pohdimme hoitotyön kehittämismahdollisuuksia liittyen väkivallan uhrin psyykkiseen ensiapuun.

1 TUTKIMUSONGELMA, TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimusongelmana on tutkimuksen tekijöiden kokemuksen puute siitä kuinka psyykkistä ensiapua toteutetaan päivystyksessä ja minkälaisilla keinoilla sitä on mahdollista toteuttaa käytännössä. Tähän liittyy myös kysymys siitä kuinka työntekijät kokevat osaamisensa tällä alueella. Tutkimus tuottaa tietoa käytännön työstä.

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää haastattelumenetelmän avulla kuinka psyykkisen ensiavun antaminen väkivallan uhrille tapahtuu päivystyksessä, ja kuinka henkilökunta kokee osaamisensa tällä alueella. Pohdimme myös toimintamallien kehittämistä väkivallan uhrin psyykkisessä akuuttihoitossa. Aihe on rajattu työikäisiin.

Tarkoituksenamme on teemahaastatteluilla kartoittaa psyykkiseen ensiapuun liittyviä käytänteitä päivystyksyksiköissä sekä tuottaa myös tietoa opinnäytetyön yhteistyökumppanillemme olemassa olevien käytänteiden toimivuudesta.

Tutkimuskysymykset opinnäytetyöllemme ovat seuraavat:

Tutkimuskysymys 1: Kuinka psyykkisen trauman ensihoitoa annetaan väkivallan uhrille?

Apukysymykset:

- Kuinka psyykkinen ensiapu toteutetaan väkivallan uhrin hoidossa?
- Mitä keinoja uhrin tukemisessa on?
- Kuinka väkivallan uhri tulisi kohdata?

Tutkimuskysymys 2: Miten hoitohenkilökunta kokee osaamisensa tällä osa-alueella?

Apukysymykset:

- Kokeeko hoitohenkilökunta omaavansa riittävästi tietoa psyykkisestä ensiavusta?
- Mitkä hoitokäytännöt hoitohenkilökunta kokee toimiviksi?
- Kuinka toimintamalleja voisi parantaa psyykkisen preventiivisen ensiavun antamisessa?

2 LAINSÄÄDÄNTÖ KOSKIEN VÄKIVALLAN UHRIA

Potilaan hoitoa ja oikeuksia ohjaa lainsäädäntö, joka perustuu muun muassa alla oleviin lakeihin. Laki määrittelee myös kaikenlaisen väkivallan rangaistavaksi teoksi.

2.1 Rikoslaki

Suomen rikoslaki sanoo pahoinpitelystä seuraavasti: ”*Joka tekee toiselle ruumiillista väkivaltaa taikka tällaista väkivaltaa tekemättä vahingoittaa toisen terveyttä, aiheuttaa toiselle kipua tai saattaa toisen tiedottomaan tai muuhun vastaavaan tilaan, on tuomittava pahoinpitelystä sakkoon tai vankeuteen enintään kahdeksi vuodeksi. Yritys on rangaistava.*” (L 5 § 21.4.1995/578.)

2.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ohjaa seuraavasti: ”*Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.*” (L § 3 17.8.1992/785.)

2.3 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ohjaa ammattietiikkaa seuraavasti: *Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemuseräisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat.* (L § 15 28.6.1994/559.)

3 TRAUMAATTINEN TAPAHTUMA JA REAKTIOT

3.1 Traumaattinen tapahtuma

Traumaattinen tapahtuma määritellään sille ominaisten tunnusmerkkien pohjalta. Tunnusmerkkejä ovat tapahtuman ennustamattomuus, kontrolloimattomuus, elämänarvojen muokkautuminen tapahtuman jälkeen ja tunne kaiken muuttumisesta. (Saari 2003, 22–27.)

Trauma määritellään myös tapahtumana, joka aiheuttaa uhrille psyykkistä rasi-tusta. Traumalle keskeistä ovat pelon, avuttomuuden ja vihan tunteet. (Hedrenius & Johansson 2016, 27.)

3.2 Kriisi ja sokki

Kriisillä tarkoitetaan kärsimystä aiheuttavaa tapahtumaa, jota uhri ei kykene käsittelemään aiempien kokemustensa perusteella. Kriisi synnyttää uhrissa erityyppisiä reaktioita, jotka voivat muuttaa ihmisen käyttäytymistä tai olotilaa. Tavallisimpia reaktioita ovat kaipaus, epätoivo ja väsymys. (Hedrenius & Johansson 2016, 27.)

Virallisesti kriisi kattaa kaksi lajityyppiä: kehityskriisit ja traumaattiset kriisit. Kehityskriiseillä tarkoitetaan kriisejä, joita kaikki ihmiset kokevat eri elämän kehitysvaiheissa. Traumaattisella kriisillä tarkoitetaan kriisiä, jossa ihminen kokee itsensä uhatuksi yllättävän ulkoisen tapahtuman vuoksi. Tällöin ihminen kokee uhkaa ruumiillista olemassaoloa, sosiaalista identiteettiä ja turvallisuuttaan kohtaan. (Pohjolan-Pirhonen; Poutiainen & Samulin 2007, 13–14.)

Sokki on muuttuneen tietoisuuden tila, jota ihminen ei tiedosta. Yleisin oire on lukkiutuneet tunteet, joiden vuoksi traumaa on vaikea sisäistää ja käsitellä. Mitä pidempään sokki jatkuu, sitä suurempi riski uhrilla on sairastua myöhemmin psyykkisiin traumaperäisiin stressireaktioihin. (Hammarberg 2010, 101–102.)

3.3 Trauman vaikutukset

Ennustamattomuus tarkoittaa, ettei tapahtumaan ole pystytty varautumaan psyykkisesti. Psyykinen varautumattomuus aiheuttaa suuremman järkytyksen yksilölle kuin ennalta tiedetyssä tilanteessa. Tilanteet ovat usein kontrolloimattomia, eli henkilö ei omalla toiminnallaan voi vaikuttaa sen etenemiseen. Ensi järkytyksen laannuttua yksilölle kehittyy tieto omasta haavoittuvuudestaan, mikä saattaa muuttaa radikaalistikin hänen elämänarvojaan. Käytännössä tämä tarkoittaa materian merkityksen vähenemistä ja ihmissuhteiden merkityksen lisääntymistä. Kaiken muuttuminen ilmenee tapahtumien jälkeisinä psyykkisinä sopeutumisprosesseina, joissa yksilö opettelee sopeutumaan tilanteen kanssa elämiseen. Kaiken kaikkiaan traumaattinen tapahtuma ei vaikuta vain yksittäiseen yksilöön, vaan myös hänen läheisiinsä ja lähipiiriinsä. (Saari 2003, 22–27.)

Arjen traumatisoivista tapahtumista väkivaltaiset teot ovat traumatisoivimpia. Lisääntyvän väkivallan maassa tämän käsittely vaatii yhä enemmän resursseja ja ammattitaitoa ammattilaisilta. Väkivalta aiheuttaa uhreilleen tunteita herättäviä reaktioita, jotka voivat olla hyvinkin voimakkaita. Oikeaoppinen tilanteen käsittely on myös yhtä tärkeää läheltä piti -tilanteissa myöhempien komplikaatioiden ehkäisemiseksi. (Saari 2003, 30.)

3.4 Fyysiset reaktiot

Tietyt primitiiviset reaktiomallit toistuvat järkyttävissä tapahtumissa. Ne perustuvat tapahtuman vakavuuteen, biologiaan sekä aiempiin kokemuksiin. Aivoissa aktivoituu syvällä olevia neurobiologisia ja psykofyysisiä toimintoja, jotka saavat ihmisen pakenemaan, taistelemaan, jähmettymään tai alistumaan. Ihmisen aivot pyrkivät primitiiviseen tehokkuuteen ilman syvällisempää analyysiä. Tästä johtuen stressireaktion aikana emme välttämättä tunne heti kipua. Reaktiossa aktivoituneet mantelitumakkeet auttavat voimakkaan tunnereaktion muistamisessa myöhemmin. (Hedrenius & Johansson 2013, 73–75.)

Sympaattinen ja parasympaattinen hermosto aktivoituu, kun stressireaktio on syntynyt aivoissa. Aivot valitsevat tarkoituksenmukaisimman tavan toimia automaattisesti. Tähän valintaan vaikuttavat ihmisen geneettiset ominaisuudet, aikaisemmat kokemukset, uhan laatu ja tilanne. Reaktio sopeutuu tilanteen kehittymisen mukaan ja voi ilmetä esimerkiksi pakenemisena, taistelemisena tai alistumisena. Sympaattinen hermosto valmistaa torjumaan uhkaa ja parasympaattinen hermosto auttaa palautumaan, mutta parasympaattinen hermosto toimii myös silloin, kun ainoa keino tilanteessa on alistua. (Hedrenius & Johansson 2013, 78–80.)

Reaktiovaiheelle tyypillisiä somaattisia oireita voivat olla vapina, kuvotus, pahoinvointi, sydänperäiset oireet, lihassäryt, huimaus ja väsymys. Reaktiovaiheen tunteiden tarkoituksena on kokemuksen siirtäminen itsestä pois. Tunteiden olisi hyvä antaa tulla ulos, jotta kokemukset eivät jää pysyviksi. Reaktiot voivat tuntua pelottavilta ja hallitsemattomilta, mutta ne menevät yleensä nopeasti ohi. Reaktiovaiheen siirtäminen on mahdollista, mutta se onnistuu vain hetkellisesti siihen asti kunnes ihmisellä on aikaa ja tilaa käsitellä tunteitaan. (Saari 2008, 59–60.)

Sympaattinen ja parasympaattinen hermosto säätelee reaktioitamme yhteistoiminnassa keskenään. Riippuu uhan suuruudesta kumpi hermostoista on dominoivampi. Mitä suurempi reaktio on ollut, sitä enemmän keho rasittuu palautuessaan tapahtumasta. On myös tärkeää antaa keholle tilaa tasapainottua stressireaktiosta. Juuri tästä on kyse kriisitilassa. (Hedrenius & Johansson 2013, 82–83.)

3.5 Henkiset reaktiot

Järkyttävässä tapahtumassa osa aisteistamme estyy osittain tilapäisesti, jotta huomiomme kiinnittyisi selviytymiseen. Tämä voi tuntua turtumisena ja itsensä kokemisen muuttumisena. Tilanteessa ollut voi kuvata tunnetta irrallisuuden tunteena. Tämä mielen keino käsitellä traumaattista tilannetta on dissosiaatio. Se voi vaikuttaa siihen kuinka ihminen kokee itsensä, identiteettinsä ja ympäris-

tönsä. Dissosiaatiossa kokonaisuuden osat ovat erillään. Tällainen käyttäytymismalli voi toistua myöhemmin samankaltaisessa tilanteessa, kun jokin ärsyke laukaisee tapahtuneeseen liittyvät muistot. (Hedrenius & Johansson 2013, 84–85.)

Psykkisessä shokkivaiheessa mielen suojareaktio käynnistyy automaattisesti ja mieli suojautuu liian raskaalta kokemukselta ja tiedolta. Shokkivaiheen keston ja voimakkuuteen vaikuttaa tapahtuman vakavuus. Shokkivaihe kestää niin kauan kuin uhkaava tilanne on käynnissä, ja yleensä ihmisellä on vielä toimintakykyä tässä vaiheessa. (Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut 2009, 13–14.)

Järkyttävässä tilanteessa aikakäsitys voi muuttua, jolloin ajatusprosessit tapahtuvat nopeammin, ja ajan kuluminen tuntuu hitaammalta. Tämä vaikuttaa myös tilanteen muistamiseen myöhemmin. Jotkin osat tapahtumasta voivat olla hämärän peitossa. Stressitilanteessa toimimiseen vaikuttaa aiemmat kokemukset. Mieli pyrkii etsimään aiempia toimintamalleja tilanteeseen. Ihmisessä aktivoituu myönteinen ja kielteinen käyttäytyminen. Jos hänellä on tilanteesta aiempia huonoja kokemuksia, niin hän voi mennä toimintakyvyttömäksi. Myönteinen käyttäytyminen on myös mahdollista, ja silloin ihminen kokee määrätietoisuutta ja päättäväisyyttä sekä lohdullisuutta. (Hedrenius & Johansson 2013, 86–87.)

