



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Itsetuhoisen henkilön kohtaaminen

Mertanen Emilia, Sipola Eeva

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Itsetuhoisen henkilön kohtaaminen

Emilia Mertanen ja Eeva Sipola
Sosiaalian koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu 2018

Emilia Mertanen, Eeva Sipola

Itsetuhoisen henkilön kohtaaminen Itsetuhoisen henkilön kohtaaminen

Vuosi 2018 sivumäärä 53

Itsetuhoisuus on äärimmillään toteutettu itsemurha. Itsetuhoisuudella tarkoitetaan myös itsensä tarkoituksellista satuttamista, joka voi olla suoraa tai epäsuoraa. Itsetuhoisuus on aina merkki haastavasta tilanteesta ja psyykkisestä kivusta. Vaikeneminen ei auta, vaan itsetuhoisuus tulee voida ottaa puheeksi. Opinnäytetyössämme etsimme kokemusten kautta vastauksia siihen, miten itsetuhoisesti käyttäytyvä henkilö haluaa tulla kohdatuksi ja mikä kohtaamisessa on tärkeintä. Keskiössä oli erityisesti kohtaamisessa sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Tavoitteena oli nostaa esille kohtaamiseen liittyviä yksityiskohtia sekä menetelmiä, joiden koettiin olevan itsetuhoisesti käyttäytyvälle tai ajattelevalle henkilölle kohtaamisen aikana merkityksellisiä.

Opinnäytetyössämme kokosimme tietoa itsetuhoisuudesta ja itsemurhasta Suomessa. Lisäksi haastattelimme itsetuhoisesti käyttäytyneitä henkilöitä, keskiössä kohtaaminen ja itsetuhoisuudesta keskusteleminen erityisesti ammattilaisen kanssa. Haastattelut toteutettiin teema-haastattelun menetelmin. Tällä varmistettiin se, että kysymykset kaikille haastatelluille olivat samat. Haastattelut saivat itse vaikuttaa haastattelun toteuttamistapaan. Osa aineistosta kerättiin kirjallisesti ja osa haastattelemalla henkilökohtaisesti vapaaehtoisia henkilöitä. Haastatteluista pyrimme löytämään merkityksellisiä tekijöitä kohtaamisessa ja yhtäläisyyksiä olemassa oleviin menetelmiin.

Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Siitä oli mahdollista eritellä osia, joilla tuloksista saatiin ehyt kokonaisuus. Tulosten perusteella merkityksellistä itsetuhoisesti käyttäytyvän henkilön kohtaamisessa on aito kuunteleminen, pysähtyminen juuri hänen kohdalleen, kiireettömyys ja todesta ottaminen. Tärkeätä oli, että vastapuoli pysyi rauhallisena ja pystyi kohtaamaan itsetuhoisen henkilön kauhistelematta tai tuomitsematta. Haastattelut nostivat esille eriäväisyyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä. Heidän kokemustensa mukaan kohtaamisen sensitiivisyys ja kiireettömyys vaihteli jossain määrin siitä riippuen, olivatko he asiakkaina sosiaali- vai terveydenhuollossa.

Opinnäytetyössämme saimme tietoa myös erilaisista menetelmistä ja niiden vaikuttavuuden merkityksestä kohtaamisen onnistumisen kannalta. Haastateltavat kokivat, että konkreettiset neuvot ja tarvittaessa jatkohoitoon ohjaaminen olivat tulevaisuuden kannalta merkittäviä. He pitivät tärkeänä sitä, että kohtaamisella oli jokin jatkumo ja, että se johti johonkin heidän kokonaistilanteensa kannalta järkevään ratkaisuun. Tärkeänä pidettiin myös tuen jatkumista ensimmäisen tapaamisen jälkeen.

Asiasanat: itsemurha, itsetuhoisuus, kohtaaminen, sensitiivisyys

Emilia Mertanen, Eeva Sipola

Encountering a self-destructive person

| | | | |
|------|------|-------|----|
| Year | 2018 | pages | 53 |
|------|------|-------|----|

In the most extreme case self-harm is a committed suicide. Deliberately harming yourself has the same meant as self-harm which can be either direct or indirect. Self-harm is always a sign of a challenging situation or psychological pain. Being silent won't help but self-harm should be addressed. In our thesis, we approached this topic through self-destructive persons and their own experiences. We were looking for answers on how a self-destructive person wishes to be encountered and which points are the most important in the encounter. The centre of our thesis was especially the encounter with a social care or health care professional. The goal is to bring up encounter-related details and methods which were experienced to be meaningful during the encounter for those who participated in the interview part of our thesis.

In our thesis, we gathered information on self-harm and suicides in Finland. We also interviewed people who had acted self-destructively, where the centre was the encounter and discussions on self-harm (especially with a professional).

The interviewees had an opportunity to influence the timing of the interview and the manner in which the interview was conducted. They participated in the interview voluntarily. Part of the material was gathered in writing. Then the interview questions were sent to the respondents via email. Part of the interviews were conducted face to face. From the interviews we tried to find meaningful factors in the encounters as well as similarities with the existing methods. The search material was analysed using content analysis. As a result it was possible to identify parts which consequently made the result complete.

According to the results, genuine listening, standing still just for him/her, an unhurried situation and taking the person seriously are meaningful when encountering a self-destructive person. The ability to keep calm and to encounter a self-destructive person without being horrified or making a judgement was found to be important. The interviewees raised up differences between social care and health care functional units. According to their experiences, the sensitivity and feeling of unhurriedness of the encounter varied to some extent depending on if they were customers in social care or health care.

In our thesis we also received information about different methods and the relevance of their effectiveness to the success of the encounter. The interviewees experience was that concrete advice and guidance to further treatment when necessary were significant for their future. They considered it important that there was some continuity with the encounters and that it would lead to a reasonable solution considering their overall situation. Continued support after the first encounter was also considered important.

Keywords: self-harm, self-destruction, suicide, encounter, sensitivity

Sisällys

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Johdanto | 7 |
| 2 | Itsensä vahingoittaminen ja itsetuhoisuus | 8 |
| 3 | Itsetuhoisuuteen vaikuttavat suoja- ja riskitekijät..... | 8 |
| 3.1 | Ihmissuhteisiin liittyvät riskitekijät..... | 10 |
| 3.2 | Yksilötason riskitekijät..... | 12 |
| 3.3 | Terveyspalveluihin- ja yhteiskuntaan liittyvät riskitekijät | 13 |
| 3.4 | Suojaavat tekijät..... | 15 |
| 4 | Itsemurha | 16 |
| 5 | Suomalainen itsemurha..... | 17 |
| 5.1 | Itsemurhien yleisyys eri ikäryhmissä | 18 |
| 5.2 | Itsemurhien alueellinen ilmeneminen Suomessa | 20 |
| 5.3 | Itsemurhat ja sukupuolen merkitys | 21 |
| 5.4 | Suomalaisten itsemurhien ehkäisyn kannalta tärkeät piirteet..... | 22 |
| 6 | Psykologinen trauma..... | 23 |
| 7 | Menetelmiä itsetuhoisen asiakkaan kohtaamiseen | 25 |
| 7.1 | Traumatisoituneen auttaminen ja IES-mittari | 25 |
| 7.2 | Lyhytinterventio itsemurhaa yrittäneille - LINITY | 28 |
| 7.2.1 | Miten LINITY auttaa?..... | 28 |
| 7.2.2 | LINITY:n taustaa..... | 29 |
| 7.2.3 | LINITY menetelmänä | 30 |
| 7.2.4 | Tapaamiset..... | 30 |
| 7.3 | Ratkaisukeskeisyys itsetuhoisen henkilön kohtaamisessa..... | 31 |
| 8 | Kohtaaminen itsetuhoisen asiakkaan kanssa | 32 |
| 8.1 | Itsetuhoisuuden kohtaaminen | 35 |
| 8.2 | Toivon herättelyn merkitys | 35 |
| 9 | Opinnäytetyön toteutus | 36 |
| 9.1 | Puolistrukturoitu teemahaastattelu ja haastattelun sensitiivisyys..... | 36 |
| 9.2 | Aineisto ja haastateltavat | 38 |
| 9.3 | Analyysi | 39 |
| 10 | Itsetuhoisesti käyttäytyneiden haastattelut | 39 |
| 10.1 | Kohtaamisen merkityksellisyys | 40 |
| 10.2 | Haastatteluista löytyneet yhteneväisyydet ja eroavaisuudet..... | 41 |
| 11 | Johtopäätökset | 42 |
| 12 | Opinnäytetyön uskottavuus ja luotettavuus | 43 |
| 13 | Opinnäytetyön eettisyys | 45 |
| 14 | Pohdinta..... | 46 |

| | |
|----------------|----|
| Lähteet | 49 |
| Taulukot | 52 |
| Liitteet..... | 53 |

1 Johdanto

Kohtaamisen merkitystä ei voi liikaa korostaa, kun puhutaan kohtaamisesta itsetuhoisesti toimineen henkilön kanssa. Itsetuhoinen ihminen on syystä tai toisesta ajautunut tilanteeseen, jossa hän toimii itseään satuttaen. Puheeksi ottamisessa korostuu kohtaamisen tärkeys ja kohtaajan herkkyyttä. Opinnäytetyössämme tarkoituksena on tuoda näkyväksi itsetuhoisesti käyttäytyneiden omakohtaisia kokemuksia siitä, mikä kohtaamisessa on ollut heidän mielestään onnistunutta, eteenpäin vievää ja toivoa herättävää. Itsetuhoisuutta on erilaista, eri syistä johtuvaa ja itsensä vahingoittamista voi kohdata missä vain, milloin vain. Itsemurhayritykset ja sairaalaan johtaneet suorat itsensä vahingoittamisen teot ovat vain osa itsetuhoista käyttäytymistä. Itseään vahingoittaneet voi kohdata millä tahansa sosiaali- ja terveystieteiden sektorilla.

Vuosittain 100 000 suomalaista kohden arviolta 44 ihmistä yrittää itsemurhaa ja joutuu sen jälkeen sairaalahoitoon. Joka vuosi 2 000 - 2 400 ihmistä yrittää itsemurhaa. Itsemurhaa yrittäneistä joka kolmas yrittää uudelleen ja joka kymmenes tekee itsemurhan. (THL 2015a.) Itsetuhoisuus ei rajoitu vain itsemurhan yritykseen, vaan siitä on erilaisia muotoja. Tarkoitus ei aina ole oman hengen riistäminen. Itsetuhoisuutta on sekä suoraa että epäsuoraa, käytännössä suora itsetuhoinen käyttäytyminen on esimerkiksi viiltelyä tai muuta suoraa itsensä vahingoittamista tai itsemurhayritystä. Epäsuora itsetuhoisuus voi olla riskikäyttäytymistä liikenteessä, päihteiden pitkäaikaista käyttämistä tai muuta vastaavaa. (Mielenterveyden keskusliitto 2018.)

Opinnäytetyössämme haluamme korostaa kohtaa, jossa asia itsensä vahingoittaminen otetaan puheeksi siinä vaiheessa, kun huoli on herännyt tai itsetuhoista käyttäytymistä on havaittu. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuoda näkyväksi merkittäviä itsetuhoisen ihmisen kohtaamiseen liittyviä keinoja ja tapoja, joilla ottaa itsetuhoisuus puheeksi sekä kohdata kunnioittavasti.

Tässä opinnäytetyössä selvitetään sekä analysoidaan laadullisen tutkimuksen menetelmin, sisällön analyysin, puolistrukturoidun teemahaastattelun sekä eri aineistojen avulla itsetuhoisuutta ja sen kohtaamista, itseään vahingoittaneen näkökulmasta. Mikä kohtaamisessa on ollut positiivista, toivoa tuovaa tai tuntunut itsetuhoisen näkökulmasta oikealta tavalta kohdata hänet tilanteessa?

2 Itsensä vahingoittaminen ja itsetuhoisuus

Itsemurhien ehkäisy on Suomessa hyväksytty yleiseksi terveydenhuollon tavoitteeksi, jossa lääkäreiden tulee kehittää ammattitaitoaan itsetuhoisuuden kohtaamisessa ja itsemurhavaarassa olevien ihmisten tunnistamiseksi (Lääkäriliitto 2018.) Itsemurhat ja itsetuhoisuus ovat Suomessa yleinen ilmiö. Jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä työskentelevän on tärkeää tunnistaa ja tunnustaa ilmiön yleisyys sekä harjoittaa herkkyyttä sen tunnistamisessa. Ennaltaehkäisy sekä varhainen puuttuminen ja tunnistaminen ovat itsetuhoisuutta käsitellessä keskiössä.

Itsetuhoisuus ilmenee usealla tavalla. Psykkinen pahoinvointi saattaa purkautua itsetuhoisuuden erilaisina muotoina, kuten viiltelynä tai riskien ottamisena esimerkiksi liikenteessä. Itsetuhoisuutta on sekä suoraa että epäsuoraa. Suora itsetuhoisuus on itsensä tarkoituksenmukaista vahingoittamista, esimerkiksi viiltelyä tai itsensä polttamista. Epäsuora itsetuhoisuus voi olla pidempiaikaista riskikäyttäytymistä, joka tuottaa mielihyvää. Tällöin tarkoituksena ei välttämättä ole itsensä vahingoittaminen, eikä riskistä olla tietoisia. Epäsuoraa itsetuhoisuutta voi olla esimerkiksi turhien riskien otto liikenteessä. (Mielenterveyden keskusliitto 2018.)

Suoraan itsetuhoisuuteen sisältyy myös itsemurha-ajatukset, itsemurhayritykset ja suoritettu itsemurha. Jokainen näistä voidaan tulkita osaksi samaa prosessia, joka kulkee usein tietyn kaavan mukaisesti; itsemurhayritystä edeltää itsemurhan ajattelu sekä sen suunnitteleminen. Itsemurhan ollessa osa laajempaa itsetuhoisuuden käsitettä, on hyvä huomioida, että epäsuoraa itsetuhoisuutta on kaikki sellainen toiminta, johon liittyy itsetuhon riski, kuten varomattomuus liikenteessä tai seksuaalinen riskikäyttäytyminen. Epäsuora itsetuhoisuus on sellaista toimintaa, josta voi seurata pitkän ajan kuluessa terveydelle haittoja ja jopa kuolema. Tämän luokittelun kautta kaikki sellainen toiminta, joka on terveyden kannalta haitallista tai potentiaalisesti haitallista voidaan todeta epäsuoraksi itsetuhoiseksi käyttäytymiseksi. (Lääkäriliitto 2018.)

Itsetuhoisuuden, etenkin epäsuoran, tunnistaminen voi olla erittäin haastavaa. Tietynlainen riskikäyttäytyminen kuuluu ihmisten arkiseen elämään, joten käsitteenä itsetuhoisuus on nähtävä suhteellisena ja osana ihmisen elämää. Tällaista epäsuoraa ja suhteellista riskikäyttäytymistä on esimerkiksi alkoholin käyttö. (Lääkäriliitto 2018.) Voi siis olla hankala tunnistaa, missä menee raja itsetuhoisuuden ja itsetuhoiseksi luokiteltavan käytöksen välillä.

3 Itsetuhoisuuteen vaikuttavat suoja- ja riskitekijät

Itsetuhoisuuteen liittyy sekä riskiä lisääviä että suojaavia tekijöitä. Näiden keskiössä ovat henkilön yksilölliset psyykkiset tekijät, jotka yhdistyvät lähipiiriin, lähipiirin vuorovaikutussuhteisiin sekä laajempiin sosiaalsiin, yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin tekijöihin. Itsetuhoisen henkilön auttamisessa on merkittävää masennustilan tai muun mielenterveyshäiriön hoito ja riittävä tuki. (THL 2016b.) Alla taulukko yleisistä mielenterveyden riski- ja suojaajatekijöistä.

Myös muiden itsetuhoisuuden oireiden, kuten tekojen seurauksista piittaamattoman, impulsiivisen käyttäytymisen, todellisuudentajun menetyksen, ahdistuneisuuden ja mahdollisen päihdeongelman tarkoituksenmukainen hoito sekä huomioiminen on tärkeitä. Merkittävää on myös asiakkaan myötätuntoinen kohtaaminen ja keskustelun avaaminen sensitiivisestä aiheesta. (THL 2016.)

