

Jenni Ruhanen

Saana Vilko

# MIEHET JA OMAN KÄDEN OIKEUS?

## Miesten toivottomuus itsemurhaprosessissa

Opinnäytetyö  
Hoitotyö


Marraskuu 2014




MAMK

University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

		<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  18.11.2014
<b>Tekijä(t)</b>  Jenni Ruhanen Saana Vilko		<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b>  Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidtaja AMK
<b>Nimeke</b>  Miehet ja oman käden oikeus? Miesten toivottomuus itsemurhaprosessissa		
<b>Tiivistelmä</b>  Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitkä syyt johtavat miesten itsemurhiin. Itsemurhaan liittyy olennaisesti väkivalta itseä kohtaan, mielenterveysongelmat, päihteet sekä muut riskitekijät ja itsetuhoisuuden arviointi.  Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta ja aineiston analyysimenetelmänä sisällönanalyysiä. Työn alussa käsitelimme aiheeseen liittyviä käsitteitä ja kerroimme lyhyesti itsemurhan historian kehityksestä. Selvitimme itsemurhiin johtavia ja altistavia riskitekijöitä. Itsetuhoisuuden ja itsemurhavaaran riskiä voidaan arvioida hoitotyössä eri menetelmin. Arvioinnissa voidaan käyttää esimerkiksi erilaisia mittareita ja kaavakkeita, joita avasimme myös työssämme. Lopuksi käsitelimme tutkimusten ja artikkeleiden keskeisimpiä tutkimustuloksia oman opinnäytetyömme kannalta. Kirjallisuuskatsauksen keskeisimmät tulokset on esitetty työssämme liitteenä 1.  Tutkimukset, joita käytimme työssämme, olivat sisällöltään melko samantyyppisiä. Tämä tuki sitä, että tutkijoilla oli samanlaisia näkemyksiä aiheesta, eivätkä tutkimustulokset poikenneet. Tutkimustuloksista selvisi, kuinka itsemurhaan liittyy pääsääntöisesti aina menetykset, työ ja taloudelliset huolet, sosiaalinen asema, päihteet, terveysongelmat, hoitoon hakeutumisen viivästyminen ja toivottomuuden tunne elämästä.  Opinnäytetyömme tilaajana toimi Mikkelin ammattikorkeakoulu (Mamk). Opinnäytetyömme liittyy myös kansainväliseen Euregenas-projektiin. Hankkeen tavoitteena on muun muassa vahvistaa tietoisuutta ja osaamista mielenterveyden edistämisestä sekä edistää itsemurhariskin tunnistamista ja itsemurhaa yrittäneiden hoitoa. Mikkelin ammattikorkeakoulu on yksi hankkeen partnereista.		
<b>Asiasanat (avainsanat)</b>  itsemurha, itsetuho, miehet, kirjallisuuskatsaus		
<b>Sivumäärä</b> 36 s. + liitteet	<b>Kieli</b> suomi	<b>URN</b>
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>		
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b>  Riitta Kuismin		<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b>  Mikkelin ammattikorkeakoulu

## DESCRIPTION

		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  18 <sup>th</sup> November, 2014
<b>Author(s)</b>  Jenni Ruhanen Saana Vilko		<b>Degree programme and option</b>  Degree programme in nursing, health care
<b>Name of the bachelor's thesis</b> Men and the right to own hand? Men's hopelessness in suicidal process		
<b>Abstract</b>  <p>In this thesis we're researching what reasons and what things lead to men's suicides. Violence towards yourself, mental issues, drugs, other risk factors and self-destructions evaluations are substantially connected to suicides.</p> <p>Thesis was done by using review of the literature and content analysis. In the beginning of thesis we opened up different notions about the subject and told shortly about the history of suicide development. Next thing was to figure out factors leading and predisposing to suicide. Self-destruction and suicide risk can be evaluated with different methods. In the evaluation can be used different indicators and forms which we also told about in our thesis. In the end we also discuss the implementation of thesis and the main results of the researches and articles. The main results of the literature reviews are attached in appendix 1.</p> <p>Research materials which we used in our thesis were very similar by contents. This supports the fact that the researches had the same view about the subject. In the research results became clear that losts, issues related to work, social status, drugs, health problems, delays in treatment and hopelessness were often connected to suicides.</p> <p>The commissioner of our thesis was Mikkeli University of Applied Sciences. Our thesis is also substantially connected the European Union and Mikkeli University of Applied Sciences collaborative Euregenas project. The aim of the project is for example to strengthen the awareness and knowledge promotion of mental health and contribute to suicide risk identification and also treatment of suicide attempters. Mikkeli University of Applied Sciences is one of the project partners and financiers.</p>		
<b>Subject headings, (keywords)</b>  suicide, suicidal, men, review of the literature		
<b>Pages</b> 36 + 14	<b>Language</b> Finnish	<b>URN</b>
<b>Remarks, notes on appendices</b>		
<b>Tutor</b>  RiittaKuismin		<b>Bachelor's thesis assigned by</b>  Mikkeli university of applied sciences

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	1
2	ITSEMURHAT SUOMESSA.....	2
3	ITSEMURHA PROSESSINA .....	4
3.1	Psykiatrian kehitys.....	5
3.2	Itsetuhoisuus .....	6
3.3	Itsemurhan riskitekijät .....	7
3.4	Itsemurhavaaran arviointi .....	9
3.5	Mielenterveyshäiriöt itsemurhan riskitekijöinä .....	11
4	MIESTEN ITSEMURHAT.....	13
4.1	Itsemurhan laukaisevia tekijöitä .....	14
4.2	Itsemurhan tekotapoja.....	16
4.3	Mielenterveysongelmien hoito .....	17
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS .....	20
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	20
6.1	Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä.....	20
6.2	Aineiston haku .....	21
6.3	Aineiston analyysi sisällönanalyysin avulla .....	24
7	TUTKIMUSTULOKSET .....	26
7.1	Menetykset.....	26
7.2	Työ ja taloudelliset huolet .....	27
7.3	Sosiaalinen asema .....	27
7.4	Päihteet .....	27
7.5	Terveysongelmat.....	28
7.6	Hoidon viivästyminen.....	28
8	LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS .....	29
9	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	30
	LÄHTEET .....	32
	LIITTEET	
	1 Kirjallisuuskatsauksen keskeisimmät tulokset	
	2 Sisällönanalyysi	
	3 Beckin depressioasteikko (BDI)	

4 Toivottomuuden arviointiasteikko (HS) ja pisteytysohje  
5 Suicide intent scale (SIS)

## 1 JOHDANTO

*”Viidestoista yö taas saapuu painajaisineen  
ja kaikki, paitsi elämä, on turhaa  
Aina oikein uskoa ei jaksa ihmiseen,  
kun ihmiskunta tekee itsemurhaa”  
- Juice Leskinen*

Suomessa tehdään päivittäin noin kolme ja vuosittain reilu tuhat itsemurhaa. Noin yksi kolmasosa alle 25-vuotiaiden miesten kuolemaan johtavista syistä ovat itsemurhia. Suunnilleen joka kahdeskymmenes miesten itsemurhayritys johtaa kuolemaan. Itsemurhat ovat yleisin 20 - 34-vuotiaiden miesten kuolinsyy. (Lepola ym. 2002, 231–232.) Vuonna 2012 itsemurhan tehneistä kolme neljäsosaa oli miehiä (Tilastokeskus 2013).

Miehet tekevät huomattavasti enemmän itsemurhia kuin naiset. Miesten itsemurhakuolleisuus on kuitenkin vähentynyt nyt viimeisten parinkymmenen vuoden aikana. Vuonna 2012 Suomessa työikäisten keskuudessa tehtiin yhteensä 711 itsemurhaa, joista miesten itsemurhia oli 523. Edellisenä vuotena itsemurhia tehtiin 912, joista miesten itsemurhia oli 710. Naisten itsemurhakuolleisuus on pysynyt lähes samana. Naisista itsemurhaan ajautui 188 henkilöä vuonna 2012, joka oli vain 14 edellisvuotta vähemmän. (Tilastokeskus 2012.)

Masennus on yleisin itsemurhiin liittyvä mielenterveyshäiriö. Päihdeongelmat ovat toiseksi suurin riskiryhmä. Kolmanneksi suurimpaan riskiryhmään kuuluvat persoonallisuushäiriöiset potilaat. Itsemurhariskiä lisäävät lähiomaisen itsemurha, aiemmat itsemurhayritykset ja toivottomuuden tunne elämästä. Yleensä itsemurhaa yrittäneen henkilön itsemurhayrityksen uusiutuminen on korkeimmillaan pian itsemurhayrityksen jälkeen sekä ensimmäinen kuukausi on kriittistä aikaa uudelle itsemurhayritykselle. (Kuhanen ym. 2010, 238–239.)

Itsemurhaa yrittäneistä suurin osa on kärsinyt masennuksesta, johon yleensä liittyy myös muita ongelmia. Näitä ongelmia ovat esimerkiksi päihteiden käyttö. Suurin osa

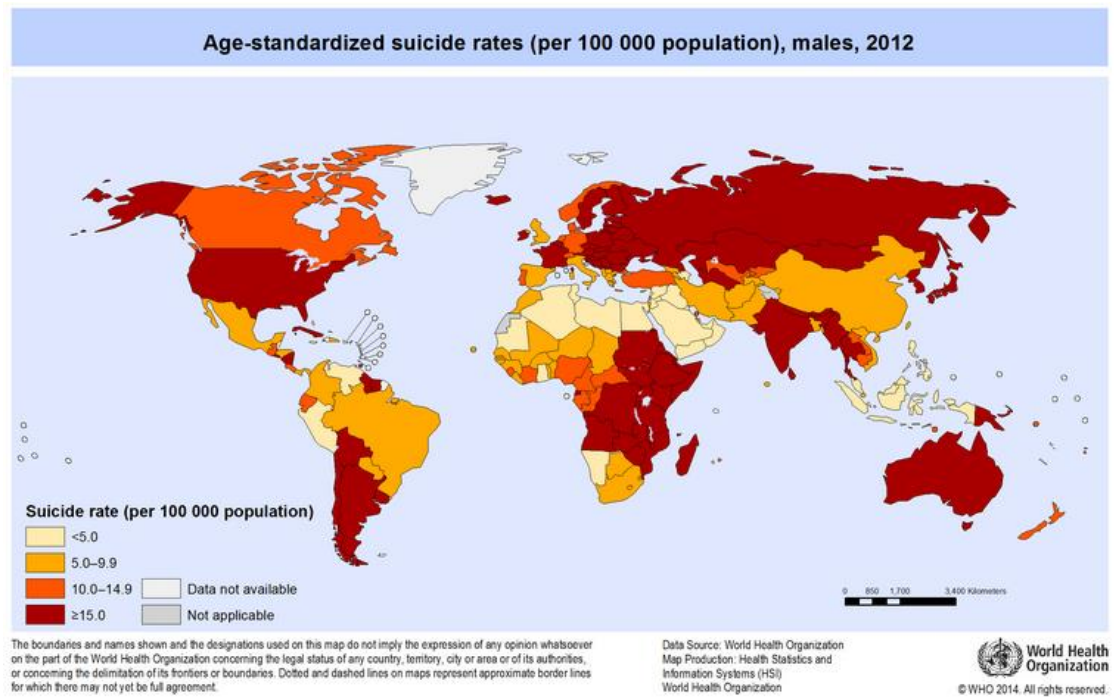
itsemurhista tehdään lääkkeillä, jotka ovat alun perin määrätty jo todettuihin mielen-terveysongelmiin. (Heiskanen ym. 2011, 325.)

Opinnäytetyömme tilaajana toimii Mikkelin ammattikorkeakoulu (Mamk). Opinnäytetyömme liittyy kansainvälisen Euregenas-projektiin, jonka yhtenä partnerina toimii Mamk. Euregenas- projekti on mielenterveyden edistämisen ja itsemurhien ehkäisyn kehittämisen hanke, jossa 12 Euroopan maan yhteistyökumppanit tekevät yhteistyötä. Hankkeen tavoitteena on vahvistaa tietoisuutta ja osaamista mielenterveyden edistämisessä sekä itsemurhien ehkäisyssä, edistää itsemurhien tunnistamista ja itsemurhaa yrittäneiden hoitoa sekä itsemurhan tehneiden läheisten tukea. (Euregenas 2012.)

Mielenterveysongelmien lisääntyessä itsemurhayritykset sekä itsemurhat lisääntyvät. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirjallisuuskatsauksen menetelmiä käyttäen, mitkä syyt johtavat miesten itsemurhiin.

## **2 ITSEMURHAT SUOMESSA**

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan ympäri maailmaa ajautuu itsemurhaan vuosittain yli miljoona ihmistä, mikä on suurempi määrä kuin sotien ja väkivaltarikosten seurauksena kuolleiden lukumäärä yhteensä. Eniten itsemurhia tehdään kuitenkin Euroopassa ja Australiassa. Maiden välisessä vertailussa Suomi sijoittuu Itä- Euroopan ja Länsi-Euroopan väliin, mutta itsemurhia tehdään kuitenkin enemmän kuin muissa Pohjoismaissa (kuva 1). Suomessa erityisesti nuorten miesten (20- 34-vuotiaiden) itsemurhakuolleisuus korostuu enemmän kuin muissa maissa. Maailmanlaajuisesti miesten itsemurhariski on suurin kuitenkin vuosien 41–45 välillä sekä yli 75-vuotiailla. (Toivio & Nordling 2013, 218–219.)

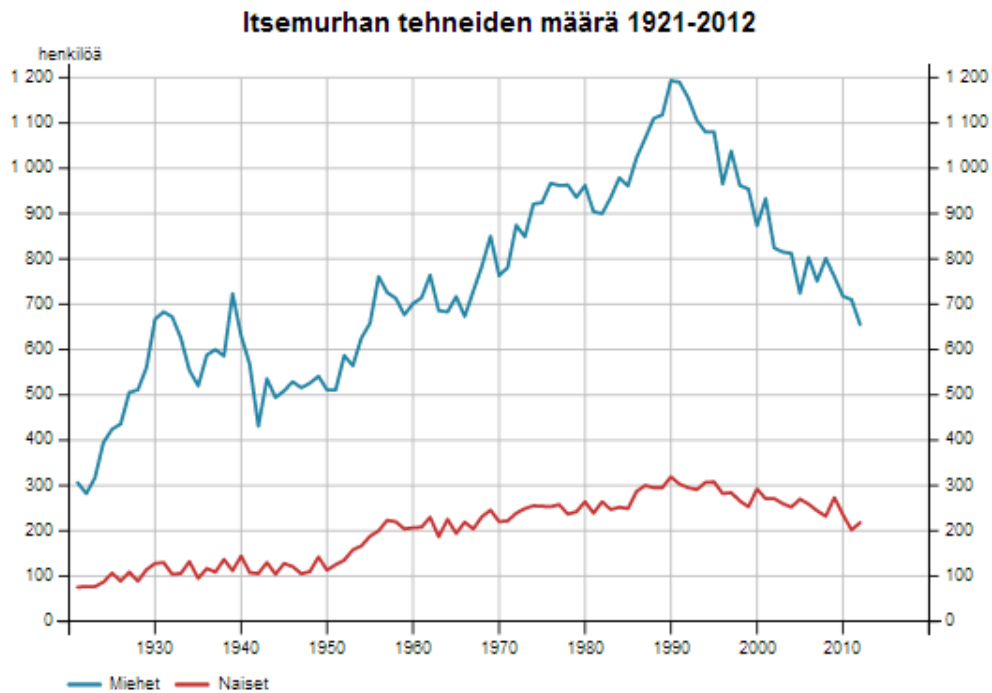


### **KUVA 1. Miesten itsemurhakuolleisuus maailmalla 2012 (WHO 2014)**

Itsemurhien määrä Suomessa on kääntynyt hieman laskuun. Koko itsenäisyyden ajan itsemurhakuolleisuus Suomessa nousi aina vuoteen 1990 saakka, jolloin tehtiin 1520 itsemurhaa. Itsemurhien ehkäisyprojektin aikana 1986–1995 itsemurhien määrä saatiin laskuun, minkä jälkeen luku on pysynyt suhteellisen tasaisena. Itsemurhia tekevät sekä nuoret että vanhukset, mutta kuitenkin eniten itsemurhia tekevät keski-ikäiset miehet. (Näin unta elämästä 2014.)