3.6 Akuutit reaktiot tapahtuman jälkeen

Traumaattisen tapahtuman jälkeen ihmisessä käynnistyy psykologinen sopeutumisprosessi. Tähän prosessiin kuuluu psyykinen shokki, reaktiovaihe sekä työstämis- ja käsittelyvaihe. Akuutin kriisiavun antamiseen vaikuttaa yksilön prosessin vaihe. (Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut 2009, 13–14.)

Järkyttävän tapahtuman akuuttivaiheessa ihmisen huomio on eloonjäämisessä. Yleensä tapahtuman jälkeen hahmottuu todellisuus selkeämmin ja ymmärrys siitä, mitä on tapahtunut tai olisi voinut tapahtua. On yksilöllistä, kuinka kauan stressireaktioiden kestää tasapainottua hermostossa. Keho ja aivot tarvitsevat

toipumisaikaa, ja on tärkeää tiedostaa stressireaktioita ja hermoston tapaa säädellä stressiä, jotta voi auttaa kriisissä olevaa ihmistä. (Hedrenius & Johansson 2013, 93.)

Käypä hoito- suosituksessa akuutti stressireaktio (ASR) on luokiteltu ICD-10 koodilla F43.0. Akuutti stressireaktio aiheutuu merkittävälle fyysiselle tai psyykkiselle rasitukselle altistumisesta, ja oireet alkavat tunnin kuluessa tapahtumasta. Vaikeassa stressireaktiossa voi esiintyä myös desorientaatiota, suuttumusta, kapeutunutta huomiokykyä, vetäytymistä sosiaalisista tilanteista, epätoivoa, hallitsematonta surua tai yliaktiivisuutta. Oireet vaimenevat kahdeksan tunnin kuluessa mikäli rasitustekijä on ohimenevä. ASD-5 luokituksen mukaan akuutti stressireaktio on muuttunut traumaperäiseksi stressihäiriöksi mikäli oireilu jatkuu yli kuukauden ajan tapahtumasta. (Käypä hoito -suositus 2014.)

Shokkivaiheen jälkeisessä reaktiovaiheessa ihminen tiedostaa tapahtuneen ollessaan turvassa. Reaktiovaiheessa toimintakyky on heikentynyt, ja ihminen voi kokea syyllisyyttä tai syyllistää voimakkaasti. Sopeutuminen ja psyykkiset puolustusmekanismit eivät vielä toimi. Ihminen voi yrittää suojautua tapahtuneeseen liittyviltä muistikuvilta ja toisaalta käydä tapahtumaa läpi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 14.)

Traumaattisesta tilanteesta muistuttavat ärsykkeet laukaisevat stressitilan. Stressireaktioita tulee ja menee, ja keho toipuu hiljalleen. Tässä on toki yksilöllisiä eroja. Yleisimpiä reaktioita ovat läpituonevat reaktiot, välttämismäiset reaktiot sekä fyysinen ja psyykinen ylivoimaisuus. Näitä reaktioita ei ole kuitenkaan kaikilla järkyttävän tapahtuman kokeneilla. Jos taas nämä reaktiot jatkuvat pitkään ja toistuvat yhtä vahvoina niin kyseessä on posttraumaattinen stressireaktio. Tällöin stressireaktio on kroonistunut ja haittaa merkittävästi toimintakykyä. (Hedrenius & Johansson 2013, 95–97.)

Käypä hoito- suosituksen mukaan traumaattisen tapahtuman jälkeen varhaisessa vaiheessa voimakkaasti oireilevat potilaat tulisi ohjata aktiivisesti jatkohoidon piiriin esimerkiksi työterveyshuoltoon, terveyskeskukseen tai kriisiryhmiin.

Mikäli potilas ei oireile voimakkaasti, niin hänelle ei aktiivisesti tarjota lääketieteellistä hoitoa, koska se voi häiritä luonnollista toipumista. Potilaalle annetaan kuitenkin tässä tapauksessa mahdollisuus tarvittaessa päästä nopeasti avun piiriin terveyskeskukseen. (Käypä hoito -suositus 2014.)

3.7 Traumaperäinen stressihäiriö

Traumaperäinen stressihäiriö aiheutuu poikkeuksellisen uhkaavan kokemuksen vuoksi yleensä kuuden kuukauden sisällä tapahtumasta. Siihen liittyy voimakkaat takaumat kokemuksesta, jatkuvat muistikuvat ja painajaiset tai ahdistuneisuus, kun jokin tilanne muistuttaa tapahtuneesta. Potilaalla on myös oireena joko kykenemättömyys muistaa tapahtumaan liittyviä asioita tai psyykinen ylilyreys ja herkistyminen. Traumaperäinen stressihäiriö eli PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) kuuluu suomalaiseen tautiluokitukseen, jossa se määritellään stressireaktioksi, kun taas kansainvälisesti puhutaan stressihäiriöstä. ICD-10 tautiluokituksessa traumaperäinen stressihäiriö on koodina F43.1. (Käypä hoito -suositus 2014.)

Yhdysvaltalaisen mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnoosijärjestelmän DSM-5 luokituksessa traumaperäisen stressihäiriön kriteerit täyttyvät, kun oireet ovat jatkuneet yli kuukauden verran ja aiheuttavat merkittävää haittaa kliinisesti jollakin tärkeällä toiminnan alueella elämässä. (Käypä hoito -suositus 2014.)

Traumaperäistä stressihäiriötä ennaltaehkäisee akuuttivaiheessa hyvin järjestetty psykososiaalinen tuki ja palvelut. Laadukkaasti annettu somaattinen ensiapu on myös osaltaan psyykkisen trauman akuuttihoitoa ja tukee uhrin kuntoutumista. (Käypä hoito -suositus 2014.)

4 PAKE–PROJEKTI

Malmin malli- asiantuntijaverkosto toteutti haastattelututkimuksen vuonna 2005 eri toimijoiden käytännöistä kohdata väkivallan uhri. Mallin avulla parannettiin viranomaisten yhteistyötä ja uhrin sekä tekijän oikeusturvaa. Tutkimukseen haastateltiin lääkäreitä, terveydenhoitajia, perushoitajia, opettajia, lastentarhanopettajia, sosiaalityöntekijöitä, poliiseja, syyttäjiä sekä hätäkeskuksen, pelastuslaitoksen, A-klinikkasäätiön ja seurakunnan perheneuvonnan työntekijöitä. (Lääkärilehti 10/2008 vsk 63, 971.)

PAKE-projektin tavoitteena oli parantaa väkivallan uhrin hoidon laatua sekä jatkuvuutta, huomioida erityisesti perhe- ja lähisuhdeväkivalta ja tiedottaa jatkohoidosta vastaavista tahoista. Projektin pohjalta luotiin lomake, jota käytetään päivystyksiköissä. Lomake sisältää kehonkartan ja kyselylomakkeen, jolla pyritään kuvaamaan ja dokumentoimaan uhrin vammat mahdollisimman tarkasti. Samalla lomake toimii työntekijöiden muistilistana ja keskustelurunkona väkivaltaa kokeneen uhrin hoidossa. (THL 2006.)

PAKE-projektin pohjalta on luotu eri ammattiryhmille hyvät käytännöt pahoinpitelytapauksiin. Terveysthuollon hyvät käytännöt sisältävät ohjeita potilaan kohtaamiseen, haastatteluun, vammojen valokuvaamiseen, hoitoonohjaukseen ja kirjaamiseen. Ohjeistuksessa kiinnitetään myös erityishuomiota perhe- ja lähisuhdeväkivallan uhrien kohtaamiseen. (THL 2006.)

5 VÄKIVALLAN YLEISIMMÄT MUODOT

Yleisimpiä päivystyspoliklinikalla hoidettavia väkivallan uhreja ovat läheisen ihmisen tai perheenjäsenen aiheuttamat pahoinpitelyt. Varsinkin naisten kohdalla puolison väkivaltaisuus on suurin tilastoissa näkyvä tekijä. Lähisuhdeväkivallassa naisten tekemät pahoinpitelyt ovat noin neljännes miesten tekemästä väkivallasta. Lasten vanhempiin kohdistuvat pahoinpitelyt näkyvät tilastoissa molempien sukupuolten osalta vähäisinä. Naisten riski joutua lapsensa pahoinpitelämäksi on miehiin verrattuna suurempi. Miesten pahoinpitelijä on yleisimmin tuntematon. Vastaavasti naisilla, joka neljännes pahoinpitelyistä on tapahtunut tuntemattoman tekijän toimesta. (Hinkkurinen; Karjalainen; Karjalainen; Lundell; Lüthje; Nurmi-Lüthje; Pelkonen; Salmio & Virtanen 2008, 1383.)

Yleisimmät väkivallan tekotavat ovat ilman aseita tapahtuva väkivalta sekä terävän ja tylpän esineen avulla aiheutettu pahoinpitely. Naisten osalta väkivaltaa on aiheutettu eniten määritetyillä tavoilla, joita ei tutkimuksessa eritellä. Myös kuristaminen on naisilla yleisempää kuin miehillä. Miesten osuus määritetystä, mutta julkaisemattomasta tavasta, on noin neljänneksen pienempi, kuin naisten osuus. Ampuma-aseella tai hukuttamalla aiheutetut pahoinpitelyt ovat naisten ja miesten kohdalla täysin samanvertaisia muihin tekotapoihin verrattuna. (Hinkkurinen; Karjalainen; Karjalainen; Lundell; Lüthje; Nurmi-Lüthje; Pelkonen; Salmio & Virtanen 2008, 1383.)

5.1 Lähisuhdeväkivalta ja seksuaalinen väkivalta

Lähisuhdeväkivallaksi luetaan eri väkivallan muotoja, esimerkiksi koti-, perhe- ja parisuhdeväkivalta. Yksi yleisimmistä muodoista on naiseen kohdistuva parisuhdeväkivalta, joka on miehen vallankäytön väline. Myös naisten kohdistama väkivalta mieheen on parisuhdeväkivallan muoto, mutta tarkkoja tilastoja sen yleisyydestä ei vielä ole. Tämä johtuu uskomuksesta, että miehen aiheuttama väkivalta on fyysisesti voimakkaampaa ja näin myös merkittävämpää. Kummankin osapuolen tekemät pahoinpitelyt parisuhteessa ovat yleisiä ja niitä tapahtuu

yhtäläisesti kaikissa sosiaaliekonomisissa luokissa. Alkoholin osuus parisuhdeväkivaltaan on vähäistä. Avun hakeminen uhrille on haastavaa pelon ja häpeän vuoksi. Pelko pahoinpitelyjen pahenemisesta tai lapsien menettämisestä voi estää uhrin kertomasta asiasta edes lähiomaisilleen. Pahoinpitelyt suhteessa eivät yleensä lopu väkivaltaan syntyneen kierteen vuoksi. Auttamistilanteessa tulisi huomioida, ettei uhrin syyllistetä, vaan hänelle luodaan turvallinen ilmapiiri kertoa asiasta. Väkivaltaisesta suhteesta eroaminen vaatii aikaa, kärsivällisyyttä auttajilta, uuden elämän rakenteen löytymistä sekä turvallisuuden ja ennustettavuuden tunteen syntymistä uudelleen. (Kjällman (toim.) 2011, 50–52, 57.)

Auttamiskulttuurissa voi herkästi tapahtua väkivallan sukupuolittamista, jossa miessukupuoli koetaan automaattisesti pahana ja naissukupuoli hyvänä. Sukupuoli ei saisi olla kuitenkaan auttamistyössä merkittävästi ohjaavana lähtökohdaksi eikä sen perusteella saisi tehdä oletuksia. (Flinck 2006, 124.)