TAULUKKO 1. Itsetuhoisuuden riskitekijöitä ja suojaavia tekijöitä.

| Riskitekijöitä | Suojaavia tekijöitä |
|---|---|
| Perheeseen liittyvät tekijät | |
| Vanhemman mielenterveyshäiriö | Läheiset välit perheeseen |
| Avioero | Läheiset sisarussuhteet |
| Kuolema | Vanhemman valittava huolenpito |
| Vaikeat, riitaiset vuorovaikutussuhteet perheessä | Lapsen huomiointi |
| Lähimaisen itsetuhoisuus | Vastavuoroisuus |
| Elämäntapahtumat | |
| Varhaisen vuorovaikutuksen haasteet | Sosiaalisen verkoston tuki |
| Seksuaalinen ja fyysinen kaltoinkohtelu | Kyky hakea apua kriisitilanteessa |
| Ihmissuhdevaikeudet | Vakaat elinolosuhteet |
| Koulukiusaaminen | Itsensä tarpeelliseksi tunteminen |
| Mielenterveyshäiriöt | |
| Masennushäiriöt | Kokemus siitä, että voi vaikuttaa elämäänsä |
| Ahdistushäiriöt | Kyky tukeutua tarjottuun apuun |
| Tunnesäätelyn häiriöt | Hyvä olemassa oleva hoitosuhde |
| ADHD | Hyvät kokemukset aikaisemmista hoidoista |
| Käytöshäiriöt | |
| Päihdehäiriöt | |
| Psykoottisuus | |
| Persoonallisuustekijät | |
| Impulsiivisuus | Optimistinen elämänsenne |
| Toivotonisuus | Avoimuus |
| Huono itsetunto | Hyvä itsekontrolli |
| Heikot ongelmanratkaisutaidot | Impulsien sietokyky |
| Perfektionismi | Hyvät sosiaaliset valmiudet |
| | Itsearvostus |
| | Itseluottamus |
| | Uskonnollisuus |
| | Kuolemanpelko |
| Koulutustason ja sosioekonomiseen tasoon liittyvät tekijät | |
| Mieessukupuoli | |
| Alhainen sosioekonominen taso | |
| Alhainen koulutustaso | |

Taulukko 1: Suoja- ja riskitekijöitä (Suomalainen, Seilo, Haravuori & Marttunen 2018, 858)

3.1 Ihmissuhteisiin liittyvät riskitekijät

Ihmisen yhteisöllä sekä ihmissuhteilla on tärkeä merkitys ja yhteys itsemurhan riskitekijöihin. Maailmanlaajuisesti on pystytty toteamaan, että yksilön suhteet omaan perheeseen, läheisiin ystäviin sekä muihin tärkeisiin ihmissuhteisiin voi vaikuttaa itsetuhoisuuteen. Tämä on pystytty toteamaan, kun on tutkittu maailmanlaajuisesti miten erilaiset kulttuurit, uskonnot, lait ja historia vaikuttavat yhteisön suhtautumiseen itsemurhaan. Ihmissuhteiden, etenkin läheisten, merkitys on suuri huolimatta muista seikoista. Myös muita erilaisia sosiaalisia tekijöitä on pystytty tunnistamaan. (WHO 2014, 36.)

Sosiaaliseen hyvinvointiin voi vaikuttaa muun muassa yhteisöä koetelleet sodat, luonnonmullistukset tai siviilikonfliktit. Sosiaaliseen hyvinvointiin nämä vaikuttavat erilaisin tavoin, kuten läheisen kuoleman, asunnon menettämisen tai sosiaalisen aseman muutoksien kautta, jotka voivat olla köyhyyttä tai työttömyyttä. (WHO 2014, 36.) Nämä ovat esimerkkejä riskitekijöistä, jotka voivat vaikuttaa sosiaaliseen asemaan sekä toisaalta ihmissuhteisiin.

Ihmissuhteisiin ja yhteisöihin liittyy myös sellaisia riskitekijöitä, joihin yksittäinen henkilö ei voi vaikuttaa. Tällaisia ovat akkulturaatio ja dislokaatio, eli sopeutumiseen, siirtymiseen ja sijoittamiseen ilman henkilön omaa valintaa. Nämä koskettavat erityisesti Suomessa pakolaisia, turvapaikanhakijoita sekä laitoksissa asuvia henkilöitä. Globaalissa mittakaavassa alkupe räiskansat ovat myös riskiryhmässä, joita koskettavat akkulturaatio ja dislokaatio. (WHO 2014, 36.)

Erityisesti itsetuhoisuuden riskitekijänä sopeutuminen ja sijoittuminen ilman omaa valintaa koskettavat nuoria, etenkin turvapaikanhakija -tai pakolaismiehiä. He ovat yksi heikoimmassa asemassa oleva riskiryhmä kansainvälisesti ja maailmanlaajuisesti tarkasteltuna. Erityisesti niissä tapauksissa, jossa ympäristön suhtautuminen kulttuuriin- ja kieleen on negatiivinen. Tämän kaltainen tilanne altistaa masennukselle ja syrjityksi tulemiselle. Tilanteelle on tyypillistä myös terveyspalveluiden vieroksunta ja epäluottamuksellinen suhde ympäröivään yhteisöön ja yhteiskuntaan, etenkin jos palveluiden toteuttamisessa ei oteta huomioon kulttuuriin liittyviä seikkoja. (WHO 2014, 36.) Kohtaamisessa tulee huomioida myös kulttuuriset vaikutukset, sekä yksilön kokemusmaailma ja luottamussuhteen rakentaminen.

Syrjityksi joutuminen vähemmistöryhmän edustajana voi olla jatkuvaa, laajalle levinnyttä ja jopa systemaattista. Etenkin vaikeissa elämäntilanteissa syrjityksi tuleminen vaikuttaa syvästi, ja leimaaminen ja mahdollisesti jopa väkivallan kohtaaminen voivat aikaansaada itsetuhoisia ajatuksia ja tekoja. Syrjintää kohtaavat niin pakolaiset, turvapaikanhakijat kuin myös vankeusrangaistusta suorittava tai sen suorittanut henkilö, seksuaalivähemmistöjen edustajat ja kiusatuksi joutuneet yksilöt. (WHO 2014, 36.) Kiusaaminen voi tapahtua yhteiskunnallisella tasolla, mutta myös vertaistensa kiusatuksi tulemisena tai nettikiusaamisena.

Ihmissuhteisiin liittyviä itsetuhoisuuden riskitekijöitä ovat lisäksi trauman kokeminen tai kaltoinkohdelluksi tuleminen. Trauma sekä kaltoinkohtelu lisäävät stressiä ja voivat aiheuttaa masennusta, jonka kautta itsetuhoisuus on varsin todennäköinen riski. Itsetuhoisuuteen on liitetty erilaisia psykososiaalisia riskitekijöitä, jotka ovat aiheuttaneet trauman. (WHO 2014, 36.) Näitä voivat olla muun muassa kidutetuksi joutuminen, ongelmista lain tai taloudenhallinnan osalta, työhön- tai opiskeluihin liittyvät ongelmat ja etenkin kiusatuksi joutuminen.

Lapsuudessa koettu kaltoinkohtelu, kuten fyysinen- tai seksuaalinen väkivalta, henkinen väkivalta, laiminlyönti tai perheväkivallan todistaminen lisäävät riskiä itsetuhoiseen käytökseen myöhemmällä iällä. Myös sosiaalihuollon toimien tai laitokseen sijoittaminen lapsena kohottaa itsetuhoisuuden riskiä huomattavasti. Lapsuusiässä kohdatut haasteet liittyvät usein toisiinsa ja lisäävät kumulatiivisesti riskiä kärsiä myöhemmin mielenterveyden häiriöistä, joiden kautta itsemurhariski kohoaa (WHO 2014, 36.) Etenkin sosiaalialan kentällä kohdataan lastensuojelussa asiakkaita, joiden osalta tämä tulee ottaa huomioon ja kuulla herkäällä sekä vastuullisella lähestymistavalla jokaista asiakasta.

Eristäytyneisyyden tunne, joka liittyy myös sosiaalisen tuen puutteeseen, on myös itsetuhoisuuteen liittyvä riskitekijä. Eristäytyneisyyden tunne aiheuttaa ulkopuolisuuden omasta lähipiiristä, perheestä, kumppanista, ystävistä tai muista tärkeistä ihmissuhteista. Etenkin yksin asuvat vanhuksat voivat kokea eristäytyneisyyden tunnetta. Eristäytyneisyyden tunne myös kasvaa etenkin silloin, kun yksilön elämässä tapahtuu joitakin muutoksia tai mullistuksia, jotka ovat negatiivisia. Myös muu negatiivinen stressitila tai psykologinen seikka voi lisätä eristäytyneisyyden tunnetta. Yksinäisyys ja sosiaalinen eristäytyneisyys ovat keskeisiä altistavia tekijöitä ja syitä itsetuhoisuudelle ja itsemurhalle (WHO 2014, 36.) Sosiaalisten suhteiden muoto, kuten avioliitto ja sen rikkoutuminen ovat riskitekijöitä itsetuhoiselle käytökselle ja voivat toimia itsetuhoisen käytöksen laukaisevana tekijänä (Ohtonen 2014, 17).

Ihmissuhteisiin ja yhteisöön liittyvät tekijät ovat merkittävä itsetuhoisuuteen vaikuttava kokonaisuus, joka voi niin tukea hyvinvointia tai altistaa jopa itsemurhalle. Yksilön kokemus omasta osallisuudesta, asemasta ja henkilöhistorian vaikutukset sosiaalisiin suhteisiin sekä luottamukseen yhteisöä kohtaan ovat merkittäviä riskitekijöitä silloin, kun yksilö kokee jääneensä näiden ulkopuolelle tai kokee epäluottamusta ympäröiviin ihmisiin ja yhteisöön. Itsetuhoista käytöstä ilmenee etenkin silloin, kun yksilö kokee psykologista stressiä, joka on yhteydessä sosiaalisiin konteksteihin. Tällainen tilanne voi olla kokemus siitä, että apua ei ole saatavilla. Ihmissuhteissa esiintyvät ristiriidat, menetykset sekä erimielisyydet ovat myös itsetuhoisuuden riskitekijöitä. Näitä voivat olla huoltajuuskiistat, ero tai läheisen kuolema. Nämä lisäävät tilanteeseen liittyvää psykologista stressiä. Kaikki tämän kaltaiset tilanteet lisäävät itsetuhoisuuden riskiä, etenkin jos tähän yhdistyy tai siitä seuraa muita riskitekijöitä. (WHO 2014, 37.)

Epäterve ihmissuhde, joka sisältää henkistä- tai fyysistä väkivaltaa, taloudellista hallintaa tai muuta toista satuttavaa käyttäytymistä lisää myös itsetuhoisuuden riskiä. Etenkin perheväkivalta ja seksuaalinen väkivalta, jonka tekijänä on oma kumppani nostavat itsemurhayrityksen riskiä. Maailmanlaajuisesti noin 35% naisista on kokenut fyysistä- ja/tai seksuaalista väkivaltaa parisuhteessaan ja seksuaalista väkivaltaa muun, kuin oman kumppanin toteuttamana. (WHO 2014, 37.)

3.2 Yksilötason riskitekijät

Yksilötason riskitekijät kertovat yksilön itsetuhoisen käytöksen todennäköisyydestä, toisin sanottuna alttiudesta itsetuhoisuuteen. Selkein yksilötason riskitekijä on aiempi tai aiemmat itsemurhayritykset. Aiemmat itsemurhayritykset lisäävät riskiä vielä pitkän aikaa viimeisimmästä yrityksestä. (WHO 2015, 40.)

Valtioissa, joiden taloustilanne on hyvä, noin 90 prosentilla itsemurhan tehneistä, on jokin mielenterveyden häiriö. Niillä, joilla ei selkeää diagnoosia ole, löytyy kuitenkin psyykkisiä oireita, jotka ovat samankaltaisia kuin niillä, joilla mielenterveyden häiriö on diagnosoitu (WHO 2015, 40.) Masennus, päihteiden väärinkäyttö ja epäsosiaalinen käytös ovat kuitenkin yleisiä ongelmia, jotka eivät välttämättä johda itsetuhoiseen käytökseen. On tärkeitä, että ammatillaiset sekä myös näiden henkilöiden läheiset tiedostavat esimerkiksi masennuksen kasvattavan itsemurhan riskiä, mutta yksin masennus ei välttämättä ole syy itsetuhoisuudelle.

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä, mutta elinikäisen itsemurhariskin on arvioitu koskettavan vain noin 4 % henkilöitä, joilla on todettu mielenterveyden häiriö. Alkoholisoituneista noin 7% on itsetuhoisia ja noin 8% kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista toimivat itsetuhoisesti. Skitsofreniaa sairastavista vain noin 5% on riskiryhmää itsetuhoisuuden näkökulmasta. Mitä useampia riskitekijöitä tai esimerkiksi todettuja mielenterveyden häiriöitä yksilöllä on todettu, sitä suurempi itsetuhoisuuden riski on. (WHO 2015, 40.)

Toisaalta kuitenkin päihteidenkäyttäjien itsemurhariskiä kartoitettaessa tulee huomioida, että suurin osa itsemurhista tehdään päihtyneessä tilassa. Päihteiden väärinkäyttäjiä, joilla on todettu päihteidenkäytön häiriö, on 25 - 50 % kaikista itsemurhan tehneistä (globaalisti). Itsemurhariski kasvaa, jos päihteidenkäytön lisäksi yksilöllä on muita mielenterveyden häiriöitä. (WHO 2015, 40.) Päihtymyksellä voi osaltaan olla vaikutusta siihen, että itsemurhapäätös on usein tunnekuohussa tai muussa mieltä järkyttäneessä tilassa tehty. Se saattaa olla myös hyvin primitiivinen päätös, vaikka aiempia ajatuksia ja suunnitelmia yksilöllä ei olisi ollutkaan.

Läheisen ihmisen itsemurha lisää myös yksilön itsemurhan riskiä. Etenkin perheenjäsenen itsemurha voi vaikuttaa erittäin vahingollisesti yksilön elämään ja lisätä tätä kautta itsemurhan

riskiä. Itsemurhan liittyessä läheisen kuolemaan, on tämän läheisellä surun lisäksi käsiteltävänä tapa, jolla läheinen on kuollut. Se voi aiheuttaa ahdistuneisuutta, syyllisyyden- ja häpeäntunteita ja vihaa. Häpeän tunne voi vaikuttaa siihen, miten läheiset hakevat itselleen apua tapahtuneen jälkeen. Läheisen itsemurha kasvattaa riskiä itsetuhoisuuden lisäksi myös mielenterveyden häiriöiden osalta. (WHO 2015, 40.) Etenkin sosiaalialan puolella tämä on seikka, joka on mahdollista huomioida eri sektoreilla, jos tiedossa on tai jos asiakas itse kertoo, että tämän läheinen on tehnyt itsemurhan. Traumaattisen kriisin vaiheet tulee huomioida ja niiden vaikutukset esimerkiksi hetken mielijohteesta tehtyihin päätöksiin tai riskiin tehdä lopullinen päätös.

Toivottomuuden tunne on monessa kohdassa osa ihmisen elämää ja sen voi laukaista taloudelliset tekijät, työn menettäminen, ihmissuhteisiin, yhteiskuntaan liittyvät seikat tai muut vastaavan kaltaiset haasteet. WHO:n raportin mukaan toivottomuutta on käytetty yhtenä itsemurhariskin indikaattorina, etenkin jos samanaikaisesti yksilöllä on mielenterveyden häiriö tai aiempi itsemurhayritys (WHO 2015, 40.) Yksilöllisellä tasolla ilmeneviä itsetuhoisuuden riskitekijöitä ovat myös krooninen sairaus tai kipu. Kroonisen kivun on todettu lisäävän itsemurhan riskiä 2-3 kertaiseksi verrattuna muihin. Sairaudet, joihin liittyy pelkoa, kipua, vamma tai vammautumista, neurologisia häiriöitä tai ahdistusta lisäävät itsetuhoisuuden riskiä, kuten syöpä, HIV/AIDS ja diabetes (WHO 2015, 40.) Etenkin sairaus, joka lisää tai aiheuttaa häpeää, leimautumista tai syrjintää, lisää ihmissuhteiden ja yhteisön tuottamia riskitekijöitä. Toisaalta myös jatkuva kipu, pelko tai vamman aiheuttama sosiaalinen syrjäytyminen lisäävät itsetuhoisuuden riskitekijöitä. Sosiaali- ja terveysalalla tulee osata huomioida tämän kaltaiset tilanteet kaikissa ikäryhmissä ja tukea henkilön osallisuuden kokemusta ja sosiaalisia suhteita. Ohjaaminen vertaisryhmiin tai sosiaalisen tuen lisääminen voivat helpottaa kokemusta ja lievittää pelkoa sekä häpeää.

