

JOUKO LÖNNQVIST, HILLEVI ARO, MAURI MARTTUNEN (TOIM.)

## **ITSEMURHAT SUOMESSA 1987 -PROJEKTI**

*Toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia*

.....



STAKES

TUTKIMUKSIA 25

Vertical line on the left side of the page.

Vertical line on the right side of the page.

JOUKO LÖNNQVIST,  
HILLEVI ARO, MAURI MARTTUNEN (TOIM.)

**ITSEMURHAT SUOMESSA 1987**  
**-PROJEKTI**

*Toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia*



SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISKESKUS STAKES 1993

---

TUTKIMUKSIA 25

TOIMITUSNEUVOSTO

Hannu Uusitalo, puheenjohtaja

Seppo Aro

Marjatta Bardy

Matti Heikkilä

Reijo Kantola

Sarjassa ilmestyvät tutkimukset ovat

läpikäyneet referée-arvioinnin

(lausunnot tieteellisestä pätevyydestä  
ja relevanssista)

Kansi: Harri Heikkilä

Kuva: Taina Värrä

ISBN 951-47-7111-7

ISSN 1236-0732

Gummerus Kirjapaino Oy  
Jyväskylä 1993



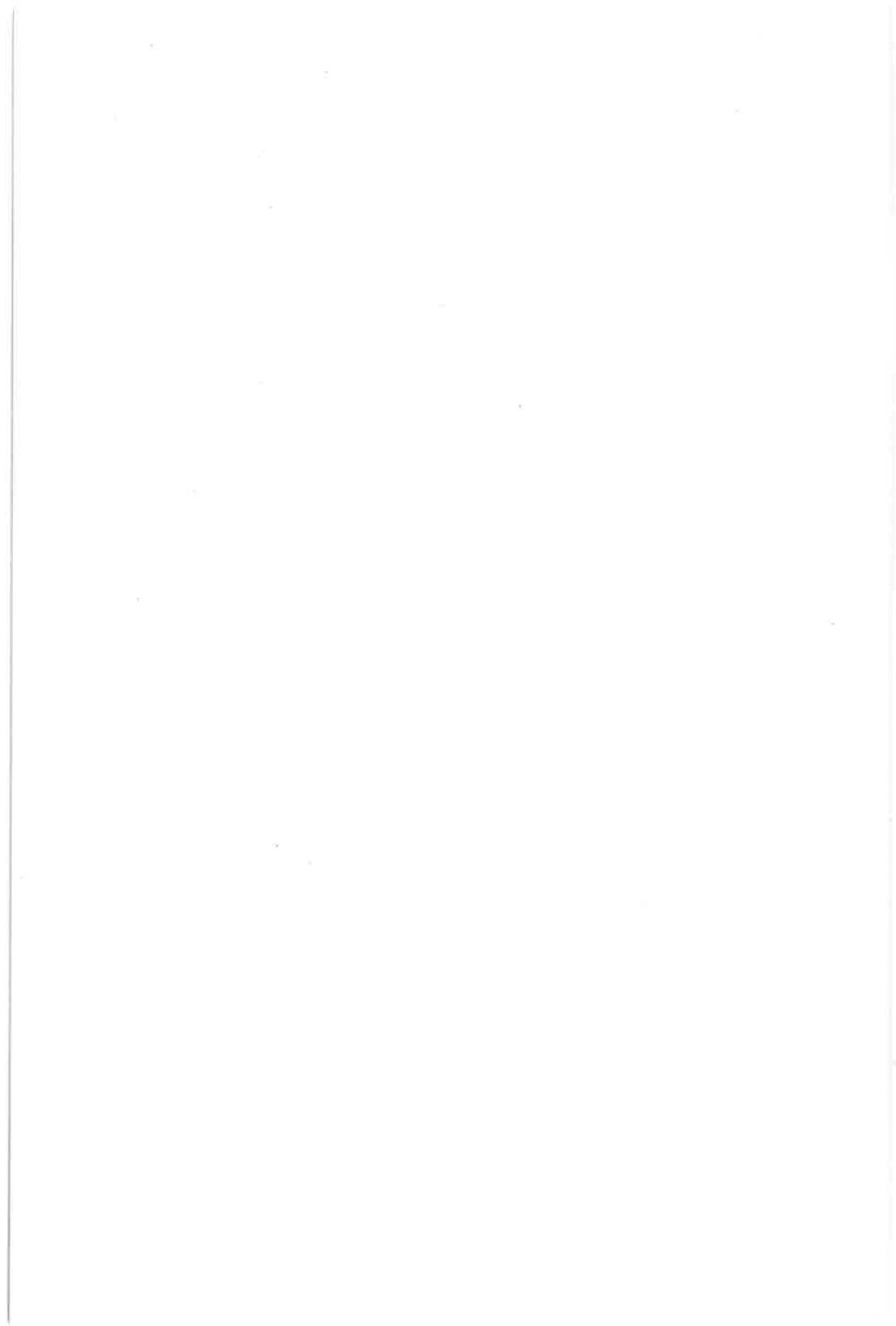
# Sisällys

Esipuhe

<b>I Itsemurhat Suomessa 1987 -tutkimusprojekti .....</b>	<b>1</b>
1 Itsemurhat Suomessa 1987 -projektin suunnittelu ja toteutus .....	1
<i>Jouko Lönnqvist, Hillevi Aro, Mauri Marttunen, Kirsti Palonen</i>	
1.1 Johdanto .....	1
1.2 Projektin tarkoitus .....	5
1.3 Tutkimuksen toteutus ja tiedonkeruu .....	7
2 Itsemurhat Suomessa 1987 -projektin tutkimusaineisto .....	14
<i>Hillevi Aro, Taina Huurre, Jouko Lönnqvist</i>	
2.1 Tutkimusaineisto ja aineistonkeruun toteutuminen .....	14
2.2 Omaishaastattelut .....	17
2.3 Hoidosta pääasiallisessa vastuussa viimeisen vuoden aikana olleen henkilön haastattelu .....	22
2.4 Itsemurhan tehneen henkilön viimeksi tavanneen hoito- tai muun palvelujärjestelmän työntekijän haastattelu .....	24
2.5 IMS-87 -projektin ja Tilastokeskuksen kuolinsyytilastojen tietojen vertailua .....	26
3 Tutkimusaineiston demografisia piirteitä .....	27
<i>Anneli Salovainio, Jouko Lönnqvist</i>	
<b>II Projektin tutkimusalueiden kuvausta .....</b>	<b>33</b>
4 Itsemurhatapahtuma ja itsetuhokäyttäytyminen .....	33
<i>Jouko Lönnqvist, Hillevi Aro, Mauri Marttunen, Anneli Salovainio, Kirsti Palonen</i>	
5 Päihteiden käyttö ja itsemurha .....	55
<i>Jouko Lönnqvist, Mauri Marttunen, Hillevi Aro, Sari Valjakka, Sami Pirkola</i>	
6 Elämäntapahtumat ja sosiaalinen vuorovaikutus itsemurhan tehneillä .....	65
<i>Martti Heikkinen, Hillevi Aro, Jouko Lönnqvist</i>	

7	Mielenterveyden häiriöt ja itsemurha .....	70
	<i>Markus Henriksson, Hillevi Aro, Kimmo Kuoppasalmi, Mauri Marttunen, Martti Heikkinen, Erkki Isometsä, Jouko Lönnqvist</i>	
8	Hoitojärjestelmä ja itsemurha .....	78
	<i>Jouko Lönnqvist, Hillevi Aro, Mauri Marttunen, Markus Henriksson, Erkki Isometsä, Kimmo Kuoppasalmi, Taina Huurre</i>	
9	Itsemurhaa edeltänyt vakava masennustila ja sen hoito .....	86
	<i>Erkki Isometsä, Markus Henriksson, Hillevi Aro, Martti Heikkinen, Kimmo Kuoppasalmi, Jouko Lönnqvist</i>	
10	Omaisten tuen tarve itsemurhan jälkeen .....	90
	<i>Mauri Marttunen, Pekka Närhi, Taina Huurre, Hillevi Aro, Jouko Lönnqvist</i>	
11	Nuorten itsemurhat .....	96
	<i>Mauri Marttunen, Hillevi Aro, Markus Henriksson, Jouko Lönnqvist</i>	
12	Itsemurhat ja vakavan sairauden pelko: aids-pelon ja muiden sairauksien pelon vertailua .....	101
	<i>Arja Halttunen, Markus Henriksson, Piia Jallinoja, Jouko Lönnqvist</i>	
13	Syöpä ja itsemurha .....	107
	<i>Päivi Hietanen, Jouko Lönnqvist</i>	
14	Itsemurhaan kuolleiden arkielämän tunnuspiirteistä .....	111
	<i>Irmeli Järventie, Jyrki Kiviniitty</i>	
15	Työtoimintaan liittyneet vaikeudet itsemurhaan kuolleiden elämässä .....	117
	<i>Irmeli Järventie, Jyrki Kiviniitty, Jouko Lönnqvist</i>	
16	Arvoton elämä. Tutkimus talouden ja itsemurhan suhteesta .....	123
	<i>Esa Perä-Rouhu</i>	
17	Itsemurhaa edeltäneiden elämäntilanteiden tyypittely .....	129
	<i>Päivi Mäkelä</i>	
18	Itsemurhat ja uskonnollisuus .....	138
	<i>Hannu Sorri</i>	
19	Viimeisellä rajalla. Naisten itsemurhaviestien kertomaa .....	142
	<i>Liisa Ollikainen</i>	
20	Semioottinen näkökulma naisten itsemurhaviesteihin .....	151
	<i>Marja-Liisa Honkasalo, Terhi Utriainen</i>	
21	Kulttuuriset mallit mielenterveystekijöiden itsemurhaselityksissä .....	154
	<i>Katriina Järvinen</i>	

<b>III Pohdinta</b> .....	161
22 IMS-87 -projekti: yhteenvetoa, kokemuksia ja keskeisiä näkökohtia .....	161
<i>Jouko Lönnqvist, Hillevi Aro, Mauri Marttunen</i>	
<b>IV Liitteet</b> .....	171
Liite 1. IMS-87 -projektin julkaisuja .....	171
Liite 2. Haastattelijat .....	183
Liite 3. Itsemurhien ehkäisyn asiantuntijaryhmän ja läänien projektiryhmien jäsenet .....	185
Liite 4. Tutkimuslomakkeet .....	197



# Esipuhe

Kun Itsemurhien ehkäisyprojekti asetettiin vuonna 1986, todettiin, että itsemurhien ehkäisyn eräitä suurimpia esteitä olivat asiallisen tiedon puute itsemurhista sekä tunnepitoinen ja etäisyyttä ottava yleinen asenne itsemurhiin. Itsemurhien ymmärtämisen suurin este on itsemurha! Se herättää aina lähipiirissään ahdistusta ja syyllisyyttä ja sen käsittely etenee helposti etäisyyden ottamisen ja salaamisen suuntaan. Tämän vuoksi projektin ensimmäisen vaiheen tavoitteeksi asetettiin ajankohtaisen tiedon tuottaminen itsemurhista. Projektin avulla haluttiin aikaansaada uudenlainen tiedollinen, taidollinen ja asenteellinen suhtautuminen itsemurhiin.

Itsemurha on aina inhimillisen toiminnan ja teon tulos. Sen hahmottaminen edellyttää ihmisen laajaa ymmärtämistä. Itsemurhan taustalla ovat kulttuuriin, ihmisen sosiaalisen ympäristöön, hänen psykologiaansa ja myös biologiaansa liittyvät tekijät. Haasteena on ollut erilaisten tutkimusten ja tutkijoiden yhteensaattaminen ja tulosten julkaiseminen siten, että erilaiset näkökulmat itsemurhaan voisivat täydentää toisiaan ja lisätä tutkittavan ilmiön ymmärtämistä.

Julkaisu on rakennettu siten, että kirjan alkuosassa esitellään Itsemurhat Suomessa 1987 -projektin yhteinen tausta ja sen jälkeen kuvataan tuloksia yleisellä tasolla eri tutkijoiden ja tutkijaryhmien näkökulmista käsin. Kirjan yksittäisiä lukuja on mahdollista tarkastella omina kokonaisuuksinaan. Myös yhteenveto-osa on kirjoitettu yhtenäiseksi osaksi.

Tämän kirjan perustana oleva tietopohja itsemurhista on kansainvälisestikin poikkeuksellisen laaja ja rikas aineisto. Sen rakentaminen ei olisi ollut mahdollista ilman lukuisten ihmisten yhteistyötä vuosien aikana. Erityisesti haluan kiittää niitä omaisia ja haastateltuja asiantuntijoita, jotka ovat antaneet omat kokemuksensa tutkijoiden käyttöön. Käytännössä tämä tapahtui läänikohtaisten projektiryhmien ja kenttätutkijoiden avulla. Heidän asemansa on ollut sekä tiedon saannin että sen sisällön suhteen ratkaisevan tärkeä. Strategisesti tärkeimmät päätökset oli projektin alkuvaiheessa tekemässä se joukko, joka muodosti lääkintöhallituksen itsemurhien ehkäisyn asiantuntijaryhmän vuonna 1986 ja samalla myös projektin johtoryhmän.

Tutkimus on toteutettu Kansanterveyslaitoksessa ja sen mielenterveyden osastossa. Mukana on ollut suuri määrä tutkijoita, jotka ovat antaneet oman panoksensa ketjun viimeisenä osana tutkijayhteisöille niin tutussa epävarmuuden, mutta myös innostuksen, ilmapiirissä. Uskon, että tutkijat ovat voineet olla sekä saavana että antavana osapuolena tämän yhteisen hankkeen aikana.



Jouko Lönnqvist  
tutkimusprofessori

## Toimittajat

Jouko Lönnqvist	LKT, tutkimusprofessori	Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden osasto
Hillevi Aro	LKT, psykiatrian dosentti, ylilääkäri	Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden osasto
Mauri Marttunen	LL, vs. erikoistutkija	Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden osasto

## Muut kirjoittajat

Arja Aro (ent. Halttunen)	FK, erikoistutkija	Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden osasto
Martti Heikkinen	LL, psykiatrian erikoislääkäri	Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden osasto
Markus Henriksson	LL, psykiatrian erikoislääkäri	Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden osasto
Päivi Hietanen	LKT, syöpätautien ja sädehoidon erikoislääkäri	HYKS, Sädehoitoklinikka
Marja-Liisa Honkasalo	LKT, dosentti, vs. apulais- professori	Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen laitos
Taina Huurre	KK, apulaistutkija	Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden osasto
Erkki Isometsä	LL, psykiatrian erikoislääkäri	Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden osasto
Piia Jallinoja	VTK, tutkija	Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden osasto
Irmeli Järventie	YL, va yliassistentti	Tampereen yliopisto, Kansanterveystieteen laitos
Katriina Järvinen	FK, tutkija	Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden osasto
Jyrki Kiviniitty	DI, tutkija	Työelämän tutkimuskeskus, Tampere
Kimmo Kuoppasalmi	LKT, hallinnollinen apulaisylilääkäri	HYKS, psykiatrian klinikka

Päivi Mäkelä	VTK, tutkija	Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden osasto
Pekka Närhi	LL, psykiatrian erikoislääkäri	HYKS, psykiatrian poliklinikka
Liisa Ollikainen	VTK, THL	Helsinki
Kirsti Palonen	FK, psykologi	Peijas-Rekolan sairaala
Esa Perä-Rouhu	THL, tutkija	Tampereen yliopisto, Kansanterveystieteen laitos
Sami Pirkola	LL, tutkija	Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden osasto
Anneli Salovainio	VTK, tutkija	Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden osasto
Hannu Sorri	TK, tutkija	Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden osasto
Terhi Utriainen	FL, tutkija	Suomen Akatemia, Helsingin yliopisto, uskontotieteen laitos
Sari Valjakka	valt. yo, tutkimusapulainen	Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden osasto



# I Itsemurhat Suomessa 1987 -tutkimusprojekti

## 1 Itsemurhat Suomessa 1987 -projektin suunnittelu ja toteutus

Jouko Lönnqvist, Hillevi Aro, Mauri Marttunen, Kirsti Palonen

### 1.1 Johdanto

Suomalaisten itsemurhakuolleisuus on kansainvälisesti korkea. Itsemurhat ovat tärkeä kuolinsyy erityisesti miehillä. Lähes 80 % itsemurhista on miesten tekemiä. Suomessa nuorten miesten itsemurhat ovat lisääntyneet voimakkaasti 1960-luvun lopulta lähtien ja 15 - 19 -vuotiaiden miesten itsemurhakuolleisuus kolminkertaistui 1960-luvun lopulta 1970-luvun puoliväliin tultaessa. Tämän jälkeen juuri nuorten miesten korkea itsemurhakuolleisuus on ollut Suomelle ominaista muihin maihin verrattuna.

Maamme korkea itsemurhakuolleisuus on ollut virallisestikin terveyspolitiikkamme huolen aiheena 1970-luvun alusta lähtien. Uudelleen itsemurhakysymys nousi huomion kohteeksi 1980-luvun puolivälissä sekä sosiaali- ja terveysministeriössä että lääkintöhallituksessa. Toukokuussa 1986 lääkintöhallitus asetti itsemurhien ehkäisyn asiantuntijaryhmän, jonka tehtäväksi tuli valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyprojektin suunnittelu ja toteutuksen ohjaus. Ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin "Itsemurhat Suomessa 1987" -projekti (IMS-87), jonka päätavoitteena oli antaa luotettava kuva suomalaisesta itsemurhasta itsemurhien ehkäisytyön perustaksi.

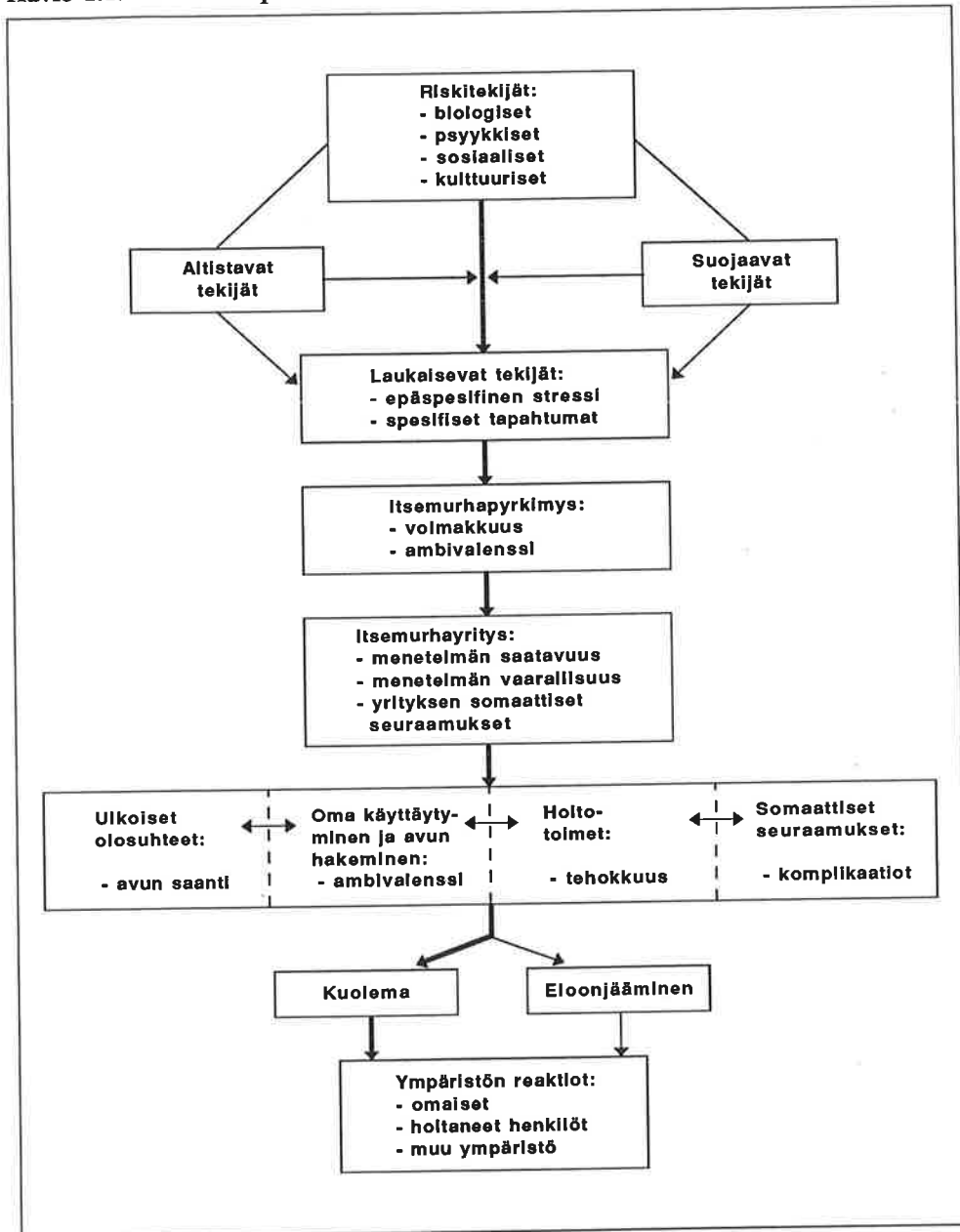
Itsetuhokäyttäytyminen ja itsemurha sen äärimmäisenä muotona on monitahoinen ilmiö, johon vaikuttavat biologiset, psykologiset, sosiaaliset, kulttuuriset ja yhteiskunnalliset tekijät. Täten itsemurha tutkimuskohteena edellyttää monitieteellisyyttä ja eri tieteenalojen tutkimusperinteiden hyväksi käyttämistä ja yhdistämistä.

### *1.1.1 Itsemurhaprosessi*

Itsemurhaan johtavaa kehitystä voidaan tarkastella yksilöllisenä prosessina (kuviot 1.1). Jokainen ihminen altistuu elämänsä aikana erilaisille tapahtumille ja olosuhteille, joista osa on hänestä itsestään riippumattomia. Monien tällaisten tekijöiden tiedetään lisäävän itsemurhariskiä. Toisaalta on olemassa myös suojaavia tekijöitä, jotka vähentävät itsemurhariskiä. Riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden tasapaino vaihtelee eri aikoina yksilön elämässä. Itsemurhan todennäköisyys lisääntyy voimakkaasti yksilön ajautuessa akuuttiin elämäntilanteeseen. Monet ns. laukaisevat tekijät, esimerkiksi elämänmuutokset tai niiden uhka, erot, menetykset, itsetunnon loukkaukset, voivat nopeasti lisätä itsemurhariskiä. Tällöin itsemurhapyrkimys voi voimistua ja itsemurha-ajattelu konkretisoitua itsemurhayritykseksi. Mielikuvien kanavoituminen itsemurhakäyttäytymiseksi on sitä todennäköisempää mitä helpommin saatavilla on itsemurhan toteuttamiseksi sopivia menetelmiä. Itsemurhapyrkimyksen voimakkuus ja varmuus, menetelmien saatavuus ja myös satunnaiset tekijät säätelevät lopulta sitä, miten hengenvaarallinen itsemurhayritys on.

Yksilö voi omalla käyttäytymisellään vaikuttaa tapahtumien kulkuun vielä itsemurhayrityksen jälkeenkin. Moni itsemurhaa yrittävä keskeyttää yrityksen tai hakee teon jälkeen apua. Usein myös ympäristön reaktio muodostuu ratkaisevaksi: havaitaanko yritys ja saatetaanko henkilö asianmukaiseen hoitoon vai jääkö yritys huomaamatta ja vähätelläänkö sen vakavuutta. Myös henkilön fyysinen tila ja biologisten tapahtumien vaihtelevuus vaikuttavat omalta osaltaan yksilön kohtaloon. Itsemurhaprosessi on aina hyvin yksilöllinen ja sen kulku vaihtelee. Mitä pitemmälle kohti itsemurhaa yksilö on ajautunut, sitä nopeammin ja tehokkaammin on toimittava itsemurhan estämiseksi.

Kuvio 1.1. Itsemurhan prosessimalli



### *1.1.2 Itsemurhien taustatekijöiden tutkimusmenetelmiä*

Itsemurhien taustatekijöitä voidaan selvittää erityyppisistä lähtökohdista ja eri tietolähteitä hyväksi käyttäen.

Itsemurhan tehneitä koskevat taustatiedot jäävät melko rajallisiksi silloin, kun tutkimus pohjautuu itsemurhakuolleisuutta kuvaaviin virallisiin tilastoihin ja kuolemansyyntä selvittämisen aikana laadittaviin asiakirjoihin.

Tutkimalla psykiatrisen hoidon aikana tapahtuneita itsemurhia saadaan retrospektiivisesti runsaasti tietoa itsemurhan tehneistä. Tämä tutkittavien joukko on kuitenkin valikoitunut, mikä rajoittaa tutkimustulosten yleistettävyyttä.

Tutkittaessa itsemurhaa yrittäneitä henkilöitä, joiden yritys ei ole johtanut kuolemaan, on mahdollista saada tietoja myös haastatteleamalla suoraan henkilöä itseään. Tämän lähestymistavan rajoituksena itsemurhatutkimuksessa on kuitenkin se, että tutkimustuloksia ei voida yleistää suoraan itsemurhaa koskeviksi. Itsemurhaa yrittävät ja itsemurhan tekevät henkilöt edustavat merkittävilta osin erilaisia ryhmiä.

Fisher ja Shaffer (1) pitävät itsemurhien riskitekijöiden tutkimuksessa luotettavimpana "psychological autopsy" -menetelmää, kun sitä sovelletaan suureen joukkoon peräkkäisiä, valikoitumattomia itsemurhia. Tällöin saadaan edustava tutkimusaineisto tietynä aikana tietyllä alueella itsemurhan tehneistä henkilöistä.

### *1.1.3 "Psychological Autopsy"*

"Psychological autopsy" -menetelmä kehitettiin alun perin 1950 -luvulla USA:ssa. Sen tarkoituksena oli varmentaa vainajan kuolemanluokka sellaisissa epäselvissä kuolemantapauksissa, joissa itsemurha oli mahdollinen. Siinä pyrittiin rekonstruoimaan kuolemaan liittyneet sosiaaliset ja psykologiset olosuhteet mahdollisimman yksityiskohtaisesti (2, 3). Myöhemmin tätä menetelmää on sovellettu itsemurhien taustatekijöitä selvittämissä tieteellisissä tutkimuksissa (4).

"Psychological autopsy" -tutkimuksessa vainajaa koskevat tiedot kerätään taannehtivasti. Tällöin tavanomaisen kuolemansyyn selvittämismenettelyn lisäksi kootaan tietoa haastatteleamalla itsemurhan tehneen henkilön sukulaisia, läheisiä, häntä mahdollisesti hoitaneita työntekijöitä ja muita hänet hyvin tunteneita henkilöitä. Lisäksi kootaan tiedot vainajaa koskevista sairauskertomuksista ja muista käytettävissä olevista asiakirjoista.

## 1.2 Projektin tarkoitus

Itsemurhat Suomessa 1987 -tutkimusprojektin tavoitteena oli tutkia itsemurhaan johtaneita tekijöitä ja tapahtumia useita eri näkökulmia ja tutkimusperinteitä yhdistäen siten, että tutkimukseen osallistuvat asiantuntijat voisivat myös itse oppia kokemuksistaan tiedollisesti, taidollisesti sekä asenteellisesti (Taulukko 1.1) (5).

Erityisiksi painopistealueiksi asetettiin mielenterveyden häiriöiden ja päihdeongelmien merkityksen analysointi, itsemurhaa edeltäneiden terveydenhuollon ja sosiaalitoimen palveluiden toimivuuden tutkiminen sekä psykiatrisen avo- ja sairaalahoidon toimivuuden selvittäminen (Taulukko 1.2). Nuorten itsemurhat haluttiin ottaa erityistarkasteluun ja niiden taustatekijöiden erityispiirteiden selvittäminen asetettiin yhdeksi tutkimustavoitteeksi. Myös itsemurhan tehneen henkilön läheisten tilanne ja tuen tarve itsemurhan jälkeen nähtiin keskeiseksi tutkimusalueeksi. Oman painoalueensa muodosti työhön, toimeentuloon ja asumiseen liittyvien vaikeuksien merkityksen tutkiminen itsemurhille altistavina ja niitä laukaisevina tekijöinä.

Taulukko 1.1. Itsemurhat Suomessa 1987 -projektin tavoitteet.

- Antaa mahdollisimman monipuolinen ja luotettava kuva itsemurhatilanteesta Suomessa
- Lisätä terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja poliisitoimen kykyä ymmärtää itsemurhien luonnetta, erityisesti yksilön ja hänen ympäristönsä vuorovaikutuksen näkökulmasta
- Johtaa itsemurhien ehkäisyä koskeviin johtopäätöksiin alueellisesti ja valtakunnallisella tasolla kunkin yhteiskuntasektorin osalta erikseen
- Johtaa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon sekä muidenkin yhteiskunnan palvelujärjestelmien toimintakykyä ja laatutasoa koskeviin johtopäätöksiin ja kehittämisuosituksiin
- Luoda edellytykset luotettavalle ja pysyvälle itsemurhien seurantajärjestelmälle alueellisesti ja valtakunnallisesti
- Luoda ja tukea itsemurhia koskevaa tutkimusta

Taulukko 1.2. Tutkimuksen painopistealueet Itsemurhat Suomessa 1987 -projektissa.

- Itsemurhamenetelmien saatavuus
- Terveydenhuollon hoitosuhteet ja niiden toimivuus ennen itsemurhaa
- Sosiaalihuollon asiakassuhteet ja niiden toimivuus ennen itsemurhaa
- Mielenterveys ja itsemurha; erityisesti depressio, sen tunnistaminen ja hoito
- Alkoholin, lääkkeiden ja huumeiden merkitys altistavana ja laukaisevana tekijöinä
- Työ, erityisesti työttömyyden merkitys altistavana ja laukaisevana tekijänä; toimeentulo; asuminen
- Nuorten miesten itsemurhat
- Läheisten tuen tarve itsemurhan jälkeen
- Oikeuslääkärin toiminta kuolemanluokan määrittämisessä epäillyn itsemurhan yhteydessä
- Poliisin toiminta kuolemanluokan määrittämisessä epäillyn itsemurhan yhteydessä

## 1.3 Tutkimuksen toteutus ja tiedonkeruu

### 1.3.1 Tutkimuksen organisaatio

Lääkintöhallituksen 28.5.1986 asettaman itsemurhien ehkäisyn asiantuntijaryhmän tehtävänä oli laatia valtakunnallinen itsemurhien ehkäisyprojektin toimintaohjelma, toimia projektin ohjantaryhmänä ja laatia suunnitelma itsemurhien ehkäisemiseksi.

Asiantuntijaryhmä päätti 2.9.1986 hyväksymässään toimintaohjelmassa hankkia ensin riittävästi tietoa itsemurhakysymyksestä, arvioida tilanteen tämän jälkeen kriittisesti ja tämän jälkeen suosittaa harkiten toimenpide-ehdotuksia. Näiden strategisten kannanottojen jälkeen päätettiin toteuttaa Itsemurhat Suomessa 1987 -tutkimusprojekti (IMS-87). Tutkimushanke toteutettiin erikseen kussakin läänissä. Jokainen lääninhallitus huolehti tutkimuksen yksityiskohtaisesta organisoinnista omalla alueellaan.

### 1.3.2 Tutkimuksen suunnittelu ja valmistelu

Tutkimuslomakkeet suunniteltiin painopistealueiden pohjalta projektin johtajan ja eri alueiden tutkijoiden tai tutkijaryhmien toimesta. Lomakkeiden lopulliseen sisältöön ja rakenteeseen vaikutti lääniorganisaatiolta saatu palaute ja ennakkoon tehdyistä teema-haastatteluista saadut kokemukset.

Tutkimusprojektin kenttätutkijoille järjestettiin projektin johdon ja Suomen Mielenterveysseuran SOS-palvelun järjestämä koulutusohjelma, jonka tarkoituksena oli lisätä kenttätutkijoiden itsemurhaproblematiikan tuntemusta ja valmiutta vainajan omaisten ja hoitajien haastattelemiseen. Luvat eri asiakirjatietojen hankkimiseen saatiin sosiaali- ja terveysministeriöltä, sisäministeriöstä sekä työministeriöstä.

### 1.3.3 Tiedonkeruu

Tiedonkeruun perusrakenteena oli jo olemassaoleva virallinen kuolemansyyn selvittämiskäytäntö. Sen pohjalle rakennettiin lääneittäin erityinen projektiorganisaatio.

Lääninhallitukset nimesivät läänin projektille johtajan ja kenttätutkijat. Useat läänit organisoivat työn alueittain ja jotkut läänit (Uusimaa, Turun ja Porin lääni sekä Hämeen lääni) nimesivät alueille omat aluejohtajansa. Projektin aikana kenttäorganisaation jäsenet toimivat omissa viroissaan lääninhallitusten lisäksi pääasiassa kunnissa ja kuntainliitoissa ja suorittivat projektitehtävänsä virkatoimensa kuuluvina. Projektissa tutkittiin kaikki Suomessa 1.4.1987 - 31.3.1988 välisenä aikana tehdyt itsemurhat ja epäselvät kuolemantapaukset, joissa itsemurha oli mahdollinen. Tiedonkeruu ja -käsittely jakautui karkeasti kahdeksaan päävaiheeseen: poliisitutkimus, oikeuslääketieteellinen tutkimus, omaishaastattelut, vainajaa viimeisen vuoden aikana hoitaneen työntekijän haastattelu, vainajan viimeksi tavanneen työntekijän haastattelu, asiakirjatietojen keruu, tapausselostus ja projektiryhmän kokous (Kuvio 1.2, liite 4).

## 1 Poliisitutkimus

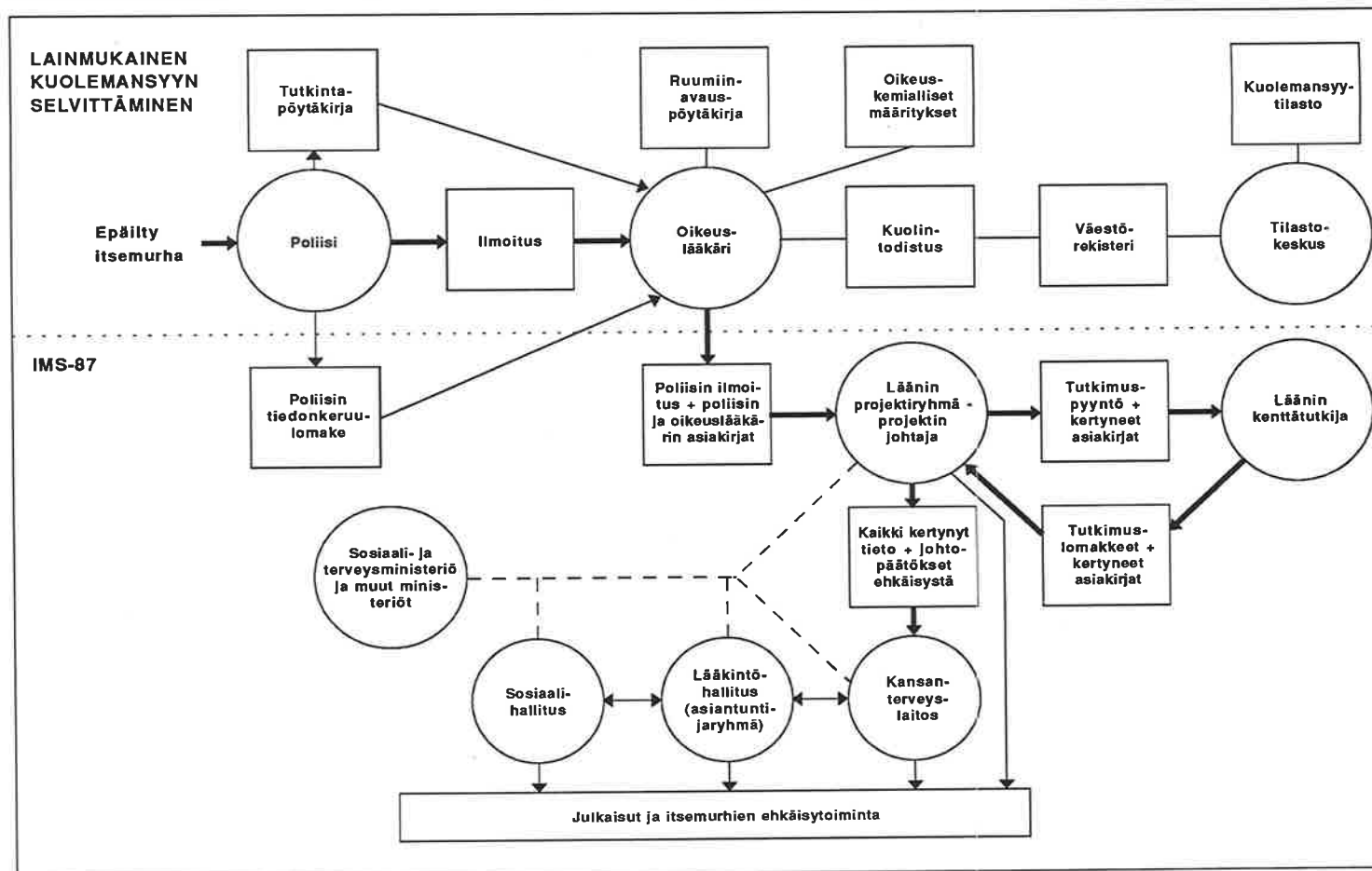
Tiedonkeruun peruslähtökohtana oli kuolemansyyn selvitys, jonka poliisi suorittaa lain perusteella. Väkivaltaista kuolemaa epäiltäessä poliisi suoritti tutkimuksen kuolemansyyn ja -luokan sekä kuolemaan liittyvien olosuhteiden selvittämiseksi. Tavallisen käytännön mukaisen vapaamuotoisen ilmoituksen (S-ilmoitus) lisäksi poliisiviranomaiset täyttivät projektin aikana ylimääräisen strukturoidun tiedonkeruulomakkeen niistä kuolemantapauksista, jotka he arvioivat varmoiksi tai todennäköisiksi itsemurhiksi tai sellaisiksi epäselviksi kuolemantapauksiksi, joissa itsemurha oli mahdollinen. Poliisiviranomainen lähetti tiedonkeruulomakkeen yhdessä S-ilmoituksen ja mahdollisen itsemurhaviestin kanssa alueensa oikeuslääkärille.

## 2 Oikeuslääketieteellinen tutkimus

Saatuaan poliisin ilmoituksen kukin oikeuslääkäri suoritti oikeuslääketieteellisen ruumiinavauksen ja pyysi siihen liittyvät oikeuskemialliset tutkimukset Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitokselta. Lainmukaisen kuolemansyytutkimuksen lisäksi IMS-87 -projektin aikana määritettiin alkoholi, lääkeaineet, huumeet sekä HIV-vastaineet kaikista itsemurhista ja niistä epäselvistä kuolemista, joissa itsemurhaa pidettiin mahdollisena. Oikeuslääkäri päätti tiedonkeruuprosessin lopussa kaiken kootun tiedon perusteella vainajan kuolemanluokan. Itsemurhiksi tässä projektissa luettiin oikeuslääkä-



Kuvio 1.2. Lainmukainen kuolemansyyn selvittäminen ja Itsemurhat Suomessa 1987 (IMS-87)-projektin liittyminen siihen



rin virallisesti itsemurhiksi luokittelemat kuolemantapaukset.

### 3 Omaishaastattelut

Oikeuslääkäri ja läänin projektin johtaja siirsi poliisiviranomaisten laatimat asiakirjat sekä oikeuslääkärin kirjoittaman ruumiinavauspöytäkirjan ja -lausunnon kenttätutkijoille. Henkilökohtaiseen haastatteluun valittiin henkilö(t), jonka arvioitiin pystyvän antamaan monipuolisinta tietoa vainajasta ja hänen elämästään. Haastattelut tehtiin henkilökohtaisessa tapaamisessa ja ne perustuivat aina lähimmän omaisen suostumukseen. Omaishaastatteluissa käytettiin 234 kysymystä sisältävää strukturoitua lomakeistoa, jolla selvitettiin itsemurhaprosessia, itsemurhan tehneen henkilön arkielämää, elämänmuutoksia, päihteiden käyttöä ja perhetekijöitä. Haastattelu sisälsi myös omaisten ja läheisten tilannetta kuolemantapauksen jälkeen koskevia kysymyksiä. Kenttätutkija täytti lopuksi lomakkeen "Taustatiedot haastattelusta", jossa kuvattiin haastattelutilannetta ja arvioitiin haastattelutiedon luotettavuutta.

### 4 Vainajaa viimeisen vuoden aikana hoitaneen työntekijän haastattelu

Omaishaastattelun lisäksi suoritettiin vainajia aiemmin hoitaneiden työntekijöiden haastatteluja. Myös nämä haastattelut tehtiin henkilökohtaisissa tapaamisissa. Itsemurhan tehneen hoidosta pääasiallisessa vastuussa olleella henkilöllä tarkoitettiin sitä hoitopisteen työntekijää, johon vainajalla oli viimeisen vuoden aikana hoitosuhde. Hoitosuhde oli määritelty ammatilliseksi vuorovaikutustilanteeksi, jossa tavoitteellisesti pyritään selvittämään ja ratkaisemaan ongelmia, ja joka sisälsi sopimuksen tapaamisista tai muista yhteydenotoista.

Haastattelu oli strukturoitu lomakehaastattelu ja koostui kahdesta osasta, joissa kartoitettiin annettua hoitoa ja arvioitiin psykososiaalisia oireita, rasitetekijöitä ja toimintakykyä. Tutkimuslomake sisälsi 113 kysymystä. Myös tähän haastatteluun kuului 'Taustatieto haastattelusta' -lomake.

## 5 Vainajan viimeksi tavanneen hoito- tai muun palvelujärjestelmän työntekijän haastattelu

Itsemurhan tehneen henkilön viimeksi tavanneena työntekijänä haastateltiin terveydenhuollon, sosiaalitoimen tai muun vastaavan toimipaikan työntekijää, joka oli asiakirjatietojen mukaan viimeksi tavannut tutkittavan. Haastattelussa käytettiin kahdeksankohtaista puolistrukturoitua haastattelulomaketta, jolla kartoitettiin viimeisen käyntikerran sisältöä, itsemurhavaaran esillä oloa viimeisellä tapaamisella sekä mahdollisia itsemurhaan johtaneita tekijöitä. Tämä haastattelu tehtiin joko henkilökohtaisessa tapaamisessa tai puhelimitse.

## 6 Asiakirjatietojen keruu

Vainajaa koskevat asiakirjat pyydettiin hänen asuinalueensa mielenterveystoimistosta, psykiatrisesta sairaalasta, muista sairaaloista, terveyskeskuksesta, sosiaalitoimesta sekä tarvittaessa myös muualta. Kenttätutkija täytti asiakirjojen sisältämien tietojen perusteella "Sairauskertomuksista kerättävät tiedot" -lomakkeen.

## 7 Tapausselostus

Tutkimuksensa lopuksi kenttätutkija kokosi kaiken keräämänsä tiedon tapausselostukseksi, joka sisälsi myös preventiosuosituksia. Tapausselostus oli sisällöltään vapaamuotoinen tiivistelmä itsemurhan tehneen henkilön elämän vaiheista ja itsemurhaan johtaneista tekijöistä. Tapausselostus sisälsi seuraavat pääkohdat: henkilötiedot, tapahtumatiidot, kuvaus itsemurhaprosessin etenemisestä, taustatekijät, avun hakeminen ja ongelmien ratkaisuyritykset, johtopäätökset, luettelo haastatelluista henkilöistä ja muista käytetyistä tietolähteistä, kuvaus tapausselostuksen valmisteluprosessista.

## 8 Projektiryhmän kokous

Jokainen kuolemantapaus käsiteltiin lääninhallituksen nimeämässä eri alojen asiantuntijoista koostuneessa asiantuntijaryhmässä. Tarvittaessa ryhmä pyysi kenttätutkijalta

vielä lisäselvityksiä. Tämä ryhmä muokkasi myös kunkin tapauksen preventiosuosituks-  
set.

#### *1.3.4 Tiedon jatkoanalysointi ja raportointi*

Kunkin läänin projektiryhmä yhdisti projektin lopussa eri tapauksissa syntyneet  
toimenpide-ehdotukset suosituksiksi itsemurhien ehkäisemiseksi oman läänin alueella (6-  
17).

Läänien projektiryhmiltä kaikki kertynyt tieto siirrettiin Kansanterveyslaitoksen Mielen-  
terveyden osastolle, jossa tutkimusaineisto tallennettiin. Tietojen analysointiin ja  
raportointiin osallistuu projektin johtajan johdolla eri tieteenalojen tutkijoita ja tutkija-  
ryhmiä (Liite 1). Tuloksia hyödynnetään Kansanterveyslaitoksen ja Sosiaali- ja ter-  
veysalan tutkimus- ja kehittämiskeskukseen (ent. Lääkintöhallitus ja Sosiaalhallitus sekä  
1991-1992 Sosiaali- ja terveyshallitus) yhteistyönä.

IMS-87 -projektin tutkimustuloksia on käytetty hyväksi myös Sosiaali- ja terveyshalli-  
tuksessa laadituissa itsemurhien ehkäisyn tavoite- ja toimintaohjelmassa ja sen perusteis-  
sa (18, 19).

#### **Lähteet:**

1. *Fisher P, Shaffer D.* Methods for investigating suicide in children and adolescents: an overview. Teoksessa: Sudak H, Ford A, Rushforth N, toim. *Suicide in the Young.* Boston: John Wright, 1984:139-157.
2. *Curphey T.* The role of the social scientist in the medicolegal certification of death from suicide. Teoksessa: Farberow N, Shneidman E, toim. *The Cry for Help.* New York: Mc Graw Hill, 1961:110-117.
3. *Shneidman E.* The psychological autopsy. *Suicide Life Threat Behav* 1981;11:325-340.
4. *Beskow J, Runeson B, Åsgård U.* Psychological autopsies - methods and ethics. *Suicide Life Threat Behav* 1990;20:307-323.
5. *Lönnqvist J.* Itsemurhien ehkäisyprojekti. *Suom Lääkäril* 1987;42:1251-1257.

6. Hämeen läänin itsemurhien ehkäisyprojekti 1987. Osa I. Läänin projektiryhmän yhteenvetoraportti. Hämeen lääninhallitus, Sosiaali- ja terveystoimisto, 1990.
7. Hämeen läänin itsemurhien ehkäisyprojekti 1987. Osa II. Alueprojektiryhmien yhteenvetoraportit. Hämeen lääninhallitus, Sosiaali- ja terveystoimisto, 1990.
11. IMS -87 projektiraportti, Lapin lääni. Rovaniemi: Lapin lääninhallitus, 1989. (Lapin lääninhallituksen julkaisusarja 1989:17)
8. Itsemurhat Keski-Suomen läänissä 1987. Keski-Suomen lääninhallitus, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntainliitto, 1990.
9. Itsemurhat Kuopion läänissä 1987. Kuopion läänin itsemurhien ehkäisyprojektin raportti. Kuopio: Kuopion yliopisto, 1989. (Kuopion yliopiston julkaisuja. Lääketiede. Tilastot ja selvitykset 4/1989)
12. Itsemurhat Mikkelin läänissä 1987. Mikkelin lääninhallitus, 1989.
14. Itsemurhat Pohjois-Karjalan läänissä 1987. Joensuu: Pohjois-Karjalan lääninhallitus, Sosiaali- ja terveystoimisto, 1990. (Pohjois-Karjalan lääninhallituksen julkaisu 10/1990)
15. Itsemurhat Turun ja Porin läänissä 1987. Turun ja Porin läänin itsemurhien ehkäisyprojektin raportti. Turun ja Porin lääninhallitus, 1990. (Turun ja Porin lääninhallituksen julkaisusarja nro 25/90)
16. Itsemurhat Uudenmaan läänissä 1987. Helsinki: Uudenmaan lääninhallitus, 1990. (Uudenmaan lääninhallituksen julkaisusarja 1989:12)
17. Itsemurhat Vaasan läänissä 1987. Vaasan lääninhallitus, 1989. (Vaasan lääninhallituksen julkaisusarja 1989:8)
13. Itsemurhat 1987. Oulun läänin tutkimus- ja ehkäisyprojekti. Oulun lääninhallitus, 1989.
10. Kymen läänin itsemurhat -87 -projektiryhmän raportti. Kouvola: Kymen lääninhallitus, 1990. (Kymen lääninhallituksen julkaisuja nro 64)
18. Itsemurhan voi ehkäistä. Itsemurhien ehkäisyn tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveystoimisto, 1992.
19. *Upanne M, Arinperä H, Lönnqvist J.* Itsemurhien ehkäisy Suomessa 1992-1995. Tavoite- ja toimintaohjelman perusteet. Helsinki: Sosiaali- ja terveystoimisto, 1991. (Raportteja 45)

## 2 Itsemurhat Suomessa 1987 -projektin tutkimusaineisto

Hillevi Aro, Taina Huurre, Jouko Lönnqvist

### 2.1 Tutkimusaineisto ja aineistonkeruun toteutuminen

Tutkimusaineiston muodostivat kaikki Suomessa 1.4.1987 - 31.3.1988 välisenä aikana oikeuslääkärin virallisesti itsemurhiksi määrittelemät kuolemantapaukset. Tutkimusaineistoon kuului yhteensä 1397 itsemurhan tehnyttä henkilöä, joista 1077 oli miehiä ja 320 naisia.

Tämän raportin tarkastelujen ulkopuolelle jäävät oikeuslääkärin epäselviksi luokittelemat kuolemantapaukset. Epäselviä kuolemantapauksia, jotka itsemurhaepäilyn takia myös kuuluivat aineistonkeruun piiriin, oli tutkimusajanjaksolla yhteensä 61 (43 miestä, 18 naista).

Aineistonkeruu toteutui kattavasti. Ainakin yhtä omaista haastateltiin 83 %:ssa tapauksista, hoitovastuussa viimeisen vuoden aikana ollutta henkilöä 44 %:ssa ja viimeksi tavannutta hoito- tai palvelujärjestelmän työntekijää 62 %:ssa tapauksista (taulukko 2.1). Sairauskertomustietoja löytyi julkisen terveydenhuollon piiristä 81 %:n kohdalla. Itsemurhaviestin oli jättänyt 28 % tutkimusaineistoon kuuluneista.

Taulukko 2.1. Itsemurhat Suomessa 1987-projektin tiedonkeruun toteutuminen osa-  
alueittain.

	Miehet (N=1077)		Naiset (N=320)		Yhteensä (N=1397)	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Poliisitutkimus	(1075)	99.8	(320)	100.0	(1395)	99.9
Ruumiinavauspöytäkirjat	(1075)	99.8	(320)	100.0	(1395)	99.9
Oikeuslääketieteellinen tutkimus	(1075)	99.8	(320)	100.0	(1395)	99.9
Oikeuskemiallinen tutkimus	(1039)	96.5	(308)	96.3	(1347)	96.4
Kuolintodistus	(1077)	100.0	(320)	100.0	(1397)	100.0
Tapausselostus	(1076)	99.9	(320)	100.0	(1396)	99.9
Omaishaastattelu	(895)	83.1	(260)	81.3	(1155)	82.7
Hoitovastuussa olleen henkilön haastattelu	(404)	37.5	(208)	65.0	(612)	43.8
Viimeksi tavanneen hoitavan henkilön haastattelu	(624)	57.9	(236)	73.8	(860)	61.6
Sairaukertomustiedot	(844)	78.4	(285)	89.1	(1129)	80.8
Itsemurhaviesti	(285)	26.5	(104)	32.5	(389)	27.8

Niistä tapauksista, joista omaishaastattelu ei toteutunut, on tietoa viimeksi tavanneen  
työntekijän tai hoitavan henkilön haastattelusta tai molemmista vajaalla puolella (42 %) ja  
sairaukertomustietoja kolmella neljänneksellä (74 %) (taulukko 2.2). Koko aineistos-  
ta ainoastaan 4 %:n kohdalla tiedonkeruu rajoittui vain viralliseen kuolemansyyn selvi-  
tykseen.

Taulukko 2.2. Muun aineistonkeruun toteutuminen (%) tapauksista, joista omaishaastattelu puuttuu.

	Miehet (N=182)		Naiset (N=60)		Yhteensä (N=242)	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Poliisitutkimus (=s-ilmoitus)	(182)	100.0	(60)	100.0	(242)	100.0
Ruumiinavauspöytäkirjat	(182)	100.0	(60)	100.0	(242)	100.0
Oikeuslääketieteellinen tutkimus	(182)	100.0	(60)	100.0	(242)	100.0
Oikeuskemiallinen tutkimus	(171)	94.0	(60)	100.0	(231)	95.5
Kuolintodistus	(182)	100.0	(60)	100.0	(242)	100.0
Hoitovastuussa olleen henkilön haastattelu	(44)	24.2	(23)	38.3	(67)	27.7
Viimeksi tavanneen hoitavan henkilön haastattelu	(59)	32.4	(32)	53.3	(91)	37.6
Sairauskertomustiedot	(127)	69.8	(52)	86.7	(179)	74.0
Itsemurhaviestit	(38)	20.9	(22)	36.7	(60)	24.8

Omaishaastattelujen suorittamiseen osallistui yhteensä 245 eri henkilöä, joista valtaosa oli mielenterveyskeskusten työntekijöitä (76 %). Haastattelihoita oli ammatiltaan psykologeja 47 %, psykiatriaerikoissairaanhoidajia 27 %, sosiaalityöntekijöitä 15 %, lääkäreitä 8 % ja muita 3 %. Pääosin samat henkilöt osallistuivat hoitavien henkilöiden haastattelujen suorittamiseen.



## 2.2 Omaishaastattelut

### 2.2.1 Omaishaastattelujen toteutuminen

Omaista haastateltiin yhteensä 1155 tapauksessa (83 %). Näistä noin kymmenesosassa oli mukana useampia haastateltavia. Omaishaastattelun toteutuminen eri haastattelulomakkeittain on esitetty taulukossa 2.3. Omaiset olivat kieltäytyneet haastattelusta 14 %:ssa tapauksista (taulukko 2.4).

Taulukko 2.3. Eri omaishaastattelulomakkeiden lukumäärät ja prosenttiosuudet tapauksista.

Lomake	Miehet (N=1077)		Naiset (N=320)		Yhteensä (N=1397)	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Itsemurhaprosessin kartoittaminen	(892)	82.8	(259)	80.9	(1151)	82.4
Arkielämää koskevat tiedot	(892)	82.8	(258)	80.6	(1150)	82.3
Elämänmuutoskysely	(888)	82.5	(256)	80.0	(1144)	81.9
Päihteiden käyttö	(892)	82.8	(255)	79.7	(1147)	82.1
Perhetekijät	(891)	82.7	(257)	80.3	(1148)	82.2
Omaisten tilanne	(880)	81.7	(256)	80.0	(1136)	81.3
Taustatiedot omaishaastattelusta	(890)	82.6	(257)	80.3	(1147)	82.1

Taulukko 2.4. Omaishaastattelujen toteutuminen aineistossa.

	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Koko omaishaastattelu toteutunut	(876)	81.3	(256)	80.0	(1132)	81.0
Osa omaishaastattelusta toteutunut	(19)	1.8	(4)	1.2	(23)	1.7
Ei omaisia	(4)	0.4	(0)	0.0	(4)	0.3
Omaiset kieltäytyneet haastattelusta	(153)	14.2	(46)	14.4	(199)	14.2
Omaista ei tavoitettu	(16)	1.4	(6)	1.9	(22)	1.6
Tutkimusorganisaatiosta johtuvat syyt	(6)	0.6	(2)	0.6	(8)	0.6
Haastattelu jäänyt toteuttamatta muusta syystä	(3)	0.3	(6)	1.9	(9)	0.6
<b>Yhteensä</b>	<b>(1077)</b>	<b>100.0</b>	<b>(320)</b>	<b>100.0</b>	<b>(1397)</b>	<b>100.0</b>

Omaishaastattelu toteutui kattavimmin nuorilla. Omaishaastattelun kato oli alle 20-vuotiailla 6 %, 20 - 49-vuotiailla 15 % ja yli 50-vuotiailla 22 %. Omaishaastattelun toteutumisessa oli myös melko suuria läänien välisiä eroja (taulukko 2.5).

Taulukko 2.5. Omaishaastattelun toteutuminen lääneittäin.

Lääni	Omaishaastattelun toteutuminen					
	Kyllä		Ei		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Uudenmaan	(241)	75.3	(79)	24.7	(320)	100.0
Hämeen	(171)	86.8	(26)	13.2	(197)	100.0
Turun ja Porin	(159)	88.8	(20)	11.2	(179)	100.0
Oulun	(116)	76.8	(35)	23.2	(151)	100.0
Kuopion	(103)	95.4	(5)	4.6	(108)	100.0
Kymen	(65)	73.0	(24)	27.0	(89)	100.0
Keski-Suomen	(59)	72.8	(22)	27.2	(81)	100.0
Vaasan	(58)	82.9	(12)	17.1	(70)	100.0
Lapin	(62)	91.2	(6)	8.8	(68)	100.0
Mikkelin	(62)	92.5	(5)	7.5	(67)	100.0
Pohjois-Karjalan	(57)	93.4	(4)	6.6	(61)	100.0
Ahvenanmaan	(2)	33.3	(4)	66.7	(6)	100.0
Yhteensä	(1155)	82.7	(242)	17.3	(1397)	100.0

Tapaukset, joista omaishaastattelu jäi puuttumaan, eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi sukupuolen, siviilisäädyn ja sosioekonomisen aseman suhteen niistä, joista omaishaastattelu toteutui.

Omaishaastattelu toteutui kolmasosassa tapauksista 1-3 kuukautta kuolemasta (taulukko 2.6). Omaishaastattelun toteutumisen mediaani oli vähän alle 4 kuukautta (117 pv) ja vaihteluväli 4 pv - 2 vuotta. Haastattelut kestivät keskimäärin vajaa 3 tuntia. Haastattelupaikkana oli useimmiten haastateltavan koti (80 %).

Taulukko 2.6. Kuoleman ja haastattelun välinen aika omaishaastatteluissa.

Aika	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
<1 kk	(7)	0.8	(0)	0.0	(7)	0.6
1 kk-<3 kk	(283)	32.0	(95)	37.1	(378)	33.2
3 kk-<6 kk	(346)	39.2	(106)	41.4	(452)	39.7
6 kk-<9 kk	(148)	16.8	(29)	11.3	(177)	15.5
9 kk-<12 kk	(56)	6.3	(15)	5.9	(71)	6.2
≥12 kk	(43)	4.9	(11)	4.3	(54)	4.8
Yhteensä	(883)	100.0	(256)	100.0	(1139)	100.0

(Tieto puuttuu N=16)

Avio- tai avopuoliso, vanhemmat, sisarus ja aikuinen lapsi muodostivat valtaosan haastateltavista (taulukko 2.7).

Alle 35-vuotiailla vanhemmat olivat yleisin haastateltava (64 %), keski-ikäisillä avio- tai avopuoliso (47 %) ja vanhuksilla (yli 70-vuotiailla) aikuinen lapsi (42 %). Noin puolet haastateltavista oli kuoleman ajankohtana asunut samassa taloudessa vainajan kanssa.

Taulukko 2.7. Haastatellut omaiset (%) omaishaastatteluissa.

Haastateltava	Miehet (N=895)		Naiset (N=260)		Yhteensä (N=1155)	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Äiti	(226)	25.3	(44)	16.9	(270)	23.4
Isä	(129)	14.4	(12)	4.6	(141)	12.2
Veli	(105)	11.7	(17)	6.5	(122)	10.6
Sisar	(57)	6.4	(24)	9.2	(81)	7.0
Aviopuoliso	(280)	31.3	(89)	34.2	(369)	31.9
Avopuoliso	(55)	6.1	(2)	0.8	(57)	4.9
Ex-aviopuoliso	(18)	2.0	(3)	1.2	(21)	1.8
Seurustelukumppani	(10)	1.1	(2)	0.8	(12)	1.0
Aikuinen lapsi	(83)	9.3	(64)	24.6	(147)	12.7
Lähiystävä	(9)	1.0	(5)	1.9	(14)	1.2
Muu	(67)	7.5	(25)	9.6	(92)	8.0

### 2.2.2 Haastattelijan arvioita omaishaastattelusta

Haastattelijan arvion mukaan haastatellut omaiset suhtautuivat tutkimukseen valtaosin myönteisesti ja olivat yhteistyöhön halukkaita.

Haastattelija arvioi haastateltavan suhtautumisen tutkimukseen myönteiseksi tai asialliseksi 85 %:ssa tapauksista, 14 %:n kohdalla varautuneeksi ja noin 1 %:n kohdalla vihamieliseksi. Haastateltavista 71 % arvioitiin yhteistyöhaluisiksi, 24 % kohtalaisesti yhteistyöhaluisiksi, 4 % heikosti yhteistyöhaluisiksi ja 1 % yhteistyöhaluttomiksi.

Haastattelujen luotettavuutta haastattelijat arvioivat siten, että 70 % haastatteluista arvioitiin luotettaviksi, 28 % joiltain osin epäluotettaviksi ja 1 % epäluotettaviksi.

Tavallisin syy haastattelun arvioimiseen vain osittain luotettavaksi tai epäluotettavaksi oli haastattelijan epäily tietojen oikeellisuudesta tai vinoutumisesta, esim. asioiden kaunistelu tai vaikeiden asioiden kertomatta jättäminen. Tällainen epäily oli herännyt noin kymmenesosassa kaikista haastatteluista. Toiseksi keskeiseksi haastattelujen luotettavuutta heikentäväksi tekijäksi haastattelijat arvioivat asioiden puutteellisen tietämisen, joka liittyi joko johonkin tiettyyn asiaan tai lomakkeeseen tai yleensä vainajan asioista tietämiseen.

### 2.3 Hoidosta pääasiallisessa vastuussa viimeisen vuoden aikana olleen henkilön haastattelu

Hoidosta viimeisen vuoden aikana pääasiallisessa hoitovastuussa olleen henkilön haastattelu toteutui 44 %:ssa tapauksista (miehet 38 %, naiset 65 %). Hoitaneen työntekijän haastattelun toteutuminen lomakkeittain on esitetty taulukossa 2.8.

Taulukko 2.8. Hoitaneen työntekijän haastattelu. Haastattelulomakkeiden lukumäärät ja prosenttiosuudet itsemurhatapauksista.

Lomake	Miehet (N=1077)		Naiset (N=320)		Yhteensä (N=1397)	
	N	%	N	%	N	%
Hoitaneen työntekijän haastattelu	(404)	37.5	(208)	65.0	(612)	43.8
Oirekysely	(386)	35.8	(200)	62.5	(586)	41.9
Taustatiedot haastattelusta	(383)	35.6	(190)	59.4	(573)	41.0

Runsas puolet hoitaneista henkilöistä työskenteli psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä ja noin viidennes perusterveydenhuollossa (taulukko 2.9). Hoitovastuussa olleista työntekijöistä oli lääkäreitä 42 %, sairaanhoitajia runsas neljännes ja mielisairaanhoitajia, psykologeja ja sosiaalityöntekijöitä oli kutakin noin kymmenesosa (taulukko 2.10).

Taulukko 2.9. Hoidosta pääasiallisessa vastuussa olleiden työntekijöiden työpaikka vainajan sukupuolen mukaan.

Työntekijän työpaikka	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Psykiatrinen erikoissairaanhoito	(189)	47.0	(132)	63.8	(321)	52.7
Perusterveydenhuolto	(82)	20.4	(27)	13.0	(109)	17.9
Sosiaalihuolto	(47)	11.7	(4)	1.9	(51)	8.4
Muu	(84)	20.9	(44)	21.3	(128)	21.0
<b>Yhteensä</b>	<b>(402)</b>	<b>100.0</b>	<b>(207)</b>	<b>100.0</b>	<b>(609)</b>	<b>100.0</b>

(Tieto puuttuu N=3)

Taulukko 2.10. Hoidosta pääasiallisessa vastuussa olleiden työntekijöiden ammatti vainajan sukupuolen mukaan.

Työntekijän ammatti	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Lääkäri	(172)	43.1	(84)	40.6	(256)	42.2
Sairaanhoitaja	(107)	26.8	(60)	29.0	(167)	27.6
Mielisairaanhoitaja	(31)	7.8	(22)	10.6	(53)	8.8
Psykologi	(41)	10.3	(23)	11.1	(64)	10.6
Sosiaalityöntekijä	(35)	8.8	(15)	7.3	(50)	8.3
Muu	(13)	3.2	(3)	1.4	(16)	2.5
<b>Yhteensä</b>	<b>(399)</b>	<b>100.0</b>	<b>(207)</b>	<b>100.0</b>	<b>(606)</b>	<b>100.0</b>

(Tieto puuttuu N=6)

Haastatelluista työntekijöistä 62 % (N=376) oli ollut hoitovastuussa vainajasta itsemur-

han tapahtuessa, 38 %:ssa (N=231) tapauksista hoitosuhde oli päättynyt ennen itsemurhaa.

Suurin osa hoitavien henkilöiden haastatteluista (65 %) tapahtui puolen vuoden sisällä potilaan kuolemasta, vaihteluväli oli kahdesta viikosta noin kahteen vuoteen, haastattelun kesto oli keskimäärin runsas tunti.

Haastattelija arvioi valtaosan hoitavan henkilön haastatteluja luotettaviksi (94 %). Yhtään ei arvioitu epäluotettavaksi, mutta vain osittain luotettavaksi arvioitiin haastattelu 7 %:ssa tapauksista, yleensä asioiden puutteellisen tietämisen takia.

## 2.4 Itsemurhan tehneen henkilön viimeksi tavanneen hoitotai muun palvelujärjestelmän työntekijän haastattelu

Itsemurhan tehneen henkilön viimeksi tavannutta hoitotai muun palvelujärjestelmän työntekijää haastateltiin 62 %:ssa tapauksista (miehet 58 %, naiset 74 %).

Taulukko 2.11. Itsemurhan tehneen henkilön viimeksi tavanneen hoitotai muun palvelujärjestelmän työntekijän työpaikka vainajan sukupuolen mukaan.

Työntekijän työpaikka	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Psykiatrinen erikoissairaanhoido	(170)	27.4	(119)	50.6	(289)	33.8
Perusterveydenhuolto	(212)	34.2	(43)	18.3	(255)	29.8
Sosiaalihuolto	(71)	11.5	(8)	3.4	(79)	9.2
Somaattinen sairaalaosasto/ poliklinikka	(70)	11.3	(19)	8.1	(89)	10.4
Muu	(97)	15.6	(46)	19.6	(143)	16.8
Yhteensä	(620)	100.0	(235)	100.0	(855)	100.0

(Tieto puuttuu N=5)



Potilaan viimeksi tavanneista henkilöistä työskenteli kolmasosa psykiatrisessa erikois-sairaanhoidossa ja lähes saman verran perusterveydenhuollossa (taulukko 2.11).

52 %:ssa tapauksista haastateltu viimeksi tavannut työntekijä oli lääkäri (taulukko 2.12).

Taulukko 2.12. Itsemurhan tehneen henkilön viimeksi tavanneen hoito- tai muun palvelujärjestelmän työntekijän ammatti vainajan sukupuolen mukaan.

Työntekijän ammatti	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Lääkäri	(345)	55.5	(100)	42.7	(445)	52.1
Sairaanhoitaja/mielisairaanhoitaja	(168)	27.1	(109)	46.6	(277)	32.4
Psykologi	(32)	5.2	(92)	3.9	(41)	4.8
Sosiaalityöntekijä	(51)	8.2	(11)	4.7	(62)	7.2
Muu	(25)	4.0	(5)	2.1	(30)	3.5
Yhteensä	(621)	100.0	(234)	100.0	(855)	100.0

(Tieto puuttuu N=5)

Runsas kymmenesosa potilaan viimeksi tavanneista työntekijöistä oli ollut yhteydessä potilaaseen itsemurhan tekopäivänä. Noin puolessa tapauksista (51 %) työntekijä oli tavannut potilaan viikon sisällä ennen itsemurhaa. 90 %:ssa tapauksista viimeinen palvelujärjestelmäkontakti toteutui itsemurhaa edeltäneiden kolmen kuukauden aikana (taulukko 2.13).

Taulukko 2.13. Viimeisen palvelujärjestelmäkontaktin ajankohta.

Aika	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Sama päivä	(59)	9.5	(46)	19.6	(105)	12.2
1 vrk	(56)	9.0	(24)	10.2	(80)	9.3
2 vrk	(48)	7.7	(27)	11.5	(75)	8.8
>2 vrk - 1 vko	(128)	20.6	(50)	21.3	(178)	20.8
>1 vko - 2 vkoa	(83)	13.3	(21)	8.9	(104)	12.1
>2 vkoa - 1 kk	(78)	12.5	(27)	11.5	(105)	12.2
>1 kk - 3 kk	(101)	16.2	(25)	10.6	(126)	14.7
>3 kk - 6 kk	(40)	6.4	(8)	3.4	(48)	5.6
>6 kk - 12 kk	(19)	3.0	(6)	2.6	(25)	2.9
>12 kk	(11)	1.8	(1)	0.4	(12)	1.4
Yhteensä	(623)	100.0	(235)	100.0	(858)	100.0

(Tieto puuttuu N=2)

## 2.5 IMS-87 -projektin ja Tilastokeskuksen kuolinsyytilastojen tietojen vertailua

Vertailu Tilastokeskuksen kuolinsyytilastoihin osoitti, että 19 tutkimusajanjakson aikana oikeuslääkärin itsemurhaksi luokittelemaa kuolemantapausta oli jäänyt tutkimuksen ulkopuolelle, näistä 13 oli kuollut Suomessa ja 6 ulkomailla. Suomessa kuolleista tutkimuksen ulkopuolelle jääneistä 7 oli miehiä, 6 naisia; ulkomailla kuolleet olivat kaikki miehiä.

Tilastokeskuksen tiedoista laskettu tämän tutkimusaineiston kato on hyvin pieni (1.6 %).

### 3 Tutkimusaineiston demografisia piirteitä

Anneli Salovainio, Jouko Lönnqvist

Itsemurhat jakautuvat väestössä epätasaisesti. Niiden määrä vaihtelee muun muassa sellaisten yleisten tekijöiden kuin sukupuolen, iän, siviilisäädyn, läänin ja asuinalueen suhteen.

Miesten itsemurhia oli tässä aineistossa yli kolminkertainen määrä naisiin verrattuna. Miesten itsemurhia oli yhteensä 1077 (77 %) ja naisten 320 (23 %). Miesten itsemurhista yli puolet (59 %) oli alle 45-vuotiaiden tekemiä ja naisilla taas selvästi yli puolet (57 %) yli 45-vuotiaiden suorittamia (Taulukko 3.1.). Alle 35-vuotiaiden itsemurhista oli 84 % miesten tekemiä. Määrällisesti eniten itsemurhia tehtiin eri viisivuotiskäryhmistä 35-39 -vuotiaana.

Itsemurhat jakautuivat epätasaisesti myös lääneittäin (taulukko 3.2, kuvio 3.1.). Itsemurhien ehkäisyn kannalta on tärkeää tietää, että neljännes kaikista itsemurhista tehtiin pelkästään Uudenmaan läänissä, miesten itsemurhista 21 % ja naisten 23 %. Puolet kaikista itsemurhista tehtiin kolmessa suurimmassa läänissä: Uudenmaan, Turun ja Porin sekä Hämeen läänissä. Naisten itsemurhat korostuvat Etelä-Suomessa ja miesten Itä- ja Pohjois-Suomessa.

Miesten itsemurhien ikäryhmittäisessä tarkastelussa kiinnittyy huomio alle 35-vuotiaiden miesten suureen osuuteen itsemurhan tehneissä (36 % - 49 %) Kuopion, Pohjois-Karjalan, Oulun, Lapin sekä Uudenmaan lääneissä. Keski-ikäisten (35 -64 -vuotiaat) korkea suhteellinen osuus (52 % - 62 %) luonnehtii puolestaan Uudenmaan, Turun ja Porin, Hämeen, Vaasan sekä Kuopion läänejä. Keski-Suomen ja Mikkelin lääneissä neljännes itsemurhan tehneistä miehistä oli 65 vuotta täyttäneitä.

Taulukko 3.1. Itsemurhan tehneet miehet ja naiset ikäryhmittäin.

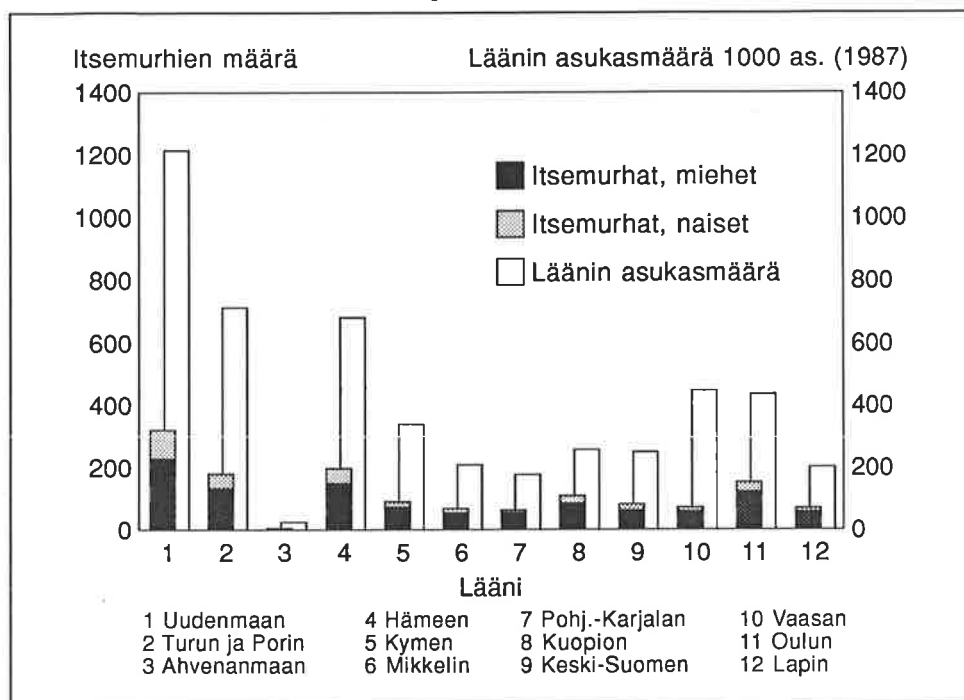
Ikäryhmä	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
alle 15v	(4)	0.4	(0)	0.0	(4)	0.3
15v - 19v	(41)	3.8	(9)	2.8	(50)	3.6
20v - 24v	(95)	8.8	(22)	6.9	(117)	8.4
25v - 29v	(99)	9.9	(17)	5.3	(116)	8.3
30v - 34v	(126)	11.7	(23)	7.2	(149)	10.7
35v - 39v	(154)	14.3	(34)	10.6	(188)	13.5
40v - 44v	(111)	10.3	(33)	10.3	(144)	10.3
45v - 49v	(77)	7.2	(34)	10.6	(111)	7.9
50v - 54v	(79)	7.3	(27)	8.4	(106)	7.6
55v - 59v	(75)	7.0	(33)	10.3	(108)	7.7
60v - 64v	(70)	6.5	(23)	7.2	(93)	6.7
65v - 69v	(39)	3.6	(20)	6.3	(59)	4.2
70v - 74v	(50)	4.6	(33)	10.3	(83)	5.9
75v - 79v	(35)	3.3	(8)	2.6	(43)	3.1
80v - 84v	(14)	1.3	(3)	0.9	(17)	1.2
85v - 89v	(8)	0.7	(1)	0.3	(9)	0.6
Yhteensä	(1077)	100.0	(320)	100.0	(1397)	100.0

Taulukko 3.2. Itsemurhan tehneet miehet ja naiset asuinlääneittäin.

Lääni	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Uudenmaan	(229)	71.6	(91)	28.4	(320)	100.0
Turun ja Porin	(133)	74.3	(46)	25.7	(179)	100.0
Ahvenanmaan	(5)	83.3	(1)	16.7	(6)	100.0
Hämeen	(149)	75.6	(48)	24.4	(197)	100.0
Kymen	(72)	80.9	(17)	19.1	(89)	100.0
Mikkelin	(53)	79.1	(14)	20.9	(67)	100.0
Pohjois-Karjalan	(53)	86.9	(8)	13.1	(61)	100.0
Kuopion	(84)	77.8	(24)	22.2	(108)	100.0
Keski-Suomen	(61)	75.3	(20)	24.7	(81)	100.0
Vaasan	(59)	84.3	(11)	15.7	(70)	100.0
Oulun	(123)	81.5	(28)	18.5	(151)	100.0
Lapin	(56)	82.4	(12)	17.6	(68)	100.0
Yhteensä	(1077)	77.1	(320)	22.9	(1397)	100.0

Alle 35-vuotiaiden naisten itsemurhat muodostivat yli neljänneksen Oulun, Lapin sekä Uudenmaan läänien naisten itsemurhista. Keski-ikäiset, 35 - 64-vuotiaat naiset painottuivat Kuopion, Turun ja Porin, Keski-Suomen ja Vaasan lääneissä, joissa jokaisessa he muodostivat yli 60 % itsemurhan tehneistä naisista. Myös Uudenmaan ja Kymen läänien naisista keski-ikäisiä oli yli puolet. Sitä vastoin 65 vuotta täyttäneet muodostivat runsaan kolmanneksen Hämeen, Kymen ja Mikkelin läänien itsemurhan tehneistä naisista.