Samaa sukupuolta olevien parien parisuhdeväkivallasta on vähän tietoa. Tiedon puuttumisen uskotaan johtuvan siitä, että homo- ja lesbosuhteet ovat yhä nyky-yhteiskunnassa vaiettu ja arka puheenaihe. Kuitenkin tiedetään, että pahoinpitelyjä kyseisissä suhteissa tapahtuu yhtäläisesti verrattuna heterosuhteisiin. (Kjällman (toim.) 2011, 56.)

Parisuhdeväkivallan uhrin hoidossa toimii aina moniammatillisen yhteistyön tiimi, jonka keskinäinen asioiden koordinointi on edellytys työn tuloksille. Tavoitteena kaikilla tulisi olla uhrin turvallisuuden takaaminen ja tähän tarvittavien palveluiden mahdollistaminen. Auttamistyön ongelma on epäselvä hoitovastuu terveydenhuollossa. Myös auttamistahojen jakautuminen useiden kolmannen sektorin ja järjestöjen toimijoihin tuottaa haasteita. (Hannus; Mehtola; Natunen; Ojuri (toim.) 2011, 146–148.)

Aune Flinck on tutkinut parisuhdeväkivaltaa naisen ja miehen kokemana Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella. Hänen tutkimuksensa osoittaa, että parisuhdeväkivallan puheeksi ottaminen terveydenhuollossa on vähäistä. Terveydenhuollon ammattilaiset kokevat neuvottomuutta ja aiheen haastavaksi

puuttua. Tyypillisesti ammattilainen sivuuttaa väkivallan ja kääntää asian vastaanotolla ongelmiin, joiden käsittely on hänelle helpompaa. Varsinkin parisuhdeväkivallan varhaista tunnistamista tulisi kehittää. Tutkimusten mukaan parisuhdeväkivallan uhrin ovat kokeneet terveydenhuollossa syyllistämistä tuodesaan väkivallan esille. Lisäksi he toivoisivat asian puheeksiottoa ammattilaisen puolelta. Naisiin kohdistuvasta väkivallasta aiheutuu arviolta noin 90 miljoonan euron kulut yhteiskunnalle vuosittain. (Flinck 2006, 26–27.)

Seksuaalinen väkivalta voi kohdistua keneen tahansa uhrin iästä, sukupuolesta tai ulkonäöstä riippumatta. Tyypillisesti lähisuhdeväkivallan uhrin kokevat seksuaalista väkivaltaa muun väkivallan ohella. Seksuaalisella väkivallalla tarkoitetaan kaikkea seksuaalista itsemääräämisoikeutta loukkaavaa toimintaa, esimerkiksi raiskausta, ahdistelua, sukuelinten silpomista ja prostituutioon pakottamista. Väkivallan selvittämisessä haastavaa on uhrin kokema häpeä, pelko ja syyllisyys, jotka voivat estää häntä kertomasta asiasta. Lisäksi ympäristön kielteinen suhtautuminen asiaan voimistavat uhrin tunteita. Siksi auttajien tulisi toimia sensitiivisesti kaikissa hoitotoimissaan edistäessään uhrin oikeuksia. Rikosprosessin kannalta mahdollisimman varhainen näytteiden otto toimii todisteena oikeudessa ja siksi niihin panostaminen on tärkeää. Uhrille tulee myös tarjota apua rikosprosessin etenemisessä sekä turvallisuuden tunteen lisäämisessä. (Kjällman (toim.) 2011, 63–65.)

5.2 Henkinen ja kunniaan liittyvä väkivalta

Henkinen väkivalta on toistuvaa ja pitkäkestoista uhrin toimintaa, jota voi olla ulkopuolisen vaikea havaita. Tunnuksomaisia piirteitä sille ovat, että uhrin psyyke horjuu ja hän joutuu tekijänsä hyväksikäytetyksi sekä alistetuksi. Tekijä voi olla narsistisen persoonallisuushäiriön omaava henkilö tai psykopaatti. Väkivallan välineitä on rajattomasti, esimerkiksi eristäminen, seksi ja lapset. Henkistä väkivaltaa tapahtuu kaikissa yhteisöissä, esimerkiksi työpaikoilla, kotona ja kouluissa. Uhri tarvitsee apua tilanteesta irrottautumiseen ja tähän ovat erikoistuneet erilaiset kriisi- ja turvakotiyhdistykset. (Kjällman (toim.) 2011, 72–73.)

Useimmiten kunniaan liittyvä väkivalta kohdistuu naimattomiin maahanmuuttajainaisiin ja –tyttöihin. Myös miehet voivat olla väkivallan kohteena mikäli heidän käytöksensä ei vastaa yhteisön sääntöjä. Suuressa väkivallan uhassa ovat myös seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt. Väkivallan tekijä on usein uhrin perheenjäsen tai yhteisöön kuuluva läheinen ihminen. Väkivallalla pyritään palauttamaan yksilön kunnia, joka vaikuttaa koko yhteisön kunniaan. Väkivalta voi olla fyysistä ja henkistä väkivaltaa tai avioliittoon pakottamista. Äärimmäisenä muotona on kunniamurha. (Hansen, Sams, Jäppinen & Latvala 2016, 39, 45–48.)

5.3 Työpaikalla ja yleisellä paikalla tapahtuva väkivalta

Työväkivallalla tarkoitetaan työntekijän tai työnantajan väkivallan kohteeksi joutumista työssään tai työmatkallaan. Tekijä voi olla työpaikan sisäinen tai ulkopuolinen henkilö. Ulkopuolisia henkilöitä voivat olla esimerkiksi potilas tai asiakas. Työpaikan sisällä tapahtuvaa väkivaltaa kutsutaan työpaikkakiusaamiseksi, jolle tunnusomaista on asiaton käyttäytyminen kohdennettua työntekijää kohtaan. Molemmissa tilanteissa väkivalta voi olla henkistä tai fyysistä. Työturvallisuuslaki ohjaa työntekijän turvallisuudesta ja siksi työntekijän olisi ilmoitettava kokemastaan väkivallasta esimiehelleen. Esimiehen puolestaan kuuluu lain mukaan puuttua tilanteeseen. Sekä ulkopuolisen että sisäisen väkivallan kohteeksi joutuminen aiheuttaa uhrissa psyykkisiä ja somaattisia oireita, jotka vaikuttavat yksilön työntekoon. Pahimmillaan nämä tekijät voivat vaikuttaa koko työyhteisöön. Siksi tilanne tulee aina selvittää ja työväkivallan tapauksessa asiasta tulee tehdä rikosilmoitus. (Kjällman (toim.) 2011, 74–78.)

Eniten pahoinpitelyjä tapahtuu yleisellä paikalla, jolloin uhri ja tekijä eivät ole ennestään tuttuja toisilleen. Myös alkoholin vaikutus katuväkivallassa on merkittävä ja tuolloin samassa seurueessa olevien jäsenten välien selvittely voi yltä julkisella paikalla katuväkivallaksi. Yleisimmin tekijä ja uhri ovat miehiä, mutta yhä kasvavassa määrin myös naisten tekemät pahoinpitelyt ovat yleistyneet. Katuväkivalta on kaiken kaikkiaan lisääntynyt yhteiskunnassa, jolloin myös uhrien hoito on jäänyt vajavaiseksi. Tärkeintä olisi huomioida, että katuväkivallan uhri tarvitsee yhtäläisesti psyykkistä ensiapua fyysisten vammojensa ohella

riippumatta siitä, onko hän valikoitunut uhriksi sattumalta vai suunnitellusti.
(Kjällman (toim.) 2011, 80–81.)

6 KRIISIAPU

6.1 Kriisiavun perusta

Kriisiapu käsittää tiedon antamisen, rauhoittelun ja huolenpidon traumaattisen tapahtuman jälkeen. Kuunteleminen on ensiarvoisen tärkeää kriisiavun toteutamisessa. Avun antajan ei tarvitse olla perehtynyt psykologiaan, vaan hänen tulee olla henkisesti tasapainossa. Hoitotilanteessa ei tarvitse pyrkiä auttamaan aktiivisesti, vaan kuunteleminen ja läsnäolo ovat tärkeimpiä uhrin toipumista edistäviä tekijöitä. Kriisiavun tarkoitus ei ole voimistaa uhriksi joutumisen tunnetta, vaan vahvistaa uhrin voimavaroja. (Hammarlund 2010, 60, 62.)

Kriisistä riippumatta, ihmisillä on kaikilla samat psykologiset reaktiot ja tarpeet tapahtuman jälkeen. Reaktioiden ja tarpeiden syntymiseen eivät myöskään vaikuta, onko järkyttävä tapahtuma koskettanut vain yhtä ihmistä vai suurempaa ihmisjoukkoa. Väkivaltainen tapahtuma aiheuttaa pelkoa ja perusturvallisuuden tunteen horjumista, mikä uhkaa yleisiä ydinarvojamme. Näitä ydinarvoja ovat turvallisuus, koskemattomuus, ennustettavuus sekä luottamus ja usko hyvään maailmaan. Ydinarvot heijastuvat uhrin väkivallan jälkeisiin reaktioihin, jotka tulee huomioida kriisiavun antamisessa. (Hedrenius & Johansson 2016, 24, 26.)

Kriisiavun tavoitteena on vähentää järkyttävästä tapahtumasta aiheutunutta sokkitilaa ja kielteisiä puolustusmekanismeja sekä oireita. Puolustusmekanismeja voivat olla esimerkiksi kieltäminen, pako ja rationalisointi. Akuutilla avulla pyritään antamaan uhrille mahdollisuus käsitellä tapahtunutta. (Hammarbeg 2010, 92.)

6.2 Kriisityön osa-alueet ja kriisiapua vaikeuttavat tekijät

Kriisiavun tavoitteena on vahvistaa myös uhrin resilienssiä eli psyykkistä kestävyttä. Kriisityön tuki on jaettu kolmeen osa-alueeseen: käytännölliseen, psykologiseen sekä sosiaaliseen tukeen. Käytännöllinen tuki on akuuttivaiheen tukea, esimerkiksi kivun hoitoa ja lähiomaisille tilanteesta tiedottamista. Psykologinen

tuki on tiedonantoa psyykkisistä reaktioista ja hallinnan tunteen vahvistamista. Sosiaalisella tuella pyritään vahvistamaan uhrin persoonallisuutta ja merkityksellisyyttä suhteessa muihin. (Hedrenius & Johansson 2016, 39–40.)

Kriisin hoitoon vaikuttavat tilanteeseen liittyvät tekijät, uhrin yksilölliset tekijät sekä muut olosuhteet. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi omaan elämään kohdistuva vaara, tapahtuman arvaamattomuus, dissosiaation aste, uhrin ikä ja sukupuoli, huono stressin sietokyky, aiempi psyykkinen vaikeus sekä koetut trauma. Muita hoitoon vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi sosiaalisen verkoston puuttuminen ja ympäristön tuen sekä normalisoivan tuen puute. (Hammarbeg 2010, 67–68.)

Moniammatillinen yhteistyö painottuu varsinkin lähisuhdeväkivaltatilanteissa. Mikäli ammatillinen yhteistyö ei ole tarpeeksi toimivaa, se voi kääntyä uhrin auttamista vastaan sekä vaarantaa hänen turvallisuuttaan. Uhrin turvallisuudesta huolehtiminen ja luottamus ovat tärkeintä yhteistyössä. (Hannus; Mehtola; Natunen & Ojuri 2011, 149.)

Väkivaltaisessa tapahtumassa erityistä tukea voivat tarvita haavoittuvissa ryhmässä olevat henkilöt. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi toimintarajoitteiset, vähemmistöryhmät ja ihmiset joilla on entuudestaan psyykkisiä tai fyysisiä sairauksia. Muutoinkin toisten avusta riippuvaiset ihmiset voivat traumatisoitua väkivaltaisesta tapahtumasta muita enemmän. (Hammarbeg 2010, 41.)