3.3 Terveyspalveluihin- ja yhteiskuntaan liittyvät riskitekijät

Yhteiskunnallisissa ja terveyspalveluihin liittyvissä riskitekijöissä tulee ottaa huomioon niin sosiaaliset- kuin yksilön omat riskitekijät ja ominaisuudet. Kun palvelujärjestelmä pystyy vastaamaan tarpeisiin, joilla ennaltaehkäistä leimaantumista, häpeää tai epätietoisuutta, voidaan vaikuttaa siihen, miten yksilö kokee tilanteensa ja siihen, miten hänen tarpeisiinsa vastataan. Yhteiskunnalliselta tasolta tarkasteltuna erilaisia riskitekijöitä on olemassa, jotka voivat lisätä itsetuhoisuuden riskitekijöitä.

Laadukkaan ja nopean avun sekä terveydenhuollon saatavuus on tärkeä tekijä, etenkin silloin kun yksilöllä todetaan kaksi tai useampi sairaus. Terveyspalveluiden hajanaisuus, vaikea saatavuus ja rajalliset resurssit heijastuvat usein asiakkaan kokemukseen avunsaannista, etenkin kun yksilöllä itsellään on jo rajatusti voimavaroja käytössään (WHO 2015, 32.) Häpeä ja terveyspalveluiden raskaalta tuntuva prosessi ja eri palveluiden välillä kulkeminen voi lisätä

avuttomuuden tunnetta ja kuormittaa jo valmiiksi haastavassa asemassa olevan yksilön tilannetta.

Yhteiskunnallisina riskitekijöinä voidaan mainita myös itsetuhoiseen käyttäytymiseen soveltuvien tekovälineiden saatavuus. Tekovälineitä voivat olla konkreettiset välineet, kuten aseet, myrkyt, torjunta-aineet, lääkkeet ja muut vastaavat tekovälineet. Torjunta-aineet ovat globaalisti hyvin yleinen itsemurhan väline. Välillisinä välineinä toimivat myös rautatiet, korkeat paikat ja niiden saavutettavuus. Tiettyjen itsemurhan välineiden saatavuus ja toisaalta suosiminen ovat maantieteellisesti ja kulttuurisesti määriteltävissä. (WHO 2015, 32.)

Medialla sekä etenkin tavalla, jolla mediassa uutisoidaan itsemurhista, on myös vaikutusta siihen, miten se vaikuttaa riskitekijänä jo valmiiksi riskiryhmään kuuluvien henkilöiden osalta. Epäasiallinen median raportointi itsemurhista on sensaatiohakuista sekä mahdollisesti ns. ”romantisointia”, joka osaltaan voi lisätä itsemurhien riskiä etenkin heikommassa asemassa olevien yksilöiden osalta. Tätä kutsutaan ”copycat”-itsemurhaksi, jossa sensaatiohakuisesti uutisoitua itsemurhaa pyritään jäljittelemään. (WHO 2015, 32.)

Julkisuuden henkilön itsemurhasta kerrottaessa media voi toimia epäasiallisesti, jos itsemurhasta kerrotaan laajasti, itsemurhan tapa tuodaan julkisuuteen tai uutisoidaan julkisuuden henkilön itsemurhan jälkeisestä saman kaltaisten itsemurhien lisääntymisestä fanien joukossa. Kuvien näyttäminen, tarkkojen tietojen jakaminen tai itsemurhan esittäminen valossa, jossa se on normaali tapa toimia tietyssä tilanteessa tai kriisissä, on epäasiallista uutisointia (WHO 2015, 32.) Etenkin nuoret, joilla julkisuuden henkilön seuraaminen ja jopa jumalointi, ovat potentiaalisesti riskiryhmää, jos heillä on muutenkin riskitekijöitä omassa elämässään. Heillä saattaa esiintyä masennusta, epävakautta perhesuhteissa tai päihteiden käytön häiriöitä. Suomalaisessa yhteiskunnassa nuorten tekemät itsemurhat ovat yleisempiä, kuin monessa muussa valtiossa globaalisti. Nuoret miehet tekevät itsemurhan Suomessa viidenneksi eniten maailmassa ja suomalaiset nuoret naiset toiseksi eniten (Mäkelä 2016, 7).

Sosiaalinen media ja internetin keskustelupalstat ovat väyliä, joiden kautta tietoa, tekotapoja tai yksityiskohtia itsemurhista leviää ja nämä ovat myös osaltaan riskitekijöitä. Pahimmillaan sosiaalisen median kautta voi saada kannustusta tai ohjeita oman henkensä riistämiseen tai itsensä satuttamiseen. Yksityishenkilöt voivat myös lähettää esimerkiksi videota omasta itsetuhoisesta käytöksestään, joka lisää myös riskiä itsetuhoisuuteen heikommassa asemassa olevien osalta. (WHO 2015, 32.) Sosiaalinen media mahdollistaa myös verkkokiusaamisen, joka on sosiaalisten suhteiden kannalta riskitekijä ja tämä yhdistettynä leviäviin ohjeisiin, videoihin sekä epäasialliseen uutisointiin, voi lisätä riskiä muutenkin itsetuhoisen yksilön osalta.

Yhteiskunnallinen vastuu on myös siinä, miten avun hakeminen koetaan. Kun yksilöllä on mielenterveyden haasteita, itsetuhoisuutta tai päihteiden käytön haasteita, voi leimautumisen

pelko vaikeuttaa avun hakemista. Leimaantumisen pelko voi vaikuttaa myös siihen, miten itsetuhoisen yksilön lähipiiri reagoi tilanteeseen ja pystyy tarjoamaan tukeaan. (WHO 2015, 32.) Sosiaalisen stigman sekä epäasiallisen suhtautumisen tulisikin olla yhteiskunnallisella tasolla keskusteltava asia, jossa ennakkoluuloja sekä pelkoja pyrittäisiin hälventämään itsetuhoisuuden, mielenterveyden- sekä päihdeongelmien osalta. Tämä madaltaa pitkällä tähtäimellä kynnystä hakea apua sekä kertoa tilanteestaan.

Sote-uudistuksen eli sosiaali- ja terveyden huollon palvelurakenteen uudistuksen tavoitteena on kaventaa koettuja hyvinvointiin- ja terveyteen liittyviä eroja ja edistää palvelujen yhdenvertaisuutta, saatavuutta sekä vaikuttaa niiden kustannuksiin (THL 2018c.) Edellä mainitut tavoitteet ovat sote uudistuksen tavoitteet myös mielenterveyden edistämisessä THL:n mukaan. Uudistuksella pyritään yhdenvertaistamaan, kohdistamaan palveluita paremmin sekä takaamaan palveluiden korkea laatu. Valtionohjauksen vahvistaminen vaikuttaa mahdollisuuteen ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja sekä kansallisella tasolla että alueellisesti vastaamaan väestön tarpeita. Merkittävää resurssoinnin kannalta on, miten sote-alueet huolehtivat rahoituksen kohdentumisesta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Palvelulupauksella varmistetaan palvelujen riittävä saatavuus eri potilasryhmillä (THL 2018d.) Sote-uudistus on erinomainen esimerkki yhteiskunnan rakenteesta ja sen muutoksesta, joka vaikuttaa alueittain joko suojaavana- tai riskitekijänä mielenterveyspalveluiden saatavuuden kautta.

3.4 Suojaavat tekijät

Suojaavilla tekijöillä, eli suojaajatekijöillä tarkoitetaan psyykkisen hyvinvoinnin riskitekijöiden vastakohtia. Moni itsetuhoisuuteen liitetty interventio keskittyy sen ennaltaehkäisyyn riskitekijöiden vähentämisen kautta. On tärkeää myös vahvistaa olemassa olevia suojaajatekijöitä sekä tuoda ne näkyviksi. Parhaimmillaan suojaajatekijät lisäävät itsetuhoisuudelta suojaavaa kykyä olla lannistumatta, ”sitkeyttä”, lisäävät yhteenkuuluvuuden tunnetta sekä vahvistavat näitä. Osa suojaajatekijöistä suojaa erityisesti tietyiltä riskitekijöiltä, osa taas suojaa useilta itsetuhoisuuden riskitekijöiltä. (WHO 2015, 44.)

Suojaajatekijöiden lisäksi jokaisella on omia keinoja ja kykyjä, joilla selviytyä ja näiden taitojen tunnistaminen sekä tunnustaminen auttaa myös vahvistamaan niitä.

Läheiset, tervehenkiset ihmissuhteet ja niiden ylläpitäminen suojaavat yksilöä ja vaikuttaa positiivisesti tämän sitkeyteen, jonka on todettu suojaavan ihmistä itsetuhoisuudelta. Sitkeys korreloi pärjäävyyden kanssa ja pärjäävillä yksilöillä on todettu olevan pienempi riski itsetuhoisuuteen, kuin heikommin pärjäävillä. (WHO 2015, 44.) Sitkeys, eli toisin sanoen yksilön kyky löytää voimavaroja, jaksamista ja pärjätä vaikeissakin tilanteissa suojaa siis itsetuhoisuudelta. Ihmissuhteiden, osallisuuden ja yhteisön positiivinen suhtautuminen tukee ihmisen kokemusta omasta selviytymisestään ja kuuluvuudestaan.

Yksilön oma lähipiirin merkitys on suuri, etenkin kriisin kohdatessa. Lähipiiriä voi olla ystävät, perhe, ikätoverit tai muut läheiset. Läheisten antama tuki kriisissä on todettu vaikuttavimmaksi sekä merkittävimmäksi yksilön kokemuksen kannalta. Läheiset voivat toimia tukena niin sosiaalisesti, henkisesti kuin vaikkapa taloudellisesti tai tarjota kodin menettäneelle majoitumispaikan. Erityisen merkityksellistä tämän kaltainen suoja on itsetuhoisille nuorille ja vanhuksille, jotka ovat muiden avusta usein melko riippuvaisia (WHO 2015, 44.) Toisaalta jos yksilöllä ei ole lähipiiriä, voi häntä tukea tahojen puoleen, joista saa keskusteluapua ja mahdollisesti vertaistukea. Tämä ei tokikaan korvaa läheisten tuen antamaa merkitystä, mutta voi tukea kokemusta siitä, että ihminen ei jää tilanteessaan yksin.

Konkreettisen itsemurhayrityksen jälkeen on tärkeää varmistaa henkilön yksilölliset, suojaavat mekanismit teon uusimiselle. Jonkin altistavan tai suojaavan tekijän on tärkeää muuttua henkilössä itsessään tai hänen toimintaympäristössään. Ambivalenssi tekoon tai ajatuksiin liittyen on hyvä huomioida henkilön kanssa toimittaessa (Tuulari 2010). Jokaisella on oma kokemuksensa omasta hyvinvoinnistaan ja tämä on aina subjektiivista. Kuten myös opinnäytetyömme kysymys siitä, mikä on itsetuhoisen henkilön mielestä kohtaamisessa ollut toivoa herättävää tai muuten merkittävää. Jokaisella on tämän lisäksi myös omia selviytymisstrategioita, jotka suojaavat itsetuhoiselta käyttäytymiseltä.

4 Itsemurha

Itsetuhoisuutta voidaan tutkia joko syy-seuraussuhdetta laveammalla lähestymistavalla, jossa korostuu itsemurhan näkeminen prosessiluonteisena. Eli kyseessä ei ole yksi tai useampi itsemurhaan johtanut tapahtuma tai syy. Ajatellaan että kyseessä on prosessi, jossa traumaattisten kokemusten lisäksi vaikuttavana tekijänä on itsetunnon, ihmisarvon ja elämänotetta rakentavien kokemusten puute. (Ohtonen 2014, 10.)

Itsetuhoisuutta voi tutkia myös yhteiskunnallisesta näkökulmasta, jossa itsemurha nähdään ilmiönä. Itsetuhoisuus ilmentää yhteiskunnallisia seikkoja, kuten rakennetta, yhteiskunnan rakenteen muutoksia ja yksilön asemaa osana yhteiskuntaa. Eri maiden väliset erot itsemurhien esiintyvyydessä osoittavat, että yhteiskunnallisilla rakenteilla ja eri aikakausilla on merkitystä itsemurhien yleisyydessä (Ohtonen 2014, 10.) Itsemurhalla tarkoitetaan itsensä tarkoituksellista surmaamista. Vuosittain noin 900 suomalaista tekee itsemurhan, tämä tarkoittaa keskimäärin kahdesta kolmeen itsemurhaa päivässä. Jokainen itsemurha koskettaa itsemurhan tehneen läheisiä, hänen kanssaan työskennelleitä tai hänet tunteneita. Nuorten ja nuorten aikuisten kuolemista yli kolmannes liittyy itsetuhoisuuteen. Joka kymmenes itsemurhan tehnyt on alle 25-vuotias. Etenkin alle 65-vuotiaiden itsemurhat ovat suomalaisessa yhteiskunnassa yleisempiä, kuin muissa EU-maissa. (Surunauha ry 2015.)

Itsemurhaa on usein edeltänyt mielenterveyden häiriö. Yleisin näistä on depressio eli masennus (2/3). Päihteiden käytön ongelmat sekä häiriö on myös usein taustalla (1/3). Lisäksi persoonallisuushäiriö (1/3) tai psykoosi (1/4) ovat melko yleisiä, todettuja mielenterveyden häiriöitä itsemurhan taustalla. Noin puolet itsemurhan tehneistä on ollut päihtyneenä tekohetkellä. Iäkkäiden henkilöiden tekemässä itsemurhassa on usein taustalla vakava tai krooninen fyysinen sairaus. (Lääkäriliitto 2018.)

Itsemurha voidaan toteuttaa ns. rationaalisen itsemurhana, jolloin tilanteeseen ei liity kaotettisuutta tai primitiivisyyttä. Rationaalinen itsemurha on melko harvinainen, koska usein itsemurhaa edeltää tilanne, joka on kaotettu sekä hallitsematon. Vaikka itsemurhaan liittyy suunnitelmallisuus, toteutus on usein voimakkaiden tunteiden sekä realiteettien vääristymien aikaan saama melko primitiivinen päätös. (Lääkäriliitto 2018.)

Itsemurha on etenkin miesten tekemänä usein impulsiivinen teko. Maailman terveysjärjestö WHO otti tämän näkökulman yhdeksi käsiteltäväksi teemaksi 66. yleiskokouksessaan, joka järjestettiin toukokuussa 2013. Samana keväänä otettiin käyttöön WHO:n ensimmäinen laaja mielenterveyden edistämisen toimintasuunnitelma, jonka keskeistä sisältöä on itsemurhien ehkäiseminen. WHO:n tavoitteena on laskea globaalisti eri maiden itsemurhalukuja 10 prosentilla vuoteen 2020 mennessä. Suunnitelmassa huomioidaan se, että itsemurhaan ei ole olemassa yksittäistä syytä, vaan se on usein impulsiivinen teko. Itsemurhan impulsiivisen piirteen vuoksi henkiin jääminen voi olla kiinni esimerkiksi siitä, miten tekovälineitä on saatavilla. (WHO 2014, 7.)

5 Suomalainen itsemurha

Itsetuhoinen ajattelu, eli itsemurhan ajattelu, on melko yleistä Suomessa. Arviolta 10-20 prosenttia väestöstä ajattelee vuoden aikana itsemurhaan liittyviä asioita. Yritykseksi näistä etenee noin kymmenesosa. Itsemurhaa yrittäneistä seuraavan vuoden aikana itsemurhan tekee noin yksi sadasta, pidemmällä aikavälillä noin joka kymmenes itsemurhaa yrittänyt tekee itsemurhan myöhemmässä vaiheessa. Puolet itsemurhan tehneistä ei ole aiemmin yrittänyt itsemurhaa. (Lääkäriliitto 2018.)