Kuvio 3.1. Itsemurhan tehneet miehet ja naiset lääneittäin sekä läänin asukasmäärä



Itsemurhan tehneistä runsas kolmannes asui kaupunkien lähiöissä (taulukko 3.3). Kaupunkimainen asuminen, etenkin lähiöasuminen, oli ominaista itsemurhan tehneille naisille (48 %). Miesten itsemurhat jakautuivat maaseudun ja kaupungin osalta naisia tasaisemmin, vaikka heistäkin enemmistö asui kaupunkialueilla. Itsemurhan tehneiden asuinpaikkojen kokonaisjakauma vastaa koko väestön jakautumista maaseutu- ja kaupunkialueille.

Virallisen siviilisäädyn mukaan naimattomia oli miehistä 44 % ja naisista 27 %. Naimattomat muodostivat selvän enemmistön alle 35-vuotiaiden itsemurhista sekä naisilla että etenkin miehillä. Runsas kolmannes kaikista itsemurhan tehneistä (36 %) oli naimisissa. Enemmistö yli 50-vuotiaiden miesten itsemurhista oli naimisissa olevien miesten tekemiä.

Taulukko 3.3. Itsemurhan tehneet asunnon sijainnin ja sukupuolen mukaan.

Asunnon sijainti	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Maaseudun haja-asutusalue	(247)	28.2	(43)	17.0	(290)	25.7
Maaseututaajama	(177)	20.2	(38)	15.0	(215)	19.0
Kaupungin lähiö	(301)	34.4	(121)	47.9	(422)	37.4
Kaupungin ydin-keskusta	(151)	17.2	(51)	20.1	(202)	17.9
Yhteensä	(876)	100.0	(253)	100.0	(1129)	100.0

(Tieto puuttuu N=268)

Taulukko 3.4. Miesten siviilisäätö ikäryhmittäin.

Siviilisäätö	Ikäryhmä					Yhteensä
	0-19	20-34	35-49	50-64	65-	
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	
Naimaton %	(45) 100.0	(252) 78.7	(108) 31.6	(55) 24.5	(17) 11.6	(477) 44.3
Naimisissa %	(0) 0.0	(44) 13.7	(133) 38.9	(126) 56.3	(88) 60.3	(391) 36.3
As.erossa %	(0) 0.0	(2) 0.6	(18) 5.3	(6) 2.7	(1) 0.7	(27) 2.5
Eronnut %	(0) 0.0	(22) 6.9	(80) 23.4	(31) 13.8	(7) 4.8	(140) 13.0
Leski %	(0) 0.0	(0) 0.0	(3) 0.9	(6) 2.7	(33) 22.6	(42) 3.9
Yhteensä	(45) 100.0	(320) 100.0	(342) 100.0	(224) 100.0	(146) 100.0	(1077) 100.0

Virallisen siviilisäädyn mukaan naimattomia oli miehistä 44 % ja naisista 27 %. Naimattomat muodostivat selvän enemmistön alle 35-vuotiaiden itsemurhista sekä naisilla että etenkin miehillä. Runsas kolmannes kaikista itsemurhan tehneistä (36 %) oli naimisissa. Enemmistö yli 50-vuotiaiden miesten itsemurhista oli naimisissa olevien miesten tekemiä.

Taulukko 3.5. Naisten siviilisäätö ikäryhmittäin.

Siviilisäätö	Ikäryhmä					Yhteensä
	0-19	20-34	35-49	50-64	65-	
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	
Naimaton %	(9) 100.0	(34) 54.8	(23) 22.8	(14) 16.9	(9) 13.8	(89) 27.8
Naimisissa %	(0) 0.0	(16) 25.8	(48) 47.5	(34) 41.0	(15) 23.1	(113) 35.3
As.erossa %	(0) 0.0	(2) 3.2	(2) 2.0	(2) 2.4	(0) 0.0	(6) 1.9
Eronnut %	(0) 0.0	(8) 12.9	(24) 23.8	(13) 15.7	(8) 12.3	(53) 16.6
Leski %	(0) 0.0	(2) 3.2	(4) 4.0	(20) 24.1	(33) 50.8	(59) 18.4
Yhteensä	(9) 100.0	(62) 100.0	(101) 100.0	(83) 100.0	(65) 100.0	(320) 100.0

Itsemurhan tehneiden koulutusta ja sosioekonomista asemaa käsitellään luvussa 14, joka tarkastelee itsemurhan tehneiden arkielämän tunnuspiirteitä.



## II Projektin tutkimusalueiden kuvausta

### 4 Itsemurhatapahtuma ja itsetuhokäyttäytyminen

Jouko Lönnqvist, Hillevi Aro, Mauri Marttunen, Anneli Salovainio, Kirsti Palonen

Tähänastisen tutkimustiedon mukaan suuri osa - eri tutkimuksissa vaihdellen noin neljänneksestä lähes puoleen - itsemurhaan kuolleista on tehnyt aikaisempia itsemurhayrityksiä (1, 2, 3). Itsemurhaa edeltävä itsemurha-aikeista puhuminen on ollut vieläkin yleisempää. Useimmiten aikeista on puhuttu puolisolle tai muulle lähisukulaiselle. Huolimatta siitä, että itsemurhaan lopulta päätyneet ihmiset ovat usein tavalla tai toisella viestittäneet itsemurha-aikeistaan, on valtaosa läheisistä kokenut tapahtuneen itsemurhan yllätyksenä (4).

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimusaineistoon kuuluvien itsemurhaan kuolleiden itsemurhatapahtumaa ja heidän aikaisempaa itsetuhokäyttäytymistään sekä itsemurha-aikeista kertomista läheiselle tai hoitaneelle työntekijälle. Vainajien jättämien itsemurhaviestien perusteella arvioitiin itsemurhille esitettyjä syitä.

#### 4.1 Itsemurhatapahtuma

Itsemurhan tehneistä 89 % (N=1240) löydettiin kuolleena. Löydettyäessä vielä elossa oli 11 % (N=157), naisista 13 % ja miehistä 11 %. Yleisimmät itsemurhamenetelmät olivat miehillä hirttäytyminen ja ampuminen, naisilla kiinteät tai juoksevat aineet (so. lääkkeet) ja hirttäytyminen (taulukko 4.1).

Taulukko 4.1. Itsemurhamenetelmät sukupuolen mukaan.

Itsemurhamenetelmä	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Kiinteät/juoksevat aineet	(138)	12.8	(130)	40.6	(268)	19.2
Muut kaasut/höyryt	(113)	10.4	(6)	1.9	(119)	8.5
Hirttäytyminen	(372)	34.6	(95)	29.7	(467)	33.4
Hukuttautuminen	(53)	4.9	(43)	13.4	(96)	6.9
Ampuminen/räjäyttäminen	(288)	26.7	(4)	1.2	(292)	20.9
Viiltäminen/pistäminen	(27)	2.5	(5)	1.6	(32)	2.3
Hyppääminen	(29)	2.7	(14)	4.4	(43)	3.1
Jättäytyminen ajoneuvon alle	(32)	3.0	(17)	5.3	(49)	3.5
Ajoneuvolla ajaminen	(6)	0.6	(1)	0.3	(7)	0.5
Muu	(19)	1.8	(5)	1.6	(24)	1.7
Yhteensä	(1077)	100.0	(320)	100.0	(1397)	100.0

Itsemurhan tehneiltä määritettiin oikeuslääketieteellisen tutkimuksen yhteydessä veren alkoholipitoisuus kuoleman jälkeen. Tässä tarkastelu on rajoitettu vain kuolleina löydettyihin vainajiin, koska elossa löytyneiden veren alkoholipitoisuus laski vielä ennen kuolemaa. Kuolleina löydettyistä oli itsemurhateon tapahtuessa ollut vahvassa humalatilassa 21 %, kohtalaisessa 15 % ja lievässä humalatilassa 5 % (taulukko 4.2). Alkoholia ei ollut veressä miehistä 54 %:lla ja naisista 75 %:lla.

Taulukko 4.2. Kuolleina löydettyjen veren alkoholipitoisuus sukupuolen mukaan.

Veren alkoholi (promilleina)	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
0.0	(499)	54.5	(201)	75.0	(700)	59.2
0.1 - 0.5	(45)	4.9	(18)	6.7	(63)	5.3
0.6 - 1.0	(55)	6.0	(15)	5.6	(70)	5.9
1.1 - 1.5	(88)	9.6	(12)	4.5	(100)	8.5
1.6 - 2.0	(94)	10.3	(13)	4.9	(107)	9.0
2.1 - 2.5	(80)	8.7	(4)	1.5	(84)	7.1
2.6 - 3.0	(35)	3.8	(4)	1.5	(39)	3.3
3.1 -	(19)	2.1	(1)	0.4	(20)	1.7
Yhteensä	(915)	100.0	(268)	100.0	(1183)	100.0

(Tieto puuttuu N=57)

Itsemurhan tehneistä 28 %, miehistä 26 % (N=285) ja naisista 33 % (N=104), oli jättänyt viestin. Viestien sisällöt kertovat osan tilanteesta, jossa viestin jättäneiden itsemurha tapahtui. Haastattelun tehnyt kenttätutkija luokitteli aineiston keruuvaiheessa viestien sisällöt tutkimuslomakkeen vaihtoehtojen mukaisesti.

Tapauksissa, joissa viesti oli jätetty, itsemurhalle ilmaistiin tavallisimmin perusteluksi erilaiset ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat, toivottomuus omasta tulevaisuudesta tai halu päästä eroon sietämättömästä tunteesta (taulukko 4.3).

Taulukko 4.3. Viesteissä esiintyneitä syitä itsemurhalle prosenttiosuutena niissä 389 tapauksessa, joissa viesti oli jätetty.

Perustelut	N	%-osuus
Ihmissuhdeongelmat	80	20.6
Toivottomuus omasta tulevaisuudesta	77	19.8
Halu päästä eroon sietämättömästä tunteesta	70	18.0
Halu kuolla	52	13.4
Ruumiillinen sairaus tai sen pelko	27	6.9
Psyykinen sairaus tai sen pelko	22	5.7
Elämän tarkoituksettomuus	14	3.6
Kosto	14	3.6
Työttömyys/työelämän vaikeudet	10	2.6
Velat/toimeentulovaikeudet	10	2.6
Häpeä tai häpeän pelko	7	1.8
Leskeytyminen/läheisen kuolema	4	1.0
Alkoholiongelma/päihteet	5	1.3
AIDS tai sen pelko	2	0.5
Seksuaaliset tekijät	2	0.5
Muu oma ominaisuus tai teko	31	8.0
Muita perusteluja	110	28.3
Ei ilmaistu syytä	92	23.7

Yksi viesti voi sisältää useita syitä

Taulukossa mainitut ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat jakautuivat hylkäämiskokemuksiin (N=43), yksipuoliseen rakkauteen (N=16), ihmissuhteiden puuttumiseen (N=11), avioeroon (N=8) ja tärkeän henkilön menetykseen (N=2). Näiden lisäksi leskeytyminen tai läheisen kuolema mainittiin neljässä viestissä. Ihmissuhdeongelmat ja -menetykset mainittiin itsemurhan perusteluna 22 %:ssa (N=84) viesteistä. Erilaiset sairaudet tai

niiden pelko esiintyivät 13 %:ssa (N=51) tapauksia. Ruumiillinen sairaus tai sen pelko ja psyykinen sairaus tai sen pelko mainittiin perusteluna lähes yhtä usein. Aidsiin viitattiin kahdessa viestissä.

Itsemurhan perusteluna 39 %:ssa viesteistä mainittiin jokin psyykinen tila. Tällaisia olivat toivottomaksi koettu tulevaisuus, jokin sietämätön tunne, kuolemanhalu, elämän tarkoituksettomuus, seksuaaliset tekijät tai muut omat, kielteisiksi koetut ominaisuudet.

## 4.2 Itsetuhokäyttäytyminen

Itsemurhavaara voi käydä ilmi eri tavoin itsemurhan tehneen elämän kuluessa. Seuraavassa tarkastellaan aikaisempia itsemurhayrityksiä ja itsemurha-aikeista kertomista. Lisäksi tarkastellaan avun hakemista niiden yhteydessä. Itsemurhan yllätyksellisyys läheiselle ja vainajaa mahdollisesti hoitaneelle työntekijälle kertoo toisaalta siitä, miten selvästi itsemurhavaara oli ollut huomattavissa ja toisaalta siitä, miten omaiset tai työntekijät ovat itsemurhavaaran tunnistaneet.

### 4.2.1 *Itsemurhayritykset*

Itsemurhayritys on osoitus yksilön elämänhallinnan järkkymisestä. Itsemurhaa yrittävän motiivina ei välttämättä ole kuolema, vaan teon taustalla voi olla pyrkimys ratkaista erilaisia psyykkisiä ja sosiaalisia ristiriitoja. Itsemurhayritys on viesti yksilön lähipiirille häntä tukevien ja itsemurhavaaraa vähentävien toimien tarpeellisuudesta. Itsemurhayritys on myös merkki kohonneesta itsemurhavaarasta, sillä itsemurhaa yrittäneistä noin 10 - 15 % päättyy lopulta itsemurhaan (5, 6).

Tutkimusaineistoon kuuluvien aikaisemmista itsemurhayrityksistä saatiin tietoa läheisten ja hoitaneiden työntekijöiden haastatteluista sekä sairauskertomuksista. Näiden perusteella voidaan tarkastella itsemurhayritysten esiintymistä, lukumäärää ja ajoitusta suhteessa kuolemaan ja sitä, keiden tiedossa itsemurhayritykset olivat.

Itsemurhan tehneistä lähes puolet oli tehnyt elämänsä aikana ainakin yhden aikaisemman itsemurhayrityksen (taulukko 4.4). Naisilla aikaisemmat itsemurhayritykset olivat yleisempiä kuin miehillä. Ainakin osittain sukupuolten välistä eroa selittää se, että miehet käyttivät naisia väkivaltaisempia menetelmiä, jotka johtivat usein heti kuolemaan.

Taulukko 4.4. Aikaisemmat itsemurhayritykset sukupuolen mukaan.  
Tietolähteenä läheiset, hoitanut työntekijä ja sairauskertomus.

Aikaisemmat itsemurhayritykset	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Kyllä	(401)	41.8	(196)	65.1	(597)	47.4
Ei	(504)	52.6	(101)	33.6	(605)	48.0
Ei tietoa	(54)	5.6	(4)	1.3	(58)	4.6
Yhteensä	(959)	100.0	(301)	100.0	(1260)	100.0

(Tieto puuttuu N=137)

Aikaisemmin itsemurhaa yrittäneiden osuus oli pienin alle 20-vuotiailla ja yli 65-vuotiailla. Aikuisikäisillä niiden osuus, joilla kuolemaan johtanut itsemurhayritys oli ensimmäinen, lisääntyi iän myötä (taulukot 4.5 ja 4.6). Ikäryhmiin 20-34- ja 35-49-vuotiaat kuuluneet muistuttivat toisiaan aikaisemmalta itsemurhakäyttäytymiseltään. Näissä ryhmissä oli molemmissa yhtä suuri osa itsemurhaa yrittäneitä sekä saman verran niitä, jotka olivat yrittäneet itsemurhaa vähintään kaksi kertaa. Naisten joukossa oli kahdesti tai useammin aikaisemmin itsemurhayrityksen tehneitä lähes kaksinkertainen määrä miehiin verrattuna.

Taulukko 4.5. Miesten itsemurhayritysten lukumäärät ikäryhmittäin.  
Tietolähteenä läheiset, hoitanut työntekijä ja sairauskertomus.

Itsemurhayritysten lukumäärä	Ikäryhmä					
	0-19	20-34	35-49	50-64	65-	Yhteensä
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Ei yrityksiä %	(29) 70.1	(136) 50.2	(146) 49.7	(111) 61.3	(82) 69.5	(504) 55.7
1 yritys %	(7) 17.1	(64) 23.6	(71) 24.2	(47) 26.0	(22) 18.6	(211) 23.3
2 yritystä %	(3) 7.3	(28) 10.3	(26) 8.8	(11) 6.1	(9) 7.6	(77) 8.5
3 tai useampia %	(2) 4.9	(40) 14.8	(48) 16.3	(10) 5.5	(5) 4.2	(105) 11.6
Ei tietoa lukumäärästä %	(0) 0.0	(3) 1.1	(3) 1.0	(2) 1.1	(0) 0.0	(8) 0.9
Yhteensä	(41) 100.0	(271) 100.0	(294) 100.0	(181) 100.0	(118) 100.0	(905) 100.0

(Tieto puuttuu N=172)

Taulukko 4.6. Naisten itsemurhayritysten lukumäärät ikäryhmittäin.  
Tietolähteenä läheiset, hoitanut työntekijä ja sairauskertomus.

Itsemurhayritysten lukumäärä	Ikäryhmä					
	0-19	20-34	35-49	50-64	65-	Yhteensä
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Ei yrityksiä %	(3) 33.3	(14) 23.7	(27) 27.8	(30) 41.1	(27) 45.8	(101) 34.0
1 yritys %	(2) 22.2	(17) 28.8	(21) 21.7	(22) 30.1	(18) 30.5	(80) 26.9
2 yritystä %	(1) 11.1	(9) 15.3	(20) 20.6	(11) 15.1	(7) 11.9	(48) 16.2
3 tai useampia %	(3) 33.3	(17) 28.8	(28) 28.9	(9) 12.3	(7) 11.9	(64) 21.6
Ei tietoa lukumäärästä %	(0) 0.0	(2) 3.4	(1) 1.0	(1) 1.4	(0) 0.0	(4) 1.4
Yhteensä	(9) 100.0	(59) 100.0	(97) 100.0	(73) 100.0	(59) 100.0	(297) 100.0

(Tieto puuttuu N=23)

Ensimmäisen itsemurhayrityksen ajankohdan ja itsemurhayritysten lukumäärän perusteella voidaan arvioida itsetuhokäyttämisen kestoa ja voimakkuutta. Yhden kerran aikaisemmin itsemurhaa yrittäneistä neljännes oli tehnyt tämän yrityksen alle kolme kuukautta ennen itsemurhaa ja puolet heistä viimeisen kuukauden aikana (taulukko 4.7). Kolmannes yhden kerran aikaisemmin itsemurhaa yrittäneistä oli tehnyt yrityksen yli viisi vuotta ennen kuolemaa. Kahdesti tai useammin itsemurhaa yrittäneillä aikaero ensimmäisen itsemurhayrityksen ja kuoleman välillä kasvoi tasaisesti.



Taulukko 4.7. Kuolinpäivän ja ensimmäisen itsemurhayrityksen välinen aikaero itsemurhayritysten lukumäärän mukaan. Tietolähteenä läheiset, hoitanut työntekijä ja sairauskertomus.

Aikaero	Itsemurhayritysten lukumäärä				
	1	2	3-4	5-	Yhteensä
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
≤1vk	(14) 5.0	(2) 1.6	(0) 0.0	(0) 0.0	(16) 2.8
>1vk-1kk %	(33) 11.7	(6) 4.9	(0) 0.0	(0) 0.0	(39) 6.8
>1kk-3kk %	(33) 11.7	(2) 1.6	(3) 1.8	(1) 6.8	(39) 6.8
>3kk-1v %	(52) 18.4	(9) 7.4	(7) 6.3	(5) 9.1	(73) 12.8
>1v-2v %	(23) 8.2	(18) 14.8	(12) 10.8	(3) 5.4	(56) 9.8
>2v-5v %	(36) 12.8	(21) 17.2	(20) 18.0	(1) 1.8	(78) 13.7
>5v-10v %	(34) 12.1	(30) 24.6	(25) 22.5	(14) 25.5	(103) 18.1
>10v %	(57) 20.2	(34) 27.9	(44) 39.6	(31) 56.4	(166) 29.1
Yhteensä	(282) 100.0	(122) 100.0	(111) 100.0	(55) 100.0	(570) 100.0

(Tieto puuttuu N=27)

Itsemurhakäyttäytyminen oli alkanut 16 %:lla alle kolme kuukautta ennen itsemurhaa. Vastaavasti lähes puolella ensimmäinen itsemurhayritys ajoittui yli viiden vuoden ja vajaalla kolmanneksella yli kymmenen vuoden päähän. Siten sellaisia, joilla oli useita itsemurhayrityksiä hyvin lyhyen ajan sisällä, oli erittäin vähän. Itsemurhaa yrittäneistä näyttää siis erottuvan ainakin kaksi erilaista ryhmää: ne, joilla on suuri vaara tehdä kuolemaan johtava itsemurhayritys pian ensimmäisen jälkeen ja ne, joiden elämänsisältöön sisältyy kauan aikaa sitten tehty itsemurhayritys tai useita yrityksiä. Useimmissa

tapauksissa itsemurha näyttää olleen suhteellisen pitkäkestoisen prosessin tulos.

Kahdesti tai useammin itsemurhaa yrittäneissä oli 32 % niitä, jotka olivat tehneet viimeisen itsemurhayrityksen alle kolme kuukautta ennen lopullista itsemurhatekoa. Viimeisen itsemurhayrityksen ja kuoleman välinen aikaero oli 25 %:lla yli kaksi vuotta (taulukko 4.8).

Taulukko 4.8. Kuolinpäivän ja viimeisen itsemurhayrityksen välinen aikaero itsemurhayritysten lukumäärän mukaan vähintään kaksi kertaa itsemurhaa yrittäneillä.

Aikaero	Itsemurhayritysten lukumäärä							
	2		3-4		5-		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
≤1 vk	(6)	4.9	(5)	4.5	(2)	3.5	(13)	4.5
>1vk-1kk	(14)	11.4	(12)	10.8	(3)	5.5	(29)	10.0
>1kk-3kk	(13)	10.6	(22)	19.8	(15)	26.3	(50)	17.2
>3kk-1v	(32)	26.0	(35)	31.5	(16)	28.1	(83)	28.5
>1v-2v	(21)	17.1	(15)	13.5	(8)	14.0	(44)	15.1
>2v-5v	(15)	12.2	(13)	11.7	(8)	14.0	(36)	12.4
>5v-	(22)	17.9	(9)	8.1	(5)	8.8	(36)	12.4
Yhteensä	(123)	100.0	(111)	100.0	(57)	100.0	(291)	100.0

(Tieto puuttuu N=18)

Taulukoista 4.7 ja 4.8 havaitaan, että kaikista elämänsä aikana itsemurhaa yrittäneistä 30 % (N=172) oli tehnyt viimeisen itsemurhayrityksen alle kolme kuukautta ennen kuolemaansa ja 22 % (N=127) yli viisi vuotta ennen kuolemaansa.

Aikaisemmin itsemurhaa yrittäneistä miehistä ensimmäisestä itsemurhayrityksestä

kuolemaan oli lähes puolella kulunut yli viisi vuotta, neljänneksellä vuosi tai alle ja 14 %:lla kolme kuukautta tai alle (taulukko 4.9). Aikaisemmin vain kerran itsemurhaa yrittäneistä miehistä 42 %:lla itsemurhayritys oli tapahtunut viimeisen vuoden kuluessa. Osa miehistä siis teki kuolemaan johtaneen itsemurhayrityksen pian ensimmäisen yrityksen jälkeen, osalla miehistä itsemurhakäyttäytyminen taas oli huomattavan pitkäkestoista. Miehillä itsemurhayritysten lukumäärän kasvaessa myös aikaväli ensimmäisen ja kuolemaan johtaneen itsemurhayrityksen välillä kasvoi tasaisesti.

Taulukko 4.9. Miesten kuolinpäivän ja ensimmäisen itsemurhayrityksen välinen aikaero itsemurhayritysten lukumäärän mukaan. Tietolähteenä läheiset, hoitanut työntekijä ja sairauskertomus.

Aikaero	Itsemurhayritysten lukumäärä				
	1	2	3-4	5-	Yhteensä
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
≤1 vk	(11)	(1)	(0)	(0)	(12)
%	5.4	1.3	0.0	0.0	3.1
>1vk-1 kk	(17)	(2)	(0)	(0)	(19)
%	8.3	2.7	0.0	0.0	5.0
>1kk-3kk	(20)	(2)	(1)	(1)	(24)
%	9.8	2.7	1.5	2.7	6.3
>3kk-1v	(38)	(5)	(4)	(3)	(50)
%	18.5	6.7	6.1	8.1	13.1
>1v-2v	(20)	(12)	(7)	(0)	(39)
%	9.8	16.0	10.6	0.0	10.2
>2v-5v	(31)	(12)	(12)	(1)	(56)
%	15.2	16.0	18.2	2.7	14.6
>5v-10v	(26)	(22)	(18)	(12)	(78)
%	29.3	27.3	32.4	20.3	20.4
>10v	(41)	(19)	(24)	(20)	(104)
%	20.0	25.3	54.1	27.2	27.2
Yhteensä	(204)	(75)	(66)	(37)	(382)
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(Tieto puuttuu N=19)

Aikaisemmin itsemurhaa yrittäneistä miehistä poiketen naisten itsemurhayritykset ajoittuivat useammin joko viime kuukausiin ennen itsemurhaa, tai itsemurhayritykset olivat tapahtuneet yli kymmenen vuotta sitten (taulukko 4.10). Ensimmäiset itsemurhayritykset oli tehty viimeisten kolmen kuukauden aikana 21 %:lla ja näistä suurimmalla osalla viimeisen kuukauden aikana. Kolmanneksella itsemurhakäyttäytyminen oli alkanut yli kymmenen vuotta sitten. Yhden aikaisemman itsemurhayrityksen tehneistä naisista 59 %:lla itsemurhayritys oli tapahtunut viimeisen vuoden aikana.

Taulukko 4.10. Naisten kuolinpäivän ja ensimmäisen itsemurhayrityksen välinen aikaero itsemurhayritysten lukumäärän mukaan. Tietolähteenä läheiset, hoitanut työntekijä ja sairauskertomus.

Aikaero	Itsemurhayritysten lukumäärä				
	1	2	3-4	5	Yhteensä
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
≤1 vk	(3)	(1)	(0)	(0)	(4)
%	3.9	2.1	0.0	0.0	2.1
>1vk-1kk	(16)	(4)	(0)	(0)	(20)
%	20.5	8.5	0.0	0.0	10.6
>1kk-3kk	(13)	(0)	(2)	(0)	(15)
%	16.7	0.0	4.4	0.0	8.0
>3kk-1v	(14)	(4)	(3)	(2)	(23)
%	18.0	8.5	6.7	11.1	12.2
>1v-2v	(3)	(6)	(5)	(3)	(17)
%	3.9	12.8	11.1	16.7	9.0
>2v-5v	(5)	(9)	(8)	(0)	(22)
%	6.4	19.2	17.8	0.0	11.7
>5v-10v	(8)	(8)	(7)	(2)	(25)
%	10.3	17.0	15.6	11.1	13.3
>10v	(16)	(15)	(20)	(11)	(62)
%	20.5	31.9	44.4	61.1	33.0
Yhteensä	(78)	(47)	(45)	(18)	(188)
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(Tieto puuttuu N=8)					

#### *4.2.2 Itsemurha-aikeista kertominen*

Itsemurha-aikeita koskevat puheet voivat olla läheisen kannalta ongelmallisia. Aie voidaan ilmaista epäsuorasti, ja se tulkitaan vasta teon tapahduttua itsemurhaa tarkoittaneeksi. Toisaalta osa puheista voi jäädä vaille oikeaa tulkintaa itsemurhan tapahtuakin. Itsemurhaan liittyvän torjunnan vuoksi läheisen voi olla vaikea vastaanottaa itsemurhavaaraa koskevaa puhetta, ja silloin, kun puheet toistuvat, ne voivat menettää kuolemanuhan merkityksen. Tässäkin tutkimuksessa tuli esiin esimerkkejä sanoista ja teoista, jotka läheinen vasta jälkikäteen tulkitsi itsemurhan suunnitteluksi. Henkilö oli voinut valmistella itsemurhamenetelmää, järjestellä käytännön asioita, hyvästellä eri tavoin läheisiään, todeta voimiensa loppuneen tai vain viitata tuonpuoleiseen. Hänen vointinsa oli saattanut vaikuttaa aikaisempaa paremmalta, jolloin valmistelujen tulkitseminen itsemurhaan liittyviksi oli vaikeaa.

Seuraavassa tarkastelussa itsemurha-aikeista kertomisella tarkoitetaan tässä vain puheita, jotka haastateltava oli pystynyt tulkitsemaan itsemurhavaaraa tarkoittaviksi. Itsemurhan tehneistä 61 %:n (N=857), miehistä 60 %:n (N=649) ja naisista 65 %:n (N=208), tiedetään kertoneen itsemurha-ajatuksistaan.

Taulukko 4.11 kuvaa, kenelle itsemurhan tehnyt oli kertonut itsemurha-aikeistaan. Kohdehenkilöitä on voinut olla tapausta kohden useampi kuin yksi, jolloin taulukkoon on valittu sukulaisuussuhteeltaan lähin.

Itsemurha-aikeista puhuttiin useimmin perheenjäsenille. Avio- tai avopuoliso, seurustelukumppani tai lapset olivat läheisimmät tiedon vastaanottajat 37 %:ssa tapauksista ja äiti, isä, sisko tai veli 26 %:ssa tapauksista. Puolisoille tai seurustelukumppaneille kertoneiden määrät poikkesivat toisistaan naisilla ja miehillä. Naimisissa olevien miesten ja naisten osuudet ovat koko aineistossa lähes samat; kuitenkin naiset olivat miehiä harvemmin kertoneet itsemurha-aikeistaan kumppanilleen.

Taulukko 4.11. Itsemurha-aikeista kertomisen kohde itsemurhan tehneen sukupuolen mukaan.

Kertomisen kohde	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Äiti tai isä	(104)	16.0	(28)	13.5	(132)	15.4
Sisko/veli/sisarukset	(63)	9.7	(24)	11.5	(87)	10.1
Avio-/ avopuoliso	(197)	30.3	(49)	23.5	(246)	28.7
Lapset	(22)	3.4	(22)	10.6	(44)	5.1
Perhe tarkemmin määrittelemättä	(22)	3.4	(5)	2.4	(27)	3.1
Muut sukulaiset	(22)	3.4	(12)	5.8	(34)	4.0
Seurustelukumppani	(28)	4.3	(2)	1.0	(30)	3.5
Ex-avio- /avopuoliso	(10)	1.5	(1)	0.4	(11)	1.3
Ystävät	(37)	5.7	(7)	3.4	(44)	5.1
Naapurit	(6)	0.9	(5)	2.4	(11)	1.3
Työtoverit	(3)	0.5	(1)	0.5	(4)	0.5
Virkamies/työntekijä	(79)	12.2	(38)	18.3	(117)	13.7
Muut	(20)	3.1	(7)	3.4	(27)	3.1
Ei mainita kenelle	(36)	5.6	(7)	3.4	(43)	5.0
Yhteensä	(649)	100.0	(208)	100.0	(857)	100.0

Lähes neljäsosa itsemurhan tehneistä oli kertonut itsemurha-aikeistaan ensimmäisen kerran läheiselle, työntekijälle tai molemmille alle kolme kuukautta ennen kuolemaansa; 27 %:lla ensimmäisestä kertomiskerrasta kuolemaan oli kulunut yli viisi vuotta (taulukko 4.12). Miesten ja naisten välillä ei ollut suuria eroja; miehissä oli kuitenkin jonkin verran enemmän sellaisia, jotka olivat ensimmäisen kerran kertoneet itsemurha-aikeistaan joko äskettäin tai jo kauan aikaa sitten.

Taulukko 4.12. Kuolinpäivän ja ensimmäisen itsemurha-aikeista kertomiskerran välinen aikaero sukupuolen mukaan.

Aikaero	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
0-1 vko	(52)	9.9	(7)	4.0	(59)	8.4
>1 vko-1kk	(32)	6.1	(11)	6.2	(43)	6.1
>1 kk-3 kk	(41)	7.8	(17)	9.6	(58)	8.2
>3 kk-1 v	(92)	17.4	(34)	19.2	(126)	17.9
>1 v-2 v	(91)	17.3	(39)	22.0	(130)	18.5
>2 v-5 v	(72)	13.7	(28)	15.8	(100)	14.2
>5 v-10 v	(55)	10.4	(16)	9.0	(71)	10.1
>10 v	(92)	17.4	(25)	14.1	(117)	16.6
Yhteensä	(527)	100.0	(177)	100.0	(704)	100.0

(Tieto puuttuu N=153)

Niistä, jotka olivat kertoneet läheiselleen itsemurha-aikeistaan, kaksi kolmesta oli puhunut niistä läheiselleen vähintään kerran itsemurhaa edeltäneiden kolmen viimeisen kuukauden aikana (taulukko 4.13). Itsemurha-ajatuksistaan puhuneissa miehissä ja naisissa oli saman verran niitä, jotka eivät olleet läheisen mukaan maininneet viimeisten kolmen kuukauden aikana kertaakaan itsemurha-aikeistaan. Miehistä viidennes ja naisista 11 % oli maininnut aikeistaan vain kerran. Naiset olivat miehiä useammin ilmaisseet aikeensa toistuvasti.

Kaksi kolmesta itsemurhaan päätyneestä miehestä ja kolme neljästä naisesta oli joko puheita tai itsemurhayrityksiä ilmaissut itsemurha-aikeensa (taulukko 4.14). Vajaa kolmannes itsemurhan tehneistä ei ollut puhunut itsemurha-aikeistaan eikä yrittänyt itsemurhaa. Tässä ryhmässä oli miehiä enemmän kuin naisia. Miehistä oli myös enemmän niitä, jotka olivat ainoastaan puhuneet itsemurha-aikeistaan. Naisissa oli sen sijaan selvästi enemmän niitä, jotka olivat sekä puhuneet itsemurha-aikeistaan että

yrittäneet itsemurhaa.

Taulukko 4.13. Itsemurha-aikeista läheiselle kertomisen useus viimeisten 3 kk aikana sukupuolen mukaan.

Kertomisen useus	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Ei kertaakaan	(103)	21.7	(31)	22.1	(134)	21.8
Vain kerran	(97)	20.4	(16)	11.4	(113)	18.4
Muutaman kerran	(117)	24.6	(40)	28.6	(157)	25.5
Usein	(102)	21.5	(38)	27.1	(140)	22.8
Ei osaa sanoa	(56)	11.8	(15)	10.8	(71)	11.5
Yhteensä	(475)	100.0	(140)	100.0	(615)	100.0

Taulukko 4.14. Itsemurha-aikeista puhuminen ja itsemurhayritykset sukupuolen mukaan.

	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Ei puhunut eikä yrittänyt	(210)	21.6	(42)	13.8	(252)	19.7
Vain puhunut	(360)	37.1	(67)	22.0	(427)	33.5
Vain yrittänyt	(112)	11.5	(55)	18.0	(167)	13.1
Sekä puhunut että yrittänyt	(289)	29.8	(141)	46.2	(430)	33.7
Yhteensä	(971)	100.0	(305)	100.0	(1276)	100.0

(Tieto puuttuu N=121)



### *4.2.3 Itsemurhavaaran esilläolo hoito- ja palvelujärjestelmissä*

Elämänsä viimeisen vuoden aikana itsemurhan tehneistä 44 % (N=612), miehistä 38 % (N=404) ja naisista 65 % (N=208) oli ollut hoitosuhteessa. Hoitosuhde määriteltiin sellaiseksi ammatilliseksi hoito- tai asiakassuhteeksi, jossa tavoitteellisesti pyrittiin jonkin ongelman selvittelyyn ja joka sisälsi sopimuksen tapaamisista tai muista yhteydenotoista. Tämän hoitosuhteen lisäksi itsemurhan tehneellä on voinut olla kontakti johonkin muuhun hoito- tai palvelutahoon.

Kaikista hoitosuhteessa olleista 23 % (N=141), miehistä 18 % (N=72) ja naisista 33 % (N=69) oli sellaisia, joiden haastateltu työntekijä varmasti tiesi tehneen vähintään yhden aikaisemman itsemurhayrityksen elämänsä aikana.

Miesten ja naisten itsemurhayritykset jakautuivat työntekijän arvioiman kuolemanpyrkimyksen voimakkuuden mukaan hyvin samalla tavalla; 32 %:ssa (N=45) kuolemanpyrkimys arvioitiin vakavaksi, 29 %:ssa (N=41) melko vakavaksi ja 24 %:ssa (N=21) lieväksi. Työntekijä ei osannut arvioida kuolemanpyrkimyksen voimakkuutta 15 %:ssa (N=21) tapauksista.

Viimeisen vuoden aikana hoitosuhteessa olleista miehistä 40 %:lta ja naisista 54 %:lta oli kysytty hoidon aikana, oliko heillä itsemurha-aikeita. Kaikista hoitosuhteessa olleista 35 % (N=213), miehistä 31 % (N=126) ja naisista 42 % (N=87) oli kertonut haastateltavalle työntekijälle itsemurha-aikeistaan. Itsemurha-aikeista oli kerrottu useimmin psykiatrisen erikoissairaanhoidon hoitosuhteessa (47 %) ja harvimminkin perusterveydenhuollossa (13 %).

Myös itsemurhan tehneen viimeksi tavannut hoito- tai muun palvelujärjestelmän työntekijä arvioi itsemurhavaaraa. Jollain tavoin itsemurhavaava oli ollut esillä viimeksi tavanneen työntekijän mukaan noin viidenneksessä tapauksista (taulukko 4.15).

Taulukko 4.15. Itsemurhavaaran esilläolo palvelujärjestelmässä viimeisen tapaamisen aikana lukumäärittäin ja prosenttiosuutena tapauksista itsemurhan tehneen sukupuolen mukaan.

Itsemurhavaaran esilläolo	Miehet (N=619)		Naiset (N=234)		Yhteensä (N=853)	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Itsemurhavaara ei esillä	(532)	86.8	(170)	75.2	(702)	83.7
Ilmaisi itsemurha-ajatuksia	(34)	5.6	(14)	6.2	(48)	5.7
Ei puhetta, työntekijä vaistosi	(13)	2.1	(5)	2.2	(18)	2.2
Psyykinen tila	(9)	1.5	(12)	5.3	(21)	2.5
Keskustelua aikaisemmista yrityksistä	(5)	0.8	(6)	2.7	(11)	1.3
Ei myöntänyt kysyttäessä	(9)	1.5	(11)	4.9	(20)	2.4
Muu	(11)	1.8	(8)	3.5	(19)	2.3

14 tapauksessa kaksi eri esilläolotapaa

Kolmanneksessa niistä tapauksista, joissa itsemurhavaara oli esillä (N=151), potilas oli puhunut itsemurha-ajatuksistaan, ja runsaassa kolmanneksessa viimeksi tavannut työntekijä oli vaistonnut itsemurhavaaran tai epäillyt sitä asiakkaan psyykkisen tilan perusteella. Niissä tapauksissa, joissa itsemurhavaara oli viimeisen vastaanottokäynnin aikana tavalla tai toisella esillä, sovittiin jatkotoimenpiteistä 69 %:n kohdalla. Jatkohoito järjestettiin runsaalle kolmannekselle (38 %) ja lähes neljännekselle (24 %) tehtiin jatkohoitosuunnitelma. Viidennestä kehoitettiin ottamaan yhteyttä myöhemmin.

Viimeisessä hoitokontaktissa psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä olleista 33 %:ssa ja perusterveydenhuollon piirissä olleista 9 %:ssa oli keskusteltu itsemurhan mahdollisuudesta (taulukko 4.16). Luokkaan "muu" sisältyy suurimpana ryhmänä somaattinen sairaala tai poliklinikka; muita pienempiä ryhmiä olivat yksityinen työterveyshuolto, yksityiset psykiatrit ja muut lääkärit.

Taulukko 4.16. Itsemurhavaaran esilläolo viimeisen tapaamisen aikana viimeksi tavanneen työntekijän työpaikan mukaan.

Itsemurhavaaran esilläolo	Viimeksi tavanneen työntekijän työpaikka				
	Psykiatrinen erikoissairaanhoito	Perusterveydenhuolto	Sosiaalihoolto	Muu	Yhteensä
	(N) %	(N) %	(N) %	(N) %	(N) %
Ei	(194) 67.4	(229) 91.2	(70) 88.6	(206) 89.6	(699) 82.4
Kyllä	(94) 32.6	(22) 8.8	(9) 11.4	(24) 10.4	(149) 17.6
Yhteensä	(288) 100.0	(251) 100.0	(79) 100.0	(230) 100.0	(848) 100.0

(Tieto puuttuu N=5)

Itsemurhavaara oli ollut esillä 8 %:ssa niistä vastaanotoista, jotka ajoittuivat yli kolme kuukautta ennen itsemurhaa ja 20 %:ssa niistä, jotka ajoittuivat alle kolme kuukautta ennen itsemurhaa. Niissä tapaamisissa, joissa aikaero oli kaksi viikkoa tai vähemmän, itsemurhavaara oli ollut esillä 24 %:ssa.

#### 4.2.4. Itsemurhan yllätyksellisyys

Itsemurhan yllätyksellisyys heijastaa toisaalta sitä, miten selvästi itsemurhavaara näkyi yksilön tekojen ja puheiden kautta ja toisaalta läheisten herkkyyttä havaita itsemurhavaara. Samalla se kertoo siitä, minkälaisen tiedon varassa mahdolliset auttajat olivat olleet ennen itsemurhatekoa.

Läheisistä 80 % oli kokenut tapahtuneen itsemurhan yllätyksenä (taulukot 4.17 ja 4.18). Aikaisempien itsemurhayritysten lukumäärän kasvaessa teon yllätyksellisyys läheiselle väheni. Miesten tekemät itsemurhat oli koettu yllätyksenä useammin kuin naisten tekemät.

Taulukko 4.17. Miesten itsemurhien yllätyksellisyys läheiselle tämän tiedossa olleiden itsemurhayritysten lukumäärän mukaan.

Itsemurhayritysten lukumäärä	Itsemurhan yllätyksellisyys					
	Ei		Kyllä		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Ei yrityksiä	(54)	10.8	(446)	89.2	(500)	100.0
1 yritys	(38)	23.0	(127)	77.0	(165)	100.0
2 yritystä	(24)	35.8	(43)	64.2	(67)	100.0
3-4 yritystä	(11)	39.3	(17)	60.7	(28)	100.0
5 tai useampia	(7)	43.7	(9)	56.3	(16)	100.0
Ei tietoa yrityksistä	(18)	19.2	(76)	80.8	(94)	100.0
Yhteensä	(156)	17.7	(724)	82.3	(880)	100.0

(Tieto puuttuu N=207)

Jos läheiselle ei ollut kerrottu itsemurha-aikeista, yhdeksän kymmenestä oli kokenut itsemurhan yllätyksenä (taulukko 4.19). Niistäkin läheisistä, joille itsemurhan tehnyt oli kertonut itsemurha-aikeistaan, kaksi kolmesta oli kokenut itsemurhan yllätyksenä.

Hoitavista työntekijöistä 48 % ei pitänyt itsemurhaa yllätyksenä silloin, kun heidän tiedossaan oli aikaisempia itsemurhayrityksiä. Mikäli taas tiedossa ei ollut aikaisempia itsemurhayrityksiä, 22 % ei pitänyt tapahtumaa yllätyksenä. Kun itsemurhan tehnyt oli kertonut hoitosuhteessa itsemurha-aikeistaan, 41 % työntekijöistä ei yllättynyt itsemurhasta. Niistä hoitovastuussa olleista työntekijöistä, joille ei ollut kerrottu itsemurha-aikeista, 19 % ei ollut yllättynyt.

Taulukko 4.18. Naisten itsemurhien yllätyksellisyys läheiselle tämän tiedossa olevien itsemurhayritysten lukumäärän mukaan.

Itsemurhayritysten lukumäärä	Itsemurhan yllätyksellisyys					
	Ei		Kyllä		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Ei yrityksiä	(7)	7.2	(90)	92.8	(97)	100.0
1 yritys	(22)	34.9	(41)	65.1	(63)	100.0
2 yritystä	(10)	29.4	(24)	70.6	(34)	100.0
3-4 yritystä	(14)	48.3	(15)	51.7	(29)	100.0
5 tai useampia	(8)	72.7	(3)	27.3	(11)	100.0
Ei tietoa yrityksistä	(5)	27.8	(13)	72.2	(18)	100.0
Yhteensä	(69)	26.7	(189)	73.3	(258)	100.0

(Tieto puuttuu N=68)

Taulukko 4.19. Itsemurhan yllätyksellisyys läheiselle itsemurha-aikeista kertomisen mukaan.

Itsemurhan yllätyksellisyys	Itsemurha-aikeista kertominen							
	Ei tiedä		Ei		Kyllä		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Ei	(1)	5.9	(55)	10.6	(171)	28.9	(227)	20.2
Kyllä	(16)	94.1	(462)	89.4	(421)	71.1	(899)	79.8
Yhteensä	(17)	100.0	(517)	100.0	(592)	100.0	(1126)	100.0

(Tieto puuttuu N=271)

### 4.3 Yhteenveto

Esitetyt tulokset ovat yhdensuuntaisia aikaisempien vastaavien tutkimusten tulosten kanssa. Noin puolet kaikista itsemurhan tehneistä oli aikaisemmin yrittänyt itsemurhaa ja noin kaksi kolmesta oli joko sanoin tai teoin ilmaissut jollekulle itsemurha-aikeensa. Itsemurhaa aikaisemmin yrittäneillä ensimmäisestä itsemurhayrityksestä oli useimmiten kulunut kuukausia tai vuosia, mikä viittaa siihen, että itsemurha oli useimmiten suhteellisen pitkäkestoisen prosessin tulos. Oli vainaja ilmaissut itsemurha-aikeensa tai ei, kokivat sekä läheiset että hoitaneet työntekijät itsemurhan usein yllätyksenä.

### Lähteet

1. *Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P.* A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974;125:355-373.
2. *Rich C, Young D, Fowler R.* San Diego suicide study I: Young vs old subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:577-582.
3. *Robins E, Murphy G, Wilkinson R Jr, Gassner S, Kays J.* Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 1959;49:888-899.
4. *Palonen K, Aro H.* Anticipation of suicide by significant others. Teoksessa: Ferrari G, Bellini M, Crepet P, toim. *Proceedings of the 3rd European symposium of suicidal behaviour and risk factors.* Bologna: Monduzzi Editore, 1990:793-795.
5. *Lönnqvist J, Tolppanen E-M.* Outcome of attempted suicide. Teoksessa Pichot P ym, toim. *Psychiatry - The State of the Art.* New York: Plenum Press 1985;1:889-94.
6. *Suokas J, Lönnqvist J.* Outcome of attempted suicide: Risk for suicide during a five year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:545-549.

## 5 Päihteiden käyttö ja itsemurha

Jouko Lönnqvist, Mauri Marttunen, Hillevi Aro, Sari Valjakka, Sami Pirkola

Alkoholin käytön on arvioitu lisäävän itsetuhoisen käyttäytymisen riskiä sekä alkoholisteilla että ei-alkoholisteilla. Alkoholin käytön on arvioitu olevan tavalla tai toisella yhteydessä noin puoleen itsemurhasta. Seurantatutkimuksissa alkoholistien ja alkoholin suurkuluttajien itsemurhariski normaaliväestöön verrattuna on vaihdellut 3-kertaisesta 25-kertaiseen (1). Kaikista alkoholistien kuolemista 5 % - 27 % on arvioitu olevan itsemurhia (2).

Itsemurhan tehneitä koskeneissa "psychological autopsy" -tutkimusmenetelmällä tehdyissä diagnostisissa tutkimuksissa päihderiippuvuus- tai päihteiden väärinkäyttödiagnosi on asetettu 15 - 54 % itsemurhan tehneistä (3 - 6). Suomessa IMS-87 -projektin tutkimuksessa, jossa käytettiin otosaineistoa, alkoholiriippuvuus- tai alkoholin väärinkäyttödiagnosi asetettiin 43 %:lle itsemurhan tehneistä (7, ks.luku 7). Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa itsemurhan tehneillä oli alkoholin käytön lisäksi yleistä huumeiden käyttö, etenkin alle 30-vuotiailla (5). Suomessa IMS-87 -projektin 13 - 19 -vuotiaita nuoria koskeneessa tutkimuksessa alkoholin väärinkäyttö- tai alkoholiriippuvuusdiagnosin sai 26 % itsemurhan tehneistä (8, ks.luku 11). Alkoholiongelman lisäksi kahdella nuorella (4 %) todettiin muiden päihteiden käyttöä.

### 5.1 Päihteiden käytön yleisyys

Tässä luvussa tarkastellaan 20-vuotiaiden ja sitä vanhempien itsemurhan tehneiden (846 miehen ja 245 naisen) päihteiden käyttöä omaisilta saatujen tietojen pohjalta niissä tapauksissa, joissa haastatellulla omaisella oli tietoa tutkittavan alkoholin käytöstä. Päihteiden käyttöä selvitettiin omaishaastattelussa 17 kysymyksellä.

Itsemurhan tehneistä miehistä 93 % ja naisista 72 % oli käyttänyt alkoholia elämänsä aikana. Haastatellun omaisen mukaan 12 % ei ollut käyttänyt koskaan alkoholia

(taulukko 5.1). Niistä tapauksista, joista tieto saatiin, oli viimeisen vuoden aikana alkoholia käyttänyt haastatellun omaisen mukaan miehistä 84 % ja naisista 61 % (Taulukot 5.2 ja 5.3).

Omaisen tiedon mukaan 34 miestä ja 7 naista oli käyttänyt elämänsä aikana huumeita. Viimeisen vuoden aikana huumeita käyttäneitä miehiä oli 10 ja naisia 1.

Taulukko 5.1. Itsemurhan tehneiden alkoholin käyttö elämän aikana.

Alkoholin käyttö	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Ei ollut käyttänyt	(55)	6.5	(68)	27.8	(128)	11.7
Oli käyttänyt	(732)	86.5	(169)	69.0	(901)	82.6
Oli lopettanut	(59)	7.0	(8)	3.3	(67)	6.1
Yhteensä	(846)	100.0	(245)	100.0	(1091)	100.0

Tarkasteltaessa miesten alkoholin käyttötiheyttä viimeisen vuoden aikana ikäryhmittäin korostuu erityisesti 35 - 49 -vuotiaiden ja 50 - 64 -vuotiaiden miesten tiheä alkoholin käyttö (Taulukko 5.2). Naisten alkoholin käyttötiheys oli kaikissa ikäryhmissä miesten käyttöä harvempaa (Taulukko 5.3).

Viimeisen vuoden aikana miehistä 37 % (N=311/846) ja naisista 13 % (N=31/245) oli ollut humalassa kerran tai useammin kuin kerran viikossa.



Taulukko 5.2. Miesten alkoholin käyttötiheys viimeisen vuoden aikana ikäryhmittäin.

Alkoholin käyttötiheys	20-34v		35-49v		50-65v		65v-		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Kolmesti viikossa tai useammin	(39)	14.4	(86)	30.7	(38)	21.3	(17)	15.7	(180)	21.5
Kolmesti tai useammin viikossa, jaksottain	(37)	13.7	(41)	14.6	(30)	16.9	(3)	2.8	(111)	13.3
1-2 kertaa viikossa	(60)	22.1	(40)	14.3	(23)	12.9	(8)	7.4	(131)	15.7
1-3 kertaa kuukaudessa	(54)	19.9	(44)	15.7	(15)	8.4	(17)	15.7	(130)	15.5
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	(29)	10.7	(27)	9.6	(25)	14.0	(25)	23.1	(106)	12.7
Ei käyttänyt	(30)	11.1	(23)	8.2	(40)	22.5	(35)	32.4	(128)	15.3
Ei tietoa	(22)	8.1	(19)	6.8	(7)	3.9	(3)	2.8	(51)	6.1
Yhteensä	(271)	100.0	(280)	100.0	(178)	100.0	(108)	100.0	(837)	100.0

(Tieto puuttuu N=1)

Omaiset arvioivat lähes puolet itsemurhan tehneistä miehistä ja runsaan kuudenneksen naisista alkoholiongelmaisiksi. Miehet arvioitiin naisia useammin alkoholiongelmaisiksi kaikissa ikäryhmissä (Taulukko 5.4). Sekä miehillä että naisilla omaisten arvioimat alkoholiongelmät olivat yleisimpiä 35 - 49 -vuotiailla itsemurhan tehneillä.

Taulukko 5.3. Naisten alkoholin käyttötiheys viimeisen vuoden aikana ikäryhmittäin.

Alkoholin käyttötiheys	20-34v		35-49v		50-64v		65v-		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Kolmesti viikossa tai useammin	(5)	10.4	(12)	13.8	(4)	6.6	(2)	4.2	(23)	9.4
Kolmesti tai useammin viikossa, jaksottain	(7)	14.6	(6)	6.9	(4)	6.6	(1)	2.1	(18)	7.4
1-2 kertaa viikossa	(2)	4.2	(12)	13.8	(2)	3.3	(0)	0.0	(16)	6.6
1-3 kertaa kuukaudessa	(17)	35.4	(13)	14.9	(6)	9.8	(2)	4.2	(38)	15.6
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	(10)	20.8	(20)	23.0	(11)	18.0	(7)	14.6	(48)	19.7
Ei käyttänyt	(5)	10.4	(22)	25.3	(32)	52.5	(33)	68.8	(92)	37.7
Ei tietoa	(2)	4.2	(2)	2.3	(2)	3.3	(3)	6.3	(9)	3.7
Yhteensä	(48)	100.0	(87)	100.0	(61)	100.0	(48)	100.0	(244)	100.0

(Tieto puuttuu N=1)

Taulukko 5.4. Omaisen arvio alkoholiongelmasta ikäryhmittäin.

Sukupuoli	20-34v		35-49v		50-64v		65v-		Yhteensä	
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	
Miehet	(111/273)	(180/282)	(83/178)	(28/108)	(402/841)					
%	40.7	63.8	46.6	25.9	47.8					
Naiset	(6/45)	(24/87)	(10/61)	(2/49)	(42/242)					
%	13.3	27.6	16.4	4.1	17.4					
Yhteensä	(117/318)	(204/369)	(93/239)	(30/157)	(444/1083)					
%	36.8	55.3	38.9	19.1	41.0					

(Tieto puuttuu N=8)

Haastatellun omaisen arvion mukaan alkoholin käytöllä oli itsemurhaan johtaneessa kehityksessä ainakin jonkin verran merkitystä runsaalla puolella miehistä ja noin neljänneksellä naisista (taulukot 5.5 ja 5.6).

Alkoholin käytön merkitys itsemurhaan johtaneessa prosessissa arvioitiin 35 - 49-vuotiaiden ikäryhmässä muita useammin hyvin merkitseväksi tai ratkaisevaksi sekä miehillä (33 %) että naisilla (17 %).

Taulukko 5.5. Miesten alkoholin käytön merkitys itsemurhaprosessissa eri ikäryhmissä omaisen arvioimana.

Päihteiden käytön merkitys	20-34v		35-49v		50-64v		65v-		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Merkityksetön	(115)	42.8	(82)	29.9	(84)	48.0	(78)	72.2	(359)	43.5
Jonkin verran merkitsevä	(52)	19.3	(46)	16.8	(24)	13.7	(12)	11.1	(134)	16.2
Merkitsevä	(32)	11.9	(53)	19.3	(29)	16.6	(10)	9.3	(124)	15.0
Hyvin merkitsevä	(36)	13.4	(45)	16.4	(21)	12.0	(2)	1.9	(104)	12.6
Ratkaiseva	(29)	10.8	(45)	16.4	(15)	8.6	(5)	4.6	(94)	11.4
Ei arviota	(5)	1.9	(3)	1.1	(2)	1.1	(1)	0.9	(11)	1.3
Yhteensä	(269)	100.0	(274)	100.0	(175)	100.0	(108)	100.0	(826)	100.0

(Tieto puuttuu N=20)

Taulukko 5.6. Naisten päihteiden käytön merkitys itsemurhaprosessissa eri ikäryhmissä omaisen arvioimana.

Päihteiden käytön merkitys	20-34v		35-49v		50-64v		65v-		Yhteensä	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Merkityksetön	(26)	57.8	(59)	67.8	(47)	79.7	(47)	95.9	(179)	74.6
Jonkin verran merkitsevä	(10)	22.2	(7)	8.0	(5)	8.5	(0)	0.0	(22)	9.2
Merkitsevä	(4)	8.9	(5)	5.7	(1)	1.7	(2)	4.1	(12)	5.0
Hyvin merkitsevä	(0)	0.0	(7)	8.0	(1)	1.7	(0)	0.0	(8)	3.3
Ratkaiseva	(3)	6.7	(8)	9.2	(4)	6.8	(0)	0.0	(15)	6.3
Ei arviota	(2)	4.4	(1)	1.1	(1)	1.7	(0)	0.0	(4)	1.7
Yhteensä	(45)	100.0	(87)	100.0	(59)	100.0	(49)	100.0	(240)	100.0

(Tieto puuttuu N=5)

Siviilisäätyryhmittäin tarkasteltuna eronneet ja asumuserossa asuvat miehet sekä eronneet naiset olivat omaisten tiedon mukaan käyttäneet alkoholia muita useammin ja runsaammin. Myös omaisten arvion mukaan alkoholiongelmaisia oli eniten eronneissa ja asumuserossa asuneissa miehissä ja eronneissa naisissa. Eronneet ja asumuserossa olleet alkoholia runsaasti ja ongelmaisesti käyttäneet itsemurhan tehneet miehet olivat useimmiten 35-49 vuoden ikäisiä.

## 5.2 Alkoholin käytön seuraukset

Itsemurhan tehneillä oli viimeisen vuoden aikana alkoholin käyttöön liittyviä, haastattelun omaisen tietoon tulleita seurauksia suhteellisen usein (Taulukko 5.7). Itsemurhan tehneistä neljännes oli joutunut riitaan alkoholin käytön yhteydessä ja viidennes miehistä oli joutunut tappeluun. Rattijuoppoutteen oli syylistynyt 21 % miehistä ja 5 % naisista.

Taulukko 5.7. Itsemurhan tehneille viimeisen vuoden aikana alkoholin käytön yhteydessä esiintyneitä tapahtumia.

Tapahtuma	Miehet (N=846)		Naiset (N=245)		Yhteensä (N=1091)	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Riitaan joutuminen	(239)	28.3	(38)	15.5	(277)	25.4
Käsikähmä tai tappelu	(170)	20.1	(19)	7.8	(189)	17.3
Tapaturma	(117)	13.8	(13)	5.3	(130)	11.9
Rahan tai arvoesineiden kadottaminen	(128)	15.1	(11)	4.5	(139)	12.7
Esineiden tai vaatteiden vahingoittuminen	(129)	15.2	(15)	6.1	(144)	13.2
Petkutetuksi tai huijatuksi joutuminen	(68)	8.0	(9)	3.7	(187)	17.1
Autolla ajo alkoholin vaikutuksen alaisena	(175)	20.7	(12)	4.9	(187)	17.1
Ryöstön tai varkauden uhriksi joutuminen	(44)	5.2	(5)	2.0	(49)	4.5
Pidätetyksi joutuminen	(146)	17.3	(12)	4.9	(158)	14.5
Vaikeudet työssä	(113)	13.4	(7)	2.9	(120)	11.0
Alkoholin käyttö krapulaan	(330)	39.0	(22)	9.0	(352)	32.3
Itsemurhayritys	(97)	11.5	(30)	12.2	(127)	11.6

Itsemurhan tehneistä miehistä 15 % ja naisista 5 % oli ollut viimeisen vuoden aikana hoidettavana alkoholin käytön vuoksi. Useammassa eri hoitopaikassa alkoholin käytön vuoksi oli ollut 7 % miehistä ja noin 1 % naisista.

Niistä itsemurhan tehneistä, jotka omaiset arvioivat alkoholi-ongelmaisiksi, miehistä 30 % (N=119/394) ja naisista 27 % (N=11/41) oli ollut alkoholin käytön vuoksi hoidossa.

### 5.3 Yhteenveto

Alkoholin käyttöä koskevien lukujen voidaan olettaa olevan aliarvioita, koska yhtäältä alkoholin käyttöä yleisesti aliraportoidaan ja toisaalta tässä tutkimuksessa haastatelluilla omaisilla on voinut olla puutteelliset tiedot itsemurhan tehneen alkoholin käytöstä (9). Joka tapauksessa esitetyt tulokset tukevat käsitystä alkoholiongelmien merkittävästä osuudesta itsemurhissa.

Valtaosa itsemurhan tehneistä oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana. Yhden-suuntaisesti aikaisemmissa tutkimuksissa esitettyjen arvioiden kanssa (2) omaiset arvioivat alkoholin käytöllä olleen merkitystä noin puolessa itsemurhasta. Myös omaisten arvio alkoholiongelman yleisyydestä oli miehillä samaa suuruusluokkaa kuin kaiken tapauksista kootun tiedon perusteella asetettujen päihteiden väärinkäyttödiagnosien yleisyys IMS-87 -projektin otosaineistossa (7), mutta naisilla omaisten arvio oli alhaisempi kuin diagnostisessa tutkimuksessa. Toisin kuin esimerkiksi USA:ssa (5, 10), huumeiden merkitys suomalaisten itsemurhissa ei näytä näiden tulosten perusteella kovin merkittävältä.

Kaikissa tarkastelluissa ikäryhmissä itsemurhan tehneet miehet kärsivät alkoholiongelmasta naisia useammin. Yleisintä alkoholin ongelmakäyttöä ennen itsemurhaa oli keski-ikäisillä miehillä. Alkoholiongelmien esiintymistä erityisesti keski-ikäisillä itsemurhan tehneillä on ulkomaisissa tutkimuksissa selitetty muun muassa alkoholistien korkealla kuolleisuudella moniin alkoholin aiheuttamiin sairauksiin ja siten heidän suhteellisen osuutensa pienenemisellä keski-ikäen jälkeen (11, 12).

Eronneet tai asumuserossa asuneet keski-ikäiset itsemurhan tehneet olivat muita siviilisäätyryhmiä useammin alkoholiongelmaisina. Nämä ihmissuhdemenetyksen kokeneet alkoholiongelmaiset henkilöt ovat itsemurhien ehkäisyn kannalta tärkeä ryhmä, sillä erityisesti alkoholistien on todettu kokeneen ennen itsemurhaa läheisen ihmissuhteen katkeamisen (13, ks.luku 6).

Vaikka omaisten arvion mukaan lähes puolella itsemurhan tehneistä miehistä ja yli kuudenneksella naisista oli alkoholiongelma, oli sen hoito suhteellisen harvinaista. Niistäkin itsemurhan tehneistä henkilöistä, jotka omaiset arvioivat alkoholiongelmaisiksi, vain alle kolmannes oli ollut hoidossa. Alkoholiongelmista kärsivien hoitoon ohjaamista tulisi tehostaa ja hoidon jatkuvuuteen kiinnittää erityistä huomiota, etenkin jos samanikäisesti on todettavissa itsetuhokäyttäytymistä.

## Lähteet

1. *Bruun K, Edwards G, Lumio M, Mäkelä K, Pan L, Popham R, Room R, Schmidt W, Skog O-J, Sulkunen P, Österberg E.* Alkoholipolitiikka. Kansanterveydellinen näkökulma. Forssa: Alkoholitutkimussäätiö, 1975. (Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja 26)
2. *Frances R, Franklin J, Flavin D.* Suicide and alcoholism. *Ann N Y Acad Sci* 1986;487:316-326.
3. *Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P.* A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974;125:355-373.
4. *Robins E, Murphy G, Wilkinson R Jr, Gassner S, Kayes J.* Some clinical considerations in the prevention of suicides based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 1959;49:888-899.
5. *Rich C, Young D, Fowler R.* San Diego suicide study I: Young vs old subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:577-582.
6. *Arato M, Demeter E, Rihmer Z, Somogyi E.* Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiatr Scand* 1988;77:454-456.
7. *Henriksson M, Aro H, Marttunen M, Heikkinen M, Isometsä E, Kuoppasalmi K, Lönnqvist J.* Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993; 150:935-940.
8. *Marttunen M, Aro H, Henriksson M, Lönnqvist J.* Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:834-839.
9. *Brent D.* The psychological autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1989;19:43-57.
10. *Fowler R, Rich C, Young D.* San Diego suicide study II: Substance abuse in young cases. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:962-965.

11. *Dorpat T, Ripley H.* A study of suicide in the Seattle area. *Compr Psychiatry* 1960;1:349-359.
12. *Roy A, Linnoila M.* Alcoholism and Suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1986;244-273.
13. *Murphy G, Wetzel R, Robins E, McEvoy L.* Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:459-463.



## 6 Elämäntapahtumat ja sosiaalinen vuorovaikutus itsemurhan tehneillä

Martti Heikkinen, Hillevi Aro, Jouko Lönnqvist

### 6.1 Elämäntapahtumat

Elämäntapahtumilla on todettu olevan merkitystä somaattisten sairauksien ja psyykkisten häiriöiden kehittämisessä. Elämäntapahtumat ja -vaikendet myötävaikuttavat tutkimusten mukaan erityisesti depression kehittymiseen, ja ne saattavat toimia laukaisevina tekijöinä itsemurhayrityksissä. Elämäntapahtumat ovat tutkimusten mukaan olleet yleisiä myös itsemurhan tehneillä. Itsemurhaan liittyvien psykososiaalisten rasitetekijöiden on todettu vaihtelevan luonteeltaan elämänkaaren vaiheiden mukaan (1). Väestöön vertailevissa tutkimuksissa on todettu, että puolison tai äidin kuolema lisää itsemurhariskiä usean vuoden ajaksi (2,3). Noin neljäsosa itsemurhan tehneistä henkilöistä on kohdannut merkittävän tunnesuhteen katkeamisen itsemurhaa edeltäneen vuoden aikana (4). Erokokemukset ovat ajoittuneet yleensä viimeisiin viikkoihin, etenkin nuorissa ikäryhmissä (5). Ihmissuhdevaikeudet ja erotapahtumat ovat edeltäneet erityisen usein päihteiden väärinkäyttäjien itsemurhia (5, 6).

IMS-87 -projektin omaishaastatteluihin sisältyneen elämänmuutuskyselyn 33 kysymystä kartoittivat itsemurhaa edeltäviä elämäntapahtumia, -muutoksia ja vaikeuksia viimeisten kolmen kuukauden ja erikseen viimeisen viikon ajalta. Yksi sisällöllisesti jossain määrin epäselvä ja masennusoireen luonteinen elämäntapahtuma jätettiin analyysin ulkopuolelle. Haastattelijan luotettaviksi arvioimat elämänmuutuskyselyn vastaukset olivat käytettävissä 1067 itsemurhatapauksesta.

Yksittäiset elämäntapahtumat ryhmiteltiin elämänalueittain laajempiin tapahtumaluokkiin (taulukko 6.1). Itsemurhan tehneistä henkilöistä 80 % oli kohdannut keskimäärin 2,6 elämäntapahtumaa viimeisten kolmen kuukauden aikana. Miehet olivat kokeneet naisia yleisemmin elämäntapahtumia, ja yhden henkilön kokemien elämäntapahtumien keskiarvo oli myös miesten ryhmässä suurempi (2,7 vs. 2,4). Erokokemukset, taloudelli-

set vaikeudet, työelämän vaikeudet ja työttömyys olivat miehillä yleisempiä kuin naisilla.

Taulukko 6.1. Elämäntapahtumat itsemurhaa edeltäneiden kolmen kuukauden aikana.

Tapahtuma	Miehet (N=824)		Naiset (N=243)		Yhteensä (N=1067)	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Mikä tahansa tapahtuma	(655)	82	(170)	73	(825)	80
Somaattinen sairaus	(184)	23	(42)	18	(226)	22
Perheenjäsenen vakava sairaus	(91)	11	(36)	15	(127)	12
Kuolemantapaus	(99)	13	(33)	14	(132)	13
Erokokemus	(121)	15	(23)	10	(144)	14
Perheristiriidat	(182)	23	(53)	22	(235)	23
Erossa asuminen työn takia	(24)	3	(15)	6	(39)	5
Taloudelliset vaikeudet	(156)	20	(27)	11	(183)	18
Työelämän vaikeudet	(245)	31	(44)	19	(289)	28
Työttömyys	(148)	18	(17)	7	(165)	16
Eläkkeelle jääminen	(28)	3	(8)	3	(36)	3
Muutto	(80)	10	(18)	7	(98)	9
Vankeusrangaistus	(18)	2	(3)	1	(21)	2
Muut	(40)	5	(19)	8	(59)	6

(Tieto puuttuu N= 7 - 48)

Itsemurhan tehneillä miehillä erokokemukset, työelämän vaikeudet ja työttömyys viimeisten kolmen kuukauden aikana olivat yleisimpiä alle 50-vuotiailla, perheristiriidat ja taloudelliset vaikeudet 30 - 49-vuotiailla ja somaattinen sairastaminen yli 50-vuotiailla. Somaattiset sairaudet lisääntyivät voimakkaasti iän myötä. Kaikkien näiden elämäntapahtumien ikäjakauma oli naisilla useimmiten samansuuntainen kuin miehillä, mutta

selvästi tasaisempi.

Paitsi ikä ja sukupuoli, myös päihteiden väärinkäyttö oli itsemurhan tehneitä henkilöitä elämäntapahtumien suhteen vahvasti ryhmittelevä tekijä. Erokokemukset, perheristiriidat, taloudelliset vaikeudet ja työttömyys olivat selvästi yleisempiä päihteitä väärinkäyttäneiden kuin ei-väärinkäyttäjien keskuudessa.

Haastateltujen puolisoiden käsityksen mukaan elämäntapahtumilla ja vaikeuksilla on suuri itsemurhaa selittävä merkitys (7). Eri elämäntapahtumilla on puolisoiden tulkinnan mukaan myös huomattavasti erilainen painoarvo suhteessa itsemurhaan (8). Haastateltava katsoi erotapahtuman selittävän itsemurhan 68 %:ssa niillä henkilöillä, jotka olivat kohdanneet eron viimeisen kolmen kuukauden aikana. Somaattisen sairauden selitysarvo oli myös korkea (57 %). Sen sijaan työelämän ongelmien katsottiin selittävän itsemurhan vain harvoin (19 %) niiden osalta, joilla oli raportoitu työelämän vaikeuksia.

## 6.2 Sosiaaliset vuorovaikutustekijät

Elämäntapahtumatutkimuksen piirissä on viime vuosina ollut suuntauksena selvittää myös sosiaalisten vuorovaikutustekijöiden vaikutusta mielenterveyteen. Sosiaalinen tuki voi suoraan edistää mielenterveyttä, ja toisaalta vaimentaa elämäntapahtumien aiheuttamia haitallisia vaikutuksia.

Itsemurhaa yrittäneiden henkilöiden sosiaalisten verkostojen on todettu olleen heikompia kuin verrokkien (9, 10). Itsemurhan tehneiden henkilöiden sosiaalisia vuorovaikutuksen tekijöitä on tähän mennessä tutkittu varsin vähän. Elämäntapahtumat voivat muuttaa sosiaalisen vuorovaikutusverkoston rakennetta ja toimintaa, ja tällaiset muutokset saattavat liittyä itsetuhokäyttämiseen.

Taulukko 6.2. Sosiaalinen vuorovaikutus ennen itsemurhaa.

	Miehet (N=824)		Naiset (N=243)		Yhteensä (N=1067)	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Yksin asuminen	(212/806)	26	(80/239)	33	(292/1045)	28
Ei parisuhdetta	(244/804)	30	(56/236)	24	(300/1040)	29
Ei luotettua ystävää	(240/717)	33	(57/221)	26	(297/938)	32
Ei lapsia	(373/816)	46	(75/240)	31	(448/1056)	42
Ei ystäviä	(307/765)	40	(114/220)	52	(421/985)	43
Tuonut esille yksinäisyyttä	(292/802)	36	(106/228)	46	(398/1030)	39

Taulukossa 6.2. on esitetty sosiaalista vuorovaikutusta ilmentävien muuttujien jakauma sukupuolen mukaan.

Yksin asuminen oli naisilla yleisempää kuin miehillä, ja useampi nainen kuin mies oli valittanut yksinäisyyttä. Naisilla oli useammin lapsia kuin miehillä. Naisilla oli myös useammin jokin luotettava ystävä, kun taas miehillä oli naisia useammin kaveripiiri, jota yhdisti jokin harrastus.

Elämäntapahtumien ja sosiaalisten vuorovaikutustekijöiden välillä havaittiin yhteyksiä. Merkille pantavaa oli, että erokokemukset, taloudelliset vaikeudet ja työttömyys olivat erityisen yleisiä yksin asuvilla miehillä. Itsemurhaprosessissa elämäntapahtumat ovat mitä todennäköisimmin monimutkaisessa vuorovaikutussuhteessa moniin yksilöllisiin tekijöihin kuten elämänvaiheeseen, ongelmanratkaisutaitoihin, mielenterveyteen ja sosiaalisen vuorovaikutusverkoston rakenteeseen ja toimintaan.

## Lähteet

1. *Rich C, Warsrad G, Nemiroff R, Fowler R, Young D.* Suicide, stressors, and the life cycle. *Am J Psychiatry* 1991;148:524-527.
2. *MacMahon B, Pugh T.* Suicide in the widowed. *Am J Epidemiol* 1965;81:23-31.
3. *Bunch J.* Recent bereavement in relation to suicide. *J Psychosom Res* 1972;16:361-366.
4. *Robins E.* The Final Months: A Study of the Lives of 134 Persons Who Committed Suicide. New York: Oxford University Press, 1981.
5. *Rich C, Fowler R, Fogarty L, Young D.* San Diego suicide study III: relationship between diagnoses and stressors. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:589-592.
6. *Murphy G, Robins E.* Social factors in suicide. *JAMA* 1967;199:303-308.
7. *Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J.* The partners' views on precipitant stressors in suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1992a;85:380-384.
8. *Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J.* Recent life events and their role in suicide as seen by the spouses. *Acta Psychiatr Scand* 1992b;86:489-494.
9. *Veiel H, Brill G, Häfner H, Welz R.* The social supports of suicide attempters: the different role of family and friends. *Am J Comm Psychol* 1988;16:839-861.
10. *Hart E, Williams C, Davidson J.* Suicidal behaviour, social networks and psychiatric diagnosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1988;23:222-228.

## 7 Mielenterveyden häiriöt ja itsemurha

Markus Henriksson, Hillevi Aro, Kimmo Kuoppasalmi, Mauri Marttunen, Martti Heikkinen, Erkki Isometsä, Jouko Lönnqvist

Useissa tutkimuksissa eri maissa on voitu todeta, että suurin osa (80 - 100 %) itsemurhan tehneistä on kärsinyt mielenterveyden häiriöistä juuri ennen kuolemaansa (1). Mielenterveyden häiriöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä mitä tahansa psyykkistä oireyhtymää, johon liittyy subjektiivista kärsimystä ja/tai henkilölle itselleen haitallisia käyttäytymisen ongelmia. Mielenterveyden häiriön käsite on tunnetusti monella tavalla määriteltävissä ja riippuvainen mm. kulloinkin käytettävästä diagnostisesta luokituksesta.

Itsemurhat Suomessa 1987 -projektin aineistoon kuuluvien itsemurhan tehneiden henkilöiden mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä tutkittiin koko aineistoa edustavan otoksen (N=229) avulla (2). Diagnostisena luokituksena käytettiin DSM-III-R -järjestelmää kriteeristöineen, johon myös suomalainen voimassaoleva mielenterveyden häiriöiden luokitus (3) perustuu. Mielenterveyden häiriöiden diagnoosit ovat oireiden tai oireyhtymien kuvauksia. Käytetyn diagnostisen järjestelmän luonteeseen kuuluu, että useampi kuin yksi diagnoosi on mahdollinen saman henkilön kohdalla. Luokituksessa pyritään myös erottamaan ajankohtainen oireyhtymädiagnoosi (esim. ahdistuneisuushäiriö, vakava masennustila, alkoholi-riippuvuus) ja mahdollinen varhaisaikuisuudessa alkanut persoonallisuuden häiriö -diagnoosi toisistaan. Tätä varten järjestelmässä on olemassa eri akselit siten, että ajankohtainen oireyhtymä -diagnoosi kirjataan akselille I kun taas persoonallisuuden häiriö -diagnoosi akselille II. Lisäksi järjestelmässä kirjataan akselille III oireyhtymädiagnoosiin merkittävässä määrin yhteydessä oleva ruumiillinen sairaus tai vamma.

Kunkin diagnoosin vaatimien oireiden toteamiseksi tai poissulkemiseksi tutkijat käyttivät hyväkseen kustakin tapauksesta kertynyttä kokonaisaineistoa, ei pelkästään hoitavien henkilöiden haastatteluja tai sairauskertomustietoja. Diagnoosit asetettiin kaksivaiheisesti. Ensimmäisessä vaiheessa neljä psykiatria asetti pareittain toisistaan riippumatta otoksen tapauksille diagnoosit, jos niihin vaadittavat oirekriteerit olivat löydettävissä.

Diagnoosien luotettavuutta arvioitiin vertaamalla eri psykiatrien samasta potilaasta tekemiä diagnooseja toisiinsa ja arvioimalla saavutettu yksimielisyys ns. kappa- eli yhtäpitävyyškertoimella. Kertoimen perusteella diagnostinen luotettavuus aineistossa oli hyvä, vakava masennustila- ja alkoholiriippuvuus -diagnoosien osalta jopa erittäin hyvä. Tämän arvioinnin jälkeen lopulliset diagnoosit asetettiin konsensusneuvottelussa. Tutkimuksen luonteesta johtuen diagnoosit ovat retrospektiivisiä eli takautuvia. Itsemurhatapahtumaa ei käytetty diagnostisena kriteerinä.