6.3 Psykologinen ensiapu

Traumaattisen tapahtuman kokeneen saama oikea-aikainen psykologinen ensiapu alkuvaiheessa voi ennaltaehkäistä varsinaisten psyykkisten häiriöiden kehittymistä. Sen vuoksi akuuttivaiheen psykologiseen ensiapuun tulisi kiinnittää huomiota. Yleensä psyykkiset oireet lievenevät muutamassa päivässä ja muutamien viikkojen kuluttua ovat kokonaan helpottaneet. Alkuvaiheen tukemiseen kuuluu myös alkavien psyykkisten häiriöiden tunnistaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11.)

Uhrilla voi esiintyä erilaisia reaktioita esimerkiksi kieltämistä, vihaa, syyllisyyttä, voimakasta itkua ja turhautumista. On tärkeää kertoa, että kaikki tunteet ja niiden vaihtelu ovat tavallisia alkuvaiheessa. Auttajan on pysyttävä rauhallisena ja välitettävä lämpöä ja kunnioitusta ottaessaan vastaan uhrin reaktioita. Uhrille tulisi välittyä se, että auttaja pyrkii ymmärtämään miltä hänestä tuntuu. Uhrilla on traumaattisen tapahtuman jälkeen usein biologinen stressitila kehossa ja tavoitteena ensivaiheen psyykkiselle avulle on katkaista kokemus uhkaavan tilanteen jatkumisesta. Psyykkiseen ensiapuun kuuluu vakauden ja turvallisuuden tunteen palauttaminen. Tätä voidaan edistää antamalla tietoa tapahtuneesta ja siitä mitä seuraavaksi tapahtuu sekä suojelemalla uhria altistumasta turvattomalle ympäristölle. (Hedrenius & Johansson 2013, 196–198.)

Käypä hoito- suosituksen mukaan aktiivisia hoitointerventioita tulisi välttää heti trauman jälkeisinä viikkoina. Bentsodiatsepiinien käyttöä ei myöskään suositella. Tavoitteena tulisi olla stressivasteiden rauhoittaminen psykososiaalisen tuen avulla. Tähän kuuluu inhimillinen ja tunkeilematon kohtaaminen, perustarpeista huolehtiminen, käytännön neuvojen ja tiedon antaminen psyykkisistä reaktioista, avun antaminen yhteyden saamisessa omaisiin ja jatkohoidon tukipalveluihin ohjaaminen. (Käypä hoito- suositus 2014.)

Ennakoimaton traumaattinen tapahtuma aiheuttaa usein hallinnan menettämisen tunteen. Psyykkisessä avussa on tärkeää ottaa huomioon yksityisyyden suojeleminen ja uhrin määräysvalta itseensä. Somaattista apua annettaessa on hyvä kysyä siihen lupa ja selittää mitä tehdään ja miksi. Pahoinpitelyn uhrin auttamisessa on tärkeää huomioida, ettei uhrin ruumiillista koskemattomuutta loukata uudestaan. Hoitotoimenpiteet voivat laukaista samankaltaisen tilan uhrissa kuin itse tapahtuma. (Hedrenius & Johansson 2013, 206–208.)

Reaktiovaiheessa uhrin on tärkeää saada toistuvasti tietoa konkreettisesta avusta ja tulla aktiivisesti kuulluksi. Tässä vaiheessa uhria tulisi ohjata palvelujen piiriin ja varmistaa, että hänellä on yhteyshenkilö, joka auttaa jatkohoidon saamisessa. Psykososiaaliseen tukeen kuuluu myös sosiaalityö ja palvelut. Uhri voi tarvita käytännön tukitoimia kuten turvakotipaikan järjestämistä. Tätä varten

päivystyksen toimintaan kuuluu myös sosiaalihuollon ympärivuorokautinen päivystys. Sosiaalipäivystys kartoittaa myös mahdollisten lapsien tuen ja avun tarpeen lastensuojelun keinoin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 15, 16–17.)

Traumaattinen tilanne voi aiheuttaa uhrissa voimakkaita reaktioita. Tämä voi näkyä hallitsemattomina reaktioina kuten hyperventilointina, voimakkaana ahdistuksena ja hallitsemattomana itkuna. Reaktio stressi- ja pelkotilaan voi näkyä myös poissaolevuutena, vetäytymisenä ja desorientaationa. Autettaessa voimakkaita reaktioita kokevia uhreja on auttajan tärkeää olla itse rauhallinen ja pyrkiä palauttamaan uhri nykyhetkeen. Tavoitteena on luoda kokemusta turvallisuudesta ja hallinnasta. Tässä voidaan auttaa selvittämällä syy reaktiolle ja auttamalla siinä mahdollisuuksien mukaan. Uhri tulisi viedä rauhalliseen ympäristöön. Tiedon antaminen ympärillä tapahtuvista asioista ja siitä mitä seuraavaksi tapahtuu on tärkeää. Uhrille on hyvä kertoa reaktioista, joita hän kokee ja että ne ovat normaaleja. (Hedrenius & Johansson 2013, 225–227.)

Mikäli uhri on menettänyt yhteyden ympäristöönsä, häntä voi auttaa yrittämällä vakauttaa hänet kiinnittämällä huomio nykyhetkeen ja asioihin mitkä eivät aiheuta stressiä. Jos ihmistä ei saada kontaktiin ja hän on edelleen voimakkaiden tunteiden vallassa, on tärkeää olla läsnä. Desorientoitunut ihminen voi olla vaaraksi itselleen tai muille. Tällöin ihminen tarvitsee psykiatrista arviointia ja mahdollisesti lääkkeellistä apua tilansa vakauttamiseen. (Hedrenius & Johansson 2013, 228–230.)

Reaktiovaiheen jälkeen on käsittely- ja työstämisvaihe, jolloin tapahtuneeseen kokemukseen on saatu etäisyyttä ja on mahdollista työstää tunteita. Puolustusmekanismit alkavat myös toimia. Kriisin käsittely voi toteutua mm. vertaistuen tai traumaterapian avulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 16.)

6.5 Erityistä tukea tarvitsevat uhriryhmät

Vammaisen henkilön väkivallan uhriksi valikoituminen on yleistä. Tämä perustuu vammaisten vajavaiseen itsepuolustuskykyyn ja ajattelun erilaisuuteen. Yleisimpiä vammaisen henkilön kohtaamia väkivallan muotoja ovat seksuaalinen

väkivalta sekä henkinen väkivalta, joka esiintyy tavallisimmin syrjimisenä. Tekijä on usein uhrin tuttava tai ennalta tuntematon henkilö, joka on satunnaisesti valinnut uhrinsa. Rikosprosessin käynnistäminen on vammaiselle henkilölle haastavaa ilman konkreettista apua. Vammaisen kertoessa uhriksi joutumisesta, häntä ei saa syyllistää tai vähätellä. Tilanne tulisi aina ottaa todesta ja tutkia, jotta väkivallan kierre saadaan katkaistua. (Kjällman (toim.) 2011, 100–101.)

Maahanmuuttajataustaiset henkilöt ovat riskiryhmässä joutua kaikkien rikosten uhriksi, eivät vain väkivaltarikosten. Suomen kielen osaamattomuus ja tiedottomuus maan rikosprosessin etenemisestä voivat pelottaa heitä, jolloin asiasta ilmoittaminen jää tekemättä. Siksi olisikin tärkeää kertoa maahanmuuttajille, kuinka Suomessa toimitaan ja miten ilmoitus konkreettisesti tehdään. Elämä uudessa maassa kuormittuu entisestään traumaattisen tapahtuman jälkeen ja siksi uhri tarvitsee apua asian käsittelyssä. Tyypillisimpiä väkivaltarikoksia, joiden uhreina ovat maahanmuuttajat, ovat rasismi ja syrjintä. Nämä voivat ilmetä hyvin erilaisin tavoin, esimerkiksi puheena, tekoina, häirintänä tai alistamisena. Vaikka yksilö joutuisi rasismin tai syrjinnän kohteeksi, koko hänen yhteisönsä voi kokea sen heille kohdistetuksi. (Kjällman (toim.) 2011, 104–106.)

Yleisimpiä rikoksia, joita matkailijat kokevat ovat omaisuus- ja väkivaltarikokset. Koska matka-aika on rajallinen ja uhrilla ei ole välttämättä tietoa maassa vallitsevasta rikosprosessin etenemisestä, nämä rikokset jäävät usein ilmoittamatta. (Kjällman (toim.) 2011, 111.)

7 VÄKIVALLAN UHRIN KOHTAAMINEN

Ihmisen vuorovaikutuksesta suurin osa on sanatonta viestintää, joka välittyy toiselle sekunneissa. Siihen kuuluu mm. kehon liikkeet, katsominen, etäisyys ja koskettaminen. Ensivaikutelma syntyy siitä kuinka toista katsotaan ja miten tervehditään. Äänensävyt, ilmeet ja eleet vaikuttavat ilmapiiriin. Vuorovaikutukseen vaikuttaa myös kummankin osapuolen elämänkaaren ja varhaisen vuorovaikutuksen kokemukset. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 28–33.)

Autettaessa väkivallan uhria psyykkisesti, on tärkeää ymmärtää, mikä merkitys on alkuvaiheen kohtaamisella. Tavoitteena on myötätuntoinen kohtaaminen jossa otetaan huomioon yksilön toimintatavat ja kunnioitetaan hänen yksityisyytään. Kohtaamisessa ei tule olla tungetteleva ja usein pelkkä läsnäolo on tärkeää aluksi. Järkyttävän tapahtuman jälkeen voi viedä aikaa luoda kontakti uhuriin. Uhri voi olla myös sellaisessa tilassa, jossa hän kokee fyysisen kontaktin epämiellyttäväksi, mutta ei kykene ilmaisemaan tätä. Toiselle voi olla tärkeää saada fyysinen kontakti. Neutraali keino selvittää uhrin tarve on koskea käsivarteen ja havainnoida ihmisen reaktioita siihen. (Hedrenius & Johansson 2013, 192–194.)

Hoitohenkilökunnan ja uhrin välisessä kohtaamisessa on tärkeää huomioida, kuinka uhri itse kokee tulevansa kohdatuksi. Hoitohenkilökunnan sensitiivisyys asiaa kohtaan ja luottamusta herättävä kohtaaminen lisäävät uhrin tunnetta kuulluksi tulemisesta. Oikeanlainen kohtaaminen ja kohtelu hoidon aikana lisäävät potilaan hoitoon sitoutumista ja samalla vähentävät hänen pelkojaan sekä ahdistuneisuuttaan, joita väkivaltainen tapahtuma on aiheuttanut. Tieto hoidon etenemisestä on uhrille tärkeää. Hoidon alkuvaiheessa tulisi huomioida uhrin hätääntyneisyys, pelko ja ahdistuneisuus kaikessa kanssakäymisessä. Hoitohenkilökunnan oma rauhallinen työote ja mahdollisuus kuunnella potilasta ilman keskeytyksiä helpottavat traumaattisesta tapahtuneesta toipuvaa uhria. (Kjällman (toim.) 2011, 115–117.)

Parisuhdeväkivaltaa kokenut uhri on usein elänyt autoritaarisessa suhteessa ja on erityisen tärkeää auttajana tiedostaa omat ristiriitaiset tunteet ja välttää tulintoja sekä uhrin liiallista ohjausta hoitosuhteessa. Moniammatillinen uhrin kohtaaminen edesauttaa laajemman kokonaiskuvan syntymistä tilanteesta. (Flinck 2008, 124, 126.)