Itsemurhat vähenivät lähes 30 % Suomessa vuodesta 1990 vuoteen 2000 mennessä. Suomessa itsemurhien huipun katsotaan olleen vuonna 1990 (Toivio & Nordling 2013, 219). 1990-luvulla itsemurhat vähenivät erityisesti miesten keskuudessa (kuva 2). Vuonna 2002 Suomessa tehtiin 1095 itsemurhaa, joista miesten itsemurhia oli 824 (Lönnqvist 2005).





**KUVA 2. Itsemurhan tehneiden määrä 1921–2012 (Findikaattori 2013)**

### 3 ITSEMURHA PROSESSINA

Jokaisella itsemurhalla on oma erilainen kehitystarinansa, jota kutsutaan itsemurhaprosessiksi. Tässä prosessissa on aina kyse kasautuvista ja pitkäaikaisista elämän eri ongelmista sekä riskitekijöiden etenevästä yhteisvaikutuksesta. (Heiskanen ym. 2011, 322.) Itsemurhaprosessi muodostuu altistavista tekijöistä, suojaavien tekijöiden puutteesta ja laukaisevista tekijöistä. Altistavina tekijöinä voi olla esimerkiksi mielenterveydenhäiriö tai somaattinen sairaus. Suojaavien tekijöiden puute voi olla esimerkiksi sosiaalisen verkoston puuttuminen ja laukaisevana tekijänä puolestaan menetystilanne, esimerkiksi ystävän tai puolison menetys. (Lönnqvist ym. 2011, 504–505.)

Suomessa itsemurhaksi luetaan kuolema, joka on oikeuslääkärin arvion mukaan seuraus henkilön omasta toiminnasta ja jonka henkilö on tiennyt tai uskonut johtavan omaan kuolemaansa (Lönnqvist ym. 2011, 502). Kyseisestä kuolemasta voidaan käyttää myös nimitystä omaehtoinen kuolema. Tässä tutkimuksessa käytämme sanaa itsemurha.

Itsemurhalle ei voida osoittaa yhtä ainoaa selittävää syytä (Lönqvist ym. 2011, 504). Itsemurhaan liittyy aina taustalla oleva mielenterveyden häiriö tai taustalla olevia vaikeuksia. Itsemurhat eivät ole tekoja vaan tapahtumia, joissa ihminen tavoittelee vapautumista omasta sietämättömästä ”loukusta”. Itsemurha on prosessi, jossa ihmisen elämän ajalta on nähtävissä itsemurhalle altistavia ja suojaavia tekijöitä. Nämä tekijät voivat olla esimerkiksi perinnöllisiin, biologisiin, traumaattisiin kokemuksiin, psyykkiseen kehitykseen ja kulttuuriin sekä ympäristötekijöihin liittyviä. Itsemurhaan liittyy aina jokin laukaiseva tekijä, joka on henkilölle itselleen vakava sekä tärkeä kokemus. (Hinkkuri 2008, 10.)

Suurin osa itsemurhaa yrittäneistä on kärsinyt masennuksesta. Itsemurhayritys on yleensä kytkeytynyt muihin ongelmiin, kuten esimerkiksi impulsiivisuuteen tai päihiteisiin. Suurin osa itsemurhayrityksistä on toteutettu psyykenlääkkeillä, jotka aiemmin ovat määrätty henkilön oman sairauden hoitoon. Syy itsemurhayritykseen tulisi saada selville, jotta itsemurhayritykset eivät uusiutuisi. Itsemurhayritykset viestivät yleensä ihmisen toivottomuutta ja ovat merkki avun tarpeesta. Itsemurhaa yrittäneistä henkilöistä suurin osa kuuluu psykiatrisen tai päihdehuollon jatkohoitoon. Itsemurhaprosessissa on kyse pitkäaikaisista ja kasautuvista elämänongelmista sekä riskitekijöiden ajallisesti etenevästä yhteisvaikutuksesta. (Heiskanen ym. 2011, 322, 325.)

### **3.1 Psykiatrian kehitys**

Itsemurha moraalisenä tekona on ollut aina hyvin erilainen eri kulttuurien, oppisuuntien sekä uskontojen välillä. Historian alkuaikana itsemurhaa ei pidetty rikoksena, vaan se saattoi olla sankarillinen, jopa kiitosta ansaitseva teko. Kristillinen oppi suhtautui itsemurhiin kaikista jyrkimmin ja tuomitsevimmin. Kanonisen oikeuden mukaan itsemurha oli siveellisyyden ja uskonnon vastainen rangaistava teko. Itsemurhaajia rangaistiin omaisuuden takavarikoinnilla ja häpeällisellä hautaamisella. Häpeälliseen hautaamiseen kuului ruumiin vieminen metsään poltettavaksi tai vainaja haudattiin siunatun kirkon maan ulkopuolelle. Myös itsemurhayritys laskettiin tuomittavaksi teoksi. 1600–1700 lukujen vaihteessa Suomessa tuomittiin itsemurhayrityksen tehneitä rangaistuksiin. Rangaistukset olivat esimerkiksi vesileipävankeutta tai raippoja.

Kirkko- ja rikoslaki astuivat voimaan 1800-luvun loppupuolella, jolloin itsemurhayrityksistä ei enää rangaistu. Nykyisin itsemurha ei ole enää Suomessa tai muissakaan länsimaissa synti tai rikos. Itsemurha nähdään ennemminkin itsemurhan tehneen omaan ratkaisuna ja syvän toivottomuuden seurauksena. (Toivio & Nordling 2013, 217–218.)

Nykyaikainen psykiatria sai alkunsa 1700-luvulla, jolloin psykiatristen potilaiden hoitoa alettiin kehittää yhä inhimillisempään suuntaan. Psykiatria on lääketieteen erikoisala, jossa tutkitaan ja hoidetaan mielenterveyden häiriöitä. Mielenterveyden häiriöitä ohjaavat psyykkiset oireet, joista yhdessä muodostuu erilaisia oireyhtymiä. Jokaiselle häiriölle on tautiluokituksessa oma diagnoosi ja diagnoosinumero. Tämä virallinen tautiluokitus ICD-10 on ollut Suomessa käytössä vuodesta 1996 alkaen. Luokituksissa mielenterveyden häiriöt ovat kuvattu niille ominaisilla kriteereillä, joissa ilmenevät keskeiset oireet, häiriön kesto, kulku ja siitä aiheutuva haitta. Syytekijä häiriölle voi ilmetä kriteerissä. Mielenterveyden häiriöitä ovat esimerkiksi psykoosit, mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt sekä päihdehäiriöt. Psykiatrinen hoito voidaan toteuttaa joko avohoidossa tai laitoshoidossa. Avohoito otettiin Suomessa käyttöön 1970-luvulla. (Lönnqvist ym. 2011, 12–13, 19–20.) Mielenterveyslaki tuli voimaan vuonna 1991. Samana vuonna erikoissairaanhoitolaki liitti psykiatrian muuhun erikoissairaanhoitoon sekä osaksi muita sairaanhoitopiirejä. Uusien asetusten myötä sairauspaikat psykiatristen potilaiden kohdalta ovat vähentyneet ja avohoidon paikat lisääntyneet. Vuonna 2011 voimaan tullut uusi terveydenhuoltolaki painottaa mielenterveystyön osuutta kuntien peruspalveluissa sekä antaa psykiatialle paremmat mahdollisuudet, tukee peruspalveluita ja tuottaa psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita. (Lönnqvist ym. 2011, 20–22; Kuhanen ym. 2010, 177.)

### **3.2 Itsetuhoisuus**

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan tavoitteellista toimintaa, johon liittyy itsensä vahingoittaminen tai henkeä uhkaavan riskin ottaminen. Itsetuhoisuus voi olla suoraa tai epäsuoraa. Epäsuoralla itsetuhokäyttäytymisellä tarkoitetaan tilannetta, kun ihminen ottaa riskejä omaan henkeensä kohdistuen mutta hänellä ei ole tietoista päämäärää itsensä vahingoittamiseen tai kuolemaan. Epäsuora itsetuhopyrkimys voi ilmetä esimerkiksi päihteiden liikakäyttönä tai sairaalloisena laihduttamisena. Viiltely tai ihon muu va-

hingoittaminen on joillekin ihmisille tavoite kipuun, ei itsetuhopyrkimykseen. Suora itsetuhoisuus ilmenee yleensä ajatuksena tai puhumisena itsemurhasta, itsemurhayrityksinä tai itsemurhana. Riskitekijät epäsuorassa itsetuhokäyttäytymisessä ovat usein samanlaisia kuin suorassa itsetuhokäyttäytymisessä. Ihmisellä voi esiintyä yhtäaikaa niin epäsuoraa kuin suoraa itsemurhakäyttäytymistä. (Lönnqvist ym. 2011, 501–502; Nissilä 1995, 29–30; Heiskanen ym. 2007, 49; Heiskanen ym. 2011, 316.)

### **3.3 Itsemurhan riskitekijät**

Aikaisempi itsemurhayritys on yleensä tärkein ennustava tekijä itsemurhassa (Heiskanen ym. 2011, 319). Itsemurhan riskitekijöitä ovat biologiset, psykologiset, sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät. Näistä riskitekijöistä muodostuu joko itsemurhalle altistavia tai suojaavia tekijöitä tai molempia. Näistä voi muodostua itsemurhaa nopeuttavia tekijöitä, joista saattaa seurata tahallista itsensä vahingoittamista. Itsensä vahingoittamisesta seuraa yleensä itsemurhayritys. Olosuhteet, käyttäytyminen, huolenpito ja somaattiset seuraukset ovat seurauksia itsemurhayritykselle, jotka edesauttavat henkilön selviytymistä tai kuolemaa itsemurhayrityksessä. Sosiaaliset seuraukset molemmille lopputuloksille ovat uusi itsemurhayritys, ammattiapu tai jokin muu seuraus. (Upanne 2001, 4, 6; Heiskanen ym. 2007, 49–50; Heiskanen ym. 2011, 320–321.)

Hyvässä riskien arvioinnissa paneudutaan useiden taustatekijöiden yhteisvaikutukseen ja niiden tarkasteluun. Mikäli puututaan vain yksittäiseen riskitekijään, ei voida yleensä tehokkaasti tunnistaa tai ehkäistä itsemurhariskiä. Suurimpien ja tärkeimpien riskitekijöiden tunnistaminen helpottaa riskiarvion tekemistä. (Heiskanen ym. 2011, 322.) Lepolan ym. mukaan (2008, 232) psykiatriset sairaudet, alkoholismi ja mielialasairaudet ovat suurin itsemurhariski. On kuitenkin muistettava sosiaalisen moniongelmaisuuuden ja syrjäytymiseen liittyvä itsemurhariski. Biologisten, sosiaalisten ja psykologisten riskitekijöiden samanaikainen kasautuminen on suuri riskitekijä itsemurhayritykselle.

Suomessa itsemurhat ajautuvat alueellisesti sekä väestöryhmien suhteen epätasaisesti. Miessukupuoli, naimattomuus, leskeksi jääminen, avioero, heikko sosiaalinen asema, matala koulutustaso sekä pitkäaikaistyöttömyys ovat itsemurhan tunnettuja

riskitekijöitä (Lönnqvist ym. 2011, 505–506; Toivio & Nordling 2013, 221). Uskonnolla on katsottu olevan itsemurhalta suojaava vaikutus. Ensimmäiset itsemurhat esiintyvät vasta nuoruusiässä. Alueellisesti itsemurhia esiintyy eniten Itä- ja Pohjois-Suomessa. Suomessa alhainen koulutustaso ja pitkäaikainen työttömyys ovat suuria riskitekijöitä itsemurhakuolleisuudessa. Kielteiset elämäntapahtumat, kuten menetykokemukset sekä taloudelliset vaikeudet, kuuluvat myös riskitekijöihin. Elämäntapahtumat liittyvät myös mielenterveydenhäiriöihin ja sosiaalisiin tekijöihin itsemurhissa, joista kärsivät eniten alkoholiongelmaiset ja persoonallisuushäiriöiset. (Lönnqvist ym. 2011, 505–507; Heiskanen ym. 2011, 320.)

Perinnölliset tekijät, jotka säätelevät ihmisen mielialaa sekä impulsiivisuutta, voivat vaikuttaa itsemurhariskiin. Suvuissa, joissa on paljon itsetuhokäyttäytymistä, on myös enemmän itsemurhia. Periytyvyyden on arvioitu selittävän 20 - 50 prosenttia itsemurhakuolleisuudesta väestötasolla. Aineenvaihdunnan poikkeavuuksilla keskushermostossa on todettu olevan tekemistä suurentuneen itsemurhariskin kanssa. Serotoniini on aineenvaihduntatuote, jonka on todistettu altistavan erityisen väkivaltaisille ja impulsiivisille itsemurhille. Päihtyneenä tehtyjä väkivallantekoja selittää myös geneettinen alttius impulsiivisuuteen. (Lönnqvist ym. 2011, 511; Heiskanen ym. 2011, 322.)

Useisiin kroonisiin, vakaviin sekä voimakkaasti oireileviin fyysisiin sairauksiin on todistettu liittyvän kohonnut itsemurhariski. Näitä sairauksia ovat esimerkiksi neurologiset sairaudet ja keskushermoston vammautumisen jälkitilat. Epilepsia on suurin neurologisista sairauksista, joihin itsemurhariski on liitetty. Nykyajan hyvät hoitomuodot ja lääkitykset ovat onneksi kuitenkin pienentäneet riskiä. Tutkimustietoa on eniten syöpäsairaiden potilaiden itsemurhista. Ihmisillä, jotka sairastavat syöpää, on yli kaksi kertaa suurempi riski itsemurhaan. Kaikista itsemurhan tehneistä henkilöistä noin neljä prosenttia on sairastanut syöpää. Syöpäpotilaan itsemurhariskiä lisäävät itsemurhien yleiset riskitekijät. Itsemurhan tehneillä syöpää sairastaneilla henkilöillä on saman verran todettu masentuneisuutta kuin muillakin itsemurhan tehneillä. Syöpäsairauksien hoitotulosten sekä ennusteiden on todettu pienentävän itsemurhan riskiä. On otettava huomioon, että moni itsemurhaa harkitsevista ovat vakuuttuneita siitä, että he ovat parantumattomasti fyysisesti sairaita, vaikka todellisuus olisi toista. (Lönnqvist ym. 2011, 510; Heiskanen ym. 2011, 321.)

Lähes aina ihminen, joka on itsemurhaan päätenyt, on ollut psyykkisesti sairas. Valitettavasti vain osa heistä on saanut asianmukaista hoitoa eri syistä johtuen. On todettu, että noin 90 % itsemurhaa tehneistä on voinut psyykkisesti melko huonosti. Masennuksesta on kärsinyt yli puolet henkilöistä sekä lähes puolet henkilöistä on kärsinyt päihdeongelmista. Psykoottisia häiriöitä on todettu olevan viidesosalla itsemurhan tehneistä. Lisäksi usein todetaan monihäiriöisyyttä, varsinkin persoonallisuuden epävakautta depressiivisyyden ja päihdeongelman ohella. Kuitenkin on paljon mielenterveysongelmista kärsiviä ihmisiä, jotka eivät koskaan tee itsemurhaa eivätkä edes itsemurhayritystään. Mielenterveyden häiriö on melkein aina välttämätön, mutta useimmiten ei kuitenkaan riittävä syy yksin itsemurhan tekemiseen. Miehillä on todettu olevan prosentuaalisesti enemmän riskejä päihdeongelman sekä skitsofrenian kautta itsemurhaan. Alkoholiriippuvaisia itsemurhan tehneitä miehiä on Suomessa prosentuaalisesti 39 prosenttia ja naisia 18 prosenttia. Skitsofreniaa sairastavia itsemurhan tehneitä miehiä on 8 prosenttia ja naisia 5 prosenttia. (Lönqvist ym. 2011, 507–508; Heiskanen ym. 2011, 320–321.)