Psykiatrinen diagnoosi asetettiin 93 %:lle otokseen kuuluvista tapauksista (taulukko 7.1.). Minkäänlaista mielenterveyden häiriön diagnoosia ei asetettu 2 %:lle tapauksista. Käytettävissä oleva tieto oli 5 %:n kohdalla riittämätön mielenterveyden häiriön diagnoosin asettamiseksi tai sen toteamiseksi, ettei mielenterveyden häiriötä ollut. Vakava masennustila todettiin kolmanneksella itsemurhan tehneistä, tarkemmin määrittelmätön masennustila noin neljänneksellä. Jonkinlainen masennusoireyhtymä (vakavat masennustilat, tarkemmin määrittelmättömät masennustilat, vakavat kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, depressiiviset skitso-affektiiviset häiriöt, depressiiviset elimelliset mielenterveyshäiriöt, lievemmät masennustilat ja lyhytkestoiset masennusreaktiot yhteenlaskettuna) todettiin 66 %:lla tapauksista. Vakavista masennustiloista kolmannes sisälsi oirekuvassaan psykoottisia piirteitä (psykoottinen depressio). Vakava masennustila -diagnoosia oli naisilla (46 %) merkitsevästi useammin kuin miehillä (25 %). Myös masennusoireyhtymiä yhteenlaskettuna oli yleisemmin naisilla (75 %) kuin miehillä (63 %). Masennusoireyhtymiä koskevat tulokset vastaavat aikaisemmissa tutkimuksissa muissa maissa todettuja esiintyvyyksiä. Alkoholiriippuvuus -diagnoosi asetettiin kolmannekselle tapauksista. Tämän lisäksi alkoholin haitallista liikakäyttöä esiintyi joka kymmenennellä. Yhteensä näiden diagnoosien osuus oli 43 %, mikä on enemmän kuin useimmissa aiemmissa muiden maiden tutkimuksissa. Miehillä alkoholiriippuvuutta esiintyi 39 %:lla ja naisilla 18 %:lla; ero on tilastollisesti merkitsevä. Kuitenkin naisillakin alkoholiriippuvuuden määrä todettiin suuremmaksi kuin muissa maissa tehdyissä tutkimuksissa, joissa on tutkittu koko väestöä edustavaa otosta. Lääkeaineiden väärinkäyttö -diagnoosi asetettiin vain 5 %:lle tapauksista. Otosaineistossa ei ollut yhtään tapausta, jossa olisi ollut kyse ajankohtaisesta riippuvuudesta ns. koviin huumausaineisiin.

Taulukko 7.1. Mielenterveyden häiriöt itsemurhan tehneillä: diagnoosi akselilla I

Diagnoosi	Miehet (N=172)		Naiset (N=57)		Yhteensä (N=229)	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Ainakin yksi diagnoosi akselilla I	(159)	92	(55)	96	(214)	93
Vakava masennustila	(45)	26	(26)	46	(71)	31
Tarkemmin määrittelemätön masennustila	(43)	25	(9)	16	(52)	23
Vakava kaksisuuntainen mielialahäiriö	(5)	3	(3)	5	(8)	3
Dystyyminen häiriö	(4)	2	(0)	0	(4)	2
Alkoholiriippuvuus	(67)	39	(10)	18	(77)	34
Alkoholin väärinkäyttö	(15)	9	(5)	9	(20)	9
Rauhoittavien lääkkeitten väärinkäyttö	(9)	5	(3)	5	(12)	5
Skitsofrenia	(13)	8	(3)	5	(16)	7
Skitsoaffektii- vinen psykoosi	(5)	3	(3)	5	(8)	3
Muut psykoosit	(7)	4	(1)	2	(8)	3
Elimelliset aivo- oireyhtymät	(8)	5	(0)	0	(8)	3
Ahdistuneisuushäiriöt	(17)	10	(8)	14	(25)	11
Sopeutumishäiriöt	(7)	4	(4)	7	(11)	5
Somatoformiset häiriöt	(2)	1	(1)	2	(3)	1
Syömishäiriöt	(0)	0	(1)	2	(1)	0-1
Tarkemmin määrittelemättömät ei-psykoottiset häiriöt	(2)	1	(0)	0	(2)	1
Ei diagnoosia akselilla I	(4)	2	(0)	0	(4)	2
Riittämättömästi tietoa akseli I:n diagnoosin arviointiin	(9)	5	(2)	4	(11)	5



Skitsofreenisiä psykooseja esiintyi 7 %:lla, mikä tulos on yhdenmukainen aikaisempien tutkimusten kanssa. Psykoottisten häiriöiden yhteenlaskettu osuus (psykoottiset mielialahäiriöt mukaan lukien) oli 26 %.

Ahdistuneisuushäiriö -diagnoosi asetettiin joka kymmenennelle otosaineiston tapauksista. Vain kolme tapausta eli 1 % sai paniikkihäiriö -diagnoosin. Mahdollisesti on niin, että alkoholin väärinkäyttöön liittyvät ongelmat ja vakavat masennusoireet peittivät alleen henkilöllä jo aiemmin esiintyneitä ahdistushäiriöiden oireita.

Lyhytkestoisia sopeutumishäiriöitä eli kriisireaktioita todettiin 5 %:lla itsemurhan tehneistä, ts. näissä tapauksissa esiintyi lieväästeisiksi arvioituja oireita jonkin merkittävän elämäntapahtuman jälkeen. Psykososiaalisesti tärkeitä elämäntapahtumia oli luonnollisesti myös muissa diagnoosiryhmissä (ks. luku 6.).

Persoonallisuuden häiriöitä voitiin todeta kolmanneksella tapauksista (taulukko 7.2.). Puolella tapauksista ei esiintynyt persoonallisuushäiriö -diagnoosiin vaadittavia ulkoisia kriteerioireita. Noin joka viidennen tapauksen kohdalla ei ollut mahdollista tehdä tietojen riittämättömyyden vuoksi päätöstä persoonallisuushäiriön esiintymisestä tai sen puuttumisesta. Epävakaata persoonallisuutta eli kuvailevin kriteerein määritelty ns. rajatila-persoonallisuushäiriö todettiin 7 %:lla tapauksista. Epävakaan persoonallisuushäiriön osuus naisilla (18 %) oli merkittävästi suurempi kuin miehillä (4 %). Persoonallisuushäiriöitä koskevia tuloksia on vaikea verrata aikaisempiin tutkimuksiin, koska niissä ei ole arvioitu II-akselia tai se on arvioitu vain päädiagnoosina.

Taulukko 7.2. Mielenterveyden häiriöt itsemurhan tehneillä: diagnoosi akselilla II

Diagnoosi	Miehet (N=172)		Naiset (N=57)		Yhteensä (N=229)	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Diagnoosi akselilla II (persoonallisuushäiriö)	(51)	30	(19)	33	(70)	31
Tarkemmin määrittelmätön tai sekamuotoinen persoonallisuushäiriö	(26)	15	(5)	9	(31)	14
Epävakaa persoonallisuus	(7)	4	(10)	18	(17)	7
Muut persoonallisuushäiriöt	(18)	10	(4)	7	(22)	10
Kehitysvammaisuus	(2)	1	(1)	2	(3)	1
Ei diagnoosia akselilla II	(87)	50	(28)	49	(115)	50
Riittämättömästi tietoa akseli II:n diagnoosin arviointiin	(34)	20	(10)	18	(44)	19

Aikaisempien tutkimusten mukaan 16 - 70 % itsemurhan tehneistä ihmisistä on kärsinyt ajankohtaisesta fyysisestä sairaudesta tai vammasta (4). Lukujen suuri vaihtelevuus johtuu eri tutkimusten erilaisista sairauksia koskevista tietolähteistä ja ennen kaikkea erilaisista perusteista, joilla sairaudet on vaikeusasteestaan riippuen otettu mukaan itsemurhaprosessiin vaikuttaneiksi tekijöiksi.

Samalla kun asetettiin mielenterveyden häiriöitä koskevat diagnoosit asetettiin myös DSM-III-R-järjestelmän mukaiset III-akselin diagnoosit, joihin luettiin mikä tahansa sellainen fyysinen sairaus tai vamma, jolla on voinut olla psykologisesti ymmärrettävää merkitystä itsemurhaprosessissa. Määritelmän mukaan myös "lievät" tilat sisällytettiin III-akselin diagnooseihin, mikäli niillä katsottiin olevan jotakin mahdollista merkitystä (esim. metsurin sormimurtuma tai unettomuutta pahentanut ihottuma). Ainakin

yksi III-akselin diagnoosi asetettiin 47 %:lle (N=81) otoksen miehistä ja 42 %:lle (N=24) naisista. Diagnosoidut sairaudet ja vammat olivat monenlaisia: kaiken kaikkiaan asetettiin 81 eri diagnoosia. Sydän- ja verisuonisairaudet muodostivat suurimman ryhmän.

Saadut fyysisten sairauksien diagnoosit myös luokiteltiin vakaviksi tai ei-vakaviksi näiden tilojen vaikeusasteen mukaan. Vakaviksi luokiteltiin ne tilat, joihin liittyi hengenvaarallisuus, selvästi haittaava fyysinen oireilu tai toiminnanvajavuus. Näin määriteltynä 30 % (N=69) otoksen itsemurhan tehneistä (31 % miehistä ja 28 % naisista) oli kärsinyt vakavasta fyysisestä sairaudesta tai vammautumisesta.

Otosaineistosta tutkittiin tarkemmin vakava masennustila- ja alkoholiriippuvuus -diagnoosien esiintyvyyttä samanaikaisesti muiden diagnoosien kanssa. Vakavasta masennustilasta juuri ennen itsemurhaansa kärsineistä joka neljännellä oli samanaikaisesti alkoholiriippuvuus (taulukko 7.3). Noin joka kolmannella oli samanaikainen persoonallisuuden häiriö ja noin puolella jokin merkittävä ruumiillinen sairaus tai vamma. Vain noin kuudesosalla vakavasti masentuneista ei ollut mitään muuta samanaikaista häiriötä tai sairautta.

Taulukko 7.3. Vakavan masennustilan yhteydessä samanaikaisesti esiintyneitä muita mielenterveyden häiriöitä itsemurhan tehneillä.

Muu diagnoosi	N	%
Alkoholiriippuvuus	(17)	24
Alkoholin väärinkäyttö	(3)	4
II-akselin diagnoosi	(22)	31
III-akselin diagnoosi	(35)	49
Ei muuta diagnoosia	(11)	15

Alkoholiriippuvuudesta kärsineillä itsemurhan tehneillä noin joka viidennellä esiintyi samanaikaisesti vakava masennustila ja noin joka neljännellä muu tarkemmin määrittele-

mätön masennustila (taulukko 7.4). Noin puolella ei ollut todettavissa minkäänlaista ajankohtaista masennusoireyhtymää samanaikaisesti alkoholiriippuvuuden kanssa. Vain 8 %:lla alkoholiriippuvuus -diagnoosin saaneista tapauksista ei ollut mitään muuta samanaikaista mielenterveyden häiriötä tai ruumiillista sairautta.

Taulukko 7.4. Alkoholiriippuvuuden yhteydessä samanaikaisesti esiintyneitä muita mielenterveyden häiriöitä itsemurhan tehneillä.

Muu diagnoosi	N	%
Vakava masennustila	(17)	22
Tarkemmin määrittelämätön masennustila	(20)	26
II-akselin diagnoosi	(32)	42
III-akselin diagnoosi	(28)	36
Ei muuta diagnoosia	(6)	8

Yhteenvedona voidaan todeta, että ainakin yksi oireenmukainen mielenterveyden häiriön diagnoosi asetettiin 93 %:lle itsemurhan tehneistä. Alkoholiriippuvuus- ja alkoholin väärinkäyttö -diagnoosien osuus oli suuri verrattuna muissa maissa tehtyihin aikaisempiin tutkimuksiin. Useiden mielenterveyshäiriöiden tai fyysisten sairauksien ja mielenterveyshäiriöiden samanaikaista esiintymistä oli valtaosalla tapauksista. Vaikka masennusoireyhtymät muodostivat tärkeimmän diagnosiryhmän, esiintyi vakava masennustila ainoana diagnoosina vain 5 %:lla tapauksista ja ainoana psykiatrisena diagnoosina vain 12 %:lla tapauksista.

Itsemurhien ehkäisyn kannalta diagnostiset tulokset korostavat erityisesti päihdeongelmien ja fyysisten sairauksien yhteydessä esiintyvien masennustilojen tunnistamisen ja hoidon tärkeyttä. Tämä edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreiden yhteistyön ja tietotaidon keskinäisen jakamisen kehittämistä.

## Lähteet

1. *Black D, Winokur G.* Suicide and psychiatric diagnosis. Teoksessa: Blumenthal S, Kupfer D, toim. Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients. Washington: American Psychiatric Press, 1990:135-53.
2. *Henriksson M, Aro H, Marttunen M, Heikkinen M, Isometsä E, Kuoppasalmi K, Lönnqvist J.* Mental disorders and comorbidity in suicide. Am J Psychiatry 1993; 150:935-940.
3. Tautiluokitus 1987. Osa 1, systemaattinen osa. Helsinki: Lääkintöhallitus ja sairaalaliitto, 1986.
4. *Mackenzie T, Popkin M.* Medical illness and suicide. Teoksessa: Blumenthal S, Kupfer D, toim. Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients. Washington: American Psychiatric Press, 1990.

## 8 Hoitojärjestelmä ja itsemurha

Jouko Lönnqvist, Hillevi Aro, Mauri Marttunen, Markus Henriksson, Erkki Isometsä, Kimmo Kuoppasalmi, Taina Huurre

Aiempien tutkimusten mukaan lääkäriin on ollut yhteydessä viimeisen kuukauden aikana tutkimuksesta riippuen 44 % - 59 % ja viimeisen viikon aikana 15 % - 40 % itsemurhaan päätyneistä ihmisistä (1 - 4). Barraclough ym (3) ovat arvioineet, että vain joka kuudennen kohdalla itsemurhavaaran olemassaolo on tunnistettu käynnin yhteydessä. Itsemurhan tehneistä noin neljännes on ollut hoitosuhteessa itsemurhahetkellä ja noin puolet on ollut joskus elämänsä aikana psykiatrisessa hoidossa (1, 3, 5). Psykiatrisen hoidon aikana itsemurhavaara näyttää olevan suurimmillaan hoidossa tapahtuvien muutosten yhteydessä, sairaalahoidon alku- ja loppuvaiheissa, ja pian sairaalahoidon päättymisen jälkeen (6, 7).

Tässä luvussa tarkastellaan itsemurhaa lähinnä hoitojärjestelmän toiminnan näkökulmasta. Tietolähteenä on käytetty itsemurhan jälkeen tehtyjä työntekijöiden haastatteluja.

### 8.1 Tulokset

#### *8.1.1 Hoitosuhde itsemurhaa edeltäneen vuoden aikana*

Haastatteluun valittiin työntekijä, jolla oli ollut hoitosuhde itsemurhan tehneeseen viimeisen vuoden aikana. Hoitosuhde määriteltiin sellaiseksi ammatilliseksi hoito- tai asiakassuhteeksi, jossa tavoitteellisesti pyrittiin jonkin sovitun ongelman selvittelyyn ja joka sisälsi sopimuksen tapaamisista tai muista yhteydenotoista. Tämä haastattelu oli käytännössä mahdollista suorittaa 44 %:ssa kaikista itsemurhatapauksista. Haastatelluista työntekijöistä 62 % (N=376) oli ollut hoitovastuussa vainajasta itsemurhan tapahtuessa, runsaassa kolmanneksessa tapauksista (38 %) (N=231) hoitosuhde oli päättynyt ennen itsemurhaa. Tämän hoitosuhteen lisäksi oli itsemurhan tehneellä voinut olla kontakti myös johonkin muuhun hoito- tai palvelutahoon.

Työntekijän haastattelun perusteella hoitosuhteessa olleista 45 % oli hakeutunut hoitoon omasta aloitteestaan. Yli puolet (62 %) itsemurhan tehneistä oli esittänyt hoitoon tulon syyksi psyykkiset oireet tai häiriön (taulukko 8.1). Vain viidenneksen kohdalla hoitoon hakeutumisen syy oli itsemurhayritys tai -ajatukset. Joka kolmas itsemurhan tehnyt oli kuvannut hakeutuneensa hoitoon somaattisen sairauden vuoksi.

Taulukko 8.1. Itsemurhan tehneen henkilön itse esittämiä hoitoon tulon syitä\*.

Hoitoon tulon syy	Miehet (N=396)		Naiset (N=206)		Yhteensä (N=602)	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Psyykkiset oireet tai sairaus	(213)	53.7	(156)	75.4	(369)	61.1
Itsemurha-ajatukset tai -aiheet	(37)	9.3	(38)	18.4	(75)	12.4
Itsemurhayritys	(21)	5.3	(28)	13.5	(49)	8.1
Somaattinen sairaus	(151)	38.0	(55)	26.6	(206)	34.1
Sosiaaliset ongelmat	(78)	20.0	(27)	13.0	(105)	17.4
Muu syy	(94)	23.7	(26)	12.6	(120)	20.0

\* Yhden tapauksen kohdalla voi olla useita syitä

(Tieto puuttuu N=10)

Hoitovastuussa ollut työntekijä arvioi haastattelussa hoitoon tulon syyksi psyykkisen sairauden tai psyykkiset oireet kolmessa tapauksessa neljästä ja itsemurha-ajatukset tai -yrityksen noin neljänneksessä tapauksista (Taulukko 8.2). Somaattinen sairaus tai sosiaaliset ongelmat olivat myös yleisiä hoitoon tulon syitä. Vain noin 6 %:ssa (26/456) tapauksista hoitanut työntekijä arvioi tutkittavan hakeutuneen hoitoon alkoholi-ongelman vuoksi. Niistä, joilla oli hoitosuhde viimeisten kolmen kuukauden aikana, työntekijän arvion mukaan 86 % naisista ja 76 % miehistä oli ollut masentunut.

Taulukko 8.2. Hoitaneen työntekijän arvio itsemurhan tehneen henkilön hoitoon tulon syistä.\*

Hoitoon tulon syy	Miehet (N=391)		Naiset (N=207)		Yhteensä (N=598)	
	N	%	N	%	N	%
Psykkiset oireet tai sairaus	(274)	69.7	(182)	87.9	(456)	76.0
Itsemurha-ajatukset tai -aiheet	(41)	10.4	(39)	18.8	(80)	13.3
Itsemurhayritys	(26)	6.6	(38)	18.4	(64)	10.7
Somaattinen sairaus	(120)	30.5	(44)	21.3	(164)	27.3
Sosiaaliset ongelmat	(78)	19.9	(31)	15.0	(109)	18.2
Muu syy	(60)	15.3	(18)	8.7	(78)	13.0

\* Yhden tapauksen kohdalla voi olla useita syitä

(Tieto puuttuu N=14)

### 8.1.2 Psykiatrinen hoito

Kaikista itsemurhan tehneistä naisista 76 % ja miehistä 48 % oli joskus elämänsä aikana ollut psykiatrisessa hoidossa. Psykiatrisessa hoidossa olleista vuode- tai päiväosastohoidossa oli joskus ollut 82 % naisista ja 65 % miehistä.

Viimeisten kolmen kuukauden aikana psykiatrisessa hoidossa olleista valtaosa oli haastatellun työntekijän mukaan saanut lääkehoitoa. Yksilötapaamiset olivat yleisiä, perhetapaamisia oli ollut noin viidesosalla. Sairaalahoidossa oli ollut runsas viidennes (Taulukko 8.3).



Taulukko 8.3. Viimeisten kolmen kuukauden aikana psykiatrisessa hoidossa olleiden psykiatriset hoitomuodot. \*

Hoitomuoto	Miehet (N=292)		Naiset (N=180)		Yhteensä (N=472)	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Lääkehoito	(257)	86.5	(175)	96.1	(432)	90.2
Yksilötapaamiset	(201)	67.7	(138)	75.8	(339)	70.8
Perhetapaamiset	(63)	21.2	(40)	22.0	(103)	21.5
Sosiaalinen tuki	(49)	16.5	(24)	13.2	(73)	15.2
Sairaala- tai päiväosastohoito	(101)	34.0	(72)	40.0	(173)	36.1
Muu	(61)	20.5	(28)	15.4	(89)	18.6

\* Yhden tapauksen kohdalla voi olla useita hoitomuotoja

Psykiatrisen hoidon aikana naisilta 54 %:lta ja miehiltä 40 %:lta oli kysytty itsemurha-aikeista tai -ajatuksista. Hoitava työntekijä arvioi itsemurha-aikeet tai -ajatukset hyvin lieviksi tai lieviksi runsaalla viidesosalla itsemurhahetkellä hoidossa olleista (ks. luku 4). Työntekijän arvion mukaan 60 % itsemurhan tehneistä oli suhtautunut saamaansa psykiatriseen hoitoon myönteisesti. Välinpitämättömästi suhtautuneita oli 20 % ja kielteisesti suhtautuneita noin 10 %.

Itsemurhahetkellä psykiatrisessa sairaala- tai päiväosastohoidossa oli 5.6 % itsemurhan tehneistä (naisista 13.1 %, miehistä 3.3 %), viimeisten kolmen kuukauden aikana miehistä 12 % ja naisista vajaa kolmannes (Taulukko 8.4).

Taulukko 8.4. Psykiatrinen sairaalahoito itsemurhahetkellä ja viimeisten kolmen kuukauden aikana.

Sukupuoli	Psykiatrinen sairaala- / päiväosastohoito			
	Itsemurhahetkellä		Viimeisten 3 kuukauden aikana	
	(n/N)	%	(n/N)	%
Miehet	36/1077	3.3	131/1077	12.2
Naiset	42/320	13.1	99/320	30.9
Yhteensä	78/1397	5.6	230/1397	16.5

Niistä itsemurhahetkellä sairaalahoidossa olleista henkilöistä, joista oli käytettävissä tieto hoito-osaston luonteesta, runsas puolet oli ollut hoidettavana suljetulla osastolla (Taulukko 8.5).

Taulukko 8.5. Sairaalahoidossa olleiden osastotyyppi itsemurhahetkellä.

Osasto	Miehet (N=25)		Naiset (N=34)		Yhteensä (N=59)	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Suljettu osasto	(12)	48.0	(18)	52.9	(30)	50.9
Avo-osasto	(11)	44.0	(15)	44.1	(26)	44.1
Päiväosasto	(1)	4.0	(0)	0.0	(1)	1.7
Muu	(1)	4.0	(1)	2.9	(2)	3.4

(Tieto puuttuu N=19)

### 8.1.3 Itsemurhaa edeltänyt viimeisin palvelujärjestelmäkontakti

Itsemurhan tehneen henkilön viimeksi tavannutta hoito- tai muun palvelujärjestelmän työntekijää haastateltiin 62 %:ssa tapauksista. Työntekijöistä 34 % työskenteli psykiatri-

sessä erikoissairaanhoidossa, 30 % perusterveydenhuollossa, 10 % somaattisessa erikoissairaanhoidossa ja 9 % sosiaalitoimessa (ks. luku 2). Haastattelujen perusteella 51 % (N=438) palvelujärjestelmiin kontaktissa olleista oli ottanut yhteyttä viimeisen kerran itsemurhaa edeltäneen viikon ja 12 % (N=105) itsemurhaa edeltäneen vuorokauden aikana. Kaikista itsemurhan tehneistä siis ainakin 31 %:n (438/1397) tiedetään ottaneen yhteyttä johonkin palvelujärjestelmään itsemurhaa edeltäneen viikon aikana.

Haastatellut kuvasivat itsemurhan tehneen henkilön tuoneen viimeisen tapaamisen aikana esiin itsemurhavaaran 18 %:ssa tapauksista (151/837), naisten miehiä useammin (27 % vs. 14 %) (ks. luku 4).

#### ***8.1.4 Hoitava työntekijä ja itsemurha***

Hoidossaan olleen potilaan itsemurhan koki yllätyksenä kolme neljästä haastatellusta hoitovastuussa olleesta työntekijästä. Heistä 85 % tiesi itsemurhasta ennen projektiryhmän yhteydenottoa.

Noin 40 % työntekijöistä toi esille, ettei potilaan itsemurhaa ollut käsitelty hänen työyhteisössään (Taulukko 8.6). Työnohjauksessa tai vastaavassa potilaan itsemurhan aiheuttamien reaktioiden käsittelyyn oli ollut mahdollisuus vain alle puolella työntekijöistä.

Taulukko 8.6. Itsemurhan käsittely työyhteisössä tai työnohjauksessa.

	Käsittely työyhteisössä (N=605)		Käsittely työnohjauksessa (N=605)	
	(N)	%	(N)	%
Ei osaa sanoa	(13)	2.2	(5)	0.8
Ei	(247)	40.8	(320)	52.9
Kyllä, mutta ei riittävästi	(124)	20.5	(82)	13.6
Riittävästi	(221)	36.5	(205)	33.9

## 8.2 Yhteenveto

Epäsuora tietojen keruu (omaisten ja hoitaneiden työntekijöiden haastattelut sekä sairauskertomukset) voi johtaa avun hakua ja psykiatrisen hoidon yleisyyttä koskien aliarvioihin. Tässä luvussa esitetyt avun haun yleisyyttä koskevat tulokset ovat samansuuntaisia kuin aikaisemmissa vastaavissa tutkimuksissa (1, 3, 5). Itsemurhapreventiota ajatellen on merkittävää, että suuri osa lopulta itsemurhaan päätyvistä ihmisistä jää palvelujärjestelmien ulkopuolelle. Runsas kolmannes ei ollut ottanut yhteyttä mihinkään palvelujärjestelmään ennen itsemurhaansa.

Lähes puolet itsemurhan tehneistä ei elämänsä aikana ollut tullut psykiatrisen hoidon piiriin, vaikka diagnostisten tutkimusten (ks. luvut 7 ja 11) mukaan psyykkisiä oireita ja oireyhtymiä on valtaosalla itsemurhan tehneistä. Hoitoon hakeuduttaessa psyykkisiä oireita ei mielletä läheskään aina ensisijaiseksi hoitoon tulon syyksi. Noin kolmannes hoitoon hakeutuneista oli tullut hoitoon ensisijaisesti somaattisten oireiden vuoksi. Hoidossaan olevan potilaan masentuneisuuden ennen itsemurhaa työntekijät arvioivat yhdenmukaisesti diagnostisten tutkimusten kanssa.

Vaikka noin kuusi kymmenestä itsemurhaan päätyneestä henkilöstä oli ollut yhteydessä eri palvelujärjestelmiin ja puolet heistä elämänsä viimeisen viikon aikana, vain alle

viidesosa heistä oli viimeisen käyntinsä aikana tuonut oma-aloitteisesti esiin itsemurha-aikeitaan. Psykiatrisessa hoidossa olleiltakin vain alle puolelta oli kysyty mahdollisista itsemurha-ajatuksista. Tässä suhteessa näyttäisi olevan tarvetta tarkistaa hoitokäytäntöjä. Itsemurhavaaran tunnistamista ei tulisi jättää potilaan oma-aloitteisen kertomisen varaan. Psykkisesti oireilevien potilaiden tutkimisessa tulee kiinnittää nykyistä enemmän huomiota myös itsemurhavaaraan kysymällä suoraan potilaan mahdollisista itsemurha-ajatuksista ja -suunnitelmista.

Työntekijöiden mahdollisuudet käsitellä potilaan itsemurhaa toimipaikallaan tai työnohjauksessa näyttävät näiden tulosten valossa puutteellisilta. Kun vain runsas kolmannes haastatelluista työntekijöistä oli kokenut hoidossaan olleen potilaan itsemurhan käsitteilyn riittäväksi, on ilmeistä, että tähän tulee eri palvelujärjestelmien piirissä kiinnittää huomiota.

## Lähteet

1. *Robins E, Murphy G, Wilkinson R Jr, Gassner S, Kays J.* Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 1959;49:888-899.
2. *Dorpat T, Ripley H.* A study of suicide in the Seattle area. *Compr Psychiatry* 1960;1:349-359.
3. *Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P.* A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974;125:355-373.
4. *Chynoweth R, Tonge J, Armstrong J.* Suicide in Brisbane: a retrospective psychosocial study. *Austr N Z J Psychiatry* 1980;14:37-45.
5. *Rich C, Young D, Fowler R.* San Diego suicide study I: Young vs old subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:577-582.
6. *Roy A.* Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:1089-1095.
7. *Lönnqvist J, Niskanen P, Rinta-Mänty R, Achte K, Kärhä E.* Suicides in psychiatric hospitals in different eras. A review of literature and own study. *Psychiatr Fenn* 1974;265-273.

## 9 Itsemurhaa edeltänyt vakava masennustila ja sen hoito

Erkki Isometsä, Markus Henriksson, Hillevi Aro, Martti Heikkinen, Kimmo Kuoppasalmi, Jouko Lönnqvist

Vakaviin mielialahäiriöihin liittyy huomattavan korkea itsemurhakuolleisuus, ja on arvioitu, että noin 19 % niitä sairastavista tekee itsemurhan (1). Vakavista depressioidista kärsiviä on valikoitumattomissa, retrospektiivisissä "psychological autopsy"-tutkimuksissa ollut 13 - 70 % kaikista itsemurhan tehneistä (2). Vakavien depressioiden hoito on siten yksi kaikkein keskeisimpiä itsemurhaprevention alueita. Aiemmin muissa maissa tehdyt tutkimukset viittaavat kuitenkin siihen, että vain pieni osa vakavasta masennustilasta kärsineistä itsemurhan tehneistä henkilöistä oli saanut siihen riittävää hoitoa (3-6).

Itsemurhat Suomessa 1987 -tutkimusprojektissa tätä kysymystä selvitettiin diagnostisen otostutkimuksen (7) vakavan masennustilan kriteerit täyttävien henkilöiden (N=71/229) osalta. Diagnostiikkaan liittyviä metodikysymyksiä on kuvattu tarkemmin luvussa 7. Tutkimuksen kohteena olevaan ryhmään kuului 45 miestä ja 26 naista, ja heidän keski-ikänsä oli 50.0 vuotta (SD 16.6 v, vaihteluväli 13-88 v). Huomattava enemmistö eli avioliitossa (70 %), yksinasuvia oli 21 %. Eläkeläisiä ryhmässä oli noin puolet (47 %).

Tutkittavana olevasta vakavan masennustilan ryhmästä kolmella neljäsosalla (75 %) oli elinaikanaan ollut psykiatrinen hoitokontakti, ja yli puolet (58 %) oli elinaikanaan ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa. Ensimmäinen hoitokontakti psykiatriseen hoitojärjestelmään oli ollut keskimäärin seitsemän vuotta ennen itsemurhaa, joskin vaihteluväli oli hyvin laaja (0 päivää - 27 vuotta). Viimeisen vuoden aikana psykiatrinen hoitokontakti oli kahdella kolmasosalla, ja kuolinhetkellä 45 % oli psykiatrisen hoidon piirissä (mukaanlukien psykiatriset sairaalat, mielenterveystoimistot sekä yksityiset psykiatrit ja terapeutit). Hoitohistorioissa oli selviä eroja sukupuolten välillä; miehet olivat olleet selvästi vähemmän kontaktissa psykiatriseen hoitojärjestelmään kuin naiset. Kuolinhetkellä miehistä oli psykiatrisen hoidon piirissä kolmannes, naisista kaksi kolmasosaa.

Antidepressiivista lääkehoitoa, jota voi pitää lähes aina aiheellisena vakavan masennustilan hoidossa, oli saanut kolmasosa kaikista ryhmän henkilöistä (Taulukko 9.1). Itsemurhahetkellä hoidossa olleista 32 henkilöstä 63 % oli saanut antidepressiivistä lääkehoitoa. Tutkimuksessa jaoteltiin antidepressiivinen lääkehoito neljään luokkaan, noudattaen samaa ryhmittelyä kuin aiemmassa sveitsiläisessä tutkimuksessa (6). Luokat olivat: 1) Ei antidepressiivista lääkehoitoa. 2) Todennäköisesti tehoton annostaso. Trisykliset antidepressiivat ja maprotiliini 0-<75mg/vrk, mianseriini 0-<30mg/vrk. 3) Mahdollisesti tehokas annostaso. Trisykliset antidepressiivat ja maprotiliini 75-<150mg, mianseriini 30-<60mg. 4) Todennäköisesti tehokas annostaso. Trisykliset antidepressiivat ja maprotiliini 150-300mg/vrk, mianseriini 60-120mg.

Lääkkeiden annostelu oli matalatasoisempaa kuin tutkimuskirjallisuudessa asianmukaisena pidetty taso, jolla hoidon teho on kaksoissokkotutkimuksissa kyetty osoittamaan. Viime kädessä annosteluun vaikuttavat lukuisat yksilölliset tekijät, ja tuloksia on sen mukaisesti tulkittava varovasti. Yleisesti käytettyjen standardien mukaan arvioiden vain 3 % ryhmän jäsenistä sai todennäköisesti tehokasta lääkehoitoa, matalampaa mahdollisesti riittävää annosrajaa noudattaen asianmukaista lääkehoitoa sai 20 % (taulukko 9.1). Lääkehoito oli erityisen puutteellista miehillä, johtuen osin vähäisemmästä psykiatrisesta hoidosta. Lääkehoidon yleisyyden osalta havainnot vastaavat muissa maissa tehtyjä havaintoja (3-6). Vaikeimmissa depressiotiloissa, etenkin psykoottisissa depressioissa, tehokkaaksi hoitomuodoksi todettua sähköshokkihoitoa (8) oli saanut kaksi henkilöä (3 %) viimeisen kolmen kuukauden aikana.

Taulukko 9.1. Antidepressiivinen lääkehoito vakavasta masennustilasta kärsineillä henkilöillä ennen kuolemaa.

	Miehet (N=42)		Naiset (N=24)		Kaikki (N=66)	
	N	%	N	%	N	%
Ei hoitoa	(33)	79	(11)	46	(44)	67*
0 - <75 mg	(3)	7	(6)	25	(9)	14
75 - <150 mg	(5)	12	(6)	25	(11)	17
150-300 mg	(1)	3	(1)	4	(2)	3

\*  $p < 0.05$ ,  $\chi^2$  jatkuvuuskorjauksella,  $df=1$ .

Psykoterauttista hoitoa saaneiden osuus oli myös hyvin pieni. Psykoterauttinen hoitosuhde mielenterveystyöntekijään, sisältäen viikottaisia tapaamisia vähintään kolmen käynnin verran oli 21 %:lla. Psykoterautiassa, jossa terapeutilla oli vähintään erityistason yksilöpsykoterautiakoulutus ja hoito sisälsi viikottaisia tapaamisia vähintään yhden kuukauden ajan oli vain viisi henkilöä (7 %). Vähintään vuoden ajan oli säännöllisessä psykoterautiassa ollut neljä henkilöä (6 %). Terapeuttien saama koulutus oli kaikissa tapauksissa psykodynaaminen.

Psykoottisesta depressiosta kärsivät henkilöt muodostavat oman vaikean erityisryhmän. Hoitomuotoina tehokkaimmiksi on osoitettu joko antipsykoottisen ja antidepressiivisen lääkkeen yhdistelmä tai sähköshokkihoito. Kukaan tähän kolmanneksen (N=24) vakavasti masentuneista muodostavaan ryhmään kuuluneista ei ollut saanut edellämainittua yhdistelmä-lääkehoitoa asianmukaisesti toteutettuna.

Yleisarviona itsemurhan tehneiden vakavasta masennustilasta kärsineiden henkilöiden saamasta depression hoidosta välittömästi ennen kuolemaa voidaan todeta, että vain vähemmistö oli saanut asianmukaista hoitoa. Erityisesti vakavasta masennustilasta kärsineet miehet olivat saaneet hyvin vähän spesifiä hoitoa depressioonsa. Asian arviointia vaikeuttavat erilaiset yksilölliset tekijät, sekä yksityiskohtaisen tiedon puute



aiemmasta hoitohistoriasta; näillä ei kuitenkaan liene ratkaisevaa merkitystä kokonaisarvion kannalta. Lisäksi on paikallaan muistaa, että näitä tuloksia ei voi suoraan yleistää arvioksi depression hoidosta yleensä, koska itsemurha-aineistona tämä tutkittu aineisto on tiivistymä huonosti onnistuneista hoidoista. Yhteenvetona voidaan todeta, että vakavien masennustilojen tunnistamisen ja hoidon kehittäminen ovat psykiatrisen hoitojärjestelmän sekä perusterveydenhuollon keskeisimpiä tehtäviä itsemurhaprevention kannalta. Esimerkkinä mainittakoon Ruotsissa Gotlannissa toteutettu yleislääkäreille suunnattu depression hoitoon liittyvä koulutusohjelma (9); ohjelman toteutuksen aikaan alueella tapahtui selvä lasku itsemurhakuolleisuudessa.

## Lähteet

1. *Goodwin F, Jamison K.* Manic-Depressive Illness. Oxford University Press, 1990.
2. *Isometsä E, Henriksson M, Aro H, Heikkinen M, Kuoppasalmi K, Lönnqvist J.* Suicide in major depression. (Lähetetty julkaistavaksi)
3. *Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P.* A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974;125:355-373.
4. *Chynoweth R, Tonge J, Armstrong J.* Suicide in Brisbane: a retrospective psycho-social study. *Aust N Z J Psychiatry* 1980;14:37-45.
5. *Rihmer Z, Barsi J, Arato M, Demeter E.* Suicide in subtypes of primary major depression. *J Affect Disord* 1990;18:221-225.
6. *Modestin J.* Antidepressant therapy in depressed clinical suicides. *Acta Psychiatr Scand* 1985;71:111-116.
7. *Henriksson M, Aro H, Marttunen M, Heikkinen M, Isometsä E, Kuoppasalmi K, Lönnqvist J.* Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993; 150:935-940.
8. *Spoov J, Lydecken K, Kuoppasalmi K, Suhonen-Malm A-S, Juvonen H.* Sähköhoito. *Suom Lääkäril* 1990;45:2898-2902.
9. *Rutz W, von Knorring L, Walinder J.* Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80:151-154.

## 10 Omaisten tuen tarve itsemurhan jälkeen

Mauri Marttunen, Pekka Närhi, Taina Huurre, Hillevi Aro, Jouko Lönnqvist

Perheenjäsenen tai muun läheisen henkilön itsemurha on raskas tapahtuma, joka herättää voimakkaita tunnereaktioita. Epäuskoisuus, kiukku, syyllisyydentunteet, häpeä, hylätyksi tulemisen kokemukset ja toisten ihmisten syyttäminen tapahtuneesta ovat yleisesti kuvattuja reaktioita (1, 2). Itsemurha saattaa herättää myös itsetuhoisia impulsseja läheisessä. Aviopuolison itsemurhaa on pidetty huomattavana riskitekijänä mielenterveysongelmien suhteen (3). Eräät tutkimukset viittaavat toisaalta siihen, että aviopuolisot selviytyvät itsemurhan aiheuttaman välittömän kriisin ja tätä pian seuraavien vaikeuksien jälkeen suhteellisen hyvin (4). Vaikka läheisen itsemurha aiheuttaa monenlaisia psykologisia ja psykosomaattisia reaktioita, avun haku ammattiauttajilta ei ole kovin yleistä (1).

Vanhemman itsemurha liittyy yhtenä tekijänä lapsen lisääntyneeseen mielenterveyden häiriöiden samoin kuin myöhempien itsemurhayritystenkin riskiin. Useilla vanhemman itsemurhan kokeneilla lapsilla on todettu olleen ongelmia vielä vuosia vanhemman itsemurhan jälkeen (5). Lapsen sopeutumista saattaa komplisoida se, että vanhemman itsemurhasta ei aina kerrota totuudenmukaisesti lapselle ja se saatetaan yrittää salata (6). Lapsen sopeutumisessa vanhemman itsemurhaan eloon jäävällä vanhemmalla tai muulla huoltajalla ja hänen reaktioillaan on suuri merkitys. Mitä paremmin aikuinen pystyy itsemurhaan sopeutumaan sitä paremmin hän pystyy myös lasta tukemaan (7).

Itsemurhat Suomessa 1987 -projektin omaishaastattelujen yhtenä osana selvitettiin omaisten ja läheisten tuen tarvetta itsemurhatapahtuman jälkeen. Haastattelussa saatiin tietoa yleensä vain yhden omaisen, haastatellun tilanteesta. Eri omaisryhmiä haastateltiin seuraavasti: äitiä 235 tapauksessa, isää 90, avio- tai avopuolisoa 407, aikuista lasta 133 ja sisarusta 164 tapauksessa.

## 10.1 Tulokset

Omaisista suurin osa (93 %) ilmoitti puhuneensa itsemurhasta muiden ihmisten kanssa. Heistä noin viidesosa (19 %) oli puhunut itsemurhasta vain omissa perhepiirissä ja runsas puolet (58 %) sukulaisten, ystävien, naapureiden tai työtovereiden kanssa. Useille ihmisille itsemurhasta oli puhunut 17 %.

Noin kolme neljäsosaa omaisista koki saaneensa itsemurhan jälkeen lähes riittävästi tai riittävästi tukea läheisiltä ihmisiltä (Taulukko 10.1). Liian vähän tai ei lainkaan tukea koki saaneensa vajaa neljäsosa haastatelluista omaisista.

Taulukko 10.1. Omaisten arvio läheisiltä ihmisiltä saadun tuen riittävydestä.

Tuen riittävyys	Omainen						
	Äiti (N=223)	Isä (N=85)	Avio- puoliso (N=341)	Avo- puoliso (N=51)	Aikuinen lapsi (N=128)	Sisarukset (N=150)	Yhteensä (N=978)
	%	%	%	%	%	%	%
Ei lainkaan tukea	5.4	15.3	7.3	2.0	12.5	16.0	9.3
Tukea liian vähän	17.9	9.4	12.9	19.6	10.9	10.7	13.5
Tukea lähes riittävästi	30.5	25.9	27.9	33.3	24.2	25.3	27.7
Tukea riittävästi	46.2	49.4	51.9	45.1	52.4	48.0	49.5

Noin puolet omaisista oli sitä mieltä, ettei tarvinnut apua ammattihenkilöltä itsemurhan jälkeen. Vajaa kolmasosa oli hakenut apua ja saanut sitä mielestään riittävästi. Itsemurhan tehneiden vanhemmat ja puoliset kokivat avun tarpeen ammattihenkilöiltä suuremaksi kuin aikuiset lapset ja sisarukset (Taulukko 10.2). Omaisten ammattihenkilöiltä saama apu ei ollut tämän yleisempää niissäkään tapauksissa, joissa itsemurhan tehnyt henkilö oli ennen itsemurhaansa ollut hoitosuhteessa jonkin palvelujärjestelmän työntekijään.

Taulukko 10.2. Omaisten arvio ammattihenkilöiltä saadun avun tarpeesta ja riittävydestä.

Avun tarve ja riittävyys	Omainen						
	Äiti (N=223)	Isä (N=88)	Avio- puoliso (N=343)	Avo- puoliso (N=51)	Aikuinen lapsi (N=128)	Sisarus (N=154)	Yhteensä (N=987)
	%	%	%	%	%	%	%
Ei avuntarvetta	37.6	53.4	44.0	43.1	68.8	66.2	50.1
Tarvittu, ei haettu	19.3	13.6	9.3	15.7	12.5	14.9	13.6
Haettu, ei saatu riittävästi	6.3	6.8	10.2	5.9	3.1	2.0	6.6
Saatu riittävästi	36.8	26.1	36.4	35.3	15.6	16.9	30.0
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Kenttätutkijan arvion mukaan noin puolet itsemurhan tehneiden lähimmistä omaisista oli sopeutunut hyvin itsemurhan jälkeiseen tilanteeseen (Taulukko 10.3). Vanhemmille ja puolisoille sopeutuminen itsemurhaan arvioitiin vaikeammaksi kuin aikuisille lapsille ja sisaruksille. Jossain määrin apua tarvitsevia omaisia oli kenttätutkijan arvion mukaan noin 40 % ja selvästi apua tarvinneita runsas kymmenesosa omaisista.

Itsemurhasta kulunut aika vaikutti omaisten sopeutumiseen siten, että itsemurhaan hyvin sopeutuneita oli jonkin verran enemmän niiden omaisten joukossa joita haastateltiin yli puoli vuotta itsemurhan jälkeen (Taulukko 10.4). Toisaalta avun tarpeessa olevien osuus ei juuri muuttunut ajan kulumisen myötä.

Taulukko 10.3. Kenttätutkijan arvio omaisen sopeutumisesta ja avun tarpeesta itsemurhan jälkeen sukulaisuussuhteen mukaan.

Sopeutuminen ja avun tarve	Omainen						
	Äiti (N=235)	Isä (N=90)	Avio- puoliso (N=354)	Avo- puoliso (N=53)	Aikuinen lapsi (N=133)	Sisarus (N=164)	Yhteensä (N=1029)
	%	%	%	%	%	%	%
Sopeutunut hyvin	34.5	42.2	46.9	39.6	64.6	68.3	49.0
Tarvitsi jossain määrin apua	48.1	42.2	40.1	51.0	30.1	25.6	39.1
Tarvitsi selvästi apua	15.7	15.6	12.4	9.4	5.3	5.5	11.2
Välittömän intervention tarve	1.7	0.0	0.6	0.0	0.0	0.6	0.7

Taulukko 10.4. Kenttätutkijan arvio omaisen sopeutumisesta ja avun tarpeesta itsemurhan jälkeen itsemurhasta kuluneen ajan mukaan.

Sopeutuminen ja avun tarve	Itsemurhan ja haastattelun välillä kulunut aika kuukausina		
	≤ 3 kk (N=413)	3 - 6 kk (N=446)	≥ 6 kk (N=310)
	%	%	%
Sopeutunut hyvin	47.7	50.9	55.8
Tarvitsi jossain määrin apua	39.7	38.1	32.9
Tarvitsi selvästi apua	12.1	10.5	10.3
Välittömän intervention tarve	0.5	0.5	1.0

## 10.2 Yhteenveto

Mahdollisuutta puhua lähiomaisen itsemurhasta ja sen herättämistä tunteista on pidetty tärkeänä itsemurhaan sopeutumista helpottavana tekijänä. Itsemurhasta muiden ihmisten kanssa puhuminen olikin varsin yleistä. Kun kuitenkin lähes neljännes itsemurhaan kuolleiden omaisista koki saaneensa liian vähän tukea läheisiltään, ei läheisten tuki kaikissa tapauksissa näytä riittävän tyydyttämään koettua tuen tarvetta.

Ammattiapua oli hakenut vain runsas kolmannes omaisista, vaikka tällaisen tuen tarpeessa koki olleensa heistä noin puolet. Ehkä kynnys hakeutua ammattiauttajan vastaanotolle koetaan edelleen monissa tapauksissa liian korkeaksi.

Palvelujärjestelmien kannalta tulokset viittaavat siihen, että tulisi miettiä keinoja aktiivisemmin tarjota apua läheisen itsemurhaan sopeutumisessa, jotta mahdollisimman moni apua tarvitseva tulisi tuen piiriin.

Jos psykiatrisessa tai muussa hoidossa oleva potilas tekee itsemurhan, tulisi muodostua käytännöksi, että työntekijät ovat tapahtuneen itsemurhan jälkeen yhteydessä vainajan lähiomaisiin ja tarjoavat heille mahdollisuutta itsemurhan ja sen nostattamien reaktioiden selvittämiseen.

## Lähteet

1. *Rudestam K.* Physical and psychological responses to suicide in the family. *J Cons Clin Psychiatry* 1977;45:162-170.
2. *Ness D, Pfeffer C.* Sequelae of bereavement resulting from suicide. *Am J Psychiatry* 1990;147:279-285.
3. *Cain A, toim.* Survivors of suicide. Springfield, III: Charles C Thomas, 1972.
4. *McNiel D, Hatcher C, Reubin R.* Family survivors of suicide and accidental death: consequences for widows. *Suicide Life Threat Behav* 1988;18:137-148.
5. *Shepherd D, Barraclough B.* The aftermath of parental suicide for children. *Br J Psychiatry* 1976;129:267-276.

6. *Cain A, Fast I.* Children's disturbed reactions to parent suicide. *Am J Orthopsychiatry* 1966;36:873-880.
7. *Pfeffer C.* *The Suicidal Child.* New York: Guilford, 1986:124-143.

## 11 Nuorten itsemurhat

Mauri Marttunen, Hillevi Aro, Markus Henriksson,  
Jouko Lönnqvist

Viime vuosikymmeninä nuorten itsemurhat ovat lisääntyneet monissa läntisissä maissa (1). Suomessa nuorten itsemurhakuolleisuus on noussut voimakkaasti 1960-luvun loppupuolelta 1970-luvun puoliväliin ja pysynyt sen jälkeen korkealla tasolla (2). WHO:n tilastojen mukaan suomalaisten 15 - 24-vuotiaiden miesten itsemurhakuolleisuus on Euroopan korkeinta.

Nuoruusikäisten itsemurhien taustatekijöitä on tutkittu aikuisia huomattavasti vähemmän. Tähän mennessä julkaistujen nuorten itsemurhia koskevien haastattelututkimusten tutkimusaineistot ovat olleet suhteellisen pieniä ja alueellisesti valikoituneita. Lähes kaikilla itsemurhan tehneillä nuorilla on todettu mielenterveysongelmia (3, 4). Usein itsemurhaa on edeltänyt myös eriasteinen epäsosiaalinen käyttäytyminen, päihdeongelmat ja aikaisempi itsetuhokäyttäytyminen (4, 5).

Itsemurhat Suomessa 1987 -tutkimuksen yhtenä painopistealueena on nuorten itsemurhien taustatekijöiden selvittäminen. Tavoitteena on selvittää aikaisemman itsetuhoisuuden esiintymistä ja arvioida pitkäaikaisen ja akuutin stressin merkitystä itsemurhaan johtaneessa kehityksessä. Lisäksi selvitetään nuorilla ennen itsemurhaa esiintynyttä epäsosiaalista oireilua, mielenterveyden häiriöitä ja nuorten avun hakua yhteiskunnan hoitojärjestelmien piiristä.

Tässä luvussa esitetään yhteenvetoa tutkimusaineistosta julkaistuista ja julkaistavaksi lähetetyistä nuorten itsemurhia koskevista artikkeleista (6 - 9).



## 11.1 Tulokset

Tutkimusaikana kaikkiaan 53 (44 poikaa ja 9 tyttöä) 13 - 19 -vuotiasta nuorta teki itsemurhan. Nuorten keski-ikä oli 17.4 vuotta (SD 1.6 vuotta). Poikien yleisimmät itsemurhamenetelmät olivat ampuminen (45 %) ja hirttäytyminen (27 %), tyttöjen hirttäytyminen (33 %) ja lääkeyliannos (33 %). Kuolinhetkellä 47 nuorista oli koululaisia tai opiskelijoita, 28 % oli työelämässä, 9 % työttömänä, 8 % työkyvyttömiä, 4 % varusmiehiä ja yksi vankilassa. Itsemurhan tehneistä nuorista 70 % oli työväestöön kuuluvista perheistä. Heistä 53 %:n perhetausta oli rikkonainen; vanhemmat olivat eronneet 40 %:ssa tapauksia ja neljän nuoren vanhemmista jompikumpi oli kuollut. Jommallakummalla vanhemmalla oli päihdeongelmia 28 %:ssa ja väkivaltaisuutta 25 %:ssa tapauksista. Kuusi nuorta oli ollut sijoitettuna laitokseen.

Itsemurhaa laukaisseita stressitekijöitä todettiin 70 %:lla itsemurhaan päätyneistä nuorista. Yleisimpiä olivat ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat; 62 % laukaisevista tapahtumista oli eroja, riitoja tai muita ihmissuhdeongelmia. Riidat tai erot seurustelukumppanista olivat suhteellisen usein laukaisemassa nuoren itsemurhaa. Lähes puolet (47 %) laukaisevista tapahtumista ajoittui viimeisen vuorokauden aikaan ja yli kaksi kolmannesta (70 %) viimeisen viikon aikaan.

Aikaisemmin oli itsemurhaa yrittänyt kolmannes nuorista, tytöt poikia useammin. Viisi poikaa ja neljä tyttöä oli tehnyt vähintään kaksi aiempaa itsemurhayritystä. Itsemurhayrityksen tehneiden nuorten vanhemmista kolmannes ei tiennyt lapsensa itsemurhayrityksestä. Sanallisesti itsemurha-aikeensa oli ilmaissut 60 % nuorista. Itsemurhasta puhuneista tytöistä vain yksi ei ollut kertonut aikeistaan vanhemmilleen tai muille aikuisille, kun taas 58 % pojista oli puhunut ajatuksistaan vain ikätovereille. Kaksi kolmesta itsemurhaan päätyneestä nuoresta oli joko sanoin tai teoin ilmaissut itsemurha-aikeensa. Näistä nuorista suurin osa oli ilmaissut itsetuhoisuutensa ensimmäisen kerran yli kolme kuukautta ennen itsemurhaa.

Itsemurhaa edeltäneen vuoden aikana 45 % pojista ja 33 % tytöistä oli oireillut epä-sosiaalisesti. Näistä nuorista noin puolella oireilu oli kestänyt yli vuoden ajan. Epäso-

siaalisesti käyttäytyneistä nuorista valtaosa (78 %) oli kärsinyt myös masennuksesta ja/tai päihteiden väärinkäytöstä.

Mielenterveyden häiriöitä arvioitiin jälkikäteen kaiken kustakin tapauksesta kootun tiedon perusteella. Diagnostisena luokituksena käytettiin DSM-III-R -järjestelmää (10). Valtaosan itsemurhan tehneistä nuorista (94 %) arvioitiin kärsineen mielenterveyden häiriöstä. Kolmella nuorella (pojalla) ei voitu todeta mielenterveyden häiriötä. Yleisimmät mielenterveyden häiriöt olivat eriaisteiset masennustilat, joita todettiin lähes puolella pojista ja kahdella kolmanneksella tytöistä.

Sopeutumishäiriö -diagnoosi tehtiin 21 %:lle nuorista, he kaikki olivat poikia. Persoonallisuushäiriö -diagnoosi asetettiin noin kolmannekselle itsemurhaan päätyneistä nuorista. Alkoholiriippuvuus- tai alkoholin väärinkäyttödiagnoosi asetettiin kaikkiaan 26 %:lle itsemurhan tehneistä nuorista, 23 %:lle pojista ja 44 %:lle tytöistä. Kahdella nuorella (4 %) todettiin muiden päihteiden väärinkäyttöä; heillä molemmilla oli myös alkoholiongelma. Pojista 50 % ja tytöistä 56 % teki itsemurhan alkoholin vaikutuksen alaisena ollessaan.

Viimeisen elinvuotensa aikana 70 % nuorista oli hakenut apua terveydenhuollon ja/tai sosiaalitoimen piiristä. Läheskään aina nuori ei ollut ilmaissut itsemurha-aikeitaan apua hakiessaan. Psykiatrisen hoitojärjestelmän piirissä itsemurhaa edeltäneen vuoden aikana oli ollut 44 % tytöistä, mutta pojista vain 18 %. Koko elämän ajalta vastaava psykiatristen hoitokontaktien yleisyys oli 44 % tytöillä ja 34 % pojilla. Lisäksi kolmelle pojalle oli suositeltu psykiatrista hoitoa, mutta se ei ollut toteutunut. Itsemurha-aikaisintaan puhuneiden ja muiden tutkimusaineiston nuorten itsemurhaa edeltäneen vuoden aikaisten psykiatristen hoitokontaktien yleisyys ei juuri poikennut toisistaan (25 % vs 19 %). Niistä, joilla ei ollut aikaisempia itsemurhayrityksiä 9 % oli ollut yhteydessä psykiatriseen hoitojärjestelmään elämänsä viimeisen vuoden aikana, ja aikaisemmin itsemurhaa yrittäneistäkin nuorista vain puolet.

## 11.2 Yhteenveto

Tämän tutkimuksen tulokset tukevat aikaisemmissa tutkimuksissa (11) esitettyä näkemystä, että nuoren itsemurha on lähes aina pitkään kestäneen riskikehityksen lopputulos. Itsemurhan tehneiden nuorten suurella enemmistöllä oli todettavissa mielenterveyden häiriö, tosin pojista neljänneksellä vain suhteellisen lievä tai reaktiivinen häiriö (sopeutumishäiriö). Myös ne nuoret, joilla ei riittävästi tietoista huolimatta voitu mielenterveyden häiriötä todeta, olivat poikia.

Varsin suuri osa nuorista oli ilmaissut tavalla tai toisella itsemurha-aikeensa, useimmiten jo kuukausia ennen itsemurhaa. Koska moni nuori oli puhunut itsemurha-ajatuksista vain ikätovereilleen, tulisi myös nuoria tukea ja rohkaista ohjaamaan itsetuhoisen toverinsa aikuisten tarjoaman avun piiriin. Kuitenkin vain runsas kolmasosa kaikista itsemurhaan päätyneistä nuorista oli ohjautunut jossain elämänsä vaiheessa psykiatrisen hoitojärjestelmän piiriin.

Itsemurha-aikeensa ilmaiseva nuori tulee palvelujärjestelmien piirissä aina ottaa vakavasti. Nuoren ajankohtaisia ongelmia, hänen elämäntilannettaan ja psykososiaalista kehitystään tulisi tällöin selvittää yhdessä hänen kanssaan. Itsemurhaa yrittänyt nuori tulee ohjata psykiatriseen arvioon.

Erityisesti mielenterveyden ongelmista kärsivien, epäsosiaalisesti oireilevien ja päihdeongelmaisten nuorten itsemurhayritykset tai -puheet näyttävät olevan osoitus kohonneesta itsemurhavaarasta. Nuoria hoitavien hoitopaikkojen tulisi löytää keinoja itsetuhoisten nuorten tehokkaan hoidon ja seurannan järjestämiseksi.

### Lähteet

1. *Barraclough B.* International variation in suicide rate of 15 - 24 year olds. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1988;23:75-84.
2. *Aro H, Marttunen M, Lönnqvist J.* Trends in suicide mortality among young people in Finland. *Psychiatr Fenn* 1992;23:29-39.

3. Brent D, Perper J, Goldstein C, Kolko D, Allan M, Allman C, Zelenak J. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:581-588.
4. Shafii M, Carrigan S, Whittinghill J, Derrick A. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1985;142:1061-1064.
5. Shaffer D. Suicide in childhood and adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 1974;15:275-291.
6. Marttunen M, Aro H, Henriksson M, Lönnqvist J. Mental disorder in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II among 13 to 19 year olds. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:834-839.
7. Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J. Adolescent suicide: endpoint of long-term difficulties. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:649-654.
8. Marttunen M, Aro H, Henriksson M, Lönnqvist J. Antisocial behaviour in adolescent suicide. (Lähetetty julkaistavaksi)
9. Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J. Precipitant stressors in adolescent suicide. (Lähetetty julkaistavaksi)
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third edition, revised. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1987.
11. Shafii M. Completed suicide in children and adolescents: methods of psychological autopsy. Teoksessa: Pfeffer C, toim. *Suicide among youth: Perspectives on Risk and Prevention*. Washington: American Psychiatric Press, 1989:1-19.

## 12 Itsemurhat ja vakavan sairauden pelko: aids-pelon ja muiden sairauksien pelon vertailua

Arja Halttunen, Markus Henriksson, Piia Jallinoja,  
Jouko Lönnqvist

### 12.1 Tausta

Ensimmäiset raportit immuunikatovirustartunnan pelkoon liittyvistä itsemurha-ajatuksista ja -yrityksistä julkaistiin 80-luvun lopussa (1-4). Sellaisia itsemurhia käsitteleviä tutkimuksia, joissa on käsitelty HI-viruksen pelkoa, on raportoitu vain Suomesta (3, 5).

Immuunikatoviruksen leviämistä ehkäisevä terveystietoisuus sekä aidsiin eli immuunikatosairauteen liittyvä lehtikirjoittelu oli Itsemurhat Suomessa 87 -projektin tiedonkeruun aikana erittäin vilkasta ja voimakkaita tehokeinoja käyttävää. Projektin aikana suomalaisessa iltapäivälehdessä esitetty tieto itsemurhista, joihin myötävaikutti pelko immuunikatovirustartunnasta, velvoitti tutkimaan asian itsemurha-aineistossa. (6). Aids-pelon lisäksi tutkimuskohdetta laajennettiin yleensä vakavien sairauksien pelkoon itsemurha-aineistossa (7, 8).

### 12.2 Tutkimusongelmat

Tutkimuksella haettiin vastausta seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Kuinka monta sellaista itsemurhaa projektin aineistossa on, joissa vakavan sairauden pelon voi sanoa olevan osasyynä itsemurhaan?
- 2) Miten nämä itsemurhaan päätyneet eroavat sosiodemografisilta tekijöiltään aineiston muista itsemurhan tehneistä?
- 3) Mistä sairauden pelko sai alkunsa ja mikä oli tiedotusvälineiden merkitys pelon synnyssä?

4) Millaisia ovat olleet näiden itsemurhan tehneiden mielenterveyden häiriöt, somaattinen terveys sekä yhteydet terveydenhuoltoon?

### 12.3 Tutkimusmenetelmät

Aidsin pelko määriteltiin sellaiseksi huolestumiseksi saadusta aids-tartunnasta, josta itsemurhan tehnyt oli itse maininnut ja joka hallitsi hänen mieltään ja selvästi haittasi jokapäiväistä elämää. Muun vakavan sairauden pelko määriteltiin sellaiseksi huolestuneisuudeksi terveydentilasta, oireista, sairauden uusiutumisesta tai pahenemisesta, joka hallitsi selvästi itsemurhaan päätyneen ihmisen mieltä ja haittasi jokapäiväistä elämää.

Aidsin pelosta kärsineet etsittiin käymällä läpi projektin koko aineisto (N=1397) ensin tapausten koontilomakkeilta, sitten ATK-pohjaisesti sanahaulilla tapausselostuksista käyttäen hakusanoina sanoja aids, HIV, immuunikato ja/tai niiden pelko tai niistä huolestuminen. Tämän jälkeen tarkastettiin vielä koko aineisto kahden psykiatrin toimesta. Muuta vakavaa sairautta pelänneet etsittiin koko aineistoa edustavasta otoksesta (N=229) (9). Tapaukset etsittiin siten, että kaksi tutkijaa kävi läpi otoksen henkilöitä koskevan aineiston.

### 12.4 Tulokset

Koko itsemurha-aineistosta (N=1397) ei löytynyt yhtään HIV-positiivista henkilöä Kansanterveyslaitoksessa tehdyssä kuolemanjälkeisessä HIV-vasta-ainemäärityksessä. Aidsia pelänneitä sen sijaan löytyi 28 (2 %). Miehiä oli 19 ja naisia 9; ikä vaihteli 17-70 vuoteen ja iän keskiarvo oli 41 vuotta. Tutkittaessa otoksesta (N=229) vakavaa sairautta pelänneitä oli 34 (15 %). Miehiä heistä oli 23 (68 %) ja naisia 11 (32 %). Keski-ikä oli 57 vuotta, miehillä 61 ja naisilla 48 vuotta. Otokseen osuneista kaksi itsemurhan tehnyttä kuului aids-pelkoryhmään, joten tutkimusryhmien kooksi tuli 28 ja 32.

Verrattaessa otoksen 32 sairautta pelännyttä itsemurhatapausta niihin tapauksiin, joiden kohdalla ei ollut näyttöä pelosta (N=195) havaitaan, että he olivat merkittävästi

vanhempia: iän keskiarvo oli 57 vs 42 vuotta. Pelänneiden ryhmästä miehet olivat naisia vanhempia (61 vs 48 vuotta).

Aidsia pelänneistä itsemurhan tehneistä 15 oli sellaisia, joilla oli todisteita riskikäyttäytymisestä; 12:lla oli tilapäinen sukupuoliuhde, joista kaksi oli todennäköisesti raiskauksia. Kolmella miehellä tiedetään olleen homoseksuaalikontakti.

Muuta sairautta pelänneistä 60 % (19/32) sairasti myös jotakin vakavaa somaattista, pääasiassa kroonista tautia. Niistä, joilla sairauden pelkoa ei voitu havaita, somaattisesti vakavasti sairaita oli 25 %. Vakavat sairaudet kasaantuivat luonnollisesti vanhimpiin itsemurhan tehneisiin. Verrattaessa aidsin pelkoa muun vakavan sairauden pelkoon rajattiin tutkittavien ikä alle 65-vuotiaisiin. Tällöin ryhmien koot pienenevät 27 ja 18 tutkittavaan. Näin vertailtuna ryhmät eivät eroa vakavan diagnosoidun taudin, terveydenhuollon kontaktien määrän ja ajoituksen tai työssäolon suhteen toisistaan.

Aidsin pelko oli pääasiassa HIV-infektion levittämisen pelkoa, itsensä ja läheisten tuhoamisen syyllisyyden sävyttämää pelkoa. Muun vakavan sairauden pelko taas oli enemmän yhteydessä omiin tai läheisten sairauskokemuksiin. Pelättiin kipua ja muita oireita, hoitoja ja niiden sivuvaikutuksia, taudin puhkeamista tai uusiutumista. Erityisesti vanhenevat miehet pelkäsivät itsenäisyyden ja riippumattomuuden menetystä todetun mahdollisen taudin pahetessa.

Aidsin pelon laukaisi useimmiten (10 tapausta) epämääräiset oireet, jotka vaivasivat ihmistä ja joille ei löytynyt diagnoosia. Oireet olivat tyypillisesti sellaisia, joita tiedotusvälineissä esitettiin aidsin oireina: kurkkukipu, turvonneet imurauhaset, väsymys, iho-oireet jne. Sukupuoliuhde vakituisen parisuhteen ulkopuolella laukaisi pelon seitsemässä tapauksessa. Kolmessa tapauksessa tietty tiedotusvälineissä esitetty ohjelma (2 terveystalkuohjelmaa TV:ssä ja yksi sanomalehtiartikkeli) toimi laukaisijana. Viidessä tapauksessa pelko nousi vaikeasta pitkäaikaisesta psykiatrisesta problematiikasta. Kolmessa tapauksessa ei löydetty laukaisevaa tekijää.

Vakavan sairauden pelko ilmeni käyttäytymisen tasolla ruumiillisten oireiden korostuneena tarkkailuna, tiedon ja vakuuttelun etsimisellä. Sairautta pelänneet hakivat

terveydenhuollosta apua viimeisen elinviikon aikana kaksi kertaa useammin kuin ne, jotka eivät pelänneet sairautta. Muuta vakavaa sairautta kuin aidsia pelänneet alle 65-vuotiaat naiset hakivat kaikki apua terveydenhuollosta vielä viimeisen viikon aikana. Erilaisia ruumiillisia oireita kokivat aidsia pelänneet merkitsevästi useammin kuin muita sairauksia pelänneet (59 % vs 18 % alle 65 -vuotiaista). Tunnetasolla pelko näkyi masentuneisuutena, ahdistuksena sekä itsesäälinä ja -syyttelyinä. Kognitiivisella tasolla sairauden pelko näkyi sekä informaation että oireiden kielteisenä tulkintana ja "väärin" ymmärtämisenä, fiksoitumisena tautiin, hoitoihin tai niiden vaikutuksiin.

DSM-III-R-kriteereillä takautuvasti arvioituna (ks. luku 7) erilaiset masennusoireyhtymät olivat tyypillisin mielenterveyshäiriö sekä aidsia että muita vakavia sairauksia pelänneillä. Sekä aidsia että muita vakavia sairauksia pelänneistä noin puolet kärsi ajankohtaisesta psykoottisesta häiriöstä (psykoottiset vakavat masennustilat mukaan lukien). Yksikään tapauksista ei täyttänyt paniikkihäiriön kriteerejä tai sellaisen hypokondrisen häiriön kriteerejä, jossa depressio ei olisi ollut ensisijaisena diagnoosina. Masentunut mieliala oli huomattu terveydenhuollossa aidsia pelänneillä merkitsevästi harvemmin kuin muuta sairautta pelänneillä (67 % vs 92 % alle 65-vuotiailla). Saattaa olla, että aidsin pelko on ilmiönä hämmentänyt hoitavia henkilöitä niin, että heidän valmiutensa tunnistaa mielenterveyshäiriö on heikentynyt.

## 12.5 Johtopäätökset

Aidsin pelko ja muiden vakavien sairauksien pelko osasyynä itsemurhaan näyttävät olevan kaksi erillistä ja erilaista ilmiötä. Aidsin pelko on ajassa liikkuneen ilmiön provosoima itsetuhoinen huolestuminen, joka kumpuaa moraalisisista ongelmista ja seksuaalisesta syyllisyydestä ja jota ruokkivat tutkimusajankohdan sensaatiohakuiset tiedotusvälineet ja oirekeskeinen valistus.

Muiden vakavien sairauksien pelko itsemurha-aineistossa näyttää olevan huolestumista heikkenevästä kunnosta, hätää riippumattomuuden menettämisestä (etenkin miehillä) sekä huolestumista jo olemassaolevan sairauden pahenemisesta ja oireista, esim. kivusta.



Ehkäisyn ja intervention mahdollisuudet aids-pelon osalta olisi suunnattava yleisen tiedottamisen kehittämiseksi vastuulliseen, selkeään, pitkän tähtäimen käyttäytymisen muutoksiin tähtäävään suuntaan.

Uhkaavia asioita esitettäessä on tarjottava keinoja ja yhteystietoja uhkan herättämän pelon hallitsemiseksi. Sekä itsetuhoisen aids-pelon että muiden sairauksien pelon ehkäisyyn ja erityisesti käsittelyyn tarjoutuu terveydenhuollossa mahdollisuus, kunhan pelkoonsa apua hakevien masennus tunnistetaan ja hoidetaan. Kroonisiin sairauksiin ja niiden vaiheisiin liittyvien uhkien ymmärtäminen sekä itse sairastavien ja heidän läheistensä sosiaalinen tukeminen auttaisi näiden uhkien aiheuttaman sairauden pelon hallintaa.

## Lähteet

1. *Frierson R, Lippman S.* Suicide and AIDS. *Psychosomatics* 1988;29:226-231.
2. *Vuorio K, Äärelä E, Lehtinen V.* Eight cases of patients with unfounded fear of AIDS. *Int J Psychiatr Med* 1990;20(4):405-411.
3. *Vuorio K, Äärelä, Knudsen P, Lehtinen V.* Immuunikadon pelko psykiatrisena ongelmana. *Duodecim* 1988;104:717-718.
4. *Green J.* The worried well. Teoksessa McGraives A, toim. *Counselling in HIV Infection and AIDS.* Blackwell Scientific Publications, 1989:167-173.
5. *Karhunen P, Penttilä A, Kantanen M-L.* Screening for HIV in medicolegal necropsies in Helsinki. *BMJ* 1989;298:1160.
6. *Halttunen A, Henriksson M, Jallinoja P, Lönnqvist J.* Completed Suicide with a fear of having contracted AIDS - A study of 28 cases. Teoksessa: Ferrari G, Crepet P, Platt S, Bellini M, toim. *Suicidal Behaviour in Europe. Recent Research Findings.* Rome: John Libbey CIC, 1992:245-251.
7. *Halttunen A, Henriksson M, Jallinoja P, Lönnqvist J.* Health threats and suicides. Fear of AIDS vs other diseases. Abstract. *Psychology and Promotion of Health.* 5th European Health Psychology Society Conference. Lausanne, 1991.

8. *Halttunen A, Henriksson M, Jallinoja P, Lönnqvist J.* Suicides and fear of illness. Teoksessa: Böhme K, Wedler H, toim. *Suicidal Behavior. The state of art. Proceedings of the XVIth Congress of the International Association of Suicide Prevention* (painossa).

9. *Henriksson M, Aro H, Marttunen M, Heikkinen M, Isometsä E, Kuoppasalmi K, Lönnqvist J.* Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993; 150:935-940.

## 13 Syöpä ja itsemurha

Päivi Hietanen, Jouko Lönnqvist

Itsemurhat Suomessa 1987 -projektissa tutkitaista 1397 itsemurhatapauksesta 60:llä oli ollut syöpä (4.3 %). Tutkimuksessamme olemme verranneet syöpäitsemurhien taustatekijöitä ei-syöpää sairastaneiden itsemurhien taustatekijöihin. Toisessa tutkimuksessamme syöpäpotilaat on ryhmitelty kahteen ryhmään: remissiossa olevat (so. taudistaan todennäköisesti parantuneet, N=25) ja terminaalipotilaat, jotka elävät sairautensa loppuvaihetta (N=18). Näitä kahta ryhmää on verrattu toisiinsa itsemurhan taustatekijöiden suhteen.

Syöpä oli pääasiallinen itsemurhan taustatekijä 62 %:lla syöpää sairastaneista (N=60). Ikä- ja sukupuolivakioidussa vertailuryhmässä (N=60) muu somaattinen sairaus oli pääasiallinen itsemurhan taustatekijä 20 %:ssa tapauksista. Yleiskunto oli sairauden vuoksi alentunut 60 %:lla syöpätapauksista ja 37 %:lla verrokkitapauksista. Syöpätapauksista 93 %:lla ja verrokkitapauksista 65 %:lla oli lähiomainen. Suhteet lähiomaisiin olivat ristiriitaiset 54 %:lla verrokkiryhmässä ja 36 %:lla syöpäpotilaiden ryhmässä.

Syöpäpotilaista 48 % ja 52 % verrokkitapauksista oli saanut psykiatrista hoitoa jossain elämänsä vaiheessa. Syöpäpotilaista 27 % ja verrokkiryhmästä 42 % oli yrittänyt itsemurhaa aikaisemmin.

Haastateltaessa syöpäpotilaiden omaisia 43 % heistä ilmaisi hyväksyvänsä potilaan ratkaisun tehdä itsemurha, vastaava luku verrokkiryhmässä oli 21 %. Silti kahdella kolmanneksella omaisista kummassakin ryhmässä oli negatiivisia tunteita, kuten syyllisyyttä, hylätyksitulemisen tunnetta tai vihaa.

Taulukossa 13.1 on ilmoitettu kaikki tilastollisesti merkitsevät erot syöpäpotilaiden ja verrokkiryhmän välillä.

Taulukko 13.1. Tilastollisesti merkitsevät erot syöpäpotilaiden ja verrokkiryhmän välillä.

	Syöpäpotilaat		Verrokkit		Merkitsevyys (p)
	N	%	N	%	
Kipuja	(72)	43	(40)	24	<0.005
Fyysisesti huonokuntoisia	(60)	36	(37)	22	<0.025
Lähiomaisen olemassaolo	(93)	56	(65)	39	<0.001
Omaisets hyväksyvät itsemurhan tehneen ratkaisun	(43)	21	(21)	11	<0.05

Tarkasteltaessa remissiossa olleita syöpätapauksia, voitiin todeta, että heillä oli runsaasti muita somaattisia sairauksia. Heistä 68 %:lla sairaudet olivat sellaisia, että ne selvästi huononsivat yleiskuntoa. Verrattaessa heitä terminaalipotilaisiin voitiin kuitenkin todeta, että remissiossa olleista vain 24 % oli riippuvaisia omaisistaan päivittäisissä toimissaan, kun taas terminaalipotilaista 67 % ei tullut toimeen ilman jatkuvaa apua. Sairausten loppuvaiheessa olevilla potilailla oli myös enemmän oireita, mikä ilmenee taulukosta 13.2.

Taulukko 13.2. Kivun ja muiden oireiden esiintyvyys remissiossa olleilla ja terminaalivaiheen potilailla.

Kivun ja oireiden esiintyvyys	Remissiotilaat (N=25)		Terminaalipotilaat (N=18)	
	(N)	%	(N)	%
Ei kipua	(10)	40	(0)	0
Jonkin verran kipua	(2)	8	(2)	11
Paljon kipuja	(6)	24	(15)	83
Muita vaikeita oireita	(16)	64	(15)	83

Remissiossa olleista syöpäpotilaista 84 %:lla ja terminaalipotilaista 39 %:lla oli ollut psyykkinen häiriö jossain elämänsä vaiheessa. Jälkimmäisistä 11 % ja edellisistä 44 % oli yrittänyt itsemurhaa aiemmin. Remissiopotilaista 24 %:lla ja terminaalipotilaista 6 %:lla oli suvussa itsemurhia. Myös mielenterveyden häiriöt olivat yleisempiä remissiossa olleiden potilaiden suvussa, vastaavat luvut olivat 40 % ja 17 %. Remissiopotilaiden ihmissuhteet olivat ristiriitaisempia, 52 %:lla ihmissuhteet luokiteltiin ristiriitaiseksi verrattuna 11 %:iin terminaalipotilaista. Omais- ja terveydenhuoltohenkilöstön haastattelujen perusteella syöpää pidettiin itsemurhan pääasiallisena taustatekijänä kaikilla terminaalipotilailla verrattuna 24 %:iin remissiossa olleista.

Kun remissiossa olleille syöpätapauksille muodostettiin ikä- ja sukupuolivakioitu verrokkiaineisto muusta tutkimuksen itsemurha-aineistosta, voitiin todeta, että ryhmät olivat taustatekijöiltään hyvin samankaltaiset. Ainoat tilastollisesti merkitsevät erot näissä ryhmissä olivat seuraavat: remissiossa olleista syöpäpotilaista 93 %:lla oli lähiomainen, mutta verrokkiaineistossa vain 56 %:lla ( $p < 0.005$ ). Remissiossa olleista syöpäpotilaista 76 % ja verrokeista 44 % oli saanut psykiatrista hoitoa jossain elämänsä vaiheessa ( $p < 0.025$ ).