On tutkittu, että parisuhdeväkivaltaa kohdanneen potilaan akuutissa hoidossa kiinnitetään huomiota pääasiassa uhrin oireiden ja vammojen hoitoon jolloin väkivallan taustalla oleva syy saattaa jäädä huomiotta. Olisi tärkeää tunnistaa ja sanoittaa väkivallan teko perheväkivallaksi. Uhrille tulisi kertoa, että teko on tuomittava ja hänen turvallisuutensa tulisi varmistaa akuuttihoiton jälkeen. Perheväkivallan uhrin tunnistamiseen kaivataan lisää työkaluja, kuten lyhyitä ja helpokäyttöisiä lomakkeita, jotka soveltuvat naisille ja miehille. Haasteena perheväkivallan uhrin tunnistamiseen ja hoitoon on aiheen arkaluonteisuus ja ilmiön ymmärryksen puute. (Arkins, Beggley & Higgins 2016, 218–219.)

Vaikka väkivaltaa kokenut potilas voi traumaattisen tapahtuman jälkeen olla haastava hoitohenkilökunnalle, hänellä on yhtäläinen oikeus ihmisarvoiseen hoitoon kuin muillakin. Moniammatillisen tiimin toiminta heti hoidon alusta lähtien on hyvä tehdä selväksi uhrille. Jotta tiimin yhteistyö olisi mutkatonta, on uhrille tärkeä kertoa mikä on kenenkin työntekijän työnkuva juuri hänen tilanteessaan. Myös tietojen siirtoon tarvittava lupa olisi hyvä varmistaa hoidon alussa. (Kjällman (toim.) 2011, 115, 117.)

Akuutin avun antamisessa tulisi huomioida, ettei uhri itse välttämättä ole kykenevä hakeutumaan myöhemmin jatkohoitoon ilman ohjausta. Siksi on suositeltavaa, että jo akuutin vaiheen auttajat koordinoisivat uhrille kriisiryhmän alkuarvion uhrin omalla suostumuksella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 22.)

Kriisiryhmän tavoitteena on arvioida jatkohoidon tarvetta ja järjestää se uhrille. Kriisipäivystys toimii ympäri vuorokauden ja antaa akuuttia kriisiapua yllättävissä elämän kriisitilanteissa. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi väkivaltatilanteet, uhrin vammautuminen ja läheisen kuolema. (Helsingin kaupunki, sosiaali- ja kriisipäivystys 2017.)

8 KVALITATIIVINEN TUTKIMUS

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus etenee normaalin tutkimusprosessin mukaan. Se eroaa muista menetelmistä määrittelemättömän aineiston laajuuden osalta. Tarkoituksena on etsiä tietoa tutkimuskysymyksiin, kunnes ongelma ratkeaa. Erilaisia aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelut, havainnointi, kyselyt ja dokumentit. Yksi tutkimuskeino on tehdä teemahaastattelu, jossa haastatellaan aihetta koskevia asiantuntijoita. Tämän jälkeen kerätty aineisto litteroidaan tekstiksi. Aineiston käsittelyyn ei ole olemassa vain yhtä ainoaa menetelmää. Aineistoa luetaan, pilkotaan ja tiivistetään tavoitteena saada mahdollisimman ehjä kokonaiskuva aiheesta. (Kananen 2015, 128–129, 131.)

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa kiinnitetään huomiota tutkittavien asioiden oikeellisuuteen. Tähän kuuluu aineiston riittävyys, analyysin kattavuus sekä arvioitavuus ja toistettavuus. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston laadulla on tärkeämpi merkitys kuin määrällä. Tutkittavien valinnassa tulisi pyrkiä valitsemaan sellaiset henkilöt, joilta saa mahdollisimman paljon tietoa. Tutkimuksessa ei saisi perustaa tulkintoja satunnaisiin tuloksiin vaan ne tulisi olla yleistettävissä haastateltavien kesken. Tutkimusasetelma ja prosessi tulisi olla dokumentoitu niin, että toistettavuus olisi mahdollista. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus on vaikeammin arvioitavissa kuin määrällisessä tutkimuksessa tutkimusasetelman ennakoimattomuuden vuoksi. Myös tutkijan näkemys ja tulkinta vaikuttavat tuloksiin. Luotettavuutta voi lisätä tulkinnan samankaltaisuutena tulkitsijoiden kesken. (Kananen 2008, 35,37, 123–125.)

8.2 Tiedonhakuuunnitelma

Olemme hakeneet Diakin Diana-kirjastotietokannasta lähdemateriaalia hakusanoilla ”psykykinen ensiapu”, kriisituki”, ”henkinen tuki” ja ”väkivallan uhri”. Haku tuloksia saimme psykykisestä ensiavusta 54, kriisituesta 233, henkisestä tuesta 202 ja väkivallan uhrista 112. Rajasimme hakuun kirjat joiden julkaisuvuosi oli

2005–2016. Opinnäytetyöhömmе soveltuvia lähteitä löytyi hakutuloksista 14 kappaletta.

Haimme kotimaisesta terveystieteiden viitetietokannasta Medicistä hakusanoilla ”uhri*” and ”psykkinen ensiapu” and ”päivysty*”. Hakutuloksia saimme 20, joista yhtä oli mahdollista käyttää lähteenä. Hakusanoilla ”väkivallan uhri” and ”psykkinen ensiapu” and ”päivystys” hakutulokseksi saimme yhden hakutuloksen, joka käsittelee väkivallan uhreja aluesairaalan päivystyspoliklinikalla. Tämän valitsimme opinnäytetyömme lähdemateriaaliin. Kyseessä oli sama lähde kuin edellisessäkin haussamme. Haimme vielä hakusanoilla ”väkivallan uhri*” and ”postraumaattinen stressihäiri*”, jolla saimme 6 osumaa. Yksikään näistä osumista ei ollut hyväksyttävissä opinnäytetyöhömmе. Hakusanoilla ”väkival*” and ”psykiatrinen ensiapu” and ”päivysty*” löytyi osumia 6, joista 1 päädyimme käyttämään työssä (Liite 1). Hyödynnettyjä tutkimuksia oli niukasti sen vuoksi, ettei aiheesta ole tehty juurikaan tutkimuksia.

CINAHL-tietokannasta haimme sanoilla ” psychological trauma” and ”acute care”, joilla saimme hakutuloksia yhteensä 73. Näistä yhtäkään ei voitu hyödyntää. Hakusanoilla ” psychological aid” and ” acute care” and ” support” saimme 22 osumaa, joista yksikään ei soveltunut työhömmе. Myös hakusanoilla ”psychological aid” and ”acute care” and ”violence victim” saimme 8 osumaa, joista yksikään ei soveltunut opinnäytetyöhömmе. Hakusanat ”violence victim” and ”support” and ”acute care” tuottivat tuloksia 86, joista käytimme yhtä tulosta. (Liite 1). Hakujen tuottamat tulokset eivät olleet sopivia työmme aiheeseen. Useimmat tutkimukset käsittelevät väkivaltaa lähinnä hoitajiin kohdistuvana tai potilaan kohtaamaa seksuaalista väkivaltaa, joka rajautui aiheemme ulkopuolelle. Todettavaa on, että väkivallan uhrin psykkinistä ensiapua ei ole tutkittu laajasti.

8.3 Menetelmän valinta ja järjestelyt

Teemahaastattelussa käydään läpi aihealueita, jotka ovat ennakkoon määritellyjä. Teemahaastattelussa rajataan aihetta teemoihin, mutta haastatteluun jää

kuitenkin vapautta eikä se ole tiukasti ennakkoon määritelty. Haastattelukysymyksillä pyritään ratkaisemaan tutkimusongelma ja saamaan vastaukset tutkimuskysymyksiin. Haastattelukysymykset eivät kuitenkaan ole samat kuin tutkimuskysymykset. (Kananen 2008, 73–74.)

Ryhmähaastattelu mahdollistaa haastattelun tekemisen lyhyessä ajassa verrattuna useaan yksilöhaastatteluun. Ryhmän koostumus vaikuttaa tuloksiin ja riippuu ryhmän jäsenten persoonallisuuden piirteistä. Ryhmähaastattelu antaa tietoa ilmiöstä ja myös siitä kuinka ilmiötä käsitellään ryhmässä. Haastateltavat valitaan niin, että saadaan mahdollisimman paljon tietoa aiheesta. (Kananen 2008, 75–76.)

Päädyimme teemahaastatteluihin ryhmähaastatteluina kyselylomakkeen sijaan, jotta saisimme mahdollisimman luotettavia ja monipuolisia tutkimustuloksia. Harkitsimme aluksi kyselylomakkeen käyttämistä, mutta saimme yhteistyökumppaniltamme suosituksen käyttää ryhmähaastattelua tiedonkeruun keinona. Haastattelu on keinona varmempi saada tuloksia kuin kyselylomake, jossa otanta olisi ollut vaarana jäädä suhteellisen pieneksi luotettavan tutkimuksen näkökulmasta. Haastattelussa on myös mahdollista tehdä tarkentavia kysymyksiä ja varmistua haettavan tiedon saamisesta. Ryhmähaastattelu oli käytännössä helpompi toteuttaa hektisessä päivystysympäristössä kuin yksilöhaastattelu. Tarkoituksena oli viedä mahdollisimman vähän työntekijöiden työaikaa.

Toteutimme teemahaastattelut eri yksiköissä mikä lisäsi haastateltavien määrää ja mahdollisti kattavamman kuvan hoitokäytännöistä, joita toteutetaan kyseisen uhriryhmän hoidossa. Haastatteluihin osallistui eri ammattiryhmiä, mikä lisäsi haastattelujen luotettavuutta ja monipuolista näkökulmaa. Ennen haastatteluja tutkimusta esiteltiin yksiköiden osastokokouksissa, ja henkilökunta sai infokirjeen (Liite 2), josta ilmeni tutkimuskysymykset ja opinnäytetyön tavoitteet. Tämän lisäksi he saivat etukäteen haastattelun rungon (Liite 3). Haastattelurunko ohjasi keskustelua ja auttoi aiheen rajaamista haastattelussa. Haastateltavilla oli myös mahdollisuus lopuksi kertoa vapaasti aihealueeseen liittyvistä kokemuksistaan.

8.4 Teemahaastattelujen toteutus

Haastattelut toteutettiin ryhmä- sekä yksilöhaastatteluina. Haastatteluja oli kolmena eri kertana. Nämä nauhoitettiin, jonka jälkeen vastaukset litteroitiin. Haastateltavat esiintyivät anonymisti vastaten haastattelurungon mukaisiin kysymyksiin. Runko ohjasi haastattelua, mutta yksi kysymys oli avoin, jossa haastateltava sai tuoda esille lisää ajatuksia aiheesta.

Haastatteluissa oli haastavaa pitää keskustelua aiheessa ja ohjata keskustelua. Osa kysymyksien vastauksista tuli muiden kysymysten vastauksien yhteydessä, jolloin täytyi olla tarkkana, ettei kysy uudestaan samoja asioita. Myös asemamme haastattelijoina oli se, ettemme tunteneet ilmiötä juurikaan kuin teorian pohjalta, jolloin haastateltavat väkisinkin ohjasivat jossain määrin keskustelua. Haastattelut järjestettiin henkilökunnan taukotilassa sekä potilaiden haastatteluun tarkoitettussa huoneessa. Taukotilassa haastattelutilanne keskeytyi muutaman kerran kuulutusten vuoksi.

8.5 Haastateltavat ammattihenkilöt

Kaikki haastateltavat työskentelevät kahdessa päivystysyksikössä, mutta työtehtävät vaihtelevat organisaation sisäisesti. Pääsääntöisesti vastaajat olivat sairaanhoitajia, mutta mukana oli myös lääkäri, lääkintävahtimestareita, lähihoitajia ja psykiatrisen sairaanhoitajia. Teemahaastatteluille ominaisesti otannalla pyrittiin saamaan mahdollisimman paljon tietoa aiheesta.

Haastatteluihin osallistuvien valinnan apuna käytettiin osastonhoitajien ohjausta. Työyksiköissä mietittiin myös tiimeinä etukäteen keiden osallistuminen haastatteluihin palvelisi tutkimustamme parhaiten. Haastateltaviksi valikoitui sellaisia työntekijöitä, jotka kohtaavat paljon työssään väkivallan uhreja ja yksi haastateltavista oli ollut myös mukana Pake-projektissa kehittämässä väkivallan uhrin kohtaamisen hoitokäytäntöjä.