Keskeisinä itsemurhaa ennakoivina merkkeinä pidetään sellaisia riskitekijöitä, jotka ennakoivat itsetuhoisuutta. Noin puolet itsemurhaan kuolleista on yrittänyt itsemurhaa aiemmin ja useimmat heistä on jollakin tavalla pyrkineet viestittämään itsetuhoisista ajatuksistaan ja aiheistaan. Arvioiden mukaan noin 90% itsemurhan tehneistä tai yrittäneistä on kärsinyt ainakin yhdestä hoitamattomasta, alihoidetusta tai tunnistamattomasta mielenterveyden häiriöstä. Yleisin näistä on masennus (56 - 87 %), päihdeongelmista (26 - 55 %) tai skitsofreniasta (6 - 13 %). Jotkin tutkimukset tosin ovat tulleet sellaiseen tulokseen, että jokaiseen itsemurhaan voi-

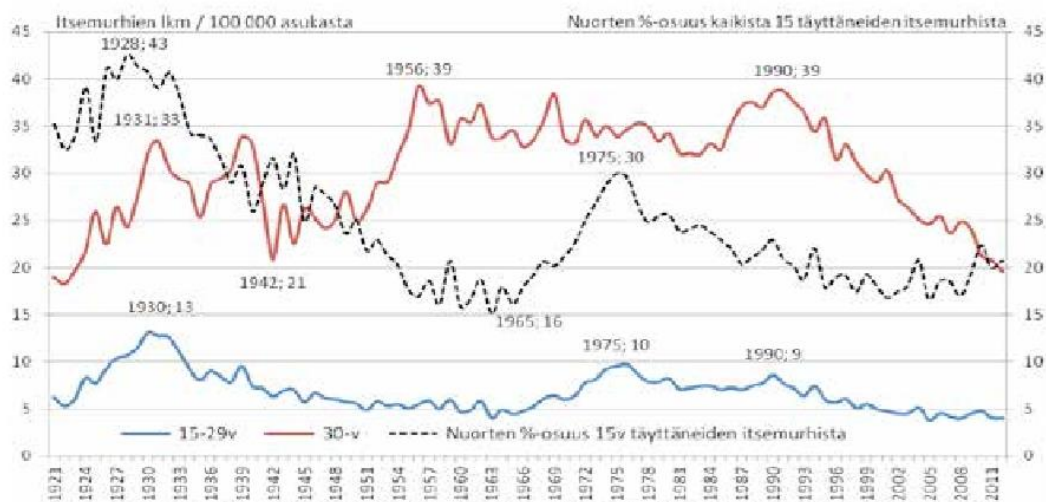
daan yhdistää mielenterveysongelmat. Yleisin itsemurhiin yhdistettävä mielenterveyden sairaus on masennus, josta noin joka viides ihminen kärsii elämänsä aikana. Masennus uusiutuu yli puolella sen sairastaneista. (Mäkelä 2016, 8.)

Suomessa keskeisimmiksi itsemurhan riskitekijöiksi on listattu miessukupuoli, avioero tai naimattomuus, leskeksi jääminen, matala koulutus ja heikko sosiaalinen asema. Tätä voidaan tulkita muun muassa siten, että itsemurhaan liittyy kiinteästi sosiaaliset suhteet, etenkin parisuhde sekä perhe. Sosiaalisten suhteiden muoto ja niiden rikkomattomuus sekä muut kiinteät sosiaaliset suhteet suojaavat itsemurhalta. Myös hyvä koulutus sekä sen kautta kehittyvät sosiaaliset taidot sekä asema yhteiskunnassa ovat suojaavia tekijöitä. (Ohtonen 2014, 17.)

5.1 Itsemurhien yleisyys eri ikäryhmissä

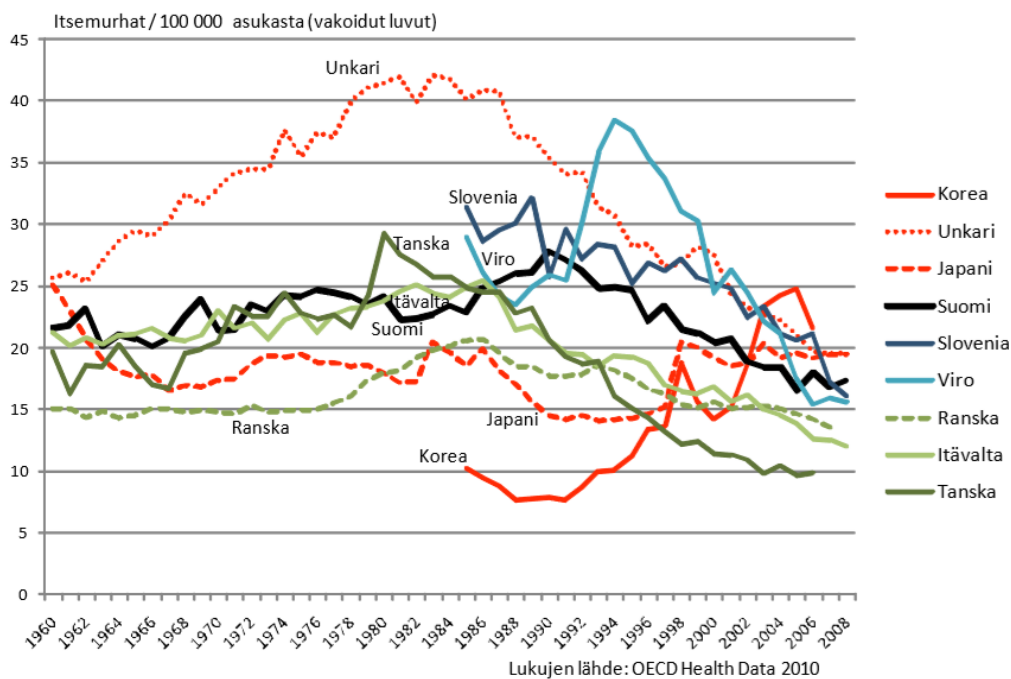
On arvioitu, että noin 44 suomalaista sadasta tuhannesta yrittää itsemurhaa ja joutuu tämän seurauksena sairaalahoitoon. Vuosittain itsemurhaa yrittää 2 000 - 2 400 suomalaista. Noin joka kolmas toistaa itsemurhayrityksensä. Naiset yrittävät keskimäärin useammin itsemurhaa, mutta miesten itsemurhakuolleisuus on suurempaa (Ohtonen 2014, 12.) Nuorten (15-29 -vuotiaat) kuolemat Suomessa liittyvät useimmiten väkivaltaan sekä tapaturmiin. Etenkin nuorten miesten kuolematapauksista 74 prosenttia sisälsi väkivaltaa tai tapaturman. Näistä 40 prosenttia on väkivaltaa ja 34 prosenttia tapaturmia. Loput 26 prosenttia selittyy itsetuhoisuudella. Naisilla prosenttiosuudet olivat 60-, 37- ja 23 prosenttia. (Ohtonen 2014, 19.)

Itsemurhien osuus lähes kaikissa alle 50-vuotiaiden ikäryhmissä on noussut vuoden 1970 jälkeen. Ainoastaan lapsien tekemät itsemurhat ovat vähentyneet. Itsemurhien esiintyvyyttä Suomessa on tutkittu ja tilastoitu vuodesta 1921 alkaen. Tämä tarkoittaa sitä, että pitkän aikavälin vertailussa on otettava huomioon Suomen väkiluku. Vuonna 1921 Suomessa oli 3,2 miljoonaa asukasta, joten suoraa vertailua ei voida toteuttaa. Myös eri ikäryhmien määrät ovat vaihdelleet eri aikakausien välillä. Eniten itsemurhia on tehty väestön määrään suhteutettuna vuonna 1990 (ks. taulukot 2 ja 4 alla). (Ohtonen 2014, 5.)

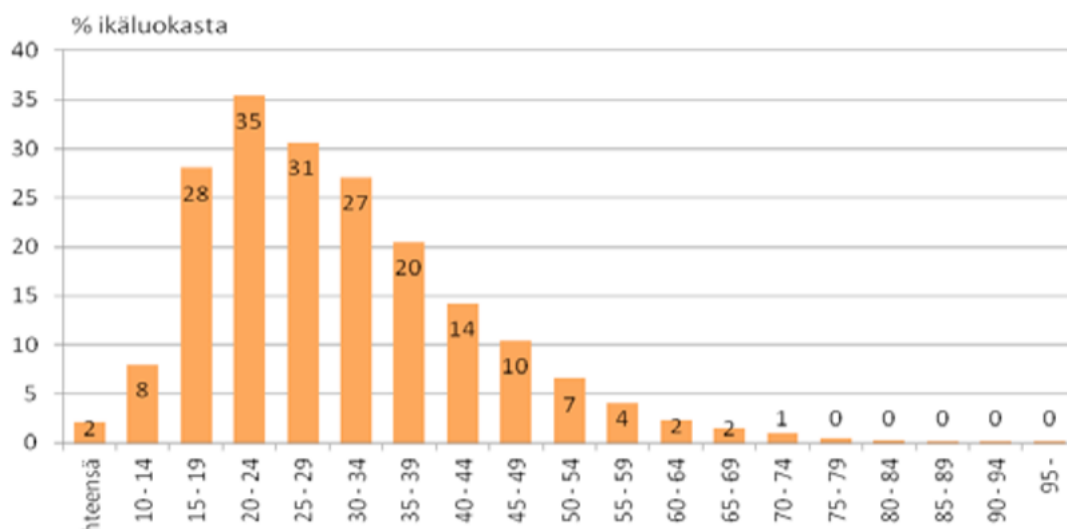


Taulukko 2: Itsemurhien lukumäärä ikäryhmittäin (Ohtonen 2014, 5)

Suomalaisten itsemurhat ovat kansainvälisessä vertailussa yleisiä, kuten alla oleva taulukko 3 osoittaa. 1960-luvulla suomessa tehtiin OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) maista kolmanneksi eniten itsemurhia. Edelle menivät ainoastaan Unkari ja Japani. Nykyään näiden lisäksi Suomen edelle itsemurhatilastoissa on mennyt Korea (Ohtonen 2014, 7). Vuosina 2000-2012 kaikista ikäryhmistä eniten itsemurhia tekivät 20-24 -vuotiaat. (Ohtonen 2014, 19).



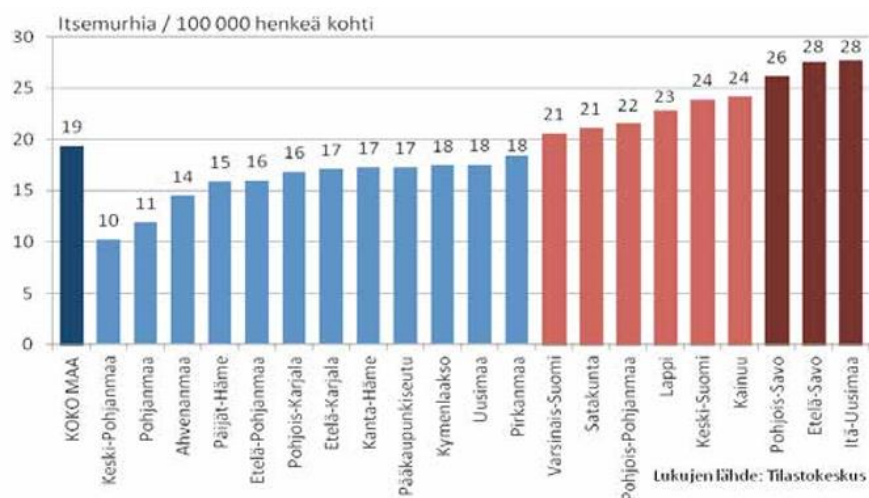
Taulukko 3: Itsemurhien määrä 100 000 asukasta kohti OECD -maissa vuosina 1960-2008 (Ohtonen 2014, 7)



Taulukko 4: Itsemurhien prosenttiosuus ikäryhmittäin kaikista kuolemantapauksista vuonna 2012 (Ohtonen 2014, 19)

5.2 Itsemurhien alueellinen ilmeneminen Suomessa

Väestömäärään suhteutettuna eniten itsemurhia tehtiin vuonna 2009 Itä-Uudellamaalla sekä Etelä-Savossa. Vähiten samana vuonna itsemurhia tehtiin Keski-Pohjanmaalla ja Pohjanmaalla, kuten alla oleva taulukko 5 osoittaa. Tarkasteluvuosi 2009 johtuu siitä, että tämän jälkeen tuoreempaa julkaistua tietoa maakunnallisesta näkökulmasta tutkittuna ei ole. Maakuntien erot olivat tutkimusvuonna suurimmillaan lähes kolminkertaisia (Ohtonen 2014, 23.) 2000-luvulla itsemurhia on tutkittu riskitekijöiden, sosiaalisten- ja alueellisten erojen ja vuodenaikojen mukaan. Tutkimusmenetelmät näissä ovat painottuneet kvalitatiiviseen tutkimukseen, eli määrälliseen tutkimukseen. (Mäkelä 2016, 11.)



Taulukko 5: Itsemurhat 100 000 asukasta kohden maakunnittain vuodelta 2009 (Ohtonen 2014, 22)

5.3 Itsemurhat ja sukupuolen merkitys

Itsemurhien määrissä on merkittäviä eroja miesten ja naisten välillä (ks. taulukko 6). Keskimäärin 80 prosenttia itsemurhista on miesten tekemiä. Toisaalta naiset oireilevat ja yrittävät itsemurhia miehiä enemmän. (Ohtonen 2014, 23.) Suomessa itsemurhien syitä on tutkittu analysoimalla itsemurhan tehneiden jättämiä viestejä. Aineisto analysoitiin sekä tyypiteltiin, jotta saatiin luotua kuva erilaisista itsemurhan taustalta löytyviin syihin. (Ohtonen 2014, 59.)

Suomalaisista miehistä noin viidennes itsemurhan tehneistä on äskettäin eronnut puolisostaan ja on todennäköisesti alkoholiongelmainen keski-ikäinen mies. Heillä oli usein perhe sekä alaikäisiä lapsia. Puoliso oli ottanut eron miehestään alkoholiongelman vuoksi. Ero oli johtanut lasten näkemisen vähenemiseen sekä lisännyt alkoholinkulutusta huomattavasti. Kivuista kärsivät, somaattisesti sairaat miehet nousivat myös tutkimuksessa esille. lääkäämmistä itsemurhan tehneistä miehillä useimmilla oli somaattinen sekä kipuja aiheuttanut sairaus. (Ohtonen 2014, 59.)

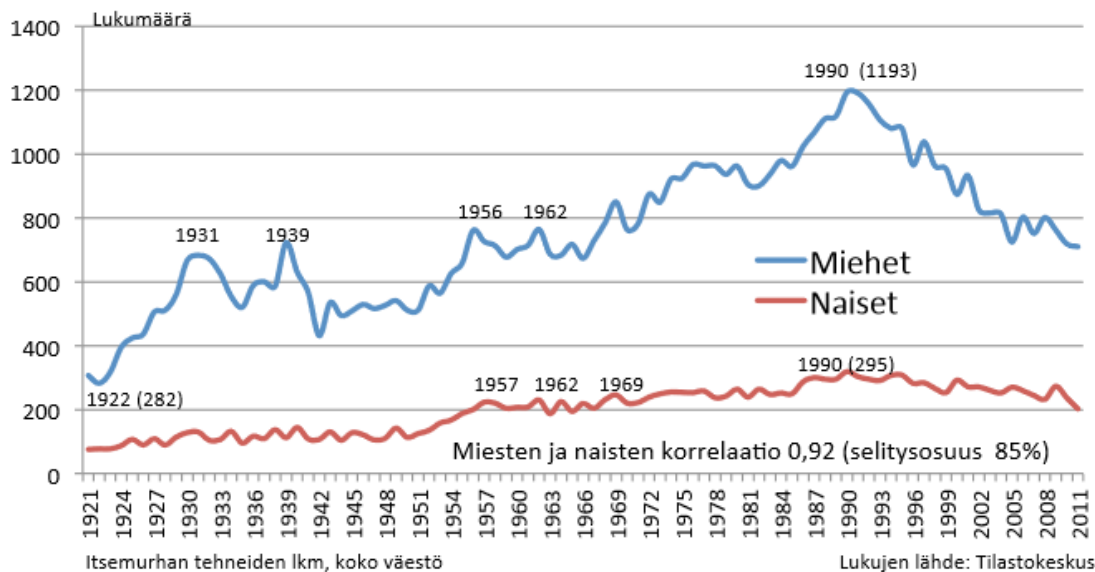
Psykiatrisessa hoidossa olevat miehet nousivat myös yhdeksi suomalaisen itsemurhan riskiryhmistä. Noin kuudellatoista prosentilla itsemurhan tehneistä miehistä oli olemassa oleva hoitosuhde mielenterveyspalveluissa. Osa hoitosuhteessa olevien miesten tekemistä itsemurhista oli sairaalassa. Myös kotilomilla ja pian hoidon päätyttyä hoitosuhteessa olleet miehet päätyivät tekemään itsemurhan. Miesten ikä vaihteli, mutta usealla psyykkiset ongelmat olivat alkaneet nuoruusiän lopulla, vaikuttaen työhön tai opiskeluun. Moni oli psyykkisten vaikeuksien vuoksi eläkkeellä ja heidän elämänsä oli sosiaalisesti melko rajoittunutta (Ohtonen 2014, 59.) Rikoksia tehneet ja sosiaalisesti rajoittuneet miehet muodostavat merkittävän osan suomalaisista miesten tekemistä itsemurhista. Usein heillä ei ole ollut perhettä ja he olivat usein asunnottomia. He asuivat esimerkiksi vanhempiensa, tuttaviansa tai kumppaninsa luona, kun eivät olleet vankilassa tai muussa laitoksessa. Osalla rikoksia tehneiden miesten ryhmään kuuluvista ei ollut lainkaan kokemusta työelämästä. Monet heistä elivät sosiaaliturvan avulla. Osalla tähän ryhmään kuuluvista miehistä oli taustalla ero kumppanistaan. Keski-ikä oli noin 30 vuotta ja jokaisella ryhmään kuuluneista miehistä oli rikostausta. (Ohtonen 2014, 60.)