Tutkimusten tuloksista ilmenee, että syöpäpotilaiden itsemurhat eroavat taustatekijöiltään muista itsemurhista siten, että syöpäpotilailla oli enemmän kipuja ja muita oireita sekä fyysistä huonokuntoisuutta. Syöpäpotilaiden sosiaalinen verkosto oli vahvempi; lähes kaikilla oli lähiomainen ja heillä oli vähemmän ristiriitoja lähimmissä ihmissuhteissaan kuin kontrolliaineiston tapauksilla. Syöpäpotilaiden itsemurhia tutkittaessa tulee kuitenkin huomioida, että aineisto muodostuu heterogeenisestä joukosta: osa remissiossa olevista potilaista on sairastanut vuosia sitten ja todennäköisesti parantunut, osa on lähellä kuolemaa ja osa muutoin sairauden aktiivissa vaiheessa. Tutkimustuloksista ilmeneekin, että remissiossa olevien syöpäpotilaiden itsemurhat muistuttavat taustatekijöiltään keskiväestön itsemurhia, kun taas sairauden merkitys taustatekijänä ja yksilöllisempi itsemurhaprosessi korostuvat terminaalipotilaiden ryhmässä.

Syöpäpotilaiden itsemurhien ehkäisyssä tulee kiinnittää huomiota parempaan oireiden hoitoon ja potilaan psykososiaalisten tarpeiden ymmärtämiseen. Osa tutkimusaineiston potilaista oli pitkälle edennyttä syöpää sairastavia, jotka oli lähetetty kotiin kehoituksella

hakeutua terveyskeskukseen tarvittaessa. On selvää, että huonokuntoisen potilaan turvattomuutta lisää se, ettei hän tiedä, kuka hänen hoidostaan vastaa. Jossakin tapauksessa potilas oli lähetetty kotiin liian huonokuntoisena naapuriavun varaan, jonka potilas koki ylivoimaisen nöyryyttävänä.

Kun pyritään ehkäisemään vakavasti somaattisesti sairaiden potilaiden itsemurhia, tulee kehittää hoitavien henkilöiden koulutusta. Itsetuhoisuuden tunnistaminen (potilaan depressiivisyys, vetäytyminen, toivottomuus, kivuliaisuus, aikaisemmat itsemurhayritykset, suvussa itsemurhia) on tärkeää samoin kuin sopiva asioihin puuttuminen jatkossa. On tavallista, että itsemurhasta puhuva potilas vaiennetaan, koska itsemurhasta puhuminen herättää ahdistusta ja neuvottomuutta somaattisia sairauksia hoitamaan totuneissa. Potilaan itsetuhoisuus ei johdu yleensä kuoleman pelosta, vaan avuttomuuden, hallitsemattomuuden ja toivottomuuden tunteista. Jos potilaalla on mahdollisuus käsitellä näitä tunteita ja tulla ymmärretyksi, sisäisen kontrollin tunne lisääntyy ja itsemurhan riski vähenee. On tärkeää, että potilaan perustautia hoitavilla henkilöillä on valmiuksia kohdata masentunut ja itsetuhoinen potilas, koska kynnys hakeutua psykiatriseen arvioon ja hoitoon on potilaalle usein liian korkea.

## Lähteet

1. *Hietanen P, Lönnqvist J. Cancer and suicide. Ann Oncol 1991;2:19-23.*
2. *Hietanen P, Lönnqvist J, Jallinoja P. Is cancer suicide different? (Lähetetty julkaistavaksi).*
3. *Hietanen P, Lönnqvist J. Syöpä ja itsemurha. Suom Lääkäril 1991;34:3247-3251.*

## 14 Itsemurhaan kuolleiden arkielämän tunnuspiirteistä

Irmeli Järventie, Jyrki Kiviniitty

### 14.1 Tavoite, aineisto ja menetelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada kokonaiskuva itsemurhaan kuolleiden arkielämän yhteiskunnallis-sosiaalisesta rakenteesta ja siihen sisältyneistä vaikeuksista ja ongelmista. Tutkimuksen avulla haluttiin saada tietopohja ja orientaatioperusta systemaattisemmille ja tarkemmille analyyseille.

Tutkimusaineistona käytettiin itsemurhan tehneiden omaisten haastatteluista saatua tietoa itsemurhaan kuolleiden arkielämän rakenteesta sekä siihen sisältyneistä ongelmista ja näiden ongelmien ratkaisuyrityksistä. Tietoja koottiin demografisten taustatekijöiden lisäksi kuudesta elämämpiiristä, joita ovat työelämä, vapaa-aika, asuminen, taloudelliset resurssit, ihmissuhteet ja muuttohistoria. Haastattelutiedot saatiin yhteensä 1149:stä itsemurhan tehneestä. Tiedot puuttuivat 248 tapauksesta. Katoon kuuluneista tapauksista käytettävissä olivat tiedot sukupuolesta, iästä, siviilisäädystä ja sosioekonomisesta asemasta.

Koska kyseessä oli esitutkimus, menetelmänä käytettiin ristiintaulukointia. Itsemurhaan kuolleiden arkielämän tunnuspiirteitä selvitettiin iän, sukupuolen ja työtilanteen mukaan.

### 14.2 Aineiston sosiaalinen profiili

Katoaineisto poikkesi tutkimusaineistosta vain eronneiden korkeamman ja iäkkäiden pienemmän osuuden kohdalla. Mitään merkittäviä eroja aineistojen välillä ei ollut. Kuitenkin molemmat aineistot erosivat selkeästi väestöstä. Itsemurhan tehneiden ryhmässä oli selvästi enemmän miehiä ja leskiä, vähemmän naimisissa olleita, lapsia ja

nuoria sekä selvästi enemmän sosioekonomisessa asemahierarkiassa alimpiin luokkiin kuuluneita kuin väestössä keskimäärin.

Itsemurhan tehneet olivat pääasiassa palkkatyösuhteessa olleita työntekijöitä (37 %) sekä eläkeläisiä (37 %), kun taas toimihenkilöitä (11 %), työnantajia (0.5 %) ja opiskelijoita (4 %) oli vähän. Ero väestöön on selvä. Väestössä oli vuoden 1985 väestölaskennan mukaan työntekijöitä 28 %, eläkeläisiä 20 %, toimihenkilöitä 31 %, työnantajia 2 % ja opiskelijoita 6 %. Suurin osa itsemurhan tehneistä eläkeläisistä (55 %) ja työttömistä (75 %) oli ollut työntekijöitä. Huomattavan suuri määrä (57 %) itsemurhan tehneistä oli työelämän ulkopuolella. He olivat pääasiassa eläkkeellä (65 %) tai työttömänä (25 %). Eläkkeellä olleista enemmistö (62 %) oli iältään alle eläkeiän eli he siis olivat olleet työkyvyttömyyseläkkeellä.

Naisten ja miesten sosioekonominen asema oli profiililtaan erilainen. Naisista puolet (47 %) oli eläkkeellä kun taas miehistä vain kolmannes (34 %). Miehet olivat pääasiassa palkkatyössä, yrittäjiä tai työttömiä. Palkkatyössä olleet miehet olivat pääasiassa työntekijöitä, kun taas palkkatyössä olleet naiset olivat joko alempia toimihenkilöitä tai työntekijöitä.

Heikon sosioekonomisen aseman ohella itsemurhan tehneet olivat varsin heikosti koulutettuja. Vain peruskoulutason koulutus oli selvällä enemmistöllä (65 %). Lisäksi suurimmalla osalla ei ollut joko mitään tai oli vain puutteellinen ammattikoulutus (67 %). Työtilanteen perusteella erotetut ryhmät erosivat kuitenkin toisistaan. Aktiiviväestöön kuuluneet eli työelämässä olleet olivat paremmin perus- ja ammattikoulutettuja (60 % ja 58 %) kuin passiiviväestöön kuuluneet (78 % ja 73 %). Erityisesti eläkeläisten ja työttömien koulutustaso oli huono. Hyvän koulutustason omanneet kuuluivat aktiiviväestöön. Huomattavan monella (42 %) opiskelijoista oli jokin aiemmin suoritettu ammattikoulutus.

Työtilanteen perusteella erotettujen ryhmien ikäjakaumat poikkesivat toisistaan. Eläkeläiset, kotirouvat ja pienyrittäjät olivat keskimäärin muita iäkkäämpiä (yli 50-vuotiaita), palkkatyösuhteessa olleet ja työttömät edustivat keski-ikäistä ja nuorta työvoimaa (15 - 49- vuotiaita) ja opiskelijat sekä vangit ja varusmiehet olivat kaikkein nuorimpia



(15 - 34- vuotiaita). Nämä ryhmät olivat myös siviilisäätyjakaumaltaan erilaiset. Naimisissa olleita oli eniten yrittäjien (58 %) sekä kotirouvien (70 %), naimattomia sen sijaan eniten opiskelijoiden (100 %) sekä vankien ja varusmiesten (92 %) ryhmissä. Vastaavasti eronneita oli eniten työttömien (20 %) ja leskiä puolestaan eläkeläisten (17 %) ryhmässä.

Työtilanteeseen sisältyneitä vaikeuksia oli ollut vajaalla puolella (43 %) aineiston tapauksista, ja vajaa puolet (45 %) heistä oli tavalla tai toisella yrittänyt ratkaista näitä vaikeuksiaan (luku 15). Eniten niitä oli ollut työttömillä (62 %) ja toiseksi eniten palkkatyössä olleilla (49 %), mikä tulos viittaa työpaikkojen ristiriitojen yleisyyteen ja vakavuuteen sekä viittaa myös työntekijöiden, työyhteisöjen ja työterveyshuollon kyvyttömyyteen selviytyä niistä.

Työttömyyskokemuksia viiden viimeisen vuoden ajalta ennen itsemurhaa oli ollut neljäosalla. Sukupuolten välillä oli selkeä ero: miehistä suurempi osa (28 %) kuin naisista (12 %) oli kokenut työttömyyden tänä aikajaksona.

### 14.3 Ajankäyttö

Arkielämän ongelmallisuutta kuvastaa omalta osaltaan päivittäisen ajankäytön jakautuminen. Enemmistöllä (55 %) oli omaisen mukaan ollut joko liikaa vapaa-aikaa (39 %) tai liikaa työtä (16 %); vain vajaalla kolmanneksella (29 %) tilanne tältä osin oli ollut tasapainossa. Liikaa työtä oli erityisesti pienyrittäjillä (46 %), liikaa vapaa-aikaa sen sijaan eläkeläisillä (71 %), työttömillä (73 %) ja kotirouvilla (60 %). Kuitenkin vain vähemmistön (40 %) ajankäyttö oli heille itselleen ollut ongelmalliseksi koettu asia. Varsinkin opiskelijoiden ja palkkatyössä olleiden ajankäytön jakautuminen oli ollut tasapainossa.

### 14.4 Taloudellinen tilanne

Taloudelliset vaikeudet eivät olleet kovin yleisiä. Niitä oli ollut vain runsaalla kolmanneksella (35 %). Työttömät erosivat kuitenkin selvästi muista: heille taloudelliset

ongelmat olivat melko tyypillisiä (65 %). Kuitenkaan näiden vaikeuksien selvittämisaktiiviteetti ei heillä ollut kovin korkea (44 %) verrattuna esimerkiksi palkkatyössä olleisiin, joilla rahavaikeudet olivat harvinaisempia (35 %) mutta joille ratkaisuyritykset olivat varsin tyypillisiä (56 %).

Neljäsosalla (26 %) olisi tulevaisuudessa ollut odotettavissa muutoksia raha-asioissa. Eläkeläisten tuleva taloudellinen tilanne olisi ollut vakain, pienyrittäjien sen sijaan epävakain. Pienyrittäjien, palkkatyössä olleiden, työttömien ja eläkeläisten ryhmissä nämä tulossa olleet muutokset olisivat olleet pääasiassa kielteisiä, mutta vain noin kolmannes heistä oli tehnyt jotain vaikuttaakseen tähän tulossa olleeseen kielteiseen muutokseen. Suurin osa työttömistä (54 %) ja vangeista sekä varusmiehistä (70 %) oli pitänyt toimeentuloaan turvattomana ja kokenut tulonsa puutteellisiksi, kun taas varsinkin eläkeläiset olivat pitäneet tulojaan riittävinä (66 %) ja pitäneet toimeentuloaan turvattuna (80 %).

## 14.5 Asuminen

Valtaosa itsemurhan tehneistä (70 %) asui omassa hallinnassaan olleessa asunnossa. Kuitenkin runsas neljännes (27 %) asui alivuokralla, sukulaisten luona tai asuntolassa tai oli kokonaan vailla asuntoa. He olivat lähinnä eläkeläisiä ja työttömiä. Naisista hieman suurempi osa (32 %) kuin miehistä (28 %) asui yksinään. Yleisin asumismuoto olikin asuminen perheen kanssa. Perhetyyppi tosin vaihteli sukupuolesta, iästä ja työtilanteesta riippuen. Vanhempiansa kanssa oli asunut miehistä useampi (20 %) kuin naisista (10 %), kun taas lasten kanssa oli asunut naisista useampi (6 %) kuin miehistä (2 %). Nuoret asuivat pääasiassa vanhempiansa kanssa (36 %), keski-ikäiset puolison ja lastensa kanssa (35 %) ja iäkkäät puolison kanssa (39 %). Työelämässä mukana olleet asuivat pääasiassa puolison ja lasten kanssa (palkkatyöläisistä 34 % ja yrittäjistä 43 %), opiskelijat vanhempiansa kanssa (54 %), työttömät joko yksin (32 %) tai vanhempiansa kanssa (28 %) ja eläkeläiset joko yksin (35 %) tai puolison kanssa (30 %).

Asumiseen liittyneitä vaikeuksia oli ollut sitä enemmän mitä nuoremmista on kyse. Ominaisimpia nämä vaikeudet ovat olleet työttömille (38 %), harvinaisimpia yrittäjille

(13 %), kotirouville (8 %) ja opiskelijoille (21 %). Osalla itsemurhaan kuolleista (26 %) oli ollut tulevaisuudessa tulossa asumiseen liittyviä muutoksia. Nämä muutokset olisivat työttömien ja eläkeläisten kohdalla useissa tapauksissa (47 % ja 46 %) olleet kielteisiä, muiden kohdalla ne sen sijaan pääasiassa olisivat olleet positiivisia.

## 14.6 Muutot

Huomattavan moni (80 %) oli viiden viimeisen vuoden aikana muuttanut asuinpaikkaa. Suurimmalla osalla (67 %) muutto oli tapahtunut saman kunnan sisällä. Kunnasta toiseen muuttivat useimmin työelämässä kuin työelämän ulkopuolella olleet. Pääasiallisin muuttamisen peruste oli iästä ja sukupuolesta riippumatta ollut perheeseen liittyvä tekijä. Vajaan kolmanneksen (29 %) elämään oli myös sisältynyt raskaaksi koettu muutto, joka useimmissa tapauksissa (56 %) oli suuntautunut toiselle paikkakunnalle.

## 14.7 Ihmissuhteet

Enemmistöllä (57 %) itsemurhan tehneistä oli ollut lapsia, ja heistä puolella (52 %) omainen raportoi huolia, ongelmia tai ristiriitoja suhteissaan lapsiinsa. Nämä ongelmat olivat ominaisempia naisille (62 %) kuin miehille (48 %), vanhemmille (yli 50-vuotiaista 58 %) kuin nuorille (alle 50-vuotiaista 47 %) ja passiiviväestöön (57 %) kuin aktiiviväestöön (46 %) kuuluneille. Suhteissa omiin vanhempiin ristiriitoja oli ollut runsaalla puolella (53 %) aineiston tapauksista. Nämä vaikeudet olivat ominaisempia naisille (61 %) kuin miehille (52 %) ja sitä useammalle mitä nuoremmista on kyse.

Useimmilla (70 %) oli ollut parisuhde; avio- tai avoliitto, kihlaus tai seurustelusuhde. Passiiviväestöön kuuluneista (35 %) ja miehistä (30 %) suurempi osa kuin työelämässä olleista (25 %) ja naisista (22 %) oli ollut vailla parisuhdetta. Moni työttömistä (36 %), vangeista ja varusmiehistä (58 %) sekä opiskelijoista (47 %) oli ollut tällaista suhdetta vailla. Nuorilla avoliitto oli ollut harvinaisempi parisuhdemuoto kuin heitä vanhemmillä. Ylipäättään ristiriidat, pettymykset ja vaikeudet luonnehtivat itsemurhan tehneiden parisuhteita (60 %). Ristiriitaiset parisuhteet olivat ominaisimpia nuorille (72 %) ja suuriin ikäluokkiin kuuluneille (67 %) sekä työttömille (83 %) ja opiskelijoille (65 %).

Viidesosan (23 %) ihmissuhteissa olisi tulevaisuudessa ollut tapahtumassa jokin muutos sitä useammalle mitä nuoremmista on kyse. Heistä, joille tällainen muutos oli tulossa, se useimpien (58 %) kohdalla olisi ollut kielteinen luonteeltaan. Suuri osa (43 %) oli tehnyt jotain estääkseen tämän kielteiseksi arvioitun muutoksen tapahtumisen tai muulla tavoin vaikuttaakseen siihen.

## 14.8 Lopuksi

Itsemurhan tehneiden arkielämän rakennetta ja arkielämään sisältyneitä ongelmia koskevan aineiston näinkin pinnallinen tarkastelu antaa selkeitä viitteitä siitä, että sukupuoli, ikä ja työtilanne erottelevat aineistosta ryhmiä, jotka eroavat toisistaan. Samalla se antaa perusteen tutkia tarkemmin, mitkä ryhmät toisistaan erottuvat ja miltä osin ja miten ne toisistaan erottuvat.

# 15 Työtoimintaan liittyneet vaikeudet itsemurhaan kuolleiden elämässä

Irmeli Järventie, Jyrki Kiviniitty, Jouko Lönnqvist

Tässä IMS-87 -projektin osatutkimuksessa keskeisiä tutkimusongelmia ovat itsemurhaan kuolleiden osallistuminen työelämään, työolosuhteet ja työtoiminta sekä näihin mahdollisesti liittyvät vaikeudet.

Tutkimusintressin perustana oli tieto siitä, että huolimatta laajasta ja pitkäaikaisesta kansainvälisestä itsemurhien tutkimusperinteestä työtoimintaan sisältyneitä ongelmia itsemurhaan kuolleiden ihmisten elämässä ei ole tutkittu juuri lainkaan. Sen sijaan työttömyyden merkityksestä on eri maista olemassa runsaastikin tutkimuksia.

## 15.1 Tutkimuksen lähtökohdat ja tavoite

Tutkimuksessa sovellettiin metodologisen holismin periaatetta, jonka mukaan inhimillinen elämä käsitetään systeemiseksi ja jatkuvassa liikkeessä olevaksi kokonaisrakenteeksi. Tällä kokonaisrakenteella on tietty peruslaatunsa, joka puolestaan perustuu siihen, millaisista aineksista ja millaisista näiden ainesten keskinäisistä suhteista se rakenteistuu. Sen yksittäisten momenttien (työ) yhteydet erityisiin toiminnan muotoihin (itsemurha) on mahdollista ymmärtää ja selittää tämän kokonaisuuden kautta eikä siitä irrallisina.

Itsemurhaprosessille on ominaista, että elämä muotoutuu toiminnalliseksi loukuksi. Teon, joka eri muotoisena suuntautuu oman elämän lopettamiseksi, keskeinen tavoite on toimia keinona päästä pois tästä loukusta. Joidenkin ihmisten kohdalla tämä teko todellakin johtaa kuolemaan, jotkut selviytyvät hengissä. Tässä tutkimuksessa pääteltiin, että joidenkin ihmisten elämässä työolosuhteet ja työtoiminta ovat sellaiset, että niistä on alkanut loukkutilanteen muotoutuminen.

Tutkimuksen tavoitteena oli saada vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

1. Missä määrin itsemurhaan kuolleiden elämään oli sisältynyt työvaikeuksia?
2. Millaisia työvaikeudet olivat olleet?
3. Oliko näitä työvaikeuksia yritetty ratkaista ja jos, niin miten?

Tutkimuksessa oletettiin, että työvaikeudet ovat yhteydessä yhteiskunnalliseen asemaan ja demografisiin taustatekijöihin kuten ikään, sukupuoleen ja siviilisäätyyn, ja että näiden taustatekijöiden perusteella erottuu erilaisia ryhmätyyppejä, joille ovat ominaisia erilaiset työvaikeudet ja niiden ratkaisuyritykset.

## 15.2 Tutkimusaineisto ja menetelmä

Yhdellä Itsemurhat Suomessa 1987 -projektin omaishaastattelun lomakkeista selvitettiin itsemurhaan kuolleiden työtilannetta ja työtoimintaa. Pyrkimyksenä oli erityisesti saada tieto mahdollisista työvaikeuksista sekä niiden ratkaisuyrityksistä. Tiedot oli käytettävissä 1149 itsemurhaan kuolleesta, ja heistä 495:llä oli ollut työpaikka eli he olivat kuuluneet ns. aktiiviväestöön. Tutkimusaineiston muodostavat tiedot näistä 495:stä itsemurhaan kuolleesta.

Taustamuuttujiksi, joiden perusteella ryhmätyyppien oletettiin määrittävän, valittiin sosioekonominen asema, peruskoulutus, ammattikoulutus ja työsuhteen laatu, siviilisääty ja asumismuoto, ikä sekä sukupuoli. Kaikkien muuttujien osalta kato jäi varsin pieneksi ollen vain muutaman prosentin luokkaa. Työvaikeuksien ja niiden ratkaisuyritysten laadullista sisältöä kysyttiin haastattelussa avovastauksikysymyksellä.

Pyrkimyksenä oli löytää tilastollisin kriteerein toisistaan erottuvat ryhmätyypit. Koska kaikki muuttajat ikää lukuunottamatta ovat asteikollisesti laadullisia, päätettiin korrelaatiopohjaisten monimuuttuja-analyyysien sijasta käyttää loglineaarista mallia, joka perustuu moniulotteiseen ristiintaulukkoon. Sen avulla voidaan selvittää useamman muuttujan samanaikaiset ja tilastollisesti merkitsevät yhdysvaikutukset. Koska loglineaarisen mallin käytössä moniluokkaiset muuttajat eivät ole toivottavia, supistettiin valittujen muuttujien

luokitukset minimiin eli kaksi-, kolme- tai neliluokkaisiksi.

### 15.3 Tulokset

Kaikkia valittuja taustamuuttujia testattiin erilaisin yhdistelmin pyrkimyksenä löytää aineistosta parhaiten tyyppiryhmiksi erottelevat muuttujat. Paras erotteluvoima osoittautui olevan työsuhteen laadulla, ammattikoulutuksella, iällä sekä asumismuodolla. Valitun mallin vastaavuus empiirisen aineiston kanssa oli erittäin hyvä. Mallin avulla aineistossa voitiin osoittaa erottuvan kolme ryhmätyyppiä, joissa työvaikeuksia ja niiden ratkaisuyrityksiä esiintyy eri määrä. Työvaikeuksia oli omaisten antamien tietojen mukaan ollut lähes puolella (43 %) tutkimusaineistoon kuuluneista, ja heistä lähes puolet (45 %) oli yrittänyt tavalla tai toisella ratkaista näitä ongelmia ja vaikeuksia. Tutkimuksen tulokset voidaan tiivistää saatujen tyyppiryhmien mukaan seuraavasti:

1. Vakituksessa työsuhteessa olleet: Hyvin ammattikoulutettuja, nuoria tai suuriin ikäluokkiin kuuluneita työntekijöitä, jotka asuivat puolison tai puolison ja lasten kanssa. Puolella heistä oli työvaikeuksia, joiden ratkaisuaktiiviteetti oli keski-ikäisillä yhteydessä perheellisyyteen ja nuoremmilla ammattikoulutukseen.
2. Epävakaassa työsuhteessa olleet: Nuoria työntekijöitä, joista nuorimmat asuivat vanhempiensa ja hieman vanhemmat puolison ja lasten kanssa. He olivat joko hyvin tai puutteellisesti ammattikoulutettuja. Tässä ryhmässä oli eniten työvaikeuksia, ja niiden ratkaisupassiviteettiin olivat yhteydessä nuori ikä, perheettömyys sekä ammattikoulutuksen puute.
3. Pienyrittäjät: Myöhemmässä keski-ikässä olleita tai iäkkäitä ammattikoulutamattomia miehiä, joista enemmistö oli pientilallisia ja jotka asuivat puolison tai puolison ja lasten kanssa. Tässä ryhmässä työvaikeudet olivat harvinaisimpia ja niiden ratkaisupassiviteettiin olivat yhteydessä korkea ikä, ammattikoulutuksen puute sekä perheettömyys.

Työvaikeuksien ja niiden ratkaisuyritysten sisällöllistä puolta selvitettiin luokittelemalla

tekstikenttinä olleet vastaukset. Tämä erittely tehtiin niiden tapausten osalta, jotka täyttivät kaikki ryhmätyyppien tunnuspiirteet. Osoittautui, että ryhmien välillä oli eroa niin työvaikeuksien laadun kuin ratkaisuyritysten laadunkin suhteen.

1. Vakaassa työsuhteessa olleet olivat kärsineet erityisesti työpaikan ihmissuhteisiin liittyneistä ristiriidoista kuten yhteistyökyvyttömyydestä ja henkisestä väkivallasta. Vastaavasti yleisenä ratkaisuyrityksenä oli käytetty avun hakemista työtovereilta, luottamusmiehiltä, esimiehiltä tai omaisilta.

2. Epävakaassa työsuhteessa olleiden työvaikeudet eivät niinkään liittyneet epävarmaan työtilanteeseen vaan persoonallisiin psyykkisiin tekijöihin ja niiden mukanaan tuomiin sopeutumisongelmiin. Ratkaisuyrityksinä käytettiin uuden työpaikan etsintää tai alkoholia.

3. Pienyrittäjien pääasiallisia työvaikeuksia olivat työn raskaus ja taloudelliset huolet, joita yritettiin selvittää työjärjestelyin tai alkoholin avulla.

## 15.4 Huomioita

Tutkimuksessa saadut tulokset näyttäisivät tukevan teoreettista oletusta, että työvaikeudet eivät suoraan kausaalisuhteisesti tuota itsemurhia. Suuri osa itsemurhaan päätyneistä ei edes osallistunut työelämään; itse asiassa lähes 60 % heistä oli ollut työelämän ulkopuolella. Kuitenkin itsemurhan tehneiden ryhmässä oli myös niitä, joiden itsemurhaprosessissa työvaikeuksilla on ollut varsin keskeinen asema. Työvaikeudet voivat olla se elementti elämän kokonaisjärjestelmässä, jonka kautta elämän muotoutuminen loukuksi varsin pitkälti voidaan ymmärtää. Olennaista työvaikeuksille itsemurhaprosessissa on, että ihmiset subjektiivisesti tulkitsevat työvaikeutensa sellaisiksi, että ne ovat ylivoimaisia kestää ja niitä on mahdoton ratkaista muutoin kuin lopettamalla elämänsä.

Itsemurhat Suomessa 1987 -projektin tapauselostusaineistosta aiemmin tehty tutkimus osoitti, että työvaikeudet välittyvät elämän muille alueille ja tällä tavoin niiden kuormit-



tava vaikutus kasvaa (1). Tapausselostusaineistosta voi poimia kutakin ryhmätyyppiä edustavia esimerkkejä, jotka hyvin havainnollistavat työvaikeuksien erilaista luonnetta ja merkitystä näissä eri ryhmissä seuraavasti:

1. Vakaa työsuhde: "Hänen viimeisin työsuhteensa oli kestänyt 9 vuotta. Kolme vuotta sitten alkanut kuljettaa myrkyllisiä aineita. Pelkäsi varsinkin liukkailla onnettomuutta. Pelko vei häneltä yöunen ja hän alkoi käyttää vatsahermo- ja unilääkkeitä. Muutaman viimeisen kuukauden aikana työpaikalla tapahtui jatkuvasti muutoksia. Työtehtäviä muutettiin koko ajan niin, ettei etukäteen tiennyt, mitä ja millä ajaa. X:ää rasitti myös se, että työajat olivat hyvin epäsäännölliset. Koskaan ei voinut olla varma, joutuuko yllättäen ajoon, vaikka piti olla vapaata. Tämän vuoksi oli vaikea rentoutua, työ oli aina mielessä, aina piti olla varautuneena siihen, että saattaa joutua lähtemään. Väliin oli pitkiäkin vapaita, mutta niitä X ei oikein osannut viettää mainituista syistä... Oli katkera työnantajalle siitä, että vastoin toivomustaan ja aikaisempaa sopimusta joutui lähtemään Ruotsiin juuri hiihtolomaviikoksi, jonka olisi halunnut olla kotona pienten lastensa kanssa." Itsemurha kaksi päivää ennen Ruotsin matkaa.

2. Epävakaa työsuhde: "Miehen masentuneisuus ja itsemurhayritykset olivat aina liittyneet työpaikan menettämiseen tai sen pelkoon... kaikki vaikeudet miehen sairastaminen ja siihen liittyen perheen taloudelliset huolet ovat ajoittuneet miehen työttömyyteen tai sen pelkoon. Hän oli kahdesta työpaikasta, joissa oli viihtynyt, joutunut ilman omaa syytään irtisanotuksi. Erityisesti jatkuva pakkoloman tai työttömäksi jäämisen uhka hermostutti ja sairastutti miestä. Perhe oli tuolloin hyvin tiukoilla taloudellisesti, koska vaimon tulot ovat erittäin pienet."

3. Pienyrittäjä: "Kävi syksyllä yrittäjäkurssin ja ryhtyi keväällä yyy-alan yrittäjäksi, perustamiseen liittyi taloudellisia vaikeuksia ja velkakierrettä, esiintyi työtilaisuuksiin liittyviä vaikeuksia sekä taloudellisia huolia, joihin joutui tekemään velkaa velan päälle... Ammatillisen identiteetin epäselvyys ja itsenäisenä yrittäjänä toimiminen ylittänyt ilmeisesti resurssit aiheuttaen taloudellisia huolia sekä alkoholin käyttöä ratkaisumallina... kesällä ja syksyllä avioliitto alkanut rakoilla. Vaimo katsonut, ettei voi jatkaa yhdessäoloa miehen vaikeuksien takia."

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, kuinka yleisiä itsemurhaan kuolleiden elämässä työvaikeudet ovat olleet, ovatko ne tyypillisiä joillekin ja harvinaisempia toisille sekä onko niitä yritetty ratkaista. Työvaikeuksien merkitystä ja painoarvoa suhteessa itsemurhaan ei sen sijaan tutkittu. Niinpä systemaattisemmin ja tarkemmin tutkittavaksi jääkin, keiden kohdalla ja millä tavalla työvaikeudet ja niiden epäonnistuneet ratkaisuyritykset ovat olleet keskeisesti rakenteistamassa elämästä toiminnallista loukkua ja olleet näin yhteydessä itsemurhapäätökseen ja sen toteuttamiseen.

## Lähteet

1. *Järventie I, Perä-Rouhu E, Palonen K, Lönnqvist J.* Elämää ennen kuolemaa? Itsemurhan yhteiskunnallisia ja sosiaalisia taustatekijöitä. Itsemurhat Suomessa 1987 -tutkimusprojekti. Helsinki: Lääkintöhallitus, 1990. (Lääkintöhallituksen tutkimuksia 54)
2. *Järventie I, Kiviniitty J, Lönnqvist J.* Työvaikeudet itsemurhan tehneiden elämässä. Itsemurhat Suomessa 1987 -tutkimusprojekti. Helsinki: Työsuojelurahasto, 1991.
3. *Järventie I.* Näkökulma itsemurhaan: vaikeudet työelämässä. Työelämän tutkimus 1991;2(5):17-18.

## 16 Arvoton elämä. Tutkimus talouden ja itsemurhan suhteesta

Esa Perä-Rouhu

### Tutkimuksella on tarkoituksensa

Tutkimuksessa on kysymys siitä, miten itsemurhailmiötä voitaisiin ymmärtää talouden kautta. Tässä tarkoituksessa itsemurhatutkimukselle on avattu näkökulmaa, josta piirtyy itsemurhan mieli ja mahdollisuus teollistuneessa yhteiskunnassa. Tutkimustyö on alunperin lähtenyt liikkeelle itsemurhakuolleisuuden ja taloudellisen suhdannevaihtelun aikasarja-analyysin tulkinna syventämiseksi, mutta se on laajentunut tutkimukseksi talouden ja itsemurhan suhteesta ylipäätään - ja vielä siten, että on jouduttu kurottamaan kauas muidenkin tieteenalojen 'reviireille'. Pyrkimyksenä on myös ollut laajentaa terveystaloustieteen tutkimusala kustannus-hyötyanalyysistä taloudellisessa toiminnassa syntyvien merkitysten tunnistamiseen. Näin terveystaloustiede avaisi uuden näkökulman mielenterveyden ja yleisemmin henkisen pahoinvoinnin tutkimiseen.

Arvoton elämä -tutkimuksen on virittänyt erityinen kuolleisuuden laji - itsekuolleisuus. Tutkimuskohteena eivät kuitenkaan ole olleet itse henkensä riistäneet, eikä tuo itsekuolleisuuden astekaan, vaan itsemurhan mahdollisuus ja mieli teollisen sivilisaation yhteiskunnissa. Näin konkreettisina tutkimusaiheita ovat tuotanto, vaihto, arvottaminen, kulutus jne. - suhteessa itsemurhaan.

Työssä on hahmotettu talouden 'pätevyysaluetta', elämisen taloudellista kokonaisuysteitä ja siinä tapahtuvaa merkityksenantoa, näiden historiallista kehitystä. Tutkimusmetodi on siis itsemurhan kontekstualisointi, sen asettaminen mielekkäisiin puitteisiin suhteessa talouteen. Kokonaisuhteyden kuvaamiseksi talouden käsitettä on avattu kolmessa ulottuvuudessa: 1) Talous ajatteluna ja toimintana 2) Talous rakenteena 3) Talous toimeentulona.

Tutkimuksen tuloksena ei ole yksittäisiä itsemurhan syytä tai itsemurhatyyppejä vaan ajattelun kehikko, jossa monet itsemurhien esiintyvyyttä kuvaavat tiedot ymmärtyvät luontevina.

## Talousvaikeudet ja itsemurhat?

Talousvaikeudet voidaan kyllä ajatella itsemurhien yhdeksi taustaksi, sillä itsemurhatutkimuksen runsaasta kirjosta on löydettävissä tuloksia, joissa toimeentulovaikeudet tai työttömyys ovat tilastollisen merkitsevästi yhteydessä itsemurhien määrään. Kysymys voidaan kuitenkin asettaa myös toisin, koska vaikeuksien painoarvolle on merkittävää, missä merkityskokonaisuudessa niille annetaan tulkinta. Voidaan kysyä, onko taloudessa jotain, joka mielekkäällä tavalla liittyisi itsemurhailmiön ymmärtämiseen ylipäättään - muutenkin kuin vaikeuksien näkökulmasta?

## Arvottava todellisuussuhde - onko elämällä arvoa?

Ihminen on monin tavoin - työtä tehden, kuluttaen ja median kautta - sidoksissa talouteen, joka on historiassa erkaantunut talonpidosta vaihtotaloudeksi ja teolliseksi tuotannoksi. Talous on ihmisille hyvin olennainen elämänyhteys, joka vaikuttaa muun muassa tapaan ajatella itsestämme. Tuosta näkökulmasta tuotanto, markkinat ja vaihto ovat arvottavan elämänasenteemme synnyn perusteena.

## Arvottamisen perusteet taloudesta?

Talous tuottaa arvottamisen perusteita: kasvu, tehokkuus, vaihdettavuus ja hylättävyys.

Taloudellinen kasvu on ollut teollistuvan yhteiskunnan vallitseva tila lukuunottamatta sota-aikojen ja muutamien kriisitilanteiden katkoksia. Se on jatkunut suhdannevaihteluiden vain muunnellessa tempoa. Kasvu on kiteytynyt elämän jatkuvuuden ja hyvinvoinnin symboliksi. Yhtäkaikki, jos se ei tosiasiana jatkuisikaan, siihen pitäisi palata.

Tehokkuus on ajan taloutta ja keskeinen tie kasvuun. Tehokkuuden paikka toiminnan

mittapuuna on vakiintunut yleisemminkin. 'Suoritusyhteiskunnasta' on puhuttu jo kauan ja nyt ei ole enää epäselvää, että se on läpi uuden yhteiskunnan vallitseva tila.

Vaihto markkinoilla edellyttää tavaroiden vaihdettavuutta ja toimintana se sisältää vaihdettavuuden arvoidean, toimintana perustuu sille. Tuotannossa, kaupassa 'kaikki' nähdään vaihtuvana, arvottaen vaihdettavana. Ei ole pysyvää eikä itseisarvoja, vaan 'kaikki' on vaihdettavissa.

Vaihtoa on tapahtunut kaikissa varhaisissakin yhteiskunnissa, mutta vaihtotapahtuma on erityisellä tavalla teollisen tavarantuotannon ydin, sillä tuotantoa harjoitetaan vaihtoa (markkinoita, myyntiä ja ostoa) varten. Tavarantuotannon yhteiskunnan yksilön on tullakseen toimeen osallistuttava vaihtoprosessiin palkkatyöläisenä, itsenäisenä ammatinharjoittajana tai yrittäjänä ja kuluttajana. Kehitys on merkinnyt uuden sukupolven luomisen markkinavälitteistymistä ja sosiaalisten suhteiden ilmiäisen vaihtovälitteistymistä - on syntynyt mm. asiakkuuden ihmissuhde.

Yksilön näkökulmasta tärkein vaihdettavuuden arvoperustetta synnyttävä ja kiteyttävä toiminnan alue on kulutus. Kulutuksesta toimintana voidaan erottaa yhtenä osana hylkääminen. Kulutuksen monet funktiot ja sen laajuus toimintana tuovat mukanaan hylkäämisen merkityksen painottumisen. Tämän elinikäisen, päivittäisen toistumisen kautta ihminen sisäistää hylkäämisen ajatuksen kulutuksen toiminnan yhtenä merkitysisältönä.

## Ominaisuudellinen itsetietoisuus

Rinnan tuon arvottavan asenteen kanssa meille on kehittynyt ominaisuudellinen ihmiskuva. Mistä nämä ominaisuudet ovat peräisin?

Kun tavaroita tuotetaan markkinoille, ne saavat 'ominaisuuksien kuoren' ja tulevat mm. sen perusteella ostetuiksi (markkinoilla, kulutuksessa -etymologia!). Ominaisuudet ovat tuotannossa jatkuvan kehittelyn kohteena ja ominaisuudet ovat tavaroissa se, johon vaihdossa suuntaudutaan ja kiinnitetään huomiota: ominaistava katse syntyy sekä

tuottajalle että ostajalle, kuluttajalle. Ihminen itse on osa todellisuutta ja siten altis tämän saman katseen kohteeksi.

Oman paikkansa ominaistumisen tukena täyttävät koulutus ja tiedekin ja tuloksena on ihmisen kuva itsestään ominaisuuksiensa koosteena, eivätkä nämä piirteet useinkaan muodosta kokemuksellisesti mitään ykseyttä. Rikki mennyt ihminen on jo hyvin kauan ollut hyväksytty luonnehdinta. Tätä hajonnutta itsekokemusta ihminen yrittää monin keinoin koota ja eri yhteyksissä saada tunnustusta kokonaisuutena, itseisarvoisesti, ihmisenä sinänsä!

## Hallinnan pyrkimyksen, subjektivaation kehitys

Ihmisen varhemmassa historiassa ympäristön hallinnan pyrkimys ja sen kehitys liittyi hengissä pysymiseen ja selviytymiseen luonnon vaaroista, mutta nyt taloudellinen toiminta (kasvava tuotanto ja sen mukana kasvava kulutus) on, ihmisten itsensä kantamana, väsymätön ja lakkaamaton todellisuuteen vaikuttavan toimeliaisuuden esimerkki ja esikuva.

Subjektivaation tendenssi ilmenee nykytodellisuudessa monin tavoin. Ihminen hallitsee elämäänsä ja ympäristöään: hän valitsee puolisonsa tai puolisottomuutensa, lastensa syntymisen ajankohdan tai lasten syntymättömyyden, uransa, kulutushyödykkeensä ja viihteensä. Liikennevälineillä hän hallitsee tilaa, koneilla luonnonmateriaaleja, tietokoneilla dataa, nauhurilla ääntä, kameralla ja kuvanauhurilla visuaalista todellisuutta ja aikaa. Uutisia seuraamalla ja matkailemalla koko maailma on hallinnassa. Lähipiiri yksityisyyden ympäristönä on hallinnassa remontoimalla ja sisustamalla. Tämä eetos on läsnä ajassa - kaikille.

## Itsemurha?

Itsemurhan potentiaali, sen mieli teollisen tavarantuotannon yhteiskunnassa hahmottuu kaiken edelläolevan läsnäolosta. Tieteelle lienee ylivoimainen tehtävä selittää ihmisen tekoja ja toimintaa tyhjentyvästi nimettyjen syiden kautta, koska todellisuus on suuressa

määrin myös sattumaa, käsitteitä pakenevaa intuitiota ja loogisuutta väistävää irratiionaalisuutta. Kaiken kaikkiaan ja tiivistäen: ristiriita elämänohjeeksi asettuvan hallinnan pyrkimyksen ja ominaisuuksina itsensä kokevan ihmisen mahdollisuuksien välillä voi olla kestävä. Moderni itsemurha - oman elämän lopettavan teon potentiaali, mahdollisuus ja mieli perustuu tässä kehikossa toteutuvaan arvottavaan todellisuussuhteeseen ja ominaisuudelliseen itsetietoisuuteen.

## Prevention mahdollisuus?

Modernin itsemurhan ajattelukehikossa voidaan kosketella myös itsemurhien ehkäisemisen ongelmaa. Kestävin preventiostrategia on auttaa ihmisiä itse tunnistamaan niitä yhteiskunnallisia voimia, jotka heidän ajattelussaan ja toiminnassaan vaikuttavat, mutta muunlaisetkin itsemurhia vähentävät toimet ovat mielekkäitä ja moraalisesti perusteltuja.

Välittömän prevention, kriisipalveluiden järjestämisellä on merkitystä paitsi joidenkin ihmishenkien pelastajana myös ja erityisesti yhteiskunnan tunnustuksena jäsentensä elämän itseisarvosta. Tätä on itsemurhaa aikovan tai sitä yrittäneen yksilöterapia, jossa käydään yleensä läpi yksilön henkilöhistoriaa ja minäkuva myönteistä elämänsä tavoitellen, johon samaan tämä tutkimus perustelee pyrittävän avaamalla ihmisen tietoisuutta häntä hajottavan ominaistumisen ja ominaistavan katseen, olemassaololle merkittävien arvoperusteiden sekä arvottamisen ilmenemismuotoihin ja syntyperustaan. Terapia ei kuitenkaan näiden ilmiöiden olemassaoloa poista ja on oman tutkimuksensa aihe, miten mahdollisesti masentunut tai muuten vähän henkisiä ja fyysisiä voimavaroja omaava ihminen saadaan itse tutkimaan ympäröivää todellisuutta ja itsensä rakentumista tietoisempaan näistä ilmiöistä.

Terapia ymmärrettynä laajemmin sosiaalisesti itsereflektioksi merkitsisi pyrkimystä ironisoida ominaistumisen prosessia, niinikään ironiaa loputonta hallinnan pyrkimystä kohtaan ja toisaalta yksittäisen ihmisen tietämisen anastavaa asiantuntijuutta kohtaan.

Rakenteellinen preventio olisi elämänehtojen muuttamista itsemurhan mielekkyyttä vähentävään suuntaan ja tämä merkitsisi itseisarvoisen suhtautumisen ja luopumisen

arvokkuuden edistämistä eri elämäalueilla. Kulttuurisesti pidempi aikajänne ja kestävämpi suhde ympäristöön, muihin ihmisiin ja tavaroihin olisi osa itsensä oikeuttavan elämän perustaa.

"Antakaa anteeksi, en jaksanut enää ..."

## Lähteet

1. *Perä-Rouhu E*: Arvoton elämä. Tutkimus talouden ja itsemurhan suhteesta. Terveystieteiden lisensiaatintutkimus. Tampere: Tampereen yliopisto, Kansanterveystieteen laitos, 1992.



# 17 Itsemurhaa edeltäneiden elämäntilanteiden tyypittely

Päivi Mäkelä

## 17.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusaineisto

Seuraavassa esitetään alustavia tutkimustuloksia itsemurhaa edeltäneiden elämäntilanteiden tyypittelystä. Tyypittelyn avulla haluttiin selvittää, miten miesten ja naisten itsemurhat poikkeavat toisistaan, miksi miehet tekevät naisia enemmän itsemurhia ja mihin ryhmiin preventiivitoimenpiteet olisi syytä suunnata.

Tutkimuksen aineistona oli 100 naista ja 100 miestä IMS-87 -aineistosta. Tämä otos edustaa noin 30 %:a kaikista aineistoon kuuluvista naisista ja 10 %:a kaikista aineistoon kuuluvista miehistä. Otos edustaa koko maata sekä alueellisen jakautumisen että iän suhteen. Alle 15-vuotiaita lapsia ei otettu mukaan tähän tutkimukseen.

Mainituista 200 itsemurhasta on IMS-87 -aineistosta poimittu seuraavat tiedot: ikä, sukupuoli, sosioekonominen asema, työtilanne, perhesuhteet, itsemurhaa edeltäneissä hoidoissa todetut psyykkiset sairaudet, itsemurhaa edeltäneissä hoidoissa todetut somaattiset sairaudet, päihteiden käyttö, syyllistyminen rikoksiin ja sosiaalitoimen asiakassuhde.

Näiden tietojen avulla on mahdollisimman tarkoin konstruoitu se elämäntilanne, jossa itsemurhan tehnyt oli välittömästi ennen kuolemaansa. Analyysia on tarkennettu mm. elämänhistoriallisten tietojen avulla. Analyysin pohjalta on laadittu erikseen miehille ja naisille itsemurhaa edeltäneiden elämäntilanteiden tyypittely.

## 17.2 Itsemurhaa edeltäneet elämäntilanteet naisilla

Naisten itsemurhaa edeltäneet elämäntilanteet voidaan karkeasti jakaa viiteen eri tyyppiin. Nämä ovat:

1. Somaattisen sairauden hallitsema elämä
2. Psykkisen sairauden hallitsema elämä
3. Sosiaalisesti sopeutumattoman/syrjäytyneen elämä
4. Äkillisen elämänkriisin hallitsema elämäntilanne
5. Nuorten elämäntilanne

Neljä ensimmäistä tyyppiä ovat sellaisenaan suhteellisen ymmärrettäviä. Poikkeuksen tekee viides tyyppi Nuorten elämäntilanne. Sillä tarkoitetaan tässä yhteydessä kaikkia niitä alle 25-vuotiaiden itsemurhaa edeltäneitä elämäntilanteita, joita ei voitu luokitella mihinkään neljästä muusta tyyppistä. Näiden itsemurhien syiden sisällöllinen jäsentäminen on toistaiseksi kesken.

Kaikki sata naisten itsemurhaa voidaan sijoittaa näihin viiteen elämäntilannetyyppiin. Elämäntilanteet 1, 2 ja 4 jakautuvat lisäksi edelleen alatyyppeihin (taulukko 17.1).

Suurin osa itsemurhan tehneistä naisista oli kuollessaan poissa työelämästä. Eläkkeellä, sairauslomalla tai työttömänä oli 77 naista. Eläkeikäisiä (yli 65-v.) naisia oli aineistossa 23. Kaikki työttöminä olleet naiset kuuluivat ryhmään 'Sosiaalisesti sopeutumattomat'. Tämä ryhmä (10 naista) koostui alkoholiongelmaisista, toimeentulotuen varassa elävistä nuorista (alle 35-v.) naisista, joilla työttömyys oli pikemminkin seurausta heidän kyvyttömyydestään hankkia ja säilyttää työpaikka kuin tosiasiallisesta työtilaisuuksien puuttumisesta paikkakunnalla.

Taulukko 17.1. Naisten itsemurhaa edeltäneet elämäntilanteet.

ELÄMÄNTILANNE	NAISIA OTOKSESSA
1. Somaattisen sairauden hallitsema elämä	24
1.1 Vakavasti sairaat/vammaiset	(10)
1.2 Iäkkäät somaattisesti sairaat psykiatriset pitkäaikaissairaat (psykoosi)	(14)
2. Psykkisen sairauden hallitsema elämä	38
2.1 Psykiatriset pitkäaikaissairaat(psykoosi) joilla ei somaattista sairautta	(8)
2.2 Äskettäin psykoosiin sairastuneet	(18)
2.3 Alkoholipsykooseista kärsivät	(1)
2.4 Äskettäin vakavaan depression sairastuneet	(11)
3. Sosiaalisesti sopeutumattoman/syrjäytyneen elämä	10
4. Äkillisen kriisitilanteen hallitsema elämä	23
4.1 Läheisen (lapsi, puoliso, vanhempi) kuolema	(6)
4.2 Vaikeat avioliittoristiriidat (myös erot)	(10)
4.3 Muut kriisitilanteet	(7)
5. Nuorten elämäntilanne	5
Yhteensä	100

Itsemurhan tehneistä naisista 21:llä oli alkoholiongelma. Heistä 10 oli edellä kuvattuja sosiaalisesti sopeutumattomia naisia. Yhdeksän alkoholiongelmaista naista kuului keski-ikäisiin elämänkriisiin joutuneisiin naisiin (useilla alkoholi oli myötävaikuttamassa kriisiin, esim. työ- tai/ja avioliittovaikeuksien syntyyn). Kaksi alkoholiongelmaista naista oli iäkkäitä pitkäaikaissairaita.

Kahdella kolmasosalla eli 60:llä naisista oli myös aikaisempia itsemurhayrityksiä. Suurin osa aikaisemmin itsemurhaa yrittäneistä naisista oli myös ollut yhteydessä

somaattisiin ja psykiatrisiin hoitopaikkoihin itsemurhayritysten yhteydessä. Koska monet naisista olivat somaattisesti tai/ja psyykkisesti sairaita ja/tai asioineet sosiaaliviranomais-  
ten kanssa, ei aineistossa ollut kuin 10 sellaista naista, joilta täysin puuttui kontakti  
hoitopaikkoihin.

### 17.3 Miesten itsemurhaa edeltäneet elämäntilanteet

Itsemurhaa edeltäneet elämäntilanteet voitiin miehillä jakaa samoihin viiteen pääluok-  
kaan kuin naisillakin. Miesten kohdalla syntyi kuitenkin kaksi naisilta puuttuvaa  
alatyyppeä: somaattisesti sairaita yli 50-vuotiaat alkoholistit ja keski-ikäiset työelämässä  
mukana olevat miehet, joilla elämäntilanteisiin oli lopullisesti kärjistänyt heidän syyllistymi-  
sensä johonkin rikokseen, esim. rattijuoppouteen, raiskaukseen tai kavallukseen. Naisilla  
hyvin toimineeseen alatyyppeihin psykiatriset pitkäaikaissairaudet, joilla on myös somaattisia  
sairauksia, ei miehillä tullut yhtään tapausta. Elämäntilanteiden tyypittely miehillä on  
esitetty taulukossa 17.2.

Myös suurin osa miehistä, 61 miestä, oli kuollessaan poissa työelämästä. Heistä yli 65-  
vuotiaita oli 15 miestä. Työttömänä oli 22 miestä. Työttömien miesten joukosta erottui  
sama sosiaalisen sopeutumattomuuden elämäntilanne kuin naistenkin kohdalla. Tähän  
ryhmään kuului 12 miestä ja he kaikki saivat toimeentulonsa erilaisista sosiaaliavustuk-  
sista. Samoin kuin naiset kaikki olivat alkoholiongelmaisia ja nuoria (alle 35-v.). Naisis-  
ta poiketen nämä miehet olivat lisäksi syyllistyneet erilaisiin rikoksiin ja useat heistä  
olivat olleet vankilassa. Kaksi näistä miehistä oli myös itsemurhan tehdessään vankilas-  
sa.

Taulukko 17.2. Miesten itsemurhaa edeltäneet elämäntilanteet.

ELÄMÄNTILANNE	MIEHIÄ OTOKSESSA
1. Somaattisen sairauden hallitsema elämä	24
1.1 Vakavasti sairaat/vammaiset	(17)
1.2 Yli 50 v. alkoholistit jotka myös somaattisesti sairaita	(7)
2. Psykkisen sairauden hallitsema elämäntilanne	18
2.1 Psykiatriset pitkäaikaissairaat (psykoosi)	(1)
2.2 Äskettäin psykoosiin sairastuneet	(8)
2.3 Alkoholipsykooseista kärsivät	(7)
2.4 Äskettäin vakavaan depression sairastuneet	(2)
3. Sosiaalisesti sopeutumattoman/syrjäytyneen elämä	12
4. Äkillisen kriisin hallitsema elämäntilanne	40
4.1 Läheisen (lapsi, puoliso, vanhempi) kuolema	(2)
4.2 Vaikeat avioliittoristiriidat (myös erot)	(20)
4.3 Syylistyminen rikoksiin	(5)
4.4 Muut kriisitilanteet	(13)
5. Nuorten elämäntilanne	6
Yhteensä	100

Itsemurhan tehneistä miehistä 58:llä oli alkoholiongelma tai erittäin runsasta alkoholinkäyttöä (alkoholiongelman määrittelystä ks. lähemmin Mäkelä 1989, 197-199). Runsasta alkoholinkäyttöä oli miehillä kaikissa kuvatuissa elämäntilannetyypeissä, lukuunottamatta erittäin vanhoja (yli 70-vuotiaita) somaattisesti sairaita naimisissa olevia miehiä. Varsin suuri osa kriisissä olevista miehistä oli keski-ikäisiä alkoholiongelmaisista miehistä, jotka olivat juuri eronneet tai eroamassa. Useimmissa tapauksissa vaimo oli halunnut eroa ja ilmoittanut syyksi eroon miehen runsaan alkoholinkäytön. Kokonaisu-

nessaan "märkiä" elämäntilannetyyppejä olivat sosiaalisesti sopeutumattomien miesten lisäksi alkoholipsykoosien takia psykiatrisissa sairaaloissa hoidetut miehet ja yli 50-vuotiaat perheelliset alkoholistit, joilla oli myös somaattisia sairauksia.

Yhdellä kolmasosalla eli 35:llä miehellä oli aikaisempia itsemurhayrityksiä (vrt. naisilla 60). Miehet olivat jonkin verran naisia harvemmin olleet yhteydessä somaattisiin ja psykiatrisiin hoitopisteisiin. Monet alkoholiongelmaisista olivat tosin olleet erilaisissa hoitokontakteissa (A-klinikat, sosiaalisairaala, katkaisuasema, AA) alkoholinkäyttönsä vuoksi.

#### 17.4 Miksi miehet tekevät naisia enemmän itsemurhia?

Vastausta kysymykseen, miksi miehet tekevät naisia enemmän itsemurhia, ei edellä esitetyn tarkastelun pohjalta voida antaa. Yhteenveto miesten ja naisten itsemurhia edeltäneiden elämäntilanteiden tyypittelystä on esitetty taulukossa 19.3. Taulukossa esitetyt luvut on muutettu vastaamaan suuruusluokaltaan koko aineiston itsemurhien määriä kertomalla otokseen kuuluneiden naisten itsemurhien määrät kolmella ja miesten itsemurhien määrät kymmenellä. Itsemurhien yhteenlaskettu lukumäärä jää tällä tavoin noin 100 itsemurhaa todellista lukumäärää pienemmäksi, mutta tässä tapauksessa ei tarkastelun painopiste olekaan täsmälleen oikeilla absoluuttisilla luvuilla, vaan erilaisten itsemurhaa edeltäneiden elämäntilanteiden suhteellisilla osuuksilla. Taulukkoa lukiessa on syytä pitää mielessä, että vaikka itsemurhaa edeltäneitä elämäntilanteita on tässä kutsuttu samalla nimellä sekä naisilla että miehillä, ei kyseessä kuitenkaan ole sama elämäntilanne: elämäntilanteen merkitys määräytyy sukupuolen mukaan. Tätä voidaan havainnollistaa kahdella esimerkillä. Avioero koskettaa molempia puolisoita, mutta eron merkitys ja seuraukset ovat hyvin erilaiset miehille ja naisille. Edelleenkin suurimmassa osassa avioeroja lapset ja usein myös perheen asunto jäävät naiselle. Mies joutuu etsimään itselleen uuden asunnon ja hänen suhteensa lapsiin muuttuu eron myötä ratkaisevasti. Toisena esimerkkinä voidaan mainita vanhojen ja somaattisesti sairaiden elämäntilanne. Koska naiset yleensä elävät miehiä vanhemmiksi, on somaattisesti sairailta vanhoilla miehillä usein vaimo, joka merkitsee heille huolenpitoa ja kontakteja ulkomaailmaan. Toisaalta vakava somaattinen sairastuminen saattaa merkitä

itsenäisyyden ja elämänhallinnan tunteen menetystä, mahdollisesti sietämätöntä avuttomuuden tunnetta ja pelkoa tulla rasitukseksi läheisille ihmisille. Miehillä näiden tunteiden sietäminen näyttää itsemurha-aineiston perusteella olevan vaikeampaa kuin naisilla; he tekevät huomattavasti naisia useammin itsemurhan elämäntilanteessa, jossa heillä vielä on läheisiä ihmisiä huolehtimassa heistä. Iäkkäiden somaattisesti sairaiden itsemurhan tehneiden naisten elämäntilanne on sikäli erilainen, että he ovat usein jo jääneet leskeksi ja elävät yksin vailla ketään, joka sairauden tullen hoitaa heitä kotona tai laitoshoidon tullessa ainoaksi vaihtoehdoksi vierailee heidän luonaan säännöllisesti. Itse asiassa kaikki otokseen kuuluneet vanhat somaattisesti sairaat miehet olivat naimisissa, mutta vanhoista naisista vain yksi oli naimisissa muiden ollessa leskiä tai naimattomia.

Elämäntilannetyypissä Somaattisen sairauden hallitsema elämä sekä miehet että naiset tekevät itsemurhia ollessaan vakavasti sairaita tai vammaisia, miehet kuitenkin huomattavasti enemmän kuin naiset. Sen sijaan kaksi muuta alatyypistä näyttävät olevan hyvin sukupuolispesifejä; keski-ikäisen somaattisesti sairaan alkoholistin (alkoholinkäytöllä on usein ollut osuutta somaattisen sairauden syntyyn) itsemurhatyyppi on pelkästään miehinen, iäkkään sekä somaattisesti sairaan että psykoottistasoisesti pitkään sairastaneen itsemurhatyyppi pelkästään naisinen.

Psyykkisen sairauden hallitsema elämä -elämäntilannetyypissä oli molempia sukupuolia kaikissa neljässä alaryhmässä. Ryhmässä 'Alkoholipsykooseista kärsivät' sukupuolten välinen ero oli suurin. Mikäli alkoholipsykooseista kärsivät rajattaisiin pois tästä tyyppistä, olisi tämä elämäntilannetyppi kaikkein vähiten sukupuolen mukaan erotteleva: tyyppiin kuuluviksi jäisi 114 naista ja 110 miestä.

Taulukko 17.3. Arvio itsemurhaa edeltäneiden elämäntilanteiden määristä koko Itsemurhat Suomessa 1987 -projektin aineistossa.  
(Luvut on saatu kertomalla naisten elämäntilanteiden määrät kolmella ja miesten kymmenellä).

ELÄMÄNTILANNE	NAISIA	MIEHIÄ
1. Somaattisen sairauden hallitsema elämä		
1.1 Vakavasti sairaat/vammaiset	30	170
1.2 Yli 50 v. alkoholistit jotka myös somaattisesti sairaita	-	70
1.3 Iäkkäät somaattisesti sairaat psykiatriset pitkäaikaissairaat (psykoosi)	42	-
2. Psykkisen sairauden hallitsema elämäntilanne		
2.1 Psykiatriset pitkäaikaissairaat (psykoosi)	24	10
2.2 Äskettäin psykoosiin sairastuneet	54	80
2.3 Alkoholipsykooseista kärsivät	3	70
2.4 Äskettäin vakavaan depression sairastuneet	33	20
3. Sosiaalisesti sopeutumattoman/syrjäytyneen elämä	30	120
4. Äkillisen kriisin hallitsema elämäntilanne		
4.1 Läheisen (lapsi, puoliso, vanhempi) kuolema	18	20
4.2 Vaikeat avioliittoririidat (myös erot)	30	200
4.3 Syyllistyminen rikoksiin	-	50
4.4 Muut kriisitilanteet	21	130
5. Nuorten elämäntilanne	15	60
Yhteensä	300	1000

Sosiaalisesti sopeutumattoman/syrjäytyneen elämäntilanteessa itsemurhan tekeviä miehiä on huomattavasti enemmän kuin naisia. Mielenkiintoinen kysymys on, miten valikoituminen tähän elämäntilanteeseen ylipäätään tapahtuu. Syitä haetaan usein esim. lapsuu-



den kasvuolosuhteista. Koska samoissa olosuhteissa kasvaneet kuitenkin suurinpiirtein sama määrä kumpaakin sukupuolta olevia lapsia, tarvitaan lisäksi jotain muuta, joka saattaa pojat huomattavasti useammin elämään sosiaalisesti sopeutumattoman/syrjäytyneen elämäntilanteessa. Prevention kannalta tämä ryhmä on tärkeä. Tapausselostusten pohjalta vaikuttaa siltä, että juuri tässä tyyppissä siirtyy sekä itsetuhoinen elämäntapa että myös varsinaiset itsemurhat sukupolvelta toiselle.

Äkillisen kriisin hallitsema elämäntilanne edelsi itsemurhaa miehillä huomattavasti useammin kuin naisilla. Kysymyksessä olivat erityisesti avioliittoon liittyvät kriisitilanteet, joista suurin osa oli joko tapahtuneita eroja tai hyvin vakavia eron uhkia. Tämä liittyy läheisesti avioeron erilaiseen merkitykseen ja seurauksiin naisilla ja miehillä. Prevention kannalta tämä elämäntilannetyyppi on ongelmallisimmin. Nimenomaan tässä tyyppissä oli suurin osa niistä ihmisistä, jotka eivät olleet kontaktissa mihinkään hoitopisteeseen eivätkä myöskään kriisiin joututtuaan hakeutuneet hoitoon. Kriisit heidän elämäntilanteessaan olivat yleensä suhteellisen tavallisia vaikeita elämäntilanteita (esim. avioero, vaikeudet työssä, vanhemman kuolema kun henkilö itse on keski-ikäinen). Lisäämällä muita tietoja, esimerkiksi sen, että kaikki avioerotilanteessa itsemurhan tehneet miehet otoksessa olivat alkoholi-ongelmaisia ja työväenluokkaisia, voidaan tarkentaa ryhmiä, joihin preventiivitoimenpiteitä kannattaisi kohdistaa.

Viimeisenä elämäntilannetyyppinä tässä alustavassa tyypittelyssä oli Nuorten elämäntilanne. Myös tässä tyyppissä oli sukupuolten välillä suuri ero, joka luonnollisesti näkyy myös nuorten ikäryhmien itsemurhakuolleisuudessa. Kuvatuista elämäntilannetyypeistä tämän jäsentäminen on eniten kesken.

## Lähteet

1. *Mäkelä P.* Suomalaisten miesten itsemurhatyypit. Teoksessa: Achté K, Lindfors O, Lönnqvist J, Salokari M, toim. Suomalainen itsemurha. Helsinki: Yliopistopaino, 1989.

## 18 Itsemurhat ja uskonnollisuus

Hannu Sorri

Itsemurhat Suomessa 1987 -aineistosta suoritettussa, itsemurhan ja uskonnollisuuden suhdetta koskevassa tutkimuksessa uskonnollisuudella tarkoitettiin yhteyttä uskonnolliseen yhteisöön, yritystä luoda tällainen yhteys tai ilman yhteisöä ilmennyttä uskonnollisuutta. Aineiston tapauksista oli 18 % (N=245) niitä, joihin liittyi määritelmän mukainen uskonnollisuus. Näistä tapauksista muodostettiin uskonnollisten ryhmä. Muista tapauksista muodostettiin ei-uskonnollisten ryhmä (N=1152).

Uskonnollinen ja ei-uskonnollinen ryhmä eivät poikenneet toisistaan merkittävästi ikärakenteeltaan eikä siviilisäädyltään. Sen sijaan sukupuolen suhteen löytyi eroa. Uskonnollisten ryhmässä oli enemmän naisia kuin ei-uskonnollisten ryhmässä. Uskonnollisten ryhmällä oli mielenterveydellistä kuormitusta jonkin verran enemmän. Aikaisempia itsemurhayrityksiä oli molempien ryhmien enemmistöllä.

Tutkimuksessa tarkasteltiin uskonnollisuutta uskonyhteisöön jäsentymisen (integraatio) näkökulmasta. Keskeisenä tehtävänä oli selvittää, millaisia eroja tutkittavilla oli uskonyhteisöön jäsentymisessä ja miten ne liittyivät itsemurhaprosessiin. Tässä tarkoituksessa uskonnollisten ryhmä tyypiteltiin neljään alaryhmään. Näin syntyi seuraava luokittelu.

### 18.1 Uskonyhteisöstä apua etsineet

Uskonyhteisöstä apua etsineiden kohdalla uskonnollisuuden keskeisin merkitys näyttää olleen se, että sen avulla oli etsitty tasapainoa, helpotusta tai muutosta elämään. Itsemurhan tehneiden elämä oli ollut monien paineiden, ulkoisten ja sisäisten, alaista. Apua uskonyhteisöstä oli etsitty osallistumalla uskonyhteisön toimintaan tai sielunhoidollisen tuen muodossa. Usein apua oli haettu vasta itsemurhakriisissä. Näille avunetsijöille luonteenomaista oli ollut pyrkimys hallita itsetuhoisuuden voimia uskonnollisuu-

den avulla.

## 18.2 Uskonyhteisön kanssa ristiriidassa olleet

Myös uskonyhteisön kanssa ristiriidassa olleiden ryhmälle oli ollut luonteenomaista pyrkimys tukeutua uskonyhteisöön omien vaikeuksien lievittämiseksi. Mutta erona edelliseen ryhmään oli se, että uskonnollisuus oli ainakin osittain muotoutunut ristiriitaiseksi. Ristiriidat olivat olleet usein sisäisiä normiristiriitoja. Yksilö oli saattanut tuntea syyllisyyttä toimiessaan uskonyhteisön normien vastaisesti. Ristiriidat olivat voineet kytkeytyä myös läheisiin ihmissuhteisiin. Asianomainen oli saattanut joutua ristiriitatilanteeseen myös yhteiskunnan kanssa oman uskontoa koskevan vakaumuksensa vuoksi. Oli ilmennyt myös tilanteita, joissa henkilö oli joutunut uskonyhteisönsä painostuksen kohteeksi.

Ristiriitaisuus oli muodostunut yksilöä kuormittavaksi. Näin uskonnollisuus oli ainakin osittain vaikuttanut samansuuntaisesti tutkittavia jo muutenkin kuormittaneiden tekijöiden kanssa ja saattoi osaltaan altistaa tutkittavia itsemurhalle.

## 18.3 Yksityistyneet uskonnolliset

Yksityistyneet uskonnolliset olivat vailla kosketusta uskonyhteisöön. Tällaisella uskonnollisuudella oli useita ilmenemismuotoja. Se ilmeni uskonnollisuuden yksityistyneenä harjoittamisena, kuten Raamatun lukemisena tai rukouksina. Se esiintyi tutkittavien esittäminä uskonnollisina ajatuksina erityisesti heidän jättämässään viimeisissä viesteissä. Tutkittavilla oli saattanut olla myös mielenterveyden häiriöön liittyneitä uskonnollisisältöisiä harhoja.

Yksityistyneelle uskonnollisuudelle oli luonteenomaista uskonnollisuuden yksilöllinen tulkinta. Uskonnollisuuteen tukeutumalla pyrittiin hallitsemaan elämän kriisitilanteita. Mutta vielä useammin uskonnollisuus ilmeni tulkintoina, joita tutkittavat olivat esittäneet helpottaakseen edessä olevan kuoleman kohtaamista.

## 18.4 Uskonnollisesta kasvatustaustasta irtautuneet

Neljänteen ryhmään kuuluvilla oli luonteenomaista vanhempien uskonnollisuudesta irtautuminen. Tutkittavien omasta, aikuisiän uskonnollisuudesta ei ollut yleensä mainintaa. Jos uskonnollisuutta ilmeni, se oli yksityistynyttä, vanhempien uskonyhteisöstä irtautunutta. Tyypillistä oli se, että uskonnollinen kasvatustausta oli koettu kielteisesti. Siksi oli ymmärrettävää, että myöskään omaa uskonvakaumusta ei useimpien kohdalla ollut syntynyt aikuisiällä.

Tutkittavat olivat useissa tapauksissa esittäneet omia näkemyksiään uskonnollisen kasvatustaustan merkityksestä. He olivat usein kokeneet, että se oli ollut osaltaan luomassa huonoja lähtökohtia elämälle. Uskonnollisuudella näytti tämän ryhmän kohdalla olleen itsemurhalle altistavaa vaikutusta, joka oli tapahtunut jo elämän varhaisessa vaiheessa.

## 18.5 Yhteenveto

Itsemurhan tehneiden uskonnollisuus on ymmärrettävä tutkittavien äärimmäisen vaikean elämäntilanteen valossa. Keskeistä siinä on pyrkimys tukeutua uskonnollisuuteen omien itsetuhovoimien hallitsemiseksi. Tutkittavien vaikeata tilannetta kuvaa mielenterveyden häiriöiden runsas määrä. Tästä tilanteesta käsin on ymmärrettävää, että osalla tutkittavista myös uskonnollisuus on saattanut muuttua muiden elämään vaikuttavien tekijöiden kanssa samansuuntaiseksi ja alkanut kuormittaa heitä. Tutkittavien tunne-elämän merkitys uskonnolliselle tulkinnalle tulee esiin myös siinä, että uskonnollisuudella on saatettu helpottaa itsemurhan tekemistä. Näin uskontoon sisältyneitä aineksia on käytetty tulkintaan, joka on heijastanut tutkittavien omaa elämäntilannetta.

## Lähteet

1. *Day L.* Durkheim on Religion and Suicide - A demographic critique. *Sociology* 1987;21.
2. *Durkheim E.* Itsemurha. Sosiologinen tutkimus. Kiikala: Tammi, 1985.
3. *Goss M, Reed J.* Suicide and Religion: A study of White Adults in New York City, 1963-67. *Life Threat Behav* 1971;1.
4. *Maris R.* Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviors. Baltimore: Johns Hopkins U.P, 1981.
5. *Pescosolido B, Georgianna S.* Durkheim, suicide and religion: Toward a network theory of suicide. *American Sociological Review* 1989;54.
6. *Sihvo J.* Uskonto ja itsemurhat sosiologiselta kannalta. Teoksessa: Achté K, Ollikainen L, Rantanen I, Sihvo J, toim. Itsemurhat ja niiden ehkäisy. Porvoo: WSOY, 1973.
7. *Sihvo J.* Uskonto ja itsemurhat psykologiselta kannalta. Teoksessa: Achté K, Ollikainen L, Rantanen I, Sihvo J, toim. Itsemurhat ja niiden ehkäisy. Porvoo: WSOY, 1973.
8. *Sihvo J.* Kristinuskon vaikutus itsemurhiin suhtautumisessa. Teoksessa: Achté K, Lindfors O, Lönnqvist J, Salokari M, toim. Suomalainen itsemurha. Helsinki: Yliopistopaino, 1989.
9. *Sorri H.* Itsemurha ja yhteisö. Tutkimus itsemurhan tehneiden uskonnollisuudesta. Licensiaatin tutkimus. Helsinki: Helsingin yliopisto, kirkkososiologian laitos, 1992.
10. *Stack S.* Suicide and Religion: A Comparative Analysis. *Sociological Focus* 1981;14.
11. *Stark R, Doyle D, Rushing J.* Beyond Durkheim: Religion and Suicide. *Journal for the Scientific Study of Religion* 1983;22.

# 19 Viimeisellä rajalla. Naisten itsemurhaviestien kertomaa

Liisa Ollikainen

## 19.1 Tutkimuksen tausta

Monet alan tutkijat ovat esittäneet, että itsemurhaviestit, joka usein on kirjoitettu välittömästi kuolemaa edeltävinä hetkinä, viestii itsemurhakuolemaa valmistelevalle henkilölle ajatuksia ja tunteita. Harvalla inhimillisen käyttäytymisen alueella teon ja asiakirjan välinen yhteys on yhtä läheinen (1,2). Itsemurhaviestien tutkijat ovat myös kriittisesti arvioineet käyttämänsä lähestymistavan heikkouksia, esimerkiksi tutkimustulosten yleistettävyyden ongelmaa. Samalla he ovat korostaneet tarvetta käyttää uusia tutkimusmenetelmiä viestejä analysoitaessa (1-5).

Aikaisemmissa itsemurhaviestejä koskevissa tutkimuksissa sukupuoli on harvoin esitetty erottelavana muuttujana. Sukupuolten välisiä eroja koskevat oletukset on raportoitu sivulöydöksinä (6) tai uusina tutkimusongelmina (7). Tämä tutkimus, jonka tavoitteena oli löytää keinoja itsemurhien ehkäisytyöhön, keskittyi naisten itsemurhaviesteihin.(8).

## 19.2 Tutkimusotteen perusratkaisut ja keskeiset tulokset

Tutkimuksella etsittiin vastausta kysymykseen: Mitä itsemurhan tehnyt nainen ajattelee ja tuntee itsemurhaa edeltävinä viimeisinä hetkinään?

Tutkimusmenetelmäksi valittiin sosiologiassa kehitetty grounded theory -menetelmä (9). Menetelmää ei ole tietävästi käytetty aikaisemmissa itsemurhatutkimuksissa. Menetelmän on katsottu soveltuvan interaktiivisen toiminnan, tässä tapauksessa itsemurhaviestin, tutkimiseen. Grounded theory -menetelmällä on saatu tuoretta näkemystä ennestään tutkittuihin ja tunnettuihin tilanteisiin. Tutkimusmenetelmän avulla tuotettu

substantiivinen teoria on sovellettavissa tutkitun alan käytännön ongelmiin (10-12).

Tällä tutkimuksella empiirisestä aineistosta, naisten itsemurhaviesteistä, luotiin tutkimusprosessilla substantiivista teoriaa itsemurhien ehkäisytyön ongelmiin. "Empiirisen aineiston oma kieli" (11) on havainnollistanut käsitteiden muodostamista ja näiden välisten suhteiden havaitsemista sekä ollut perustana päätelmien muodostamisessa. Aineisto, 84 itsemurhan tehneen naisen itsemurhaviestit (N=122), saatiin Itsemurhat Suomessa tutkimusprojektilta (IMS-87).

Analyysikeinona tässä tutkimusmenetelmässä, jossa aineiston keruu ja analysointi tapahtuvat rinnakkain, on jatkuva vertaileva analyysi. Analyysissä kerätyjä tietoja verrataan toisiinsa siten, että samanlaisuudet ja erilaisuudet voidaan osoittaa aineistosta. Aineiston luokittelu ja kategorioiden nimeäminen perustuu osoitettuihin samanlaisuuksiin ja erilaisuuksiin. Analyysissä muodostuneita kategorioita vertaillaan keskenään niiden välisten suhteiden määrittämiseksi. Lopulta kategorioiden suhteiden tunnistamisen kautta on mahdollista nimetä tutkittavaa toimintaa ilmentävä ydinkategoria, jonka löytyminen on tärkein tavoite grounded theory -menetelmässä (12).

Tutkimuksen vertaileva analyysi eteni jatkuvasti asetetuin kysymyksin. Yleiselle viestinnän teorialle pohjautuvat kysymykset KUKA VIESTII KENELLE, MITÄ ja MITEN koskivat viestien rakennetta ja sisältöä. Kysymyksellä MIKSI viesti oli jätetty, pyrittiin syventämään ymmärtämystä itsemurhan tehneiden naisten viime hetken ajatuksista ja tunteista.

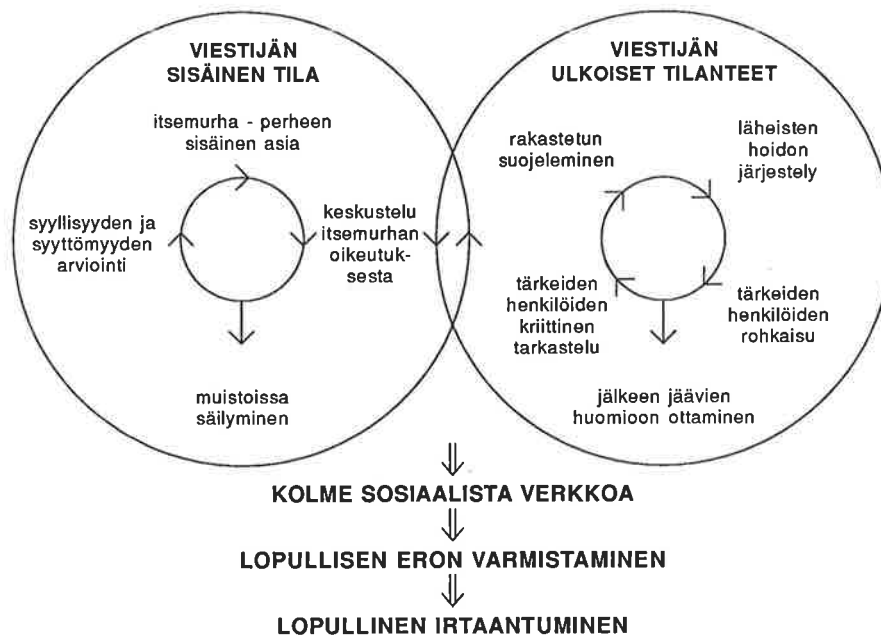
Tutkimusaineiston primaaripiirteitä analysoimalla muodostui kuusi kategoriaa ja lukuisia alakategorioita. Kuudesta kategoriasta kaksi, 'viestijän sosiaalinen rooli' ja 'vastaanottaja', kuvaavat viestien rakennetta ja funktiota. Neljä muuta kategoriaa: 'viestijän subjektiivisesti arvioima oma mielentila', 'viestijän suhde hänelle tärkeisiin henkilöihin', 'itsemurhan perusteleminen', ja 'viimeiset pyynnöt' kuvaavat viestien sisältöä.