### **3.4 Itsemurhavaaran arviointi**

Itsemurhavaarassa olevan ihmisen arvioinnissa on tärkeää selvittää sekä psykiatrinen että somaattinen anamneesi eli sairaskertomus ja henkilön viimeaikaiset elämäntapahtumat. Itsemurhavaarassa olevan potilaan arvioinnissa tulee huomioida, onko henkilöllä itsemurhalle altistavia tekijöitä eli itsemurhan riskitekijöitä. Myös itsetuhokäyttäytymiseltä suojaavat tekijät tulee nostaa esille. Henkilön ajankohtaiset tai pitkäaikaiset ongelmat pitää olla tiedossa. Psykiatrinen tila, esimerkiksi psykoottisuus, masennuksen aste, mahdollinen päihdeongelma tai persoonallisuushäiriö pitää olla tiedossa arvioitaessa henkilön itsemurhavaaraa. Henkilöltä täytyy saada tieto siitä, onko hänellä toivottomuuteen tai itsetuhoon liittyviä tunteita tai onko niitä ollut. (Suokas 2013; Heiskanen ym. 2011, 324; Kuhanen ym. 2010, 239.)

Henkilön itsetuhoisuutta arvioitaessa tulee selvittää, onko henkilö viimeisen kuukauden aikana ajatellut, että olisi parempi olla kuollut, tai toivonut kuolemaa,

halunnut vahingoittaa itseään, tehnyt itsemurhasuunnitelmaa, ajatellut tai yrittänyt itsemurhaa. Myös mahdolliset aiemmat itsemurhayritykset tulee ottaa esille. (Suokas 2013; Heiskanen ym. 2011, 324; Kuhanen ym. 2010, 239.)

Itsemurhavaaran arvioinnissa itsemurhavaarassa olevalta henkilöltä täytyy saada selville, kuinka pitkään ja kuinka usein hän on ajatellut itsemurhaa. Onko hän viimeisen viikon aikana ajatellut itsemurhaa kerran viikossa, muutamana päivänä viikossa vai joka päivä viikon aikana? Jos henkilö on ajatellut itsemurhaa päivittäin, tulee arvioinnin kannalta saada tieto siitä, ovatko itsemurhan ajattelun hetket olleet lyhyitä, satunnaisia vai jatkuvia. Onko henkilöllä halu satuttaa itseään? Jos henkilöllä on halu satuttaa itseään, pystyykö hän hallitsemaan itseään? (Suokas 2013.)

Itsemurhavaarassa olevalta henkilöltä tulee kysyä, miten hän on ajatellut tehdä itsemurhan, onko hän esimerkiksi kerännyt lääkkeitä tai miettinyt korkeaa paikkaa hyppäämistä varten. On tärkeä kartoittaa, onko aseita tai lääkkeitä helposti saatavilla, vai joutuuko henkilö suunnittelemaan niiden hankkimista toteuttaakseen itsemurhayrityksen. Itsemurhavaarassa olevalta henkilöltä on lisäksi hyvä saada tietoon, onko hän tehnyt valmisteluja kuoleman suhteen, esimerkiksi kirjoittanut jäähyväiskirjettä tai testamenttia. (Suokas 2013.)

Itsetuhoisesti käyttäytyvän tai itsemurhaa yrittäneen henkilön arvioinnissa voidaan käyttää apuvälineinä erilaisia arviointiasteikkoja ja lomakkeita. Nämä asteikot sopivat pääsääntöisesti käytettäväksi sen jälkeen, kun henkilö on tavalla tai toisella viestinyt itsetuhokäyttäytymisestään. Beck depression Inventory (BDI) on masennuksen arvioinnissa käytettävä asteikko (liite 3) (Roivanen 2008). Masentuneilla henkilöillä itsemurha-alttius ja -riski on selvästi suurempi kuin ei-masentuneilla (Toivio & Nordling 2013, 233). Masentuneisuus on yksi itsetuhokäyttäytymiseen johtava riskitekijä, jonka vuoksi itsetuhoisesti käyttäytyvältä henkilöltä täytyy sulkea masennukseen viittaava oirekuva pois. Testi koostuu 21 osiosta, jossa henkilö valitsee neljästä väittämästä parhaiten hänen omaa tilannettaan kuvaavan vaihtoehdon. Jokaisesta osiosta kertyy 0–3 pistettä masennusoireen vahvuuden mukaan. (Roivanen 2008.)

Henkilön toivottomuus on merkittävä tekijä itsetuhoisuudessa (Hinkkuri 2008, 3). Toivottomuus liittyy olennaisena osana myös masennukseen ja sitä kautta itsetuhoisiin ajatuksiin. Henkilön toivottomuutta voidaan arvioida Hopelessness scale (HS)-arviointiasteikolla (liite 4). Arviointiasteikko sisältää 20 erilaista väittämää, jotka kuvaavat henkilön asenteita viime viikolla sekä tänään. (Suokas 2013.)

Itsemurha-ajatusten kartoittamiseen hyvä apuväline on Scale for suicidal ideaton (SSI). SSI on 19-kohtainen kysely, joka on tarkoitettu työntekijän täytettäväksi. Kyselyllä tutkitaan monipuolisesti itsemurha-ajatuksia. Pisteet eivät kyselyssä ole tärkeimmät, vaan hoidon kannalta kyselyn antama kokonaisinformaatio on tärkeämpää. Toinen hyvä apuväline itsemurha-ajatusten kartoittamiseen on Columbia suicide severity rating scale (C-SSRS). C-SSRS on myös tarkoitettu työntekijän täytettäväksi. Kyselyllä kartoitetaan itsemurha-ajatusten lisäksi niiden voimakkuutta ja henkilön itsemurhakäyttäytymistä. Kysely on käännetty 103 kielelle. (Suominen & Valtonen 2013.)

Itsemurhayrityksen toistumista henkilön itsemurhayrityksen jälkeen voidaan arvioida Suicide intent scalen (SIS) avulla (liite 5). SIS on tarkoitettu työntekijän ja itsemurhaa yrittäneen henkilön yhdessä täytettäväksi. Kyseessä on 15-kohtainen kysely, jossa on kolme väittämää, joista valitaan yksi väittämä. Yhteenlasketut pisteet antavat suuntaa uusiutuvalla itsemurhayritykselle. (Suokas ym. 2007.)

### **3.5 Mielenterveyshäiriöt itsemurhan riskitekijöinä**

Masennus on yleinen ja monioireinen sairaus. Masennuksen kriteereitä ovat esimerkiksi yhtäjaksoinen masentunut mieliala, kiinnostuksen kohteiden häviäminen, väsymys ja voimavarojen häviäminen, itseluottamuksen ja itsensä arvostamisen väheneminen, itsesytykset, itsetuhoisuus sekä kuolemaan ja itsemurhaan liittyvät ajatukset. Miehillä on 13 prosenttinen riski sairastua masennukseen. Masennuksen hoitomuotoina käytetään ryhmä-, yksilö- sekä pariterapioita, vertaistukea ja lääkitystä. Psykoterapiat ovat yksi terapiamuoto masennuksen hoidossa. Lääkitys yhdistetään usein toisen hoitomuodon kanssa. (Haarala ym. 2010, 9–13; Kuhanen ym. 2010, 204–205.) Melartin ym. (2010, 170) kertovat, että masentuneet naiset kärsivät usein ruokahaluun ja



painoon liittyvistä oireista sekä erilaisista kipuoireista, kun taas miehet kärsivät naisia enemmän ärtyneisyydestä ja heillä esiintyy enemmän itsetuhoisia ajatuksia.

On todettu, että miehet masentuvat herkemmin kuin naiset, mikäli taustalla on aikainen vanhemman menetys tai mikäli mies kärsii huonosta itsetunnosta (Melartin ym. 2010, 170). Lönnqvistin ym. mukaan (2011, 508) masennus on tärkein itsemurhiin johtava mielenterveyden riskitekijä.

Masennuksen jälkeen tärkein itsemurhiin liittyvä mielenterveysongelma on päihteidenkäytön häiriö. 5–10 % itsemurhakuolemista johtuu alkoholiongelmista. Noin puolet miehistä on alkoholin vaikutuksen alaisena tehdessään itsemurhan, sekä noin joka kolmannella itsemurhan tehneistä miehistä on alkoholismien tasoinen riippuvuusongelma. (Lönnqvist 2009.) Itsemurhavaara miesalkoholisteilla on suuri tilanteissa, joissa viimeinen tärkeä ihmissuhde on katkennut. Masennustila yhdistettynä alkoholin käyttöön lisää itsemurhariskiä huomattavasti. (Lönnqvist ym. 2011, 509.)

Psykoosi on monitahoinen mielenterveyden häiriö. Muista häiriöistä erottava tekijä on realiteetin- ja todellisuudentajun menetys. Psykoosissa oleva ihminen pystyy näkemään, kuulemaan, haistamaan, maistamaan tai jopa tuntemaan sellaista, jota ei todellisuudessa voi havaita. Hän elää omassa psykoottisessa maailmassa, joka ei kuitenkaan vastaa todellisuutta. Ongelmia aiheutuu siitä, että ihmisen oma ja ympäristön todellisuus kohtaavat. Psykoosissa olevan ihmisen itsensä vahingoittamisen ja itsemurhan riski kasvaa. Hän saattaa käyttäytyä pelokkaasti, sekavasti, aggressiivisesti sekä järjenvastaisesti. Psykoosi aiheuttaa puutetta keskittymiskyvyssä, muistivaikeuksia, päättämättömyyttä, suunnitelmallisuuden puutetta ja nautinnon kokemisen kyvyttömyyttä. Ihminen saattaa eristäytyä sosiaalisesta maailmasta, menettää kyvyn huolehtia itsensä sekä läheisistään sekä työkykynsä. Itsensä vahingoittamisen sekä itsemurhan riski kasvaa psykoottisella ihmisellä. Psykoosit voidaan jakaa elimellisiin ja toiminnallisiin psykooseihin. Elimelliset psykoosit johtuvat somaattisista sairauksista tai myrkytyksellisistä tiloista; näitä ovat esimerkiksi alkoholin käytöstä johtuva deliriumtila. Skitsofreniassa, äkillisissä ja väliaikaisissa psykoottisissa häiriöissä, harhaluuloisuushäiriöissä sekä mielialahäiriöiden psykoottisissa jaksoissa esiintyvät toiminnalliset psykoosi-

sit. Toiminnallisilla psykooseilla on tapana uusiutua. (Hentinen ym. 2009, 40–41; Kuhanen ym. 2010, 187.)

Skitsofreniassa persoonallisuus hajoaa, todellisuudentaju heikentyy, toimintakyky heikentyy sekä sosiaalisista tilanteista pakeneminen yleistyy. Skitsofreeninen ihminen ei erota mielikuvitusta todellisuudesta. Henkilö pitää aistiharhoja todellisina aistihavaintoina. Erityisesti kuulohallusinaatiot ovat hyvin tyypillisiä skitsofrenialle. Potilas kuulee tällöin hänelle puhuttavan, saattaa kuulla jopa useamman äänen yhtä aikaa. Skitsofrenian aiheuttama toimintakyvyn lasku häiritsee paljon aikuistumista, itsenäistymistä sekä parisuhteen ja perheen perustamista. Etenkin opiskelu, koulutus ja työelämä vaativat hyvää suorituskkyä ja sosiaalisia valmiuksia. Näin ollen nuorena sairastuneet ja etenkin miehet syrjäytyvät usein. Suomessa skitsofreniaa sairastavat aikuiset ovat melkein yhtä hyvin koulutettuja kuin ikätoverit, varsinkin jos sairaus on puhjennut aikuisiällä. (Lepola ym. 2008, 42–45; Kuhanen ym. 2010, 187–188; Heiskanen ym. 2007, 147–148.)

Skitsofreniaa sairastavan itsemurha riski on noin viisi prosenttia. Skitsofreniapotilailla miessukupuoli, vähäinen sosiaalisuus ja eristyneisyys, itsemurha-ajatukset sekä aiemmat itsemurhayritykset lisäävät riskiä itsemurhakuolemaan. Skitsofrenian kaltaista pitkäaikaista ja vakavaa sairautta ei hoideta vain sairautena, vaan huomioidaan siihen sopeutuminen sekä siihen liittyvä kohonnut kuolemanvaara. (Lönnqvist ym. 2011, 509.)

Persoonallisuushäiriöiset ovat neljänneksi suurin riskiryhmä itsemurhaan johtavissa kuolemissa. Persoonallisuushäiriöissä itsemurhariski elämän aikana on noin 5–10 %. Itsemurha ei tapahdu koskaan yksin persoonallisuushäiriössä, vaan siihen liittyy aina masennus, päihdeongelma tai näiden yhdistelmä. Persoonallisuushäiriöön liittyy taipumus impulsiiviseen ja epävakaiseen käyttäytymiseen. (Lönnqvist ym. 2011, 509.)

#### **4 MIESTEN ITSEMURHAT**

Melartinin ym. mukaan (2010, 171) miesten tekemien itsemurhien suurimmat luvut ajoittuvat ikävuosiin 20–40. Miesten itsemurhat tai vakavimmat itsemurhayritykset voidaan ennustamaan noin 80- prosenttisesti 8-vuotiaiden poikien käyttäytymisestä.

Jos hoitoon hakeutuu elämäänsä tyytymätön mies, on suurella todennäköisyydellä kyse toivottomuudesta ja suuresta itsemurhariskistä. Miehet ajattelevat itsemurhaa enemmän ja tekevät sen useammin kuin naiset. Viidestä itsemurhan tehneestä neljä on miesten tekemiä. Yleisesti katsottuna masennus on harvinaisempaa miehillä kuin naisilla. Usein kuitenkin viina vie enemmän miestä kuin naista, jolloin miesten itsemurhavaara on yleisempi. (Uusitalo 2007, 14; Hinkkuri 2008, 19; Melartin ym. 2010, 169.)

Pesonen (2006) kertoo, että jo vuosina 1988–1997 sukupuolien väliset erot olivat selkeät. Miesten itsemurhakuolleisuus oli noin neljä kertaa korkeampi kuin naisilla. Miesten itsemurhia tapahtui alueellisesti enemmän maaseudulla kuin kaupungissa.

#### **4.1 Itsemurhan laukaisevia tekijöitä**

Pesonen (2006) on tutkimuksessaan selvittänyt Kuopion alueen itsemurhatrendejä vuosina 1988–1997. Itsemurha-ajatukset ovat kokonaisuudessaan suomalaisväestössä pysyviä ja yleisiä. Itsemurha-ajatuksia esiintyy enemmän miesten, kuin naisten keskuudessa. Henkilöt, joilla itsemurha-ajatuksia esiintyi eniten, kärsivät useimmiten masennuksesta ja erilaisista taloudellisista vaikeuksista. Itsemurha-ajatuksista luopumista heikensi erityisesti päivittäinen tupakointi sekä runsas alkoholinkäyttö. Miehillä erityisesti työttömyys ja työhön liittyvä stressi alisti itsemurha-ajatuksille ja itsemurhille. (Pesonen 2006; Melartin ym. 2010, 170.)

Keskeisiä laukaisevia tekijöitä miesten itsemurhalle ovat menetykset elämässä, yksinäisyys, päihteet sekä taloudelliset huolet. Menetykset koostuvat erilaisista kategorioista, joihin kuuluivat terveyden menetys, elämänkumppanin menetys, seksielämän menetys, vanhemmuuden menetys, vanhempien menetys, hoitosuhteen menetys sekä työn menetys. (Hinkkuri 2008, 28; Heiskanen ym. 2007, 51.)