Nuorten miesten tekemissä itsemurhissa korostui impulsiivisuus. Impulsiivisuus näkyi niin, että etenkin nuorten miesten tekemiin itsemurhiin ei löytynyt yhteistä tekijää. Monen nuoren elämä näyttäytyi ulospäin melko hyvänä ja tavallisena, joten itsemurhan syy on todennäköisesti ollut satunnainen tekijä. Tähän ryhmään kuuluvat miehet olivat usein noin 20-vuotiaita (Ohtonen 2014, 60.) Miesten tekemissä itsemurhissa korostuu lisäksi kuolettavampien itsemurhan tekotapojen käyttö, jotka todennäköisemmin johtavat kuolemaan. Miesten itsemurhissa korostuu impulsiivisuus ja itseen kohdistuva väkivaltainen, kuolettava teko, joka vaikuttaa miesten suurempaan osuuteen itsemurhan tehneistä. (Mäkelä 2016, 7.)

Suomalaisten naisten itsemurhien syitä analysoidessa peruskysymys oli ”miksi hän teki itsemurhan?”. Naisten itsemurhien syitä tutkittiin analysoimalla vuoden 1987 itsemurhatutkimuksen aineistoa. Naisten syyt itsemurhaan liittyivät usein fyysiseen sairauteen, masennukseen sekä vaikeuksiin ihmissuhteissa (Ohtonen 2014, 61). Naiset käyttävät osittain myös sellaisia itsemurhamenetelmiä, joiden kautta kuoleminen on epätodennäköisempää. Tällaisen tekotavan valinta on joskus tarkoituksellinen ja sen taustasyynä saattaa kuolemaa ennemmin olla halu saada huomiota läheisiltä. (Mäkelä 2016, 7.)

On arvioitu, että joka viides suomalainen sairastuu jossakin vaiheessa elämäänsä masennukseen. Masennukseen sairastuneista joka toisella sairaus uusii ja joillakin se kroonistuu. Naiset sairastuvat miehiä yleisemmin masennukseen. Masennuksen vakavassa vaiheessa riski tehdä itsemurha kasvaa noin kaksikymmenkertaiseksi oireettomaan aikaan verraten. (Ohtonen 2014, 61.)

Yhteiskunnalliset rakenteet vaikuttavat jonkin verran suomalaisessa itsemurhassa, luoden riskitekijöitä kuten ampuma-aseiden saatavilla olon kautta. Aselaista on keskusteltu julkisuudessa ja esitetty sen muuttamista. Suomalaisilla on globaalisti verraten melko paljon aseita, neljänneksi eniten maailmassa. Etenkin miesten tekemiin itsemurhiin tällä voi olla merkitystä. (Ohtonen 2014, 63.)



Taulukko 6: Itsemurhien määrä sukupuolen mukaan vuosilta 1921-2011 (Ohtonen 2014, 24)

5.4 Suomalaisten itsemurhien ehkäisyn kannalta tärkeät piirteet

Itsemurhat Suomessa 1987 -projektissa tutkijat pystyivät eriyttämään viisi erilaista teemaa, joihin tulisi kiinnittää huomiota suomalaisten itsemurhien ehkäisyssä. Nämä teemat ovat ai-

kaisempi itsetuhoisuus, kriisit, mielenterveyden näkökulma sekä nuoruuden merkitys. (Ohtonen 2014, 57.) Tehdyistä itsemurhista useassa ilmenee aiempaa itsetuhoista käyttäytymistä, joskus monienkin vuosien takaista. Itsemurhayritysten yhteydessä on myös usein mukana jokin kriisi, joka etenkin miehillä johtaa itsemurhayritykseen, koska he kokevat sosiaalista epäonnistumista ja näissä tilanteissa lisäksi sosiaalisen tuen puute altistaa itsemurhalle. (Ohtonen 2018, 57-58.)

Lisäksi mielenterveys ja etenkin mielenterveyden ongelmat sekä hoidon saannin haasteet ja ongelmat nousivat keskeiseksi teemaksi. Masennuksen hoito nousi Itsemurhat Suomessa 1987 -projektissa esille. Myös päihdehuoltoon kiinnitettiin huomiota, noin kolmanneksella itsemurhan tehneistä oli päihdeongelma (Ohtonen 2018 58). Nuoruuden merkitys nostaa myös osaltaan esille Itsemurhat Suomessa 1987-projektissa. Lapsuudessa ja nuoruudessa on kyse pitkäaikaisesta ja kiinteästä perhesuhteesta. Siihen liittyy omia haasteita ja prosesseja. Etenkin nuorten miesten itsemurhien erityispiireisiin kuuluu itsetuhoisuuden ja itsetuhoisen puheen toteuttaminen kodin ulkopuolella. Myös nuoruusiän haasteet altistavat vanhemmalla iällä erilaisiin ongelmiin, jotka voivat lisätä itsemurhan riskiä. (Ohtonen 2014, 59.) Suomalaiset itsemurhatilastot eroavat suuren itsemurhakuolleisuuden lisäksi väestörakenteellisesti muusta maailmasta. Maailmanlaajuisesti aikuiset päätyvät nuoria ennemmin itsemurhaan. Suomessa nuorten tekemät itsemurhat ovat suhteessa yleisempiä kuin aikuisten tekemät. Suomalaiset nuoret, etenkin miehet, tekevät itsemurhia viidenneksi eniten maailmassa. Suomalaiset nuoret naiset ovat tilastoissa toisena, vaikka Suomessa miehet tekevät useammin itsemurhan kuin naiset. Itsemurha on toiseksi yleisin nuorten ihmisten kuolinsyy globaalisti ja suomalaiset nuoret ovat sukupuolittain jaettuna kärjessä. (Mäkelä 2016, 7.)

6 Psykologinen trauma

Elämää ei voi ennakoida ja kohtaamme erilaisia tapahtumia ja tilanteita, joihin ei voi valmistautua. Kun tällaiseen tapahtumaan liittyy esimerkiksi väkivaltaa tai oman henkilökohtaisen turvallisuudentunteen rikkomista, aiheuttaa se kriittisen tilanteen stressireaktion. Jokaisessa traumaattisessa tai traumatisoivassa tilanteessa on mukana osa yksilön omaa kokemusmaailmaa, henkilöhistoriaa ja ne ovat suhteessa sen hetkiseen elämäntilanteeseen. Jokainen reagoi omalla tavallaan, riippuen omista ominaisuuksista. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 33.)

Psykologista traumaa on tarkasteltu usein kahdesta eri näkökulmasta: psykologisen trauman syntymekanismiin, eli mikä traumassa on peräisin ihmisen sisäisestä maailmasta, tämän henkilöhistoriasta ja mikä toisaalta on ulkoisen tekijän vaikutus. Ulkoinen tekijä voi olla väkivallan kohtaaminen tai onnettomuuteen joutuminen. Toinen näkökulma liittyy psykologisten ja fysiologisten tekijöiden väliseen suhteeseen sekä merkittävyyteen, kun etsitään psykologista traumaa selittäviä tekijöitä (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 34.)

Psykologiseen traumaan liittyy kokemus pelosta, avuttomuudesta tai kauhusta. Psykologinen trauma syntyy, kun henkilö kohtaa ennakoimattomasti tilanteen, joka koskettaa joko omaa tai läheisen koskemattomuutta uhkaavaa, loukkaavaa tai aietta siitä. Näitä tilanteita seuraa stressireaktio, joka on luonnollinen reaktio tapahtumiin, joihin ei ole voinut varautua. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 33-34.)

Traumatisoitunut ei välttämättä koe tarvitsevansa apua, koska ihmisen keho sekä mieli voivat ottaa vastaan myös traumatisoivia tilanteita ja selvitä niistä. Reaktioon ja sen voimakkuuteen vaikuttaa miten voimakkaasti henkilö on kokenut tilanteen ja miten avuttomaksi hän itsensä tilanteessa tai sen jälkeen tuntee. Peritraumaattiseen eli traumaattisen tilanteen hetkeen voi liittyä dissosiaatiota, joka aiheuttaa sen, että henkilö kokee tilanteen vieraaksi, ikään kuin se ei olisi tapahtunut itselle tai omakohtaisesti. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 34.)

Dissosiaatio liittyy myös usein itsetuhoisuuteen, etenkin itsemurhayritykseen. Itsetuhoinen ei toimi rationaalisesti eikä usein itsemurhayrityksen jälkeen tunnista omaa toimintaansa tai olisi uskonut päätyvänsä ratkaisuun, jossa toimii itsetuhoisesti. Moni kuvaa kokemusta dissosiaatioon liittyvänä kokemuksena, jossa on itse tietyllä tavalla tilanteessa ulkopuolinen toimija. (Haastateltu asiantuntija 2018.)

Koska traumaattinen tapahtuma on aina voimakas ja pelottava, ei ihmisen mieli pysty välttämättä kohtaamaan tilannetta niin, että pystyisi ymmärtämään tapahtuneen ja säilymään samanaikaisesti eheänä. Tällaisessa tilanteessa mieli lohko, lokeroi tai ohjaa tietoa niin, että se kulkee tietoisuuden ohitse. Eli traumaattinen kokemus jää ikään kuin ihmisen itsensä ulkopuolelle, eikä se integroidu osaksi kokemusmaailmaa. Tämän kaltaisessa tilanteessa puhutaan dissosiaatiosta tai dissosiaatiohäiriöstä. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 39.)

Dissosiaatio erottaa kokemuksia ja ajatuksia, sen tarkoitus on suojata elämää. Dissosiaatio on äärimmäinen ihmismielen keino selviytyä tilanteista, joissa tavalliset primitiiviset vaaratilanteen toiminnot kuten pakeneminen, taistelu ja jähmettyminen eivät riitä. Krooninen dissosiaatiohäiriö tai dissosiaatiokokemus on kuitenkin ihmisen mieltä hajottavaa, ei suojaavaa (Huttunen 2017). Dissosiaatiohäiriöt voidaan jakaa sen mukaan, ovatko ne syntyneet traumaattisen tapahtuman aikaan. Kyseessä voi olla kroonistunut dissosiaatiohäiriö, kuten dissosiatiiivinen identiteettihäiriö. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 39.)

Ihmisen mieli käsittelee traumaattista tapahtumaa liittämällä sen osaksi oman elämän historiaa. Tämä tapahtuu kolmivaiheisen prosessin kautta, jonka vaiheet ovat shokkivaihe, reaktiovaihe ja uudelleensuuntautumisvaihe. Mieli käsittelee traumaattista kokemusta sitä mukaan, kun psyyyke on valmis kohtaamaan tapahtunutta. Shokkivaiheessa tapahtunut rajoittuu yksittäisten asioiden toteamisen tasolle ja vasta reaktiovaiheessa tapahtunut jäsentyy mielessä. Uudelleensuuntautumisvaiheessa tapahtuma integroituu osaksi henkilön omaa historiaa. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 35.)

Trauma on aina yksilöllinen kokemus ja mitä nuorempana traumaattista elämänhistoriaa kertyy, sitä vakavampia seurauksia niillä usein on. Traumaattisista kokemuksista toipumiseen vaikuttavat varhaislapsuuden kokemukset, mielenterveyden ongelmat sekä elämäntilanne kokonaisuutena. Ennakointi on mahdotonta, koska reaktio sekä kokemus ja sen käsittely koostuu usean asian summasta. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 36.)

Traumatisoituminen voi johtaa itsesäätelyn ongelmiin, joihin voi liittyä esimerkiksi ympäristön vääristynyt havainnointi ja tulkinta. Henkilön suhde ympäristöön voi vääristyä ja esimerkiksi ympäristössä olevat neutraalit huomiot jäävät henkilöltä näkemättä tai havainnoimatta. Myös keskittyminen voi hankaloitua ja oppiminen vaikeutua. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 37.)

7 Menetelmiä itsetuhoisen asiakkaan kohtaamiseen

7.1 Traumatisoituneen auttaminen ja IES-mittari

Traumatisoituneen auttaminen on ammatillista työtä. Työssä on tärkeä huomioida jokaisen yksilölliset tarpeet sekä voimavarat. Työskentely traumatisoituneen kanssa vaatii erityisosaamista, joka voi sisältää sekä psykologisia että kehollisia elementtejä. Työntekijä voi auttaa traumatisoitunutta henkilöä ja tunnistaa psykologisesti traumatisoituneen henkilön sekä tukea tämän omien resurssien tunnistamista ja kehollisen stressireaktion rauhoittamista. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 40.)

Interventiot, jotka eivät ole välttämättömiä voivat aiheuttaa traumatisoituneelle pahimmillaan kokemuksen uudelleen traumatisoitumisesta. Tällaisia tilanteita saattaa aiheuttaa turvattomuuteen ja luottamukseen liittyvät tuntemukset. Työntekijän korostunut halukkuus puuttua tai auttaa, kun traumaattisen tilanteen kokenut henkilö ei itse ole siihen vielä valmis, voi myös olla vahingollista. Tyypillinen tämän kaltainen tilanne on sellainen, jossa henkilöä rohkaistaan ja kehotetaan kertomaan kokemuksistaan tilanteessa, johon hän ei ole valmis, joka ei ole turvallisen tuntuinen, oikein ajoitettu tai strukturoitu. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 40.)

Uudelleen traumatisoituminen uuvuttaa sekä vie voimaa toimintakyvystä, jota tarvitaan jo arjessa selviytymiseen. Uudelleen traumatisoituminen voi laukaista mielenterveyden häiriöiden oireita tai häiriöitä, kuten masennusta tai erilaisia stressireaktioita. Esimerkiksi väkivaltaa kokenut ei välttämättä hyödy väkivaltatilanteen uudelleen läpi käymisen yksityiskohtaisten kuvausten tai muistelun kautta. Sen sijaan sillä, että työntekijä ilmaisee tilanteen vaikeuden tai raskauden, voi olla hyötyä. Myös erilaiset tilanteet voivat laukaista traumaattisen muiston ja reaktion, jolloin traumatisoitunut hyötyy siitä, että työntekijä on tämän tukena. Psykoedukaatiosta on hyötyä, kun henkilö oppii tunnistamaan itsessään merkkejä ja oireita traumatisoitumisesta. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 40.)