Etsittäessä vastausta kysymykseen, miksi viesti oli jätetty, viestit analysoitiin uudelleen. Jatkuva vertaileva analyysi ja perustelu itsemurhaviesteillä, niiden "omalla kielellä", tuotti itsemurhan tehneen naisen kaksi keskeistä huolenpidon aihetta: 'muistossa

säilyminen' (self-continuity) ja 'keskeisten henkilöiden huomioon ottaminen'. Ydinkategoriaksi kiteytyi itsemurhan tehneen viime hetkien ydinongelma, 'lopullisen eron varmistaminen' (ensurance of parting).

Tärkeä viesti jätettiin ydinperheen jäsenelle ja/tai muille itsemurhan tehneen naisen merkittäviksi kuvaamille henkilöille (kuvio 19.1).

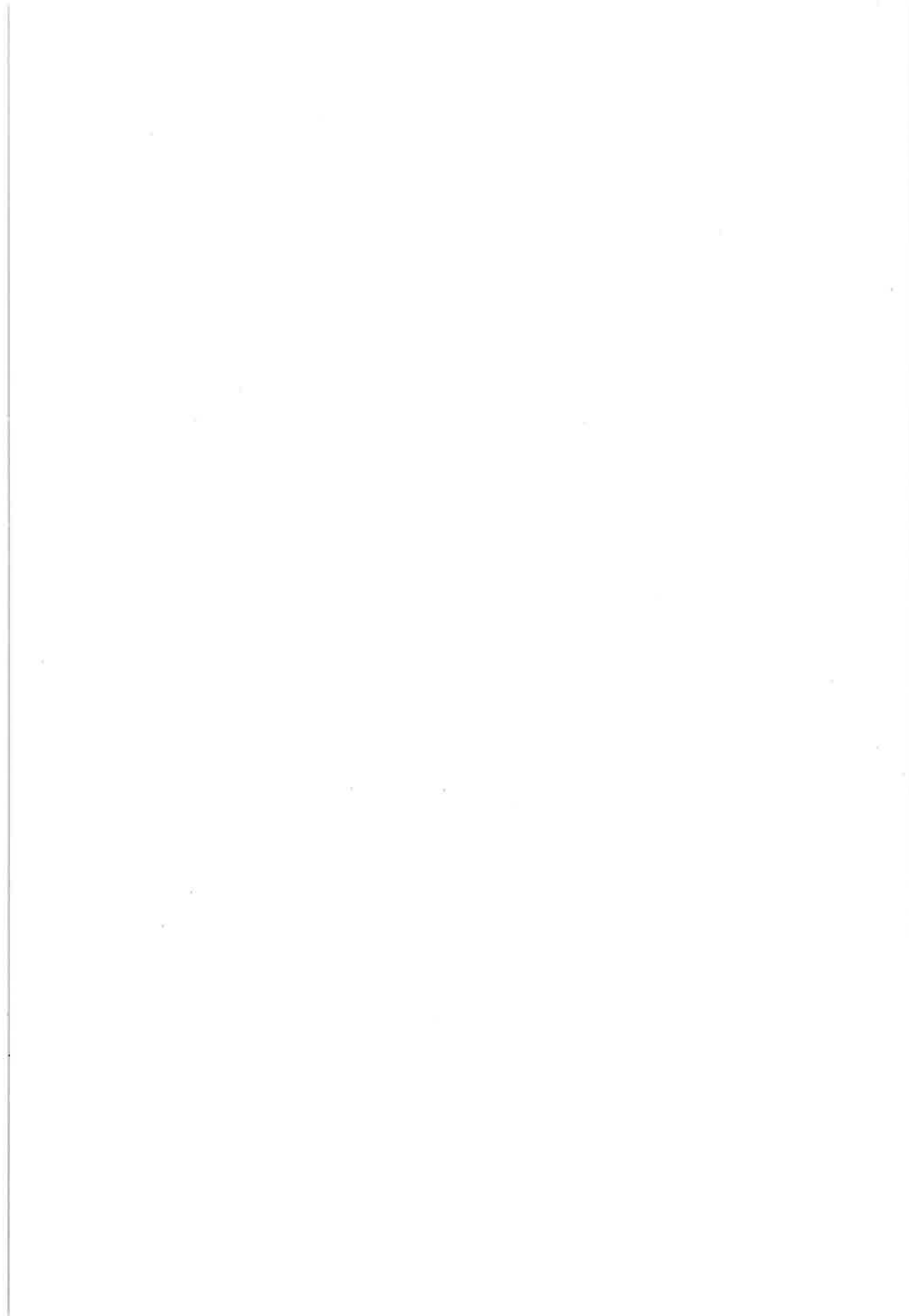
**Kuvio 19.1.** Naisten itsemurhaviestien ydin, lopullisen eron varmistaminen, kolmen sosiaalisen verkon kautta



### 19.3 Lopullisen eron varmistamisen piirteet

Itsemurhan tehneen naisen lopullisen eron varmistamisen perustana oli huoli itsestä ja teon seurauksista ja huoli, miten varmistaa tärkeiden eloon jäävien läheisten henkilöiden huolenpito. Yli puolet viestien sisällöstä koski viimeisiä pyyntöjä: viestijän ylisevuotavan rakkauden, kiitollisuuden ja anteeksipyyntöön vastaanottoa, huolenpitoa läheisistä, viimeisten toivomusten varmistamista ja käytännön toimenpiteitä.





*Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J.* Elämäntapahtumat ja itsemurha alkoholismiin ja depression yhteydessä. Tutkimus- ja kansanterveys -symposiumi. Helsinki, 20-22.9.1990:120-1. Abstraktit.

*Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J.* Förekomsten av självmord bland barn och ungdomar och bakgrundsfaktorer. IV nordiskt seminar omsorgsvikt - barn som far illa. Åbo, 3-5.5.1990:46. Abstrakts.

*Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J.* Nuorten itsemurhat tutkimuksen kohteena. Tutkimus- ja kansanterveys -symposiumi. Helsinki, 20-22.9.1990:132-3. Abstraktit.

*Palonen K, Aro H.* Omaiset itsemurhavaaran tunnistajina. Tutkimus- ja kansanterveys -symposiumi. Helsinki, 20-22.9.1990:137-8. Abstraktit.

*Upanne M, Arinperä H, Lönnqvist J.* Valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyn tavoite- ja toimintaohjelman laadinta. Tutkimus- ja kansanterveys-symposiumi. Helsinki, 20-22.9.1990.

1991

*Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J.* Nuorten itsemurhat - epidemiologiaa ja taustatekijöitä. Sairaanhoidajapäivät. Helsinki, 1-2.3.1991:43. Luentotiivistelmät.

*Henriksson M, Hietanen P, Isometsä E, Aro H, Lönnqvist J.* Mental disorders in cancer suicide. XVIIIth Congress of the International Association for Suicide Prevention (IASP), Montreal, 1993. Abstracts.

*Isometsä E, Henriksson M, Aro H, Heikkinen M, Kuoppasalmi K, Lönnqvist J.* Completed suicide in major depression. XVIIIth Congress of the International Association for Suicide Prevention (IASP), Montreal, 1993. Abstracts.

*Upanne M, Arinperä H.* Implementation of the National Suicide Prevention Project; Preliminary Experience. Paper accepted to be presented in XVIIIth Congress, International Association for Suicide Prevention. Montreal, May 30 to June 3, 1993.

*Upanne M, Arinperä H.* What is Essential in Prevention? The Concept and Strategy of Prevention in the National Suicide Prevention Programme in 1992-96. Paper accepted to be presented in III European Congress of Psychology. Tampere, July 4-9, 1993.

*Upanne M, Arinperä H.* The Finnish Suicide Prevention program. Paper accepted to be presented in XII Nordic Conference on Social Medicine. Kuopio, June 16-18, 1993.

*Järventie I.* Suicide: a way out of trap. III European Congress of Psychology, Tampere, 1993. The Book of Abstracts.

*Marttunen M, Aro H, Henriksson M, Lönnqvist J.* Precipitants and mental disorder in adolescent suicide. XVIIIth Congress of the International Association for Suicide Prevention (IASP). Montreal, 1993. Abstracts.

*Sorri H, Henriksson M, Lönnqvist J.* Suicide process and integration into a religious community. XVIIIth Congress of the International Association for Suicide Prevention (IASP). Montreal, 1993. Abstracts.

## 2. Kotimaiset kielet

1989

*Halttunen A, Henriksson M, Lönnqvist J.* Terveysviestinnän merkityksestä AIDS-pelon synnyssä ja käsittelyssä. Kaksi itsemurhatapausta. Tutkimuskohteena vaikuttaminen terveyskasvatuksessa. Terveyskasvatuksen 11. raportointiseminaari UKK-instituutissa. Helsinki, 22-23.11.1989. Abstraktit.

1990

*Halttunen A, Henriksson M, Lönnqvist J.* Itsemurhat ja vakavan sairauden pelko. AIDS-pelkotapaukset Itsemurhat Suomessa 1987 -projektissa. Psykologia 1990 -kongressi, Helsinki, 8.-10.1.1990. Abstraktit.

*Upanne M, Arinperä H, Lönnqvist J.* Developing national strategy for suicide prevention. Psychology and Promotion of Health. 5th European Health Psychology Society Conference. Lausanne, August 28-30, 1991. Abstracts.

1992

*Aro H, Marttunen M, Lönnqvist J.* Youth suicide in Finland. AEP 'Association of European Psychiatrists' Section committee 'Psychiatric epidemiology and social psychiatry' VIth European Symposium. Zürich, Switzerland, April 8-10, 1992:58. Abstracts.

*Heikkinen M, Aro H, Henriksson M, Lönnqvist J.* Recent life events among alcoholic and depressive suicides. 4th European Symposium on Suicidal Behavior 'Intervention and prevention'. Odense, June 10-13, 1992:22. Abstract Volume.

*Henriksson M, Marttunen M, Aro H, Heikkinen M, Isometsä E, Kuoppasalmi K, Lönnqvist J.* Mental disorders and comorbidity in suicide. 4th European symposium on suicidal behavior. Intervention and prevention. Odense, June 10-13, 1992:23. Abstract Volume.

*Lönnqvist J, Aro H.* National suicide research project in Finland. AEP 'Association of European Psychiatrists' Section committee 'Psychiatric epidemiology and social psychiatry' VIth European Symposium. Zürich, Switzerland, April 8-10, 1992:27. Abstracts.

*Marttunen M, Aro H, Henriksson M, Lönnqvist J.* Adolescent suicide and antisocial behaviour. 4th European Symposium on Suicidal Behavior 'Intervention and prevention'. Odense June 10-13, 1992. Abstract Volume, Odense 1992:8.

*Upanne M, Arinperä H, Lönnqvist J.* National Strategy for Suicide Prevention in Finland. Paper presented in 6th European Health Psychology Society Conference, Leipzig, 25-28 August 1992.

*Upanne M, Arinperä H, Lönnqvist J.* The National Strategy of Suicide Prevention in Finland. Paper presented in 4th European Symposium on Suicidal Behaviour. Intervention and prevention. Odense, 10-13 June 1992.

1993

*Aro H, Marttunen M, Henriksson M, Lönnqvist J.* Adolescent suicide: the role of mental disorders and antisocial behavior. XVIIth Congress of the International Association for Suicide Prevention (IASP). Montreal, 1993. Abstracts.

*Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J.* Life events, social support and suicide in alcoholism. XVIIth Congress of the International Association for Suicide Prevention, Montreal, 1993. Abstracts.

*Halttunen A, Henriksson M, Lönnqvist J.* Fear of having contracted AIDS and the suicide process: The role of mass media. XIV World Conference on Health Education. Helsinki, June 16-21, 1991. Abstracts.

*Halttunen A, Henriksson M, Lönnqvist J.* Health threats and suicides: Fear of AIDS vs. fear of other illnesses. Psychology and Promotion of Health. 5th European Health Psychology Society Conference. Lausanne, August 28-30, 1991. Abstracts.

*Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J.* Life events and precipitants in suicide - the partners' reports. XXIII Nordiska Psykiaterkongressen, Helsingfors, August 4-7, 1991. Abstracts.

*Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J.* The partners' views on life events as precipitants of suicide. XVI IASP-Congress. International conference on Suicide Prevention and Crisis Intervention. Hamburg, September 1-5, 1991. Abstracts.

*Henriksson M, Marttunen M, Heikkinen M, Isometsä E, Kuoppasalmi K, Aro H, Lönnqvist J.* Suicide in Finland - a diagnostic assessment. XXIII Nordiska Psykiaterkongressen, Helsingfors, August 4-7, 1991:29. Abstracts.

*Isometsä E, Henriksson M, Lönnqvist J.* Suicide and lithium treatment - a nationwide study. XXIII Nordiska psykiater -kongressen, Helsingfors, August 4-7, 1991. Abstracts.

*Marttunen M, Aro H, Henriksson M, Lönnqvist J.* Mental disorder and previous suicide attempts in adolescent suicide. XXIII Nordiska Psykiaterkongressen, Helsingfors August 4-7, 1991:59. Abstracts.

*Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J.* Mental disorder and antisocial behaviour in adolescent suicide. 9th Congress of the European Society of Child and Adolescent Psychiatry - ESCAP 'Coping with adversity' London, September 11-14, 1991:110. J Child Psychol Psychiatry. Abstracts booklet.

*Sorri H.* Suicide and religiosity. XVI IASP-Congress. International conference on Suicide Prevention and Crisis Intervention. Hamburg, September 1-5, 1991. Abstracts.

*Sorri H.* Suicide and religiosity. The XII International Congress of IFOTES, Noordwijkerhout, July 12-17, 1991. Research Workshop Abstracts and Papers.

*Sorri H.* Suicide and religiosity. 3rd World Family Therapy Congress. Jyväskylä, June 2-6, 1991. Abstracts.

*Upanne M, Arinperä H, Lönnqvist J.* Developing national strategy for suicide prevention. Health-united effort. XIV World Conference on Health Education, Helsinki, June 16-21, 1991. Abstract.

*Upanne M, Arinperä H, Lönnqvist J.* Developing national strategy for suicide prevention. XVI IASP-congress. International Conference on Suicide Prevention and Crisis Intervention. Hamburg, September, 1-5, 1991. Abstracts.

## 4. Abstraktit

### A. Englanninkieliset

1988

*Järventie I.* Suicide as process: a theoretical perspective to the limits of prevention. The XI International Congress of IFOTES 5.-9.7.1988. Abstracts.

1989

*Aro H, Lönnqvist J.* Suicides among adolescents and young adults in Finland. Teoksessa: Stefanis C, Soldatos C, Rabavilas A, toim. Psychiatry today. Accomplishments and promises. VIII World congress of Psychiatry. 1989:297. Abstracts. (Excerpta Medica, International Congress Series 899).

*Halttunen A.* Suicide and fear of AIDS in Finland. Third European Conference on Health Psychology. Utrecht, The Netherlands, June 28-30, 1989. Abstracts.

1990

*Aro H, Marttunen M, Lönnqvist J.* Adolescent suicides in Finland. 12th International Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. Kyoto, July 16-20, 1990:152. Abstracts.

*Järventie I.* A process perspective on suicide. The 2nd International Congress for Research on Activity Theory. Lahti 21.-25.5.1990. Abstracts.  
1991

*Aro H, Marttunen M, Lönnqvist J.* Adolescent suicides: Endpoints of long-term difficulties. XXIII Nordiska Psykiaterkongressen. Helsingfors, August 4-7, 1991:5. Abstracts.

*Aro H, Marttunen M, Lönnqvist J.* Characteristics of adolescent suicides in Finland. XVI IASP-Congress. International Conference on Suicide Prevention and Crisis Intervention. Hamburg, September 1-5, 1991. Abstracts.

*Aro H, Marttunen M, Lönnqvist J.* Completed suicide in adolescence: Characteristics of 13 to 19 year old suicide victims in Finland. 9th Congress of the European Society of Child and Adolescent Psychiatry - ESCAP 'Coping with adversity'. London, September 11-14, 1991:109. J Child Psychol Psychiatry. Abstracts booklet.

*Halttunen A, Henriksson M, Jallinoja P, Lönnqvist J.* Suicides and fear of illness. XVI IASP-Congress. International Conference on Suicide Prevention and Crisis Intervention. Hamburg, September 1-5, 1991. Abstracts.

*Paloniemi T.* Itsemurhan tehneiden suomalaisten nuorten lapsuuden perhetausta. Itsemurhat Suomessa 1987 -tutkimusprojekti. Helsinki: Helsingin yliopisto, kasvatustieteen laitos, 1991. Pro gradu -tutkielma.

1992

*Niemi R, Värälä L.* Toivottomuutta syrjäseudulla. Itsemurha suomalaisen syrjäseudun ilmiönä. Tampere: Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos, sosiaalityön suuntautumisvaihtoehto, 1992. Pro gradu -tutkielma.

*Ollikainen L.* At the point of no return. The message of suicide notes left by female suicide victims. Turku: Turun yliopisto, hoitotieteen laitos, 1992. Lisensiaatin tutkimus.

*Perä-Rouhu E.* Arvoton elämä. Tutkimus talouden ja itsemurhan suhteesta. Tampere: Tampereen yliopisto, kansanterveystieteen laitos, 1992. Lisensiaatin tutkimus.

*Ravaja N.* Itsemurha-alttiuden arviointi Rorschach-testillä. Helsinki: Helsingin yliopisto, psykologian laitos, 1992. Pro gradu -tutkielma.

*Sorri H.* Itsemurha ja yhteisö. Tutkimus itsemurhan tehneiden uskonnollisuudesta. Helsinki: Helsingin yliopisto, kirkkososiologian laitos, 1992. Lisensiaatin tutkimus.

1993

*Järvinen K.* Kulttuuriset mallit mielenterveystyöntekijöiden itsemurhaselityksissä. Helsinki: Helsingin yliopisto, kulttuuriantropologian laitos, 1993. Pro gradu -tutkielma.

Tulossa:

*Järventie I.* Selviytyä hengiltä. Sosiaalipsykologinen ja sosiaalipsykiatrinen näkökulma itsemurhiin. Väitöskirjan käsikirjoitus. Tampere: Tampereen yliopisto, kansanterveystieteen laitos (esitarkastuksessa).

1992

*Aro A, Henriksson M, Lönnqvist J.* Itsemurhat ja HIV-tartunnan pelko. Suomen Lääkärilehti 1992;47:1755-9.

*Honkasalo M-L, Utriainen T.* Kuolemalla kuolemista vastaan - objekti naisten itsemurhaviesteissä. Psykologia 1992;27:196-207.

*Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J.* Nuori ja itsemurha. Duodecim 1992;108:1238-45.

*Saarela T, Lönnqvist J.* Itsemurha, vanhuus ja masennus. Teoksessa: Saarela T, toim. Vanhuusiän masennus. Helsinki: Sitra 121, 1992:68-72.

Itsemurhan voi ehkäistä. Itsemurhien ehkäisy tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveyshallitus 1992.

1993

*Hietanen P, Lönnqvist J.* Syöpä ja itsemurha. Suomen Lääkärilehti 1991;46:3247-51.

Själv mord kan förebyggas. Ett mål- och åtgärdsprogram för självmordsprevention. STAKES. Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsövården 1993.

Tulossa:

*Öhberg A, Ostamo A, Lönnqvist J.* Lama ja itsetuho. Itsemurhat Uudenmaan läänissä ja itsemurhayritykset Helsingissä 1989-1992 (lähetetty julkaistavaksi).

### 3. Opinnäytetyöt

1989

*Liimatainen S.* Itsemurhaviestit. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos. 1989. Pro gradu -tutkielma.

1991

*Arinperä H.* Itsemurhavaaran tunnistaminen, hoidon jatkuvuus ja hoitoon suhtautuminen itsemurhan tehneillä potilailta. Helsinki: Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos, 1991. Pro gradu -tutkielma.



*Järventie I, Perä-Rouhu E, Palonen K, Lönnqvist J.* Elämää ennen kuolemaa? Itsemurhan yhteiskunnallista ja sosiaalista taustaa. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 54. Helsinki: Lääkintöhallitus, 1990.

*Lönnqvist J.* Itsemurhat Suomessa: Pahoinvointia hyvinvoinnin keskellä. Pääkirjoitus. Suomen Lääkärilehti 1990;45:3279-81.

*Palonen K, Aro H, Lönnqvist J.* Itsemurhakuolleisuuden kehitys Suomessa 1921-1987. Suomen Lääkärilehti 1990;45:3283-9.

1991

*Järventie I.* Näkökulma itsemurhaan: vaikeudet työelämässä. Työelämän tutkimus, 1991;2(5):17-8.

*Järventie I, Kiviniitty J.* Itsemurhaan kuolleiden arkielämän rakennetekijöitä. Itsemurhat Suomessa 1987-tutkimusprojekti. Tampere: Kansanterveystieteen laitos, 1991 (monografiajulkaisuksi 1993).

*Järventie I, Kiviniitty J, Lönnqvist J.* Työvaikeudet itsemurhan tehneiden elämässä. Itsemurhat Suomessa 1987-tutkimusprojekti. Helsinki: Työsuojelurahasto, 1991.

*Kekkonen M, Palonen K, Lönnqvist J, Kananoja A, Taskinen S.* Itsemurha ja sosiaalipalvelut. Tutkimus sosiaalipalvelujen käytöstä ennen itsemurhaa. Itsemurhat Suomessa 1987 -tutkimusprojekti. Raportteja 22/1991. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus, 1991.

*Lönnqvist J, Aro H.* Itsemurhien ehkäisyprojekti terveydenhuollon laadunvarmennuksessa. Teoksessa: Salo S, toim. Laatu - laadunvarmistus terveydenhuollossa. Helsinki: Sairaaliitto, 1991:35-40.

*Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J.* Mikä ajaa itsemurhaan? Tiede 2000, 1991;11:20-3.

*Upanne M, Arinperä H, Lönnqvist J.* Itsemurhien ehkäisy Suomessa 1992-1995. Tavoite- ja toimintaohjelman perusteet. Raportteja 45/1991. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus, 1991.

*Utriainen T, Honkasalo M-L.* Nainen kuolemisensa kirjoittajana. Naisten itsemurhaviestit initiaatio- ja identifikaatioriittinä. Psykologia 1991;26:252-61.

1989

*Achté K, Lindfors O, Lönnqvist J, Salokari M.* Suomalainen kulttuuriperinne ja itsemurhat. Teoksessa: Achté K, Lindfors J, Lönnqvist J, Salokari M, toim. Suomalainen itsemurha. Helsinki:Yliopistopaino, 1989:63-123.

*Achté K, Lindfors O, Lönnqvist J, Salokari M.* Varhaiset itsemurhatutkimukset. Teoksessa: Achté K, Lindfors O, Lönnqvist J, Salokari M, toim. Suomalainen itsemurha. Helsinki: Yliopistopaino, 1989:163-74.

*Honkasalo M-L.* Oman kuoleman merkityksistä itsemurhan yhteydessä. Teoksessa: Achté K, Lindfors O, Lönnqvist J, Salokari M, toim. Suomalainen itsemurha. Helsinki:Yliopistopaino, 1989:31-61.

*Järventie I.* Itsemurhan käsitteellistäminen prosessina. *Psykologia* 1989;24:340-4.

*Järventie I.* Itsemurhan yhteiskunnallista taustaa. *Psykologia* 1989;24:362-6.

*Lönnqvist J.* Itsemurhakuolleisuus ja itsemurhien ehkäisy Suomessa. Teoksessa: Achté K, Lindfors O, Lönnqvist J, Salokari M, toim. Suomalainen itsemurha. Helsinki: Yliopistopaino, 1989:175-87.

*Lönnqvist J, Salovainio A.* Itsemurhat Suomessa 1976-1985. Itsemurhakuolleisuus lääneittäin ja kunnittain 1976-80 ja 1981-85. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 51. Helsinki: Lääkintöhallitus, 1989.

*Mäkelä P.* Suomalaisten miesten itsemurhatyypit. Teoksessa: Achté K, Lindfors O, Lönnqvist J, Salokari M. Suomalainen itsemurha. Helsinki: Yliopistopaino, 1989:188-209.

*Palonen K.* Elämän ja kuoleman kysymykset kohtaavat itsemurhien ehkäisyprojektissa. *Psykologia* 1989;24:382-5.

*Palonen K.* Itsetuho ja sen ehkäisy. International Association for Suicide Prevention -järjestön kongressi 11-14.6.1987 Bryssel. *Psykologia* 1989;24:389-92.

*Palonen K.* Suomalaisten naisten itsemurhat. Teoksessa: Achte K, Lindfors O, Lönnqvist J, Salokari M, toim. Suomalainen itsemurha. Helsinki: Yliopistopaino, 1989:210-24.

1990

*Järventie I.* Hyvät, pahat ja rumat: erään teoreettisen diskurssin kritiikki. *Psykologian Forum* 1990;2:33-59.

*Hietanen P, Lönnqvist J, Jallinoja P.* Is cancer suicide different? (lähetetty julkaistavaksi).

*Isometsä E, Henriksson M, Aro H, Heikkinen M, Kuoppasalmi K, Lönnqvist J.* Suicide in major depression (lähetetty julkaistavaksi).

*Marttunen M, Aro H, Henriksson M, Lönnqvist J.* Antisocial behaviour in adolescent suicide (lähetetty julkaistavaksi).

*Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J.* Precipitant stressors in adolescent suicide (lähetetty julkaistavaksi).

*Partonen T, Schroderus M, Henriksson M, Aro H, Lönnqvist J.* Suicides among conscripts: biphasic occurrence of suicide during military service (lähetetty julkaistavaksi).

## 2. Suomenkieliset julkaisut

1987

*Lönnqvist J.* Itsemurha terveydenhuollon haasteena. Pääkirjoitus. Suomen Lääkärilehti 1987;42:687-9.

*Lönnqvist J.* Itsemurhien ehkäisyprojekti. Suomen Lääkärilehti 1987;42:1251-7.

*Lönnqvist J.* Kohtalokas ratkaisu: Mikä ajaa nuoren itsemurhaan? Tiede 2000 1987;2(1):8-11.

*Lönnqvist J, Louhivuori K, Palonen K, Tuomaala A.* Itsemurhakuolleisuus Suomessa. Suomen Lääkärilehti 1987;42:938-46.

*Marttunen M.* Nuorten itsemurhat Suomessa. Raportti läänin III nuorisofoorumista. Ähtäri 22-23.10.1987. Vaasa: Vaasan lääninhallitus, 1987:42-60.

1988

*Järventie I.* Itsemurhatutkimuksen ihmiskuva. Mielenterveys 1988;1:8-10.

*Lönnqvist J.* Itsemurhien ehkäisy ja antidepressiivit. Organon-tiedote 1988;19(1):29-32.

1993

*Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J.* Adolescence and suicide, a review of psychological autopsy studies. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 1993;2:10-8.

Suicide can be prevented. A target and action strategy for suicide prevention. National Research and Development Centre for Welfare and Health 1993.

Hyväksytty julkaistavaksi:

*Aro H, Marttunen M, Lönnqvist J.* Adolescent development and youth suicide. Suicide and Life-Threatening Behaviour (painossa).

*Aro H, Marttunen M, Lönnqvist J.* Characteristics of adolescent suicides. A psychological autopsy study of suicides among 13 to 19 year olds in Finland. Teoksessa: Böhme K, Wedler H, toim. Suicidal behaviour. The state of art. Proceedings of the XVIth Congress of the International Association of Suicide Prevention (painossa).

*Halttunen A, Henriksson M, Jallinoja P, Lönnqvist J.* Suicides and fear of somatic illness. Teoksessa: Böhme K, Wedler H, toim. Suicidal behavior. The state of art. Proceedings of the XVIth Congress of the International Association of Suicide Prevention (painossa).

*Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J.* The partners' views on life events as precipitants of suicide. Teoksessa: Böhme K, Wedler H, toim. Suicidal behavior. The state of art. Proceedings of the XVIth Congress of the International Association of Suicide Prevention (painossa).

*Henriksson M, Aro H, Marttunen M, Heikkinen M, Isometsä E, Kuoppasalmi K, Lönnqvist J.* Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry* 1993;150:935-940.

*Upanne M, Arinperä H, Lönnqvist J.* Developing national strategy for suicide prevention. Kirjassa Böhme K, Wedler H, toim. Suicidal behaviour. The state of art. Proceedings of the XVIth congress of the International Association of Suicide Prevention (painossa).

Tulossa:

*Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J.* Life events and social support in suicide (lähetetty julkaistavaksi).

*Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J, Henriksson M, Isometsä E.* Differences in recent life events between alcoholic and depressive suicides (lähetetty julkaistavaksi).

*Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J.* Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl* 1993 (painossa).

1991

*Halttunen A, Henriksson M, Lönnqvist J.* Completed suicide with a fear of having contracted AIDS. A study of 28 cases. Teoksessa: Beskow JE, Bellini M, Faria JGS, Kerkhof AD, toim. HIV and AIDS-related suicidal behaviour. Report on a WHO consultation. Bologna: Monduzzi Editore, 1991:68-76.

*Hietanen P, Lönnqvist J.* Cancer and suicide. *Annals of Oncology* 1991;2:19-23.

*Lönnqvist J, Aro H, Marttunen M.* Suicides in the young: an increasing medical problem. Editorial. *Annals of Medicine* 1991;23:479-80.

*Marttunen M, Aro H, Henriksson M, Lönnqvist J.* Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R Axes I and II diagnoses in suicides among 13 to 19 year olds in Finland. *Archives of General Psychiatry* 1991;48:834-9.

1992

*Aro H, Marttunen M, Lönnqvist J.* Trends in suicide mortality among young people in Finland. *Psychiatria Fennica* 1992;23:29-39.

*Halttunen A, Henriksson M, Lönnqvist J.* Completed suicide with a fear of having contracted Aids. Teoksessa: Crepet P, Ferrari G, Platt S, Bellini M, eds. Suicidal behaviour in Europe. Recent research findings. Rome: John Libbey, 1992:245-59.

*Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J.* The partners' views on precipitant stressors in suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992;85:380-4.

*Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J.* Recent life events and their role in suicide as seen by the spouses. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992;86:489-94.

*Isometsä E, Henriksson M, Lönnqvist J.* Completed suicide and recent lithium treatment. *Journal of Affective Disorders* 1992;26:101-4.

*Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J.* Adolescent suicide: endpoint of long-term difficulties. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992;31:649-54.

*Marttunen M, Aro H, Lönnqvist J.* Research on mental disorders in adolescent suicide. Teoksessa: Crepet P, Ferrari G, Platt S, Bellini M, toim. Suicidal behaviour in Europe. Recent research findings. Rome: John Libbey, 1992:253-9.

*Schroderus M, Lönnqvist J, Aro H.* Trends in suicide rates among military conscripts. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992;86:233-5.

# Itsemurhat Suomessa 1987 -projektin julkaisuja

## 1. Englanninkieliset julkaisut

1988

*Lönnqvist J.* National suicide prevention project in Finland. *Psychiatria Fennica* 1988;19:125-32.

*Lönnqvist J, Louhivuori K, Palonen K, Tuomaala A.* Suicide mortality in Finland. *Psychiatria Fennica* 1988;19:133-42.

1990

*Aro H, Marttunen M, Lönnqvist J.* Adolescent suicides in Finland. Teoksessa: Ferrari G, Bellini M, Crepet P, toim. 3rd European Symposium "Suicidal behaviour and risk factors". Bologna: Monduzzi Editore, 1990:71-5.

*Heikkinen M, Aro H, Lönnqvist J.* Life events and suicide - the partners' views. Teoksessa: Ferrari G, Bellini M, Crepet P, toim. 3rd European Symposium "Suicidal behaviour and risk factors". Bologna: Monduzzi Editore, 1990:583-8.

*Marttunen M, Aro H, Henriksson M, Lönnqvist J.* Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R Axes I and II among 13 to 19 year olds. Teoksessa: Ferrari G, Bellini M, Crepet P, toim. 3rd European Symposium "Suicidal behaviour and risk factors". Bologna: Monduzzi Editore, 1990:399-403.

*Palonen K, Aro H.* Anticipation of suicide by significant others. Teoksessa: Ferrari G, Bellini M, Crepet P, toim. 3rd European Symposium "Suicidal behaviour and risk factors". Bologna: Monduzzi Editore, 1990:793-5.

*Palonen K, Aro H, Lönnqvist J.* Age- and sex-specific changes in suicide mortality in Finland. *Psychiatria Fennica* 1990;21:227-34.

*Upanne M, Arinperä H, Lönnqvist J.* Developing a strategy for suicide prevention: empirical nationwide study in Finland. Teoksessa: Ferrari G, Bellini M, Crepet P, toim. 3rd European Symposium "Suicidal behaviour and risk factors". Bologna: Monduzzi Editore, 1990:973-8.

ehkäisyn alueella. Yhteiskunnallinen murros kohdistuu suurimpana muutospaineena nimenomaan nuoriin ja nuoriin aikuisiin, joiden siirtyminen koulutuksesta työelämän piiriin ja sitoutuminen yhteiskunnallisen vastuun kantaan ei voi olla helppoa nykyisen epävarmuuden vallitessa.

## 22.7 Tutkimuksen asema itsemurhien ehkäisyssä

Itsemurhien ehkäisyprojektin suunnitteluvaiheessa tehtiin vuonna 1986 tärkeä strateginen valinta: prevention tulisi perustua mahdollisimman oikeaan ja tutkimuksen tuottamaan ajankohtaiseen kuvaan itsemurhista Suomessa. Keskeiseksi käsitteeksi nousi konfrontoituminen, itsemurhan avoin ja ennakkoluuloton lähestyminen. Tutkimusvastuu asiasta annettiin Kansanterveyslaitokselle, jonka mielenterveyden osasto osaksi syntyi tämän tehtävän myötä. Kuluneen seitsemän vuoden aikana tutkimuksen merkitys itsemurhatilanteen hallinnassa ei ole vähentynyt. Päinvastoin nopeasti muuttuva yhteiskunnallinen tilanne tuottaa uusia riskiryhmiä ja -tilanteita, jotka tulisi tunnistaa ajoissa ja joihin tulisi myös tarttua.

Vuosien kuluessa on toistuvasti tullut esille, että itsemurhat kuohuttavat ihmisten mieliä ja synnyttävät helposti sensaatioita ja paineita myös epäkypsiin toimenpiteisiin. Kaikki, mitä itsemurhista lausutaan, ei aina ole täysin totta eikä oikeassa suhteessa esitettyä. Kriittisen tutkimuksen tehtävänä on auttaa vaikean asian hallinnassa niin, että sekä johtopäätökset että toimenpiteet olisivat asiallisia ja samalla kuitenkin myös herkkiä ja ajankohtaisia.

Tämän tutkimusraportin antama kuva suomalaisesta itsemurhasta on pyritty pelkistämään yleiseksi kehykseksi ja tiivistelmäksi niistä lukuisista eri tutkimuksista, joita projektin aineistosta on tehty. Julkaisu täydentää omalta osaltaan valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyprojektin suositusosaa ja siihen liittyvää perusteluosaa. Se on kuitenkin rakennettu itsenäiseksi ja riippumattomaksi kokonaisuudeksi kuvaamaan Itsemurhat Suomessa 1987 -projektin toteutusta, aineistoa ja keskeisiä tutkimustuloksia.

käyttö on kuitenkin selvä riskitekijä itsemurhan suhteen. Väestötasolla on mitä luultavinta, että alkoholin kulutuksen aleneminen johtaisi siitä seuraavien haittojen, myös itsetuhoisuuden, vähentymiseen. Yksilötasolla kiinnittyy huomio pitkän ja hoitamattoman alkoholisoitumisen yleisyyteen itsemurhan tehneiden keskuudessa. Hoidossa olleiden osalta samanaikainen alkoholiongelma ja masentuneisuus muodostavat haasteen, jonka hoitamisessa sekä päihdehuollolla että terveydenhuollolla on kehittämisen varaa. Myös työelämän alkoholiongelmat tulivat projektissa selvästi esille. Tulokset puhuvat mahdollisimman varhaisen ja aktiivisen puuttumisen puolesta silloin, kun alkoholin käyttö heijastuu työssä selviytymiseen.

## 22.6 Nuoruuteen liittyvät erityispiirteet itsemurhissa

Itsemurhien traagisuus ja turhuus tulee koskettavimmin esille nuorten itsemurhien yhteydessä. Nuorten kohdalla itsemurhan tehnyt näyttäytyy ennemminkin uhrina kuin vastuullisena asianosaisena. Useimmiten itsemurhaan johtanut kehitys oli kestoaltaan pitkää ja se oli kiinteässä yhteydessä perhetekijöihin. Vain joka neljäs nuoren itsemurha oli tilapäisen sopeutumiskriisin lopputulos, useimmiten taustalla oli pitkään kestänyt, usein monimuotoinen oireilu. Ajankohtainen mielenterveysongelma oli tavallisimmin masentuneisuus. Nuoruusikä on ajanjakso, jonka kuluessa itsemurha ilmiönä tulee esille ja itsemurhakuolleisuus nousee läpi elämän kestäväälle aikuisten miesten kuolleisuuden tasolle.

Nuorten itsemurhien erityispiirteenä on itsetuhopyrkimysten piilossa pysyminen ja itsetuhopuheiden kanavoituminen hyvin usein perheen ulkopuolelle, lähinnä toveripiiriin. Valtaosa itsemurhista on poikien tekemiä ja myös avunhakemisen ongelmat painottuvat poikiin. Tunnusomaista oli terveyspalvelujen ja yleensäkin ulkopuolisen avun vähäinen käyttö. Tähän saattavat osaltaan vaikuttaa nuorten omat asenteet ja usein asosiaalinen oireilu, osittain taas nuorille tarjottujen palvelujen riittämättömyys ja vaikeudet kohdata nuorten moninaisia ja usein tunnistamatta jääviä tarpeita.

Koska Suomessa on poikkeuksellisen korkea nuorten itsemurhakuolleisuus, tulisi nuorten itsemurhiin kiinnittää jatkuvasti erityishuomiota sekä tutkimuksen että ennalta-



osoittavat, että hoitojärjestelmä ei kata likellekään olemassa olevaa hoidon tarvetta. Kun monissa terveysongelmissa korostuu omaehtoisuus ja yksilön vastuu, niin masentuneisuus korostuu tukeutumistaipumuksena, epävarmuutena ja toimintakyvyn laskuna. Avun tarpeeseen vastaaminen edellyttää hoitojärjestelmältä vaihtelevia ja joustavia lähestymistapoja. Tehokas depression hoito vaatii tiedollisen perusosaamisen lisäksi vastuullisempaa, osallistuvampaa ja pitkäjänteisempää asennetta hoitojärjestelmiltämme. Projektin tulosten perusteella syntynyt kriittinen palaute koskee niin perusterveydenhoitoa kuin erikoissairaanhoidoakin sekä myös sosiaalihuollon palveluja. Kehittämistyö tällä alueella hyödyttäisi kaikkia depressiopotilaita itsetuhosta riippumatta. Myönteinen kehitys onkin jo lähtenyt liikkeelle osin sen johdosta, että depression hoitoon on koko ajan tullut uusia tehokkaita ja helposti käyttöön otettavia keinoja.

## 22.5 Päihteiden käyttö ja itsemurhat

Suomalaiseen itsemurhaan on liitetty alkoholi kautta aikojen. Koko suomalaisten korkean itsemurhakuolleisuuden on katsottu olevan seurausta kansamme huonosta viinapäästä. Vaikka ajat ovatkin muuttuneet näiden ajatusten esittämisestä, niin alkoholin ja itsetuhokäyttäytymisen kohtalon yhteys maassamme on silti säilynyt. Kolmasosalla itsemurhan tehneistä diagnosoitiin alkoholiriippuvuus, miehillä vieläkin useammin. Omaisten mielestä puolella itsemurhan tehneistä miehistä oli alkoholiongelma, jolla oli merkittävä osuus itsemurhaan johtaneessa elämäntilanteessa joka kolmannessa itsemurhasa. Aiemmin elämän aikana oli itsemurhan tehneillä esiintynyt runsaasti erilaisia alkoholin käyttöön liittyneitä haitallisia seuraamuksia kuten riitaa, tappeluja, pidätyksiä, rattijuoppoutta ja myös itsemurhayrityksiä. Tähän rajuun taustaan nähden oli hämmästyttävää, että kuitenkin vain noin joka kymmenes oli ollut hoidettavana alkoholiongelman vuoksi ja omaisten mielestä alkoholisoituneidenkin osalta hoidettujen määrä jäi alle kolmannekseen. Itsemurhan tehneiden ruumiinavauksissa lähes joka toisen verestä löytyi alkoholia. Kaikki nämä havainnot ylittävät selvästi väestöstä yleensä saatavat löydökset alkoholin käytöstä ja haitoista.

Ilmeisestä tärkeydestään huolimatta alkoholin ja itsemurhien suhde on monimutkainen eikä prevention suhteen ole helppo tehdä suoraviivaisia johtopäätöksiä. Alkoholin runsas

tärkeyteen ja mahdollisuuksiin. Oikein ajoitettu ja kohdistettu pienikin tuki voi olla ratkaisevan tärkeää itsetuhokriisin kehitykselle. Palvelujärjestelmiltämme se edellyttää kiinnostuneisuutta ja kouluttautumista myös kriisityyppiseen auttamiseen, mistä seuraa vaatimus nykyistä joustavammasta toiminnasta. Oikeansuuntaisen toiminnan täytyy tapahtua myös oikealla hetkellä. Kriisien jälkeenpäin tapahtuvasta analysoinnista ei ole kovin suurta hyötyä, ellei se ohjaa myös ajankohtaista toimintaa. Kriisiterapiasta puhutaan edelleenkin enemmän kuin sitä tehdään. Lamaan ajautuvassa Suomessa kriisityyppinen lähestymistapa on entistäkin ajankohtaisempi.

## 22.4 Itsemurhat ja mielenterveys

Itsemurhat Suomessa 1987 -projektin eräänä tavoitteena oli laajentaa kuvaa itsemurhasta terveyden ja myös sosiaalihuollon ulkopuolelle niin, että vastuu itsemurhien ehkäisystä nojaisi tasapuolisesti kaikkiin yhteiskunnan osa-alueisiin. Itsemurha haluttiin nähdä myös muuna kuin terveysongelmana. Tässä pyrkimyksessä onkin edistytty. Kuva itsemurhasta on monipuolistunut ja vastuunkantajia on löytynyt myös terveydenhuollon ulkopuolelta. Tästä huolimatta on selkeästi todettava, että mielenterveyden ongelmat liittyvät keskeisesti itsemurhakäytöksiin. Riippumatta mielenterveysongelmien syistä, niiden hoitaminen ohjautuu viime vaiheessa terveydenhuoltoon ja sosiaalihuoltoon. Kriisit ja umpikujatilanteet näyttävät kulkevan lähes poikkeuksetta tässä yhteiskunnassa terveydenhuollon ja erityisesti sen päivystävien toimipisteiden kautta. Käytännöllisimmät väliintulon mahdollisuudet itsetuhokäyttäytymisessä ovatkin terveydenhuollossa, joka joutuu tosiasioiden ja usein pakottavan tilanteen eteen riippumatta omista priorisoinneistaan. Terveydenhuollon tulisikin määrittää nykyistä selkeämmin oma vastuunsa ja kantaa se aktiivisemmin ja ammatillisemmin.

Yksittäisistä hoidon ongelmista keskeisimmäksi on noussut kysymys masennuksen havaitsemisesta, siihen liittyvästä asianmukaisesta taudinmäärittämisestä sekä asiantuntevan hoidon aloittamisesta ja sen pitkäjänteisestä toteuttamisesta. Itsemurhat Suomessa 1987 -projektin antama kuva depression hoidon laatutasosta viestittää suuresta koulutus- ja kehittämishaasteesta terveydenhuollossa. Vaikka kaikki epidemiologiset tutkimukset osoittavat yhtäpitävästi, että masentuneisuus on yleistä ja jopa yleistyvää, niin ne myös

Vakavamman uhan kohdalla itsetuhoisuus sinänsä tulisi nostaa hoidon erääksi kohteeksi eikä tarkastella sitä vain oireena. Itsetuhoisuus, johon henkilö itse ei ole riittävästi kontaktissa, muodostuu hänelle krooniseksi uhaksi. Hoitojärjestelmän tehtävänä ei ole vain hoitaa, vaan myös konfrontoida ja antaa palautetta itsetuhokäyttäytymisestä.

### 22.3 Elämän kriisit ja niihin sopeutuminen

Arkipäivän tapahtumat vyöryvät ohitsemme ja joskus myös ylitemme usein epäoikeudenmukaiselta näyttävällä tavalla. Elämäntapahtumat noudattavat usein onnettomuuden logiikkaa: liian paljon liian vaikeita asioita tapahtuu liian lyhyessä ajassa. Kun tämä onnettomuuden kaltainen elämäntilanne kohdistuu henkilöön, jonka sopeutumiskeinot ovat kehittymättömät tai juuri sillä hetkellä muutoin sidotut, syntyy lisääntynyt riski itsetuhoisuuden toteutumiselle. Oman tilanteen murtaminen on usein helpottavampi mielikuva kuin itsen murtuminen. Osa ihmisistä näytti tämän tutkimuksen tulosten valossa pakenevan itsetuhoisuuteen ylivoimaiselta tuntuvan uhan edessä. Näin tapahtui erityisesti miehille sosiaalisesti merkittävien epäonnistumisten ja menetysten sekä somaattisten sairauksien yhteydessä ja joskus naisillekin lähipiiriin ja omaan mielenterveyteen liittyvien kriisien yhteydessä. Sukupuolen lisäksi myös kullakin elämänvaiheella näyttää olevan omat erityispiirteensä itsemurhiin johtaneissa kriiseissä. Yhteiskunnallisten muutosten ja työelämän paineiden merkitys näkyy selvimmin nuorten aikuisten miesten kohdalla. Somaattisten sairauksien suhteellinen osuus taas kasvaa voimakkaasti vasta 50 ikävuoden jälkeen. Naisillakin mielenterveyskriisien merkitys näyttäytyy vasta myöhemmällä keski-ikäällä.

Ratkaisevaksi itsemurhan kannalta näytti usein muodostuvan sosiaalisen tuen puute tai viimeisenkin tuen menettäminen. Useissa tapauksissa tämä liittyi henkilön omaan käyttäytymiseen, jossa toteutui persoonallisuudelle ominainen piirre aiheuttaa myös itse ongelmatilanteita.

Itsemurhakriisien yhteydessä tulee erityisesti esille oikein ajoitetun, useinkin lyhytaikaisen tuen merkitys. Vaikka aineistomme koostuikin ennusteen suhteen onnettomasti päättyneistä elämänkriiseistä, viittaavat tulokset kuitenkin kriisiluontoisen auttamisen

Alun huoli haastattelun liiallisesta kuormittavuudesta eri osapuolille osoittautui turhaksi. Haastattelujen sisältö ja tavoitteet oli suunniteltu siten, että ne lisäisivät tapahtuneen ymmärtämistä ja vähentäisivät niihin liittyvää syyllisyyttä. Haastatteluissa toteutunut rohkea lähestymistapa osoitti omalta osaltaan avoimuuden ja ymmärtävän lähestymistavan voiman vaikean asian hallinnassa.

## 22.2 Aikaisempi itsetuhokäyttäytyminen

Itsemurhaa oli edeltänyt puolessa tapauksista aikaisempi itsemurhayritys, naisilla selvästi useammin kuin miehillä. Vielä hieman useammin itsemurha-aiheet olivat olleet puheissa esillä, tavallisimmin useaan eri otteeseen. Naiset kertoivat aikeistaan useammalle taholle kuin miehet. Silti itsemurha tuli useimmissa tapauksissa yllätyksenä. Yllätyksen mahdollisuus oli suurin aivan nuorilla sekä keski-ikäen ylittäneillä.

Itsemurhaa oli edeltänyt lähes puolessa tapauksista avun hakeminen hoitojärjestelmästä itsemurhaa edeltäneen vuoden aikana. Erityisesti naiset olivat etsineet apua palvelujärjestelmistä. Avun hakemisessa ei itsemurhavaara viestittynyt kuitenkaan kuin vajaassa puolessa tapauksia, tällöinkin selvästi useammin naisten kohdalla. Erityisesti perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kontakteissa oli itsemurhavaaran esiin tuleminen poikkeuksellista.

Itsetuhoisuus näyttäytyy siis epäsuorasti akuuttina hätänä ja huonosti ilmaistuna avun tarpeena. Sen ammatillinen kohtaaminen vaatii palvelujärjestelmiltämme sellaista aktiivisuutta ja paneutumista, josta vielä ollaan kaukana. Akuutin kriisin takana on hyvin usein krooninen, akuutisti aktivoituva itsetuhokäyttäytymisen malli. Itsetuhokäyttäytymisen monissa tapauksissa kroonista luonnetta kuvastaa se, että lähes puolessa tapauksista ensimmäisestä itsemurhayrityksestä oli kulunut jo yli viisi vuotta. Voikin sanoa, että itsemurhien mahdollisuus elää koko ajan keskuudessamme ilman, että olemme siitä kunnolla tietoisia. Parempi tietoisuus voi syntyä vain lisääntyvän avoimuuden ja ammatillisuuden kautta, jotka luovat perustan myös itsemurhien ehkäisylle. Strategisesti tärkeätä on käyttää jokaista itsetuhokriisiä auttamisen palveluksessa: jokaista itsetuhoilmausta tulisi seurata ammatillinen arvio ja avun järjestäminen.

Kenttätutkijat haastattelivat omaisia, useimmiten heidän kotonaan. Lisäksi he haastattelivat itsemurhan tehnyttä hoitaneita työntekijöitä ja tutustuivat vainajaa koskeneisiin sairauskertomuksiin sekä vastaaviin asiakirjoihin. Haastattelut ja muu tiedonkeruu tapahtui ennakkoon sovitulla tavalla siten, että tiedonkeruu oli sekä strukturoitua että vapaamuotoista. Lisäksi kenttätutkijan henkilökohtaisella tulkinnalla ja kokonaiskuvalla oli oma tärkeä sijansa tutkimuksessa, joka päättyi tiivistettyyn tapauskertomukseen. Tämä tarkastettiin vielä jokaisessa projektiryhmässä niin, että tapauskertomuksen sisältö, laatu sekä preventiosuositukset saivat alueellisen hyväksymisen.

Haastattelujen ajankohta oli suunniteltu sellaiseksi, että kenttätutkijalla oli käytössään kuolemansyytutkimuksen tulokset pääosiltaan. Hänen käytössään oli poliisin tekemä välitön kuvaus tapahtumista sekä oikeuslääkärin tutkimustulokset kuolemasta ja kuolemaan johtaneista syistä. Omaishaastattelun ensisijainen tehtävä oli kuvata itsemurhan tapahtuminen, sitä edeltäneet ja siihen liittyvät tekijät sekä itsetuhokäyttäytymisen ja itsetuhoajatusten ilmeneminen aiemmin henkilön elämässä sellaisina kuin haastateluun valittu läheinen omainen pystyi ne kuvaamaan muutama kuukausi itsemurhan jälkeen. Ajankohdan valinta osoittautui useimmissa tapauksissa sopivaksi: tapahtuma oli vielä tuore, mutta jo riittävästi omaisten hallinnassa, kuitenkin vielä sillä tavalla työn alla, että haastattelu pystyi myös auttamaan omaisia tapahtuneen hallinnassa. Omaisten palaute haastatteluista oli valtaosin myönteistä.

Haastattelu eteni puitteiden ja kontaktin luomisen jälkeen suoraan itsemurhatapahtumaan ja sitä välittömästi edeltäneisiin asioihin sekä itsetuhoisuuden ilmenemiseen aiemmin henkilön elämässä. Useita tunteja kestänyt haastattelu pyrittiin heti alkuosaltaan kiinnittämään itse päätapahtumaan, itsemurhaan. Samalla sekä haastateltava että haastattelija konfrontoitiin kipeään tosiasiaan ja sen taustojen ymmärtämiseen. Selittävinä elämänalueina käsiteltiin arkielämän puitteita: työtä, vapaa-aikaa, asumista, elämäntapahtumia ja perhettä sekä henkilön terveyttä, sairautta, sopeutumiskeinoja ja avun ja hoidon tarvetta sekä niiden käyttöä. Myös omaisten omia reaktioita sekä asemaa ja avun tarvetta sivuttiin haastattelussa. Vainajaa hoitaneiden työntekijöiden osalta haastattelun pääpaino oli hoidon rakenteen ja sisällön erittelyssä sekä itsetuhoisuuden esille tulon tarkastelussa.

todellisuutta ja tekee ne ratkaisut, jotka johtavat itsetuhoiseen käyttäytymiseen ja lopulta itsemurhaan. Monimutkaisetkin syyt puristuvat lopulta tietyllä ajan hetkellä kapeutuneen, ja usein vääristyneen, harkinnan läpi teoksi, josta ihminen lopulta itse vastaa. Itsemurha on aina aikaan ja hetkeen sidottu henkilökohtainen teko, joka on vähintäänkin siirrettävissä tulevaisuuteen, usein myös estettävissä kokonaan.

Itsemurhaa ei ole olemassa ennen kuin se on tapahtunut. Tämä tosiasia sitoo itsemurhatutkimuksen menetelmällisesti edeltäneiden tapahtumien jälkikäteen tapahtuvaan tarkasteluun. Kuva itsemurhaa edeltäneistä tapahtumista syntyy aina itsemurhan varjossa. Syitä itsemurhaan etsitään itsemurhiin liittyvien ennakkokäsitysten varassa. Tällöin tietysti tutkija löytää helposti sitä, mitä hän on etsimässä. Näin on olemassa vaara, että ennakkokuvaa vain vahvistetaan eikä juurikaan muuteta.

Tässä tutkimusprojektissa kuva itsemurhista pyrittiin saamaan mahdollisimman monimuotoiseksi valitsemalla tutkimuksen suunnitteluun, sen tietojen keruuseen ja myös itse analyysivaiheeseen hyvin erilaisesta kokemus- ja osaamistaustasta tulleita henkilöitä. Itsemurhien edustavuus pyrittiin varmistamaan tutkimalla koko maan kaikki itsemurhiksi tunnistetut kuolemat yhden vuoden ajalta. Tutkimus toteutettiin lisäksi hajautetusti niin, että paikallinen ja alueellinen erityisosaaminen saatiin mukaan.

Kuva kuolemasta rakentui ensivaiheessa sitä ammatikseen tekevien, poliisin ja oikeuslääkärien, systemaattisen kuolemansyyn tutkimuksen varaan. Poliisin suorittama välitön tutkinta tehtiin lisälomakkeen avulla tavallistakin huolellisemmin. Tätä seurannut oikeuslääkärien osuus oli koko ajan kiinteästi mukana projektissa sen hallintoa myöten. Oikeuskemialliset tutkimukset tehtiin normaalista poiketen kaikista itsemurhista lisäresurssien turvin. Sen jälkeen tutkimukseen tulivat mukaan kenttätutkijat, jotka edustivat alueellista mielenterveysasiantuntemusta. Useimmiten oli kyse paikallisen mielenterveystoimiston työntekijästä, jolle itsemurhan tutkiminen oli kokonaan uusi asia. Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja henkilökohtaiseen panostukseen. Osaamista tuettiin ennakkokoulutuksella ja useimmissa paikoissa projektiorganisaation antamalla mittavalla lisätuella.

Itsemurha on myös pelottava tapahtuma. Se jättää eloon jääneet läheiset pulaan kysymään yksinään syytä ja pelkäämään seurauksia. Itsemurha usein syyttää ympäristöään ja lähes aina syyllistää muita. Itsemurhan välitön seuraus on useimmiten tunnemyrsky, ahdistuneisuus, ja siltä suojautuminen. Tästä johtuu, että itsemurhasta on vaikea oppia mitään uutta. Ja ilman uutta suhtautumista itsetuhon siemen kasvattaa uutta itsetuhoisuutta.

Yhtenä Itsemurhat Suomessa 1987 -projektin keskeisenä lähtökohtana oli synnyttää sellaista kokemusta ja tietoa itsemurhasta, että terveyden- ja sosiaalihuollon työntekijöiden suhtautuminen itsemurhaan muodostuisi ammatillisemmaksi ja vapaammaksi. Tiedon ja taidon lisääntymisen sekä uusien asenteiden uskottiin vähitellen vaikuttavan myös koko väestöön. Tavoitteena on ollut asiallisempi, ymmärtävämpi ja myös taitavampi suhtautuminen suomalaisen väestön itsetuhoisuuteen.

Projektin antama kuva suomalaisesta itsemurhasta on monipuolinen ja monitasoinen ja myös monivaiheinen. Mitään yhtä kattavaa loppuraporttia ei ole pyrittykään aikaansaamaan, koska yksittäisten tutkimusten julkaiseminen on tapahtunut ja tapahtuu hyvin erilaisilla foorumeilla, erilaisiin tarkoituksiin, eri tutkijoiden työn tuloksena ja myös projektin eri vaiheissa. Tässä julkaisussa on pyritty pääosin kuvailemaan yleisotteeseen. Erityisjulkaisuista lukija voi saada yksityiskohtaisempaa tietoa ja kapeammalla alueella syvemmälle menevää analyysiä ja tulosten tarkastelua. Mitään yhtä perimmäistä syytä suomalaisten korkeaan itsemurhakuolleisuuteen ei voida karkeasti yksinkertaistamatta esittää. On monta "syytä" tehdä itsemurha, ja myös monta tapaa nähdä itsemurha.

## 22.1 Kuva itsemurhasta

Itsemurhan taustalta löytyy monia useimmille itsemurhille yhteisiä piirteitä, mutta aina myös ainutlaatuisia yksilöllisiä tapahtumia, jotka eivät enää koskaan toistu. Kulttuuri ja sosiaalinen ympäristömme muokkaa toimintaamme ja antaa sille ulkoisen muodon. Myös sisäinen ympäristömme, sellaisena kuin se on biologisten tekijöiden osalta huonosti hallinnassamme, muodostaa omia paineitaan. Ulkoisen ja sisäisen ympäristön välissä on se yksilön mielen maailma, joka käsittelee tunteiden ja mielikuvien tasolla

### III Pohdinta

## 22 IMS-87 -projekti: yhteenvetoa, kokemuksia ja keskeisiä näkökohtia

Jouko Lönnqvist, Hillevi Aro, Mauri Marttunen

Itsemurha on Suomessa ongelma monessa mielessä. Se on kansanterveysongelma, koska itsemurha on yksi yleisimmistä nuoren aikuisväestön kuolinsyistä ja yleisin syy nuorten miesten kuolemaan. Nykyinen 1500 itsemurhaa vuodessa merkitsee 15 000 odotettavissa olevaa itsemurhaa 1990-luvulla, ellei muutosta saada aikaiseksi. Jokaista itsemurhaa kohden on yli kymmenkertainen määrä itsemurhayrityksiä, joista suurin osa ei johda koskaan kuolemaan, mutta joista kuitenkin osa muodostaa tulevien itsemurhien ydinjoukon. Itsetuhokäyttäytymisellä on myös aina oirearvoa ympäristölleen. Se ei kerro pelkästään yksilön pahoinvoinnista, vaan aina myös yksilön ja hänen ympäristönsä välisen suhteen häiriintymisestä. Muun muassa tästä syystä olisi hyödyllistä pysähtyä tarkastelemaan itsetuhokäyttäytymistä ja itsemurhaa myös yhteisön näkökulmasta.

Itsemurha on myös kansantaloudellinen ongelma. Vuosittain menetämme noin 30 000 työkäisen väestön odotettavissa olevaa aktiivista työvuotta. Vaikka puolet itsemurhan tehneistä onkin jo ajautunut työelämän ulkopuolelle enemmän tai vähemmän vieraantuneeksi yhteiskunnan jäseneksi, niin puolet itsemurhan tehneistä on ollut aktiivisesti työelämässä mukana loppuun asti.

Itsemurha on kuitenkin ennen kaikkea inhimillinen tragedia, jota lähes aina värittää epäonnistumisen ja syyllisyyden tunteet. Itsemurha on vain harvoin, jos koskaan, vapaan kansalaisen vapaaseen tahtoon perustuva seesteinen ratkaisu. Hyvä elämä ei näytä päättyvän hyvään kuolemaan itsemurhan avulla juuri koskaan.



ominaista tapaa selittää oman asiantuntemuksensa alaan kuuluvaa ilmiötä, kun taas selityksiä jäsentävät mallit ovat todennäköisesti kulttuurissamme laajemminkin jaettuina.

## Lähteet

1. *Geertz C.* The Interpretation of Cultures. New York: Basic Books, Inc., 1973.
2. *Geertz C.* Local Knowledge. Further Essays in Interpretive Anthropology. New York: Basic Books, Inc., 1983
3. *Holland D, Quinn N*, toim. Cultural models in language and thought. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
4. *Keesing R.* Models, "folk" and "cultural": paradigms regained? Teoksessa: Holland D, Quinn N, toim. Cultural models in language and thought. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
5. *Järvinen K.* Kulttuuriset mallit mielenterveystyöntekijöiden itsemurhaselityksissä. Pro gradu-tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto, kulttuuriantropologian laitos, 1993.

seurata." Tällaisessa tilanteessa koko projektin lopettaminen voi vaikuttaa kiinnostavalta vaihtoehdolta: "alkaa rakastaa kuolemaa ja sitä mitä kuvittelee sen voivan antaa", "itsemurha tarjoaa ratkaisua."

Projektin - oman elämänsä - lopettamiseen päädytään huolellisten kannattavuuslaskelmien jälkeen: "tullut siihen tulokseen, että elämää ei kannata jatkaa", "voi itse päättää elämästään ja kuolemastaan, hän hallitsee ainakin tämän asian."

Edellisten lainausten avulla pyrittiin osoittamaan, että ihmisen elämä jäsentyy mielenterveystyöntekijöiden vastauksissa usein elämän suunnitteluun, rakentamiseen ja arviointiin liittyvinä skeemoina. Malli perustui ajatukselle, että jokainen ihminen rakentaa oman elämänsä itse - elämä ja se, mitä siitä tulee, on pitkälle annettu yksilön itsensä vastuulle.

## 21.4 Johtopäätöksiä

Mielenterveystyöntekijöiden itsemurhaselityksissä itsemurha nähtiin pitkälle yksilön valintana, jota perusteltiin oman mielen ja elämän hallintaan liittyvillä tekijöillä. Intrapsyykkiset tekijät olivat kaikilla ryhmillä - koulutuksesta tai työtehtävistä riippumatta - tärkein itsemurhia selittävä tekijä ja itsemurha nähtiin kiinteästi mielenterveyden alaan liittyvänä ongelmana. Selityksiä jäsentävät implisiittiset kulttuuriset mallit kertoivat oman elämän rakentamisesta, siitä kiinni pitämisestä, itsensä oikeuttamisesta ja taistelusta, jota edellisistä selviytyminen vaatii. Ne kertoivat myös umpikujasta, johon yksilö voi kaikesta yrittämisestään huolimatta joutua.

On kuitenkin syytä korostaa, että tutkimuksessa esitetyt selitykset ja mallit eivät tyhjentäneet mielenterveystyöntekijöiden käsityksiä itsemurhasta. On esimerkiksi huomattava, että vastausten lähtökohtana ollut kysymys "miksi" ei ohjannut vastaajia laajemmassa mittakaavassa pohtimaan itsemurhaan liittyviä eettisiä kysymyksiä.

Tutkimuksen tulokset ovatkin kiinnostavia ennen kaikkea kulttuurin ja osakulttuurien vertailun kontekstissa. Ne kertovat mielenterveystyöntekijöiden yhteisesti jakamasta kulttuurista: ilmitason selitykset ilmentävät mielenterveystyöntekijöiden osakulttuurille

elämässä ei voi vain "oleskella", vaan elämästä on pidettävä aktiivisesti kiinni - muuten vaarana on putoaminen elämän ulkopuolelle. Taistelumallissa nähtiin elämä monien vaarojen ja uhkien kenttänä, jossa ihminen on vaarassa joutua taisteluihin sisäisiä tai ulkoisia voimia vastaan. Umpikujamalli esitti, kuinka ihminen elämänsä tiellä joutuu umpikujaan ja mikä on tie ulos tällaisesta umpikujasta.

Seuraavassa otetaan esimerkiksi elämän rakentamisen malli ja havainnollistetaan, miten malli oli konstruoitu vastauksista.

Ensinnäkin ihmisellä on rakentamiseen tietyt resurssit, joiden rajoissa hänen on pystyttävä toimimaan. Tätä ilmaistiin mm. näin: "miten hyvin yksilö on kehityksensä myötä varustettu/varustautunut kestäväksi", "aina on kysymys siitä, minkälaiset ovat yksilön myötäsyntyiset resurssit sekä määrältään että laadultaan." Ihmisellä täytyy olla myös tietty käsitys siitä, mihin hän pyrkii. Ilman käsikirjoitusta, kuvaa tai suunnitelmaa on vaikea lähteä liikkeelle: "nuoret: vaikea päättää millaisen elämäntavan he haluavat rakentaa", "ei pysty järkevästi hahmottelemaan omaa elämänsä ja mahdollisuuksiaan." Oman persoonan ja elämän rakentamiseen liittyviä asioita kuvailtiin mm. näin: "ulkoiset kulissit ovat hienoiksi rakennettu", "identiteetti, joka on rakennettu menestymisen varaan."

Rakentamisvaiheessa voi ilmetä monenlaisia heikkouksia ja häiriöitä: "jostain syystä vintti menee pimeäksi", "kun psyykinen balanssi on pitkään horjunut, selviytymiskeinot ovat puutteelliset, eivätkä defenssit toimi." Häiriöiden johdosta elämän rakennustyö voi kokonaan keskeytyä: "kulissien rakoilu ja kaatuminen", "elämältä voi pudota pohja pois." Kun heikkouksia ilmenee, on selvítettävä, mistä ne johtuvat ja yritettävä korjata tilanne: "olosuhteita selvittämällä nähdään sairastumisen tai häiriösyntyn mielekkyys", "pohja heikko, kun sitä tutkitaan."

Korjausyritykset voivat kuitenkin johtaa uuteen epäonnistumiseen: "tavalliset sopeutumiskeinoyritykset eivät toimi normaalin tasapainon palauttamiseksi", "sosiaalisten normien raunioilta ei näytä löytyvän mitään mistä rakentaa uutta." Tässä tilanteessa ihmisen on pakko pohtia alkuperäistä kuvaa elämästään: "nyt tämä elämä ei mene minun piirustusteni mukaan", "elämän 'käsikirjoitus' on sotkeutunut tai sitä ei jakseta

ryhmillä oli vähiten kulttuuriselityksiä ja selityksiä, joissa itsemurha ymmärrettiin vahingoksi tai välineeksi jonkun muun asian saavuttamiseksi.

Kausaaliselityksille metatason muodostivat sellaiset selitykset tai lausunnot, joiden avulla omia vastauksia jäsennettiin tai arvioitiin. Esimerkiksi erilaisten kategorioiden avulla selitettiin toisaalta erilaisten itsemurhien syitä ja toisaalta jaettiin ihmisiä sen mukaan, mikä on heidän itsemurha-alttiutensa. Argumentit argumenteista olivat niitä kommentteja, joiden avulla vastaajat selittivät ja arvottivat omia vastauksiaan. Tavallista oli korostaa vastaamisen vaikeutta ja oman perspektiivin rajoittuneisuutta. Moraaliset argumentit pitivät sisällään itsemurhia puolustavia ja niitä vastustavia argumentteja - molempia samassa suhteessa - sekä keskustelua elämänarvoista.

Kvantitatiivinen analyysi osoitti, että erilainen koulutus ja erilaiset ammatilliset tehtävät eivät tuoneet esiin merkittäviä eroja mielenterveystyöntekijöiden tapoihin selittää itsemurhia ja niiden syitä. Aihepiirit, joista syitä etsittiin ja erilaisten selitysten suhteelliset määrät olivat lähes samat kaikilla ammattiryhmillä.

### 21.3 Kulttuuriset mallit itsemurhien selittämisessä

Tutkimuksen lähtökohtana oli ajatus, että omalta osaltaan myös mielenterveystyöntekijöiden vankkaan asiantuntemukseen pohjautuvat itsemurhaselitykset perustuvat tietyille saman kulttuurin piirissä itsestäänselvinä pidetyille oletuksille asioista ja niiden välisistä suhteista. Itsestäänselviä eivät siis välttämättä ole edellä esitetyt itsemurhien syyt, vaan ne skemaattiset tavat jäsentää ja tulkita todellisuutta, jotka näkyivät myös näissä selityksissä. Näistä jäsennyksistä syntyi laajempia kulttuurisia malleja, joiden esiintymistä mielenterveystyöntekijöiden itsemurhaselityksissä esitellään seuraavaksi.

Laajin ja yksityiskohtaisin, elämän rakentamisen malliksi nimetty malli, piti sisällään rakentamiseen liittyviä toimintoja, häiriöitä ja kuvasi sitä, kuinka rakentamisessa lopulta epäonnistutaan. Itsensä oikeuttamisen malliksi nimetyssä mallissa oli kysymys siitä, että ihmisen on ansaittava olemassaolonsa jollakin tavalla - elämiseen ei vielä riitä elämä sinänsä. Elämästä kiinni pitämisen malli puolestaan perustui sille oletukselle, että

Vastaajat jakautuivat lääneittäin siten, että kaksi kolmasosaa heistä työskenteli Uudenmaan, Hämeen sekä Turun ja Porin lääneissä. Loput jakautuivat melko tasaisesti Keski-Suomen, Kymen, Mikkelin, Oulun, Lapin, Pohjois-Karjalan ja Vaasan lääneihin. Kuopion ja Ahvenanmaan läänit eivät olleet edustettuina tutkimuksessa.

Vastaajista neljä viidesosaa (80.3 %) oli naisia ja yksi viidesosa (19.7 %) miehiä. Suurin ammattikunta olivat psykologit, joita oli lähes puolet otoksesta. Tähän ryhmään oli laskettu mukaan myös johtavat psykologit, vastaavat psykologit, nuorisopsykologit ja preventiopsykologit. Erikoissairaanhoidajat muodostivat seuraavaksi suurimman ammattiryhmän. He työskentelivät myös sosiaalihoitajan, osastonhoitajan, ylihoitajan, avohoidon ylihoitajan ja kotisairaanhoidajan ammattinimikkeillä. Kolmas ammattiryhmä olivat sosiaalityöntekijät, joiksi oli laskettu myös johtavat sosiaalityöntekijät ja sosiaalkuraattorit. Pienimmän ryhmän muodostivat erikoislääkärit ja psykiatrit, joita oli mukana vain viisi.

## 21.2 Itsemurhien selittäminen

Mielenterveystyöntekijät vastasivat siis kysymykseen "Miksi ihminen mielestäsi tekee itsemurhan?" Näin ollen on luonnollista, että kausaaliselitykset muodostivat vastausten rungon. Kausaaliselityksistä intrapsyykkiset selitykset korostuivat kaikkien ryhmien kohdalla voimakkaasti: niitä oli lähes sadalla prosentilla vastaajista ja ne muodostivat suurimman yksittäisen selitysryhmän. Intrapsyykkiset selitykset koskettelivat ihmisen psyykkistä kehityshistoriaa, psyykkisiä reaktioita erilaisiin elämäkokemuksiin ja -tilanteisiin sekä psyykkisiä sairauksia ja näiden kaikkien vaikutusta itsemurhaan johtavaan elämäntilanteeseen. Interpersoonalliseksi, eksistentiaalistiseksi ja ulkoiseksi nimettyjä selityksiä kaikki ammattiryhmät käyttivät seuraavaksi eniten. Interpersoonalliset eli ihmisten välisiin suhteisiin liittyvät selitykset kietoutuivat osaksi useita muita itsemurhaselityksiä ja olivat myös selitys sinänsä. Eksistentiaalistiseksi nimetyt selitykset koskivat suhtautumista omaan elämään: oman olemassaolon arviointia ja arvioinnin perusteella tehtäviä päätöksiä. Ulkoisia tekijöitä, jotka vastaajien mukaan voivat vaikuttaa ihmisen itsemurhapäätökseen ovat sairaudet ja toisaalta sosiaaliset tai yhteiskunnalliset tekijät, kuten työttömyys, asunnottomuus ja taloudelliset vaikeudet. Kaikilla

Kulttuuriset mallit kuvaavat sitä, mitkä asiat ovat tavallisesti yhteydessä toisiinsa, edeltävät tai seuraavat toisiaan. Ne kuvaavat sitä muotoa, jossa kulttuurisesti jaettu ilmenee yksilön tietorakenteissa. Kulttuuri näin ymmärrettynä jättää siis tilaa myös valinnoille ja vaihtoehtoisille konstruktioille, esimerkiksi koulutuksesta tai kokemuksesta johtuvien erilaisten selitystapojen valitsemiselle.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys muodostui teorioista ja malleista, jotka kuvaavat niitä kulttuurisen tiedon eri osa-alueista muodostuvia eritasoisia kehyksiä, joiden puitteissa asioita jäsennetään ja selitetään. Keskeinen käsite 'kulttuurinen malli' on syntynyt kognitiivisesti orientoituneiden antropologien, sosiaalipsykologien, psykologien ja lingvistien piirissä. Tutkimusaineiston analyysi tapahtui kahdessa osassa siten, että ensimmäisessä vaiheessa jäsennettiin ja kuvattiin aineisto ja toisessa vaiheessa rakennettiin kulttuurisia malleja aineiston pohjalta.

## 21.1 Tutkimusaineisto ja kyselyyn vastanneet mielenterveystoimistojen ja -keskusten työntekijät

Tutkimusaineisto koostui mielenterveystoimistojen ja mielenterveyskeskusten henkilöstöltä v. 1987 postitse kerätystä kyselylomakeaineistosta. Vastajat oli valittu itsemurhien ehkäisyprojektiin suorittamaan haastatteluja itsemurhan tehneiden omaisille. Ennen haastattelujen tekemistä mielenterveystyöntekijöille (N=247) postitettiin kyselylomake, jossa heidän näkemyksiään itsemurhista pyrittiin kartoittamaan seurantatutkimusta varten.<sup>2</sup> Psykologi Kirsti Palosen omaa tutkimusasetelmaansa varten suunnittelema lomake käsitti 13 sivua kysymyksiä. Analyysin pääasialliseksi kohteeksi valittiin kysymys "Miksi ihminen mielestäsi tekee itsemurhan?"

Kyselyyn vastasi kaiken kaikkiaan 241 mielenterveystyöntekijää (98 %). Tästä joukosta valittiin tutkimukseen ne 178 henkilöä, jotka työskentelivät mielenterveystoimistossa tai mielenterveyskeskuksessa. Kaikkien vastanneiden toimenkuvaa voidaan luonnehtia mielenterveystyöksi.

---

<sup>2</sup>Samantapainen kysely lähetettiin tälle samalle ryhmälle uudestaan v. 1989, kun itsemurhan tehneiden omaisten haastattelut oli saatettu loppuun.

## 21 Kulttuuriset mallit mielenterveys- työntekijöiden itsemurhaselityksissä

Katriina Järvinen

Mielenterveystyöntekijät ovat erityisryhmä, joka on päivittäin tekemisissä itsemurhaa ajattelevien tai sitä yrittäneiden ihmisten ja heidän omaistensa kanssa. Niinpä he joutuvat myös pohtimaan sitä vaikeaa kysymystä, miksi itsemurhia tehdään.

Tämä kysymys esitettiin vuonna 1987 mielenterveystyöntekijöille, jotka oli valittu IMS -87 -projektiin kenttätutkijoiksi. Tutkimuksessani analysoin mielenterveystyöntekijöiden tähän kysymykseen antamia vastauksia.

Tutkimuksen lähtökohtana oli ajatus, että myös asiantuntijoiden itsemurhaa koskevat käsitykset perustuvat tietyille saman kulttuurin piirissä itsestäänselvinä pidetyille oletuksille asioista ja niiden välisistä suhteista. Teoreettinen tietämys muodostaa vain osan siitä tieto- ja taitovarannosta, joka on tarpeen jokapäiväisessä kanssakäymisessä asiakkaiden ja kollegoiden kanssa - kokemus ja "terve järki" muodostavat vähintään yhtä tärkeän resurssin. Myös teoreettisesta tiedosta valikoituvat omiksi näkemyksiksi ne, jotka vaikuttavat kokemuksen ja terveen järjen valossa uskottavimmilta.

Tutkimuksen pääasiallisena kiinnostuksen kohteena oli siis jaettu kulttuurinen arkijärki<sup>1</sup> eli se, mikä mielenterveystyöntekijöiden itsemurhaselityksissä vaikuttaa meistä saman kulttuurin tuntijoista itsestäänselvältä. (1, 2). Itsestäänselviä eivät välttämättä ole itsemurhien syyt, vaan selityksissä ilmenevät laajemmat oletukset asioiden välisistä suhteista, syistä ja seurauksista. Tällaisia perustavanlaatuisia oletuksia ja niistä muodostuvia skemaattisia tapoja jäsentää ja tulkita todellisuutta kutsuttiin tutkimuksessa kulttuurisiksi malleiksi. (3, 4).