Itsemurhaa yrittäneiden miesten elämä on usein yksinäistä. Yksinäisyys alkaa usein jo lapsuudesta tai nuoruudesta. Suurin ongelma on luotettavan keskustelukumppanin puute. Elämä koostuu ainoastaan työssäkäynnistä ja kotona olemisesta. Yksinäisyys voi olla joko emotionaalista tai sosiaalista tai molempia. Sosiaaliset ongelmat ovat moninaisia. Miehillä ei ole harrastuksia, mikä tuo mukanaan sosiaalisen tuen puutteen. Myös nuoruudessa tapahtunut koulukiusaaminen heijastuu miehillä aikuisiän yksinäisyyteen. Yksinäisyyden mukana tulee usein alhainen itsetunto, joka johtaa itsemurhayritykseen. (Hinkkuri 2008, 31–32.)

*”sekää ei helpota asiaa, ku makaa kotoon ja miettii et mikä mieli täs on”.*

(Hinkkuri 2008, 32).

Useilla itsemurhaa yrittäneillä miehillä alkoholin käyttö on erittäin runsasta. Suurin osa miehistä on saattanut aloittaa alkoholinkäytön jo hyvin nuorena. Suurimman päihderyhmän muodostaa alkoholi, jonka lisäksi on myös huumeiden käyttöä sekä lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttöä. Osa miehistä käyttää alkoholia runsaitakin määriä, mutta pystyy silti käymään säännöllisesti töissä. Alkoholin käyttö johtuu usein myös siitä, että puolisoilla on myös paha alkoholiongelma. Itsemurhayritystä edeltää usein edellisellä viikolla lisääntynyt runsas alkoholin käyttö, joka pahentaa asioita. (Hinkkuri 2008, 32 – 33.) Itsemurhaan päätyneet alkoholin väärinkäyttäjät ovat hyvin usein keski-ikäisiä miehiä, jotka ovat pystyneet olemaan jopa pitkään psykososiaalisesti hyvinkin toimintakykyisiä ennen kuin jokin romahduttava tapahtuma tulee vastaan. Tällainen tapahtuma on useimmiten esimerkiksi työttömyys tai ihmissuhteen katkeaminen (Miettola & Mäntyselkä 2002, 4831).

*”viinaa miä oon juonu 11- vuotiaasta asti”*

(Hinkkuri 2008, 33).

Useimmat itsemurhaa yrittäneet miehet elävät ainoastaan työttömyys- ja peruspäivärahalla. Tulot eivät olleet suuria, ja vähätkin rahat menevät vuokrien ja velkojen maksuun. Miehillä saattaa olla paljon sairauksia, joiden hoitoon kuluu paljon

rahaa. Rahattomuus edistää masentuneisuutta. Taloudellinen kierre näkyy esimerkiksi parisuhteessa, joka tuo suhteelle painolastia. Rahaa menee runsaasti alkoholin käyttöön, ja humalassa ollessa rahan käytöllä ei ole rajoja. Rahattomuus tuo mukanaan pelkoa. (Hinkkuri 2008, 33.)

*”viinaan ja velkoihin menee rahaa”*

(Hinkkuri 2008, 33).

## 4.2 Itsemurhan tekotapoja

Miehet käyttävät itsemurhissa yleensä väkivaltaisempia keinoja kuin naiset. Hirttäytyminen, räjäyttäminen ja ampuminen ovat miesten kolme yleisintä keinoa itsemurhan teossa. Naisilla taas yleisimpiä itsemurhan tekotapoja ovat myrkyttäytyminen ja hukuttautuminen. (Achté 1973, 10; Lepola ym. 2002, 233; Toivio & Nordling 2013, 220.)

Tekotapa, jolla henkilö on yrittänyt tai suunnittelee tekevänsä itsemurhaa, kertoo siitä, kuinka suuri itsemurhariski on ja kuinka voimakas halu henkilöllä on kuolla. Tekotapa ja itsemurhayritys antavat kuvaa itsemurhariskin suuruudesta sen mukaan, miten tekopaikka ja tapahtumahetki oli valittu, mitä välinettä on käytetty ja miten huolellisesti teko oli valmisteltu. Jos tekovälineeksi on valittu sellainen väline, jonka avulla henkilö tietää varmasti kuolevansa, esimerkiksi ase tai hirttoköysi, on halu kuolla aina suurempi. Halua kuolla voidaan pitää lievempänä silloin, kun itsemurhayritykseen ei liity välttämättä henkilön päättäväistä halua kuolla, henkilö järjestää tilanteen siten, että joku ehtii ennen itsemurhayritystä paikalle. (Toivio & Nordling 2013, 223–224.)

Pesosen mukaan (2006) jo vuosina 1988–1997 oli selkeästi nähtävillä ero miesten ja naisten itsemurha tekotavoissa. Vaikka miesten väkivaltaisemmat itsemurhatekotavat olivat selkeästi esillä jo tuolloin, havaittiin kuitenkin kymmenen tutkimusvuoden aikana, että lääkkeillä itsemurhan tehneiden miesten osuus väestössä kasvoi reilusti ja väkivaltaiset itsemurhatavat vähenivät.

Miesten aggressiivinen tapa itsemurhissa, kuten hirttäytyminen tai ampuminen, saattaa viestiä siitä, ettei tekijä ole antanut itselle pienintäkään mahdollisuutta selviytyä itsemurhayrityksestä. Vähemmän aggressiivisemmista itsemurhayrityksistä saattaa joskus jäädä tunne, että henkilö toivoo itsemurhayrityksestä huolimatta kuitenkin jäävänsä henkiin. (Uusitalo 2006, 117.)

Suomessa käytettävät itsemurhamenetelmät eroavat muualla maailmassa käytettävistä itsemurhamenetelmistä. Esimerkiksi Englannissa puolet kaikista itsemurhista on kaasulla tehtyjä, kun taas New Yorkissa 15 prosenttia itsemurhista tehdään korkealta hyppäämällä. (Achté ym. 1973, 10.) Achtén ym. mukaan (1973, 10) voidaan todeta, että Suomessa itsemurhatavoissa ollaan siirtymässä vähemmän väkivaltaisiin itsemurhan tekemuotoihin.

### 4.3 Mielenterveysongelmien hoito

Winter (2014) toteaa tiedotteessaan itsetuhoisuudesta kertovien miessoittajien lisääntyneen. Kriisipuhelinpalvelu on monelle soittajalle ainut avunsaantipaikka, jossa ongelmat uskalletaan ottaa puheeksi. Valtakunnallinen kriisipuhelin tarjoaa suoraa keskusteluapua kriiseissä oleville henkilöille sekä heidän läheisilleen, jonne voi soittaa nimettömänä. Kriisipuhelimeen vastaavat kriisityöntekijät ja työhön koulutetut, vapaaehtoiset tukihenkilöt. Puheluihin vastataan 24 eri paikkakunnalla Suomessa. (Suomen mielenterveysseura 2014.)

*”Iltaisin itsetuhoiset ajatukset voimistuu. Tekee mieli hypätä parvekkeelta alas, mutta kun saa puhua jonkun kanssa, niin hetkellisesti helpottaa.*

*– kriisipuhelimen miesasiakas”*

(Suomen mielenterveysseura 2014).

Naisten ja miesten välillä ei näytä olevan suurta eroa toipumisnopeudessa tai masennusjaksojen vaikeusasteessa (Melartin ym. 2010, 171). Hoitomuotojen valintaa

ohjaa sen saatavuus ja masennuksen vaikeusaste. Masennuksen hoidossa psykoterapiat ja lääkehoito ovat samanaikaisesti toteutettuna tehokkaampia oireiden lievittäjiä kuin toisen hoitomuodon yksittäinen käyttö. Samanaikaisesti toteutettujen hoitomuotojen kokonaisuuden huomiointi ja molempien hoitomuotojen seuranta on kuitenkin tärkeä muistaa hoidon aikana. Masentunut henkilö tarvitsee sairauden akuuttivaiheessa tarkkaa seurantaa ja hoidon loppumisen jälkeen seurantaa vähintään puoli vuotta. (Depressio, 2014.) Psykiatrisessa hoidossa kokonaisvaltaisen ihmiskuvan ylläpito on tärkeää. Psykiatrinen hoito on järjestettävä jokaisen yksilön osalta sekä koko hoitojärjestelmän ja yhteiskunnan tasolla. Näyttöön perustuvassa psykiatriassa tutkimustieto yhdistyy kliiniseen asiantuntijuuteen, ammattitaitoon sekä potilaan arvoihin. Hoidon perustana on selvittää potilaan omat ongelmat, jotka yhdistetään yleiseen tieteelliseen tietoon. Hoidossa huomioidaan ihmisten psykologiset ja biologiset vaihtelevuudet, sekä potilaiden elämäntilanteet ja olosuhteet. Hoidossa käytettävä tieto on aina rajoittunutta ja jatkuvasti muuttuvaa. (Lönnqvist ym. 2011, 15.)

Miehet kokevat erilaiset testit, laboratoriotulokset ja muut mittausarvot heille hyödyllisiksi. Toisaalta edellä mainitut tutkimustavat ovat hankalia, koska pääsääntönä on, että diagnoosit tehdään potilaan ja lääkärin välisen vuorovaikutuksen ja potilaan kertoman mukaan. Esimerkiksi masennuksen tunnistus on hankalaa ilman potilaan ja lääkärin välistä vuorovaikutusta. (Melartin ym. 2010, 172.)

Yksin lääkehoitoa ei pidetä riittävänä eikä rutiinitoimenpiteenä. Perusterveydenhuollossa kokonaishoidosta ja lääkityksestä on tärkeää konsultoida erikoissairaanhoidon psykiatria. Lääkityksen aloituksen annostelun ja lopetuksen täytyy pohjautua lääkärin arvioon. Lääkityksessä on tavoitteena pienin tehokas annos. (Lepola ym. 2008, 50.) Henkilö, johon yhdistetään itsemurhayritys tai -ajatukset sekä ahdistuneisuus ja tuska, hyötyy usein depressiivisestä lääkehoidosta (Achté ym. 1973, 288).

Käyttäytyminen, jossa on tarkoitus vahingoittaa itseään, on syy toimittaa henkilö päi-vystykselliseen hoitoon. Terveystieteiden suurimpia haasteita on itseään vahingoittaneiden henkilöiden hyvä hoito. Itsetuhoisten potilaiden hoito kuormittaa osaa henkilökunnasta ja aiheuttaa voimakkaita tunnereaktioita sekä kuormittamista työssä. (Suominen & Valtonen 2011, 1891.)

Jokaiselle itsemurhaa yrittäneelle on somaattisen ensihoidon jälkeen oikeus psykiatrisen tilan huolelliseen ja kokonaisvaltaiseen arviointiin päivystysalueella sekä hänelle on järjestettävä tarvittaessa jatkohoito. Psykiatrisen konsultaatio on paras ratkaisu päivystysalueella. Itsemurhaa yrittäneen henkilön arvioinnissa on erittäin tärkeää selvittää, kuinka itsemurhaa yrittänyt suhtautuu elossa oloonsa. Suosituksena on, että psykiatri osallistuu jokaisen itsemurhaa yrittäneen arviointiin. Suurin osa itsemurhaa yrittäneistä kuuluu psykiatrisen tai päihdehuollon jatkohoidon piiriin. Lievemmit mielenterveyden häiriöt voidaan hoitaa myös perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa. Jatkohoitopaikan valinta riippuu aina potilaan kokonaistilanteesta. Suositusten mukaan jokaiselle itsemurhaa yrittäneelle täytyy tarjota mahdollisuus kriisihoitoon. Hoitokielteisyys on yleistä itseään vahingoittaneilla potilailla, mihin tulee kiinnittää huomiota ohjaamalla potilas aktiivisesti jatkohoitoon. (Suominen & Valtonen 2011, 1891.)

Suomen lainsäädännön mukaan potilas, joka on itsetuhoinen, voidaan toimittaa tahdonvastaiseen hoitoon psykoottisuutta epäiltäessä (Suominen & Valtonen 2011, 1891). Täysi-ikäinen henkilö voidaan ainoastaan seuraavissa tapauksissa määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon:

1. Hänellä todetaan olevan mielisairaus.
2. Hänen mielisairautensa vuoksi hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi hänen mielisairauttaan, vaarantaisi hänen omaa terveyttään tai turvallisuuttaan tai vaarantaisi muiden ihmisten terveyttä tai turvallisuutta.
3. Mielenterveyspalveluilla ei ole muuta vaihtoehtoa, jotka soveltuisivat käytettäväksi tai ovat potilaalle riittämättömiä.

Kaikkien edellä mainittujen kriteerien tulee täytyä samanaikaisesti. (Lönqvist ym. 2011, 643–644.)

Ihmisen itsemurha vaikuttaa aina hänen lähipiirinsä paljon. Useat ihmiset tarvitsevat tukea omaisen itsemurhan jälkeen. Itsemurhan jälkihoidon eli postvention tarkoituksena on antaa tapahtuman kohdanneille henkilöille tilaisuus tunteidensa sekä ajatusensa purkamiseen. Merkittävää tukea saa niin ammattilaisilta kuin läheisiltä ja kriisi-työntekijöiltäkin. Varsinkin samanlaisen kriisin aiemmin kohdanneen henkilön apu on suunnattoman tärkeää. Itsemurhan riski on olemassa itsemurhaa tehneiden omaisilla, vaikka suurin osa ei sitä teekään. Itsemurhan jälkeisen selvittely ja tuki on erityisen



tärkeää, jottei itsemurha jätä psyykkistä kuormaa henkilölle. Itsemurhaprosessin ymmärtäminen saattaa auttaa lievittämään omaisten tuskaa sekä ongelmia ja mahdollisesti antaa uutta suuntaa itsemurhan jälkeiselle elämälle. (Heiskanen ym. 2001, 326.)

## **5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mitkä tekijät ajavat miehet itsemurhaan ja kuinka miesten itsemurhaprosessi etenee. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja syventää omaa ammatillista osaamista sekä lisätä alan ammattilaisten sekä alaa opiskelevien tietoa miesten itsemurhaprosessista. Tutkimustamme ohjaa seuraava tutkimuskysymys:

Mitkä syyt ja tekijät johtavat miesten itsemurhaan?

## **6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN**

### **6.1 Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä**

Toteutamme opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksena (literature review). Kirjallisuuskatsaus keskittyy tutkimuskysymysten kannalta keskeiseen kirjallisuuteen, esimerkiksi lehtiartikkeleihin, aiempiin tutkimuksiin tai muihin tutkimuksen kannalta keskeisiin julkaisuihin. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on näyttää, minkälaisista näkökulmista ja kuinka aihetta on aiemmin tutkittu sekä kuinka aiemmat tutkimukset liittyvät tekeillä olevaan tutkimukseen (Hirsjärvi ym. 2010, 121). Kirjallisuuskatsauksessa kootaan aiemmista tutkimuksista tuloksia, joista voidaan tehdä uusia tutkimuksia. Tarkoituksena on siis tiivistää jo aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jonka avulla tunnistetaan, arvioidaan ja tiivistetään tutkijoiden sekä käytännön asiantuntijoiden valmiina oleva ja aiemmin julkaistu tutkimusaineisto. Se ei siis ole lähdeluettelo tai kirja-arvostelu. Tällaiset

luettelot eivät sisällä kriittistä tarkastelua, mikä onkin yksi kirjallisuuskatsauksen vaatimus. (Salminen 2011, 4–5, 7.)

Kirjallisuuskatsauksella on useita tarkoituksia tutkimusprosessin aikana; näitä ovat esimerkiksi tutkimusongelman tunnistaminen, aikaisempien tutkimusten löytäminen ja aikaisempien tutkimusten tulosten tulkitseminen. Tutkijan tulee ottaa kantaa myös siihen, onko tutkimuskohdetta tutkittu eri näkökulmista. Olemassa olevaa kirjallisuutta kohtaan on hyvä olla kriittinen, koska tutkijan on arvioitava olemassa olevien tutkimusten ikää, tutkimuksen luotettavuutta ja otoskokoja ja otoksien hankintatapoja. Yleisohjeena pidetään, että kirjallisuuskatsaukseen valitaan mahdollisimman tasokkaita ja tieteellisiä julkaisuja sekä esimerkiksi opinnäytetyöt jätetään ulkopuolelle. Kirjallisuuden valinnan kannalta tärkeitä huomioitavia asioita ovat esimerkiksi kirjallisuuden kattavuus, tutkimusten ikä/taso, lähteiden alkuperä, otoskoko, tutkittavien alkuperä, tulosten uskottavuus ja tutkijan tunnettavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 92–95.)