Lähtökohtaisesti traumatisoituneen kanssa työskentely vaatii työntekijältä taitoa rakentaa ja ylläpitää luottamuksellista suhdetta, valmiuksia kuulla ja kestää hyvin kuulemaansa. Ympäristön tulee olla rauhallinen sekä turvallinen, joka tarkoittaa sitä, että yllättävät tilanteet ja äänet on mahdollisuuksien mukaan huomioitu ja ennaltaehkäisty. Keskustelun on tapahduttava ehdottomasti traumatisoituneen henkilön ehdoilla, niin ajan, rytmin kuin sisällön suhteen. Myös tilanteen kontrollin tunteen voimistaminen tulee ottaa huomioon. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että trauman kokenut saa itse määritellä esimerkiksi sen missä hän istuu, miten istuu ja sijoittuu suhteessa muuhun ympäristöön. Lisäksi on sovittava jokin merkki, jolla hänellä on oikeus keskeyttää keskustelu helposti ja nonverbaalisesti, eli sanattomalla viestinnällä. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 41.)

IES-mittari (the Impact of Event Scale) (taulukko 7) on yksi työväline, jonka avulla työntekijä voi pyrkiä helpottamaan asiakkaan traumaaihin liittyviä tunteita ja tuntemuksia. Menetelmä on ymmärrettävä mahdollisena työvälineenä, eli ei automaattisena tai aina käytettävänä. Keskiössä on aina traumaattisen tilanteen kokenut henkilö, hänen kokemuksensa ja hänen voimavarojensa tunnistaminen. Kun traumaattista tapahtumaa tai tilannetta arvioidaan, tulee aina huomioida myös henkilöhistorian vaikutukset ja aiemmat mahdollisesti käsittelemättömät tai integroimattomat tapahtumat, jotka saattavat aktivoitua uuden traumaattisen kokemuksen myötä. Traumaattisen tilanteen jälkeinen reaktio voi siis liittyä myös aiempaan tapahtumaan, joka oireilee nyt uudestaan tai ensimmäistä kertaa. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 41.)

IES (the Impact of Event Scale) on melko yleinen väline, jota käytetään traumaattisen kokemuksen jälkeiseen arviointiin. Sen on psykometrinen, eli yksilön omaan kokemukseen ja kertomaan perustuva testi. IES mittaa traumaattisen tapahtuman jälkeen ilmenneiden oireiden yleisyyttä sekä niiden muotoa. Mittarissa on yhteensä kuusitoista väittämää, mutta on huomioitava, että se ei kata eikä pyri kattamaan kaikkia oireita, joita henkilöllä saattaa traumaattisesta kokemuksesta ilmetä. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 41-42.) IES-mittaria on tutkittu ja sen soveltuvuutta pidetään kelvollisena. Lisäksi siitä on tehty kaksi erilliseen aineistoon pohjaavaa tutkimusta, joissa molemmissa oli hyvä sensitiivisyys, spesifisyys, positiivinen ennustava vahvuus, negatiivinen ennustava vahvuus ja diagnostinen kokonaistehokkuus. IES-mittarin eduksi on myös mainittu sen tunnettavuus sekä yleisyys. (Käypähoito 2014.)

IES-mittarin käyttö on mahdollista silloin, kun trauman kokenut henkilö itse kokee olevansa valmis ajattelemaan kokemaansa, vaikka kysymyksissä ei suoraan tilanteesta kysytä. Joillekin kysymyksiin vastaaminen voi laukaista kehollisen stressireaktion ja tämän vuoksi on tärkeää sopia nonverbaalinen merkki, jolla henkilö saa keskeytettyä helposti tilanteen. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 42.) IES-mittaria käytettäessä tulee käydä vastausvaihtoehdot (ei lainkaan, harvoin, joskus, usein) läpi trauman kokeneen henkilön kanssa ja työntekijän tulee lukea lomake ääneen. IES on tarkoitettu hyvin suoraviivaiseksi ja kartoittavaksi työvälineeksi,

jota tulee käyttää liittäen se tiettyyn traumatisoivaseen tapahtumaan, ei esimerkiksi laajempaan kokonaisuuteen tai usean tapahtuman yhteen summaamiseen. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 41-42.)

Kyselyn jälkeen työntekijä huolehtii siitä, että asiakkaan mieli ja aistikokemukset ovat palautuneet nykyhetkeen, esimerkiksi kysymällä jotain nykyhetkestä ja auttamalla tätä palauttamaan ja neutralisoimaan mahdolliset keholliset tai psyykkiset tuntemukset. Myös mahdollisesta eteenpäin ohjauksesta tulee huolehtia, tämä tarkoittaa esimerkiksi lääkäriä, psykologia, kriisityöhön erikoistunutta ammattilaista tai psykiatrista sairaanhoitajaa. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 45.)



NovoPsych

The Impact of Event Scale - Revised (IES-R)

Instructions:

Below is a list of difficulties people sometimes have after stressful life events. Please read each item, and then indicate how distressing each difficulty has been for you DURING THE PAST SEVEN DAYS with respect to (the event). How much were you distressed or bothered by these difficulties?

| | | Not at all | A little bit | Moderately | Quite a bit | Extremely |
|----|--|------------|--------------|------------|-------------|-----------|
| 1 | Any reminder brought back feelings about it | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | I had trouble staying asleep | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Other things kept making me think about it | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | I felt irritable and angry | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | I avoided letting myself get upset when I thought about it or was reminded of it | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | I thought about it when I didn't mean to | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | I felt as if it hadn't happened or wasn't real | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | I stayed away from reminders about it | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Pictures about it popped into my mind | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | I was jumpy and easily startled | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | I tried not to think about it | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | I was aware that I still had a lot of feelings about it, but I didn't deal with them | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | My feelings about it were kind of numb | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | I found myself acting or feeling as though I was back at that time | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | I had trouble falling asleep | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | I had waves of strong feelings about it | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Taulukko 7: IES-lomake (NovoPsych 2018)

7.2 Lyhytinterventio itsemurhaa yrittäneille - LINITY

LINITY-mallia, eli lyhytinterventiota itsemurhaa yrittäneille käytetään SOS-kriisikeskuksessa sijaitsevassa Itsemurhien ehkäisykeskuksessa Helsingissä. SOS-kriisikeskuksen LINITY-kehittämiprojektin päätavoite oli itsemurhayritysten ja itsemurhien ehkäiseminen. LINITY-lyhytinterventiomalli perustuu sveitsiläiseen ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program) malliin, joka on kehitetty Bernin yliopiston psykiatrian poliklinikalla. (Suomen Mielenterveysseura 2018b).

LINITY-tukimalli otettiin käyttöön Helsingissä, SOS-kriisikeskuksella. Tavoitteena käyttöön otossa oli täydentää jo olemassa olevia itsetuhoisten henkilöiden hoito- ja tukimalleja, mutta myös tarjota yksilöllistä keskustelutukea mahdollisimman nopeasti itsemurhayrityksen jälkeen. SOS-kriisikeskus on tehnyt yhteistyötä muun muassa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Itsemurhien ehkäisyn haluttiin jalkautuvan interventiomallina kriisityöhön ja itsemurhien ehkäisyyn. (Suomen Mielenterveysseura 2018b).

LINITY-malli on otettu käyttöön Helsingin lisäksi Seinäjoen kriisikeskuksessa, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä ja Kuopion kriisikeskuksen toiminnassa (Perheterapia 2017). Suomeen ASSIP-menetelmään pohjautuva LINITY tuli ensimmäisenä Sveitsistä, tämän jälkeen se on levinnyt myös muihin Euroopan maihin ja sitä ollaan viemässä myös Amerikkaan. (Haastateltu asiantuntija 2018.)

7.2.1 Miten LINITY auttaa?

Suomessa moni itsemurhaa yrittänyt ohjataan psykiatriseen hoitoon, mutta on olemassa ulkopuolelle jäävä ryhmä itsetuhoisesti toimineita henkilöitä, jotka jäävät ilman tukea ja jälkihoitoa. Itsemurhayritys sekä itsetuhoiset ajatukset jäävät tällöin käsittelemättä. Tutkimuksien mukaan itsemurhaa yrittäneet on todettu yhdeksi suurimmista itsemurhavaarassa olevista ryhmistä. Itsemurha-alttiuden purkaminen on tärkeätä itsemurhayritykseen johtaneen kriisin yhteydessä. Jos itsemurha-alttiuden purkaminen jää tekemättä, kasvaa riski itsemurhayrityksen uusimiseen. Uuden itsemurhayrityksen riski on olemassa vielä vuosikymmeniä yrityksen jälkeen. (Suomen Mielenterveysseura 2018c.)

Tutkimusnäyttö osoittaa myös, että lyhytinterventio itsemurhayrityksen yhteydessä auttaa ehkäisemään uutta itsemurhayritystä. Jälkihoito on yksi vaikuttavimpia keinoja ehkäistä uusi itsemurhayritys. Hyödyllistä on, että itsemurhayritys- ja alttius käsitellään sen ollessa ajan-kohtainen, eli mahdollisimman pian yrityksen jälkeen. Tällöin voidaan käydä läpi, miten itsetuhoisesti käyttäytynyt voi toimia itsensä hyväksi tulevaisuudessa ja näin estää uuden itsemurhayrityksen. (Suomen Mielenterveysseura 2018c.)

Itsemurhayritys jättää aivoihin toimintamallin, joka voi aktivoitua uuden tai vanhan laukaisevan tekijän kohdatessa. Suurin riski on noin kahden vuoden ajan itsemurhayrityksen jälkeen. Itsemurhayrityksen yhteydessä aivoissa aktivoituu malli, joka altistaa uudelle yritykselle ja tilanteeseen usein liittyy myös kokemus hallitsemattomuuden tunteesta ja voimakas tunnepurkaus, jossa ajattelu häiriintyy eikä ole rationaalista. (Haastateltu asiantuntija 2018.)

7.2.2 LINIT:n taustaa

Alkuperäiseltä nimeltään LINIT on ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program). ASSIP kehitettiin Sveitsissä, Bernin yliopiston psykiatrian poliklinikalla. Menetelmän keskeisiä lähtökohtia sen kehittämisessä oli ajatus siitä, että vaikka itsemurhayrityksen taustalla on usein jokin mielenterveyden sairaus, itse itsemurhassa ja itsemurhayrityksessä on kyseessä kuitenkin toiminta ja toimintaa voidaan ymmärtää sekä sitä voidaan selvittää. (Perheterapia 2017, 28.)

ASSIP-menetelmän taustalla on teoreettinen perusta. Kiintymyssuhdeteorian mukainen turvallinen ja tärkeä ihmissuhde, kuten terapeutin suhde, edustaa henkilölle myönteistä ihmissuhdetta ja kokemusta kiinnittymisestä ja sen mahdollisuudesta myös vaikeissa tilanteissa. ASSIP-työskentelyssä korostuu yhdessä toimiminen ja asiakkaan oma rooli toimijana. ASSIP-menetelmässä on myös kognitiivista käyttäytymisterapiaa, jonka menetelmillä voidaan pyrkiä muuttamaan opittua käyttäytymistä. (Perheterapia 2017, 28.)

Hyvin usein itsemurhaa yrittäneet kertovat olleensa tilanteessa, jossa he eivät ole ajatelleet rationaalisesti. Tietyllä tavoin tällaisessa tilanteessa itsemurhayritys toimii automaattisena toimintana. Dissosiativiset oireet ovat yleisiä ja henkilö voi kokea ulkopuolisuutta tai turtuneisuutta tilanteessa, jossa on päätyntä yrittämään itsemurhaa. Kivun sekä pelon tunteminen tai havaitseminen häiriintyy tällaisessa tilanteessa ja tilassa. (Perheterapia 2017, 28.)

Näkökulma, joka painottaa itsemurhien ehkäisyä, näkee oleellisena sen, että itsetuhoisen tila ei kestä ikuisesti ja että siitä on mahdollista päästä pois, vaikka itsetuhoisen tila olisi aktivoitunut. Kuitenkin, kun itsetuhoisen tila on kerran aktivoitunut, se jää muistijälkeenä ihmisen mieleen ja voi aktivoitua uudestaan. Tämän vuoksi on tärkeitä, että itsetuhoisesti toiminut oppii tunnistamaan ajoissa itsetuhoiseen tilaan viittaavia merkkejä ja reagoimaan niihin, ennen dissosiativista tilaa. (Perheterapia 2017, 28.)

Bernissä on selvitetty ASSIP-menetelmän vaikuttavuutta. Tutkimukseen osallistui 120 itsemurhaa yrittänyttä henkilöä. ASSIP-työskentelyyn osallistuneiden ryhmässä (60 henkilöä) oli intervention jälkeisinä kahtena vuotena viisi uutta itsemurhayritystä. Toisessa ryhmässä, jossa tukena ei ollut ASSIP-menetelmää uusia yrityksiä oli 41 kappaletta. ASSIP-työskentelyyn osallistuneiden ryhmässä riski yrittää uudestaan itsemurhaa laski siis noin 80 prosentilla. (Perheterapia 2017, 28.)

7.2.3 LINITY menetelmänä

LINITY on lyhytinterventio, joka pyrkii vaikuttamaan ja kehittämään itsemurhaa yrittäneen selviytymiskeinoja ja toimintatapoja, joilla ehkäistä uutta itsemurhayritystä. Toimintamallissa työntekijä tapaa itsetuhoisesti toiminutta henkilöä strukturoiduissa tapaamisissa. ASSIP-mallissa tapaamisia on kolme tai neljä, mutta Suomessa on kokeiltu mallia, johon on lisätty vielä yksi tapaaminen, johon itsemurhaa yrittäneen läheinen, terapeutti tai muu hänen haluamansa henkilö saa osallistua. (Perheterapia 2017, 30.)

LINITY kiinnittää erityistä huomiota siihen, millainen yhteistyösuhde asiakkaan ja työntekijän välille kehittyy. Keskeisessä osassa on itsetuhoisesti toimineen oma tarina siitä, miten hän päätyi yrittämään itsemurhaa. (Perheterapia 2017, 30.) Tämä työskentelytapa on narratiivinen ja asiakkaan omalla kokemuksella on suurin merkitys. Itsetuhoisesti toimineen kertomus tapahtumien kulusta videoidaan. (Haastateltu asiantuntija 2018.)

Ilmapiiristä luodaan kiireetön ja turvallinen. Itsetuhoisesti toiminut on itse oman tarinansa ja elämänsä asiantuntija, työntekijän tehtäväksi jää yrittää ymmärtää mitä on tapahtunut. Itsetuhoisesti toimineen tekoja, tapoja tai kokemuksia ei analysoida eikä arvioida. Häntä ei myöskään keskeytetä, kun hän kertoo omaa tarinaansa ja myös päättää sen mihin kohtaan haluaa. (Perheterapia 2017, 30.)

Jos LINITY-lyhytinterventioon osallistunut peruu, ei saavu tapaamisiin tai siirtää ajankohtaa usein, siihen suhtaudutaan ymmärtäväisesti. Kyseessä voi olla itsemurhayritykseen liittyvien tunteiden kohtaamisen vaikeus ja häneen ollaan tällöin aktiivisesti yhteydessä, keskustellaan heränneistä tunteista sekä ajatuksista ja tarjotaan mahdollisuutta jatkaa työskentelyä niin halutessaan. (Perheterapia 2017, 30.)

7.2.4 Tapaamiset

Ensimmäisessä tapaamisessa itsemurhaa yrittäneen tarina kuunnellaan häntä keskeyttämättä. Tarina myös videoidaan ja asiakas sekä terapeutti istuvat kasvot samaan suuntaan, joka vahvistaa kokemusta ja tunnetta siitä, että toimitaan yhdessä. (Perheterapia 2017, 32.)

Ensimmäiseen tapaamiseen varataan aikaa noin kaksi tuntia, aikaa käytetään niin paljon kuin itsetuhoisesti toimineen tarina vaatii. Tapaamisen terapeutti aloittaa sanomalla ”Haluaisin kuulla tarinasi ja kuinka päädyit yrittämään itsemurhaa”. Tämän jälkeen itsetuhoisesti toiminut kertoo tarinansa videokameralle. (Perheterapia 2017, 33.) Tarinan aikana annetaan tila ja rauha itsetuhoisesti toimineen kertoa tarinansa, sillä on suurin merkitys minkä hän kokee merkityksellisenä tarinassaan ja minkä hän haluaa nostaa tarinassaan esille (Haastateltu asiantuntija 2018).