---

<sup>1</sup>Antropologisessa keskustelussa arkikielen 'terveen järjen' sijasta käytetään vähemmän arvottavaa termiä 'arkijärki'.

nen väline. Rajan ylittäminen on kommunikaation tehtävä, ja toisaalta kommunikaatioprosessissa syntyy uusia rajoja. Kuolema, itsemurha ja itse ovat sinänsä rajoja samoin kuin sanatkin. Koko tutkimuksemme keskeinen teema on kirjoittajan kuvaaminen kuolemisprosessinsa subjektina ja objektina. Niin myös tässä artikkelissa viestit kertovat kirjoittavista naisista, joiden kaottiset kokemukset ja autonomian puute kuvaavat kaaosta; kuolemista, johon kirjoittajan täytyy saada rajat voidakseen säilyttää edes jotain subjektiviteetistaan. Tästä näkökulmasta juuri kuolema muodostaa tarvittavan rajan, ja itsemurhaviestit edustaa ristiriitaista dokumenttia elämän ja kuoleman välisen rajan ylittämisestä.

Tutkimushankkeen jatko koostuu teemoista, jotka liittyvät ennen kaikkea sukupuoleen ja sukupuolieroon. Miesten viestien analyysi on meneillään. Niiden tutkimisen jälkeen meillä on mahdollisuus verrata sukupuolia keskenään ja voimme kuvata sitä, mikä on naisille ja miehille ominaista itsemurhan kokemuksissa.

## Lähteet

1. *Austin J.* How to do things with words. Oxford: Clarendon Press, 1962.
2. *Searle J.* Indirect Speech Acts. Teoksessa: Cole P, Morgan JL, toim. Syntax and Semantics. New York: Academic Press, 1975.
3. *Shneidman E.* Voices of Death. New York: Harper & Row, 1980.
4. *Lester D.* Why people kill themselves? Illinois: Charles Thomas Publ., 1983.
5. *Utriainen T, Honkasalo M-L.* Nainen kuolemisensa kirjoittajana. *Psykologia* 1991;26:252-261.
6. *Honkasalo M-L, Utriainen T.* Kuoleamalla kuolemista vastaan - abjekti ja kuoleman metaforat naisten itsemurhaviesteissä. *Psykologia* 1992;27:196-207.
7. *Utriainen T, Honkasalo M-L.* Boundaries in women's suicide notes. *Acta Semiotica Fennica* 1993;2. (painossa)
8. *Honkasalo M-L, Utriainen T.* The last letter - women and death in the writing process (lähetetty julkaistavaksi)
9. *Kristeva J.* Powers of Horror. New York: Columbia University Press, 1982.
10. *Freud S.* Das Unheimlich. 1919.



Ensimmäisessä artikkelissa "Nainen kuolemisensa kirjoittajana" aineistomme ovat naisten lyhyet viestit, joita oli vajaa kolmekymmentä. Lyhyys on määritelty formulanomaisuudeksi; lyhyellä tarkoitamme tekstiä, jossa toistuvat tavallisimmat ilmaisut. Päämielenkiintomme on subjektin rakenteessa häilyvän ei-subjektin ja toisaalta tiiviitä merkityksiä luovan testamenttia kirjoittavan subjektin välillä. Huolimatta viestien niukkasanaisuudesta subjektin liikkuva rakenne on teksteissä tavoitettavissa. Subjekti on hajoava kuolija, elämästään luopuva kirjoittaja, mutta myös kuolemanrituaalin suorittaja ja samalla itsemurhateon kohde. Naiset kirjoittavat läheisilleen, he rajaavat palkkatyön maailman viestien ulkopuolelle ja viestien saajat ovat perheen tai suvun piirissä. Keskeinen sisältö rakentuu huolehtimisen, itsen (ja omaisuuden) jakamisen, koston ja anteeksipyyntöön teemoihin.

Toisessa artikkelissa "Kuolemalla kuolemista vastaan" analysoimme sitä, miksi naiset kirjoittavat epätäydellisen lauseen "en jaksanut enää" ja kysymme, mitä he eivät jaksaneet. Artikkelissa keskitymme kommunikaatioon, joka on enemmän itselle kuin muille suuntautunutta. Aineistona ovat pitkät, kirjeenomaiset viestit ja teoreettisena lähtökohtana on kielen- ja kirjallisuudentutkijan ja psykoanalyytikon Julia Kristevan teoria abjektista (6). Abjektilla Kristeva tarkoittaa subjektin ja objektin välissä olevaa "nimetöntä väljäsentä", outoa ja kammottavaa (9), jonka kohdatessaan subjekti kohtaa myös merkityksenantonsa rajat. Abjekti on puutteen ainoa signifioitu. Antropologisesti ymmärrettynä abjekti on se likainen ja poistyonnettävä, jota työstetään useiden kulttuurien puhdistautumisrituaaleissa, jotta pyhä ja puhdas voitaisiin konstituoida kulttuurisesti. Itsemurhaviesteissä abjektin käsitteen kautta voidaan analysoida sitä, mitä ei enää voi jaksaa; itsemurhaprosessin jossakin vaiheessa hylätyksituleminen, sairaus, vanheneminen tai työttömyys merkitsee sellaista elämää sisältänäivertävää prosessia, että kirjoittajan on mahdotonta kokea itseään merkityksiä antavana subjektina; viesteissä kirjoitetaan, siitä että kuolema - abjektin leikkaaminen irti itsestä - on ainoa mahdollisuus itseyden säilyttämiseen. Kuolemametaforien kautta olemme analysoineet itsemurhaviestien kirjoittajien kuolemalleen antamia merkityksiä.

Kolmannessa artikkelissamme "Boundaries in women's suicide notes" olemme tutkineet, miten naiset representoivat kuolemaansa kirjoittaessaan itsemurhaviestään. Olemme lähteneet siitä, että kommunikaation tutkimisessa rajan käsite on keskeinen metodologi-

## 20 Semioottinen näkökulma itsemurhaviesteihin

Marja-Liisa Honkasalo ja Terhi Utriainen

### Semioottinen näkökulma itsemurhaviesteihin

Tutkimushankkeen tarkoituksena on kuvata tekstitutkimuksen keinoin kirjoittavaa subjektia ja hänen kokemusmaailmaansa, viestin kirjoittajan ja vastaanottajan välistä kommunikaatiota, kirjoittajan kieltä sekä keskeistä kuoleman - ja elämän - metaforiikkaa. Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat pohjautuvat kulttuuriantropologian, semiotiikan ja soveltavan psykoanalyysin käsitteisiin. Analyysitapa on tekstuaalinen; viestit on ymmärretty teksteinä ja keskeinen mielenkiinto on ollut subjektin rakenteessa sekä viestien kommunikatiivisuudessa; kuka kirjoittaa ja keille kirjoitetaan?

Itsemurhaviestien tutkimuksen jäsentävä metodinen perusajatus on se, että itsemurhaviestit ovat kirjoitusta ja puhetta; kieltä, joka on osa itsemurhan tekoa, sen verbaalinen aines. Tämä lähtökohta perustuu kielifilosofiseen ns. puheaktien teoriaan, jossa puheen ei katsota viittaavan sen takana olevaan todellisuuteen, vaan se on toimintaa sinänsä (1). Tässä suhteessa tutkimuksemme eroaa aikaisemmasta itsemurhaviesteistä laaditusta tutkimuksesta, jossa viestin on oletettu dokumentoivan kirjoittajan mielensisäistä todellisuutta, viittaavan siihen ja jopa antavan avaimia teon motiivien ymmärtämiseen (4).

Tutkimushanke on jatkunut vuodesta 1990. Tutkimusaineistona on käytetty IMS-87 projektin puitteissa kerättyjä naisten ja miesten itsemurhaviestejä, ja toistaiseksi ovat valmistuneet vasta naisten viestien osuutta käsittelevät työt (5). Koska tutkimus on kesken, esittelemme tässä raportissa kolmen artikkelimme keskeiset näkökulmat sekä suunnitelmamme hankkeen etenemisestä.

15. *Sosiaali- ja terveyshallitus*. Itsemurhan voi ehkäistä. Itsemurhien ehkäisyn tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus, 1992.

### *19.3.3 Keskeisten henkilöiden huomioon ottaminen*

Huoli toisista oli selkeä yhteinen piirre viesteissä. Viestijälle tärkeiden henkilöiden huomioon ottaminen ja rohkaisu koski erityisesti lasten ja joissakin tapauksissa vanhempien tai isovanhempien hoitovastuun yksipuolista luovuttamista läheisille. Vastuu delegoitiin joko lapselle itselleen tai - vanhempien osalta aina - jollekin luotettavalle ydinverkon jäsenelle, kuten vetoomuksesta entiselle aviomiehelle ilmenee: "Olet isä ja paras henkilö kasvattamaan lapset".

Vastuun delegoinnissa yhtyivät käytännölliset ohjeet ja emotionaalinen tuki. Käytännölliset ohjeet ilmaistiin yhdessä rakkauden, kiitollisuuden ja anteeksipyyntöä kanssa lupauksin rukoilla rakkaiden puolesta. Vetoomukset huolenpidon tarpeesta ilmaistiin usein myös etäisemmälle sosiaaliselle verkolle.

Millaista rohkaisua tärkeät henkilöt saivat? Vastaanottajan kannalta jokainen kirjallinen ilmaisu esimerkiksi "Näkemiin" on merkittävä. Kuitenkin vasta viestijän ja vastaanottajan suhteen laatu lienee antanut viestille sen erityismerkityksen. Suurin osa rohkaisevista viesteistä sisälsi myönteisen huolenpidon vastaanottajan tulevaisuudesta, kuten "Voi hyvin, terveiset". Äidin rohkaisevat toivotukset lapselle sisälsivät rakkauden ja kiintymyksen osoituksia; lapset eivät koskaan saaneet neutraalia tervehdystä "terveiset". Kumppanin tervehdykset vaihtelivat hiljaisesta rohkaisusta "Rakastan sinua, menestystä!" tuskaiseen rakkaudentunnustuksen toistoon. Etäisemmän sosiaalisen verkon rohkaisut olivat neutraaleja terveisiä.

Korjaava asenne suhteessa tärkeisiin henkilöihin näytti ilmenevän useissa tyytymättömissä tai ristiriitaisissa rakkaus-viha -suhteissa. Viestijän yritykset syyttää tai muuttaa kumppanin tai vanhempien vastenmielistä käyttäytymistä ilmenivät avoimena tyytymättömyytenä tai vihana, muiston kieltämisenä kuoleman jälkeen ja vartiointina "tuolta ylhäältä käsin". Eräissä tapauksissa ilmeinen tyytymättömyys läheiseen suhteeseen näytti "kypsyvän" hyväksynnän suuntaan ongelman ratkaisuprosessin, lopullisen eron varmistamisen aikana. Ketkä saivat puolustusta ja tukea? Puolustus taas koski syytöntä "rakastettua kumppania", jolla "ei ollut mitään tekemistä teon kanssa". Hänet kirjoittaja oli kokenut itseään tukevaksi henkilöksi, joka ymmärsi viestijää. Sanoma, joka liittyi

Viestijän edessä ongelman selvittelyssään ja perusteluissaan, teon hyväksyttävyyden korostaminen kävi yhä ilmeisemmäksi.

Sanat kuolema, kuoleminen ja itsemurha olivat viesteissä harvinaisia. Vaikeneminen kuoleman syystä oli ilmeistä. "Olen mennyt rantaan. Äiti". Toive itsemurhan pitämisestä perheen sisäisenä asiana kuvastui niistä kirjeistä, joissa viestijä antaa ohjeet, ketä ja miten informoidaan ja ketä ei informoida. Itsemurhan rajoittaminen perhepiiriin ja salaaminen ympäröivältä yhteiskunnalta oli ilmaistu myös hautajaisjärjestelyissä.

Syylisyyksikysymystä käsiteltiin lukuisissa viesteissä. Äiti-lapsi -suhteessa syyllinen, "tämä on minun syyni", on äiti. Suhteessa etäisempään sosiaaliseen verkkoon syylisyyksikysymys osoittautuu yhdentekevämmäksi. Sen sijaan parisuhteessa syyllinen osapuoli on pikemminkin kumppani kuin kirjeen kirjoittaja, kumppanin " toinen nainen", tai nämä molemmat. Vanhempien ja sisarusten syylisyys näyttää joko kielletyltä tai peitetyltä, kuten "Mutta minähän rakastin teitä!". Eräät tärkeistä henkilöistä, erityisesti "rakastettu kumppani", on kirjattu syyttömiksi.

Kysymys mikä on oikein, mikä väärin nousee keskeiseksi aiheeksi kahdestakin syystä. Miten viestin saajat reagoivat kirjoitettuun "testamenttiin", johon heillä ei ole mahdollisuutta enää vastata tai kysyä lisäselvitystä? Voivatko viestit, joissa kirjoittaja äiti syyttää itseään ja samalla ilmaisee rakkauttaan lapsilleen ja kumppanilleen, synnyttää kärsimystä ja hämmennystä vastaanottajissaan? Voiko naisilla, joiden viestin sävy on ylitsevuotavan positiivinen, olla tarpeita, toiveita ja tunteita, jotka ovat viesteissä huolellisesti tukahdetut? Itsemurhaa yrittäneiden naisten tutkijat (13) ovat korostaneet perheväkivallan tutkimuksen priorisointia.

Viesteistä ilmenee myös pohdiskelu itsemurhan oikeutuksesta ja halusta kuitenkin säilyttää positiivinen muisto itsestään. Vaikuttavin auktoriteetti, joka voi antaa oikeuden katkaista oma elämä, oli eräiden itsemurhan tehneiden isoäitien mielestä Jumala. Oikeus itsemurhaan tietyissä olosuhteissa, kuten sairaudesta tai tuskasta johtuvassa sietämättömässä tilassa, näytti kätkeytyvän itsemurhan perusteluihin. Muutamissa harvoissa tapauksissa itsemurhan perustelu ilmaistiin henkilön vapaana valintana "Olen tehnyt itse päätökseni", tai yleisenä olemassaolon hyödyttömyytensä.

### *19.3.1 Sosiaalinen verkosto*

Itsemurhan tehneet naiset varmistivat viestin perillemenon kolmen sosiaalisen verkon kautta. Lukumääräisesti suurin ydinryhmä käsitti äiti-lapsi- ja lapsi-vanhemmat -suhteet sekä kumppanuussuhteet viestin kirjoittajan nykyisen tai entisen aviopuolison tai miespuolisen ystävän välillä. Edellistä etäisemmässä verkossa olivat harvalukuiset isoäidit, lapsenlapset, sisarukset ja kaukaisemmat sukulaiset sekä naispuoliset ystävät. Etäisimpään verkkoon kuuluivat harvat "kuka hyvänsä" -viestin löytäjät, kuten poliisi tai talonmies. Näiden kolmen verkon funktiot näyttivät olevan erilaisia. Ydinryhmän jäsenet olivat viestin suora kohde. Sama tärkeä viesti voitiin antaa tiedoksi tai käsiteltäväksi myös ydinryhmää etäisemmälle toiselle sosiaaliselle verkolle. "Kuka hyvänsä" -verkon tehtävänä oli ydinryhmän jäsenen informointi teosta.

Havaittu tehtäväjako on yhdensuuntainen aikaisempien tutkimustulosten kanssa: useimmiten itsemurhaviestit on kahden ihmisen välinen tapahtuma, joka viittaa toisilleen läheisten ihmisten välisiin itsetuhojännitteisiin (1).

Aineiston syvälinen tutkiminen on saattanut vahvistaa niitä vähäisiä havaintoja, jotka liittyvät viestinnän esteisiin. Tästä huolimatta ne eivät ole vailla kiinnostavuutta. Havainnoista puuttuvat viestit työtovereille, terveys- ja sosiaalipalvelun henkilöstölle ja muille virallisille tahoille sekä nuorten itsemurhan tehneiden naisten omaa sukupuolta oleville ystäville. Toisaalta vaikka ns. kolmannen henkilön, joko "rakastetun kumppanin" puolustelua tai "sen toisen naisen" syytelyä oli viestitty ydinryhmän jäsenille, jopa tätä etäisemmän ryhmän jäsenille, sanomaa ei ole suoraan lähetetty näille lukuisille "ulkopuolisille".

### *19.3.2 Muistossa säilyminen*

Viestijän toive tulla myönteisesti muistetuksi ja ymmärretyksi läheisten keskuudessa oli ilmeinen. Huolimatta viestijän subjektiivisesti ilmaisemasta mielentilastaan tai suhteestaan tärkeisiin ihmisiin, viesti sisälsi vähintään ohjeet siitä, ketä tuli informoida kuolemasta ja miten. Kuitenkin suurin osa viesteistä sisälsi enemmän informaatiota.

## Haastattelijat

## Uudenmaan lääni

Kirsti Ala-Outinen  
Liisa Antila  
Terttu Appelgren  
Helena Arinperä  
Kirsti Hakkarainen  
Mari-Leena Heinilä  
Irma Hokkanen  
Ulla Hongell  
Kirsti Hämäläinen  
Laura Hyvärinen  
Päivi Jokinen  
Kaija Josefsson  
Maila Kari-Liukkonen  
Tuovi Kivekäs  
Maarit Kivelä  
Hilkka Kokko  
Anja Kämppi  
Arja Lahti  
Maija Laine  
Pauli Lammi  
Heljä Lankinen  
Max Latvala  
Yrjö Lehvonen  
Maija Leinonen  
Helka Leppänen  
Paula Lestelä  
Johanna Liljavirta  
Hellevi Lindvall  
Anna-Liisa Linnala  
Raija Luoma  
Eija Malminen  
Elina Matikka  
Vappu Mattila  
Leena Merilehti  
Sinikka Mäkelä  
Allan Männistö  
Annele Nummelin  
Lena-Stina Nyström  
Johanna Onnismaa  
Pirjo Parkkinen  
David Parland  
Satu Prittinen  
Liisa Rantanen  
Ritva Rauhamaa  
Kaija Riuttamäki  
Soili Salminen  
Markku Salokari  
Anna-Liisa Saren  
Helena Sariola  
Anne Sarja

Helena Schöldström  
Pirjo Sikanen  
Riitta Skoglund  
Risto Skoglund  
Sinikka Talvinko  
Maj-Len Thun  
Ulla Tjeder  
Pirkko Tepponen  
Ritva Tolvanen  
Anna-Liisa Tuominen  
Kaarina Väisänen  
Marja Wich

## Ahvenanmaa

Christer Eriksson

## Turun ja Porin lääni

Heikki Aitalaakso  
Sirkka-Liisa Elovaara  
Katriina Heikkilä  
Eeva-Liisa Heikkonen  
Vieno Hemmälä  
Sisko Hukkanen  
Ann-Charlotte Kangas  
Pulmu Kari  
Eeva Karttunen  
Outi Ketola  
Kari Kinnunen  
Raija Kyttälä  
Mirja Laakso  
Elsa Leppänen  
Sirkka-Liisa Malmmlund  
Ulriika Mansoniemi  
Tarja Marjander  
Seija Matikka  
Pekka Metsätähti  
Päivi Mänki  
Kyllikki Nurkkala  
Yrsa Nylund  
Kaisa Pakkala  
Reijo Pehunen  
Pirkko Poijärvi  
Helena Rauta  
Ulla Renfors-Kauko  
Kari Reivonen  
Marja-Liisa Rimpi  
Berndt Sahlberg  
Maija Saleva  
Ritva Smolander  
Raili Takanen

Merja Tikka  
Pentti Tuimala  
Merja Tuomi  
Anna-Maija Vakko  
Soili Vesänen  
Kauko Wuorinen

## Hämeen lääni

Sirkka-Liisa Ahonen  
Eila Allt-Tuominen  
Merja Anttila  
Christina Christiansen  
Kristiina Eerola  
Eija Fick  
Marja-Leena Harsu  
Raimo Heinonen  
Eija Hintsanen  
Henriette Hämeenaho  
Anneli Hyvärinen  
Pirkko Joensuu  
Maria Juhaniila  
Katri Jänkä  
Sirkku Jäntti  
Elsa Kelola  
Seija Kemppi  
Juhani Keski-Jäntti  
Kari Kinnunen  
Marjatta Kiuttu  
Raija Koivusalo-Tuomi  
Ritva Koskinen  
Kaija Kujala  
Tuula Kurasto  
Mirja Laakso  
Liisa Lapinleimu  
Ulla Lareva  
Auli Lehtinen  
Kaarina Leinonen  
Arja Lepikkö  
Jaakko Maijala  
Liisa Merikanto  
Anna Metteri  
Pertti Muurinen  
Heli Mäkelä  
Päivi Mäntylä-Karppinen  
Pirjo Nenonen  
Anneli Numminen  
Matti Orava  
Eeva-Riitta Paavola  
Olavi Parvikko  
Pia Penttilä  
Arja Pesonen

Mirja Pirttijärvi  
Olavi Pursiainen  
Jouko Rajanti  
Maija-Liisa Repka  
Marja-Leena Rimpinen  
Soile Saija  
Maija Saleva  
Maija Salopolku  
Anneli Simonen  
Christina Talvenheimo  
Ulla Toivanen  
Pirjo Tuhkasaari  
Kerstin Tuomala  
Laila Uusitalo  
Liisa Vähälä

#### Kymen lääni

Raakel Heimilä  
Marita Hietala  
Esa Jyräs  
Jarmo Laine  
Lea Leinonen  
Kurt Muller  
Aila Muurinen-Hasu  
Tuula Raudasoja  
Ritva Salomaa  
Päivi Salonen  
Raija Vahteri  
Helena Walli  
Paavo Varpio

#### Mikkelin lääni

Maija Alho  
Kirsti Hakkarainen  
Pirjo Hartonen  
Juhani Heiska  
Maire Häkkinen  
Irma Juutistenaho  
Elsa Kelola  
Mervi Kontkanen  
Riitta Laine  
Anneli Laitinen  
Tuula Niinioja  
Pirjo Sikanen  
Leena Veiskola  
Timo Yli-Pihlaja

#### Pohjois-Karjalan lääni

Ella Aspelund  
Juha Elo  
Sisko Hukkanen  
Tuula Hynninen  
Esko Juppainen  
Leena Järveläinen  
Leena Kokkonen

Raija Ruuskanen  
Eeva-Liisa Turunen

#### Kuopion lääni

Jaana Föhr  
Irma Juutistenaho  
Veijo Korhonen  
Vesa Korpela  
Helena Kurru  
Kauko Leskinen  
Pirjo Saarinen

#### Keski-Suomen lääni

Seppo Anttonen  
Eino Friman  
Seppo Hakala  
Terttu Honkonen  
Helena Juutilainen  
Sylvia Lindberg  
Hannu Majava  
Seppo Mannila  
Marjo Mäkelä  
Jorma Mönkkönen  
Hannu Nousiainen  
Sylvia Nurmela  
Marja-Leena Ollikainen  
Matti Orava  
Pirjo Portimojärvi  
Ritva Ranta  
Anu Rasinkangas  
Sirkka Rekonen  
Paula Suomensalo  
Eila Tenhunen  
Sirkka-Liisa Viljakainen

#### Vaasan lääni

Esa Aromaa  
Ann-Christine Björkman  
Helena Haapalehto  
Tommi Hautaniemi  
Irja Helinko  
Erkki Lehtonen  
Matti Marttila  
Anna Metteri  
Paula Salminen  
Anna-Kaisa Suutala  
Hannele Takala  
Irma Tervonen  
Anne Viljanen

#### Oulun lääni

Seija Hauru  
Aune Heikkinen

Kalevi Härkönen  
Lea Iso-Möttönen  
Tuovi Jokela  
Sari Juurikka  
Päivi Jämsä  
Sirpa Karstinen  
Kaija Karttunen  
Marja-Liisa Karttunen  
Lea Kiiskilä  
Maija-Liisa Kitinoja  
Sisko Kuumola-Liimatta  
Seija Leppälä  
Risto Makkonen  
Pentti Marjasvaara  
Tuulikki Moilanen  
Martti Moilanen  
Anita Ovaskainen  
Aaro Pelkonen  
Päivi Pitkääho  
Soili Poijula  
Anni Reponen  
Pirkko Räsänen  
Sami Räsänen  
Irma Tervonen  
Anne Viljanen  
Leena Väisänen

#### Lapin lääni

Sirpa Ervast  
Kauko Haarakangas  
Pekka Harve  
Pertti Karhula  
Maisa Kela  
Anna-Liisa Leinola  
Antti Liikkanen  
Ilkka Rantalaiho  
Tapio Salo  
Marja-Leena Siitari  
Anja Sjöholm  
Vesa Suomalainen  
Auli Tuisku  
Kari Tuomala  
Kerstin Tuomala  
Timo Yliranta  
Vuokko Yliranta



## Itsemurhien ehkäisyn asiantuntijaryhmän jäsenet vuonna 1991

Matti Ruokola	pääjohtaja, lääkintöhallitus, puheenjohtaja
Vappu Taipale	pääjohtaja, sosiaali- ja terveyshallitus, varapuheenjohtaja
Pirkko Ekman	ylihoitaja, Jorvin sairaala
Martti Esko	pääsihteeri, Kirkon sairaalasielunhoidon keskus
Jarkko Eskola	osastopäällikkö, sosiaali- ja terveysministeriö, varapuheenjohtaja 28.5.1986 - 31.12.1990
Jussi Huttunen	ylijohdaja, Kansanterveyslaitos
Risto Jaakkola	kansliapäällikkö, Uudenmaan lääninhallitus
Aulikki Kananoja	osastopäällikkö, sosiaali- ja terveyshallitus
Kaj Koskela	kehittämispäällikkö, sosiaali- ja terveyshallitus
Esko Kärhä	ylilääkäri, Kunnallinen Eläkelaitos
Matti Lamberg	ylilääkäri, sosiaali- ja terveysministeriö
Ville Lehtinen	apulaisprofessori, Turun yliopistollinen keskussairaala, psykiatrian klinikka
Jouko Lönnqvist	tutkimusprofessori, Kansanterveyslaitos, projektinjohtaja
Liisa Meriläinen	ylitarkastaja, opetushallitus
Lasse Murto	toimitusjohtaja, A-klinikkasäätiö
Matti Nuutila	oikeuslääkäri, Keski-Suomen lääninhallitus
Kirsti Palonen	psykologi, Uudenmaan sairaanhoitopiiri, asiantuntijaryhmän sihteeri 28.5.1986 - 31.12.1990
Kari Pylkkänen	apulaisosastopäällikkö, lääkintöhallitus
Reijo Pöyhönen	ylitarkastaja, sisäasiainministeriö
Raimo Raitasalo	dosentti, Kansaneläkelaitos/sosiaaliturvan tutkimuslaitos
Jorma Sipilä	professori, Tampereen yliopisto
Sirpa Taskinen	va. kehittämispäällikkö, sosiaali- ja terveyshallitus
Kyösti Waris	psykologi, työsuojeluhallitus
Maila Upanne	ylitarkastaja, sosiaali- ja terveyshallitus, sihteeri

Helena Arinperä

tutkija, Kansanterveyslaitos, 1.8.1991 - sosiaali- ja terveyshallitus,  
sihteeri

*Lisäksi itsemurhien ehkäisyasiantuntijaryhmään ovat kuuluneet seuraavat henkilöt:*

Matti Bäckman

ylitarkastaja, sisäasiainministeriö, 28.5.1986 - 31.12.1988

Elisabeth Helander

tutkimusjohtaja, Suomen Akatemia, 28.5.1986 - 31.12.1988

Seppo Häyrynen

pääsihteeri, Kirkon sairaalasielunhoidon keskus, 10.12.1986 -  
29.4.1988

Kimmo Luomanmäki

osastonylilääkäri, Helsingin yliopistollinen keskussairaala  
28.5.1986 - 31.12.1988

Pirkko Poikonen

ylitarkastaja, kouluhallitus 22.3.1989 - 31.12.1990

Markku Sintonen

ylitarkastaja, sisäasiainministeriö 28.5.1986 - 18.12.1989

Harri Vertio

ylilääkäri, lääkintöhallitus 28.5.1986 - 31.12.1988

*Asiantuntijaryhmän työjaos 28.5.1986 - 31.12.1991*

Osastopäällikkö

Jarkko Eskola, puheenjohtaja

Tutkimusprofessori

Jouko Lönnqvist

Apulaisosastopäällikkö

Kari Pykkänen

Va. kehittämisspäällikkö

Sirpa Taskinen

Ylitarkastaja

Maila Upanne

Psykologi

Kirsti Palonen, sihteeri 28.5.1986 - 31.12.1989

Tutkija

Helena Arinperä, sihteeri 1.1.1990 - 31.12.1991

## Läänien projektiryhmät

### Uudenmaan lääni

puheenjohtaja

Risto Jaakkola

kansliapäällikkö, Uudenmaan lääninhallitus

varapuheenjohtaja,

alueprojektin johtaja

27.1.1987 - 1.4.1987

Pekka Kause	lääninlääkäri, Uudenmaan lääninhallitus, sosiaali- ja terveysosasto
sihteeri, alueprojektin johtaja 1.4.87 - Tuula Reijomaa	terveydenhuollon tarkastaja, Uudenmaan lääninhallitus, sosiaali- ja terveysosasto
jäsenet:	
Veikko Aalberg	vs. apulaisprofessori, Helsingin yliopisto, psykiatrian klinikka
Jukka Häivä	avohoidon ylilääkäri, Etelä-Suomen mielisairaanhuoltopiiri
Juhani Karkamo	lääninlääkäri, Uudenmaan lääninhallitus, sosiaali- ja terveysosasto 2.8.1988 -
Kaija Lähtenmäki	ylivoitaja, Helsingin terveysvirasto, koillinen suurpiiri, mielenterveysyksikkö
Esko Kärhä	ylilääkäri, Suomen mielenterveysseura
Mauri Marttunen	erikoislääkäri, Uudenmaan mielisairaanhuoltopiiri, Keravan nuorisopoliklinikka
Soili Salminen	psykologi, Helsingin kaupunki, ehkäisevä mielenterveysryhmä
Martti Tenhu	oikeuslääkäri, Uudenmaan lääninhallitus
Kari Tiittula	apulaispoliisitarkastaja, Uudenmaan lääninhallitus
Kyllikki Torkkel	toimistopäällikkö, Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto

*Uudenmaan mielisairaanhuoltojärjestelmän aluetyöryhmät*

puheenjohtaja, alueprojektin johtaja Juhani Solantaus	ylilääkäri, Uudenmaan mielisairaanhuoltopiiri
sihteeri Helena Arinperä	va. tutkimussihteeri, Uudenmaan mielisairaanhuoltopiiri
jäsenet:	
Rauno Helminen	osastonhoitaja, Uudenmaan mielisairaanhuoltopiiri, Kellokosken sairaala
Marja-Leena Laukkanen	sosiaalityöntekijä, Lohjan kaupungin sosiaalivirasto 3.11.1987 - 29.11.1988
Juha Leistola	vastaava sosiaaliterapeutti, Vantaan A-klinikkatoimi, Myyrmäen A-klinikka
Mauri Marttunen	erikoislääkäri, Uudenmaan mielisairaanhuoltopiiri, Keravan nuorisopoliklinikka 1.3.1988 -

Elina Matikka	sosiaalityöntekijä, Uudenmaan mielisairaanhoidopiiri, Lohjan mielenterveystoimisto 8.3.1989 -
Markku Nurmikari	terveyskeskuslääkäri, Nurmijärven terveyskeskus
Veli-Eino Nykänen	komisario, Hyvinkään nimismiespiiri, Hyvinkään poliisiasema
Seija Rautarinta - 2.6.1988, sen jälkeen Uudenmaan	psykologi, Vantaan terveyskeskuksen edustajana mielisairaanhoidopiiri, Hyvinkään mielenterveystoimisto 3.11.1987
Soili Siipola	ylihoitaja, Hyvinkään aluesairaala
Matti Särkkä	perheasiainneuvottelukeskukseen johtaja, Järvenpään, Keravan ja Tuusulan seurakuntien perheasiainneuvottelukeskus

***Etelä-Suomen mielisairaanhoidopiirin alueprojekti***

alueprojektin johtaja Jukka Häivä	avohoidon ylilääkäri, Espoon mielenterveyskeskus
sihteeri David Parland	vastaava psykologi, Espoon mielenterveyskeskus
jäsenet:	
Antero Alanen	vanhempi konstaapeli, Espoon nimismiespiiri
Klas Winell	apulaisylilääkäri, Kirkkonummen terveyskeskus
Arja Yliluoma	vs. päihdeasiain sihteeri, Espoon sosiaalivirasto

***Helsingin työryhmä***

puheenjohtaja, alueprojektin johtaja Sinikka Metsä-Simola	mielisairaanhoidon johtava lääkäri
sihteerit:	
Eija Malminen	psykologi, projektisihteeri
Pirjo Parkkinen	psykologi, projektisihteeri
jäsenet:	
Paul Kokko	väkivaltatoimiston johtaja, Helsingin rikospoliisi
Kaija Lähteenmäki	ylihoitaja, Koillinen suurpiiri, mielenterveysyksikkö
Hannu Penttinen	terveyskeskuslääkäri, Läntinen suurpiiri
Marianne Rikama	toimistopäällikkö, Eteläinen sosiaalikeskus

Juhani Vikkula ylilääkäri, Kaakkoinen ja Itäinen suurpiiri, mielenterveysyksikkö varajäsen

Aarre Riikonen rikosylikonstaapeli, Helsingin rikospoliisi

## **Turun ja Porin lääni**

puheenjohtaja 1986-1988  
Rauno Saari osastopäällikkö, Turun ja Porin lääninhallitus, sosiaali- ja terveysosasto

puheenjohtaja 1989-1990  
Pekka Paatero osastopäällikkö, Turun ja Porin lääninhallitus, sosiaali- ja terveysosasto

projektinjohtaja  
Antti Jääskeläinen oikeuslääkäri, Turun ja Porin lääninhallitus

sihteeri  
Märta Nieminen terveydenhuollon tarkastaja, Turun ja Porin lääninhallitus

### **jäsenet:**

Leo Heikkilä ylilääkäri, Vakka-Suomen mielisairaanhuoltoapiiri

Veikko Huolila johtava lääkäri, Varsinais-Suomen mielisairaanhuoltoapiiri

Raili Ikonen  
1986-87 vastaava lääkäri, Paraisten mielenterveystoimisto

Matti Joukamaa osastonlääkäri, Turun vankimielisairaala

Ritva Järvi johtava ylilääkäri, Turun mielisairaanhuoltoapiiri

Liisa Kallioinen psykiatrian erikoislääkäri, TYKS, psykiatrian klinikka

Pekka Kirstilä terveyskeskuslääkäri, Turun terveyskeskus

Markku Lehtinen sosiaalitarkastaja, Raision kaupunki

Rauno Marjamäki johtava ylihoitaja, Vakka-Suomen mielisairaanhuoltoapiiri

Kalevi Mäkelä johtava lääkäri, Länsi-Satakunnan mielisairaanhuoltoapiiri

Mauri Nordberg johtava ylihoitaja, Länsi-Satakunnan mielisairaanhuoltoapiiri

Matti Nyström rikospoliisilinjan johtaja, Turun poliisilaitos

Paavo Pitkänen Turun A-klinikkatoimen johtaja, Turun A-klinikka

Erkki Ritola johtava lääkäri, Itä-Satakunnan mielisairaanhuoltoapiiri

Berndt Sahlberg psykologi, Paraisten mielenterveystoimisto

Pentti Seppälä dosentti, Turun yliopistollinen keskussairaala, sisätautien klinikka

## **Hämeen lääni**

projektin johtaja  
Pauli Paukkonen

ylilääkäri

puheenjohtaja  
Esa Ellala

osastopäällikkö

jäsenet:

Eero Arasalo

apulaispoliisitarkastaja, Hämeen lääninhallitus

Kaisa Arola

terveydenhuollon tarkastaja, projektisihteeri, Hämeen lääninhallitus

Juhani Keski-Säntti

ylilääkäri, Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri

Rauno Lehto

ylilääkäri, Kanta-Hämeen keskussairaalapiiri

Riitta Mikkola

kirkkoherra, Kulmalahden seurakunta

Arja Partanen-Talsta

oikeuslääkäri, Hämeen lääninhallitus

Tuula Ripatti

vt. apulaisosastopäällikkö, Sosiaalivirasto

Taisto Silvennoinen

vastaava sosiaaliterapeutti, Tampereen A-klinikka

Pentti Sorri

ylilääkäri, Tampereen yliopistollinen keskussairaalapiiri

Anna-Liisa Tulokas

johtava ylihoitaja, Lahden terveyskeskus

### ***Kanta-Häme***

alueprojektin johtaja  
Rauno Lehto

avohoidon ylilääkäri, Etelä-Hämeen mielisairaanhuoltopiiri

sihteeri  
Saija Niemi

Etelä-Hämeen mielisairaanhuoltopiiri

jäsenet:

Pauli Hämeenaho

osastonlääkäri, Kanta-Hämeen keskussairaala

Matti Hämäläinen

A-klinikan johtaja, Hämeenlinna

Terho Jokinen

poliisimestari, Hämeenlinna

Kyösti Kaksonen

johtava ylilääkäri, Hämeenlinnan seudun kansanterveystyön kuntainliitto

Leila Kangasniemi

osastopäällikkö, Hämeenlinnan sosiaalivirasto

### ***Päijät-Häme***

alueprojektin johtaja  
Juhani Keski-Säntti

psykiatrian ylilääkäri, Päijät-Hämeen keskussairaala

jäsenet:

Hannu Hyvärinen

johtava ylilääkäri, Lahden terveystakeskus

Heikki Mättö

johtava lääkäri, Päijät-Hämeen mielisairaanhuoltoapiiri

Aimo Ojanen

ylikomisario, Lahden poliisilaitos

Anna-Liisa Tulokas

johtava hoitaja, Lahden terveystakeskus

Pekka Wirta

sosiaalijohtaja, Lahden sosiaalivirasto

### ***TAYKS-piiri***

alueprojektin johtaja  
Pentti Sorri

psykiatrian ylilääkäri, Tampereen yliopistollinen keskussairaala

sihteeri  
Anna Metteri

sosiaalityöntekijä, Tampereen yliopistollinen keskussairaala

jäsenet:

Tapio Eronen

sosiaalijohtaja, Tampereen sosiaalikeskus

Matti Jäntti

oikeuslääkäri, Hämeen lääninhallitus

Antti Mäkimattila

avohoidon ylilääkäri, Pohjois-Hämeen mielisairaanhuoltoapiiri

Jyrki Pennanen

johtaja, Pirkanmaan kasvatus- ja perheneuvola

Timo Pitkälä

johtava ylilääkäri, Tampereen terveystakeskus

Sinikka Kyrönpalo-  
Kauppinen

vt. johtava ylilääkäri, Tampereen terveystakeskus

Risto Äijälä

osastopäällikkö, Tampereen poliisilaitos

### **Kymen lääni**

puheenjohtaja  
Kari Hassinen

osastopäällikkö, Kymen lääninhallitus  
1.8.1989 alkaen Kymenlaakson sairaanhoitopiirin johtaja

projektinjohtaja  
Tuula Raudasoja

psykologi, Kouvola

sihteeri  
Marja-Leena Bergh

terveydenhuollontarkastaja, Kymen lääninhallitus

jäsenet:

Wilhelm Ehrnrooth	oikeuslääkäri, Kymen lääninhallitus
Markus Pulkkinen	johtava lääkäri, Rauhan sairaala
Jaakko Riippa	ylilääkäri, Etelä-Saimaan keskussairaala
Reino Toots	psykologi, Kouvolan-Valkealan terveyskeskus
Marja Virkki	sosiaalityöntekijä, Imatran sosiaali- ja terveysvirasto
Hannu Purhonen	pastori, Kouvolan seurakunta
Tapio Saami	komisario, Kymen lääninhallitus
Pekka Jokinen	lääkinlääkäri, Kymen lääninhallitus 1.10.1989 alkaen osastopäällikkö, Kymen lääninhallitus

### **Mikkelin lääni**

puheenjohtaja 18.1.1988 asti Vesa Partanen	ylitarkastaja, Mikkelin lääninhallitus
puheenjohtaja 18.1.1988 alkaen Iiris Hyytinen	ylitarkastaja, Mikkelin lääninhallitus
projektinjohtaja Pentti Heikkilä	avohoidon ylilääkäri, Etelä-Savon mielisairaanhoidon kuntainliitto
sihteerit:	
Anja Rantala	projektisihteeri, Mikkelin mielenterveyskeskus
Maija Alho	psykologi
jäsenet:	
Kari Ojala	oikeuslääkäri, Mikkelin lääninhallitus
Tapani Lyyra	lääkinlääkäri, Mikkelin lääninhallitus
Risto Venäläinen	komisario, Mikkelin lääninhallitus
Henrik Sanmark	sosiaalisihteeri, Mikkelin maalaiskunta
Ritva-Liisa Siegfried	sosiaalihoitaja, Mikkelin seudun kansanterveystyön kuntainliitto
Teuvo Ahtinen	perheneuvoja, perheasiainneuvottelukeskus



## **Pohjois-Karjalan lääni**

puheenjohtaja  
Ismo Helenius

osastopäällikkö, Pohjois-Karjalan lääninhallitus, sosiaali- ja terveysosasto

projektinjohtaja  
Tuula Hynninen

psykologi, Joensuun mielenterveystoimisto

sihteerit:

Pertti Puhakka

lääninlääkäri

Sirpa Salo

terveydenhuollon tarkastaja, Pohjois-Karjalan lääninhallitus

Riitta Kangas

vs. terveydenhuollon tarkastaja, Pohjois-Karjalan lääninhallitus

jäsenet:

Matti Apo

johtava lääkäri, Paiholan sairaala

Erkki Asikainen

sosiaalijohtaja, Joensuu

Erkki Haavisto

johtava lääkäri, Joensuun mielenterveystoimisto

Risto Jukola

johtava lääkäri, Lieksan terveyskeskus

Eero Keskinen

ylilääkäri, Pohjois-Karjalan keskussairaala

Raimo Mustonen

läninkomisario, Pohjois-Karjalan lääninhallitus

Erkki Tiainen

vt. oikeuslääkäri, Pohjois-Karjalan lääninhallitus

## **Kuopion lääni**

puheenjohtaja  
Kari Karkola

oikeuslääkäri, Kuopion lääninhallitus

projektin johtaja,  
puheenjohtajan sijainen  
1.7. - 31.12.1988  
Pirjo Saarinen

psykiatrian erikoislääkäri, Kuopion yliopisto

jäsenet:

Matti Halinen

ylilääkäri, Kuopion yliopistollinen keskussairaala

Juha Heino

johtava lääkäri, Siilinjärven ja Maaningan kansanterveystyön kuntainliitto

Irma Juutistenaho

sosiaaliterapeutti, Kuopion kaupunki

Raija Kaukonen

kasvatus- ja perheneuvolan johtaja, Kuopion kaupunki

Vesa Korpela

vt. osastonlääkäri, Harjamäen sairaalan kuntainliitto

Niilo Pietarinen

komisario, Siilinjärven nimismiespiiri

## **Keski-Suomen lääni**

puheenjohtaja  
Markku Jokela

osastopäällikkö

projektin johtaja  
29.9.1986 - 1.7.1989  
Pauli Poutanen

johtava lääkäri

projektin johtaja  
2.7.1989 alkaen  
Timo Männikkö

johtava lääkäri

sihteeri  
Jorma Mönkkönen

psykologi

jäsenet:

Aimo Hirsiaho

sosiaalitarkastaja

Kari Jokinen

ylilääkäri

Risto Lampela

apulaispoliisitarkastaja

Matti Nuutila

oikeuslääkäri

Jorma Takala

johtava lääkäri

## **Vaasan lääni**

puheenjohtaja  
Marketta Jungner

vs. osastopäällikkö

projektin johtaja ja  
sihteeri  
Maija-Liisa Ijäs

terveydenhuollon tarkastaja

jäsenet:

Jouko Antti

lääninlääkäri

Pirjo Lehmusto  
syksystä 1988 lähtien

tarkastaja

Matti Marttila

ylilääkäri, Etelä-Pohjanmaan keskussairaala

Väinö Pirttipera  
22.2.1988 asti

avohoidon ylilääkäri, Vaasan sairaanhoitopiiri

Orvokki Rintala

sosiaalityöntekijä, Lapuanseudun kasvatusneuvola

Simo Sillanpää	poliisitarkastaja
Hilkka Sundqvist	sosiaalityöntekijä, Vaasan sosiaalivirasto
Kaija Tuuri 31.7.1988 asti	psykologi, Kyrönmaan terveyskeskus
asiantuntijat:	
Irene Suorsa 31.10.1897 asti	ylilääkäri, Keski-Pohjanmaan keskussairaala
Birgitta Smeds	ylilääkäri, Huutoniemen sairaala

## Oulun lääni

puheenjohtaja Jouko Mäkelä	osastopäällikkö
varapuheenjohtaja Pekka Saukko	oikeuslääkäri
Marja-Leena Kortelainen	vs. oikeuslääkäri
projektin johtaja Erkki Väisänen	apulaisprofessori
sihteeri Eila Kyllönen 1.11.1987	toimistotyöntekijä
jäsenet:	
Marjatta Blanco Sequeiros	lääninlääkäri
Hannu Pajunpää	vs. lääninlääkäri
Lea Hiltunen	tarkastaja
Marja-Liisa Karttunen	psykologi
Vilho Kauppila 1.10.1987 asti	poliisitarkastaja
Erkki Haikola 1.10.1987 alkaen	poliisitarkastaja
Leo Pakka	psykologi
Paavo Tolonen	ylilääkäri
Ilkka Winblad	johtava lääkäri
Sirkka Ylikopsa	osastopäällikkö

## Lapin lääni

puheenjohtaja  
Leena Soininen

lääninlääkäri

projektin johtaja  
Antti Liikkanen

ylilääkäri

sihteerit:

Nina Härkönen  
1.4. - 31.7.1987

Hannele Pylvänäinen  
24.8.1987 - 29.2.1988

Tarja Särkkä  
1.3. - 28.4.1988

Juha Uusivirta  
3.5. - 2.11.1988

Tuula Tuisku  
2.1. - 10.11.1989

erikoissairaanhoitaja

jäsenet:

Risto Harpela

läänin sosiaalitarkastaja

Jorma Hirvonen

professori

Jyrki Keränen

johtava lääkäri

Tapio Koskinen

sosiaalijohtaja

Jorma Laitinen

ylilääkäri

Anja Sjöholm

psykologi

Pertti Karhula  
1.8.1988 alkaen

avohoidon ylilääkäri

Tuula Lipponen

terveydenhuollon tarkastaja

Markku Oinaala

terveyskeskuksen johtava lääkäri

Ilkka Rantalaiho

psykologi

Reijo Ruissalo

komisario

Maisa Kela  
31.8.1988 saakka

psykologi

1.9.1988 alkaen  
Kari Tuomala

sairaalapsykologi

1.	Ohjeet tutkimuksen suorittamisesta .....	198
2.	Poliisitutkintatiedot .....	210
3.	Omaisten ja läheisten haastattelu .....	210
3.1	Itsemurhaproessin kartoittaminen .....	210
3.2	Arkielämää koskevat tiedot .....	211
3.3	Elämänmuutoskysely .....	216
3.4	Päihteiden käyttö .....	217
3.5	Perhetekijät .....	218
3.6	Omaisten ja läheisten tilanne kuolemantapauksen jälkeen .....	219
3.7	Taustatiedot haastattelusta .....	221
4.	Sairauskertomuksista kerättävät tiedot .....	221
5.	Hoitaneiden henkilöiden haastattelut .....	222
5.1	Kysymykset itsemurhan tehneen potilaan/asiakkaan hoidosta pääasiallisessa hoitovastuussa viimeisen vuoden aikana olleelle hoitavalle henkilölle .....	222
5.2	Psykososiaalisten oireiden, rasitetekijöiden sekä toimintakyvyn arviointi .....	225
5.3	Kysymykset itsemurhan tehneen henkilön viimeksi tavanneelle hoito- tai muun palvelujärjestelmän työntekijälle .....	228

# Ohjeet tutkimuksen suorittamisesta

## Yleistä

### 1. Tutkimusprojektin tarkoitus

Itsemurhat Suomessa 1987 -tutkimusprojekti (IMS-87 -projekti) liittyy Itsemurhien ehkäisyprojektiin, jonka tavoitteena on alentaa Suomen itsemurhakuolleisuutta siten, että se on 20 itsemurhaa 100.000 asukasta kohden vuonna 1995. IMS-87 -projektissa pyritään keräämään sellaista tietoa, jonka pohjalta pystytään tekemään johtopäätöksiä siitä, millä tavoin itsemurhien ehkäisyprojektin päätavoite on saavutettavissa.

### 2. Aineisto ja menetelmät

Projektin aineisto kerätään niistä kuolemantapauksista aikavälillä 1.4.1987 - 31.3.1988, jotka oikeuslääkäri on luokitellut itsemurhiksi tai epäselviksi kuolemantapauksiksi, joissa itsemurha on mahdollinen.

Projektin aikana kertyy seuraavanlainen aineisto:

1. Lainmukaisen kuolemansyy selvityksen yhteydessä
  - vapaamuotoinen poliisitutkintapöytäkirja
  - poliisin tekemä S-ilmoitus oikeuslääkärille
  - liitteenä vainajan mahdollisesti jättämä viesti
  - liitelomake, jonka poliisi täyttää projektin aikana
  - poliisin saamat muut asiakirjat, esimerkiksi lääkärin lähete ruumiinavaukseen ja sairauskertomukset
2. Oikeuslääkärin kirjoittama ruumiinavauspöytäkirja ja lausunto
3. Helsingin yliopiston oikeuslääketieteen laitoksen oikeuskemian osaston tekemä alkoholi-, lääkeaine- ja huumemääritys sekä Kansanterveyslaitoksen tekemä HIV-määritys
4. Vainajan omaiselta tai muulta läheiseltä saatu tieto, jonka projektin kenttätutkijat keräävät lomakehaastattelulta ja joka sisältää seuraavia osia:
  - itsemurhaprosessin kartoittaminen
  - arkielämää koskevat tiedot (työelämä, ajankäyttö, sosiaalinen vuorovaikutus, henkilökuvia, talous, asuminen, muuttohistoria)
  - elämänmuutoksia
  - päihteiden käyttö
  - perhetekijät
  - omaisten ja läheisten tilanne kuolemantapauksen jälkeen
5. Mahdolliset sairauskertomustiedot ja muut asiakirjatiedot

6. Viimeisen elinvuotensa aikana hoitosuhteessa olleiden vainajien osalta pääasiallisessa hoitovastuussa olleelta henkilöltä saatu tieto, jonka projektin kenttätutkijat keräävät lomakehaastattelulla ja joka sisältää seuraavia osia:
  - hoitoon hakeutuminen
  - ongelmien ilmeneminen hoidon aikana
  - hoidon sisältö
  - hoidon vaikutukset
  - potilaan/asiakkaan suhtautuminen hoitoon
  - hoitava henkilö ja itsemurha
  - psykososiaalisten oireiden, rasitetekijöiden sekä toimintakyvyn arviointi
7. Viimeisen elinvuotensa aikana tiettyihin palvelujärjestelmiin yhteyttä ottaneiden vainajien osalta vainajan viimeksi tavanneen hoito- tai muun palvelujärjestelmän työntekijän antama tieto, jonka projektin kenttätutkijat keräävät lomakehaastattelulla
8. Läänien projektiryhmien laatimat tapausselostukset, jotka sisältävät yhteenvedot kyseisestä itsemurhasta sekä johtopäätökset ehkäisymahdollisuuksista

### 3. Tiedonkulku projektissa

Poliisi työskentelee tavanomaisen aikataulunsa mukaan, jolloin useimmat tapaukset siirtyvät oikeuslääkärille viikon sisällä kuolemasta. Joissakin harvinaisissa tapauksissa poliisitutkimukset saattavat kuitenkin kestää useita viikkoja. Oikeuslääkäri siirtää tiedot projektinjohtajalle tai muulle läänikohtaisesti nimetylle henkilölle oikeuskemiallisten tutkimustulosten saavuttua tai joka tapauksessa ennen kuin toinen kuukausi kuolemasta on kulunut loppuun. Kenttätutkija saa kertyneen materiaalin projektinjohtajalta tai muulta läänikohtaisesti nimetyltä henkilöltä. Haastattelut ja muu tiedonkeruu suoritetaan tämän jälkeen siten, että koko aineisto voidaan siirtää läänin projektiryhmän käsittelyyn kolmen kuukauden sisällä kuolemasta. Läänin projektiryhmän käsittelyn jälkeen asiakirjat siirtyvät tallennettaviksi Kansanterveyslaitokselle.

### 4. Eri läänien yhteistyö projektissa

Itsemurhan analyysin kokonaisvastuu on asianomaisen henkilön asuinpaikasta riippumatta sillä läänillä, jossa henkilö on ollut kirjoilla. Vainajan lähin omainen, jolta joudutaan pyytämään jäljempänä esitetyllä tavalla suostumus haastattelujen tekemiseen, samoin kuin ne henkilöt, joita projektissa haastatellaan, saattavat asua eri läänin alueella kuin vainaja asui. Tällaisissa tapauksissa otetaan yhteyttä sen läänin projektinjohtajaan, jonka alueella omainen tai haastateltava asuu, ja sovitaan yhteistyöstä. Suostumuksen pyytäminen ja haastattelu hoidetaan sen läänin projektiorganisaation toimesta, jossa omainen tai haastateltava asuu.

### 5. Salassapitovelvollisuudet

Projektin aikana kertyneiden tietojen suhteen tulee omaksua asianmukainen vaitiolovelvollisuus. Salassapidettävien tietojen tulee pysyä projektiorganisaation sisällä. Käytettäessä konekirjoitus-, monistus- ja postitusapua tai vastaavaa, on työn suorittajaa muistutettava vaitiolovelvollisuudesta.

## Poliisin ja oikeuslääkärin asiakirjojen läpikäyminen

Kenttätutkija orientoituu tapaukseen ennen kuin ottaa yhteyttä haastateltaviin käymällä läpi poliisin ja oikeuslääkärin asiakirjat. Poliisin asiakirjoista hän kirjaa "Poliisitutkintatiedot S-ilmoituksesta"-lomakkeelle tapahtumatiedot ja analysoi vainajan mahdollisesti jättämän viestin.

# Omaisten tai muiden läheisten haastattelut

## 1. Yleistä

Omaisen tai läheisen haastattelu suoritetaan, kun kuolemantapauksesta on kulunut 1 - 3 kuukautta. Poikkeustapauksissa haastattelu saatetaan joutua suorittamaan kolmen kuukauden takarajan jälkeen. Näin joudutaan menettelemään esimerkiksi, jos tieto kuolemantapauksesta tulee oikeuslääkäriltä takarajan jälkeen tai jos haastattelua joudutaan siirtämään haastateltavasta johtuvista syistä.

Haastattelu muodostuu kuudesta osasta, jotka ovat kukin erillisellä lomakkeella. Eri osat on tarkoitus käydä läpi seuraavassa järjestyksessä: Itsemurhaprosessin kartoittaminen, Arkielämää koskevat tiedot, Elämänmuutuskysely, Päihteiden käyttö, Perhetekijät sekä Omaisten ja läheisten tilanne kuolemantapauksen jälkeen. Kunkin lomakkeen sisällä on asioiden esittämisjärjestyksessä liikkumavaraa sen mukaan kuin lomakkeen yhteydessä on esitetty. Kysymysten sisällöstä tulee tarkkaan pitää kiinni, mutta ilmaisua voi muokata parhaiten kulloisenkin haastateltavan mukaan sopivaksi.

Haastattelu suositellaan tehtäväksi kahdessa jaksossa, joista kumpikin kestää noin 1,5 tuntia. Näin ollen haastattelu kestäisi väliaikaa lukuunottamatta maksimissaan kolme tuntia. Koska mukana on avovastauskysymyksiä, on vaarana, että haastateltava rönsyilee pois asiasta. Haastattelun venymisen ehkäisemiseksi haastattelijan tulee tällöin ohjata haastateltavaa takaisin lomakkeen kysymyksiin.

Omaisen tai muun läheisen haastattelu suoritetaan haastateltavan kotona. Poikkeustapauksissa voidaan sopia muunlaisista järjestelyistä, esimerkiksi jos haastateltava itse sitä haluaa.

Mikäli jostain syystä joudutaan poikkeamaan suositelluista menettelyistä, tulee nämä poikkeamat ja niiden syy selostaa lomakkeessa "Taustatiedot haastattelusta" (kysymys 15.).

Haastattelua voidaan täydentää puhelimitse tai haastatteleamalla asianomaista uudelleen. Haastattelu voi tällöin tapahtua myös haastattelijan työpaikalla. Täydennyksistä kirjoitetaan lyhyt kuvaus "Taustatiedot haastattelusta" -lomakkeen loppuun: milloin täydennetty, missä, mitkä haastattelun osat.

## 2. Haastateltavan valinta

Haastateltavaksi valitaan sellainen henkilö, jonka arvioidaan pystyvän antamaan monipuolisinta tietoa itsemurhan tehneestä henkilöstä ja hänen elämästään. Mikäli tällaisia henkilöitä on useita, valitaan se henkilö, joka tuntee heistä parhaiten vainajan viimeisimmät elämänvaiheet. Mikäli haastateltava ei pysty antamaan tietoja joltain haastattelun osa-alueelta, haastatellaan täyttämättä jääneellä lomakkeella sellainen henkilö, joka pystyy antamaan informaatiota kyseiseltä alueelta.

Parhaiten em. kriteerin täyttävä henkilö voidaan jättää haastattelemaan, mikäli

- kyseessä on alaikäinen lapsi
- henkilö ei pysty haastatteluun fyysisen sairauden tai psyykkisen häiriön vuoksi, esimerkiksi omainen on kuolemansairas tai akuutissa psykoosissa
- henkilö asuu ulkomailla

Mikäli ainoa mahdollinen haastateltava on esimerkiksi sairauden vuoksi estynyt haastattelusta, voidaan häntä mahdollisesti myöhemmin haastatella, kun sairaus on ohitettu. Tällaisessa tapauksessa haastattelua voidaan viivästyä yli kolmen kuukauden takarajan.

Mikäli ei pystytä löytämään omaista, lähisukulaista tai läheistä ystävää, voidaan harkita asuntolaverin, lähinaapurin, jonkun viranomaisen tms. haastatteleminen.

Sopivimman haastateltavan etsimisessä käytetään seuraavia tietolähteitä:

- poliisitutkinnassa kertyneet asiakirjat
- neuvottelu lähimmän omaisen kanssa
- projektin tiedoston keruussa käytetyt mielenterveystoimiston, sairaaloiden, terveyskeskuksen ja sosiaalitoimen asiakirjat



Mikäli em. lähteiden perusteella ei pystytä löytämään sopivaa haastateltavaa, tapauksen tiedostosta jää pois omaisen tai muun läheisen haastattelu. Tapauksesta kirjataan erilliselle paperille, ettei haastateltavaa löytynyt, ja selostetaan, millä tavoin haastateltava on pyritty saamaan selville. Paperi liitetään muihin tapausta koskeviin dokumentteihin.

Vaikka sopivinta haastateltavaa etsittäessä joudutaan jossain määrin perehtymään asiakirjoihin ja saatetaan saada eri ihmisten tulkintojen värittämää ennakkotietoa, on tutkimuksen kannalta erittäin tärkeää, että haastattelija ei muodosta niiden perusteella itselleen mielipiteitä tai ennakkokäsityksiä, jotka saattaisivat vaikuttaa hänen suhtautumiseensa haastateltavaan tai vainajaan.

### 3. Haastattelijan valinta

Kun projektinjohtaja saa oikeuslääkäriltä tiedon projektiin kuuluvasta kuolemantapauksesta, hän tekee alustavan päätöksen kyseeseen tulevasta kenttätutkijasta ja neuvottelee tämän kanssa haastattelun suorittamisesta.

Omaisen tai muun läheisen haastattelua ei suoriteta sellainen kenttätutkija,

- jonka potilas/asiakas vainaja on ollut
- jonka potilas/asiakas haastateltavaksi valittu henkilö on tai ollut
- joka muista yhteyksistä tunsi henkilökohtaisesti vainajan tai tuntee haastateltavaksi valitun henkilön niin läheisesti, ettei riippumatonta tutkimusta voida suorittaa.

Projektinjohtajan kannattaa huolehtia siitä, että haastattelut jakautuvat suhteellisen tasaisesti läänin kenttätutkijoiden osalle.

Mikäli projektin yhteydessä tulisi suoritettavaksi haastatteluja armeija- tai vankilalaitoksen sisällä, näitä haastatteluja ei tehdä läänikohtaisen projektiorganisaation toimesta, vaan armeija- ja vankilalaitos huolehtii niistä. Vankien osalta yhteyshenkilönä toimii vankeinhoidon ylilääkäri Leena Arpo ja puolustusvoimien osalta ylilääkäri Martti Schroderus.

### 4. Suostumuksen pyytäminen lähimmältä omaiselta

Vainajan lähimmältä omaiselta pyydetään suostumus omaisen tai muun läheisen henkilön haastattelemiseen. Usein lienee niin, että tämä lähin omainen on myös haastateltava.

Lähimpään omaiseen otetaan yhteyttä kuukauden kuluttua kuolemasta tai mikäli tieto oikeuslääkäriltä tulee projektinjohtajalle tätä myöhemmin, heti tiedon saavuttua.

Suostumuksen pyytää se henkilö, jolla on tähän lainmukainen oikeus. Lähin omainen selviää poliisin täyttämästä liitelomakkeesta.

Mikäli vainajalla ei ole ketään lähiomaista, jolta voitaisiin kysyä suostumus haastattelujen suorittamiseen, voi kenttätutkija lähestyä suoraan niitä informaation antajia, joita mahdollisesti löytyy. Tällöin on erityisesti pidettävä mielessä salassapitosäädökset, esimerkiksi haastattelija ei saa käyttää sanaa "itsemurha" muuten kuin silloin, kun hän kysymyksensä muotoilussa nojaa haastateltavan jo aikaisemmin antamiin tietoihin tai esittämiin arvailuihin.

Mikäli lähimmällä omaisella on puhelin, suostumusta kysytään soittamalla, muussa tapauksessa kirjeitse.

Puhelinkontakti kannattaa pyrkiä luomaan keskustelunomaiseksi niin, ettei soittaja luettele kaikkia asioitaan yhdellä kertaa peräkkäin, vaan antaa vastaajalle mahdollisuuden esittää kysymyksiä ja omia kommenttejaan.

Kun yhteyttä otetaan puhelimitse, on yhteydenotossa seuraavat vaiheet:

1. Varmistaudutaan siitä, että on tavoitettu oikea henkilö.
2. Yhteydenottaja esittelee itsensä: Olen NN ja soitan sen vuoksi, että kuulun X:n lääninhallituksen työryhmään, jonka tehtävänä on tutkia tässä läänissä tapahtuneita itsemurhia tai sellaisia kuolemantapauksia, joiden syy kaippaa oikeuslääkärin mielestä lisäselvitystä.
3. Yhteydenottaja esittelee asiansa. Asian esittely alkoi jo siinä yhteydessä, kun yhteydenottaja esittäytyi. Lisäksi on syytä sanoa seuraavat asiat:
  - Tutkimukset tarkoituksena on löytää keinoja itsemurhien ehkäisemiseksi, terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja mahdollisesti muiden palvelujen kehittämiseen
  - Tutkimusta tehdään koko maassa
4. Yhteydenottaja pyytää lähimmän omaisen suostumuksen: Koska Te olette MM:n lähin omainen, pyytäisin Teidän suostumustanne siihen, että Teitä tullaan haastattelemaan MM:n kuolemaan liittyvissä asioissa (jos lähin omainen on myös valittu haastateltavaksi)/että MM:n elämää hyvin tuntevia henkilöitä voitaisiin haastatella tässä tutkimuksessa (jos haastateltavaksi on valittu joku toinen henkilö kuin lähin omainen). Haastattelusta todetaan vielä seuraavaa:
  - Haastattelun tarkoituksena on kartoittaa MM:n elämäntilannetta ennen kuolemaa ja yrittää löytää selityksiä sille, miksi kuolema tapahtui.
  - Haastattelu on luonnollisesti luottamuksellinen ja tiedot tulevat vain tutkijoiden käyttöön
  - Mikäli lähin omainen on valittu myös haastateltavaksi, hänen kanssaan on lisäksi käytävä läpi ne asiat, jotka on seuraavassa kohdassa suositeltu esitettäväksi silloin, kun sovitaan haastattelusta
5. Mikäli lähintä omaista ei ole ajateltu haastateltavaksi tai ollaan epävarmoja siitä, onko hän sopivin haastateltava, kartoitetaan lähimmän omaisen kanssa vainajan ihmissuhdeverkostoa sen arvioimiseksi, kuka olisi paras informaation antaja. Omaiselta kysytään, voiko haastattelun tekijä ottaa yhteyttä mahdollisiin haastateltaviin ja pyydetään tiedot, joiden avulla yhteydenotto onnistuu. Mikäli tämä järjestely ei omaiselle sovi, kysytään, voisiko hän ehkä itse kysyä ko. henkilöiltä suostumusta haastatteluun.
6. Mikäli on käynyt selväksi, että lähin omainen on sopivin haastateltava ja hän on antanut suostumuksensa, todetaan, että haastattelun suorittaja ottaa yhteyttä lähiaikoina. Mikäli haastateltava on joku muu tai lähin omainen ei ole antanut suostumustaan, siirrytään kohtaan 7.
7. Suostumuksen pyytäjä kiittää lähintä omaista hänen antamastaan avusta ja/tai pyytää anteeksi mahdollisesti aiheuttamaansa vaivaa sekä lopettaa puhelun.

Jos lähimmällä omaisella ei ole puhelinta, lupa on kysyttävä kirjoittamalla kirje, joka sisältää asianmukaisella tavalla em. kohtia ja jossa vastaanottajaa pyydetään ottamaan yhteyttä mahdollisimman pian.

Mikäli lähin omainen ei anna lupaa haastattelujen tekemiseen, pyritään häneen vetoamaan tutkimuksen tärkeydellä: tutkimuksessa pyritään keräämään sellaista tietoa, jonka avulla itsemurhia voitaisiin vähentää, sekä parantaa terveydenhuoltoa, sosiaalihuoltoa ja muita palveluja. Jos omainen tämän jälkeen ei anna suostumusta, tapauksen tiedostosta jää pois omaisen tai muun läheisen haastattelu. Tiedon hankkiminen palvelujärjestelmistä on edelleen mahdollista.

Puhelinkeskustelun yhteydessä lähin omainen saattaa myös esittää kieltäytymiselleen sellaisia perusteluja, joihin luvan kysyjän kannattaa vastata ja odottaa mahdollista suostumusta sen jälkeen. Esimerkiksi jos omainen epäilee, että haastateltavalla ei ole juuri nyt aikaa, luvan kysyjä voi sanoa, että haastattelun ajankohdasta neuvotellaan ja se yritetään sopia sen mukaan, mikä haastateltavalle sopii.

Mikäli kirjalliseen suostumuspyyntöön ei ole tullut vastausta kahteen viikkoon tai tulee kielteinen kirjallinen vastaus, lähetetään toinen kirje, jossa pyritään vetoamaan tutkimuksen tärkeydellä. Jos toisen

kirjeen jälkeen ei tule yhteydenottoa tai tulee kielteinen kirjallinen vastaus, tapauksen tiedostosta jää pois omaisen tai muun läheisen haastattelu. Mikäli omainen soittaa ja ilmoittaa, ettei anna suostumustaan, pyritään vetoamaan tutkimuksen tärkeydellä siten kuin aiemmin on esitetty puhelinkontaktin yhteydessä.

Lähimpään omaiseen yhteyttä ottanut henkilö kirjaa puhelinsoitosta erilliselle paperille seuraavat asiat:

- kuka kysyi suostumuksen
- milloin
- keneltä: nimi ja suhde vainajaan
- yhteydenoton tulos
  - o suostumus saatu; keiden haastattelemiseen
  - o suostumusta ei saatu; perustelut kieltäytymiselle, mikäli niitä esitettiin
- puhelun aikana mahdollisesti esiin tulleita asioita, joista kenttätutkijalle voi olla hyötyä.

Nämä tiedot liitetään kuolemantapauksesta kertyviin dokumentteihin.

Jos lähimpään omaiseen on otettu kirjallisesti yhteyttä, liitetään kirjeenvaihto dokumentteihin sekä merkitään siihen lähimmän omaisen suhde vainajaan. Mikäli vastaanottaja on ottanut yhteyttä puhelimitse, kirjataan soveltuvin osin edellä esitetyssä kappaleessa esitetyt asiat.

## 5. Haastattelusta sopiminen

Mikäli haastateltavaksi on valittu joku muu kuin lähiomainen, kenttätutkijan on käytävä läpi samat asiat kuin omaista lähestyttäessä.

Haastattelusta kerrotaan lisäksi seuraavaa: Haastattelu kestää 2-3 tuntia ja tapana on ollut tehdä se haastateltavan kotona.

Kenttätutkija kysyy lopuksi haastateltavan suostumuksen: Tutkimuksessa on haastateltaviksi valittu sellaisia henkilöitä, joiden uskotaan tunteneen hyvin vainajan elämää. Suostuisitteko Te haastateltavaksi ja voisimmeko sopia jonkin ajan sitä varten?

Aikaa sovittaessa kannattaa pyrkiä siihen, että haastateltava saisi ehdottaa itselleen sopivan ajankohdan.

Jos haastateltavaksi valitulla ei ole puhelinta, kirjoitetaan kirje, jossa esitetään sopivalla tavalla em. asiat. Kirjeessä kannattaa ehdottaa valmiiksi haastatteluaika ja pyytää haastateltavaa ilmoittamaan, sopiiko tämä hänelle.

Mahdollisissa kieltäytymistapauksissa noudatetaan samanlaisia menettelyjä kuin on esitetty edellisessä kohdassa lähimmän omaisen suostumuksen pyytämisen yhteydessä sekä vedotaan juuri hänen osuutensa tärkeyteen.

Jos haastateltavaksi on valittu lähin omainen, on suostumus pyydetty jo aikaisemmin. Tällöin haastattelija voi esittäytymisen jälkeen viitata ensimmäiseen yhteydenottoon ja kertoa soittavansa sopiakseen haastatteluaikaa.

Vaikka lähin omainen on kerran antanut suostumuksensa, hän on tietenkin saattanut välillä muuttaa mieltään, jolloin haastattelija vetoaa häneen samoin kuin muidenkin haastateltavien kohdalla on esitetty.

Jos haastateltavaksi valittu edelleen kieltäytyy sen jälkeen, kun hänen antamiensa tietojen tärkeyteen on vedottu, lopetetaan kontakti pyytäen anteeksi henkilölle aiheutunutta vaivaa.

Kieltäytymiseen johtaneista puhelinkontakteista kirjataan erilliselle paperille seuraavat asiat:

- yhteyttä ottaneen kenttätutkijan nimi
- yhteydenoton ajankohta
- haastateltavaksi valitun henkilön nimi ja suhde vainajaan
- kieltäytymisen perustelut, mikäli niitä esitettiin
- mahdolliset muut merkitykselliset asiat, jotka tulivat esiin kontaktin aikana

Paperi liitetään kuolemantapauksesta kertyviin dokumentteihin.

Jos lähimpään omaiseen on otettu kirjallisesti yhteyttä, liitetään kirjeenvaihto dokumentteihin sekä merkitään siihen kyseisen henkilön suhde vainajaan. Mikäli vastaanottaja on kieltäytynyt puhelimitse, kirjataan hänen kieltäytymiselleen mahdollisesti esittämänsä perusteet.

Mikäli parhaana pidetty informaation antaja on kieltäytynyt, kenttätutkija neuvottelee projektinjohtajan kanssa, löytyykö toista henkilöä, jota kannattaisi haastatella.

## 6. Haastattelun vaiheet

Haastattelussa voidaan karkeasti erottaa seuraavia vaiheita:

### 1. Lyhyt epävirallinen alku

Haastattelija esittäytyy. Käydään tavanomaista tunnustelevaa kontaktinluomiskeskustelua, joka voi koskea paikkakuntaa, säätä, tien löytämistä, auton paikoittamista tms. Alkuvaihetta ei kuitenkaan saisi pitkittää, koska pitkittyminen saattaa synnyttää ahdistuneisuutta. Tässä vaiheessa läsnä saattaa olla muitakin kuin haastateltavaksi valittu.

### 2. Haastattelutilanteen luominen

Haastattelijan tulee neuvotella haastateltavan kanssa siitä, missä haastattelu suoritetaan, ja muutoinkin ottaa huomioon se, että hän on vieras haastateltavan kodissa. Haastattelija pyrkii sen mukaan, mikä kulloisissakin oloissa on mahdollista, luomaan rauhallisen tilanteen, jossa hän on kahdestaan haastateltavan kanssa. Jos paikalla on muita perheenjäseniä ja syntyy painetta, että koko perhe tai useampia perheenjäseniä osallistuu haastatteluun, kenttätutkija kertoo, että tutkimuksessa noudatetaan sellaista menettelyä, että aina haastatellaan yhtä henkilöä, mutta hän voi haastattelun jälkeen puhua vielä lyhyesti muidenkin kanssa. Mikäli kahdenkeskinen tilanne on mahdoton esimerkiksi tilasyistä, on haastattelijan pyrittävä mahdollisimman pitkälle saamaan informaation haastateltavaksi valitulta henkilöltä. Poikkeamat suositellusta kahdenkeskisestä haastattelutilanteesta merkitään lomakkeeseen "Taustatiedot haastattelusta".

### 3. Haastateltavan orientoiminen haastattelutilanteeseen

- Tässä haastattelussa pyrimme luomaan kuvaa X:n elämästä. Käymme läpi laajalti hänen eri elämänalueitaan. Kysymykset ovat lomakkeilla, joihin teen muistiinpanoja haastattelun kuluessa.
- Tutkimuksen kaikkien haastateltavien kanssa käydään läpi samat alueet. Jotkin niistä ovat olleet kaukaisia X:n elämässä ja voimme ohittaa ne alueet nopeammin. X:lle tärkeitä elämänalueita käsittelemme sitten perusteellisemmin.
- Joidenkin asioiden muisteleminen saattaa tuntua Teistä vaikealta, mutta toivon, että jaksaisitte kertoa niistäkin, koska niistä saattaa olla paljon hyötyä tässä tutkimushankkeessa.
- Pidämme välillä taukoa, jos haastattelu tuntuu rasittavalta. Haastattelun voi myös nauhoittaa, jolloin lupaa on luonnollisesti kysyttävä haastateltavalta.

### 4. Varsinainen tiedonkeruuvaihe

Kun itsemurhaprosessin kartoittamisen jälkeen siirrytään uusiin lomakkeisiin, haastattelija jaksottaa haastattelukokonaisuutta toteamalla, millaisiin asioihin seuraavaksi siirrytään. Ennen uuden lomakkeen kysymysten läpikäymistä haastattelija esittää ne mahdolliset haastateltavalle tarkoitetut ohjeet ja orientoinnit, jotka on lomakkeen alussa.

Haastattelu saattaa herättää haastateltavassa voimakkaita tunteita. Hän saattaa ruveta itkemään tms. Se ei kuitenkaan merkitse, etteikö häneltä voida saada tutkimuksen kannalta merkityksellistä tietoa sen jälkeen, kun hän on rauhassa saanut ilmaista tunteensa omalla tavallaan. Olennaista on, että haastattelija ei pelästy tällaista reaktiota. Kun haastattelija on arvioinut tilanteen rauhoittuneen, hän voi kysyä haastateltavalta, jaksako tämä jatkaa haastattelua.

#### 5. Luvan kysyminen mahdolliseen tietojen tarkistamiseen

Pyydetään lupa yhteydenottamiseen, jos haastattelutietoja tarvitsee tarkistaa.

#### 6. Lähtötoivotukset

Kenttätutkija kiittää haastateltavaa siitä, että hän on uhrannut aikaansa haastatteluun, ja toteaa, että sillä on suuri merkitys pyrittäessä kehittämään palveluja ja ehkäisemään itsemurhia. Poistuessa käydään läpi tavanomaisia tilanteeseen sopivia lähtörituaaleja.

#### 7. Haastattelijan roolit

Haastatteluja tehdessään kenttätutkijat toimivat ensisijaisesti projektiorganisaation jäseninä. Tämä tulee muistaa kaikissa haastattelun vaiheissa. Tutkimuksen haastattelijan rooliin kuuluu, että hän toimii tehtäväkeskeisesti, jolloin tutkimuksen kannalta tärkeän informaation hankkiminen on etusijalla.

Kenttätutkija saattaa tarpeen tullen joutua ohjaamaan haastateltavaa saamaan tukea jostain hoitopisteestä, mutta tämä on toissijainen rooli ja tulee esiin haastattelun loppujaksolla. Se omaksutaan vain silloin, kun se selvästi on tarpeen.

#### 8. Haastattelun ajallinen jaksotus, mahdollinen keskeyttäminen ja uudelleen jatkaminen

Haastattelijan kannattaa arvioida sekä haastateltavan että itsensä voimavaroja ja pitää tarvittaessa taukoa. Joka tapauksessa tauko kannattaa pitää, kun haastattelusta on kulunut noin 1,5 tuntia ja on päästy sellaiseen kohtaan, jossa haastattelu on helppo katkaista hetkeksi.