Aineiston sisäänottokriteerit	Aineiston poissulkukriteerit
Julkaisu vuosi 2004- 2014	Julkaistu ennen vuotta 2004
Käsittelee keski- ikäisiä miehiä	Käsittelee nuoria miehiä tai yli 65-vuotiaita miehiä
suomen- ja englanninkielisiä aineistoja	ulkomainen aineisto
Tieteellinen tutkimus tai ammattilehden julkaisu	Aikakausilehtien julkaisu tai AMK-opinnäytetyö

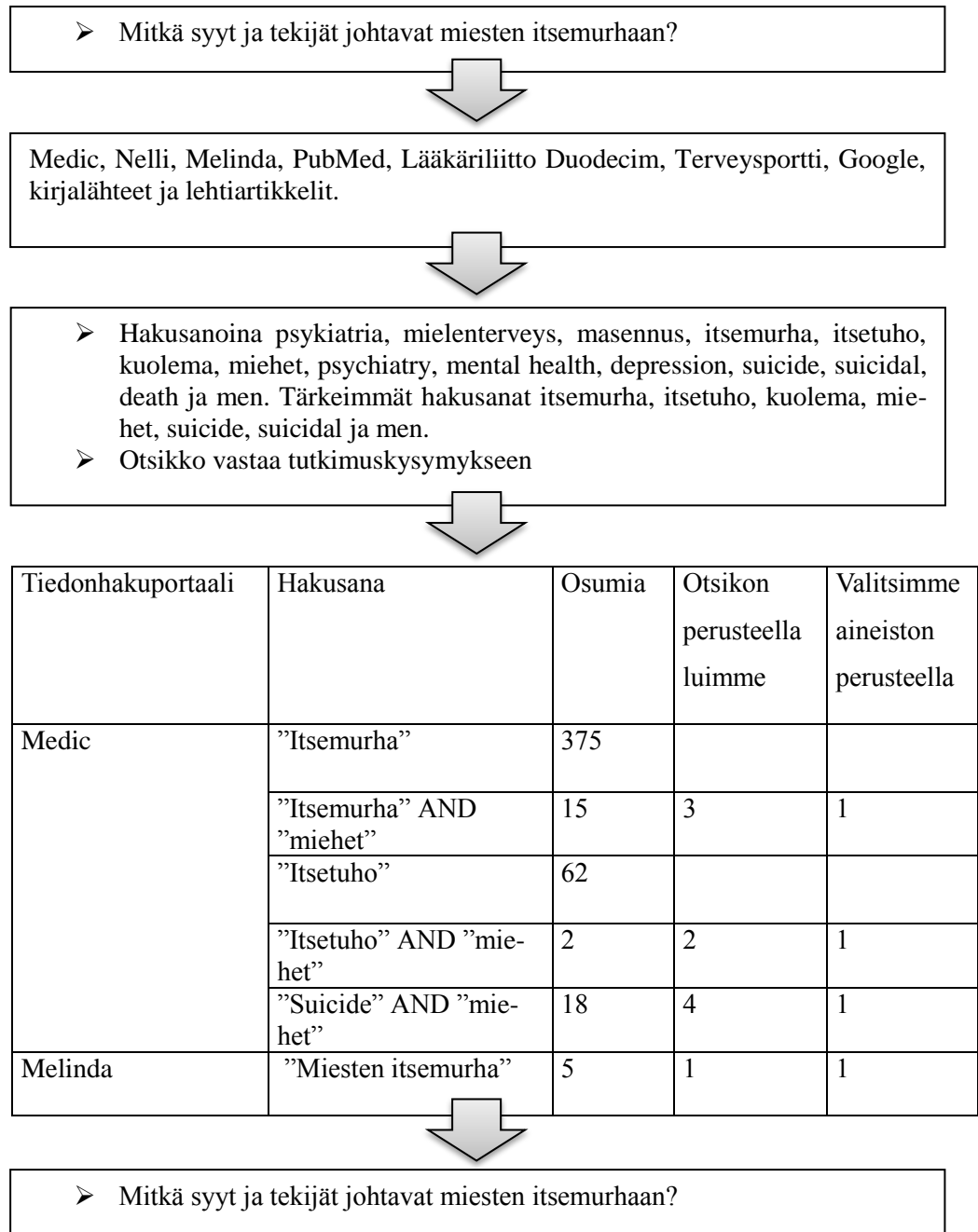
**Kuva 3. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit**

## 6.2 Aineiston haku

Haimme opinnäytetyötämme varten aiheeseen liittyvää aiempaa tutkimustietoa eri tiedonhakuportaaleista ja ammattilehdistä. Parhaiten aiheeseen löytyvää tutkimustie-

toa löytyi seuraavista portaaleista: Medic, Nelli, Melinda ja PubMed. Lisäksi haimme tietoa Lääkäriliitto Duodecimin julkaisuista ja Terveysportista. Pois suljimme AMK tasoiset opinnäytetyöt sekä aikakauslehdet. Tiedonhakuportaalien lisäksi käytimme yleistä hakukone Googlea. Tutkimusaineiston rajasimme alle kymmenen vuotta vanhoihin tutkimuksiin, eli vuodesta 2004 alkaen ilmestyneisiin tutkimuksiin. Tutkimusten piti käsitellä keski-ikäisten miehen itsemurhia (kuva 3). Tutkimusten vähäisyydestä johtuen otimme mukaan myös muutaman vanhemman kirjalähteen ja tutkimuksen. Keskeisiä käsitteitä opinnäytetyössämme ovat psykiatria, mielenterveys, masennus, itsemurha, itsetuho, kuolema ja miehet. Näillä hakusanoilla haimme myös tietoa tiedonhakuportaaleista. Englanninkielisinä hakusanoina käytimme psychiatry, mental health, depression, suicide, suicidal, death ja men. Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa meillä oli muutama tutkimus, joista loppujen lopuksi valitsimme varsinaiseen opinnäytetyöhömme vain yhden (1) tutkimuksen. Suunnitelman teon jälkeen löysimme enemmän tutkimuksia, joista valitsimme kuusi (6). Englanninkielisiä tutkimuksia aiheesta löytyi yhteensä seitsemän (7), joista valitsimme tutkimukseemme yhden (1).

Medicistä haimme tutkimusaineistoa hakusanalla ”itsemurha”, jolla löytyi 376 osumaa. Rajasimme hakua ”itsemurha” AND ”miehet”, jolloin osumia löytyi 15. Otsikoiden perusteella valitsimme näistä kolme luettavaksi. Lukemamme aineiston perusteella valitsimme jatkoon yhden (1). Muutimme hakua ”itsetuho”, jolloin löytyi 62 osumaa. Tästä rajasimme hakua vielä ”itsetuho” AND ”miehet”, jolloin osumia löytyi kaksi (2). Valitsimme näistä toisen jatkoon. Muutimme vielä hakua ”suicide” AND ”miehet”, osumia näillä hakusanoilla löytyi 18. Otsikoiden perusteella valitsimme luettavaksi neljä (4) tutkimusta ja artikkelia, joista opinnäytetyöhömme valitsimme yhden (1) artikkelin. Melindasta haimme hakusanoilla ”Miesten itsemurha”, jolla saimme viisi (5) osumaa, joista valitsimme yhden (1) omaan tutkimukseemme. Lisäksi haimme artikkeleita yleisellä hakukone Googella hakusanoilla ”itsemurha”, ”miesten itsemurha”, ”miesten itsetuho”, ”itsetuho”, ”itsemurha Suomessa” ja ”aikuisten itsemurha”. Hakutuloksista valitsimme luettavaksi muutaman artikkelin, joita emme kuitenkaan luotettavuuden vuoksi valinneet mukaan. Omaa tutkimustamme varten valitsimme luettavaksi tutkimuksia, joiden otsikko vastasi tutkimuskysymyksemme sisältöön, ja lopuksi valitsimme mukaan vain ne tutkimukset, joiden sisältö vastasi oman tutkimuksemme tutkimuskysymykseen (kuva 4).



#### KUVA 4. Aineiston haku

Keski-ikäisten miesten itsemurhista ei varsinaisia tutkimuksia löytynyt kuin yksi (1), joka oli suomenkielinen. Nuorten miesten ja vanhusten itsemurhista sen sijaan löytyi useampia tutkimuksia. Koska tutkimustietoa aiheestamme löytyi kuitenkin loppujen lopuksi melko vähän, otimme työhömmme mukaan tutkimuksia, jotka tukivat omaa tutkimusaiheitamme. Löytämistämme tutkimuksista teimme taulukkomuotoisen kirjallisuuskatsauksen, johon keräsimme opinnäytetyömme kannalta tärkeimmät ja parhaimmat tutkimukset (liite 1).

Tutkimuksemme kannalta tärkein ja oleellisin tutkimus oli Jari Hinkkurin (2008) tekemä tutkimus ”Viimeinen niitti – itsemurhaa yrittäneiden miesten kokemuksia itsetuhoisuudesta ja itsetuhoisuuteen liittyvästä toivottomuudesta”. Aihe oli lähellä omaa aiheitamme ja tutkimus tuki hyvin sitä. Tutkimuksessa oli kuvattu miesten toivottomuutta itsemurha-ajatusten keskellä.

### **6.3 Aineiston analyysi sisällönanalyysin avulla**

Sisällönanalyysiä voidaan periaatteessa käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Sitä voidaan pitää joko yksittäisenä metodina tai se voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.)

Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus mahdollisimman tiiviissä ja yleisessä muodossa. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä, jolloin analyysin tarkoitus on luoda selkeä ja sanallinen kuva tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysin avulla pyritään järjestelemään aineisto selkeään ja mahdollisimman tiiviiseen muotoon, ilman että sen sisältämä informaatio häviää. Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa kahdella eri tavalla. Ennen analyysin aloittamista tulee määrittää analyysiyksikkö, jota ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Tavallisimmin analyysiyksikkö on yksittäinen sana tai lause. Se voi olla myös lauseen osa tai lauseita sisältävä kokonaisuus. Aineistolähtöisessä analyysissä eli induktiivisessa analyysissä yhdistellään käsitteitä, jolloin saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa myös teorialähtöisesti eli deduktiivisesti. Aineiston analyysin luokittelu perustuu tuolloin aikaisempaan teoriaan tai käsitteeseen. Teorialähtöisen analyysin ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–112, 113.)

Sisällönanalyysi on yksi laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen lajeista. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, jossa ajatellaan todellisuuden olevan hyvin moninainen. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta niin laajasti kuin mahdollista. Tutkimuksessa on siis tarkoitus löytää tai paljastaa tosiasioita. (Hirsjärvi ym. 2004, 151–152.)

Perehdyimme opinnäytetyössä tutkimusaineistoon induktiivisen sisällönanalyysin keinoin. Luimme analysoitavaa aineistoa läpi etsimällä vastauksia tutkimuskysymyksiin: Mitkä syyt ja tekijät ajavat miesten itsemurhaan? Tuomi ja Sarajärvi kertovat (2009) aineistolähtöisen eli induktiivisen aineiston analyysia kolmivaiheiseksi: 1.) aineiston pelkistäminen eli redusointi 2.) aineiston ryhmittely eli klusterointi ja 3.) teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Aineiston pelkistämässä informaatio voi olla esimerkiksi auki kirjoitettu haastatteluaineisto tai muu dokumentti. Aineisto pelkistetään niin, että aineistosta karsitaan pois tutkimuksen kannalta kaikki epäolennaiset asiat. Se voi olla informaation tiivistämistä tai aineiston osiin pilkkomista. Tällöin aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jonka mukaan aineistoa pelkistetään liiteroimalla tai koodaamalla tutkimustehtävälle pääasialliset ilmaukset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.)

Aineiston ryhmittelyssä aineistosta koodatut ilmaukset käydään läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia ilmiöitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään käyttämällä luokitteluyksikkönä esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuutta, piirrettä tai käsitystä. Tällöin aineisto tiivistyy, kun yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Ryhmittelyssä luodaan pohja tutkimuksen rakenteelle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Prosessin viimeinen vaihe on teoreettisten käsitteiden luominen, jossa aineistosta erotellaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto. Aineiston ryhmittely on siis osa teoreettisten käsitteiden luomista. Luokituksia yhdistellään niin pitkään, kuin se on aineiston sisällön kannalta mahdollista. Aineistolähtöisessä analyysissä käsitteitä yhdistelemällä saadaan siis vastaus tutkimuskysymykseen. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa empiirisestä aineistosta edetään kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin ja tuloksissa esitetään aineistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä tai aineistoa kuvaavat termit. Tuloksissa kuvataan myös luokittelujen pohjalta kehitetyt käsitteet tai kategoriat ja niiden sisällöt. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113.)

Opinnäytetyötä tehdessämme jaoinme ensimmäiseksi puoliksi opinnäytetyöhön valitsemamme aineiston. Luimme aineistot läpi, jonka jälkeen vaihdoimme aineistot ja

luimme ne. Samalla etsimme niistä opinnäytetyötämme varten sopivaa tietoa. Aineistoa lukiessamme otimme ylös tutkimuskysymykseemme vastaavia lauseita tai kokonaisia kappaleita, jotka kirjoitimme ylös erilliselle paperille. Kun olimme käyneet aineistot läpi, vertasimme valitsemiamme aineistoja. Valitsimme yhdessä tärkeimmät tiedot työtämme varten. Alkuperäiset lauseet pelkistettiin yläkategorioiden alle, jonka jälkeen ryhmittelimme yhtäläisyyksiä etsien aineistot eri pääotsikoiden eli aihealueiden alle. Aihealueiksi valitsimme menetykset, työ ja taloudelliset huolet, sosiaalinen asema, päihteet, terveysongelmat ja hoidon viivästyminen. Lopuksi meille syntyi vastaus tutkimuskysymykseemme (liite 2).

## **7 TUTKIMUSTULOKSET**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää mitkä syyt ja tekijät johtavat miesten itsemurhaan. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että erilaiset menetykset, esimerkiksi puolison tai lapsen menetys johti itsetuhoon sekä toivottomuuteen. Työ ja taloudelliset huolet stressasivat ja saivat aikaan loputtoman kierteen miesten arjessa. Sosiaalinen asema ja erityisesti miesten yksinäisyys herätti miehissä itsetuhoisia ajatuksia. Päihteet ja erityisesti alkoholin liikkäytöstä johtuva humalatilán riskikäyttäytyminen olivat yksi tutkituimmista syistä itsetuhokäyttäytymiselle ja itsemurhayrityksille. Sairaudet ja hoitoon menemisen tai hoidon alkamisen viivästyminen nähtiin myös syynä miesten synkille itsemurhatilastoille.

### **7.1 Menetykset**

Miehet näyttävät masentuvan herkemmin, kuin naiset, mikäli elämän taustalla on aikainen vanhempien menetys tai muu lapsuuteen liittyvä trauma. Myös miehen huono itsetunto on yksi masennukseen johtava syy (Melartin ym. (2010, 170). Masennuksen ollessa yksi itsemurhan riskitekijöistä, siihen johtavat syyt tulisi kartoittaa tarkasti. Itsemurha ei ole yksittäinen teko, vaan prosessin tulos. Prosessia edeltävät aina laukaisevat tekijät, kuten esimerkiksi elämäkumppanin tai perheenjäsenen menetys. (Kiiltomäki 2004, 15; Nurmi-Lüthje ym. 2011, 1905.) Elämäkumppanin menetys ja siitä seurannut toivottomuus tukivat Hinkkurin (2008) tutkimusta, jossa tuotiin esille elämäkumppanin menetyksestä johtuva läheisyyden menetys ja siitä johtuva lapsetto-

muuden menetyks. Näistä menetyksen tekijöistä voi päätellä, että kaikki menetykset ovat jollakin tasolla toisiinsa liitännäisiä.