8.6 Aineiston analysointi

Laadullisen tutkimuksen aineistoa voidaan analysoida sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysiin kuuluu aineiston rajaaminen, litterointi, luokittelu tai teemoittelu ja yhteenvedon kirjoittaminen. Analysoinnissa päätetään myös halutaanko selvittää aineistosta samankaltaisuuksia vai eroavaisuuksia. Sisällönanalyysia voidaan tehdä joko aineistolähtöisesti, teoriaohjaavalla analyysillä tai teorialähtöisesti. Aineistolähtöisessä analyysissä aiemmilla tiedoilla ja teorialla tutkittavasta aiheesta ei ole merkitystä analyysin teossa. Teorialähtöinen analyysi perustuu aiempaan malliin tai teoriaan aiheesta, joka määrittelee tutkittavaa ilmiötä. Teoriaohjaava analyysi ei pohjaudu suoraan teoriaan, mutta aiempi tieto voi ohjata analyysia ja siitä voidaan tunnistaa aiemman tiedon vaikutus (92–93, 95–97.)

Analysoimme aineistoa teoriaohjaavalla analyysillä. Teoriassa määritelty psyykinen ensiapu ja reaktiot traumaattisen tapahtuman jälkeen olivat pohjana lähteä tutkimaan ilmiötä hoitotyön näkökulmasta käytännössä. Tutkimuskysymykset nousivat omasta kiinnostuksesta selvittää olemassa olevia käytäntöjä aiheeseen liittyen. Teoriasta nousi esiin aiheen tiimoilta tehty Pake-projekti, jolla oli kehitetty käytäntöjä kohdata väkivallan uhri. Peilasimme tuloksiin myös tätä teoriatietoa sen osalta käytettiinkö mm. Pake-kaavaketta ja koettiin se hyödylliseksi.

Aineiston analyysissä haastattelut kirjoitettiin auki tekstimuotoon käymällä talenteet läpi kohta kohdalta. Haastateltavien kommentteja ei kirjoitettu sanasta sanaan, koska haastattelut olivat keskustelunomaisia eikä tarkoituksena ollut haastateltavien havainnointi. Yksittäisiä suoria lainauksia liitettiin tuloksiin. Aineisto luokiteltiin haastattelukysymyksistä nousseisiin teemoihin, joita tiivistettiin ja yhdistettiin otsikoiden alle. Eri haastatteluista poimittiin teemojen alle niihin liittyvät tulokset kyseisestä aiheesta. Teemoittelun jälkeen etsimme yhtenäisiä kokemuksia ja käytänteitä tuloksista, etteivät tulokset perustuisi yhden henkilön esittämiin ajatuksiin. Haastatteluissa kysymykseen vastasi usein joku haastateltavista henkilöistä, ja muut täydensivät vastausta tai kertoivat olevansa samaa mieltä. Ristiriitoja vastaajien vastausten kesken emme havainneet.

9 TUTKIMUSTULOKSET JA HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN

9.1 Uhrin kohtaaminen ja huomioiminen hoidossa

9.1.1 Resurssit

Haastatteluissa ilmeni, että potilaan kohtaamiseen vaikuttaa käytettävissä olevat hoitajaresurssit, jotka vaihtelevat työ- ja potilastilanteen mukaan. Trauma-päivystyksen hoitajat kertoivat, että ”psykiatrinen päivystys on hyvänä tukena potilasta hoidettaessa”(Haastateltava 2). Tämä myös lisää käytettävissä olevia resursseja. Yhteinen kokemus oli, että väkivallan uhreja kohdataan lähes päivittäin. Lomakaudet ja tapahtumat lisäävät kohtaamisten määrää. Potilaita voi olla vuoron aikana muutamia tai jopa yli kymmenen, jolloin kohtaamiseen ei jää aikaa tarpeeksi. Kohtaamistilanteesta on mahdollista luoda laadukas hoitokontakti, mikäli tähän on käytettävissä tarpeeksi aikaa. Väkivallan uhrin eivät aina hakeudu päivystykseen heti teon jälkeen, vaan vasta muutaman päivän kuluessa.

9.1.2 Kohtaaminen

Haastateltavien mukaan potilaan hoito perustuu kuunteluun ja tiedon antamiseen. Uhria ei saisi tuomita ja kohtaamisen pitäisi välittää väkivallan uhrille, että häntä kuullaan hänen haluamallaan tavalla. Kohtaamisessa huomioidaan neutraalisuus, empaattisuus ja ammatillisuus. Psykiatristen hoitajien mukaan keskustelun tulisi olla potilasjohtoista. Tuolloin hoitaja ei ohjaile keskustelua suuntaan, johon potilas ei itse tahdo sitä viedä. Akuuttihoitossa arvioidaan potilaan henkistä tilaa ja sen hetkistä toimintakykyä, jonka perusteella päätetään kotiutumisesta tai jatkohoitoon ohjaamisesta. Tietoa annetaan jatkohoitomahdollisuuksista ja rikosilmoituksen tekemisestä. Haastateltavat kertoivat, että ”varsinkin kun on kyse perheväkivallasta ja päihteiden käyttäjien keskinäisistä väkivaltatilanteista niin uhrin pyrkii suojelemaan sitä tekijää” (Haastateltava 4). Tämä johtuu lähinnä koston ja tilanteen pahenemisen pelosta. Tästä oltiin yhtä mieltä.

Uhrin tilannetta arvioitaessa on mahdollista tehdä tarvittaessa psykiatrian konsultaatiolähete.

Haastateltavat toivat esille haasteena myös monikulttuurisuuden, mikä estää uhrin riisuttamisen ja väkivallan todentamisen. Päivystyksessä ei ole aina käytävissä naislääkäriä. Haastattelussa nousi esiin, että mikäli potilaan vastaanotolle tullessa ilmenee, että hän on joutunut seksuaalisen väkivallan uhriksi, pyritään että hänet vastaanottanut hoitaja toteuttaisi hoidon kokonaisuudessaan. ”Siinä tilanteessa ei olisi kiva jos sua hoitaa monta eri ihmistä” (Haastateltava 3).

Kävi ilmi, että mikäli potilas on tullut päivystykseen somaattisen syyn vuoksi ja haastattelussa ilmenee väkivallan kokemista, on hoitohenkilökunnalla haaste rajata psyykkistä hoitoa. Akuutin työn luonteen vuoksi potilaan kohtaamiseen käytetty aika on lyhyt, jolloin ei ole mahdollista perehtyä psyykkiseen tilanteeseen laajemmin. Tilanteessa, jossa potilas on tuonut esille väkivallan kokemista, hän saattaa helposti turvautua vahvasti hoitajaan. Haastateltavat kertoivat, että ”on raskasta kun potilas haluaisi kiinnittyä hoitajan tukeen ja tuoda paljon asioita esille” (Haastateltava 2). Tärkeää olisi, että potilaan kotiutumisen yhteydessä hänellä olisi saattaja mukana. Hoitohenkilökunnan kokemus oli, että potilaat lähtevät päivystyksestä tyytyväisenä saamaansa hoitoon. Nousi esiin, että ”hoitajalla on usein huoli potilaasta kotiutumistilanteessa jos epäillään perheväkivaltaa” (Haastateltava 6.) Akuuttihoiton päätyttyä on yleistä, että potilas on vielä shokissa, mutta kuitenkin toimintakykyinen. Hysterisiä potilaita ei kotiuteta. Haastateltavat toivat esiin myös potilasryhmän, jotka ovat toistuvasti hoidossa väkivallan uhrina ja heidän suhtautumisensa omaan jatkohoitoonsa on välinpitämätöntä. Pitkään päivystyksessä työskennelleet kertoivat asennekulttuurin muutoksesta koskien väkivallan esille tuomista. Uhrin tuovat avoimemmin esille kokemaansa väkivaltaa ja varsinkin miesuhrien kohdalla asennemuutos on huomattavampi. Haastattelussa kerrottiin, että ”sitä miesten kokemaa väkivaltaa ei enää pidetä niin tabuna” (Haastateltava 8).

9.1.3 Väkivallan olemassaolon tiedostaminen

Haastatteluissa ilmeni, että pahoinpitelyn epäily epämääräisissä oireissa on vaikea todentaa. Varsinkin ulkomaalaistaustaisten naisten kohdalla tämä on haaste kielimuurin ja vaatetuksen takia. Usein vastaanotolla on mukana myös mies, joka toimii usein uhrin tulkkina. Tulkkauksen todenperäisyyteen ei voida täysin luottaa epäselvissä tilanteissa. Näiden perusteella haastateltavat pohtivat, että epämääräisiin oireisiin tulisi kiinnittää entistä tarkempaa huomiota. Jo kysyminen vamman syntymekanismista antaa potilaalle mahdollisuuden avautua mahdollisesta väkivallasta.

9.2 Olemassa olevat hoitokäytännöt

Haastateltavat kertoivat potilaiden ohjautuvan traumapäivystyksestä psykiatrian päivystykseen konsultaatioon halutessaan tai tarvittaessa. Psykiatrisessa päivystyksessä hoito perustuu haastattelun perusteella tehtävään akuutin hoidon arvioon ja jatkohoidon järjestämiseen. Mitään strukturoitua hoitokäytäntömallia väkivallan uhrin hoitamiseen ei ole, mutta hoitajan oma ammattitaito ja aiempi työkokemus ohjaavat hoitoa. Traumapäivystyksestä myös konsultoidaan psykiatrista akuuttipäivystystä esimerkiksi jatkohoidon järjestämisen suhteen. Psykiatriset sairaanhoitajat kertoivat, että ”hoitokäytäntöjä ovat kuuntelu, läsnäolo ja jatkohoidon turvaaminen” (Haastateltava 9).

Traumapäivystyksessä hoitokäytännöiksi kerrottiin PAKE-kaavakkeen käyttö ja uhrin vammojen valokuvaus. Kaavake täytetään yhdessä potilaan kanssa, jolloin hänellä on mahdollisuus kertoa tapahtuneesta yksityiskohtaisemmin. Haastatteluissa ilmeni, että ”PAKE-kaavake toimii tosi hyvänä keskustelurunkona hoitotilanteessa” (Haastateltava 8). Oleellista on tuoda ilmi, että kaavakkeen kaikki kysymykset kysytään systemaattisesti kaikilta uhreilta. Yksikössä on käytössä väkivaltakansio, johon on koottu yhteystietoja jatkohoidon mahdollisuuksista sekä yhteisiä hoitokäytänteitä. Potilaan hoidossa on tarkoitus auttaa uhri akuutin kriisivaiheen yli, jolloin vanhojen traumojen käsittely ei ole tarkoituksenmukaista. Potilas ohjataan psykiatrian puolelle, jotta hänelle voidaan järjestää

jatkohoitoa. Haastatteluissa todettiin, että ”mikäli potilas on seksuaalisen väkivallan uhri, joka on kokenut myös fyysistä väkivaltaa, hoito toteutetaan yhteistyössä oikeuslääketieteen laitoksen kanssa. Tässä tilanteessa fyysisen väkivallan vammat hoidetaan ja arkistoidaan päivystyksessä, jonka jälkeen potilas siirtyy oikeuslääketieteen laitokselle tutkittavaksi” (Haastateltava 1)

9.3 Kotiutuminen

Haastateltavat kertoivat, että ”potilasta ei koskaan kotiuteta puolikuntoisena vaan tarvittaessa seurataan ja annetaan tilanteen rauhoittua” (Haastateltava 7). Potilaan kokemusta jäsennellään, mutta ei varsinaisesti käydä yksityiskohtaisesti läpi tapahtunutta, ellei potilas sitä itse halua. Käydään läpi potilaan kokemusta niin paljon kuin hän haluaa ja varmistetaan, että hän voi jatkaa asian käsittelyä tarvittaessa jatkohoidon palveluissa. Pyritään myös varmistamaan, että potilaan kotiutuminen on turvallista. Viime kädessä potilaalla on kuitenkin itsemääräämisoikeus, jota kunnioitetaan.