Toisella tapaamisella katsotaan video, joka ensimmäisellä kerralla on videoitu ja tämän jälkeen tarina käydään yhdessä läpi, huomioiden tarinan esille tuomia tapahtumia, tunteita ja ajatuksia. Tallenteelta pyritään tunnistamaan niitä asioita, jotka liittyivät itsemurhayrityksen ja itsetuhoisen käyttäytymisen aktivoitumiseen. Pyritään myös ymmärtämään altistavia tekijöitä. Toisen tapaamisen jälkeen itsetuhoisesti toiminut saa mukaansa kotitehtävän. (Perheterapia 2017, 33.)

Kotitehtävä käsittelee muun muassa henkistä kipua, emotionaalista sekä rationaalista aivojen toimintaa sekä sisältää tietoa tästä. Kotitehtävässä jaetaan tietoa sekä kysytään siihen liittyviä kysymyksiä itsetuhoisesti käyttäytyneeltä. Kotitehtävän materiaalissa myös opetellaan tunnistamaan omia oireita ja mietitään mistä itselle voisi olla apua. (Haastateltu asiantuntija 2018.)

Kolmannelle tapaamiselle terapeutti kirjoittaa yhteenvedon itsetuhoisesti toimineen tarinasta. Se kirjoitetaan minä-muodossa. Kolmannella tapaamiskerralla se käydään yhdessä läpi ja pohditaan yhdessä, mitä varoitusmerkkejä tarinasta löytyy, tapoja toimia sekä pidempiaikaisia kysymyksiä tai aiheita, joiden kanssa voisi olla hyvä hakeutua pidempiaikaiseen psykoterapiaan. Itsetuhoisesti toimineella on myös tässä kohdassa mahdollisuus tehdä tarinaansa korjauksia tai muutoksia. (Perheterapia 2017, 33.)

Neljännellä kerralla käydään yhdessä läpi aiempien kertojen teemoja ja havaintoja. Mietitään myös toimintatapoja, strategioita ja tehdään turvasuunnitelma yhdessä. Alkuperäisestä mallista poiketen Suomessa voidaan tavata vielä yhden kerran, jolloin on mahdollista ottaa mukaan oma läheinen tai esimerkiksi terapeutti. (Perheterapia 2017, 35.)

Tapaamisten loputtua itsetuhoisesti toimineeseen pidetään yhteyttä kirjeitse seuraavat kaksi vuotta. Kirjeet ovat strukturoituja ja niiden tarkoitus on ylläpitää suhdetta sekä antaa itsetuhoisesti toimineelle mahdollisuus ottaa yhteyttä matalalla kynnyksellä (Perheterapia 2017, 35.) Kirjeitä lähetetään ensimmäisen vuoden aikana neljä kertaa vuodessa, toisena vuotena kirjeitä lähetetään kahdesti vuodessa. Tapaamiset järjestetään aina viikon välein ja kirjeet lähetetään myös säännöllisin välein. Noin 20% Itsemurhien ehkäisykeskuksen asiakkaista on yhteydessä ensimmäisen vuoden aikana vastaamalla kirjeisiin tai soittamalla. (Haastateltu asiantuntija 2018.)

7.3 Ratkaisukeskeisyys itsetuhoisen henkilön kohtaamisessa

John Henden on englantilainen psykoterapeutti ja kouluttaja. Hän on työskennellyt mielenterveysalalla 35 vuotta, eri sairaaloissa sekä Englannin kansallisen terveyspalvelun työntekijänä ja johtajana. Henden on erikoistunut mm. Itsemurhien ehkäisyyn ratkaisukeskeisin menetelmin (Henden 2017.) Henden (2017) korostaa erityisesti sitä, että itsetuhoiset ajatukset pitää ottaa keskustelussa tosissaan, niitä ei saa vähätellä. Tasavertainen ja intensiivinen läsnäolo

sisältää aitoa läsnäoloa ja syvää empatiaa. Vastaanottaja ei saa osoittaa pelkoa tai tuomita asioita, joita itsemurhapuhetta tuottava henkilö nostaa keskusteluun.

Henden käyttää työssään erilaisia ratkaisukeskeisiä työskentelytapoja ja menetelmiä. Hän kouluttaa myös aktiivisesti terapeutteja ja terapiaopiskelijoita ympäri maailman. Henden korostaa tasavertaisuutta ja intensiivistä, aitoa läsnäoloa. Kun henkilö tuottaa itsemurhapuhetta tai kertoo itsensä vahingoittamiseen liittyviä ajatuksia, on Hendenin mukaan ne syytä ottaa tosissaan ja välttää vähättelevästä asennoitumista. Hän suosii ratkaisukeskeistä, tulevaisuussuuntautunutta ajattelua, mutta välttää yltiöpositiivista otetta työskentelyssä. Merkittävää on heti ensimmäisellä kohtaamisella rakentaa toimiva, luottamuksellinen keskusteluyhteys, jonka tuella henkilön on turvallista tuoda esille omia ajatuksiaan. (Henden 2017.)

Ratkaisukeskisyys viitekehyksenä ohjaa luonnollisesti ajatusta ja keskustelun fokusta tulevaisuuteen. Sen merkitys itsetuhoisesti ajattelevalle henkilölle on tärkeää. Toiveikkuuden ylläpitäminen ohjaa henkilön ajattelua ratkaisujen etsimiseen ja motivoi niiden oivaltamisessa. Toisaalta Henden (2017) korostaa välttämään liiallista positiivisuutta. Hän hyödyntää omassa työssään erilaisia konkreettisia menetelmiä, joilla ajatuksia ulkoistetaan. Se vaikuttaa suuresti siihen, että itsetuhoisesti käyttäytyvä tai ajatteleva henkilö kokee kuulluksi tulemistaan. (Henden 2017.)

8 Kohtaaminen itsetuhoisen asiakkaan kanssa

Itsetuhoisen asiakkaan kanssa kohdatessa on kyse aina työntekijän ja asiakkaan välisestä suhteesta, jossa on olemassa tietty konteksti sekä olosuhteet, esimerkiksi missä tavataan ja onko työntekijä asiakkaalle aiemmin tuttu. Asiakkaan ja työntekijän välinen suhde on asiakkaalle sosiaalinen kokemus, jolloin sen on mahdollista olla parhaimmillaan voimauttava kokemus (Mäkelä 2016, 22). Mäkelä tutki pro gradussaan itsetuhoisesti käyttäytyneen asiakkaan ja sosiaalisyöntekijöiden kohtaamista kunnallisessa aikuissosiaalityössä.

Kun ammattihenkilöinä kohdataan itsetuhoinen henkilö, vuorovaikutukseen on tärkeää kiinnittää huomiota. Jos työntekijä kiinnittää ensisijaisesti huomiota siihen, mikä asiakkaan tilanteessa on haasteellista tai ongelmallista, on mahdollista, että työntekijä saa kohtaamansa asiakkaan tuntemaan itsensä kyvyttömäksi. Kannustavalla, hyväksyvällä ja empaattisella suhtautumisella on todettu olevan asiakkaan positiivista toimintaa ja käyttäytymistä voimistava vaikutus. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että kohdattavan asiakkaan ongelmia ei käsiteltäisi, koska samalla niin sanotusti putoaisi pohja siltä, miksi tapaaminen ylipäätään on järjestetty. Vaikeat asiat ja keskustelu voidaan käydä empaattisesti, kunnioittavasti sekä hyväksyvästi. Parhaimmillaan onnistunut kohtaaminen voimistaa asiakkaan kokemusta omista voimavaroistaan ja hän voi kokea olevansa hyväksytty sekä ymmärretty. (Mäkelä 2016, 23-26).

Kohtaamisella on suuri merkitys, kun asiakas ja työntekijä tapaavat ensimmäisen kerran. Ensimmäinen kohtaaminen määrittää, minkälaisen käsityksen asiakas työntekijästä muodostaa. Ensimmäisen kohtaamisen merkitys voi nousta kohtaamisen merkittävimmäksi tekijäksi. (Mäkelä 2016, 23.) Keskisimpiä työntekijän taitoja tällaisessa tilanteessa on kyky olla läsnä ja kuunnella aidosti, antaen tilaa asiakkaan tunteille ja ajatuksille. Jotta tämä voi onnistua, vaatii se taitoa olla hiljaa ja odottaa, toisin sanottuna antaa asiakkaalle tilaa. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 23.)

Ihmisten välistä vuorovaikutusta käsiteltäessä keskiössä on aina kommunikaatio. Kommunikaatiolla tarkoitetaan tapaa, jolla ihmiset kertovat ja viestivät toisilleen asioita. Kommunikaatio myös rakentaa yksilöiden välille yhteisiä merkityksiä ja kokemuksia. Kommunikaatio on yksinkertaistettuna vuorovaikutusta, joka sisältää verbaalista ja nonverbaalista tiedonvälitystä. (Mäkelä 2016, 26.)

Onnistuneessa vuorovaikutuksellisessa työntekijän ja asiakkaan välisessä suhteessa on todettu olevan etenkin ammatillista empatiaa. Tämä tarkoittaa asiakkaan tunteiden tunnistamista ja kysymistä, kommentoimista ja puhumista, eikä yksinomaan myhäilyä keskustelun aikana. Työntekijän kanssa keskusteltaessa asiakas saa myös mahdollisuuden korjata vääriä käsityksiä tai tarkentaa jotakin kertomaansa kohtaa. Tämä edesauttaa luottamuksellisen suhteen syntymistä. Empatian on todettu myös olevan yhteydessä kohtaamisen tehokkuuteen ja vaikuttavuuteen. Työntekijän ja asiakkaan empatiaa sisältäneiden vuorovaikutustilanteiden on todettu olevan usein parempia, kuin sellaisissa vuorovaikutussuhteissa, joissa ammatillista empatiisuutta ei ole koettu. (Mäkelä 2016, 24.)

On havaittu, että erityisen tärkeätä itsetuhoisesti käyttäytyneen asiakkaan kohtaamisessa on lähestyä asiaa avoimesti ja mahdollisimman suorasti. Tämä edellyttää työntekijältä aitoa halua ja kykyä keskustella aiheesta, vastaanottaen itsetuhoisesti käyttäytyneen ajatuksia ja mahdollisia pelkoja. Luottamuksellisuus tämän kaltaisessa keskustelussa on tärkeätä. Luottamuksen kautta itsetuhoisesti toiminut saa kokemuksen työntekijältä siitä, että hänet kohdataan yksilönä ja ihmisenä, ei ongelmana. Ihminen on oman tilanteensa asiantuntija ja työntekijän hyväksyessä tämän, asiakas saa kokemuksen kuulluksi tulemisesta. Luottamus vahvistuu yhteisen onnistuneen työskentelyn edetessä. Jotta yhteinen työskentely tuottaisi tulosta, on molempien osapuolien (työntekijän sekä itsetuhoisesti toimineen) sitouduttava tavoittelemaan yhteistä lopputulosta. (Mäkelä 2016, 55-56.)

Itsetuhoisuuden tunnistamisessa merkittävää on riskitekijöiden havaitseminen ja itsetuhoisen henkilön ajatukset. Itsemurhaan liittyvistä ajatuksista kysyminen ei lisää itsemurhariskiä. Itsetuhoisuutta voidaan arvioida keskustelemalla henkilön kanssa avoimesti hänen ajatuksistaan, miten hän kokee esimerkiksi stressin tai ahdingon tuntemukset. Tärkeää on antaa henkilön kertoa itse, miksi hän kokee asiat siten kuin kokee. (THL 2015e.)

Itsetuhoiselta henkilöltä suoraan kysymällä itsemurhaan liittyviä ajatuksia, suunnitelmia tai aiempia itsemurhayrityksiä, voidaan arvioida ratkaisevasti itsemurhariski kyseisen henkilön kohdalla. Jos hän vastaa yhteen kysymykseen myöntävästi on avun saaminen hänelle mahdollistettava pikaisesti. (THL 2015e.) Itsetuhoisuuden riskitekijöitä ovat aiempi itsetuhoisen käyttäytyminen, psykiatrinen sairastavuus ja psykososiaaliset riskitekijät. Riskitekijöiden tunnistamisessa on merkittävää havaita kaikkia tekijöitä kokonaisuutena, yhden riskitekijän täyttyminen tai täyttymättä jääminen ei automaattisesti tarkoita sitä, että henkilöllä olisi korostunut riski itsemurhan tekemiseen tai vastaavasti, että hänellä ei riskiä olisi. (Doudecim 2013.)

TAULUKKO 1. Tärkeimmät itsemurhan riskitekijät.

| |
|---|
| Miessukupuoli |
| Aikaisempi itsetuhoisen käyttäytyminen |
| Suvussa esiintyvä itsetuhoisen käyttäytyminen |
| Syvä ja vaikea masennus |
| Toivottomuus |
| Kielteiset elämäntapahtumat, menetykset, sosiaalisen tuen puute |
| Päihderiippuvuus |

TAULUKKO 2. Itsetuhoisuuden arviointi.

| |
|--|
| Viimeisen kuukauden aikana |
| Oletko ajatellut, että olisi parempi olla kuollut, tai oletko toivonut kuolemaa? |
| Oletko halunnut vahingoittaa itseäsi? |
| Oletko ajatellut itsemurhaa? |
| Oletko tehnyt itsemurhasuunnitelman? |
| Oletko yrittänyt itsemurhaa? |
| Aikaisemmin elämäsi aikana |
| Oletko koskaan yrittänyt itsemurhaa? |

Taulukko 8: Itsemurhan riskitekijät ja riskin arviointi (Duodecim 2012)

Suomen Mielenterveysseuran esitteessä ”Itsemurhasta on turvallista puhua”, käydään läpi mitkä asiat saavat ihmisen pohtimaan itsemurhaa ja mitkä syyt siihen saattaa johtaa. Usein itsetuhoisten henkilöiden kuvataan olevan hiljaisia, vetäytyviä ja olevan omissa mietteissään. He tuovat esille itsetuhoisia ajatuksiaan ja toivottomuuden tunteitaan. Näihin ajatuksiin voivat johtaa erilaiset kuormittavina ja stressaavina koetut elämäntilanteet, kuten avioero, työttömyys, sairastuminen vakavasti tai eri asteiset pettymykset ihmissuhteissa. (Suomen Mielenterveysseura 2018.)

Yleisiä koettuja pelkoja liittyen itsemurhasta keskusteluun ovat mm. se, että kysyminen johtaa sanoista tekoihin eli itsemurhan toteuttamiseen. Usein pelätään myös, että saatetaan kysyä jotain väärää tai tilanteeseen sopimatonta. Keskusteltaessa itsetuhoisuudesta on tärkeää luottaa omaan tunteeseen ja huoleen, joka ohjaa kysymään toisen ihmisen vointia. Kysymällä itsetuhoisista ajatuksista ei vahingoiteta ihmistä eikä lisätä itsemurhan riskiä. (Suomen Mielenterveysseura 2018a.)

Suomen Mielenterveysseuran esitteessä mainitaan kaksi askelta, joiden mukaan on helppo aloittaa ja avata keskustelu. Ensimmäinen askel on selvittää, mitä henkilö tuntee. Tilanteessa, jossa ihminen on kokenut jonkin voimakkaan stressiä aiheuttavan tapahtuman kuten avioero, työttömyys, onnettomuus, voi tiedustella millaiseksi henkilö kokee olonsa tai miltä

häneestä tuntuu. Toinen askel on kysyä itsetuhoisuudesta. Jos keskustelussa nousee esille toivottomuuden tai epätoivon tuntemuksia tai ajatuksia siitä, ettei koe selviytyvänsä, on syytä kysyä selvästi ja rauhallisesti onko henkilö ajatellut itsemurhaa tai itsensä vahingoittamista. Keskustelun aikana on tärkeää välttää vähättelyä tai toisen kokemuksen kieltämistä. Myös teennäistä ymmärtämistä tai välittämistä ei saa esiintyä. Jos koetaan huolta henkilön turvallisuudesta, huoli on syytä esittää eteenpäin. Huolen herättyä on hyvä puhua henkilön läheisille tai tämän työpaikan esimiehelle. (Suomen Mielenterveysseura 2018d.)

8.1 Itsetuhoisuuden kohtaaminen

Itsemurha-ajatukset tai -puhe ovat usein järkyttävää kuultavaa. Se voi aiheuttaa itsessä toivottomuutta, hätää ja jopa keinottomuutta. Tällöin asioihin voi olla vaikea suhtautua avoimesti. Tilanteessa, jossa henkilö kertoo ajatuksiaan itsemurhasta tai on jo toiminut itsetuhoisesti, on tärkeää kuunnella aidosti ja olla rauhallinen. Kertomalla, että ajatuksista voi päästä yli ja tarjolla on monenlaista tehokasta apua, voi luoda toivoa ja annat mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja. Henkilön itsetuhoisia ajatuksia tai puheita ei koskaan saa jättää huomiotta tai vähätellä. (Suomen Mielenterveysseura 2018a.)