## **7.2 Työ ja taloudelliset huolet**

Työttömyys ja taloudelliset vaikeudet ovat yksi suuri syy miesten itsemurhayrityksille (Nurmi-Lüthje ym. 2011, 1905). Hinkkuri (2008) painotti tutkimuksessaan laukaisevana tekijänä työn menetyksen kautta tullutta taloudellista huolta, joka kasvatti miehillä toivottomuuden tunnetta. Päivärahalla eläminen aiheutti niukan elämän. Työstressi ja työn menetys ovat syitä, joihin miehet saattavat reagoida naisia enemmän. Rahahuolet ja taloudellinen tilanne lisäsivät myös parisuhteen painolastia. Jo useiden vuosien ajan on pidetty yllä ”ihannetta” siitä, että miehet pitävät perheen talouden yllä ja huolehtivat perheen pärjäämisestä. Jos mies ei kuitenkaan pysty elättämään perhettä ja taloudellisista ongelmista tulee loputon kierre, saattaa se olla perheen miehelle kova pala.

## **7.3 Sosiaalinen asema**

Sosiaalisten suhteiden puute näyttäytyy myös ratkaisevana laukaisevana tekijänä miesten itsemurhaprosessissa (Nurmi-Lüthje ym. 2011, 1909). Melartin ym. (2010, 171), vahvistivat väitettä siitä, että sosiaalinen asema on erittäin suuri tekijä miesten elämässä ja siitä johtuen miesten itsemurhayrityksissä. Yksin elävät miehet yhdistettynä johonkin toiseen itsemurhan laukaisevaan tekijään, ovat erityisesti suuri riskiryhmä itsemurhayrityksissä (Kiiltomäki (2004, 10; Hinkkuri 2008,). Monelta mieheltä saattaa puuttua elämäkumppani tai läheinen ystävä, joka voi johtaa myös keskustelukumppanin puutteeseen. Yksinäisyydestä kärsivien miesten kohdalla voidaan pohtia, kuinka ajatukset saattavat pyöriä vain toivottomuuden ja pahan olon ympärillä. Ei ole ketään kenelle puhua ja pahimmassa tapauksessa ainoat ympärillä olevat ihmiset ovat ryyppykavereita, kun harrastuksia ei ole (Hinkkuri 2008, 32).

## **7.4 Päähteet**

Yksi suuri ja tärkeä miesten itsemurhiin altistava tekijä ovat päähteet ja erityisesti alkoholi. Tämä nousi esille lähes jokaisessa tutkimuksessa ja näin ollen tutkimukset vahvistivat toisiaan. Melartin ym. (2010, 171) toteaa, että suurin osa itsemurhan teh-



neistä miehistä on ollut alkoholin vaikutuksen alaisena. Uusitalo (2006), Nurmi- Lüt-hje ym. (2001) ja Hinkkuri (2008) tuovat tutkimuksissaan saman asian ilmi; alkoholi on yksi suurin ja altistavin tekijä itsemurhissa miesten kohdalla. Voi siis todeta, että miehet ovat uskaliaampia itsetuhoiseen käyttäytymiseen alkoholin vaikutuksen alaise-na ja teot ovat aggressiivisempia tällöin. Alkoholin käytöstähän tiedetään se, että hu-malatilassa esimerkiksi koordinaatiokyky, reaktionopeus, arvostelukyky ja tarkkaavai-suus heikkenevät. Myös estot vähenevät. Alkoholin käytön lisäksi miehillä esiintyy myös huumeiden ja alkoholin sekä lääkkeiden sekakäyttöä.

## **7.5 Terveysongelmat**

Kiiltomäki (2004, 10) tuo tutkimuksessa esille mielenterveysongelmien sekä somaattisten sairauksien vaikutuksen miesten itsemurhiin. Myös aiempi itsemurhayritys on yksi riskitekijä. Näitä laukaisevia tekijöitä tukee myös Hinkkuri (2008, 28) tutkimuk-sessaan, jossa hän toteaa somaattisten sairauksien kuormittavan psyykkisesti. Tervey-den menetys ja sen mukana tulleet kipulääkkeet ja on toivottomuuden sekä sitä seu-raavan itsemurhayrityksen alku. Säännöllinen lääkitys voi johtaa lääkeriippuvuus kier-teeseen. Sairauksien vuoksi helposti saatavilla olevat kipulääkkeet helpottavat itse-murhayrityksen suunnittelua. Somaattinen sairaus saattaa tuoda mukanaan psyykkisen sairauden, esimerkiksi maksa- ja haimasairaudet, joka Hinkkurin (2008) mukaan on yksi syy, joka johtaa miesten itsemurhayritykseen.

## **7.6 Hoidon viivästyminen**

Miehille hoitoon hakeutuminen on hankalampaa kuin naisille ja yleensä miehet hakeutuvat hoitoon vasta viime hädässä. Terveysongelmien suhteen miesten ajattelutapa onkin hyvin suoraviivainen, sillä miehet ajattelevat usein ongelman olevan vain yhdessä asiassa, eivätkä näe koko totutta. Miehet kertovat harvemmin itsemurha-ajatuksistaan etukäteen kuin naiset. Luonnollisesti myöhään hoitoon hakeutuminen heikentää hoidon tuloksia. (Melartin ym. 2010, 169, 171–172.) Vaikka hoitoala onkin jatkuvasti kasvava ala, on se kuitenkin edelleen naisvaltainen terveydenhuoltojärjestelmä. Miesten hoitoon hakeutumisen kohdalla voidaan miettiä sitä, vaikuttaako naisvaltainen ala miesten hoitoon hakeutumiseen ja olisiko hoitoon hakeutuminen miehille helpompaa, jos miesten osuus terveydenhuoltojärjestelmässä olisi suurempi.

Suomessa miehet saavat vähemmän psykiatrista hoitoa kuin naiset. Sen päätellään johtuvan siitä, että miehet kertovat itsemurha-aikeistaan harvoin etukäteen (Melartin ym. 2010, 170). Tämä puolestaan vahvistaa näkökulmaa siitä, että miehet haluavat onnistua itsemurhassaan. Melartin ym. (2010) toteavat, että miesten on vaikeata tunnistaa itsessään oireita tai omaa pahaa oloaan.

## 8 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Eettisyyttä tarkastellaan työn aloituksesta työn loppuun saakka. Kirjallisuuskatsauksessa eettisiä vaatimuksia ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tekijöiden keskuudessa. Aikaisempia tutkijoita täytyy kunnioittaa eikä kenenkään osuutta pidä vähätellä työn teossa. Raportoinnissa on ehdottoman kiellettyä puutteellisuus ja harhaanjohtavuus, eikä aikaisempia tutkimustuloksia saa vääristellä koskaan. (Hirsjärvi ym. 2000, 27, 29.) Kirjallisuuskatsauksessa yksi tärkeä vaihe on hakustrategian toteuttaminen luotettavin keinoin. Tärkeä sekä huomion kiinnittymiseen liittyvä seikka kirjallisuuskatsauksessa on artikkeleiden laadullisuus (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 3–12).

Opinnäytetyötä oli tekemässä kaksi henkilöä. Työtä tehtiin niin yhdessä, kuin erikseenkin. Erikseen tehtävät työt jaettiin yhdessä, jonka jälkeen pohdittiin ratkaisuja ja selville saatua aineistoa yhdessä. Työ on toteutettu kahden opiskelijan yhteisellä ponnoksella, joka tukee tutkimuksen luotettavuutta. Molemmat opiskelijat tutkivat itsenäisesti tutkimuksia, jonka vuoksi saatuja tuloksia voidaan pitää luotettavina. Molemmat opinnäytetyön tekijät olivat työn edetessä tietoisia työn muutoksista ja opinnäytetyön rakenteesta. Yhteinen kommunikointi tuki työn etenemistä. Erimielisyyksiäkin tietysti tuli. Silloin pysähdyimme pohtimaan molempien kantoja ja tutkimme asiaa tarkemmin. Lopulta kuitenkin löysimme yhtenäisen tuloksen. Molemmilla opiskelijoilla oli tiedossa työn aiheen rajaamisen kriteerit sekä tutkimuskysymys, joten työn luotettavuus ei rakoillut sen edetessä.

Tutkimukset olivat opinnäytetyön eettinen pohja. Tutkimuksia rajattiin opinnäytetyössä ja hyväksymiskriteerit olivat molempien tekijöiden mielessä. Käytimme opinnäytetyötä tehdessämme informaation apua, joka lisää aineiston ja työn luotettavuutta. Tutkimuksia luettiin sekä pohdittiin ja mietittiin niiden sopivuutta juuri meidän tutkimuskysymykseen. Tutkimusten kirjoittajat ovat arvostettuja alan ammattilaisia, joka

tukee eettisyyttä ja luotettavuutta. Tutkimukset olivat laajoja sekä lisäksi niistä sai kattavaa teoriapohjaa työhömmö. Tutkimuksen kuuluminen jollekin seuralle tai konsernille lisää tutkimusten tunnettavuutta ja näin ollen työn luotettavuutta.

## 9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustuloksissa kävimme läpi työnkeskeiset tulokset, joita saimme tämän tutkimuksen avulla selville. Tutkijat olivat hyvin samoilla linjoilla siitä, mitkä ovat miesten itsemurhissa usein laukaisevina tekijöinä. Johtopäätöksenä voidaan pitää sitä, että toivottomuus liittyy aina tavalla tai toisella miesten itsemurhaan ja itsemurhayritykseen. Miesten toivottomuudesta voimme vetää johtopäätöksen siitä, että miesten alhainen itsetunto ja ”miehisyyden” kolhut ovat raskaita taakkoja miehille kannettavaksi. Miehet kokevat, että miehen erityisesti kuuluu käydä töissä, joten työn menetys on liian iso taakka monelle kannettavaksi. Usein siis työn menetyksen vuoksi myös sosiaaliset suhteet vähenevät tai kokonaan katkeavat, joka aiheuttaa miehille toivottomuuden tunnetta. Sitten tulee helposti mukaan alkoholi. Pohdimme, että alkoholi voi olla miehille helpoin keino heidän itsensä mielestä unohtaa murheet, koska hoitoon hakeutuminen tuntuu olevan miehille hankalaa. Tulimme myös tulokseen, että miehille hoitoon hakeutuminen voi olla kova kolaus, koska tällöin miehet saattavat ajatella heidän olevan heikkoja. Kaiken kaikkiaan voidaan miettiä olisiko syytä tutkia enemmän sitä, miten miehet hakeutuvat hoitoon, mitä kautta heidän olisi helpoin hakeutua tai onko kaikille halukkaille ja apua tarvitseville tukiverkostoa? Nämä voisivat olla tulevaisuuden tutkimusaiheita.

Pyrimme tekemään työstämme mahdollisimman helppolukuisen muillekin kuin hoitoalan ammattilaisille. Työmme aihe on ollut jo usean vuosikymmenen ajan ajankohtainen ja aihe tulee vuosi vuodelta enemmän uutisten otsikoihin. Mielenterveysongelmat ja alkoholi ovat aina olleet yhteydessä itsemurhiin ja näiden kahden keskeisen tekijän lisääntyessä myös itsemurhan riski kasvaa. Aihe on mielestämme tärkeä sekä inhimillisen kärsimyksen estämisen, että väestön hyvinvoinnin edistämisen kannalta.

Tutkimuksia ja artikkeleita aiheestamme löytyi kokonaisuudessaan vähän. Miesten itsemurhista löytyi vähän suoranaista tutkimustietoa, minkä vuoksi käytimme myös aihetta tukevia tutkimuksia ja muita lähteitä. Yksi tutkimusten hyväksymiskriteereistä

oli valita vuotta 2004 uudemmat tutkimukset. Tutkimusten vähäisyydestä johtuen työssämme esiintyy myös vanhempaa aineistoa, kuin alun perin otimme hyväksymiskriteeriksi. Yhteenvetona tutkimustuloksista voimme kuitenkin todeta, että tutkimusten tulokset eivät ole vuosien aikana muuttunut, mutta asiaa on tutkittu enemmän ja laajemmin. Aiheen ajankohtaisuutta ajattelen, aihetta tullaan jatkossa tutkimaan varmasti yhä enemmän, jolloin saadaan lisää tutkimustietoa aiheesta. Miesten itsemurhien laukaisevia tekijöitä ja toivottomuuteen johtuneita syitä Hinkkuri (2008) on tutkinut hieman laajemmin omassa tutkimuksessaan. Hinkkuri pohtii tutkimuksessaan myös yleisesti miesten itsemurhaprosessia ja sen aiheuttamaa toivottomuutta.

Olemme saaneet paljon tietoa miesten itsemurhista, itsemurhaan laukaisevista tekijöistä, miesten näkemyksestä ja olotilasta ennen itsemurhaa sekä itsemurhien tilastoista Suomessa ja maailmalla. Miesten itsemurhat ajoittuvat pääsääntöisesti ikävuosiin 20 - 40 (Melartin ym. 2010, 171). Työ on avannut silmät erityisesti sille, kuinka monisyinen itsemurhaprosessi on. Hoitajan näkökulmasta työ oli merkittävä ja avarsi näkemystä masentuneen ja itsetuhoisen miehen näkökulmasta. Tätä työtä voidaan käyttää oppimateriaalina sekä tietopakettina hoitoalan henkilökunnalle ja muille mielenterveysongelmien kanssa kamppailevien ihmisten kanssa toimiville.

## LÄHTEET

Achté, Kalle, Ollikainen, Liisa, Rantanen, Irja & Sihvo, Jouko 1973. Itsemurhat ja niiden ehkäisy. Porvoo: Suomen mielenterveysseura.

Depressio. 2014. Käypä hoito- suositus. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023>. Päivitetty 29.9.2014. Luettu 7.10.2014.

Euregenas 2012. Euregenas suomeksi. European Regions Enforcing Actions Against Suicide. WWW-dokumentti. <http://www.euregenas.eu/suomi/>. Päivitetty 2012. Luettu 25.9.2014.

Findikaattori 2013. Itsemurhat. WWW-dokumentti. <http://www.findikaattori.fi/fi/10>. Päivitetty 20.12.2013. Luettu 5.10.2014.

Haarala, Maria, Jääskeläinen, Anne, Kilpinen, Nina, Panhelainen, Maija, Peräkoski, Hannele, Puukko, Outi, Riihimäki, Kirsi, Sundman, Merja & Tauriainen, Pia 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Heiskanen, Tarja, Salonen, Kristiina & Sassi, Pirkko 2007. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: SMS-tuotanto Oy.

Heiskanen, Tarja, Huttunen, Matti O. & Tuulari, Jyrki 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hentinen, Kirsi, Iija, Aulikki & Mattila, Eija 2009. Kuuntele minua – mielenterveys-työn käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi.

Hinkkurinen, Jari 2008. ”Viimeinen niitti”. Pro gradu. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2000. Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer- paino.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Itsemurhariskin arviointiasteikko C-SSRS 2009. Duodecim terveyskirjasto. PDF- dokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50076f.pdf>. Päivitetty 14.1.2009. Luettu 21.8.2014.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kiiltomäki, Aliisa 2004. Elämää itsemurhan varjossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu.

Kuhanen, Carita, Oittinen, Pirkko, Kanerva, Anne, Seuri, Tarja & Schubert, Carla 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro OY.

Kääriäinen, Maria & Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon järjestäjänä. Hoitotiede 11 (1), 3–12.

Lepola, Ulla, Koponen, Hannu, Leinonen, Esa, Joukamaa, Matti, Isohanni, Matti & Hakola, Panu 2008. Psykiatria. Helsinki: WSOY OY.