Haastattelu keskeytetään kokonaan vain, jos sen jatkaminen näyttää täysin mahdottomalta, esimerkiksi jos haastateltava on niin levoton ettei hän pysty olemaan paikallaan eikä lainkaan keskittymään, tai hän suhtautuu äärimmäisen aggressiivisesti haastattelijaan tai hän on vahvasti lääkkeiden tai alkoholin vaikutuksen alainen.

Haastattelijan kannattaa keskustella projektinjohtajan kanssa, yritetäänkö myöhemmin jatkaa haastattelua, joka on jouduttu keskeyttämään, vai vaihdetaanko esimerkiksi haastateltavaa.

#### 9. Vastaamatta jättäminen

Mikäli haastateltava kertoo, ettei hän lainkaan tunne vainajan joitakin elämänalueita, on turha käydä läpi näitä kysymyksiä. Tällöin voidaan kysyä, voisiko haastateltava sanoa, ketä kannattaisi haastatella näistä asioista.

Jos haastateltava luopuu joissakin kysymyksissä vastaamisesta sellaisilla vainajan elämänalueilla, joita hän tuntee, kannattaa jonkin ajan kuluttua palata ko. kysymykseen ja esittää se hiukan toisin sanoin.

Haastateltava saattaa välttää vastaamista puhumalla asian vierestä. Haastattelija esittää tällöin kysymyksen uudelleen toisin sanoin.

Tarvittaessa haastattelua voidaan täydentää jälkepäin kohdassa "Yleistä" esitetyllä tavalla.

#### 10. Vastauksien kirjaaminen

Lomakkeissa on kahdenlaisia kysymyksiä. Toiset avovastauskysymyksiä, toisissa on esitetty valmiit vaihtoehdot.

Kirjaa avovastauskysymysten jälkeen jätettyyn tilaan mahdollisimman sanatarkasti se, mitä haastateltava on sanonut. Kirjoita niin selvää käsialaa kuin haastattelutilanteessa on mahdollista.

Muissa kysymyksissä rengastat haastateltavan vastaukseen sopivan vaihtoehdon. Jos jonkin vastauksen luokittelu haastattelutilanteessa tuntuu vaikealta, voit esittää haastateltavalle myös vaihtoehdot ja kysyä, mikä niistä tuntuu sopivimmalta.

Mahdollisuuksien mukaan voit käyttää haastattelun tukena nauhuria. Mainitse, että nauhoitat, jotta voit paremmin paneutua haastatteluun ja että hävität nauhoituksen sen jälkeen, kun olet sen avulla tarkistanut muistiinpanosi. Jos haastattelussa on käytetty nauhuria, siitä tehdään merkintä "Taustatiedot haastattelusta" - lomakkeen kohtaan 15.

## 11. Taustatiedot haastattelusta

Kun haastattelu on tehty, siitä laaditaan kuvaus täyttämällä lomake "Taustatiedot haastattelusta".

## Sairauskertomuksista kerättävät tiedot

Kenttätutkija täyttää lomakkeen "Sairauskertomuksista kerättävät tiedot" sen jälkeen, kun hän on haastatellut omaisen tai muun läheisen. Asiakirjat pyydetään projektinjohtajan allekirjoittamalla kirjeellä lainaksi lääninhallituksen johtaman Itsemurhat X:n läänissä projektin käyttöön. Lähetekirjeessä mainitaan, että läänin projekti on osa valtakunnallista Itsemurhien ehkäisyprojektia, jossa pyritään vähentämään itsemurhia. Lisäksi todetaan, että tutkimukseen ja asiakirjojen lainaamiseen on sosiaali- ja terveysministeriön lupa sekä että asiakirjoja käsittelevät henkilöt, joilla on niiden suhteen salassapitovelvollisuus. Pyydetään vastaus myös siinä tapauksessa, että vainajasta ei löydy sairauskertomuksia ko. organisaatiossa.

Asiakirjat pyydetään vainajan asuinalueen mielenterveystoimistosta, mielisairaalaista, muista sairaaloista, terveyskeskuksesta ja sosiaalitoimesta sekä tarvittaessa muualtakin. Lainauspyynnöt kannattaa postittaa heti, kun oikeuslääkäriltä on saatu tiedot projektiin kuuluvasta kuolemantapauksesta. Projektinjohtajan kannattaa harkita, onko kysymyksen tuleviin organisaatioihin mahdollista lähettää etukäteen informaatiokirje projektista ja siitä, että sen kuluessa tullaan pyytämään lainaksi sairauskertomustietoja.

## Pääasiallisessa hoitovastuussa olleen henkilön haastattelu

### 1. Yleistä

Pääasiallisessa hoitovastuussa olleen henkilön haastattelu suoritetaan omaisen tai muun läheisen haastattelun jälkeen 1 - 3 kuukauden kuluttua kuolemantapauksesta. Mikäli sairauskertomustiedot on saatu siihen mennessä, kun omaisen tai muun läheisen haastattelu on valmis, käydään sairauskertomukset läpi ennen hoitaneen henkilön haastattelua. Jos haastateltava on tiedossa ilman sairauskertomustietoja ja sairauskertomukset eivät ole tulleet, niitä ei kannata odottaa, vaan hoitaneen henkilön haastattelu tehdään sopivimpana aikana. Kolmen kuukauden takarajan jälkeen joudutaan suorittamaan samat poikkeustapaukset kuin omaisten ja läheisten haastattelujen kohdallakin.

Haastattelu koostuu kahdesta osasta, joista ensimmäinen käsittelee vainajan saamaa hoitoa ja toisessa arvioidaan psykososiaalisia oireita, rasisutestekijöitä sekä toimintakykyä. Lomakkeiden yhteydessä oleviin ohjeisiin kannattaa perehtyä huolella.

Hoitaneen henkilön haastattelu suoritetaan henkilön työpaikalla. Poikkeustapauksissa voidaan sopia muunlaisista järjestelyistä, esimerkiksi jos haastateltava itse sitä haluaa.

### 2. Haastateltavan valinta

Haastateltavan valinnasta on annettu ohjeet lomakkeessa "Kysymykset itsemurhan tehneen potilaan/asiakkaan hoidosta pääasiallisessa vastuussa viimeisen vuoden aikana olleelle hoitavalle henkilölle". Ongelmatilanteissa tulee neuvotella oman alueen projektinjohtajan kanssa sopivimmasta ratkaisusta.

### 3. Haastattelijan valinta

Haastattelun tekee pääsääntöisesti sama kenttätutkija kuin omaisen tai muun läheisen haastattelun. Toisenlaisestakin järjestelystä voidaan sopia, jos se tuntuu mielekkäältä. Mikäli tämän haastattelun suorittaa eri kenttätutkija kuin omaisen tai läheisen haastattelun, on haastattelijoiden tehtävä yhteistyötä tapausselostusta valmisteltaessa.

### 4. Haastattelusta sopiminen

Haastattelusta sovitaan soittamalla haastateltavalle työhön. Sopimistilanteessa esitetään seuraavia asioita:

- tutkimuksen tarkoitus samoin kuin on esitetty omaisten ja läheisten haastattelun yhteydessä
- projektiin yhteydessä haastatellaan osana kuolemansyyn selvittämistä sellaisia työntekijöitä, jotka ovat hoitaneet itsemurhan tehnyttä henkilöä tai sellaista henkilöä, jonka kuolema oli mahdollisesti itsemurha
- haastattelun tarkoituksena on kartoittaa hoidossa olleen henkilön oireita, rasittekijöitä ja toimintakykyä sekä hänen saamaansa hoitoa
- haastattelu on luottamuksellinen ja tiedot tulevat vain tutkijoiden käyttöön
- haastattelu tehdään haastateltavien työpaikalla ja sen arvioitu kesto on noin tunti
- voisimmeko sopia jonkin ajan haastattelua varten.

Jos haastateltava kieltäytyy, vedotaan tutkimuksen tärkeyteen sekä hänen panoksensa merkitykseen: kukaan muu ei pysty antamaan yhtä hyvää kuvaa siitä, miten vainajan ongelmat näkyivät hoitoorganisaatiossa ja millaista hoitoa hän sai. Mikäli hän tämänkin jälkeen kieltäytyy, lopetetaan kontakti ja kirjataan yhteydenotosta erilliselle paperille seuraavat asiat:

- yhteyttä ottaneen kenttätutkijan nimi
- yhteydenoton ajankohta
- haastateltavaksi valitun henkilön nimi ja toimipaikka
- kieltäytymisen perustelut, mikäli sellaisia esitettiin
- mahdolliset muut merkitykselliset asiat, jotka tulivat esiin kontaktin aikana.

Paperi liitetään kuolemantapauksesta kertyviin dokumentteihin.

Mikäli haastateltavaksi valittu työntekijä kieltäytyy, kenttätutkija neuvottelee projektinjohtajan kanssa, löytyykö toista henkilöä, jota kannattaisi haastatella.

### 5. Haastattelun vaiheet

Haastattelija soveltaa tilanteeseen sopivasti niitä ohjeita, joita on annettu omaisten tai muiden läheisten haastattelun yhteydessä. Haastattelutilanteen luomisessa ei jouduta näkemään samanlaista vaivaa. Haastattelutilanteeseen orientoitaessa todetaan, että haastattelussa pyritään luomaan kuvaa niistä ongelmista, joiden vuoksi vainaja oli ollut hoidossa, sekä hänen saamastaan hoidosta.

### 6. Taustatiedot haastattelusta

Kun haastattelu on tehty, siitä laaditaan kuvaus täyttämällä lomake "Taustatiedot haastattelusta".

### 7. Muuta

Sovella muilta osin tilanteeseen sopivalla tavalla niitä ohjeita, jotka on annettu omaisten tai muiden läheisten haastattelusta.

## Vainajan viimeksi nähneen työntekijän haastattelu

Tarkempia ohjeita haastattelusta on annettu lomakkeessa "Kysymykset itsemurhan tehneen henkilön viimeksi tavanneelle hoito- tai muun palvelujärjestelmän työntekijälle". Haastattelu tehdään sen jälkeen, kun sairauskertomustiedot on käyty läpi. Viimeisellä palvelujärjestelmään kuuluvalla tapaamisella tarkoitetaan viimeistä käyntiä, joka on merkitty läpikäytyihin asiakirjoihin.

Haastattelussa noudatetaan soveltuvin osin niitä ohjeita, joita on annettu muiden haastattelujen yhteydessä.

## Tapausselostuksen kirjoittaminen

### 1. Sisältö

Tapausselostus on 2 - 3 liuskan pituinen yhteenveto itsemurhasta ja siihen vaikuttaneista tekijöistä sekä arvio siitä, miten tämä itsemurha olisi ollut ehkäistävissä.

Yhteenvedon ja johtopäätösten onnistumiseksi tarvitaan mahdollisimman monipuolista tietoa itsemurhan tehneestä henkilöstä. Tällöin tulisi käyttää lomakehaastattelujen lisäksi tarpeen mukaan muitakin lyhyempimuotoisia haastatteluja ja kaikkia asiakirjatietoja. Itsemurhatapahtuman ymmärtämiseksi laajasta tietoinneksista tulisi poimia olennainen tieto ja yhdistää se kokonaisuudeksi.

Asiat tulisi ryhmitellä seuraavasti:

#### 1. Henkilötiedot

Nimi, sosiaaliturvatunnus, siviilisääty, ammatti, kunta jossa kirjoilla, lääni

#### 2. Tapahtumatiedot

Kuolinaika, kuolinpaikka, tapahtumien kulku välittömästi ennen itsemurhaa, itsemurhamenetelmä, mahdollinen pelastamisyritys

#### 3. Kuvaus itsemurhaproessin etenemisestä

Sisältää aiemman itsetuhokäyttäytymisen sekä kuvauksen siitä prosessista, joka viime vaiheessa johti itsemurhaan. Kirjaa tällöin erityisesti ne kriittiset elämän käännekohtat, jotka ovat yhteydessä itsemurhaan.

#### 4. Taustatekijät

Pyri antamaan kokonaiskuva niistä merkittävistä taustatekijöistä, joilla on selvä yhteys itsemurhaan. Pyri tällöin yhdistämään lomakkeiden keskeinen sisältö sekä muutoin hankittu tieto mielekkääksi kokonaisuudeksi.

#### 5. Avun hakeminen ja ongelmien ratkaisuyritykset

Kuvaa kaikki ne keinot, joilla asianomainen pyrki ratkaisemaan ongelmiaan tai helpottamaan oloaan, ja sellaiset teot, jotka viittaavat avun hakemiseen. Kuvaa millaista apua hän sai ja erityisesti ammattiavun osalta millaisia vaikutuksia sillä oli.

#### 6. Johtopäätökset

Arvioi, olisiko tämä itsemurha ollut ehkäistävissä ja miten.

#### 7. Luettelo haastatelluista henkilöistä ja muista käytetyistä tietolähteistä

#### 8. Tapausselostuksen valmisteluprosessi

Kuvaus siitä, minkälaisen käsittelyvaiheiden kautta tapausselostus sai lopullisen muotonsa.

Koska tapausselostuksen laatimiseen ja käsittelyyn osallistuu eri tavoin koulutettuja henkilöitä, tulisi kirjoittaessa käyttää selkeää yleiskieltä ja kokonaislauseita.

### 2. Valmistelu

Tapausselostus kirjoitetaan sen jälkeen, kun tiedonkeruvaihe on päättynyt. Luonnoksen valmistelee se kenttätutkija (tai ne kenttätutkijat), joka on suorittanut haastattelut ja käynyt läpi sairauskertomukset. Kussakin projektiorganisaatiossa on sovittava siitä tavasta, jolla luonnokset saadaan mahdollisimman monipuoliseen asiantuntijakäsittelyyn joko projektiryhmässä tai jossakin muussa työryhmässä. Tällä käsittelyllä pyritään takaamaan, että tapausselostusta laadittaessa otetaan mahdollisimman monipuolisesti



huomioon erilaiset itsemurhaproblematiikan kannalta tärkeät näkökulmat.

## Tapauksen käsittely läänitasolla

Kukin tapaus käsitellään läänin projektiryhmässä. Projektiryhmä tekee päätöksen siitä, että tapauksen tiedonkeruu on saatu valmiiksi ja että materiaali lähetetään Kansanterveyslaitokselle.

## Materiaalin toimittaminen Kansanterveyslaitokselle

Oikeuslääkäri on antanut projektiin kuuluville tapauksille juoksevan järjestysnumeron. Tätä järjestysnumeroa käytetään kaikissa tapausta koskevissa papereissa, esimerkiksi kunkin lomakkeen kansilehdellä.

Kansanterveyslaitokselle lähetetään

- kaikki poliisitutkinnasta kertynyt materiaali ja niiden perusteella täytetty lomake "Poliisitutkintatiedot S-ilmoituksesta"
- oikeuslääkärin paperit
- dokumentit lähimmän omaisen suostumuksen pyytämistä
- dokumentit mahdollisista haastattelusta kieltäytymisistä
- omaisten tai muiden läheisten haastatteluista täytetyt lomakkeet taustatietolomakkeineen
- pääasiallisessa hoitovastuussa olleen henkilön haastattelusta täytetyt lomakkeet taustatietolomakkeineen
- vainajan viimeksi tavanneen palvelujärjestelmän työntekijän haastattelusta täytetty lomake
- tapausselostus

Lomakkeiden säilyttämiseen kannattaa käyttää sairauskertomuskansioita.

Materiaalit lähetetään postitse osoitteella Kansanterveyslaitos/IMS -87, Mannerheimintie 166, 00280 Helsinki.

## Menettelyt yksittäisissä ongelmatilanteissa

Sellaisissa yksittäisissä ongelmatilanteissa, jotka eivät ratkea näiden ohjeiden perusteella, kenttätutkija ottaa yhteyttä lääninsä projektijohtajaan. Projektinjohtaja pyytää tarvittaessa lisäohjeita Kansanterveyslaitokselta (tutkimusprofessori Jouko Lönnqvist 90-4713990, tutkija Kirsti Palonen 90-4713999).

**POLIISITUTKINTATIEDOT S-ILMOITUKSESTA**

Tämän osan tarkoituksena on kerätä poliisitutkimassa kertyneet tausta- ja tapahtumätiedot yhteen ennen varsinaista haastattelua kenteitukijain muistin tuella ja käytettäväksi myöhemmin tulosten analysoimisessa. Lomake koostuu sekä selvästi fakatiedonta että laadullisista muuttujista, jotka edellyttävät kenteitukijain tekemää analyysia ja arviota.

Ennen haastattelua tulisi tutustua myös vainajan obduktiopöytäkirjoihin. Muihin asiakirjatehtäviin on tarkoitettu tutustua vasta ennen hoitaneiden henkilöiden haastattelua.

**SEURAAVAT TIEDOT (1-23) SIIRRETÄÄN SUORAAN POLIISIN TEKEMÄSTÄ S-ILMOITUKSESTA KUSSAKIN KOHDASSA ANNETTUIEN OHJEIDEN MUKAISESTI**

- ID 1. Poliisipiirin nimi: \_\_\_\_\_
- ID 2. Poliisipiirin koodi: \_\_\_\_\_ // // //
- ID 3. Ilmoituksen numero: \_\_\_\_\_ // // // // // // // //
- ID 4. Ilmoituksen viikonpäivä (ma=1 ti=2 ke=3 to=4 pe=5 la=6 su=7) // //
- ID 5. Ilmoituksen päivämäärä (PP, KK, VV): \_\_\_\_\_ // // // // //
- ID 6. Ilmoituksen kellonaika (00.00): \_\_\_\_\_ // // // //
- ID 7. Ilmoittajan etunimi: \_\_\_\_\_
- ID 8. Ilmoittajan sukunimi: \_\_\_\_\_
- ID 9. Ilmoittajan asema (perheen jäsen=1, muu läheinen=2, sukulainen=3, tuttava=4, naapurin=5, sivullinen=6, sairaankuljettaja=7, terveydenhuollon edustaja=8, muu=9) // //
- ID 10. Vainajan sukunimi: \_\_\_\_\_
- ID 11. Vainajan etunimet: \_\_\_\_\_
- ID 12. Vainajan tyttönimi: \_\_\_\_\_
- ID 13. Vainajan henkilötunnus (PPKKVV-000X): \_\_\_\_\_ // // // // // // // //
- ID 14. Vainajan syntymäkotikunta: \_\_\_\_\_
- ID 15. Vainajan ammatti: \_\_\_\_\_
- ID 16. Vainajan siviilisääty (noin=1, nssa=2, leski=3, eronnut=4): // //
- ID 17. Vainaja on kirjoilla (srk, väestörek.): \_\_\_\_\_
- ID 18. Vainajan lähiösoite: \_\_\_\_\_
- ID 19. Vainajan postiosoite: \_\_\_\_\_
- ID 20. Tapahtuman viikonpäivä (ma=1 ti=2 ke=3 to=4 pe=5 la=6 su=7): // //
- ID 21. Tapahtuman päivämäärä (PPKKVV): \_\_\_\_\_ // // // // // //
- ID 22. Tapahtuman kellonaika (00.00): \_\_\_\_\_ // // // //
- ID 23. Tapahtumapaikka: \_\_\_\_\_

**SEURAAVAT TIEDOT (24-28) KERÄTÄÄN POLIISIN TEKEMÄSTÄ KUOLEMANTAPAUSTA KUVAAVASTA VAPAAMUOTOISESTA SELOSTUKSESTA.**

- ID 24. Kuka löysi vainajan? \_\_\_\_\_
- ID 25. Vainaja löydettyessä vielä elossa (kyllä=1, ei=2): // //
- ID 26. Yritetty elvyttää henkiin tekopaikalla (kyllä=1, ei=2): // //
- ID 27. Yritetty siirtää muualle hoitoon (kyllä=1, ei=2): // //
- ID 28. Poliisin kuvaus kuulusteluvasta (tee lyhyt yhteenveto siitä, miten poliisi kuvaa tutkimuksesta vainajan kuoleen): \_\_\_\_\_

**JOS VAINAJA OLI JÄTTÄNYT JÄÄHYVÄISKIRJEEN TAI MUUN VIESTIN, JONKA POLIISI ON KIRJANNUT MUISTIIN JA JOKA ON KOPIONA ASIAKIRJOISSA, NIIN NIIDEN SISÄLLÖN PERUSTEELLA TÄYTETÄÄN KOHDAT 29-36. JOS VIESTEJÄ ON USEITA, NIIN KOHDAT TÄYTETÄÄN KAIKKI VIESTIT HUOMIOIDEN.**

- ID 29. Viesti on kirjoitettu: 1. käsin // // 2. koneella // //
- ID 30. Viestin pituus on: 1. alle 10 sanaa // // 2. muutama lause // // 3. alle luskan mittainen // // 4. useita luseja // //

- ID 31. Viesti on tarkoitettu: 1. läheiselle henkilölle // // 2. useille läheisille henkilöille // // 3. sukulaisille // // 4. tuttaville // // 5. viranomaisille // // 6. muulle, kenelle: \_\_\_\_\_ // // 7. ei ketellekään // //

ID 32. Viesti on ymmärrettävä (kokonaisuudessaan ymmärrettävä=1, pääosin ymmärrettävä=2, vaikeasti ymmärrettävä=3, läysin käsittämätön=4) // //

ID 33. Viestissä esitellään perusteluja itsemurhalle (kyllä=1, ei=2) // //

ID 34. Viestissä ilmaistuja perusteluja vainajan ilmaisemina (ei tulkintaa) ovat (ympyröi tarvittaessa useampi perustelu):

- 1. halu kuolla
- 2. halu päästä eroon aietämättömistä tunteista
- 3. psyykinen sairaus tai sen pelko
- 4. ruumiillinen sairaus tai sen pelko
- 5. aids tai sen pelko
- 6. homoseksuaalisuus tai sen pelko
- 7. muut seksuaaliset tekijät
- 8. muu oma ominaisuus tai teko
- 9. alkoholi-ongelmat tai muu päihteiden käyttö
- 10. leskeytyminen
- 11. muu tärkeän henkilön menetys kuoleman kautta
- 12. avioero
- 13. hylkäämisokemus
- 14. tärkeän henkilön menetys muusta syystä
- 15. yksipuolinen rakkaus
- 16. häpeä tai häpeän pelko
- 17. kosto
- 18. ihmissuhteiden puuttuminen
- 19. toive jälleenkäymisestä
- 20. työttömyys
- 21. velat
- 22. toimeentulovaikeudet
- 23. työllämmän vaikeudet
- 30. toivoton oman tulevaisuuden suhteen
- 31. elämän tarkoituksen puuttuminen
- 32. yleinen maailmantilanne
- 33. muita perusteluja, mitä: \_\_\_\_\_
- 99. viestissä ei ilmaista mitään syytä

ID 35. Viestissä ilmaistaan (eritelee itsemurhan perustelujen lisäksi koko viestin muu sisältö ympyröimällä yksi tai useampia seuraavista vaihtoehtoja):

- 1. ruumiin löytöpaikka
- 2. ohjeita hautajaisjärjestelyistä
- 3. ohjeita omaisuuden hoidon suhteen
- 4. anteeksipyyntöjä
- 5. syyllisyydestä vapauttamista
- 6. syytelyä
- 7. hyväkselyä
- 8. elämänohjeita
- 9. muuta, mitä: \_\_\_\_\_

ID 36. Viestissä ilmenee selvästi masentuneisuutta (kyllä=1, ei=2) // //

**ITSEMURHAPROSESSIN KARTOITTAMINEN**

**HAASTATTELIJALLE:**

Tämän osan tarkoituksena on saada selville, milloin ja missä yhteyksissä itsemurha alkoi tulla henkilön mieleen ja miten hän tästä eteni itsemurhatekoon saakka.

Haastattelua tehtäessä on otettava huomioon, että osassa tapauksia itsemurha on epävarma ja osassa haastateltava kieltää sen olleen itsemurha. Haastattelu on sovitettava sen mukaan, mikä on haastateltavan tulkinta kuolemansyyistä:

- Mikäli haastateltava on ilmaissut pitävänsä kuolemaa itsemurhana, voidaan jatkossa tämän jälkeen puhua suoraan itsemurhasta. Jäljempänä seuraavia kysymyksiä esitettäessä käytetään kuitenkin sanaa "kuolema" sen mukaan kuin kysymys on kirjattu.

- Mikäli haastateltava on ilmaissut pitävänsä itsemurhaa mahdollisena kuolemansyyinä, voidaan kaikki tutkimuksen tähän osaan kuuluvat kysymykset esittää. Haastattelijan on kuitenkin vältettävä sellaisia ilmaisuja, jotka saavat haastateltavan tulkitsemaan, että haastattelijalla pitää kuolemaa varmasti itsemurhana.

- Jos haastateltava kieltää itsemurhan toteamalla syyksi luonnollisen kuoleman, tapaturman tai rikoksen, ei jatkossa tämän jälkeen puhuta itsemurhasta eikä tehdä kysymystä 5.

Pyrä löytämään luonteva vainaja tarkoittava ilmaisu tai ilmaisuja, esim. miehenni/vaimonni/puolisoni/poikaani/vystävänäni/mahdollisesti myös etunimi. Käytä tässä ilmaisuja tai sanaa "hän" sen mukaan kuin tunnet sopivalta niissä kohdissa, joihin on merkitty "X".

Eiitä kysymykset vapauttoisesti itsellesi sopivalla tavalla, mutta kysymysten sisällöstä tarkoin kiinni pitäen.

Kysymykset on laadittu väljiksi, joita itsemurhaproessin yksilöllinen luonne

saataisiin esiin. Vastauksissa voi tulla runsaasti tärkeitä sisältöä, jonka voi esittää myös numeroiduille liitteille. Saatua tietoa käydetään myös tapausselostusta laadittaessa.

Haastattelun tässä osassa käsitellään tunnesisällään voimakkaita asioita, mikä edellyttää haastateltavan ja myös haastattelijan oman tilan jatkuva seurantaa ja huomioimista.

\*\*\*\*\*

PR 1. Voisitko palauttaa mieleen X:n elämän viimeisen viikon ja kertoa mitä sen aikana tapahtui?

\_\_\_\_\_

PR 2. Voisitko kertoa, mien X:n kuolema tapahtui?

\_\_\_\_\_

PR 3. Mitä tehtiin sen jälkeen, kun X löydettiin?

\_\_\_\_\_

PR 4. HAASTATTELIJALLE: ARVIOI EDELLÄ ESILLE TULLEEN PERUSTEELLA, OLIKO KUOLEMA HAASTATETAVAN MIELESTÄ:

- 1 varma itsemurha
- 2 mahdollinen itsemurha
- 3 epäselvä kuolema, mutta mahdollisesti itsemurha
- 4 tapaturma
- 5 henkirikos
- 6 luonnollinen kuolema

JOS ON KYSE VAIHTOEHDOSTA 1-3, NIIN ESITÄ KYSYMYS 5. SIIRRY MUUSSA TAPAUKSESSA KYSYMYKSEEN 6.

PR 5. Mikä X teidän mielestänne teki itsemurhan/olisi tehnyt itsemurhan?

\_\_\_\_\_

PR 6. Tuliko X:n kuolema Teille yllätyksenä?

- 1 ei
- 2 kyllä

PR 7. Teikö X elämänsä aikana itsemurhayrityksiä, jotka eivät johtaneet kuolemaan?

- 0 ei tiedä SIIRRY KYSYMYKSEEN 13
- 1 ei SIIRRY KYSYMYKSEEN 13
- 2 teki, montako: \_\_\_\_\_ (merkitään niiden luku, joista haastateltava tietää)

PR 8. Minä vuosina tämä tietämäni itsemurhayritys tapahtui/nämi itsemurhayritykset tapahtuivat? (Anna kullekin itsemurhayritykselle järjestysnumero varhaisimmasta viimeiseen, kirjoita järjestysnumeron jälkeen vuosiluku, käytä tarvittaessa lisänumeroita.)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

PR 9. Millaisia menetelmiä hän näissä yrityksissään käytti (Huom! sama järjestys kuin edellisessä kysymyksessä).

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

PR 10. Kertoiko hän, miksi hän oli aiemmin yrittänyt itsemurhaa?

- 0 ei tiedä
- 1 ei kertonut
- 2 kertoi; millaisia selityksiä hän antoi itsemurhayritykselleen/yrityksilleen: \_\_\_\_\_

PR 11. Tuleeko teille itsellenne mieleen niiden itsemurhayritysten ajoilta X:n elämästä joitakin tapahtumia tai asioita, jotka olisivat saattaneet vaikuttaa hänen itsemurhayrityksiinsä?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 mitään erityistä ei ollut X:n elämässä
- 2 kyllä; kuvailekaa näitä tapahtumia tai asioita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PR 12. Tiedätekö, mien X itse suhtautui itsemurhayrityksiinsä jälkeensä?

\_\_\_\_\_

PR 13. Kertoiko X koskaan itsemurha-aikeistaan tai että hänellä oli itsemurha-ajatuksia?

- 0 ei tiedä SIIRRY KYSYMYKSEEN 18
- 1 ei SIIRRY KYSYMYKSEEN 18
- 2 kyllä

PR 14. Tiedätekö, milloin hän ensimmäisen kerran elämässään kertoi itsemurha-aikeistaan ja -ajatuksistaan?

vuonna \_\_\_\_\_

PR 15. Tiedätekö, keille henkilöille hän puhui aikeistaan?

\_\_\_\_\_

PR 16. Miten muut ihmiset suhtautuivat siihen, että hän puhui itsemurha-aikeistaan tai -ajatuksistaan?

\_\_\_\_\_

PR 17. Miten usein hän puhui itsemurha-aikeistaan tai -ajatuksistaan viimeisen 3 kk:n aikana?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei maininnut kertaakaan
- 2 mainitsi vain kerran
- 3 mainitsi muutaman kerran
- 4 mainitsi usein

PR 18. Tuleeko mieleen mitään muuta X:n tekemää tai sanomaa, joka olisi jollain tavoin saattanut viitata siihen, että hän suunnitelti itsemurhaa?

- 0 ei
- 1 kyllä, mitä: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
KYSYMYKSET 19-21 ESITETÄÄN VAIN, JOS ON OLLUT SUISIDAALISTA HISTORIAA (YRITYKSIÄ, AIKEITA, AJATUKSIA). MUUTOIN SIIRRY KYSYMYKSEEN 22.

PR 19. Hakiko X itsemurhayritystensä jälkeen lai itsemurha-aikeisiinsa tai -ajatuksiinsa liittyen jostakin apua?

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 22
- 1 ei SIIRRY KYSYMYKSEEN 22
- 2 haki, mistä: \_\_\_\_\_

PR 20. Millaista apua hänelle tarjottiin?

\_\_\_\_\_

PR 21. Kertoiko hän tämän tarjotun avun vaikutuksista tai muista kokemuksistaan Y:ssä (Y = ne paikat, joista X haki apua)?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei kertonut
- 2 kertoi, mitä: \_\_\_\_\_

PR 22. Hakiko X muihin elämässään esiintyneisiin ongelmiin viimeisen vuoden aikana jostain apua?

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY ARKIELÄMÄÄ KOSKEVIIN KYSYMYKSIIN
- 1 ei SIIRRY ARKIELÄMÄÄ KOSKEVIIN KYSYMYKSIIN
- 2 haki; millaisiin ongelmiin ja mitä: \_\_\_\_\_

PR 23. Millaista apua hänelle tarjottiin?

\_\_\_\_\_

PR 24. Kertoiko hän tämän tarjotun avun vaikutuksista tai muista kokemuksistaan Z:ssä (Z = ne paikat, joista X haki apua)?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei kertonut
- 2 kertoi, mitä: \_\_\_\_\_

ARKIELÄMÄÄ KOSKEVAT TIEDOT

\*\*\*\*\*

HAASTATTELIJALLE:

Haastattelun tässä vaiheessa siirrytään jokapäiväisen arkielämän kartoittamiseen, jolloin haastattelun luonne muuttuu ja se on syytä todeta myös haastattelivalle. Ennen tämän jakson aloittamista on mahdollista piittää vaikka pieni tauko.

Lomakkeessa on runsaasti kysymyksiä, jotka koskettelevat jokapäiväisen arkielämän eri puolia. Näiden kysymysten tuottaman tiedon avulla pyritään seuraaviin tavoitteisiin:

- 1 Selvitetään elämän rakenteet ja niihin liittyvät vaikeudet ja ongelmat.
- 2 Selvitetään, mitkä elämän rakenteet ja mitkä niihin liittyvät vaikeudet olivat itsেমurhan tehneille henkilökohtaisesti merkityksellisiä.
- 3 Selvitetään, millaisin keinoin itsেমurhan tehneet yrittivät hallita elämäänsä.

Haastattelulomake on rakennettu kolmitasoiseksi.

Perusrakenteena ovat eri elämänsäpiirit. Näitä on yhteensä kuusi: työelämä, vapaa-aika, ihmisuhteet, asuminen, taloudelliset resurssit sekä muutohistoria. Kunkin elämänsäpiirin sisällä kysytään niihin liittyvistä ongelmista ja vaikeuksista sekä niiden ratkaisemiseksi käytetyistä hallintatavoista eli selviytymisstrategioista.

Elämänsäpiirin sisällä kysytään edelleen, millaisia subjektiivisia merkityksiä eri asiat, erityisesti vaikeudet olivat saaneet. Kysymysjärjestys etenee teemoittain siis seuraavalla tavalla: miten asiat ja vaikeudet faktisesti olivat, miten tärkeitä ne olivat, miten ongelmat yritettiin ratkaista.

Koska ihmisten yhteiskunnallinen asema on erilainen, kohdennetaan osa työelämää koskevista kysymyksistä eri ryhmille heidän asemansa mukaisesti. Muilta osin lomakkeen kysymykset kysytään pääsääntöisesti kaikilta.

Haastattelun tässä osassa käytetään toisinaan liittyviä orientoivia kysymyksiä ja tarkentavia kysymyksiä, joista jälkimmäiset ovat naavaustuskysymyksiä. Näille vastauksille on varattu tilaa viiden rivin verran, mutta tarvittaessa voi käyttää sivun toista tyhjää puolta. Orientoivien kysymysten enimmäismäärä vaihtoehtona oleva "ei osaa sanoa" on helppo vaihtoehto varsinkin kipeiden ja vaikeiden aiheiden ollessa kyseessä. Oikean vastausvaihtoehdon esiin saaminen on kuitenkin erittäin tärkeää, koska se suuntaa jatkokysymyksiä. Haastattelijan onkin hyvä kuulostella haastateltavan vihteitä ja tarvittaessa aina kysyä asiaa uudelleen mahdollisesti uudella tavalla.

Haastattelu voi varsin hyvin lähteä liikkeelle arkielämää koskevien tietojen osalta muustakin elämänsäpiiristä kuin työtoiminnasta ja edetä haastattelutilanteen tunteen mukaisesti ja täten siis haastateltavan ehdoin. Jos edetään näin, haastattelun lopussa on hyvä yhdessä haastateltavan kanssa tarkistaa, että kaikki kohdat tulivat kysytyiksi.

Myöskään yksittäisten kysymysten muoto ei ole sitovia ja asia voidaan kysyä muullakin tavalla, kunhan kysymysten idea siilytetään.

T Y Ö B L Ä M Ä

Työelämää koskevat kysymykset kohdennetaan seuraavasti:

- Kysymykset 1 - 6 kysytään kaikilta  
Kysymykset 7 - 13 kysytään työssä olleilta (vastaus kysymykseen 1=a)  
Kysymykset 14 - 19 kysytään opiskelijoilta (vastaus kysymykseen 1=c)  
Kysymykset 20 - 24 kysytään eläkeläisiltä ja sairaalalomalta olevilta (vastaus kysymykseen 1=b tai f)  
Kysymykset 25 - 29 kysytään kotirouvista (vastaus kysymykseen 1=d)  
Kysymykset 30 - 36 kysytään työttömänä olleilta (vastaus kysymykseen 8=2)  
Kysymykset 37 - 40 kysytään kaikilta

KYSYTÄÄN KAIKILTA

AR 1 Mikä hänen viimeisin työtilanteensa oli?

a) ansiotyössä

- 1 vakituisen työsuhde
- 2 määräaikainen työsuhde
- 3 satunnainen, tilapäinen työsuhde
- 4 itsenäinen yrittäjä  
(itsenäiseksi yrittäjäksi luokitellaan tiloa tuottavassa työssä olevat ei-palkkatyöntekijät, kuten liikkeenharjoittajat, maanviljelijät, taiteilijat yms.)

b) eläkkeellä, eläkkeellejäämisvuosi \_\_\_\_\_

- 1 vanhuuseläkkeellä
- 2 työkyvyttömyyseläkkeellä, syy: \_\_\_\_\_
- 3 työttömyyseläkkeellä
- 4 muu, mikä: \_\_\_\_\_

c) opiskelijat

- 1 akateeminen taso
- 2 keskiasteen taso (myös ammattikoulu)
- 3 ammattikursi tai vastaava
- 4 muu, mikä: \_\_\_\_\_

d) kotirouva

- 1 pitkäaikaisesti, pysyvästi
- 2 lyhytaikaisesti (äitiysloma tms. syy)

e) työtön tai lomautettu

- 1 pitkäaikaisesti (yli 6 kk)
- 2 lyhytaikaisesti (alle 6 kk)

f) sairaalalomalla, kuinka kauan sairaalaloma on kestänyt: \_\_\_\_\_ kk

g) muu, mikä: \_\_\_\_\_

AR 2. Mikä oli tarkka ammattinimike (opiskelijoilta, mihin ammattiin aikoi) ja työpaikka?

AR 3. Mikä oli hänen peruskoulutuksensa?

- 0 ei tiedä
- 1 kansakoulu
- 2 kansalaiskoulu
- 3 keskikoulu
- 4 lukio
- 5 ylioppilas
- 6 peruskoulun ala-aste
- 7 peruskoulun yläaste

AR 4. Millainen ammattikoulutus hänellä oli?

- 0 ei tiedä
- 1 ei mitään ammattikoulutusta
- 2 kussimotoinen koulutus
- 3 keskiasteen (opisto, ammattikoulu) koulutus
- 4 akateeminen koulutus
- 5 muu, mikä: \_\_\_\_\_

AR 5. Oliko hän jossain elämänsä vaiheessa ollut mukana työelämässä?

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 14
- 1 ei koskaan SIIRRY KYSYMYKSEEN 14
- 2 oli

AR 6. Kuinka pitkä oli viimeisen työsuhteen kesto (itsenäisten yrittäjien osalta tarkoitetaan työsuhteita tai -alaa)?

\_\_\_\_\_ vuotta \_\_\_\_\_ kunkautta

KYSYTÄÄN TYÖSSÄ OLLEILTA /kysymykset 7-13  
(VIITE: vastaus kysymykseen 1=a)

AR 7. Muistella mahdollisimman tarkkaan, montako työsuhdetta (toisen palveluksessa) /työalaa/itsenäinen yrittäjä hänellä oli viiden (5) viimeisen vuoden aikana.

\_\_\_\_\_ työsuhdetta/työalaa (alleiviivaa kurumat kyseessä)

AR 8. Muistatko hänen olleen työttömänä viiden (5) viimeisen vuoden aikana?

- 0 ei tiedä
- 1 ei ollut
- 2 kyllä oli

AR 9. Muistella, oliko hänellä jotain erityisiä vaikeuksia työpaikan tai pyyvyien työsuhteiden saamisessa tai itse työn tekemiseen liittyviä vaikeuksia, kuten työn raskaus, luonon palkka, epävarmuus, vaikeudet työpaikan ihmisuhteissa tms.

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 30
- 1 ei ollut SIIRRY KYSYMYKSEEN 30
- 2 oli vaikeuksia, millaisia: \_\_\_\_\_

AR 10. Kuvaalka tarkemmin, miten hän suhtautui näihin vaikeuksiin, ts. mitä nämä vaikeudet hänelle merkitsivät?

AR 11. Muistella, yrittikö hän jollain tavalla selviytyä näistä vaikeuksista.

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 30
- 1 ei yrittänyt SIIRRY KYSYMYKSEEN 30
- 2 kyllä yritti

AR 12. Kertoisitko tarkemmin, mitä hän teki korjataksaan tilannetta?

AR 13. Miten hän mielestään onnistui näissä yrityksissään?  
(SIIRRY KYSYMYKSEEN 30)

KYSYTÄÄN OPISKELIJOILTA /kysymykset 14-19  
(VIITE: vastaus kysymykseen 1=c)

AR 14. Mikä oli opintojen vaihe valmistumista silmällä pitäen?

- 0 ei tiedä
- 1 alkuvaiheessa
- 2 keskivaiheilla
- 3 loppusoralla

AR 15. Muistella, liittyikö hänen opiskeluunsa jotain erityisiä vaikeuksia.

- 0 ei tiedä SIIRRY KYSYMYKSEEN 30

- 1 ei ollut SIIRRY KYSYMYKSEEN 30  
2 oli vaikeuksia, millaisia: \_\_\_\_\_

AR 16. Kuvailekaa tarkemmin, miten hän suhtautui näihin vaikeuksiin, ts. mitä nämä vaikeudet hänelle merkitsivät.

- AR 17. Muistella, yrittikö hän jollain tavalla selviytyä näistä vaikeuksista.  
0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 30  
1 ei yrittänyt SIIRRY KYSYMYKSEEN 30  
2 kyllä yritti

AR 18. Kertoisitteko tarkemmin, mitä hän teki korjatakseen tilannetta.

AR 19. Miten hän mielestänne näissä yrityksissään onnistui?  
SIIRRY KYSYMYKSEEN 30

KYSYTÄÄN ELÄKELÄISISTÄ JA SAIRAUSLOMALLA OLEVISTA/kysymykset 20-24 (VIITE: vastaus kysymykseen 1=b tai f)

AR 20. Muistella, liitytkö eläkkeellä oloon/sairauslomalla olemiseen joltain erityisiä vaikeuksia.

- 0 ei tiedä SIIRRY KYSYMYKSEEN 30  
1 ei liittynyt SIIRRY KYSYMYKSEEN 30  
2 oli vaikeuksia, millaisia: \_\_\_\_\_

AR 21. Kuvailekaa tarkemmin, miten hän suhtautui näihin vaikeuksiin, ts. mitä nämä vaikeudet hänelle merkitsivät.

AR 22. Muistella, yrittikö hän jollain tavalla selviytyä näistä vaikeuksista.

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 30  
1 ei yrittänyt SIIRRY KYSYMYKSEEN 30  
2 kyllä yritti

AR 23. Kertoisitteko tarkemmin, mitä hän teki korjatakseen tilannetta.

AR 24. Miten hän mielestänne onnistui näissä yrityksissään?  
SIIRRY KYSYMYKSEEN 30

KYSYTÄÄN KOTIROUVINA OLLLEISTA /kysymykset 25-29 (VIITE: vastaus kysymykseen 1=d)

AR 25. Muistella, liitytkö hänen kotirouvana oloonsa joltain erityisiä vaikeuksia.

- 0 ei tiedä SIIRRY KYSYMYKSEEN 30  
1 ei SIIRRY KYSYMYKSEEN 30  
2 oli vaikeuksia, millaisia: \_\_\_\_\_

AR 26. Kuvailekaa tarkemmin, miten hän suhtautui näihin vaikeuksiin, ts. mitä nämä vaikeudet hänelle merkitsivät.

AR 27. Muistella, yrittikö hän jollain tavalla selviytyä näistä vaikeuksista.

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 30  
1 ei yrittänyt SIIRRY KYSYMYKSEEN 30  
2 kyllä yritti

AR 28. Kertoisitteko tarkemmin, mitä hän teki korjatakseen tilannetta.

AR 29. Miten hän mielestänne onnistui näissä yrityksissään?

KYSYTÄÄN VIIDEN (5) VIIMEISEN VUODEN KULUESSA TYÖTTÖMÄNÄ OLLLEISTA /kysymykset 30-36 (VIITE: vastaus kysymykseen 8=2)

AR 30. Mainitsitte hänen olleen työttömänä viiden viimeisen vuoden kuluessa kerran/pari kertaa/usein (kysymykseen 8. annetun vastauksen mukaan). Muistatteko, miten pitkiä aikoja tuo työttömyysjakso kesti?

- 0 ei muista tai ei osaa sanoa  
1 pääsääntöisesti pitkiä  
2 vaihtelevia  
3 pääsääntöisesti lyhyitä

AR 31. Oliko hän viimeksi kuluneen vuoden aikana työttömänä saamatta

työttömyyskorvausta (eli oliko hän ns. karensisjaksoilla)?

- 0 ei muista tai ei osaa sanoa  
1 ei ollut  
2 kerran  
3 useammin kuin kerran

AR 32. Liitytkö työttömänä olemiseen joltain erityisiä vaikeuksia?

- 0 ei tiedä SIIRRY KYSYMYKSEEN 37  
1 ei ollut SIIRRY KYSYMYKSEEN 37  
2 oli vaikeuksia, millaisia: \_\_\_\_\_

AR 33. Kuvailekaa tarkemmin, miten hän suhtautui näihin vaikeuksiin, ts. mitä nämä vaikeudet hänelle merkitsivät.

AR 34. Muistella, yrittikö hän jollain tavalla selviytyä näistä vaikeuksista.

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 37  
1 ei yrittänyt SIIRRY KYSYMYKSEEN 37  
2 kyllä yritti

AR 35. Kertoisitteko tarkemmin, mitä hän teki korjatakseen tilannetta.

AR 36. Miten hän mielestänne onnistui näissä yrityksissään?

KYSYTÄÄN KAIKISTA

AR 37. Oliko tulevaisuudessa tulossa ja hänen tiedossaan jokin työtilanteeseen/opiakeluun/kotirouvana oloon jne. (kysymykseen 1. annetun vastauksen mukaisesti) liittyvä muutos tai useampia muutoksia.

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 41  
1 ei ollut SIIRRY KYSYMYKSEEN 41  
2 kyllä oli, millainen/millaisia: \_\_\_\_\_

AR 38. Oliko tämä odotettavissa oleva muutos hänen mielestään myönteinen vai kielteinen?

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 41  
1 myönteinen SIIRRY KYSYMYKSEEN 41  
2 kielteinen

AR 39. Yrittikö hän jollakin tavalla vaikuttaa tähän tulevaan muutokseen ja siihen liittyviin vaikeuksiin?

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 41  
1 ei yrittänyt SIIRRY KYSYMYKSEEN 41  
2 kyllä yritti

AR 40. Miten hän mielestänne onnistui näissä yrityksissään?

A J A N K Ä Y T T Ö

AR 41. Kun ajattelette hänen jokapäiväistä elämäänsä, millaiseksi arvioitte vapaa-ajan osuuden päivittäin?

- 0 ei osaa sanoa, ei tiedä  
1 arkielämä pääsääntöisesti työnteoko (liikaa työtä)  
2 työn ja vapaa-ajan suhde sopiva (tasapainossa)  
3 elämä pääsääntöisesti vapaa-aikaa (liikaa vapaa-aikaa)  
4 muu, mikä: \_\_\_\_\_

AR 42. Muistella, koikö hän päivittäisen ajankäytöstä jollain tavoin ongelmalliseksi.

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 46  
1 ei kokenut SIIRRY KYSYMYKSEEN 46  
2 kyllä kok, missä mielessä \_\_\_\_\_

AR 43. Muistella, yrittikö hän jollain tavalla muuttaa ajankäyttöään enemmän mieleisekseen.

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 46  
1 ei yrittänyt SIIRRY KYSYMYKSEEN 46  
2 kyllä yritti

AR 44. Kertoisitteko tarkemmin, mitä hän teki korjatakseen tilannetta.

AR 45. Miten hän mielestänne onnistui näissä yrityksissään?

AR 46. Oliko hänellä jokin vapaa-ajanviettopata, joka tuotti hänelle iloa ja tyydytystä.

- 0 ei osaa sanoa

- 1 ei ollut  
2 oli, mikä: \_\_\_\_\_

AR 47. Kun ajattelette viimeisiä viikkoja, tapahtuiko hänen päivittäisessä ajankäytössään mitään merkille pantavia muutoksia, kuten harrastuksista luopumista, yksinäisyyteen vetäytymistä, aikoo hän viettää aikansa jollakin uudella tavalla tms.?

#### SOSIAALINEN VUOROVAIKUTUS

AR 48. Oliko hänellä lapsia?

- 1 ei SIIRRY KYSYMYKSEEN 51  
2 kyllä, montako? \_\_\_\_\_

AR 49. Minkä ikäisiä he ovat? \_\_\_\_\_

AR 50. Muistella, tapahtuiko hänen suhteissaan lapuissa koskaan mitään sellaista, jonka tiedätte merkinneen hänelle pettymyksiä, huolta tai murhetta.

- 0 ei osaa sanoa  
1 ei tapahtunut  
2 kyllä, mitä ja koska: \_\_\_\_\_

AR 51. Muistella, tapahtuiko hänen suhteissaan omiin vanhempiinsa koskaan mitään sellaista, jonka tiedätte merkinneen hänelle pettymyksiä, huolta tai murhetta.

- 0 ei osaa sanoa  
1 ei tapahtunut  
2 kyllä, mitä ja koska: \_\_\_\_\_

AR 52. Oliko hän

- 1 avioliitossa  
2 avoliitossa  
3 kihloissa  
4 seurustelusuhteessa  
5 ei mitään näistä SIIRRY KYSYMYKSEEN 55

AR 53. Muistella, tapahtuiko hänen avio-/avo-/kihlaus-/seurustelusuhteessaan koskaan mitään sellaista, jonka tiedätte aiheuttaneen hänelle pettymyksiä, huolta tai murhetta.

- 0 ei osaa sanoa  
1 ei tapahtunut  
2 kyllä, mitä ja koska: \_\_\_\_\_

AR 54. Muistella, tapahtuiko hänen suhteissaan avio-/avopuolisosa/kihlatusa/seurustelukumppaninsa vanhempiin koskaan mitään sellaista, jonka tiedätte aiheuttaneen hänelle pettymyksiä, huolta tai murhetta.

- 0 ei osaa sanoa  
1 ei tapahtunut  
2 kyllä, mitä ja koska: \_\_\_\_\_

KYSYTTÄÄN, JOS KYSYMYSTEN 50-51 JA 53-54 YHTEYDESSÄ ON TULLUT ESIIN VAIKEITA RISTIRIITOJA

AR 55. Muistella, yritikö hän jollain tavalla korjata tai muuttaa näitä läheisiin ihmissuhteisiin liittyviä ristiriitoja.

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 58  
1 ei yritänyt SIIRRY KYSYMYKSEEN 58  
2 kyllä yritti

AR 56. Kertoisitko tarkemmin, mitä hän teki korjatakseen näitä suhteita?

AR 57. Miten hän mielestänne näissä yrityksissään onnistui?

AR 58. Oliko hänellä sellaista luotettavaa ystävää, jonka oera ja ystävyys oli hänelle tärkeä ja merkityksellinen ja jolle tiedätte hänen voineen kertoa asioistaan?

- 0 ei osaa sanoa, ei tiedä  
1 ei ollut ketään  
2 oli, kuka: \_\_\_\_\_

AR 59. Tiedättekö hänellä olleen ystäväpiiriä, jolla oli yhteinen harrastus tai yhteisiä kiinnostuksen kohteita?

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 61  
1 ei ollut SIIRRY KYSYMYKSEEN 61  
2 oli ystäväpiiri

AR 60. Mikä tai mitkä seikat yhdistivät näitä ystävyksiä?

AR 61. Muistella, tapahtuiko hänen ystävyysuhteissaan mitään sellaista, jonka tiedätte aiheuttaneen hänelle pettymyksiä, huolta tai murhetta?

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 65  
1 ei tapahtunut SIIRRY KYSYMYKSEEN 65  
2 kyllä, mitä ja koska: \_\_\_\_\_

AR 62. Muistella, yritikö hän jollain tavalla korjata tai muuttaa näitä ystävyysuhteisiin liittyviä ristiriitoja.

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 65  
1 ei yritänyt SIIRRY KYSYMYKSEEN 65  
2 kyllä yritti

AR 63. Kertoisitko tarkemmin, mitä hän teki korjatakseen näitä suhteita.

AR 64. Miten hän mielestänne onnistui näissä yrityksissään?

AR 65. Muistella, oliko tulevaisuudessa tulossa jokin hänelle tärkeään tai tärkeisiin ihmissuhteisiin liittyvä muutos tai muutoksia?

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 69  
1 ei ollut SIIRRY KYSYMYKSEEN 69  
2 kyllä oli, millainen/millaisia: \_\_\_\_\_

AR 66. Entä oliko tämä odotettavissa oleva muutos hänen mielestään myönteinen vai kielteinen?

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 69  
1 myönteinen SIIRRY KYSYMYKSEEN 69  
2 kielteinen

AR 67. Yrittikö hän jollain tavoin vaikuttaa tähän tulevaan muutokseen ja siihen liittyviin vaikeuksiin.

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 69  
1 ei yritänyt SIIRRY KYSYMYKSEEN 69  
2 kyllä yritti

AR 68. Miten hän mielestänne onnistui näissä yrityksissään?

#### HENKILÖKUVA

AR 69. Puhuiko hän teille koskaan yksinäisyyden tunteesta?

- 0 ei muista  
1 ei  
2 kyllä, mitä hän siitä puhui: \_\_\_\_\_

AR 70. Voisitko kuvailla, miten hän suhtautui itseensä ja elämäänsä?

AR 71. Miten kuvaaisitte hänen suhtautumistaan muihin ihmisiin?

AR 72. Entä miten hän suhtautui mielestänne työhönsä?

AR 73. Oliko hänellä sellaisia päämääriä tai tavoitteita, joihin hän elämänsään pyrki, tai sellaisia tärkeitä asioita, jotka hän halusi saavuttaa?

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 76  
1 ei SIIRRY KYSYMYKSEEN 76  
2 oli, mitkä: \_\_\_\_\_

AR 74. Miten hän pyrki niitä saavuttamaan?

AR 75. Miten hän mielestänne näissä yrityksissään onnistui?

AR 76. Tuleeko mieleenne vielä jotain muuta, joka luonnehtisi sitä, millainen ihminen hän oli?

AR 77. Jos arvioitte häntä itseään, hänen elämänsä ja elämäntilanteensa sekä näitä hänen päämääriänsä, millaiset mahdollisuudet teidän mielestänne hänellä olisi tulevaisuudessa ollut saavuttaa nämä tavoitteet?

#### TALOUS

AR 78. Kun arvioitte hänen tulojaan ja elämäänsä, oliko hänen toimentulonsa viimeisen vuoden aikana mielestänne

- 0 ei osaa sanoa
- 1 oikein hyvä, runsas
- 2 riittävä
- 3 puutteellinen

AR 79. Entä muistatko, mikä hänen oma näkemyksensä toimeentulonsa riittävyydestä hänen omien sanojensa mukaan oli viimeisen vuoden aikana?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 oikein hyvä, runsas
- 2 riittävä
- 3 puutteellinen

AR 80. Entä kun arvioit hänen toimeentulonsa varmuutta tai turvallisuutta, millaista se oli viimeisen vuoden aikana?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 varmaa (jatkuvaa ja säännöllistä)
- 2 epävarmaa

AR 81. Entä oliko hänen toimeentulonsa hänen omien sanojensa mukaan viimeisen vuoden aikana

- 0 ei osaa sanoa
- 1 varmaa (jatkuvaa ja säännöllistä)
- 2 epävarmaa

AR 82. Muistella, liittyikö hänen taloudelliseen tilanteeseensa jotain erityisiä vaikeuksia.

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei ollut
- 2 oli vaikeuksia, millaisia: \_\_\_\_\_

AR 83. Kuvailkaa tarkemmin, miten hän suhtautui näihin vaikeuksiin, ts. mitä nämä vaikeudet hänelle merkitsivät.

AR 84. Muistella, yrittikö hän jollain tavalla selviytyä näistä vaikeuksista.

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei yrittänyt
- 2 kyllä yritti

AR 85. Kertoisitko tarkemmin, mitä hän teki korjatakseen tilametta.

AR 86. Miten hän mielestänne onnistui näissä yrityksissään?

AR 87. Oliko tulevaisuudessa tulossa ja hänen tiedossaan jokin taloudellisen tilanteeseen liittyvä muutos tai useampia muutoksia?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei ollut
- 2 kyllä oli, millainen/millaisia: \_\_\_\_\_

AR 88. Oliko tämä odotettavissa oleva muutos hänen mielestään myönteinen vai kielteinen?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 myönteinen
- 2 kielteinen

AR 89. Yrittikö hän jollakin tavalla vaikuttaa tähän tulevaan muutokseen ja siihen liittyviin vaikeuksiin?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei yrittänyt
- 2 kyllä yritti

AR 90. Miten hän mielestänne onnistui näissä yrityksissään?

#### A S U M I N E N

AR 91. Asuiko hän yksin vai muiden henkilöiden kanssa, keiden?

- 0 ei tiedä
- 1 asui yksin (tähän luokkaan on sijoitettu myös perheettömät tai perheestään erillään asuneet, mikäli tiedetään vain osoite eikä mahdollisesta asuintoverista ole mainintaa)
- 2 yksinhuoltaja (jos asui alaikäisten lasten kanssa)
- 3 puolison kanssa, ei lapsia (tai lapsista ei ole mainintaa)
- 4 puolison ja lasten kanssa (perheessä voi asua myös murmu, vaari tai muu sukulainen)
- 5 aikuisten lasten kanssa (tähän luokkaan sijoituvat myös lastensa perheissä asuvat vanhukset)
- 6 toisen tai molempien vanhempien (sekä sisarusten kanssa (tähän luokkaan sijoituvat myös henkilöt, jotka asuivat vanhempiensa ja omien lastensa kanssa ja vanhemmat huolehtivat henkilön lapsista)
- 7 toverin kanssa, ei alivuokralaisena (myös sisaren tai veljen kanssa asuvat)
- 8 alivuokralaisena yksin tai toverin kanssa (myös mikäli toveri on sisar tai veli)

- 9 sukulaisten tai tuttavien luona (esim. isoäidin tai tädin luona)
- 10 muulla tavalla (esim. laitoksessa tai perheessä, jossa kotiapulaisena)
- 11 asumolton (esim. asunnottomat alkoholistit)

AR 92. Missä hänen asuntonsa sijaitti?

- 0 ei tiedä
- 1 maaseudun haja-asutusalueella
- 2 maaseutuajanaana
- 3 kaupungin läheisissä
- 4 kaupungin ydinkeskustassa

AR 93. Millainen hallintasuhte hänellä oli asuntoonsa?

- 0 ei tiedä
- 1 omistusasunto
- 2 virka- tai työsuhteasunto
- 3 päävuokralaisena
- 4 alivuokralaisena
- 5 vieraana (esim. omaisten tai sukulaisten luona)
- 6 muu, mikä: \_\_\_\_\_

AR 94. Muistella, oliko hänellä asumieensa suhteen jotain erityisiä vaikeuksia.

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei ollut
- 2 oli vaikeuksia, millaisia: \_\_\_\_\_

AR 95. Muistella, yrittikö hän jollain tavalla selviytyä näistä vaikeuksista?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei yrittänyt
- 2 kyllä yritti

AR 96. Kertoisitko tarkemmin, mitä hän teki korjatakseen tilametta.

AR 97. Miten hän mielestänne näissä yrityksissään onnistui?

AR 98. Oliko tulevaisuudessa tulossa jokin asunukseen liittyvä muutos tai muutoksia?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei ollut
- 2 kyllä oli, millainen/millaisia: \_\_\_\_\_

AR 99. Oliko tämä odotettavissa oleva muutos hänen mielestään myönteinen vai kielteinen?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 myönteinen
- 2 kielteinen

AR 100. Yrittikö hän jotenkin vaikuttaa tähän tulevaan muutokseen ja siihen liittyviin vaikeuksiin?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei yrittänyt
- 2 kyllä yritti

AR 101. Miten hän mielestänne onnistui näissä yrityksissään?

#### M U U T T O H I S T O R I A

AR 102. Muistella, montako kertaa hän muutti viiden viimeisen vuoden kuluessa. Mainitkaa myös muutot samalla paikkakunnalla.

\_\_\_\_\_ kertaa

AR 103. Milloin hän viimeksi muutti? Montako viikkoa, kuukautta tai vuotta ennen kuolemaansa?

\_\_\_\_\_ vk \_\_\_\_\_ kk \_\_\_\_\_ v

AR 104. Mikä oli viimeisen muuton pääsäällinen syy?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 perheyst
- 2 työhön liittyvät syyt
- 3 terveydelliset syyt
- 4 muut syyt, mikä: \_\_\_\_\_

AR 105. Mistä hän muutti?

- 1 saman kunnan sisällä
- 2 \_\_\_\_\_ kunnasta \_\_\_\_\_ kuntaan

AR 106. Kun muistelite hänen elämänsä historiaansa, säilytyköt siihen sellaista muuttua, jolla olisi ollut erityisen suuri

painoavo tai merkitys hänen elämässään sikäli, että tuo muutto olisi aiheuttanut erityistä huolta, murhetta tai pettymyksiä?

- 0 ei tiedä SIIRRY KYSYMYKSEEN 110  
1 ei SIIRRY KYSYMYKSEEN 110  
2 kyllä

AR 107. Milloin tuo edellä mainittu erityisen merkityksellinen muutto tapahtui? Montako viikkoa, kuukautta, vuotta ennen hänen kuolemaansa?

\_\_\_\_\_ vk \_\_\_\_\_ kk \_\_\_\_\_ v

AR 108. Mistä hän tuolloin muutti ja minne?

- 1 saman kunnan sisällä  
2 \_\_\_\_\_ kunnasta \_\_\_\_\_ kuntaan

AR 109. Mikä oli tämän merkittävän muutoksen pääasiallinen syy?

- 0 ei osaa sanoa  
1 perhesyyt  
2 työhön liittyvät syyt  
3 terveydelliset syyt  
4 muut syyt, mikä: \_\_\_\_\_

AR 110. Oliko hänen asuinseudultaan muuttanut muualle hänen tuntemiaan ihmisiä?

- 0 ei osaa sanoa SIIRRY ELÄMÄNMUUTOSKYSELYYN  
1 ei SIIRRY ELÄMÄNMUUTOSKYSELYYN  
2 on

AR 111. Oliko näissä muuttajissa hänelle läheinen ihminen tai läheisiä ihmisiä?

- 0 ei osaa sanoa  
1 ei  
2 oli

AR 112. Oliko näillä muutoilla mielestänne vaikutusta hänen elämäänsä ja mielialaansa?

- 0 ei osaa sanoa  
1 ei  
2 oli, millainen vaikutus: \_\_\_\_\_

#### ELÄMÄNMUUTOSKYSELY

\*\*\*\*\*  
HAASTATTELIJALLE:

Elämäntutkimuksen tarkoituksena on selvittää, missä määrin elämän muutosten määrä ja merkitys on vaikuttanut isemurhaprosessin sen viime vaiheessa.

Depression ja itsemurhayritysten tiedetään liittyvän elämäntutkimuksiin, sen sijaan itsemurhan osalta asiaa ei ole tutkittu.

Elämäntapahtumat ja elämäntutkimukset arvioidaan samalla tavalla kuin on tehty Kansaneläkelaitoksen Mini-Suomi -tutkimuksessa, vain aikaperspektiivi on toinen (1-33).

Lopussa on isemurhan spesifisesti liittyvien elämäntapahtumien kartoitus (34 %).

Esitä kysymykset 1-33 suhteellisen nopeasti pysähtymättä yksittäiseen osioon erikseen keskustelemaan. Sen sijaan kysymyksiin 34-36 tulisi varata enemmän aikaa.

Vastausvaihtoehdot ovat seuraavat:

- Jos haastateltava ei osaa sanoa, onko kysyttävä asia X:n kohdalla tapahtunut, merkitään EI OSAA SANOA -vaihtoehto (0).

- Jos kysyttävää asiaa ei haastateltavan tietämän mukaan ole X:n kohdalla tapahtunut, merkitään EI-vaihtoehto (1).

- Jos kysymys selvästi ei ole X:n kohdalla ajankohtainen (esim. hän oli perheemänäs, opiskelija, eläkeläinen, työssä, perheeton), merkitään EI-vaihtoehto (1). Tällöin kaikkia näitä kysymyksiä ei tarvitse haastateltavalle esittää.

- Jos kysyttävä asia on toteutunut X:n kohdalla (KYLLÄ-vaihtoehto), pyydetään haastateltavaa myös arvioimaan sen merkitys X:lle ja sen mukaisesti merkitään vaihtoehto (vähäinen=2, melko suuri=3, erittäin suuri=4). Mikäli haastateltava ei osaa arvioida tapahtuman merkitystä merkitään EN OSAA ARVIoidA -vaihtoehto (5).

- Mikäli tapahtuma on sattunut kuolemaa edeltävän viikon aikana, merkitään asia kohtaan TAPAHTUNUT VIIMEISEN VIIKON AIKANA (ei=1, kyllä=2).

Seuraavassa jaksossa kysellään sellaisia asioita, joita ihmisten elämässä yleensä tapahtuu. Näitä asioita on usem kartoitettu eri tutkimuksissa. Osa kysymyksistä ei välttämättä ole tässä tapauksessa olennaisia. Osa on lisäksi sellaisia, joita on

siivuttu jo aiemmin. Haluamme kuitenkin vielä erikseen kartoittaa X:ää kohdanneita elämäntapahtumia ja elämäntutkimuksia hänen elämänsä kolmena viimeisenä kuukautena ja vielä erikseen viimeisen viikon aikana.

Toivomme teidän lisäksi arvioivan jokaisen kysymyksen yhteydessä, oliko todettu elämäntapahtuman tai elämäntutkimuksen merkitys X:lle vähäinen, melko suuri tai erittäin suuri.

Kaikki seuraavat kysymykset rajoittuvat siis ajallisesti koskemaan kuolemaa edelläneitä kolmea viimeistä kuukautta. Oliko X:n elämässä hänen kolmen viimeisen elinkuukautensa ja erityisesti viimeisen viikon aikana tapahtumat seuraavia asioita:

#### OSA 1: ELÄMÄNTAPAHTUMAT VIIMEISEN KOLMEN KUUKAUDEN AIKANA

EI	EI TIETOA	KYLLÄ ja merkitys X:lle oli päätellen hänen puheistaan, käytöksestään tms.					TAPAHTUI VIIMEISEN VIIKON AIKANA		
		vähäinen	melko suuri	erittäin suuri	en osaa arvioida	ei tietoa	ei	kyllä	
0	1	2	3	4	5	0	1	2	

EL 1	Oliko hänen työssään tapahtunut oleellinen lisäys?							Kolme kuukautta	Viimeinen viikko
EL 2	Oliko hänen työssään tapahtunut oleellinen vähennys?							0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 3	Oliko hänen vastuunsa työssään lisääntynyt?							0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 4	Oliko hänen vastuunsa työssään vähentynyt?							0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 5	Oliko hänellä ollut selviä vaikeuksia esimiehensä tai alaisensa kanssa?							0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 6	Oliko hän ollut työttömänä tai pakkolomalla?							0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 7	Oliko hänet sanottu irti työstään?							0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 8	Oliko hän vaihtanut asuntoaan?							0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 9	Oliko hänen perheeseensä tai talouteensa tullut uusi jäsen (esim. syntynyt lapsi, muuttanut sukulainen tms.)?							0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 10	Jos hän oli avio- tai avioliitossa, oliko hän asunut erossa puolisostaan työn tms. takia?							0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 11	Oliko hän asunut erossa puolisostaan keskinäisten ristiriitojen vuoksi?							0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 12	Oliko joku hänen lapsistaan muuttanut pois kotoa?							0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 13	Oliko tapahtunut muutosta siinä, miten paljon hän tapasi ystäviään?							0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 14	Oliko hänen taloudellinen tilanteensa oleellisesti parantunut?							0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 15	Oliko hänen taloudellinen tilanteensa oleellisesti huonontunut?							0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 16	Oliko hänellä ollut vakavia perheristiriitoja?							0,1,2,3,4,5	0,1,2

#### OSA 2: ELÄMÄNMUUTOKSET VIIMEISEN KOLMEN KUUKAUDEN AIKANA

EI	EI TIETOA	KYLLÄ ja merkitys X:lle oli päätellen hänen puheistaan, käytöksestään tms.					TAPAHTUI VIIMEISEN VIIKON AIKANA		
		vähäinen	melko suuri	erittäin suuri	en osaa arvioida	ei tietoa	ei	kyllä	
0	1	2	3	4	5	0	1	2	

EL 17	Oliko hän ollut vakavasti sairaana (tapahtumat mukaanluetuina)?							Kolme kuukautta	Viimeinen viikko
EL 18	Oliko joku läheinen perheenjäsen							0,1,2,3,4,5	0,1,2



ollut vakavasti sairaana?	0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 19 Oliko hänen puolisonsa kuollut?	0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 20 Oliko hänellä kuollut muu perheenjäsen tai sukulainen?	0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 21 Oliko hänen läheinen ystävänsä kuollut?	0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 22 Oliko hänellä tai hänen puolisoillaan ollut keuhkokuume?	0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 23 Oliko hänelle tai hänen puolisoilleen tehty raskaudenkeuhkokuume?	0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 24 Oliko hän siirtynyt itselleen täysin uudenlaiseen työhön?	0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 25 Oliko hän jättänyt eläkkeelle tai jättänyt ansiotyön lopullisesti?	0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 26 Oliko hän rakentanut itselleen talon tai tehnyt vanhaan taloonsa peruskorjauksen?	0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 27 Oliko hän muuttanut asuinpaikkakuntaa?	0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 28 Oliko hän mennyt avioliittoon?	0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 29 Oliko hän mennyt kihloihin?	0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 30 Oliko hän ottanut suuren velan, joka oleellisesti vaikutti hänen talouteensa?	0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 31 Oliko hän eronnut avioliitosta?	0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 32 Oliko hänelle tapahtunut pitkäaikaisen seurustelusuhteen katkeaminen?	0,1,2,3,4,5	0,1,2
EL 33 Oliko hänet tuomittu vapausrajoitukseen?	0,1,2,3,4,5	0,1,2

OSA 3: ITSEMURHAAN LIITTYVÄT ELÄMÄNTAPAHTUMAT JA MUUTOKSET

EL 34. Arveletko jonkun edellä esille tulleita elämäntapahtumia tai elämäntapamuutoksia selittävän selvästi X:n kuolemaa?

En osaa sanoa 0  
Ei 1  
Kyllä 2

Mitä ne ovat olleet (1-33)? \_\_\_\_\_

EL 35. Onko olemassa muita elämäntapahtumia/elämäntapamuutoksia viimeisen kolmen kuukauden ajalta, jotka selittävät X:n kuolemaa?

En osaa sanoa 0  
Ei 1  
Kyllä 2

Mitä ne ovat olleet? \_\_\_\_\_

EL 36. Onko mielestäme hänen koko elämänsä ajalta osoitettavissa sellaisia elämäntapahtumia, jotka selittävät X:n kuolemaa?

En osaa sanoa 0  
Ei 1  
Kyllä 2

Mitä ne ovat olleet? \_\_\_\_\_

PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ

HAASTATTELUJALLE:

Koska osa vastaajista saattaa liittää kysymyksiin moraalisia kysymyksiään, on tärkeää, että haastattelija ei ilmaise omia arvoituksiaan näissä asioissa vaan esintyy riippumattoman tutkijan roolissa päämäärinäin luotettavan kuvan luominen.

Esitä ensin kysymys ja anna vastausvaihtoehdot sen jälkeen vain, jos tarkermusta tarvitaan.

HAASTATELTAVALLE:

Seuraavat kysymykset liittyvät X:n alkoholin käyttöön. Lisäksi tutkimukseen kuuluu muutama kysymys mahdollisesta lääkkeiden liikkakäytöstä tai huumeiden käytöstä. Nämä asiat eivät ehkä ole olleet lainkaan tärkeitä X:n elämässä, mutta niiden tiedetään toisaalta usein liittyvän itsemurhiin. Toivomme teidän seuraavassa kertovan mahdollisimman avoimesti edellä mainituista asioista.

PA 1. Käytökö X elämänsä aikana alkoholia?

0 ei tietoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 11  
1 ei ollut käyttänyt SIIRRY KYSYMYKSEEN 11  
2 oli käyttänyt  
3 oli lopettanut alkoholin käytön; milloin: \_\_\_\_\_ vuotta sitten

PA 2. Miltainen oli hänen tapansa yleensä käyttää alkoholia?

0 ei tietoa  
1 vain juhlapäivinä ja erilaisissa tilaisuuksissa tai tilapäisesti  
2 lähinnä viikonloppuisin (pe, la, su)  
3 pääasiassa viikonloppuisin, jonkin verran myös viikolla  
4 suhteellisen tasaisesti lähes joka päivä  
5 muu tapa, mikä: \_\_\_\_\_

PA 3. Kuinka monta vuotta arvioitte hänen käyttäneen alkoholia edellä kuvatulla tavalla?

\_\_\_\_\_ vuotta

PA 4. Mitä alkoholijuomia hän käytti yleisimmin?

0 ei tietoa  
1 keuhkokuume  
2 olutta  
3 longdrink-juomia  
4 viiniä  
5 väkeviä alkoholijuomia

PA 5. Kuinka usein hän keskimäärin käytti alkoholijuomia viimeisen vuoden aikana?

0 ei tietoa  
1 kolme kertaa viikossa tai useammin  
2 kolme kertaa viikossa tai useammin, mutta vain jaksottain  
3 kerran tai kaksi kertaa viikossa  
4 1-3 kertaa kuukaudessa  
5 harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
6 ei käyttänyt viimeisen vuoden aikana

PA 6. Kerralla käytetty alkoholimäärä oli viimeisen vuoden aikana keskimäärin

0 ei tietoa  
1 ainakin 1 pullo väkeviä tai 1 pullo väkevää viiniä tai yli 12 pulloa olutta  
2 noin 1/2 pulloa väkeviä, 1/2 väkevää viiniä tai yli 6 pulloa olutta  
3 noin 1-3 lasillista väkeviä tai väkevää viiniä tai 1-3 pulloa olutta  
4 ei käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana

PA 7. Kuinka usein hän oli humalassa viimeisen vuoden aikana?

0 ei tietoa  
1 kolme kertaa viikossa tai useammin  
2 kerran tai kaksi kertaa viikossa  
3 1-3 kertaa kuukaudessa  
4 harvemmin kuin kerran kuukaudessa  
5 ei käyttänyt alkoholia lainkaan tai niin paljon, että olisi ollut humalassa

PA 8. Oliko hänellä mielestäme alkoholi-ongelma?

0 ei tietoa  
1 ei  
2 kyllä, miten se ilmeni: \_\_\_\_\_

PA 9. Oliko hänelle sattunut alkoholin käytön yhteydessä seuraavia asioita viimeisen vuoden aikana?

	ei tietoa	ei	kyllä
- Joutunut riitaan jonkun kanssa	0	1	2
- Joutunut käsi-kämmään tai tappeluun	0	1	2
- Joutunut tapaturmaan tai loukkaantunut	0	1	2
- Kadottanut rahaa, arvoesineitä tms.	0	1	2
- Esineitä tai vaatteita vahingoittanut	0	1	2
- Joutunut pettyykseen tai huijaukseen uhriksi	0	1	2
- Ajamut autoa alkoholin vaikutuksen alaisena	0	1	2
- Joutunut ryöstön tai varkauksen uhriksi	0	1	2
- Joutunut pidätetyksi päihtymyksen takia	0	1	2
- Joutunut väketeihin töissä	0	1	2
- Alkoholien vuoksi	0	1	2
- Käyttänyt alkoholia krapulan helpottamiseen	0	1	2
- Yrittänyt itsemurhaa	0	1	2

PA 10. Oliko häntä hoidettu alkoholin käytön vuoksi viimeisen vuoden aikana? Merkitse tarvittaessa useampi kohta.

0 ei tietoa  
1 ei

- paikka ja ajankohta
- 2 terveyskeskus, työterveysasema tai sairaalan pkl \_\_\_\_\_
- 3 yksityislääkäri \_\_\_\_\_
- 4 sairaalaoasto \_\_\_\_\_
- 5 A-koti \_\_\_\_\_
- 6 huoltola \_\_\_\_\_
- 7 A-klinikka \_\_\_\_\_
- 8 PAVI-toimisto \_\_\_\_\_
- 9 muu, mikä \_\_\_\_\_

PA 11. Oliko hän käyttänyt lääkkeitä elämänsä aikana anestesio- tai lääketieteellisiin tarkoituksiin tai huumaustarkoituksessa?

- 0 ei tietoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 13  
1 ei koskaan SIIRRY KYSYMYKSEEN 13

2 kyllä, mitkä: \_\_\_\_\_  
kuinka kauan (vuotta): \_\_\_\_\_

PA 12. Oliko em. lääkkeiden käyttöä yllännoksina tai huumaustarkoituksessa tapahtunut viimeisen vuoden aikana?

- 0 ei tietoa  
1 ei  
2 kyllä

PA 13. Oliko hän käyttänyt huumeita elämänsä aikana?

- 0 ei tietoa SIIRRY KYSYMYKSEEN 16  
1 ei SIIRRY KYSYMYKSEEN 16

2 kyllä, mitkä: \_\_\_\_\_  
kuinka kauan (vuotta): \_\_\_\_\_

PA 14. Oliko huumeiden käyttöä tapahtunut viimeisen vuoden aikana?

- 0 ei tietoa  
1 ei  
2 kyllä

PA 15. Oliko hän ollut hoidettavana lääkkeitä ja/tai huumeiden käytön vuoksi?