9.4 Jatkohoitoon ohjaaminen ja kokemus potilaan saamasta avusta

Haastatteluissa ilmeni, että potilas ohjataan jatkohoitoon hänen tarpeidensa ja oman hoitoon sitoutumisensa mukaisesti. Esille nousi, että jatkohoitoon ohjataan herkemmin naisia. Varsinkin seksuaalisen väkivallan uhrit ohjautuvat jatkohoitoon herkemmin kuin esimerkiksi alkoholin vaikutuksen alaisena syntyneiden väkivallan tekojen uhrit. Eräs haastateltava sanoi, että ”täytyy myöntää, että päihtyneille väkivallan uhreille ei tule silleen tarjottua jatkohoitoapua” (Haastateltava 3). Tähän vaikuttaa myös potilaan oma asenne ja mielentila päivystykseen tultaessa. Mikäli väkivallan uhri on nainen, jolla on lapsia, pyritään hänelle aina järjestämään jatkohoito esimerkiksi turvakodista. Tällöin tehdään myös lastensuojeluilmoitus sosiaaliviranomaisille.

Apu kohdistetaan helposti väkivallan uhriin, jolloin tekijä jää huomaamatta.

Haastateltava totesi, että ”ei sillä väkivallan tekijälläkään ole asiat hyvin” (Haas-

tateltava 6). Tärkeää on muistaa, että myös väkivallan tekijä tarvitsee ammat-
tiapua ja sitä tulisi tarjota yhtäläisesti hänelle. Tämän tekee haasteelliseksi se,
ettei tekijää pystytä useinkaan todentamaan.

9.4.1 Mahdolliset jatkohoitopaikat

Haastateltavat toivat esille, että joskus hoitaja ottaa potilaan puolesta yhteyttä
jatkohoitopaikkaan. Näitä jatkohoitoa tarjoavia palveluja ovat esimerkiksi SOS-
kriisikeskus, TukiNainen, päihdepalvelut, Monika-naiset ry, turvatalot sekä kriisi-
päivystys. Tarvittaessa potilas siirtyy päivystyksestä psykiatriselle vuodeosas-
tolle. Psykiatriset hoitajat kertoivat, että potilaan kokemus hoidosta muodostuu
hoitokeskustelusta, hoitajan läsnäolosta ja luottamuksesta. Jatkohoidon järjes-
täminen lisää potilaan kokemusta kuulluksi tulemisesta. Haastateltavat kertoi-
vat, että ”kotiutuessaan uhrilla pitäisi olla edes yksi puhelinnumero, johon ottaa
yhteyttä, jos hän näin haluaa” (Haastateltava 10). Psykiatriseksi potilaaksi lei-
mautumisen pelko voi estää uhria ottamasta psyykkistä ensiapua vastaan. Var-
sinkin psykiatrisen sairaanhoitajan keskusteluapua tarjottaessa sairaanhoitajat
olivat kokeneet uhrin kieltäytyneen vain psykiatriseksi potilaaksi leimautumisen
pelossa.

9.5 Hoitotyön kehittäminen

9.5.1 Sosiaalityöntekijä

Haastatteluissa ilmeni, että päivystyksien käytäntönä oli antaa jatkohoidon yh-
teystiedot potilaalle. Tuolloin potilas itse ottaa yhteyttä jatkohoitoon halutes-
saan. Tähän haastateltavat pohtivat vaihtoehtoista mahdollisuutta, jossa hoito-
henkilökunta ottaisi potilaan luvalla suoraan yhteyttä jatkohoitoon. Tuolloin jat-
kohoidon mahdollistaminen ei jäisi vain potilaan omalle vastuulle. Tästä kehi-
timme idean, jossa sosiaalityöntekijä soittaisi potilaalle muutaman viikon kulut-
tua kotiutumisesta. Lupa soittoon olisi kysytty jo akuutin hoidon vaiheessa. Sosi-
aalityöntekijä varmistaisi potilaan jatkohoidon tarvetta tai siihen sitoutumista.
Akuutin kriisin aikana potilas on sokissa, jolloin hän ei pysty välttämättä käsitte-
lemään saamaansa tietoa. Tämän vuoksi olisi perusteltua varmistaa tilanne ja

potilaan hoitomyöntyvyys vielä uudelleen trauman käsittelyn edettyä. Tästä käytännöstä voisivat hyötyä myös tapahtumahetkellä päihtyneenä olleet potilaat, joiden jatkohoitoon ohjaus koettiin haastatteluissa haastavaksi. Sosiaalityöntekijä voisi ohjata tällaisia potilaita tarvittaessa päihdepalveluihin.

9.5.2 Tarkistuslista

Yhtenäisiä hoitolinjoja voisi kehittää esimerkiksi tarkistuslistan käyttöönotolla. Hoitajilla ei aina ollut selvää tietoa jatkohoidon tarjoamista mahdollisuuksista erilaisissa tilanteissa. Joillekin potilasryhmille ei ole selkeitä jatkohoidon mahdollisuuksia, jolloin tämän järjestäminen on haastavaa. Tarkistuslistan avulla potilaan hoitoa voitaisiin yhtenäistää ja tasa-arvoistaa. Työntekijöille lista toimisi työtä helpottavana tekijänä, varsinkin uuden työntekijän kohdalla.

9.5.3 Lisäkoulutus

Lisäkoulutusta väkivallan uhrin kohtaamiseen, tunnistamiseen ja vuorovaikutukseen toivottiin lähes kaikissa haastatteluissa. Myös jatkohoitopaikkojen tuntemukseen kaivattiin koulutusta, jolloin hoitajien olisi helpompi tarjota jatkohoitoa potilaille. Joissakin yksiköissä koulutusta oli järjestetty, mutta siihen osallistuminen ei ollut kaikille työntekijöille mahdollista vuorotyön vuoksi. Pohdimme, olisiko samaa koulutusta mahdollista järjestää useampana päivänä, jolloin osallistuminen mahdollistuisi kaikille työvuorojen puitteissa. Myös henkilökunnan vaihtuvuuden vuoksi koulutusten olisi hyvä olla toistuvia. Omat reaktiot hoitajana ja kanssakäyminen uhrin kanssa koetaan myös haastavaksi. Väkivallan uhrin kohtaaminen hahmottuisi työntekijöille potilaan omakohtaisen kokemuksen pohjalta. Siksi kokemuskouluttajan käyttö voisi antaa työkaluja ammattilaisille kohtaamisen ja vuorovaikutuksen tueksi.

9.5.4 Päivystävä tulkki

Haastatteluissa kävi ilmi, että monikulttuuristen potilaiden hoidossa tulkkina on usein lähiomainen. Tämän vuoksi lähisuhdeväkivallasta kertominen hoitajille voi olla mahdotonta. Myös tulkkauksen luotettavuutta ei voida taata. Tämän vuoksi

pohdimme, että tällaisissa tilanteissa ulkopuolisen tulkin käyttö olisi perusteltua. Yksiköiden toiminnan vuoksi tulkki tarvitaan nopeasti, joten järjestäminen päivystysajalla voi olla haasteellista. Tähän olisi hyvä kehittää toimintamenetelmä, jossa päivystävään tulkkiin voisi saada puhelimitse yhteyden ympäri vuorokauden.

9.5.5 PAKE-kaavakkeen systemaattinen käyttö

Haastatteluissa nousi esille, ettei PAKE-kaavaketta täytetä systemaattisesti kaikissa Suomen päivystysyksiköissä. Tällöin PAKE-kaavake täytetään vain, mikäli uhri haluaa tehdä rikosilmoituksen. Tästä tavasta tulisi luopua ja kaavake tulisi täyttää automaattisesti väkivallan uhrin hoidossa aina. PAKE-kaavake perustuu dokumentointiin ja toimii juridisena asiakirjana. Mikäli uhri haluaa käynnistää oikeusprosessin vasta vuosien päästä pahoinpitelystä, PAKE-kaavakkeen tiedot tulee olla oikein täytettynä. Haastattelemissamme yksiköissä PAKE-kaavake täytettiin aina.

10 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli laadullisen tutkimuksen keinoin selvittää psyykkisen ensiavun toteutumista päivystyksissä työikäisille väkivallan uhreille. Aihetta tutkittiin teoreettisen tiedon pohjalta, jonka jälkeen suoritettiin käytännön teemahaastattelut päivystyksen hoitohenkilökunnalle. Teemahaastatteluiden tarkoituksena oli saada käytännön tietoa työelämästä koskien aihetta. Teemahaastattelut tuottivat laadukkaita tuloksia ja ne toteutettiin kahdessa eri yksikössä, jolloin vastaajien määrä oli suurempi kuin se olisi ollut yhdessä yksikössä toteutetussa haastattelussa. Vastaajina oli eri ammattihenkilöitä päivystyksestä. Teoriatieto ja haastattelujen tulokset vastasivat toisiaan. Näin ollen kävi ilmi, että ammattilaisilla on teoriatietoa ja kokemusta siitä, kuinka uhri tulisi kohdata ja hoitaa päivystyksessä. Kuitenkin ammattilaisten haastattelujen perusteella tähän kaivataan lisäkoulutusta työn ohella sekä toimintamallien hiomista ja yhtenäistämistä.

Saimme opinnäytetyöstä tukea väkivallan uhrin akuutin työn merkitykselle. Ymmärrys ensivaiheen kohtaamisen merkityksestä lisääntyi. Samalla trauman jälkeisen psyykkisen hoidon merkitys painottui, koska ensivaiheessa psyykkistä hoitoa ei voida toteuttaa laajasti. Tämä johtuu potilaan sokkitilasta, jossa hän ei pysty sisäistämään annettua tietoa yhtä laajassa mittakaavassa kuin myöhemmin. Päivystyksen resurssit ovat rajalliset, jolloin akuutin psyykkisen ensiavun antaminen painottuu lähinnä kohtaamiseen, kuuntelemiseen ja jatkohoidon järjestämiseen somaattisen hoidon ohella.

Hoitohenkilökunnalla oli hyvin käytössään jatkohoidon yhteystietoja, joita potilaille annetaan. Eräät haastateltavat toivat esiin, etteivät aina tiedä mikä jatkohoitopaikka olisi asianmukaisin joissakin erityisissä tilanteissa. Yksiköissä oli olemassa yhteystietoja ja esitteitä jatkohoitopaikoista. Jatkohoitopaikkoja oltiin myös esitelty henkilökunnalle, mutta osa ei ollut näissä esittelyissä ollut mukana.

Kuten haastatteluissa nousi esille, haasteena voi olla potilaalle jäävä vastuu jatkohoitoon hakeutumisesta. Sokkivaiheen jälkeen kynnys hakeutua jatkohoitoon

voi olla liian suuri, jolloin psyykinen kriisi voi kroonistua traumaperäiseksi stressireaktioksi. Esiin nousivat myös potilaiden ennakkoluulot psyykkistä tukea kohtaan ja pelko psykiatriseksi potilaaksi leimautumisesta. Hyväksi koettiin kunnan järjestämä ympärivuorokautinen kriisipäivystys, jossa kriisiryhmä arvioi jatkohoidon järjestämisen tarvetta. Tästä jatkohoitomahdollisuudesta oli vaihtelevasti tietoa hoitohenkilökunnalla.

Opinnäytetyön ideointivaiheessa aiheemme käsitti myös raiskauksien uhrin, mutta rajasimme aiheen väkivaltaa kokeneisiin. Käsittelimme väkivallan uhrin psyykkistä ensiapua tässä opinnäytetyössä yleisellä tasolla, johon sisältyi hoitohenkilökunnan kokemukset aiheesta.

Opinnäytetyömme on vahvasti työelämälähtöinen. Prosessin alussa käydyssä yhteistyökokouksessa huomioitiin osastonhoitajien odotukset ja toiveet opinnäytetyötä kohtaan. Tarkoituksena oli saada myös heille tietoa, kuinka henkilökunta kokee väkivallan uhrin kohtaamisen, hoidon ja jatkohoidon järjestämisen. Tulokset esitellään yksiköissä opinnäytetyön valmistuttua.