Leskinen, Juice 1980. Viidestoista yö. Lyrics. WWW-dokumentti. <http://www.lyricsbox.com/juice-leskinen-lyrics-viidestoista-yo-2szm1kv.html>. Päivitetty 2014. Luettu 23.9.2014.

Lönnqvist, Jouko 2005. Itsemurhat. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00029#F1](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00029#F1). Päivitetty 18.7.2005. Luettu 25.8.2014.

Lönnqvist, Jouko 2009. Itsemurhat. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00158&p\\_haku=itsemurha](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00158&p_haku=itsemurha). Päivitetty 2014. Luettu 26.8.2014.

Lönnqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo 2011. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Melartin, Tarja, Kuosmanen, Lauri & Riihimäki, Kirsi 2010. Tosi mies ei masennu? Suomen lääkärilehti 3, 169–173.

Miettola, Juhani & Mäntyselkä, Pekka. Viina Vie. Suomen lääkärilehti 47, 4831.

Mikkelin ammattikorkeakoulu 2014. Oppilaitoksen kotisivut. WWW-dokumentti. <http://www.mamk.fi/>. Ei päivitystietoa. Luettu 23.9.2014.

Nurmi-Lüthje, Ilona, Hinkkurinen, Jari, Salmio, Kimmo, Lundell, Lasse, Lüthje, Peter & Karjalainen, Kirsi- Marja 2011. Itseään vahingoittaneiden potilaiden psykiatrinen konsultaatio toteutuu päivystyksessä vain osittain. Suomen lääkärilehti 23, 1905–1909.

Näin unta elämästä 2014. WWW-dokumentti. <http://nainuntaelamasta.fi/tietoa-itsemurhasta/>. Ei päivitystietoa. Luettu 25.8.2014.

Pesonen, Tuula 2006. Trends in suicidality in eastern Finland, 1988 – 1997. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu. PDF- dokumentti. [www.wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2006/isbn951-27-0572-9.pdf](http://www.wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2006/isbn951-27-0572-9.pdf). Päivitetty 2014. Luettu 1.9.2014.

Roivanen, Eka 2008. Beckin depressioasteikon tulkinta. Duodecim 124 (21), 2467–2470. PDF-dokumentti. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97613.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 25.8.2014.

Tilastokeskus 2012. Kuolemansyyt vuonna 2012. WWW-dokumentti. [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2012/ksyyt\\_2012\\_2013-12-30\\_kat\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2012/ksyyt_2012_2013-12-30_kat_001_fi.html). Luettu 18.8.2014. Päivitetty 30.12.2013.

Tilastokeskus 2013. Itsemurhien määrä yhä laskussa. WWW-dokumentti.  
[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2012/ksyyt\\_2012\\_2013-12-30\\_kat\\_006\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2012/ksyyt_2012_2013-12-30_kat_006_fi.html). Päivitetty 30.12.2013. Luettu 18.8.2014.

Toivio, Timo & Nordling, Esa 2013. Mielenterveyden psykologia. Porvoo: Bookwell Oy.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopisto.

Suokas, Jaana 2013. Itsemurhavaaran arviointi. HUS/hyks. PDF-dokumentti.  
[http://files.kotisivukone.com/gpfinland.kotisivukone.com/suokas\\_itsemurhavaara.pdf](http://files.kotisivukone.com/gpfinland.kotisivukone.com/suokas_itsemurhavaara.pdf). Päivitetty 29.11.2013. Luettu 25.8.2014.

Suokas, Jaana, Kanerva, Hannele, Kasari, Virve, Laiho, Tero, Lius, Marja- Liisa & Pihjala Satu 2007. Itsemurhavaarassa olevan potilaan arviointi ja hoito Auroran sairaalassa. WWW-dokumentti. Päivitetty 21.3.2007. Luettu 26.8.2014.

Suomen mielenterveysseura 2014. Valtakunnallinen kriisipuhelin. WWW-dokumentti.  
[http://www.mielenterveysseura.fi/sos-kriisikeskus/valtakunnallinen\\_kriisipuhelin](http://www.mielenterveysseura.fi/sos-kriisikeskus/valtakunnallinen_kriisipuhelin). Päivitetty 2014. Luettu 20.9.2014.

Suominen, Kirsi & Valtonen, Hanna 2013. Itsetuhoisen potilaan arviointi. Duodecim 129 (8), 881–885. WWW-dokumentti.  
[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10929](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10929). Päivitetty 2014. Luettu 26.8.2014.

Suominen, Kirsi & Valtonen, Hanna M. 2011. Itseään vahingoittavan potilaan psykiatrisen hoito. Lääkärilehti 23, 1891. WWW-dokumentti. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000035936>. Ei päivitystietoa. Luettu 10.9.2014.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.



Upanne, Maila 2001. Professional paradigms of suicide prevention. Saarijärvi: Gummerus printing.

Uusitalo, Tuula 2006. Miten päästä yli mahdottoman? – Narratiivinen tutkimus itsemurhamenetyksistä. Lapin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Pro gradu.

Uusitalo, Tuula 2007. Yli mahdottoman – itsemurha ja läheinen. Helsinki: Edita.

Winter, Susanna 2014. Miehet kertovat aiempaa useammin itsetuhoisista ajatuksista. Suomen mielenterveysseura. WWW-dokumentti.

[http://www.mielenterveysseura.fi/tiedotus\\_ja\\_julkaisut/tiedotteet/miehet\\_kertovat\\_aiempaa\\_useammin\\_itsetuhoisista\\_ajatuksista.2556.news](http://www.mielenterveysseura.fi/tiedotus_ja_julkaisut/tiedotteet/miehet_kertovat_aiempaa_useammin_itsetuhoisista_ajatuksista.2556.news). Päivitetty 16.6.2014. Luettu 20.9.2014

WHO 2014. Age-Standardized suicide rates (per 100 000 population), males, 2012. World Health Organization. WWW-dokumentti.

[http://gamapservet.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global\\_AS\\_suicide\\_rates\\_bothsexes\\_2012.png?ua=1](http://gamapservet.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_AS_suicide_rates_bothsexes_2012.png?ua=1). Päivitetty 2014. Luettu .10.2014

## Kirjallisuuskatsauksen keskeisimmät tulokset

Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Omat intressini opin- näytetyön kannalta
Hinkkurinen, Jari 2008. ”Viimeinen niitti”. Itsemurhaa yrittäneiden miesten kokemuksia itsetuhoisuudesta ja itsetuhoisuuteen liittyvästä toivottomuudesta. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu.	Tutkimukseen osallistui 13 itsemurhaa yrittänyttä miestä, jotka olivat hoidossa itsemurhayrityksen vuoksi ensiapupoliiklinikalla.	Tutkimus perustuu narratiiviseen hankintatapaan, sekä vapaamuotoisiin ja avoimiin haastatteluihin.	Melkein kaikilla haastatelluista miehistä oli takana aikaisempi itsemurhayritys, ainoastaan kahdella haastatelluista ei ollut. Itsemurhaajattelu oli suurimman osan kohdalla alkanut jo vuosia aikaisemmin. Ajatuksia oli haastateltavilla myös selvin päin.	Tutkimus oli mielenkiintoinen. Tutkimukseen oli lisätty paljon miesten sano- maa ilman, että oli sensuroitu tekstiä. Se toi työhön mielenkiintoa ja läheisempää katselmusta työtä kohtaan. Kohteena ollessa miehet, tuli hyvä kuva miten paljon enemmän miehet suunnittelivat itsemurhaansa. Tutkimuksen avulla on hyvä verrata itsemurhayrityksiä naisten ja miesten välillä.
Uusitalo, Tuula 2006. Miten päästä yli mahdottoman? – Narratiivinen tutkimus itsemurhamenetyksistä. Lapin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Pro gradu.	Tutkimusjoukko koostuu 24:stä itsemurhan vuoksi läheisensä menettäneestä vanhemmasta, sisaruksesta, lapsensa tai elämänkumppaninsa menettäneistä naisista ja miehistä.	Tutkimuksen lähestymistapana on narratiivinen laadullinen tutkimus. Tutkimus on toteutettu aktiivihaastatteluilla, lisäksi haastateltavien antamasta materiaalista ja sähköpostikirjeenvaihdosta. Tutkimusaineiston analyysi on kerrontalähtöinen.	Tutkimuksessa eritellään itsemurhaansopeutumista edistäviä ja hidastavia tekijöitä. Surun täsmäapua ja itsemurhien ehkäisyä tulisi tehostaa. Suruun ja itsemurhaan liittyvää tietoutta tulisi jakaa enemmän.	Tutkimus tuo omalle tutkimuksellemme uutta näkökulmaa siitä, kuinka itsemurhamenetyksistä voi oikeasti selviytyä. Narratiivinen tutkimus on hyvä keino tehdä tällainen tutkimus.

## Kirjallisuuskatsauksen keskeisimmät tulokset

<p>Kiiltomäki, Aliisa 2004. Elämää itsemurhan valossa- elämänker- tomuksen jatkuminen itsemurha- ajatusten jälkeen. Kuopion yli- opisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Licensiaattitutkimus.</p>	<p>Tutkimusjoukkona olivat satunnaiset ihmiset, tutkimusma- terialina käytettiin Stakesin toteuttamia projekteja, joihin henkilöt osallistuivat omien tarinoidensa kanssa.</p>	<p>Tutkimus on toteutettu narratiivisella tutki- muksella ja narratiivi- sella lähestymistavalla. Tutkimuksessa käytet- tiin puhelinkeskustelu- ja, kirjeitä ja syvähaas- tatteluja.</p>	<p>Tutkimustulokset on jaettu trage- diatarinoihin, sel- viytymistarinoihin ja kokoavaan ydin- tarinaan, joissa käsitellään myös miesten itsemur- haa. Tutkimukseen osallistuneet kerto- vat elämän jatku- misesta itsemur- hayrityksen jäl- keen.</p>	<p>Tämä tutkimus on kuvaus ihmiselämäs- tä, jota varjostaa itsemurhan varjo.</p>
<p>Nurmi-Lüthje, Ilona, Hinkkuri- nen, Jari, Salmio, Kimmo, Lun- dell, Lasse, Lüthje, Peter &amp; Kar- jalainen, Kirsi- Marja 2011. Itseään vahingoittaneiden poti- laiden psykiatrinen konsultaatio toteutuu päivystyksessä vain osittain. Suomen lääkelehti 23, 1905 – 1909.</p>	<p>Tutkimusjoukko koostui Kuusankos- ken aluesairaalassa kahden vuoden ajan (Pohjois- Kymen sairaalassa) päivys- tyspoliklinikalla käy- vien itseään vahin- goittavista potilaiden seurannasta.</p>	<p>Tutkimustulokset tilas- toitiin prospektiivise- sti, lisäksi aineistoa verrattiin erillistä pro- jektia varten manuaali- sesti kirjattuihin tapa- uksiin, aineistosta puut- tavat tapauksen lisät- tiin. Aineisto analysoi- ttiin Satata- tilasto- ohjelman avulla.</p>	<p>Itseään vahingoit- taneita henkilöitä oli 210, joista 92 oli miehiä. Miesten keski- ikä oli 38,3 vuotta. Miehistä päihtyneitä oli 71 % päivystyspoli- klinikalle tulles- saan. Miesten yleisin diagnoosi oli alkoholin hai- tallinen käyttö.</p>	<p>Tutkimus oli selkeä, ytimekäs ja tarpeeksi lyhyt. Tutkimuksessa tulivat selkeästi esille oleelliset asiat.</p>

**Liite 2(1).**  
**Sisällönanalyysi**

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	PÄÄLUOKKA
Varhainen vanhemman menetyks	Lapsuus ja nuoruusiän traumat	Menetykset
Lapsuudenajan trauma		
Vaikea perhetausta		
Elämäkumppanin menetys	Perheeseen liittyvä luopuminen	
Vanhemmuuden menetys		
Lapsettomuus		
Avioero		
Työn menetys	Työttömyys	Työ ja taloudelliset huolet
Työhön liittyvä stressi ja työttömyys		
Työttömyys ja peruspäiväraha	Raha- ongelmat ja taloudellinen pärjääminen	
Taloudelliset vaikeudet		
Ystävyysuhteiden puute	Sosiaalisten – ja ystävyysuhteiden puute	Sosiaalinen asema
Sosiaaliset suhteet		
Luotettavan keskustelukumppanin puute		
Vain ryppykavereita	Yksinäisyys	
Yksinäisyys		
Yksin elävä mies		
Alkoholin vaikutuksen alaisena	Alkoholi	Päihteiden käyttö
Alkoholin haitallinen käyttö		
Viikonloppu juominen		
Viina		
Päihteiden käyttö	Muut päihteet	
Huumeiden käyttö		
Lääkkeiden käyttö		
Sekakäyttö		

**Liite 2(2).**  
**Sisällönanalyysi**

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	PÄÄLUOKKA
Mielenterveysongelmat	Psykkiset sairaudet	Terveysongelmat
Masennus		
Depressiivinen mieliala		
Psykkiset oireet		
Somaattiset vaivat	Somaattiset sairaudet	
Alkoholin käytöstä syntyneet somaattiset sairaudet		
Kivut		
Hidas hoitoon hakeutuminen	Hoitoon hakeutuminen	Hoidon viivästyminen
Kynnys hoitoon hakeutumisessa		
Vaikeus tunnistaa ongelmia	Sairauden oireiden tunnistaminen	
Ongelmista kertominen vaikeaa		
Miehille puhuminen ja tunteista kertominen vaikeaa		

**Beckin depressioasteikko (BDI)****Lomakkeen sähköinen täyttö:**

[http://www.coronaria.fi/www/poliklinikka/pdf\\_lomakkeet\\_2006/Beckin\\_depressioasteikko.pdf](http://www.coronaria.fi/www/poliklinikka/pdf_lomakkeet_2006/Beckin_depressioasteikko.pdf)

## YMPYRÖI SOPIVIN VAIHTOEHTO:

- 1**     0    En ole surullinen  
          1    Olen alakuloinen ja surullinen  
          2    Olen tuskastumiseen asti surullinen ja alakuloinen  
          3    Olen niin onneton, etten enää kestä
- 2**     0    Tulevaisuus ei masenna eikä pelota minua  
          1    Tulevaisuus pelottaa minua  
          2    Minusta tuntuu, ettei tulevaisuudella ole tarjottavanaan minulle juuri mitään  
          3    Minusta tuntuu, että tulevaisuus on toivoton. En jaksa uskoa, että asiat muuttuvat tästä parem-  
            paan päin
- 3**     0    En tunne epäonnistuneeni  
          1    Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut useammin kuin muut ihmiset  
          2    Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia  
          3    Minusta tuntuu, että olen täysin epäonnistunut ihmisenä
- 4**     0    En ole erityisen haluton  
          1    En osaa nauttia asioista niin kuin ennen  
          2    Minusta tuntuu, etten saa tyydytystä juuri mistään  
          3    Olen haluton ja tyytymätön kaikkeen
- 5**     0    En tunne erityisemmin syyllisyyttä  
          1    Minusta tuntuu, että olen aika huono ja kelvoton  
          2    Nykyään tunnen itseni huonoksi ja kelvottomaksi melkein aina  
          3    Tunnen olevani erittäin huono ja arvoton

**Beckin depressioasteikko (BDI)**

- 6**    0    En koe, että minua rangaistaan  
      1    Tunnen, että jotain pahaa voi sattua minulle  
      2    Uskon, että kohtalo rankaisee minua  
      3    Tunnen, että olen tehnyt sellaista, josta minua on syytäkin rangaista
- 7**    0    En ole pettynyt itseeni  
      1    Olen pettynyt itseäni  
      2    Inhoan itseäni  
      3    Vihaan itseäni
- 8**    0    Tunnen, että olen yhtä hyvä kuin muutkin  
      1    Kritisoin itseäni heikkouksista  
      2    Moitin itseäni virheistäni  
      3    Moitin itseäni kaikesta, mikä 'menee pieleen'
- 9**    0    En ole ajatellut vahingoittaa itseäni  
      1    Olen joskus ajatellut itseni vahingoittamista, mutten kuitenkaan tee niin  
      2    Mielessäni on selvät itsemurhasuunnitelmat  
      3    Tapan itseni, kun siihen tulee tilaisuus
- 10**    0    En itke tavallista enempää  
      1    Itken nykyään aiempaa enemmän  
      2    Itken nykyään jatkuvasti  
      3    En kykene enää itkemään, vaikka haluaisin
- 11**    0    En ole sen ärtyneempi kuin ennenkään  
      1    Ärsynnyn aiempaa herkemmin  
      2    Tunnen, että olen ärtynyt koko ajan  
      3    Minua eivät enää liikuta asiat, joista aiemmin raivostuin