- 0 ei tiedossa  
1 ei  
2 kyllä, missä: \_\_\_\_\_

milloin: \_\_\_\_\_, miksi: \_\_\_\_\_

PA 16. Oliko hän käyttänyt alkoholia, lääkkeitä ja/tai huumeita kuollessaan tai siik edellisen samana päivänä tai oliko hän krapulassa?

	ei tietoa	ei	kyllä
- alkoholia	0	1	2
- lääkkeitä	0	1	2
- huumeita	0	1	2
- oliko krapulassa	0	1	2

PA 17. Lopuksi haluaisimme tietää teidän henkilökohtaisen arviomme siitä, oliko hänen alkoholinkäyttöllään (tai mahdollisella lääkkeitä tai huumeiden käytöllään) mielestänne kenties jokin osuus itsemurhan johtaneessa kehityksessä. (Lähty kuvaus vastauksesta)

HAASTATTELIJALLE: ARVIOI VASTAUKSEN PERUSTEELLA, OLIKO ALKOHOLIN KÄYTÖN MERKITYS ITSEMURHAAN JOHTANEESSA KEHITYKSESSÄ HAASTATELTAVAN MIELESTÄ

1 merkityksetön  
2 jonkin verran merkittävä  
3 merkittävä  
4 hyvin merkittävä  
5 ratkaiseva  
6 ei tiedossa

**PERHETEKIJÄT**

\*\*\*\*\*H  
HAASTATTELIJALLE:

Seuraavassa esitetään kysymyksiä, jotka liittyvät X:n lapsuudenikäiseen perheeseen ja myös nykyiseen perheeseen. Kysymykset kartoittavat useita sellaisia asioita, jotka ehkä ovat olleet vaikeita sekä X:lle että

hänen läheisilleen. Tällaiset vaikeat asiat saattavat liittyä siihen kehityskulkuun, joka johti X:n kuolemaan. Tarkoitus ei ole kuitenkaan löytää tiettyä yhtiä tai muutamaa kuoleman aiheuttamatta syytä tai varsinkin todeta, että joku tietty henkilö tai johonkukaan tiettyyn henkilöön liittyvät vaikeat asiat olisivat kuoleman aiheuttaneet. Tarkoitus on pikemminkin kerätä tietoja niistä olosuhteista, joissa X ja hänen läheisensä elivät sekä X:n lapsuudessa että viime aikoina. Mikäli haastateltava ei muista tarkkoja vuosilukuja, hän voi esittää myös arvon.

OHJE HAASTATELTAVALLE:

X:N LAPSUUDENPERHEESEEN LIITTYVISTÄ ASIOISTA HALUAISIMME TIEDÄÄ ALUKSI JOITAKIN YKSITYISKOHTIA HÄNEN VANHEMMISTAAN, SISARUKSISTAAN JA SUVUSTAAN (1-6).

- PE 1. Isän syntymävuosi: // // // //
- PE 2. Isän ammatti: \_\_\_\_\_
- PE 3. Jos isä on kuollut, kuolinvuosi: // // // //
- PE 4. Jos isä on kuollut, kuolinvuosi: \_\_\_\_\_
- PE 5. Äidin syntymävuosi: // // // //
- PE 6. Äidin ammatti: \_\_\_\_\_
- PE 7. Jos äiti on kuollut, kuolinvuosi: // // // //
- PE 8. Jos äiti on kuollut, kuolinvuosi: \_\_\_\_\_
- PE 9. Olivatko/ovatko X:n vanhemmat keskenään avioliitossa?  
1 ei  
2 kyllä; avioliiton solmimisvuosi: \_\_\_\_\_
- PE 10. Onko X:n vanhempien avioliitto päätynyt eroon?  
1 ei  
2 kyllä; avioerovuosi: \_\_\_\_\_
- PE 11. Missä X asui välittömästi vanhempiensa avioeron jälkeen?  
0 ei tietoa  
1 ei avioeroa  
2 äidin kanssa  
3 isän kanssa  
4 muualla
- PE 12. Montako lasta X:n lapsuuden perheessä oli? ///
- PE 13. Moneko lapsi X oli perheessään? //
- PE 14. Moniko sisarusista X:n lisäksi on kuollut? ///
- PE 15. Onko joku X:n lähiomaisista tai sukulaisista tehnyt itsemurhan? (ei tietoa = 0, ei = 1, kyllä = 2) //
- PE 16. Jos jotkut lähiomaisista tai sukulaisista ovat tehneet itsemurhan, niin ketkä:  
\_\_\_\_\_

OHJE HAASTATELTAVALLE:

SEURAAVAT KYSYMYKSET (17-23) KÄSITTELEVÄT X:N LAPSUUDEN JA NUORUUDEN AIKAA. TOIVON TEIDÄN NYT VASTATESSANNE MUISTELEVAN SITÄ, MILLAISIA HÄNEN ELINYMPÄRISTÖNSÄ JA ELÄMÄNSÄ OLIVAT SILLOIN, KUN HÄN OLI VIELÄ ALLE 20-VUOTIAS. (INSTRUKTIO ON TÄTÄYTTI TARPEETON SILLOIN, JOS ITSEMURHAN TEHNYT ON OLLUT ALLE 20-VUOTIAS.)

- PE 17. Missä kunnassa X vietti pääosan lapsuuttaan ja nuoruuttaan?  
Kunnan nimi: \_\_\_\_\_
- PE 18. Minkälaisessa ympäristössä hän vietti pääosan lapsuuttaan ja nuoruuttaan? (ei tietoa = 0, maaseudulla haja-asutusalueella = 1, maaseudulla taajamassa = 2, kaupungissa esikaupunkialueella = 3, kaupungissa keskustassa = 4) //
- PE 19. Minkä ikäisenä hän muutti pois lapsuuden kodistaan? (ei tietoa = 0, asuu edelleen kotona = 1, muuttanut pois \_\_\_\_\_-vuotiaana = 2) ///
- PE 20. Joutuiko X olemaan ennen 20 vuoden ikää jostain syyistä eroassa jommastakummasta tai molemmista vanhemmistaan vähintään vuoden mittaisen ajan? (JOS ON OLLUT USEAMPIA EROJA SAMASTA VANHEMMASTA, OTA HUOMIOON VAIN ENSIMMÄINEN HUOM. TÄSSÄ EI ESIM. TARKOITETA ASUMISTA TOISELLA PAIKKAKUNNALLA KOULULUKUVUOSIEN AIKANA.)

- 0 ei tietoa  
1 ei  
2 kyllä, äidistä; minkä ikäinen X oli eron aikaan: \_\_\_\_\_

- 3 kyllä, isällä;  
minkä ikäinen X oli eron alkajaisena: \_\_\_\_\_ //

PE 21. Oliko jommallakummalla vanhemmista X:n lapsuuden tai nuoruuden aikana sellaista ruuillista sairautta, joka aiheutti työkyvyttömyyden?

- 0 ei tietoa  
1 ei  
2 kyllä, äidillä  
3 kyllä, isällä //

PE 22. Oliko jommallakummalla X:n vanhemmista sellaisia mielenterveysongelmia, joiden vuoksi hän olisi ollut hoidettavana mielisairaalassa X:n lapsuuden tai nuoruuden aikana?

- 0 ei tietoa  
1 ei  
2 kyllä, äidillä  
3 kyllä, isällä //

PE 23. Tekikö jompikumpi X:n vanhemmista itsemurhayrityksiä X:n lapsuuden tai nuoruuden aikana?

- 0 ei tietoa  
1 ei  
2 = kyllä, äiti  
3 = kyllä, isä //

#### HAASTATELJALLE:

SEURAAVASSA ESITETÄÄN KYSYMYKSIÄ (24-31), JOTKA LIITTYVÄT X:N NYKYISEEN PERHEESEEN, JOHON KUULUU AVIO- TAI AVIOPUOLISO SEKÄ MAHDOLLISET LAPSET (NS. SEKUNDAARIPERHE). KYSYMYKSET KARTOITTAVAT SEKUNDAARIPERHEESEEN LIITTYVIEN TEKIJÖIDEN MAHDOLLISTA OSUUTTA SIINÄ KEHITYKSESSÄ, JOKA JOHTI VAINAJAN KUOLEMAAN. KUN HAASTATELTAVA ON JOKU SEKUNDAARIPERHEEN JÄSENISTÄ, ESIMERKIKSI AVIOPUOLISO, ON SE OTETTAVA HUOMIOON KYSYMYSTEN MUOTOILUSSA.

#### OHJE HAASTATELTAVALLE:

SEURAAVIEN KYSYMYSTEN AIKANA TOIVON TEIDÄN MUISTATELVAN X:N AIKUISIÄN TAPAHTUMIA. KUN NYT PUHUN PERHEESTÄ, TARKOITAN X:N ITSE PERUSTAMAA PERHETTÄ.

PE 24. Oliko X kuollessaan naimisissa?

- 1 naimaton  
2 avoliitossa; kauanko avoliitto oli kestänyt? \_\_\_\_v  
3 avoliitossa; kauanko avoliitto oli kestänyt? \_\_\_\_v  
4 leski  
5 eronnut

PE 25. Oliko hänellä ollut aikaisempia avoliittoja?

- 0 = ei osaa sanoa  
1 = ei  
2 = kyllä; montako: \_\_\_\_\_

PE 26. Mikäli hänellä oli aikaisempia avoliittoja, niin miten ne olivat päättyneet? (ei tietoa = 0, eroon = 1, puolison kuolemaan = 2)

1. avoliitto //  
2. avoliitto //  
3. avoliitto //

PE 27. Mikäli hänellä oli aikaisempia avoliittoja, niin miten olivat päättyneet? (ei tietoa = 0, eroon = 1, puolison kuolemaan = 2)

1. avoliitto //  
2. avoliitto //  
3. avoliitto //

PE 28. Onko aviopuolisolla/Teillä/Viimeisellä aviopuolisolla ollut sellaisia elämänongelmia, joissa on tarvittu ammattihenkilön antamaa hoitoa tai apua?

- 0 = ei osaa sanoa  
1 = ei  
2 = kyllä; millaisia ongelmia: \_\_\_\_\_

PE 29. Jos oli em. ongelmia, niin tarkenna tarvittaessa (rengasta tarvittaessa useampia vaihtoehtoja).  
Oliko hänellä

- 1 = terveydellisiä ongelmia  
2 = mielenterveysongelmia  
3 = alkoholiongelmia  
4 = taloudellisia vaikeuksia

PE 30. Onko X:n lapsilla ollut sellaisia elämänongelmia, joissa on tarvittu ulkopuolisten antamaa hoitoa tai apua?

- 0 = ei osaa sanoa  
1 = ei  
2 = kyllä; millaisia: \_\_\_\_\_

PE 31. Jos oli em. ongelmia, niin tarkenna tarvittaessa (rengasta tarvittaessa useampia vaihtoehtoja):  
Oliko jollakulla lapsista

- 1 = terveydellisiä ongelmia  
2 = mielenterveysongelmia  
3 = alkoholiongelmia  
4 = taloudellisia vaikeuksia

#### OHJE HAASTATELTAVALLE:

SEURAAVIEN KYSYMYSTEN (32-36) AIKANA TOIVON TEIDÄN MUISTATELVAN TAPAHTUMIA, JOITA SATTUI X:N ELÄMÄSSÄ VIIMEISEN VUODEN AIKANA.

PE 32. Tapahtuiko X:n lapsuuden perheessä tuon vuoden aikana jokin sellaista myönteistä tai kielteistä, jonka arvelette vaikuttaneen voimakkaasti X:ään?

- 0 ei tietoa  
1 ei  
2 kyllä

Jos tapahtui, niin mitä: \_\_\_\_\_

PE 33. Onko edellisen vuoden aikana kukaan X:n lapsuuden perheestä kuollut (ei tietoa = 0, ei = 1, isä = 2, äiti = 3, joku sisaruksista = 4)

PE 34. Tapahtuiko X:n omassa perheessä viimeisen vuoden aikana jokin sellaista myönteistä tai kielteistä, jonka arvelette vaikuttaneen voimakkaasti X:ään?

- 0 ei tietoa  
1 ei  
2 kyllä

Jos tapahtui, niin mitä: \_\_\_\_\_

PE 35. Onko edellisen vuoden aikana kukaan hänen omasta perheestään kuollut? (ei tietoa = 0, ei = 1, aviopuoliso = 2, joku lapsista = 3)

PE 36. Onko joku hänen lapsistaan muuttanut vuoden aikana pois kotoa tai muuttamassa lähiaikoina?

- 0 = ei osaa sanoa  
1 = ei  
2 = kyllä

#### HAASTATELJALLE:

Tuliko haastattelun aikana esille X:n lapsuuden- tai nykyperheen osalta mitään sellaista tekijää, joka selittäisi mielestäsi itsemurhaa perhedynaamisella kannalla? Lyhyt kuvaus tarvittaessa: \_\_\_\_\_

#### OMAISTEN JA LÄHEISTEN TILANNE KUOLEMANTAPAUKSEN JALKEEN

#### HAASTATELJALLE:

Haastattelun lopussa keskitytään haastateltavan ja X:n muiden läheisten tilanteeseen X:n kuolemaa seuraavana ajanjaksona. Yliäävän kuolemantapauksen ja erityisesti itsemurhan jälkeen ovat läheiset usein hädissäään ja saattavat kärsiä huomattavastakin sopeutumisvaikeuksista.

Kysymykset, jotka haastateltavalle esitellään, ovat avoimia.

Haastateltavan annetaan kertoa kustakin asiasta mahdollisimman vapaasti ja keskeyttämättä. Kysymysten järjestys on haastattelun luonnollisen kulun mukaan vapaasti muutettavissa. Kunkin kysymyksen jälkeen on haastateltajaa varten ohjeet siitä, mitä asioita hänen tulisi keskustelun aikana selvittää. Näitä asioita ei tarvitse kysyä suoraan, ellei se tunnu luontevalta kyseisen haastattelun ilmapiirissä. Jos joidenkin asioiden selvittely esimerkiksi haastateltavan abdistumisen takia osoittautuu hyvin vaikeaksi, ei yrityksen tarvitse ryhtyä. Tällöin riittää lyhyt selostus siitä, miksi näitä asioita ei saatu selvitettyiksi.

OM 1. Miten olette voimut X:n kuoleman jälkeen?

HAASTATETAVAN ANNETAAN KERTOJA VOINNISTAAN MAHDOLLISIMMAN VAPAASTI JA KESKEYTTAMÄTTÄ. SELVITÄ, ONKO X:N KUOLEMAN JÄLKEEN TAPAHTUNUT JOTAIN ERITYISTÄ, JOKA EI VÄLTTÄMÄTTÄ KUOLEMANTAPAUKSEEN LIITTYISIKÄÄN, MUTTA JOKA MAHDOLLISESTI SELITTÄÄ HAASTATETAVAN VOINTIA.

Vastauksen pääsisällöt kysymykseen 1. oli:

- 0 ei tietoa
- 1 voimii erinomainen, ei ongelmia
- 2 voimii kohtalainen, jonkin verran ongelmia
- 3 voimii melko huono, melko paljon ongelmia
- 4 voimii erittäin huono, ongelmat kaatuivat päälle

OM 2. Miten X:n kuolema on Teihin vaikuttanut?

ENSISIJASESTI OLLAAN KIINNOSTUNEITA HAASTATETAVASTA, MUTTA MYÖS X:N MAHDOLLISISTA LAPSIKÄ JA MUISTAKIN X:N LÄHEISISTÄ. KESKUSTELUSSA SELVITETÄÄN SEKÄ KIELTEISIÄ EITÄ MYÖNTIISIÄ VAIKUTUKSIA. KIELTEISIÄ ASIOITA SAAATTAISIVAT OLLA ESIMERKIKSI ERILAISET RUUMILLISET OIREET, ERILAISET PSYKKISET OIREET, KUOLEMAN TOIVEET TAI ITSEMURHA-AJATUKSET, TALOUDELLISET ONGELMAT JA YMPÄRISTÖN KIELTEISET ASEENTEET. MYÖNTIISIÄ ASIOITA SAAATTAISIVAT OLLA ESIMERKIKSI ELÄMÄNARVOJEN UUDELLEEN ARVIOINTI, YHTEISEN SURUN LÄHENTÄVÄ VAIKUTUS JA ITSEMURHAA EDELTÄNEEN VAIKEAN TILANTEEN LAUKEAMINEN.

Vastauksen pääsisällöt kysymykseen 2. oli:

- 0 ei tietoa
- 1 vain kielteisiä vaikutuksia
- 2 sekä kielteisiä että myönteisiä vaikutuksia
- 3 etupäässä myönteisiä mutta myös kielteisiä vaikutuksia
- 4 vain myönteisiä vaikutuksia

OM 3. Jos X:n kuoleman vaikutuksia tarkastellaan erityisesti tunteiden osalta, niin minkälaisia tunteita X:n kuolema on Teissä herättänyt?

HAASTATETAVAN ANNETAAN KERTOJA VAPAASTI HÄNTÄ KESKEYTTÄMÄTTÄ, KIRJOITETAAN LUETTELOMAISESTI NE TUNTEET, JOITA HÄN MAINITSEE.

Vastauksen pääsisällöt kysymykseen 3. oli:

- 0 ei tietoa
- 1 kertoo vain niukasti tunteistaan
- 2 kertoo vapaasti tunteistaan
- 3 kertoo hyvin vapaasti tunteistaan
- 4 ilmaisee tunteitaan kontrolloimattomasti

OM 4. Onko jokin seuraavista tunteista esiintynyt niin usein tai voimakkaana, että se on häirinnyt jokapäiväistä elämääne?

TIEDUSTELE HAASTATETAVALTA SEURAAVIEN TUNTEIDEN ESIINTYMISTÄ JA RENGASTA VASTAUKSEN MUKAINEN VAIHTOEHTO.

1 = ei 2 = kyllä

- surua	1, 2
- masennusta	1, 2
- voimatormuttia	1, 2
- syyllisyydentunteita	1, 2
- hylästyksi tulemisen tunteita	1, 2
- kaipausta	1, 2
- myötuntoa	1, 2
- ihailua	1, 2
- suuttumusta X:ää kohtaan	1, 2
- suuttumusta jotakuta muuta kohtaan	1, 2

HAASTATTELIJALLE: JOS SUUTTUMUSTA ON ESIINTYNYT, SELVITÄ KETÄ KOHTAAN.

OM 5. Millaiset X:n hautajaiset olivat?

SELVITÄ, MITEN LAAJAT HAUTAJAISET OLIVAT KOOLTAAN, KEITÄ HAUTAJAISIIN KUTSUUTIIN JA KEITÄ NIHIIN OSALLISTUI, JÄRJESTETTIINKÖ NE HILJAISUUDESSA VAI OLIKÖ KUOLINILMOITUKSESSA YLEISEMPI KUTSU JA PIDETTIINKÖ MUISTOTILAISUUTTA. SELVITÄ MYÖS MITEN HAASTATETAVA HAUTAJAISTILAISUUDEN KOKI.

Hautajainten laajuus:

- 0 ei tietoa
- 1 haudattu hiljaisuudessa
- 2 normaali hautajaiset
- 3 suuret hautajaiset

Haastatetavan mielikuva hautajainten tunnelmasta:

- 0 ei tietoa
- 1 hautajaiset olivat etupäässä raskaita kokemus
- 2 etupäässä raskaita, mutta myös helpottava kokemus
- 3 sekä raskaita että helpottava kokemus
- 4 etupäässä helpottava kokemus

OM 6. Oletko puhunut muiden ihmisten kanssa X:n kuolemasta ja siihen liittyvistä tunteistanne?

SELVITÄ, MONENKÖ HENKILÖN TAI KEIDEN KANSSA HAASTATETAVA OLI PUHUNUT SIITÄ, ETTÄ KYSESSÄ OLI (MAHDOLLISESTI) ITSEMURHA, JA MYÖS MITEN HAASTATETAVA OLI NÄMÄ KESKUSTELUT KOKENUT. ONKO JOKU LÄHEISISTÄ OLLUT NIIN JÄRKYTYNYT, ETTEI HÄNEN KANSSAAN OLE TILANTEESTA LAINKAAN VOINUT PUHUA. SELVITÄ MYÖS MITÄ ERI IHMISILLE JA ERITYISESTI X:N MAHDOLLISILLE LAPSIKÄ ON KERROTTU X:N KUOLINTAVASTA.

Itsemurhasta tai sen mahdollisuudesta keskusteleminen:

- 0 ei tietoa
- 1 itsemurhasta tai mahdollisuudesta ei oltu keskusteltu kenenkään kanssa
- 2 perheenjäsenen ja lähimpien ystävien kanssa
- 3 laajemman yhteisön kanssa

Mitä X:n lapsille oli kerrottu X:n kuolintavasta

- 0 ei tietoa
- 1 ei lapsia
- 2 kenellekään lapsista ei ole kerrottu, että kyseessä saattoi olla itsemurha
- 3 osalle lapsista on kerrottu
- 4 kaikille lapsille kerrottu

MIKÄLI OSALLE LAPSIKÄ ON KERROTTU, ETTÄ KYSESSÄ OLI ITSEMURHA, SELVITÄ TARKEMMIN, KEILLE ON KERROTTU JA KEILLE EI OLE KERROTTU.

OM 7. Tunnetteko, että olisitte tarvinnut tukea läheisiltänne X:n kuoleman jälkeen?

SELVITÄ, OLISIKÖ HAASTATETAVA TARVINNUT HENKISTÄ TUKEA, TALOUDELLISTA APUA VAI APUA JOIDENKIN TIETTYJEN ASIOIDEN HOITAMISESSA. SELVITÄ MYÖS MINKÄLAISTA TUKEA HÄN ON SAANUT, KEILTÄ LÄHEISILTÄ JA ONKO SAATU APU VASTANNUT HÄNEN TARPEITTAAN, KEILTÄ HAASTATETAVA OLISI TOIVONUT ENEMMÄN APUA JA MILLAISTA APUA HÄN OLISI TARVINNUT ENEMMÄN.

Vastauksen pääsisällöt kysymykseen 7:

- 0 ei tietoa
- 1 ei lainkaan tukea
- 2 tukea saatu, mutta liian vähän
- 3 tukea saatu lähes riittävästi
- 4 tukea saatu riittävästi

OM 8. Oletitteko tarvinnut jotakin apua ammatihenkilöiltä?

SELVITÄ, MINKÄLAISTA APUA JA MIHIN ONGELMIIN HAASTATETAVA MIELESTÄÄN OLISI APUA TARVINNUT. MISTÄ HÄN MAHDOLLISTA APUA HAKI? KYSESEEN TULEVAT ESIMERKIKSI TERVEYDENHUOLTO, KIRKKO TAI SOSIAALIHUOLTO. SELVITÄ, SAIKO HAASTATETAVA MIELESTÄÄN TARPEEKSI APUA JA MINKÄLAISTA APUA HÄN OLISI TARVINNUT ENEMMÄN. SELVITÄ MYÖS KOKEMUKSIA ERI VIRANOMAISTEN SUHTAUTUMISESTA. SELVITÄ LISÄKSI, ONKO HAASTATETAVA HAKENUT JONKIN MUUN KUIN X:N KUOLEMAAN LIITTYVÄN SYYN TAKIA APUA JOSTAKIN.

Vastauksen pääsisältö kysymykseen 8. oli:

- 0 ei tietoa
- 1 ei avuntarvetta
- 2 apua olisi tarvittu, mutta ei haettu
- 3 apua haettiin, mutta ei saatu riittävästi
- 4 apua saatiin riittävästi

#### TAUSTATIEDOT HAASTattelusta

Haastattelun suorittaja täyttää tämän osan jokaisesta tekemästään haastattelusta lukuunottamatta vainajan viimeksi tavanneen työntekijän haastattelua. Lomakkeen tarkoituksena on kerätä faktatiedot kustakin haastattelusta sekä arvioida tietojen luotettavuutta ja haastattelutilanteen rasittavuutta.

TA 1. Haastattelija: \_\_\_\_\_

TA 2. Haastateltavan nimi: \_\_\_\_\_

TA 3. Haastateltavan osoite: \_\_\_\_\_

TA 4. Haastateltavan suhde vainajaan:

- 1 äiti
- 2 isä
- 3 veli
- 4 sisar
- 5 aviopuoliso
- 6 avopuoliso
- 7 seurustelukumppani
- 8 aikuinen lapsi
- 9 lähisukulainen
- 10 hoitosuhde
- 11 muunnainen ammatillinen suhde, mikä: \_\_\_\_\_
- 12 muu; mikä: \_\_\_\_\_

TA 5. Haastattelun päivämäärä: \_\_\_\_\_

TA 6. Haastattelupaikka:

- 1 haastateltavan koti
- 2 virasto; mikä: \_\_\_\_\_
- 3 muu; mikä: \_\_\_\_\_

TA 7. Haastattelun alkamisajankohta (klo): \_\_\_\_\_

TA 8. Haastattelun päättymisajankohta (klo): \_\_\_\_\_

TA 9. Haastattelun kesto (ilman taukoja): \_\_\_\_\_

TA 10. Kuvaile haastateltavan suhtautumista tutkimukseen.

TA 11. Jos Sinun pitäisi valita yksi luonnehdinta, joka kuvaisi parhaiten haastateltavan suhtautumista tutkimukseen, mikä se olisi seuraavista?

- 1 myönteinen
- 2 asiallinen
- 3 varautunut
- 4 vihamielinen

TA 12. Milläiseksi arvioit haastateltavan yhteistyöhalukkuuden haastattelun aikana?

- 1 yhteistyöhaluinen
- 2 kohtalaisen yhteistyöhaluinen
- 3 heikosti yhteistyöhaluinen
- 4 yhteistyöhaluton

TA 13. Kuvaile haastateltavan suhtautumista itseesi?

TA 14. Jos Sinun pitäisi valita yksi luonnehdinta, joka kuvaisi parhaiten haastateltavan suhtautumista itseesi, mikä se olisi seuraavista?

- 1 myönteinen
- 2 asiallinen
- 3 varautunut
- 4 vihamielinen

TA 15. Mahdollisia muita erityishuomioita haastattelutilanteesta tai haastateltavasta (esim. häiriötekijät; poikkeukset tutkimuksessa yleensä käytetyistä menetelmistä):

TA 16. Kuvaile omia tunteitasi haastattelun aikana.

TA 17. Kuvaile omia tunteitasi haastateltavaa kohtaan.

TA 18. Arvioi haastateltavan antamien tietojen luotettavuutta.

- 1 luotettavia (voit jättää vastaamalla kysymykseen 19)
- 2 osittain luotettavia, osittain epäluotettavia; minkä lomakkeiden osalla epäluotettavia:
- 3 epäluotettavia

TA 19. Minkä vuoksi haastateltavan antamat tiedot ovat arviosi mukaan epäluotettavia?

TA 20. Haastattelijan arvio haastateltavan sopeutumisesta tapahtumaan ja mahdollisesta avun tarpeesta:

- 1 haastateltava näytti sopeutuneen hyvin tilanteeseen
- 2 haastateltava saattaa jossain määrin tarvita apua tilanteessaan, mutta tilanne ei näyttänyt luotettavalta
- 3 haastateltava tarvitsisi selvästi apua
- 4 tilanne lähellä romahdusta, vaatii välitöntä interventiota

TA 21. Armituinko haastateltavalle jokin ohje, suositus tai hoitoonohjaus?

#### SAIRAUKERTOMUKSISTA KERÄTTÄVÄT TIEDOT

Tälle lomakkeelle kerätään itsemurhan tehneen henkilön sairauskertomuksista tietoja hänen ongelmistaan ja niiden hoidosta. Kerää tiedot ja täytä lomake ennen kuin haastateltet potilasta hoidannut henkilöä. Jos jokin kysyttyä tietoa ei sairauskertomuksista löydy, merkitse "ei tietoa".  
Merkitse avoimiin kohtiin kysytyä asia, vaihtoehtoisista renkaista sopiva.

SA 1. Kuolemasta taaksepäin laskettu aika, joka on kulumut vainajan ensimmäisestä psykiatrisesta hoitokontaktista.

Hoitotulopäivämäärä \_\_\_\_\_

SA 2. Kuolemasta taaksepäin laskettu viimeisestä kontaktista terveydenhuoltopalveluihin kulumut aika.

SA 3. Ensimmäisen psykiatrisen sairaalahoidon sairaalaan sisäänsisäkirjoitus- ja uloskirjoituspäivämäärät

sisäänsisäkirjoitettu \_\_\_\_\_  
uloskirjoitettu \_\_\_\_\_

SA 4. Psykiatrisen sairaalahoidon lukumäärä \_\_\_\_\_

SA 5. Viimeisen psykiatrisen sairaalahoidon sairaalaan sisään- ja uloskirjoituspäivämäärät sekä diagnoosit

sisäänsisäkirjoitettu \_\_\_\_\_  
uloskirjoitettu \_\_\_\_\_  
diagnoosinumero kirjoitettu diagnoosi \_\_\_\_\_

SA 6. Viimeiseen psykiatrisen sairaalahoidon tulotapa

- 1 päivystys
- 2 sovitusti (ei päivystys)

SA 7. Viimeisen psykiatrisen sairaalahoidon hoitotapa

- 1 tahdonvastainen (MT II -päättökäellä)
- 2 vapaaehtoinen

SA 8. Yhteenlaskettu psykiatrisen sairaalahoitovuorokausien lukumäärä viimeisen vuoden aikana kuolemasta taaksepäin laskettuna.

SA 9. Yhteenlaskettu psykiatrisen avohoitokäyntien lukumäärä viimeisen vuoden aikana kuolemasta taaksepäin laskettuna.

SA 10. Viimeiseen psykiatrisen avohoidon hoitokertomukseen merkityt diagnoosit

diagnoosinumero	kirjoitettu diagnoosi
1	_____
2	_____
3	_____
jne	_____

SA 11. Viimeinen psykiatrisen sairauksettomuksen mukainen lääkehoito

lääkevalmiste	tablettivahvuus	annosteluohje
1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____
jne	_____	_____

SA 12. Viimeisen psykiatrisen hoitajakson sairauksettomuksen hoitosuunnitelmalomakkeesta

- 1 potilaan esittämät ongelmat: \_\_\_\_\_
- 2 työntehtävien/työryhmän arvioimat ongelmat: \_\_\_\_\_
- 3 hoidon tavoitteet: \_\_\_\_\_
- 4 GAS-luokka hoitosuunnitelmalomakkeen kohdasta "psykkinen tila" \_\_\_\_\_

SA 13. Viimeisen psykiatrisen hoidon (avo- tai sairaalahoito) päätymislapsi, jos hoito oli päätynyt ennen kuolemaa

- 1 päätynyt sovitusti
- 2 keakeytynt
- 3 ei tietoa

SA 14. Aikaisempien sairauksettomuksiä ilmenevien isemurhayritysten ajankohdat

päivämäärä
1
2
3
4
5

SA 15. Millaista oli potilaan suhtautuminen hänen saamaansa psykiatriseen hoitoon viimeisen hoitajakson aikana?

- 1 myönteistä
- 2 kielteistä
- 3 välipiläntäöntä
- 4 ei osaa sanoa

SA 16. Potilaalle asetetut somaattisia sairauksia kuvaavat diagnoosit viimeisten 5 vuoden ajalta

diagnoosinumero	kirjoitettu diagnoosi
1	_____
2	_____
3	_____

**KYSYMYKSET ITSEMURHAN TEHNEEN POTILAAN/ASIAKKAAN HOIDOSTA PÄÄASIALLISESSA HOITOVASTUUSSA VIIMEISEN VUODEN AIKANA OLLELLE HOITAVALLE HENKILÖLLE**

HAASTATTELUJALLE:

Tätä lomaketta käytetään haastateltaessa itsemurhan tehneen potilaan hoidosta pääasiallisessa hoitovastuussa viimeisen vuoden aikana ollutta hoitavaa henkilöä. Hoidosta pääasiallisessa hoitovastuussa ollella henkilöllä tarkoitetaan sitä hoitopisteen työntekijää, johon potilaalla/asiakkaalla on ollut hoito-/asiakasuhde. Hoito- tai asiakassuhteella tarkoitetaan sellaista ammatillista vuorovaikutussuhdetta, jossa tavoitteellisesti pyritään jonkin sovitun ongelman/ joidenkin sovitujen ongelmien selvittelyyn ja/ tai ratkaisemiseen ja joka sisältää sopimuksen tapaamisista tai muista yhteydenotoista. Esimerkiksi mielenterveysuimiston erikoissairaanhoidajan hoidossa olleen potilaan kohdalla haastatellaan sitä erikoissairaanhoidajaa eikä potilaan hoidon suunnittelusta vastuussa ollutta lääkäriä.

Osastohoidossa olleen potilaan kohdalla haastatellaan sitä hoitavaa henkilöä, joka tunsi potilaan parhaiten.

Jos potilas/asiakas on avohoidossa käynyt useammassa hoitopaikassa, haastatellaan sitä potilaata hoivannutta henkilöä, jonka vastaanotolla potilaan/asiakkaan käyntifrekvenssi on ollut titein. Jos tämä hoitava henkilö kieltäytyy haastattelusta, haastatellaan toissijaisessa hoitovastuussa ollutta hoitavaa henkilöä.

Lomakkeen sisältämillä kysymyksillä on tarkoituksena selvitää tekijöitä, jotka liittyvät

- potilaan/asiakkaan hoitoon hakeutumiseen (kysymykset 5-10)
- potilaan/asiakkaan ongelmien, psykkinen häiriön, isemurhavaaran ilmeneemiseen hoidon aikana (kysymykset 11-29)
- potilaan/asiakkaan saaman hoidon sisältöön (kysymykset 30-57)
- potilaan/asiakkaan saaman hoidon vaikutuksiin (kysymykset 58-61)
- potilaan/asiakkaan suhtautumiseen hänen saamaansa hoitoon (kysymykset 62-64)
- hoitavan henkilön suhtautumiseen potilaan/asiakkaan isemurhaan (kysymykset 65-68)

Niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät ole olleet psykiatrisessa hoidossa, kysytään vain kysymykset 1-31 ja kysymykset 62-68.

Tehdesäsi haastattelu rengasta kunkin kysymyksen kohdalla sopivin vaihtoehto. Avointen kysymysten kohdalla merkise muistiin haastateltavan antaman vastauksen keskeinen sisältö. Tyhjiä lomake annetaan haastateltavalle kysymysvaihtoehtojen hahmotuksiseksi. Pyri löytämään luotettava vainaja tarkoitava ilmaisu tai ilmaisu, esim. "potilas"/"vainaja"/mahdollisesti potilaan nimi. Käytä tässä/ tässä ilmaisuja tai sanoja "hän" sen mukaan mikä tuntuu sopivalta niissä kohdoin, joihin on merkitty "X".

\*\*\*\*\*

Vainajan nimi ja sosiaaliturvaturmus \_\_\_\_\_

Haastattelija \_\_\_\_\_

Lääni \_\_\_\_\_

Haastattelun ajankohda \_\_\_\_\_

HO 1. Haastateltavan identifiointi

- 1 nimi: \_\_\_\_\_
- 2 ikä: \_\_\_\_\_
- 3 sukupuoli: \_\_\_\_\_
- 4 ammatti: \_\_\_\_\_
- 5 ammattiin valmistumisvuosi: \_\_\_\_\_
- 6 psykoterapiakoulutus: \_\_\_\_\_
- 7 nykyisessä työpaikassa toimimisaika: \_\_\_\_\_
- 8 tiesitkö X:n kuolemasta ennen yhteydenottoa?
  - 1 ei
  - 2 kyllä

HO 2. Haastateltavan työpaikka

- 1 terveyskeskus
- 2 yksityinen työterveyshuolto
- 3 muu lääkäri (ei psykiatri)
- 4 terveyskeskuspsykologi
- 5 yksityispsykiatri
- 6 yksityispsykologi
- 7 mielenterveysuimisto
- 8 psykiatrisen poliklinikka
- 9 nuorisopoliklinikka tai nuorisosaerna
- 10 psykiatrisen sairaalaoaston tai päiväoasto
- 11 somaattinen sairaalaoasto tai poliklinikka
- 12 A-klänikka
- 13 kasvatus- tai perheneuvola
- 14 perheasiain neuvottelukeskus
- 15 muu hoitopaikka, mikä: \_\_\_\_\_

HO 3. Oliko X isemurhatetkellä sinun hoidossasi?

- 1 ei
- 2 kyllä

HO 4. Oliko X isemurhatetkellä hoidossa muualla?

- 0 ei tiedä
- 1 ei
- 2 terveyskeskuksessa
- 3 yksityisessä työterveyshuollossa
- 4 muun lääkäriin (ei psykiatrisin hoidossa)
- 5 terveyskeskuspsykologin hoidossa
- 6 yksityispsykiatrin hoidossa
- 7 yksityispsykologin hoidossa
- 8 mielenterveysuimistossa
- 9 psykiatrisen poliklinikalla
- 10 nuorisopoliklinikalla tai nuorisosaemalla
- 11 psykiatrisella sairaalaoastolla tai päiväoastolla
- 12 somaattisella sairaalaoastolla tai poliklinikalla
- 13 A-klänikalla
- 14 kasvatus- tai perheneuvolassa

- 15 perheasiain neuvoteluksessa  
16 muussa hoitopaikassa, mistä: \_\_\_\_\_

#### HOITOON HAKEUTUMINEN

HO 5. Minkä ongelmien vuoksi X itse sanoi hakeutuneensa tai hänet toimitettiin hoitoon tämän hoitojakson yhteydessä?

HO 6. Sanoiko hän hakeutuneensa tai toimitettiin hänet hoitoon tämän hoitojakson yhteydessä (merkitse tarvittaessa useampi vaihtoehto)?

- 1 psyykkisten oireiden vuoksi
- 2 psyykkisen häiriön tai sairauden vuoksi
- 3 itsemurha-aikeiden tai -ajatusten vuoksi
- 4 itsemurhayritysten vuoksi
- 5 somaattisen sairauden tai oireen vuoksi
- 6 sosiaalisten ongelmien vuoksi
- 7 muusta syystä, mistä: \_\_\_\_\_

HO 7. Mikä oli sinun käsityksesi niistä X:n ongelmista, joiden vuoksi hän hakeutui tai hänet toimitettiin hoitoon tämän hoitojakson yhteydessä? Luettele ongelmat:

HO 8. Hakeutuiko hän tai toimitettiin hänet sinun käsityksesi mukaan hoitoon tämän hoitojakson yhteydessä (rengasta tarvittaessa useampi vaihtoehto)?

- 1 psyykkisten oireiden vuoksi
- 2 psyykkisen häiriön tai sairauden vuoksi
- 3 itsemurha-aikeiden tai -ajatusten vuoksi
- 4 itsemurhayritysten vuoksi
- 5 somaattisen sairauden tai oireen vuoksi
- 6 sosiaalisten ongelmien vuoksi
- 7 muusta syystä, mistä: \_\_\_\_\_

HO 9. Miten pitkän ajan X:n ongelmat olivat kestäneet ennen kuin hän hakeutui tai hänet toimitettiin hoitoon tämän hoitojakson yhteydessä?

\_\_\_\_\_ kuukautta/vuotta (tarpeeton pyyhäytään yli)

HO 10. Kenen aloitteesta X hakeutui tai toimitettiin hoitoon tämän hoitojakson yhteydessä?

- 0 ei tiedä
- 1 omasta aloitteestaan
- 2 avio- tai avopuolison aloitteesta
- 3 vanhemman aloitteesta
- 4 ohjattu muusta hoitopaikasta
- 5 jonkun muun aloitteesta, keneltä: \_\_\_\_\_

#### ONGELMIEN ILMENEMINEN HOIDON AIKANA

HO 11. Mikä on käsityksesi niistä X:n ongelmista, joiden vuoksi hän oli viimeisen 3 kk:n aikana hoidossasi? Luettele ongelmat:

HO 12. Oliko X:llä mielestäsi psyykinen häiriö?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei ollut
- 2 oli

HO 13. Mihin seuraavista diagnoosiryhmistä sijoittaisit X:n diagnoosin?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 kriisireaktio
- 2 neurootittainen häiriö
- 3 persoonallisuushäiriö
- 4 alkoholin tai lääkkeiden väärinkäyttö
- 5 psykoottittainen häiriö
- 6 joku muu, mikä: \_\_\_\_\_

HO 14. Oliko X mielestäsi masentunut?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei ollut
- 2 oli

HO 15. Miksi X mielestäsi teki/olisi tehnyt (jos kyseessä kuolema, jonka syy on epäselvä) itsemurhan?

HO 16. Tuliko X:n kuolema sinulle yllätyksenä?

- 1 ei
- 2 kyllä

HO 17. Tekikö X hoidossasi ollessaan itsemurhayrityksiä, jotka eivät johtaneet

kuolemaan?

- 0 ei tiedä
- 1 ei
- 2 teki, montako: \_\_\_\_\_

SIIRRY KYSYMYKSEEN 22  
SIIRRY KYSYMYKSEEN 22

HO 18. Milloin tämä itsemurhayritys tai nämä itsemurhayritykset tapahtuivat? Anna kullekin itsemurhayritykselle järjestysnumero varhaisimmasta viimeiseen, kirjoita järjestysnumeron jälkeen ajankohta.

1. \_\_\_\_\_pv \_\_\_\_\_vk \_\_\_\_\_kk \_\_\_\_\_v ennen X:n kuolemaa
2. \_\_\_\_\_pv \_\_\_\_\_vk \_\_\_\_\_kk \_\_\_\_\_v ennen X:n kuolemaa
3. \_\_\_\_\_pv \_\_\_\_\_vk \_\_\_\_\_kk \_\_\_\_\_v ennen X:n kuolemaa
4. \_\_\_\_\_pv \_\_\_\_\_vk \_\_\_\_\_kk \_\_\_\_\_v ennen X:n kuolemaa

HO 19. Kertoiko X sinulle, miksi hän oli aiemmin yrittänyt itsemurhaa?

- 1 ei kertonut
- 2 kertoi; millaisia selityksiä hän antoi itsemurhayritykselleen/-yrityksilleen: \_\_\_\_\_

HO 20. Tuleeko mieleesi sellaisia asioita tai tapahtumia niiden itsemurhayritysten ajoilta, jotka olivat saattaneet vaikuttaa siihen, että hän teki e.m. itsemurhayrityksen/-yrityksiä?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei
- 2 kyllä, kuvaile näitä e.m. asioita tai tapahtumia: \_\_\_\_\_

HO 21. Oliko X:n viimeinen itsemurhayritys, joka ei johtanut kuolemaan, mielestäsi kuolemanpyrkimykseksi?

- 1 hyvin lievä
- 2 lievä
- 3 melko vakava
- 4 vakava
- 0 ei osaa sanoa

HO 22. Kertoiko X sinulle koskaan itsemurha-aikeistaan tai siitä, että hänellä oli itsemurha-ajatuksia?

- 1 ei
  - 2 kyllä
- SIIRRY KYSYMYKSEEN 25

HO 23. Milloin hän ensimmäisen kerran kertoi itsemurha-aikeistaan tai -ajatuksistaan?

\_\_\_\_\_pv \_\_\_\_\_vk \_\_\_\_\_kk \_\_\_\_\_v ennen kuolemaansa

HO 24. Miten usein hän sen jälkeen puhui sinulle itsemurha-aikeistaan tai -ajatuksistaan?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei maininnut enää sen jälkeen
- 2 mainitsi kerran
- 3 mainitsi muutamia kertoja
- 4 mainitsi usein

HO 25. Kysyttiinkö häneltä hoidon aikana, onko hänellä itsemurha-aikeita tai -ajatuksia?

- 0 ei osaa sanoa
  - 1 ei
  - 2 kyllä
- SIIRRY KYSYMYKSEEN 29  
SIIRRY KYSYMYKSEEN 29

HO 26. Milloin ensi kertaa kysyttiin itsemurha-aikeista tai -ajatuksista?

- 1 hoitoon tullessa
- 2 hoitosuunnitelmaa tehtäessä
- 3 hoidon kuluessa
- 4 hoidon viime vaiheessa

HO 27. Mitä X vastasi, kun häneltä kysyttiin hänen itsemurha-aikeistaan tai -ajatuksistaan?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 kielsi itsemurha-aikeet tai -ajatukset
- 2 ei kieltänyt eikä myöntänyt itsemurha-aikeita tai -ajatuksia
- 3 myönsi itsemurha-aikeet tai -ajatukset
- 4 joiain muuta, mitä: \_\_\_\_\_

HO 28. Olivatko hänen itsemurha-aikeensa tai -ajatuksensa mielestäsi

- 1 hyvin lieviä
- 2 lieviä
- 3 melko vakavia
- 4 vakavia
- 0 ei osaa sanoa

HO 29. Tuleeko mieleesi mitään muuta X:n tekemää tai sanomaa, joka olisi jollain tavoin saattanut viitata siihen, että hän suunnitelti itsemurhaa?

- 1 ei
- 2 kyllä, mitä: \_\_\_\_\_

HOIDON SISÄLTÖ

HO 30. Mitkä olivat mielestäsi X:n hoidon keskeiset tavoitteet viimeisen 3 kk:n aikana?

HO 31. Oliko X:n hoidon tavoitteena viimeisen 3 kk:n aikana jokin tai jotkin seuraavista?

- 1 somaattisen sairauden tai oikeen hoitaminen
- 2 psyykkisten oireiden lievitäminen tai poistaminen
- 3 psykososiaalisen toimintakyvyn parantaminen
- 4 perhe-tilanteen selvittely tai muuttaminen
- 5 sosiaalisen tilanteen selvittely tai muuttaminen
- 6 itsemurhavaaran lievitäminen tai poistaminen
- 7 jokin muu, mikä: \_\_\_\_\_

HO 32. Mitkä seuraavista kuuluivat X:n saamiin psykiatrisiin hoitomuotoihin viimeisen 3 kk:n aikana?

- 1 psykiatriset lääkkeet
- 2 sähköshokkihoito
- 3 jokin muu biologinen hoitomuoto, mikä: \_\_\_\_\_
- 4 psykiatriset yksilötapaamiset
- 5 perhetapaamiset
- 6 sosiaalinen tuki
- 7 sairaala- tai päiväosastohoito
- 8 muu, mikä: \_\_\_\_\_

KYSYMYKSET 33-35 ESITETÄÄN VAIN, JOS X:N HOITOOON KUULUI PSYKENEULÄÄKKEHOITOA VIIMEISEN 3 KK:N AIKANA. SÄHKÖSHOKKIHOITO KOSKEVAT KYSYMYKSET ESITETÄÄN SAIRAALAHOITOA KOSKEVIEN KYSYMYSTEN YHTYDESSÄ SILLOINKIN, KUN SE ON TAPAHTUNUT AVOHOIDOSSA.

HO 33. Miten pitkään X:n psykiatriset lääkkeet olivat kestäneet yhtäjaksoisesti?

\_\_\_\_\_ pv \_\_\_\_\_ vk \_\_\_\_\_ kk \_\_\_\_\_ v ennen X:n kuolemaa

HO 34. Oliko X:n psykiatriset lääkkeet tapahtunut merkittäviä muutoksia viimeisen 3 kk:n aikana avohoidossa (esim. lääkkeen nimen tai -valmisteen muutokset, psykiatrisen lääkehoidon lopettaminen)?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei
- 2 oli, millaisia: \_\_\_\_\_

milloin: \_\_\_\_\_ pv \_\_\_\_\_ vk \_\_\_\_\_ kk ennen X:n kuolemaa

HO 35. Miten säännöllisesti X käsitteesi mukaan käytti hänelle säännöllisesti määrättyä psykiatrisia lääkkeitä viimeisen 3 kk:n aikana?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 säännöllisesti
- 2 melko säännöllisesti
- 3 epäsäännöllisesti
- 4 ei käyttänyt lainkaan

HO 36. Kuuluiko X:n hoitoon psykiatrisia yksilö-, ryhmä- tai perhetapaamisia viimeisen 3 kk:n aikana?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei
- 2 kyllä

HO 37. Kuuluiko X:n hoitoon psykiatrisia yksilötapaamisia?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei
- 2 kyllä

KYSYMYKSET 38-41 ESITETÄÄN VAIN, JOS X:N HOITOOON KUULUI PSYKIATRISIA YKSILÖTAPAAMISIA VIIMEISEN 3 KK:N AIKANA.

HO 38. Miten usein X kävi yksilötapaamisissa?

\_\_\_\_\_ kertaa viikossa/kuukaudessa  
(tarpeeton pyyhätään yli)

HO 39. Miten pitkään X:n yksilötapaamiset olivat kestäneet?

\_\_\_\_\_ kuukautta

HO 40. Oliko X:n yksilötapaamisten tarkoitus vielä jatkoa?

- 1 ei
- 2 kyllä, miten pitkään: \_\_\_\_\_

HO 41. Miten säännöllisesti X kävi yksilötapaamisissa viimeisen 3 kk:n aikana?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 säännöllisesti
- 2 melko säännöllisesti
- 3 epäsäännöllisesti
- 4 ei käynyt lainkaan

HO 42. Kuuluiko X:n hoitoon perhetapaamisia viimeisen kolmen kuukauden aikana?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei
- 2 kyllä

KYSYMYKSET 43-47 ESITETÄÄN VAIN, JOS X:N HOITOOON KUULUI PERHETAPAAMISIA VIIMEISEN 3 KK:N AIKANA.

HO 43. Ketkä osallistuivat X:n perhetapaamisiin?

- 1 X:n lisäksi hänen vanhempansa tai sisarensa
- 2 X:n lisäksi hänen aviopuolisonsa tai lapsensa
- 3 X:n lisäksi hänen aviopuolisonsa
- 4 joku muu, ketkä: \_\_\_\_\_

HO 44. Montako kertaa X:n perhettä tavattiin?

\_\_\_\_\_ kertaa

HO 45. Miten usein X:n perhettä tavattiin?

\_\_\_\_\_ kertaa viikossa/kuukaudessa  
(tarpeeton pyyhätään yli)

HO 46. Oliko X:n perheen perhetapaamisten tarkoitus vielä jatkoa?

- 1 ei
- 2 kyllä, miten pitkään: \_\_\_\_\_ kk/kertaa  
(tarpeeton pyyhätään yli)

HO 47. Miten säännöllisesti X:n perhetapaamiset toteutuivat viimeisen 3 kk:n aikana?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 säännöllisesti
- 2 melko säännöllisesti
- 3 epäsäännöllisesti
- 4 ei toteutunut lainkaan

KYSYMYKSET 48-56 ESITETÄÄN VAIN, JOS X OLI HAASTATETAVAN PSYKIATRISISSA HOIDOSSA PSYKIATRISISSA TAI SOMAATTISISSA SAIRAALASSA TAI PÄIVÄOSASTOLLA VIIMEISEN 3 KK:N AIKANA. MUUSSA TAPAUKSESSA SIIRRY KYSYMYKSEEN 57.

HO 48. Millaisella osastolla X oli hoidettavana?

- 1 suljettu kokovuorokausiosasto
- 2 avoin kokovuorokausiosasto
- 3 päiväosasto
- 4 muu, mikä: \_\_\_\_\_

HO 49. Oliko X:n psykiatriset lääkkeet tapahtunut merkittäviä muutoksia viimeisen viikon aikana (esim. lääkkeen nimen tai -valmisteen muutokset, psykiatrisen lääkehoidon lopettaminen)?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei
- 2 oli, millaisia: \_\_\_\_\_

milloin: \_\_\_\_\_ päivää ennen X:n kuolemaa



**KYSYMYKSET 50-51 ESITETÄÄN VAIN, JOS X:N HOITOON KULUI SÄHKÖSHOKKI-HOITOA VIIMEISEN 3 KK:N AIKANA.**

HO 50. Montako kertaa X oli saanut sähköshokkihoitoa viimeisen 3 kk:n aikana?

\_\_\_\_\_ kertaa

HO 51. Oliko X:n sähköshokkihoitojen tarkoitus vielä jatkaa?

- 1 ei  
2 kyllä, montako kertaa: \_\_\_\_\_

HO 52. Oliko X:n kanssa sovittu osastohoidon lopettamisesta?

- 1 ei  
2 kyllä, milloin:  
\_\_\_\_\_pv \_\_\_\_\_vk \_\_\_\_\_kk ennen X:n kuolemaa

HO 53. Oliko X:n osastohoidon tarkoitus vielä jatkaa?

- 1 ei  
2 kyllä, miten pitkään: \_\_\_\_\_

**KYSYMYKSET 54-56 ESITETÄÄN VAIN, JOS EDELLÄ MAINITTU SAIRAALAHOITO TAI PÄIVÄOSASTOHOITO OLI JO PÄÄTTYNYT ITSEMURHAN TAPAHTUESSA.**

HO 54. Millä tavalla X:n osastohoito päättyi?

- 1 sovittu hoitosuunnitelman mukaan  
2 keskeytyi X:n aloitteesta, miksi: \_\_\_\_\_  
3 keskeytyi hoitavan lääkärin aloitteesta, miksi: \_\_\_\_\_

HO 55. Ehdotettiin X:lle hänen osastohoidonsa päättyessä psykiatrista jatkohoitoa?

- 1 ei  
2 kyllä, millaista: \_\_\_\_\_

HO 56. Millaista X:n suhtautuminen ehdotettuun psykiatriseen jatkohoitoon oli?

- 0 ei osaa sanoa  
1 myönteistä  
2 väliämiämiämiä  
3 kielteistä

HO 57. Kuuluuko X:n psykiatriseen hoitoon sosiaalisia tukimutoja?

- 1 ei  
2 kyllä, millaisia: \_\_\_\_\_

**HOIDON VAIKUTUKSET**

HO 58. Miten hyvin mielestäsi X:n psykiatrisessa hoidossa saavutettiin sille asetetut tavoitteet?

HO 59. Saavutettiin mielestäsi X:n psykiatrisessa hoidossa sille asetetut tavoitteet (itsemurhaa ei huomioida arvioimassa, ellei itsemurhan ehkäisy ollut yhtenä hoitotavoitteena)?

- 0 ei osaa sanoa  
1 huonoin etukäteen ajateltavissa ollut hoitotulos  
2 hoitotulos ei täysin vastannut asetettuja tavoitteita  
3 hoitotavoite oli saavutettu  
4 hoitotulos oli ylittänyt asetetut tavoitteet  
5 paras etukäteen ajateltavissa ollut hoitotulos

HO 60. Kertoiko X psykiatrisella hoidolla olleen viimeisten 3 kk:n aikana vaikutusta hänen itsemurha-aikeisiinsa tai -ajatuksiinsa?

- 1 ei kertonut  
2 kertoi, mitä: \_\_\_\_\_

HO 61. Oliko psykiatrisella hoidolla sinun mielestäsi viimeisen 3 kk:n aikana vaikutusta X:n itsemurha-aikeisiin tai -ajatuksiin?

- 0 ei osaa sanoa  
1 ei  
2 oli, millaisia: \_\_\_\_\_

**POTILAAAN/ASIAKKAAN SUHTAUTUMINEN HOITOON**

HO 62. Millaista X:n yleinen suhtautuminen hänen saamaansa hoitoon oli viimeisen 3 kk:n aikana?

- 0 ei osaa sanoa  
1 myönteistä  
2 väliämiämiämiä  
3 kielteistä

HO 63. Oliko X:n yleisessä suhtautumisessa hänen saamaansa hoitoon havaittavissa muutosta viimeisen 3 kk:n aikana?

- 0 ei osaa sanoa  
1 ei  
2 oli, millaista: \_\_\_\_\_

HO 64. Toiko X esiin tyytymättömyyttään johonkin erityiseen seikkaan saamaansa hoidossa?

- 0 ei osaa sanoa  
1 ei  
2 kyllä, mitään: \_\_\_\_\_

**HOITAVA HENKILÖ JA ITSEMURHA**

HO 65. Onko X:n itsemurhaa käsitelty toimipaikkasi kokouksissa tai muissa vastaavissa tilanteissa?

- 0 ei osaa sanoa  
1 ei  
2 kyllä, mutta ei riittävästi  
3 kyllä, riittävästi  
4 kyllä, liikaakin

HO 66. Onko X:n itsemurha jollakin tavalla vaikuttanut toimipaikkasi toimintaperiaatteisiin tai -tapoihin potilaiden/asiakkaiden hoidossa?

- 0 ei osaa sanoa  
1 ei  
2 kyllä, miten: \_\_\_\_\_

HO 67. Millaisia tunteita X:n itsemurha on sinussa herättänyt?

HO 68. Oletko käsitellyt X:n itsemurhan sinussa herättämiä tunteita tai ajatuksia työnhajauksessa tai muussa vastaavassa tilanteessa?

- 0 ei osaa sanoa  
1 ei  
2 kyllä, mutta ei riittävästi  
3 kyllä, riittävästi

**PSYKOSOSIAALISTEN OIREIDEN, RASITETEKIJÖIDEN SEKÄ TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI**

**HAASTATTELUJALLE:**

Psykososiaalisia oireita, rasitetekijöitä sekä toimintakykyä koskevat lomakkeen osat annetaan myös haastattelijalle luettavaksi vastaustietojen hahmottamiseksi. Merkinnät tekee kuitenkin haastattelija.

**HAASTATTELTAVALLE:**

Seuraavassa on muutamia kysymyksiä, joiden avulla pyritään selvittämään potilaan/asiakkaan mahdollisen mielenterveyshäiriön luonnetta ja vaikeusastetta. Kysymyksiin tulee vastata sen tiedon pohjalta, joka Sinulla on potilaasta/asiakkaasta.

Kysymyksiin vastataan rengastamalla kunkin oireen vaikeusastetta kuvaava numero. Seuraavassa on esitetty, miten käytät eri numeroita arvioidessasi oireen vaikeusastetta.

**Oireen vaikeusasteen numerointi:**

- 0 = en osaa sanoa, ei ole riittävästi tietoa asiasta  
1 = ei ole esiintynyt oireita  
2 = mielestäni oire on esiintynyt potilaan/asiakkaan kohdalla, mutta oire on kuitenkin ollut luonteeltaan lieväasteinen (oire esiintynyt vain osan päivästä ja viimeisten viikkojen aikana vain muutamina päivinä) ja sen vaikutus/merkkiys henkilön käyttäytymiseen/selvitykseen on ollut vähäinen.  
3 = mielestäni oire on esiintynyt potilaan/asiakkaan kohdalla ja oire on ollut luonteeltaan keskivaikea (oire on ollut havaittavissa päivän aikana lähes puolet ajasta). Oire on ajallisesti esiintynyt jo muutamien viikojen ajan siten, että se on ollut todettavissa yli puolet ajasta. Oireen vaikutus potilaan/asiakkaan käyttäytymiseen ja luonteeltaan selviytymiseen on ollut kohtalainen.  
4 = mielestäni oire on esiintynyt potilaan/asiakkaan kohdalla ja oire on ollut luonteeltaan vaikea-asteinen (oire todettavissa lähes koko päivän ajan). Oire on

esiintynyt jo muutaman viikon ajan siten, että se on ollut todettavissa lähes joka päivä. Oireen vaikutus potilaan/asiakkaan käyttäytymiseen ja huonontuneeseen selvitymyseen on ollut suuri.

\*\*\*\*\*

OIREET

OIREEN VAIKEUSASTE

- PS 1. Oliko potilas/asiakas mielestäsi masentunut tai toivoton isermurhaa edeltävänä ajankohtana? 0 1 2 3 4
- PS 2. Oliko potilaalla/asiakkaalla mielestäsi puuttanut mielihyvän kokemisesta tai kiinnostuksen kohteista? 0 1 2 3 4
- PS 3. Oliko potilas/asiakas viime aikoina selvinnyt aikaisempaa huonommin sosiaalisessa kaussäilymisessä tai ammatissaan/koulussa? 0 1 2 3 4
- PS 4. Oliko potilaalla/asiakkaalla esiintynyt viime aikoina unettomuutta? 0 1 2 3 4
- PS 5. Oliko potilaalla/asiakkaalla esiintynyt viime aikoina joidenkin kohtuuton itänsä vähättelyä tai arvottomuuden tunteita? 0 1 2 3 4
- PS 6. Oliko potilas/asiakas viime aikoina ollut tavanomaista väsyneempi? 0 1 2 3 4
- PS 7. Oliko potilas/asiakas viime aikoina ollut tavanomaista keskittymiskyvyttömämpi? 0 1 2 3 4
- PS 8. Toiko potilas/asiakas viime aikoina esille itsensä kohdistuvia syytöksiä tai oliko hänellä syyllisyydentunteita? 0 1 2 3 4
- PS 9. Oliko potilaan/asiakkaan painossa tapahtunut viime aikoina muutoksia? 0 1 2 3 4
- PS 10. Oliko potilaan/asiakkaan ruokahalussa viime aikoina tapahtunut muutoksia? 0 1 2 3 4
- PS 11. Oliko potilas/asiakas mielestäsi ollut viime aikoina kohtuuttoman hyvinvointinen tai oliko potilas/asiakas ollut ylivireän toimelias? 0 1 2 3 4
- PS 12. Oliko potilas/asiakas mielestäsi ollut viime aikoina tavanomaista puheliampi, esim. puhunut vuolaasti, jatkuva puhumisen tarve, puhunut toisten puheen päälle? 0 1 2 3 4
- PS 13. Oliko mielestäsi potilaan/asiakkaan ajatustoiminta ollut viime aikoina tavallista vilkkaampaa, esim. runsaasti ideoita, siirtymistä seuraavaan ajatukseen ennenkuin edellinen oli loppuun suoritettu? 0 1 2 3 4
- PS 14. Oliko potilas/asiakas ollut viime aikoina tavallista herkemmin asioihin reagoiva, esim. huomio kiinnittynyt liian helposti merkityksettömään ulkoisiin ärsykkeisiin? 0 1 2 3 4
- PS 15. Oliko potilas/asiakas ollut käytöksellään viime aikoina tavallista levottomampi, toimeliaampi sosiaalisesti, armatilaisesti, seksuaalisesti? 0 1 2 3 4
- PS 16. Oliko potilaan/asiakkaan käyttäytyminen mielestäsi ollut viime aikoina jotenkin omituista tai eriskummallista, esimerkiksi ollut ulkoisesti hoitamaton, puhunut itseksensä? 0 1 2 3 4
- PS 17. Oliko potilaalla/asiakkaalla ollut viime aikoina sellaisia erikoisia ajatuksia, joita voitaisiin pitää harhaluuloina, esimerkiksi tunnetta kontrolloituna olemisesta, harhaluuloista käsitelyä muista ihmisistä? 0 1 2 3 4
- PS 18. Oliko potilaalla/asiakkaalla ollut viime aikoina outoja ajatuksia tai uskomuksia, esimerkiksi selvänäkijyyttä, muut voivat minun tunteeni? 0 1 2 3 4
- PS 19. Oliko potilas/asiakas tuonut esille, että joka haluaa hänelle paha, haluaa vahingoittaa häntä? 0 1 2 3 4
- PS 20. Oliko potilas/asiakas tuonut esille kuulevansa tai näkevänsä tai tuntevansa asioita, joita muut eivät tunne eivätkä tiedä niistä, esimerkiksi näkö-, kuulo-, tai muita aistiharhoja? 0 1 2 3 4
- PS 21. Oliko potilas/asiakas mielestäsi käytöksellään korostuneen hajanainen tai esiintynyt hänellä ajatusmaailman hajaamista, ajatuksien omuista yhdistämisistä? 0 1 2 3 4
- PS 22. Oliko mielestäsi potilaan/asiakkaan kyky ilmaista tunteita jotenkin vaimentunut? 0 1 2 3 4
- PS 23. Oliko potilas/asiakas mielestäsi ollut viime aikoina itänsä vetäytyvä, muista erilleen

vetäytyvä?

- PS 24. Oliko potilaalla/asiakkaalla taipumusta korostuneesti ihannoita tai vähätellä toisia ihmisiä? 0 1 2 3 4
- PS 25. Oliko potilaalla/asiakkaalla taipumusta päivän aikana tapahtuviin nopeisiin mielialan vaihteluihin, esimerkiksi masentuneesta innostuneeksi ja päinvastoin? 0 1 2 3 4
- PS 26. Oliko potilaalla/asiakkaalla taipumusta äkkikipaisuuteen, josta esimerkkeinä vihaisuus, väkivaltaisuus, raivostuminen? 0 1 2 3 4
- PS 27. Pyytikö potilas/asiakas korostuneesti hakemaan toisten huomiota tai seuraa välttääkseen yksin olemista? 0 1 2 3 4
- PS 28. Oliko potilas/asiakas valittanut jo useiden kuukausien ajan epärealistista tai yleensä ääristä huolestuneisuutta sekä samanaikaista tuskaisuutta ja ahdistuneisuutta, joihin oli erilaisia somaattisia tunteita ilman että ahdistus oli missään vaiheessa ollut luonteeltaan paniikinomaisia kontrollin menettämisen pelkoa? 0 1 2 3 4
- PS 29. Oliko potilaalla/asiakkaalla esiintynyt viime aikoina voimakkaita pahanolontunteita tai pelkoja, joihin oli liittynyt sivistä jännitystä, ahdistusta, kauhua tai kontrollin menettämisen pelkoa, joka kehittyi paniikin omaiseksi kohtaukseksi? 0 1 2 3 4
- PS 30. Jos potilaalla/asiakkaalla oli esiintynyt paniikin omia kohtauksia, liittykö niihin sellaisen paikkojen tai tilanteiden pelkoa, joissa paniikkikohtaus olisi voinut uusia? 0 1 2 3 4
- PS 31. Oliko potilaalla/asiakkaalla voimakasta epävarmuutta oman identiteettinsä suhteen? 0 1 2 3 4
- PS 32. Oliko potilaalla/asiakkaalla vaikeuksia tehdä pitkänjähtäinen suunnitelmaa, esimerkiksi valita ammatia? 0 1 2 3 4
- PS 33. Oliko potilaalla/asiakkaalla epävarmuutta ystävyssuhteiden solmimisessa tai seksuaalisessa käyttäytymisessään? 0 1 2 3 4
- PS 34. Oliko potilaalla/asiakkaalla epävarmuutta uskonnollisessa suuntautumisessaan tai moraalisisissa arvoissa? 0 1 2 3 4
- PS 35. Oliko potilaalla/asiakkaalla epävarmuutta kuulumisessaan erilaisiin ryhmiin, esimerkiksi suhtautumisessa perheeseensä, toveripiiriinsä? 0 1 2 3 4

EDELLÄMAINITTUIJEN OIREIDEN LISÄKSI PYYDETÄÄN HAASTATELTAVAA TEKEMÄÄN VIELÄ SEURAAVAT NUMEROINNIN SUHTEEN EROAVAT ARVIOT

PS 36. Esiintykö potilaan/asiakkaan masentunut mieliala pitkäaikaisesti ilman parempia jaksoja?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei esiintynyt
- 2 alle kaksi vuotta
- 3 yli kaksi vuotta

PS 37. Käyttikö potilas/asiakas mielestäsi kohtuuttomasti alkoholia?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei käytänyt
- 2 käytti kohtuuttomasti

PS 38. Käyttikö potilas/asiakas lääkkeitä väärin?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei käyttänyt
- 2 käytti väärin; mitä lääkkeitä: \_\_\_\_\_

PS 39. Käyttikö potilas/asiakas huumeita?

- 0 ei osaa sanoa
- 1 ei käyttänyt
- 2 käytti väärin; mitä huumeita: \_\_\_\_\_

PSYKOSOSIAALISTEN RASITTEKIJÖIDEN KOKONAISARVIOINTI

\*\*\*\*\*

Potilaan/asiakkaan elämästä pyritään määrittämään kuolemasta edelliset ja siihen mahdollisesti yhteydessä olleet merkittävät psykososiaaliset rasittekijät kokonaisarviointina asteikon yhdestä kuteen avulla. Arviota suoritetaan muun muassa seuraavien kokonaisuuksiin liittyvät rasittekijät on hyvä ottaa huomioon:

aviolliset, vanhemmuuteen liittyvät, muihin ihmissuhteisiin liittyvät, ammatilliset, elämäntilanteisiin liittyvät, taloudelliset, oikeudelliset, elämäntilanteelliset, ruumiilliseen sairauteen tai vammaan liittyvät.

Rasitetekijät pyritään määrittämään viimeisen viikon ajalta sekä viimeisen vuoden ajalta erikseen. Arviointi suoritetaan ohjeisten aikuisia sekä lapsia ja nuoria koskevien taulukoiden avulla. Tehdessäsi kokonaisarviointia, lue ensin eri voimakkuuksien omaavien rasitetekijöiden kohdalla olevat esimerkit huolellisesti läpi. Sen jälkeen arvioi, miten potilaan/asiakkaan kohtaamat rasitetekijät suhtautuvat taulukon esimerkkeihin. Käytä joko aikuisten tai lasten ja nuorten esimerkitaulukkoa. Suorita ensin arvio viimeisen viikon aikana esiintyneiden rasitetekijöiden voimakkuudesta. Käy esimerkit ensin huolella läpi ja sen jälkeen rengasta alhaalla oleva numero (1-6) oman arviiosi mukaan potilaan/asiakkaan rasitetekijöiden voimakkuudesta. Suorita arvio myös viimeisen vuoden aikana esiintyneistä rasitetekijöistä ja rengasta numero (1-6) oman arviiosi mukaan.

\*\*\*\*\*  
ESIMERKKEJÄ PSYKOSOSIAALISISTA RASITETEKIJÖISTÄ AIKUISTEN ELÄMÄSSÄ - KÄYTETÄÄN KUN VAINAJA ON YLI 18-VUOTIAS

Rasitetekijän voimakkuus	Ajankohtaiset tapahtumat viimeisen viikon aikana	Viimeisen vuoden aikana vaikuttaneet tapahtumat
0	tiedon määrä riittämätön arvioinnin suorittamiseksi	
1	oletaton ei ajankohtaisia häiriöön liittyviä tapahtumia	ei pienempään kestäneitä rasittavia olosuhteita, jotka voisivat olla merkittävät häiriön kannalta
2	lievä seurustelusuhteen rikkoutuminen poikaystävän kanssa, koulun/opiskelun aloittaminen tai lopettaminen, lapsen lähtö kotoa	perheriidat, työttömyys, levottomalla asu- toaluella asuminen
3	kohtalainen avioliitto, avioero, työpaikan menetykset, eläkkeelle siirtyminen, keuhkenmeno	aviolliset ristiriidat, vakavat taloudelliset ongelmat, ongelmat esimiehen kanssa, yksinhuollajuus
4	vakava avioero, ensimmäisen lapsen syntymä	työttömyys, köyhyys
5	äärimmäinen aviopuolison kuolema, vakava ruumiillinen sairaus, raskautuksi joutuminen	oma tai lapsen vakava sairaus, jatkuva fyysinen tai seksuaalinen väkivalta/väärinkäyttö
6	katastrofaalinen lapsen kuolema, aviopuolison itsemurha, valtava luonnonkatastrofi	parit/vankina olominen, keski-työeläin

ARVIO VIIMEINEN VIIKKO VIIMEINEN VUOSI

Potilaan/asiakkaan rasitetekijöiden voimakkuus	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6
--	---------------	---------------

ESIMERKKEJÄ PSYKOSOSIAALISISTA RASITETEKIJÖISTÄ LASTEN JA NUORTEN ELÄMÄSSÄ - KÄYTETÄÄN KUN VAINAJA ON ALLE 18-VUOTIAS

Rasitetekijän voimakkuus	Ajankohtaiset tapahtumat viimeisen viikon aikana	Viimeisen vuoden aikana vaikuttaneet tapahtumat
0	tiedon määrä riittämätön arvioinnin suorittamiseksi	
1	oletaton ei ajankohtaisia häiriöön liittyviä tapahtumia	ei pienempään kestäneitä rasittavia olosuhteita, jotka voisivat olla merkittävät häiriön kannalta
2	lievä seurustelusuhteen rikkoutuminen, koulun vaihtaminen	liikakansoitetut asuinalueet, perheriidat
3	kohtalainen koulusta erottaminen, sisaren tai veljen syntyminen	pitkäkestoinen, vanhemman toimintakykyä rajoittava sairaus, pitkäkestoiset vanhempien väliset ristiriidat
4	vakava vanhempien avioero, ei-toivotu raskaus,	ankarat tai välimittämättömät van-

pidätys	hemmat, pitkäaikainen vakava vanhemman sairaus, useita kasvatus- kotisijoituksia	
5 äärimmäinen	seksuaalinen tai ruumiillinen väkivalta/väärinkäyttö, vanhemman kuolema	toistuva seksuaalinen tai ruumiillinen väkivalta/väärinkäyttö
6 katastrofaalinen	molempien vanhempien kuolema	pitkäkestoinen vakava sairaus

ARVIO: VIIMEINEN VIIKKO VIIMEINEN VUOSI

Potilaan/asiakkaan rasitetekijöiden voimakkuus	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4 5 6
--	---------------	---------------

TOIMINTAKYVYN KOKONAISARVIOINTI

Potilaan/asiakkaan elämästä pyritään arvioimaan kuolemaa edeltäneen viikon aikainen toiminnallinen taso ohjeisten asteikon avulla. Itsemurhatapahtumaa ei oteta huomioon arviointia tehtäessä, vaan toimintakyky arvioidaan sen tason mukaan, joka oli todettavissa itsemurhaa edeltäneen viikon aikana. Lisäksi sama arviointi suoritetaan myös viimeisen vuoden ajalta. Tässä arvioinnissa otetaan huomioon paras mahdollinen toimintakyky, joka on kestänyt vähintään muutaman kuukauden ajan.

Suorittaessasi arviota ajattele asiaa niin, että mielenrikkäisyys ilmenee psyykkisen, sosiaalisen ja ammatillisen toiminnan muutoksena. Arvioinnissa ei oteta huomioon huonontumista, joka johtuu ruumiillisten tekijöiden (tai ympäristötekijöiden) rajoittavasta vaikutuksesta. Arvioinnissa tulee käyttää yksinnumeroisia lukuja (1-9). Ympyröi sopivaksi katsomasi vaihtoehdot potilaan/asiakkaan toimintakyvyn osalta viimeisen viikon ja viimeisen vuoden ajalta.

Numeroarvio Toiminnallisen tason kuvaus

- Oireeton tai hyvin vähäisiä oireita (esim. lievästi jännittyneisyyttä ennen tutkintoa, satunnaisia riitoja perhejäsenien välillä); hyvä toiminnallinen taso kaikilla osaamisen alueilla; kiinnostuneisuus ja osallistuminen laaja-alaisesti erilaisiin toimintoihin; sosiaalisesti toimelias; ja yleisesti ottaen tyytyväinen elämään; ongelmat lähinnä jokapäiväiseen elämään liittyviä vastoinkeityksiä tai huolia.
- Jos esiintyy oireita, ne ovat väliaikaisia ja ennakoitavissa oleilla reaktioita psykososiaalisiin stressitekijöihin (esim. keskeytymisvaikeudet perheriidan jälkeen); vain vähäistä huonontumista sosiaalisessa, ammatillisessa tai koulussa selviytymisessä (esim. väliaikaisia jälkeenjäämistä kouluyössä).
- Lieväasteisia oireita (esim. lievästi masennusta tai unettomuutta, satunnaisia laiminlyöntejä tai varauksia perhepiirissä) TAI jonkinasteisia vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai koulussa selviytymisessä, mutta yleisesti ottaen selviytyminen on melko hyvää, on muutamia merkittäviä ihmissuhteita.
- Keskivaikeita oireita (esim. muutamia ystäviä ja ristiriitoja ikkovereidien kanssa, tunneilmaisen puuttumista, asian vierestä puhumista, satunnaisia paniikkikohtauksia) TAI kohtalaisia vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai koulussa selviytymisessä.
- Vaikea-asteisia oireita (esim. ei ollenkaan ystäviä, kyvyttömyys pysyä työssä, itsetuhoajatuksia, vaikeita pakkotoimintoja, useita myymälävarkauksia) TAI vaikea-asteista huonontumista sosiaalisessa, ammatillisessa tai koulussa selviytymisessä.
- Realiteettitietämyksen tai kommunikaation lieväasteista häiriintymistä (esim. puhe on ajoittain epäloogista, sekavaa tai asiaankuulumatonta) TAI erittäin vaikea-asteista huonontumista useilla eri alueilla, kuten työssä, koulussa, perheuhdeissa, arvostelukyvyssä, ajattelukyvyssä tai mielialassa (esim. masentunut henkilö välttää ystäviään, laiminlyö perheään, on työkyvytön; lapsi lyö usein nuorempiaan, on uhmaileva kotona, menestyy huonosti koulussa).
- Harhaluutot ja aistiharhat vaikuttavat huomattavasti käyttäytymiseen TAI esiintyy vaikea-asteista kommunikaation ja arvostelukykyyn huonontumista (esim. ajoittain käytökseltään hajanainen, käyttäytyy huomattavan epäasianmukaisesti, itsetuhoajatuksia hallitsevat ajatuksia) TAI kyvyttömyys toimia melkein kaikilla eri alueilla (esim. pysyy sängyssä koko päivän, ei työssä, kotia tai ystäviä).
- Jonkinasteinen itsensä tai toisten vahingoittamisen vaara (esim. itsemurhayritys ilman selvää toivetta onnistumisesta, usein esiintyvä väkivaltaisuuksia, maanista kihtyneisyyttä) TAI satunnaisesti ei pysty huolehtimaan minimaalisella henkilökohtaisesta hygieniasta (esim. löhräily ulosteeseen) TAI erittäin vaikea-asteista huonontumista kommunikaatiossa (esim. suurimman osan ajasta hajanainen tai puhumaton).
- Jatkuvasti esiintyvä itsensä tai toisten vahingoittamisen vaara (esim. toistuvaa väkivaltaisuuksia) TAI jatkuvasti esiintyvä kyvyttömyys ylläpitää minimaalista henkilökohtaista hygieniaa TAI vakava itsemurhayritys, johon on liittynyt selvät kuolemantouheet.