Täysipainoinen paneutuminen aiheeseen lisäsi ammatillista osaamistamme psyykkisessä ensiavussa, trauman jälkeisessä hoidossa, trauman vaiheiden ymmärtämisessä sekä yleisesti psyykkisen trauman kohdanneen potilaan kohtaamisessa. Saimme myös kokemusta työelämän kanssa toimimisesta ja tutkimuksen toteuttamisesta käytännössä. Kirjallisen tuotoksen tekemiseen hyödynsimme Diakonia-ammattikorkeakoulun opasta Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Teoriatiedon hankintaa varten olimme Diakin Kalasataman kirjaston informaation yksilöohjauksessa, josta hyödyimme.

Aihetta käsiteltiin mahdollisimman tasavertaisesti eikä väkivallan uhriryhmiä arvotettu. Psyykinen ensiapu väkivallan uhrille on yhtä tärkeää jokaiselle uhrin sosioekonomisesta asemasta tai uskonnosta riippumatta. Toteutuksessa huomioitiin haastateltavien anonyymiys, ja he saivat kertoa aiheesta myös vapaasti. Ammattihenkilöryhmiä ei haastatteluihin rajattu, koska päivystyksen tiimityössä jokaisen työntekijän panos on merkittävä.

Käsittlemäämmme aihetta voisi jatkaa tutkimalla jatkohoitopaikkojen riittävyttä ja potilaiden hakeutumista niihin. Hoitohenkilökunnalle voisi esitellä jatkohoitomahdollisuuksia kattavammin. Myös uhrin näkökulman tutkiminen toisi lisätietoa aiheesta ja antaisi hoitohenkilökunnalle lisää tietoa kohtaamisen merkityksestä. Hoitotyön kehittämiseen liittyvissä ideoissamme nostaisimme tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi sosiaalityöntekijän yhteydenoton väkivaltaa kokeneeseen potilaaseen muutaman viikon kuluttua tapahtuneesta. Tällä voitaisiin parantaa jatkohoidon vastaanottamista.

10.1 Johtopäätökset

Teoriatiedon ja käytännön kohtaaminen yhteispäivystyksessä näkyi selkeästi haastattelujen yhteydessä. Tämä kertoo hoitotyön tutkittuun tietoon pohjautuvasta toiminnasta. Esimerkiksi Käypä hoito-suosituksessa ”Akuutit ja traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt” ohjeistetaan potilaan tutkimisesta akuutissa tilanteessa. Haastatteluissa nousi esiin, että hoitotyön ammattilaiset toimivat suositusten mukaan. Tämä ilmenee konkreettisesti esimerkiksi potilaan tulohaastattelussa, jossa trauma ei aleta purkamaan kokonaisuudessaan, vaan tilanne pyritään rauhoittamaan hetkellisesti. Ei ole tarkoituksenmukaista hoitaa traumaperäistä stressireaktiota yhteispäivystyksen akuuttivastaanotolla, vaan sen läpikäymiseen tarvitaan pidempi jatkohoito, johon potilas sitoutuu. Näin myös haastatteluun osallistuneet hoitajat totesivat kertoessaan käytössä olevista työmenetelmistään. (Käypä hoito - suositus 2016.)

Myös Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2009 julkaisemassa oppaassa ”Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut- opas kunnille ja kuntayhtymille” ohjeistetaan akuutin kriisityön psykologisista tavoitteista. Näitä tavoitteita ovat psyykkisen kestävyden ja traumaattisen kokemuksen integraation tukeminen sekä potilaan oman itseluottamuksen vahvistaminen. Käytännön hoitotyössä teoria ilmenee haastatteluissa esille nousseissa keinoissa tukea potilasta akuutissa tilanteessa. Esimerkiksi turvallisuuden tunteen vahvistaminen ja hoitoon pääsyn mahdollistaminen pohjautuvat edellä mainittuun teoriatietoon.

Ammattilaiset kertoivat haastatteluissa, että potilaan kokemus turvallisessa paikassa olemisesta auttaa traumaattisen tapahtuman läpikäymistä ja jäsentelyä päivystyksessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 13.)

Saamamme palaute haastateltavilta ja yhteistyökumppaneiltamme oli positiivista sekä vahvisti kokemustamme aiheen tärkeydestä ja ajankohtaisuudesta. Väkivaltaa kokeneen potilaan psyykkisellä ensiavulla voidaan tukea potilaan psyykkisen trauman käsittelyä ja vahvistaa hänen henkistä selviytymiskykyään. Tästä tutkimus tuotti meille lisätietoa käytännön kokemusten kautta.

LÄHTEET

- Arkins, B.; Begley, C. & Higgins, A. 2016. Measures for screening for intimate partner violence: a systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Dublin, Ireland.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä – opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten 2010. Tampere: Juvenes Print Oy.
- Flinck, Aune 2006. Parisuhdeväkivalta naisen ja miehen kokemana. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Hannus, Riitta; Mehtola, Sirkku; Natunen, Luru & Ojuri, Auli (toim.) 2011. Veitosen terällä – naiseus ja parisuhdeväkivalta. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Hansen, Saana; Sams, Anni; Jäppinen, Maija & Latvala, Johanna 2016. Kunnia käsitykset ja väkivalta- selvitys kunniaan liittyvästä väkivallasta ja siihen puuttumisesta Suomessa. Helsinki: Picascript.
- Hedrenius, Sara & Johansson, Sara 2013. Kriisituki – ensiapua onnettomuuksien, katastrofien ja järkyttävien tapahtumien käsittelyyn. Tallinna: Printon.
- Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja kriisipäivystys 2017. Viitattu 6.3.2017.
<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/paivystys>
- Hinkkurinen, Jari; Karjalainen, Kalevi; Karjalainen, Kirsi-Marja; Lundell, Lasse; Lüthje, Peter; Nurmi-Lüthje, Ilona; Pelkonen, Janne; Salmio, Kimmo & Virtanen, Antti 2008. Väkivallan uhrin aluesairaalan päivystyspoliklinikassa – etenevä tutkimus. *Duodecim*, 1381–1387.
- Kananen, Jorma 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas – näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Suomen yliopistopaino Oy – Juvenes Print Oy.
- Kananen, Jorma 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Kjällman Petra (toim.) 2011. Rikoksen uhrin käsikirja. Juva: PS-kustannus.

- Käypä hoito, 2016. Akuutit ja traumaperäiset stressireaktiot ja –häiriöt. Viitattu 23.4.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00086>
- Käypä hoito, 2014. Traumaperäinen stressihäiriö. Viitattu 26.2.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50080>
- Laki pahoinpitelystä 5 § 21.4.1995/578. Viitattu 19.9.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=pahoinpitely#L21>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista § 3 17.8.1992/785. Viitattu 6.3.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä § 15 28.6.1994/559. Viitattu 6.3.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3P15>
- Malmin malli – asiantuntijaverkosto 2008. Väkivallan uhrille on tärkeää antaa rohkaisevaa palautetta hoitoon hakeutumisesta. Lääkärilehti 10/2008 vsk 63, 971–974.
- Pohjolan-Pirhonen, Carita; Poutiainen, Kirsi & Samulin, Helena 2007. Kriisityön käsikirja. Hämeenlinna: Kirjapaja.
- Saari, Salli 2005. Kuin salama kirkkaalta taivaalta – kriisit ja niistä selviytyminen. Keuruu: Otava.
- Saari, Salli 2008. Kuin salama kirkkaalta taivaalta – kriisit ja niistä selviytyminen. Keuruu: Otava.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut- opas kunnille ja kuntayhtymille. Verkkojulkaisu. Viitattu 3.3.17 ja 23.4.2017.
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2006. PAKE-kehokartta. Viitattu 6.2.2017. https://www.thl.fi/documents/605877/747474/MIII_PAKE%2Blo-make_suomi.pdf/9be07839-f976-4117-ae6e-3d65751a9522
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2006. Terveydenhuollon hyvät käytännöt pahoinpitelytapauksissa. Viitattu 6.2.2017. <https://www.thl.fi/documents/605877/747474/PAKE-ohjeistus.pdf>
- Tilastokeskus 2016. Väkivaltarikokset. Viitattu 22.3.2017. <http://www.findikaattori.fi/fi/57>

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.

Vantaa: Hansaprint Oy.

Väisänen, Leena; Niemelä, Mika & Suua, Pirkko 2009. Sanat työssä- vuorovai-

kutus ammattitaitona. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.

LIITE 1: TIEDONHAUN TAULUKKO

Tietokanta	Hakusanat	Osu- mia	Hyödynnetty	Ei hyödyn- netty
Cinahl	"violence vic- tim" and "sup- port" and "acute care"	86	1	85
Cinahl	" psychological trauma" and "acute care"	73	0	73
Cinahl	" psychological aid" and " "acute care" and " support"	22	0	22
Cinahl	"psychological aid" and "acute care" and "vio- lence victim"	8	0	8
Medic	"väkivallan uhri" and "psyykki- nen ensiapu" and "päivystys"	1	1	0
Medic	"väkivallan uhri*" and "posttraumaatti- nen stressi- häiri*",	6	0	6
Medic	PAKE	1	1	0
Medic	"väkival*" and "psykiatrinen	6	1	5

ensiapu" and
"päivysty*"

LIITE 2: INFOKIRJE

Hei, sinä päivystyspoliklinikan ammattilainen!

Olemme terveydenhoitajaopiskelijoita DIAK ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyönämme tutkimuksen aiheesta ” Psykkinen ensiapu väkivallan uhrille yhteispäivystyksessä”.

Keräämme tutkimustietoa nauhoitettavalla ryhmähaastattelulla, johon toivomme osallistumistasi. Nauhoite poistetaan työn valmistuttua. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja tilaisuus järjestetään työpaikallanne _____._____ klo _____._____ Tutkimustulokset käsitellään luottamuksellisesti ja anonyymisti.

Tulosten perusteella tutkimme hoitohenkilökunnan kokemuksia psykkinen ensiavun antamisesta väkivallan uhrille ja pyrimme vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- Kuinka psykkinen ensiapu toteutetaan väkivallan uhrin hoidossa?
- Mitä keinoja on uhrin tukemisessa?
- Kuinka tulisi kohdata väkivallan uhri?
- Kokeeko hoitohenkilökunta omaavansa riittävästi tietoa psykkinisestä ensiavusta?
- Mitkä hoitokäytännöt hoitohenkilökunta kokee toimiviksi?
- Kuinka toimintamalleja voisi parantaa psykkinen preventiivisen ensiavun antamisessa?

Kiitämme jo nyt yhteistyöstäsi ja vaivannäöstäsi!

Hilla Eerola & Milla Viljakainen, terveydenhoitajaopiskelijat
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Kalasataman kampus

LIITE 3: HAASTATTELURUNKO

Haastateltavien ammattinimikkeet

Kuinka usein kohtaatte työssänne pahoinpitelyn uhreja?

Kuinka olette huomionnut psyykkisen ensiavun ko. potilaan hoidossa?

Koetteko teillä olevan riittävästi tietoa ja taitoa auttaa väkivallan uhria psyykkisesti?

Onko yksikössänne käytössä käytäntöjä koskien väkivallan uhrin hoitoa? Minkälaisia?

Minkä käytännön olet kokenut hyväksi?

Onko uhri aina helposti tunnistettavissa?

Onko sinulla tietoa, mihin ohjeistat potilasta ottamaan yhteyttä mahdollisissa väkivallan jälkeisissä psyykkisissä reaktioissa päivystyksestä kotiuduttuaan?

Koetteko, että asiakas on saanut tarvitsemansa avun?

Koetko kaipaavasi lisätietoa aiheesta? Minkälaista?

Mitä muuta haluaisit tuoda esille aiheesta?