**Beckin depressioasteikko (BDI)**

- 12** 0 Olen edelleen kiinnostunut muista ihmisistä  
1 Muut kiinnostavat minua aiempaa vähemmän  
2 Kiinnostukseni ja tunteeni muita kohtaan ovat miltei kadonneet  
3 Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni muita kohtaan, enkä välitä heistä enää lainkaan
- 13** 0 Pystyn tekemään päätöksiä kuten ennekin  
1 Yritän lykätä päätöksentekoa  
2 Minun on hyvin vaikeata tehdä päätöksiä  
3 En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä
- 14** 0 Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut  
1 Olen huolissani siitä, että näytän vanhalta tai etten näytä miellyttävältä  
2 Minusta tuntuu, että ulkonäköni on muuttunut pysyvästi niin, etten näytä miellyttävältä  
3 Tunnen olevani ruma ja vastenmielisen näköinen
- 15** 0 Työkykyäni on säilynyt ennallaan  
1 Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia  
2 Saadakseni aikaan minun on suorastaan pakotettava itseni siihen  
3 En kykene lainkaan tekemään työtä
- 16** 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennen  
1 Olen aamuisin väsyneempi kuin ennen  
2 Herään nykyisin 1 – 2 tuntia normaalia aikaisemmin enkä nukahda enää uudelleen  
3 Herään aikaisin joka aamu, enkä pysty nukkumaan viittä tuntia pitempään yhtäjaksoisesti
- 17** 0 En väsy sen nopeammin kuin ennenkään  
1 Väsyn nopeammin kuin ennen  
2 Väsyn lähes tyhjästä  
3 Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään



**Beckin depressioasteikko (BDI)**

- 18** 0 Ruokahaluni on ennallaan  
1 Ruokahaluni on huonompi kuin ennen  
2 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen  
3 Minulla ei ole lainkaan ruokahalua
- 19** 0 Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan  
1 Olen laihtunut yli 2½ kg  
2 Olen laihtunut yli 5 kg  
3 Olen laihtunut yli 7½ kg
- 20** 0 En ajattele terveyttäni tavallista enempää  
1 Kiinnitän tavallista enemmän huomiota särkyihin ja kipuihin, vatsavaivoihin ja ummetukseen  
2 Tarkkaislen ruumiintuntemuksiani niin paljon, ettei muille ajatuksille jää aikaa  
3 Terveyteni ja tuntemusteni ajattelemisen on kokonaan vallannut mieleni
- 21** 0 Kiinnostukseni sukupuolielämään on pysynyt ennallaan  
1 Kiinnostukseni sukupuolielämään on vähentynyt  
2 Kiinnostukseni sukupuolielämään on huomattavasti vähäisempää kuin aikaisemmin  
3 Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni sukupuoliselämään

---

Pisteytetään kysymyssarjoittain vastausvaihtoehtojen numeroiden mukaisesti 0 - 3.

Kokonais-, eli summapistemäärä välillä 0 - 63

Lievät masennusoireet: 13 -18 pistettä

Kohtalaiset tai keskivaikeat masennusoireet: 19 -29 pistettä

Vaikeat masennusoireet: 30 pistettä tai yli

Hoitoyritys on tehoton, ellei kokonaispistemäärä seurannassa laske vähintään 30 %.

(Suokas ym. 2007).

## Toivottomuuden arviointi (HS)

Nimi:	Täyttöpäivä:
Sosiaaliturvatunnus:	Yhteispistemäärä:

Tässä kyselylomakkeessa on 20 väittämää. Lue ne huolellisesti. Jos väittämä kuvaa asenteitasi viime viikolla ja myös tänään, laita rasti kysymyksen kohdalla olevan kyllä vaihtoehdon kohdalle. Jos taas väittämä ei ole kokemuksesi mukainen, laita rasti ei-vaihtoehdon kohdalle.

KYLLÄ	EI	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Suhtaudun tulevaisuuteen toiveikkaasti ja innostuneesti.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. On parasta luovuttaa, koska ei voi tehdä mitään parantaakseen elämää.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Kun asiat menevät huonosti, minua auttaa tieto, ettei näin voi jatkua ikuisesti.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. En pysty kuvittelemaan, millaista elämäni tulee olemaan kymmenen vuoden kuluttua.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Minulla on tarpeeksi aikaa tehdä tärkeimmiksi kokemani asiat.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Uskon tulevaisuudessa menestyväni tärkeimmiksi kokemissani asioissa.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Tulevaisuuteni näyttää synkältä.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Pidän itseäni erityisen onnekkaana ja odotan saavani osakseni enemmän hyvää kuin ihmiset yleensä.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. En ole saanut onnistumisen mahdollisuuksia enkä usko saavani niitä tulevaisuudessakaan.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Aiemmat kokemukseni luovat hyvän perustan tulevaisuudelleni.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Tulevaisuuteni näyttää minusta surkealta eikä siihen näytä mahtuva ilonaiheita.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. En odota saavuttavani, mitä todella toivon.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Kun mietin tulevaisuutta, odotan olevani onnellisempi kuin tällä hetkellä.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Asiat eivät suju suunnitelmieni mukaisesti.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Uskon lujasti tulevaisuuteen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. En koskaan saa, mitä haluan, joten on tyhmää toivoa mitään.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. On hyvin epätodennäköistä, että saan mistään todellista tyydytystä tulevaisuudessa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Tulevaisuus näyttää mielestäni epäselvältä ja epävarmalta.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Odotan elämältäni enemmän hyviä kuin huonoja aikoja.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Minun ei todellakaan kannata yrittää mitään, mitä haluan, koska en todennäköisesti tule saavuttamaan sitä.

## Toivottomuuden arviointi (HS)

## Toivottomuus arviointiasteikko (HS) : pisteytysohje

KYLLÄ	EI	
<input checked="" type="checkbox"/>		1. Suhtaudun tulevaisuuteen toiveikkaasti ja innostuneesti.
	<input checked="" type="checkbox"/>	2. On parasta luovuttaa, koska ei voi tehdä mitään parantaakseen elämää.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Kun asiat menevät huonosti, minua auttaa tieto, ettei näin voi jatkua ikuisesti.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4. En pysty kuvittelemaan, millaista elämäni tulee olemaan kymmenen vuoden kuluttua.
<input checked="" type="checkbox"/>		5. Minulla on tarpeeksi aikaa tehdä tärkeimmiksi kokemani asiat.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Uskon tulevaisuudessa menestyväni tärkeimmiksi kokemissani asioissa.
	<input checked="" type="checkbox"/>	7. Tulevaisuuteni näyttää synkältä.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Pidän itseäni erityisen onnekkana ja odotan saavani osakseni enemmän hyvää kuin ihmiset yleensä.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	9. En ole saanut onnistumisen mahdollisuuksia enkä usko saavani niitä tulevaisuudessakaan.
<input checked="" type="checkbox"/>		10. Aiemmat kokemukseni luovat hyvän perustan tulevaisuudelleni.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	11. Tulevaisuuteni näyttää minusta surkealta eikä siihen näytä mahtuva ilonaiheita.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12. En odota saavuttavani, mitä todella toivon.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Kun mietin tulevaisuutta, odotan olevani onnellisempi kuin tällä hetkellä.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14. Asiat eivät suju suunnitelmieni mukaisesti.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Uskon lujasti tulevaisuuteen.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16. En koskaan saa, mitä haluan, joten on tyhmää toivoa mitään.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	17. On hyvin epätodennäköistä, että saan mistään todellista tyydytystä tulevaisuudessa.
	<input checked="" type="checkbox"/>	18. Tulevaisuus näyttää mielestäni epäselvältä ja epävarmalta.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Odotan elämäntäni enemmän hyviä kuin huonoja aikoja.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20. Minun ei todellakaan kannata yrittää mitään, mitä haluan, koska en todennäköisesti tule saavuttamaan sitä.

**Liite 4(3).****Toivottomuuden arviointi (HS)**

PISTEYTYSOHJE: Laske yhteen yllä olevan pisteytyksen mukaiset vastaukset, □ mustamaton ruutu = yksi piste. Pisteiden yhteenlaskettu summa on potilaan toivottomuusindeksi.

0-3	ei merkittävää toivottomuutta
4-8	lievää toivottomuutta
9-14	kohtalaista toivottomuuden kokemusta, kohonnut itsemurhavaara
15–20	kliinisesti vakava-asteista toivottomuutta, huomattava itsemurhavaara. Arviointi ja interventiot tarpeellisia.

(Suokas ym. 2007).

## Suicide intent scale (SIS)

Nimi:	Täyttöpäivä:
Sosiaaliturvatunnus:	Yhteispistemäärä:

**HAASTATTELIJA KYSYY**

- Oliko kukaan läsnä kun vahingoititte itseänne? (samassa huoneessa, puhelinkeskustelussa).
- Millä hetkellä vahingoititte itseänne? Odotitteko jotakuta. Olisiko joku voinut saapua pian? Tiesittekö että jonkin aikaa kuluisi ennen kuin kukaan voisi tulla. Vai ettekö ajatellut lainkaan tätä mahdollisuutta.
- Teittekö mitään estääksenne jonkun löytämästä itseänne, esim. otitteko puhelimen seinästä, laitoitteko oven lukkoon tms.
- Vahingoitettuanne itseänne, ilmoititteko jollekulle mitä olitte juuri tehnyt (esim. puhelimitse).
- Kun olitte päättänyt vahingoittaa itseänne maksoitteko joitakin laskuja, hyvästelittekö

**HAASTATTELIJA KOODAA****Eristäytyminen**

- Joku toinen läsnä
- Joku toinen lähistöllä tai mahdollisuus kontaktiin (esim. puhelimitse).
- Ei ketään läsnä, ei mahdollisuutta kontaktiin.

**Ajoitus**

- Ajoitettu niin, että väliintulo mahdollinen
- Ajoitettu niin, että väliintulo epätodennäköinen
- Väliintulo erittäin epätodennäköinen

**Varokeinoja väliintulon tai löytämisen estämiseksi**

- Ei varotoimenpiteitä
- Passiivisia varotoimenpiteitä, kuten toisten välttäminen yrittämättä aktiivisesti estää väliintuloa (esim. yksin huoneessa ovi lukitsematta)
- Aktiivisia varokeinoja (esim. lukittu ovi)

**Toiminta avun saamiseksi yrityksen jälkeen**

- Ilmoittanut mahdolliselle auttajalle yrityksestä
- Ollut yhteydessä mahdollisen auttajajan kanssa ilmoittamatta varsinaisesti yrityksestä
- Ei ollut yhteydessä kenenkään kanssa eikä ilmoittanut yrityksestä kenellekään.

**Lopullisia toimenpiteitä ennen oletettua kuolemaa**

**Liite 5(2).****Suicide intent scale (SIS)**

jonkun, kirjoittitko testamentin?

0. Ei mitään

1. Ajatteli tehdä tai teki jotain ennen oletettua kuolemaa

2. Teki täsmällisiä suunnitelmia (teki testamentin tai muutti sitä, antoi lahjoja, irtisanoi vakuutuksen).

6. Olitteko suunnitellut tekoanne jonkin aikaa? Teittekö joitain valmisteluja, kuten lääkkeiden säästäminen tms.

**Suunnittelun aste**

0. Ei mitään valmistautumista

1. Vähäistä tai kohtalaista valmistautumista

2. Perusteellista valmistautumista

7. Kirjoittitko yhden tai useamman jäähyväiskirjeen? Jos ”kyllä”, niin kenelle? Jos ”ei” ajattelitko kirjoittaa jäähyväiskirjettä.

**Itsemurhaviesti**

0. Ei kirjoittanut eikä ajatellut kirjoittaa

1. Ajatteli, mutta ei kirjoittanut viestiä

2. Viesti olemassa kirjoitettuna, tai hävitetty.

8. Kerroitteko viimeisen vuoden aikana naapureille, ystäville ja/tai perheenjäsenille, suoraan tai epäsuorasti, että teillä oli aikomuksia vahingoittaa itseänne?

**Kommunikointi itsemurha-aikomuksesta ennen yritystä**

0. Ei avointa kommunikointia

1. Vihjailevaa kommunikointia

2. Yksiselitteitä, suoraa kommunikointia

9. Mitä toivoitte saavuttavanne itsenne vahingoittumisella?

**Teon tarkoitus**

0. Pääasiassa muihin vaikuttaminen

1. Hetken lepo

2. Kuolema

10. Kuinka suuriksi arvioitte mahdollisuutenne kuolla tekonne seurauksena?

**Yrityksen tuhoisuutta koskevat oletukset**

0. Piti kuolemaa epätodennäköisenä tai ei ajatellut asiaa

1. Piti kuolemaa mahdollisena, mutta ei todennäköisenä

2. Piti kuolemaa todennäköisenä tai varmana.

11. Jos lääkkeiden yliannostus: ”Pidittekö nauttimaanne lääkemäärää kuolettavaa annosta pienempänä tai suurempana”. Oliko

**Käsitykset menetelmän tehokkuudesta**

0. Vahingoitti itseään vähemmän kuin oletti olevan kohtalokasta tai ei ajatellut asiaa

**Suicide intent scale (SIS)**

teillä enempää lääkkeitä? Muussa tapauksessa:  
”Ajattelitko jotain muita itsemurhatapoja, jotka olisivat olleet vähemmän vaarallisia tai vaarallisempia kuin käyttämänne menetelmä.

12. Katsotteko tekonne tarkoituksena olleen itsenne surmaamisen?

13. Mitkä olivat ajatuksenne elämästä ja kuolemasta?

14. Millaisiksi arvioitte henkiinjäämisen mahdollisuudet jos saisitte lääketieteellistä apua yrityksen jälkeen?

15. Kuinka kauan ennen yritystänne olitte päättänyt yrityksen tekemisestä? Olitteko ajatellut sitä jo jokin aikaa vai teittekö sen hetken mielijohteesta?

1. Oli epävarma menetelmän tehokkuudesta tai ajatteli sen saattavan olla kohtalokasta  
2. Menetelmän vaarallisuus ylitti potilaan odotukset tai oli yhtäpitävä niiden kanssa.

**Yrityksen vakavuus**

0. Ei pitänyt yritystä vakavana aikomuksena surmata itseään

1. Oli epävarma yrityksen vakavuudesta  
2. Piti tekoaan vakavana yrityksenä surmata itsensä.

**Elämänhalun ambivalenssi**

0. Ei halunnut kuolla

1. Henkiinjääminen oli yhdentekevää  
2. Halusi kuolla.

**Käsitykset pelastumisesta**

0. Piti kuolemaa epätodennäköisenä mikäli saisi lääketieteellistä hoitoa

1. Oli epävarma olisiko kuolema ollut torjuttavissa lääketieteellisin keinoin  
2. Oli varma kuolemastaan lääketieteellisestä hoidosta huolimatta.

**Itsemurha-ajatusten esiintyminen**

0. Ei itsemurha-ajatuksia –teko hetken mielijohde

1. Suunnitteli yritystä korkeintaan 3 tuntia  
2. Suunnitteli yritystä enemmän kuin 3 tuntia

**ARVIOINTI: SIS = SUICIDE INTENT SCALE**

0 – 8	matala intentio
8 – 12	kohtalainen intentio
13 – 20	korkea intentio
21 +	hyvin korkea

(Suokas 2007).