Itsetuhoisista ajatuksista keskustelu edellyttää hyviä vuorovaikutustaitoja ja luottamusta, mahdollisen hoitosuhteen on oltava luottamuksellinen ja tilanteen rauhallinen. Lähtökohtana keskustelulle voi pitää edellä mainittujen riskitekijöiden arviointia ja avointa keskustelua. Itsensä vahingoittamiseen liittyvistä ajatuksista on tärkeä kysyä suoraan ja keskustelun aikana tehdä havaintoja henkilön elekielestä, reaktioista ja tunnetiloista. On syytä välttää kiirehtimistä ja johdattelua. Kiireetön, aito läsnäolo usein helpottaa henkilöä kertomaan rehellisesti ajatuksistaan. (Partonen & Solin 2017.)

8.2 Toivon herättelyn merkitys

Kielteisten ja negatiivisten elämäntapahtumien on todettu lisäävän riskiä itsetuhoisuuteen. Jotkut persoonallisuuden piirteet voivat myös lisätä itsemurhan riskiä ja itsetuhoista käyttäytymistä. Näitä tekijöitä voivat olla impulsiivinen luonne, toivottomuus, perfektionismi ja huono itsetunto. Etenkin syrjäytyneet ovat riskiryhmää itsetuhoiselle käyttäytymiselle. (Sinkko & Suurkaulio 2017, 9.) Silloin, kun henkilö tuo esille ajatuksiaan itsetuhoisuudesta tai jo kertoo niin toimineensa, se voi aina olla merkki toivottomuudesta, psyykkisestä pahoinvoinnista ja neuvottomuudesta. (Mielenterveystalo 2018).

Itsetuhoisuus, etenkin itsemurhayritykseen johtanut, ilmaisee aina toivottomuutta ja näköalattomuutta tulevaisuutta kohtaan. On tärkeää kohdata itsetuhoisen henkilö kunnioittavasti ja arvostavasti. Tämä on edellytys siihen, että keskustelussa voidaan päästä siihen kohtaan, jossa pahan olon ydinsyy selviää. Itsetuhoisesti käyttäytyneellä on usein vihan ja turhautumisen tunteita, jotka kumpuavat suuresta avun tarpeesta. Useimmilla itsemurhaa yrittäneillä on

halu saada aikaan sellainen muutos elämässään, että elämää voisi jatkaa. (Sinkko & Suurkaulio 2017, 16.) Itsemurhaa ei voi ennustaa, mutta itsetuhoisen tai itsetuhoisesti käyttäytyneen henkilön kanssa on tärkeää pitää yllä toivoa ja turvata arki, jossa itsetuhoisesti toimineen on mahdollista kokea onnistumisen tunnetta (Suomalainen, Seilo, Haravuori & Marttunen 2018, 863).

9 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyömme prosessi lähti liikkeelle tutkimuskysymyksen valinnasta. Tutkimuskysymyksemme haluaa vastauksen siihen, miten itsetuhoisesti toimiva haluaa tulla kohdatuksi? Kysymyksen jälkeen lähdimme luomaan opinnäytetyön suunnitelmaa, jossa tarkentui valitut tutkimusmenetelmät sekä opinnäytetyömme rajaus.

Opinnäytetyön toteutimme laadullisen tutkimuksen menetelmin. Laadullinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmä, jonka kautta tutkitaan ja pyritään saamaan mahdollisimman laaja sekä luotettava tutkimus tutkittavan kohteen laadusta, ominaisuuksista sekä tutkittavan kohteen merkityksistä. Laadullista tutkimusta voidaan lähestyä erilaisten menetelmien kautta. Yhteistä kaikilla kvalitatiivisilla menetelmillä on se, että niissä korostetaan tutkittavan kohteen esiintyvyyttä, ympäristöä, tarkoitusta, taustaa ja merkitystä. Myös erilaisilla sanallisilla ilmauksilla ja kielellisillä piirteillä on paikkansa kvalitatiivisessa tutkimuksessa. (Jyväskylän Yliopisto 2015a.)

Laadullista tutkielmaa tehtäessä on pohdittava mistä tutkimuksellisesta näkökulmasta lähestymme aihetta. Tässä opinnäytetyössä on kerätty aineistoa, tietopohjaa sekä haastateltu itsetuhoisesti käyttäytyneitä henkilöitä puolistrukturoidulla teemahaastattelulla sekä kasvotusten että sähköisesti käydylä keskustelulla. Tutkimuksen arkaluontoisuuden vuoksi on ollut tärkeää myös huomioida sensitiivisyys tutkielman tekemisessä, ei vain valita laadullisen tutkielman lähestymistapaa.

9.1 Puolistrukturoitu teemahaastattelu ja haastattelun sensitiivisyys

Sensitiivistä aihetta lähestyttäessä, jossa selvitimme itsetuhoisesti toimineiden henkilöiden kokemuksia kohtaamisista ammattilaisten kanssa, haastatteluin toteutettu aineistonkeruu tuntui luontevimmalta valinnalta. Haastattelut pyrimme tekemään niin, että olisimme tavanneet haastateltavamme. Kaksi haastateltavista ei kuitenkaan halunnut tavata, vaan he halusivat vastata kysymyksiimme kirjallisesti. Lisäksi lähetimme vielä heille vastaamisen jälkeen viestin, jossa kiitimme sekä pyrimme varmistamaan, että haastattelu saatetaan asiallisesti loppuun asti. Haastatellut löysimme sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kautta, joten he osaltaan varmistivat sen, että haastatteluissa huomioitiin eettisyys ja vastaajan sen hetkinen elämäntilanne.

Haastattelu tarjoaa mahdollisuuden tarvittaessa toistaa kysymys tai tarkentaa sitä haastateltavalle. Haastattelu mahdollistaa myös kysymysten asettelun tilanteessa sopivaan järjestykseen. Tarkoituksena on saada mahdollisimman paljon tietoa aiheesta, josta kysytään. Haastattelun aikana on mahdollista havainnoida haastateltavaa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75-76.) Etenkin aiheemme sensitiivisyyden näkökulmasta haastateltavan havainnoinnin mahdollisuus tarjosi mahdollisuuden tarvittaessa itse keskeyttää haastattelu, jos olisimme esimerkiksi havainneet ahdistuneisuutta tai muita huolta aiheuttavia merkkejä haastateltavissa. Haastateltaessa etuna on myös joustavuus ja jokaiselle haastattelemallemme itsetuhoisesti käyttäytyneelle kerroimme ennen haastattelua, että kaikkeen ei ole pakko vastata ja heillä on oikeus keskeyttää vastaaminen missä vaiheessa vain. Koska haastattelemistamme itsetuhoisesti käyttäytyneistä kaksi halusi vastata kysymyksiimme kirjoittaen, mahdollistimme tämän heille. Tämä vaikutti mahdollisuuteemme tarkentaa ja varmistaa, että kysymys on varmasti ymmärretty oikein. Kävimme kuitenkin sähköisesti keskustelua ja tarvittaessa tarkensimme kysymyksiä.

Haastattelun toteutimme puolistrukturoituna teemahaastatteluna, joka tarkoitti kohdalamme sitä, että olimme tehneet kysymykset valmiiksi ennen haastatteluja. Tämä myös varmistasi sen, että haastateltavat vastasivat samoihin kysymyksiin, koska haastatteluja teki kumpikin opinnäytetyön tekijä itsenäisesti. Haastatelluista kaksi halusi vastata kysymyksiin sähköisesti, heille lähetimme teemahaastattelurunkomme ja teimme tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä. Teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja, heidän asioille antamia merkityksiä ja merkitysten syntymistä vuorovaikutussuhteessa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77). Tämä tuki opinnäytteessämme selvitettävää itsetuhoisesti toimineen henkilön kokemuksia kohtaamisesta ammattilaisen kanssa.

Teemahaastattelu mahdollistaa haastateltavalle melko vapaan vastaamisen, joka on etenkin aiheen sensitiivisyyden vuoksi huomioitava asia. Sensitiivisyyden huomioiminen haastateltaessa tapahtui niin, että haastateltavalle annettiin tilaa puhua vapaamuotoisesti, jopa tarinallisesti tai kertomusmaista selontekoa rakentaen. Teemahaastattelu mahdollistaa myös haastateltavien teemojen läpikäymisen haastateltavan ehdoilla, jolloin tämä voi esimerkiksi tuoda ilmi jotakin itselleen tärkeitä, joka ei olisi rajatussa aineistonkeruussa mahdollista (Kallinen, Pirskanen & Rautio 2015, 51).

Sensitiivisyyden näkökulmasta teemahaastattelu antaa myös mahdollisuuden edetä haastateltavan ehdoilla ja se antaa tilaa vaihtaa aihetta tai jättää jotakin tarvittaessa kysymättä. Sensitiivisyyden voi huomioida kysymysten asettelusta alkaen. Käytännössä siis haastattelun voi aloittaa helpoilla kysymyksillä, joiden avulla orientoidutaan käsiteltävään aiheeseen. Osa haastattelukysymyksistä voi käsitellä kipeitä teemoja, mutta näitä ei jätetä viimeiseksi. Lopussa olevilla kysymyksillä siirrytään pois kipeimmistä teemoista. (Kallinen, Pirskanen & Rautio 2015, 52.)

Itsetuhoisuudesta keskusteltaessa, vaikka ei suoraan itsetuhoisuuteen kysymyksiä kohdaten, halusimme varmistaa haastattelujen sensitiivisyyden ja eettisyyden. Tutustuimme aineistoon, joka käsitteli sensitiivistä tutkimusta sekä keskustelimme haastatellun asiantuntijan kanssa kysymyksistämme. Lisäksi saimme kysymysten muotoiluun apua ammattikorkeakoulumme opinnäytetyön ohjaavalta opettajaltamme.

Huomioimme haastattelujen eettisyyden sekä sensitiivisyyden jo ennen haastatteluja muun muassa kysymysten asettelun sekä järjestyksen kautta. Hyödynsimme sosiaali- ja terveysalan verkostojamme ja korostimme jo tässä vaiheessa sitä, että haastattelu on vapaaehtoinen ja haastateltavan tulee olla sellaisessa elämäntilanteessa, että haastatteluun osallistuminen on eettistä.

Haastattelun alussa sensitiivisyyden huomiointi tapahtui tutustumalla haastateltavaan. Sensitiivisyyden huomioimme yksilöllisesti jokaisen kohdalla, oman työhistoriamme kautta arvostava kohtaaminen on hyvin luontevaa. Heille kerrottiin vielä opinnäytetyömme tarkoitus sekä varmistettiin heidän suostumuksensa osallistua haastatteluun. Kaikki haastateltavat esiintyvät anonymisti. Kysymyksemme koskivat tiiviisti aiheitamme, eli kohtaamista ja siihen liittyviä asioita. Itsetuhoisuuden muodosta, tekotavasta tai taustalla olevista syistä emme haastatelluissa kysyneet, mutta kuuntelimme kunnioittavasti, jos joku halusi tarinansa laajemmin kertoa.

9.2 Aineisto ja haastateltavat

Haastattelun aineistoa lähdimme ensisijaisesti lähestymään kasvotusten tapahtuvan haastattelun kautta. Haastateltavien löytäminen oli haastavaa, vaikka meillä oli molemmilla olemassa olevia verkostoja, joiden kautta haastateltavia yritimme löytää. Halusimme hyödyntää verkostojamme, koska näin myös varmistimme sen, että haastateltavat ovat tilanteeseen riittävän stabiilissa elämäntilanteessa ja he ovat saaneet asianmukaista tukea tilanteeseensa. Haastattelut halusimme tehdä ensisijaisesti kasvotusten sen vuoksi, että näin myös pystyisimme tarkkailemaan haastateltavaa ja mahdollisesti keskeyttämään haastattelun tai pitämään tarvittaessa taukoja.

Opinnäytetyötämme varten haastattelimme kolmea henkilöä. Heistä kuitenkin vain yksi oli halukas tapaamaan kasvotusten. Kaksi muuta haastateltua halusivat vastata sähköpostitse ja tähän suostuimme, koska halusimme antaa haastateltaville mahdollisuuden valita, mikä tapa vastata tuntui juuri heille sopivalta. Sähköisesti saimme narratiivisesti kirjoitetut vastaukset, joissa haastateltavat kertoivat tilanteestaan, jossa he olivat päätyneet toimimaan itsetuhoisesti. Kävimme aineistomme läpi tarkasti useaan kertaan ja erottelimme sieltä kohtaamiseen liittyvät teemat, joihin opinnäytetyömme tiiviisti liittyy. Kysyimme sähköisesti vastanneilta myös tarkentavia kysymyksiä tarvittaessa, kuten kasvotusten tehdyssä haastattelussa. Haastattelut eivät siis toisistaan eronneet muuten, kuin vastausmuodon kautta.

9.3 Analyysi

Laadullisen tutkimuksen aineiston analysoimiseen käytimme sisällönanalyysiä, joka on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Sisällönanalyysiä voidaan tehdä joko tarkoin rajatulla metodilla tai laajemmalla, ymmärrettävällä analyysikokonaisuutena. Sisällönanalyysi mahdollistaa sekä kirjoitetun että haastatteluissa saatujen tulosten analysoimisen. Tehtäessä sisällönanalyysiä, tiivistetään kerätty aineisto niin, että siitä voidaan eritellä ilmiöitä, asioita, merkityksiä sekä eri asioiden yhteyksiä. (Verne 2018.)

Sisällönanalyysin punaisena lankana kulkee se, että sen avulla voidaan löytää eroavaisuuksia, mutta myös etsimiämme yhtäläisyyksiä siitä, mitä itsetuhoisesti käyttäytyneen ja työntekijän kohtaamisessa on koettu positiivisena ja toivoa herättävänä. Sisällön analyysi mahdollistaa niin haastattelujen kuin kirjoitetun tiedon tai tutkimuksen analysoinnin. Lisäksi se mahdollistaa myös kokemuksista kertovan tekstin huomioimisen opinnäytetyössämme. Sisällön analyysi mahdollistaa myös sen, että tutkimuksemme rajaus pysyy päätetyssä. Tiivistimme haastatteluista kohtaamiseen liittyvät seikat ja liitimme ne yhteen itsetuhoisuuden kohtaamisen menetelmiin, nostaten merkitykselliseksi koetut kohtaamisen elementit esille.

Keräämäämme haastatteluaineiston analysoimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin kautta. Käytännössä tämä tarkoitti aineiston redusointia, eli pelkistämistä, jossa karsimme kaiken opinnäytetyömme kannalta epäoleellisen tiedon pois ja säilytimme oleellisen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111.). Tämä tehtiin niin, että kirjallisista saaduista vastauksista etsimme kohtauksia koskevia tai kohtaamiseen vaikuttaneita tekijöitä ja korostimme ne tekstistä. Kasvotusten tehdyn haastattelun tiedon muunsimme tekstimuotoon ja tämän jälkeen teimme sille saman, kuin kirjoittaen saadulle aineistolle. Kun aineistoa työstetään sisällönanalyysin ja pelkistämisen kautta, määrittelee tutkimuksen näkökulma sen, että tiivistetäänkö vai pilkotaanko informaatiota (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111). Kun pelkistäminen, eli redusointi, oli valmis, etsimme aineistostamme yhtäläisyyksiä ja vertasimme niitä aiemmin kuvaamiimme menetelmällisiin keinoihin kohdata itsetuhoisesti käyttäytynyt henkilö.

10 Itsetuhoisesti käyttäytyneiden haastattelut

Haastattelut toteutimme haastateltavien ehdoilla ja he saivat vaikuttaa tapaan vastata sekä haastattelujen toteuttamisaikatauluun. Haastattelua varten teimme valmiin kysymysrunгон. Näin varmistettiin, että kumpikin opinnäytetyön tekijä kysyy samat kysymykset haastatteluissa, koska emme toteuttaneet haastatteluja yhdessä. Puolistrukturoitu teemahaastattelu antoi myös sensitiiviselle aiheelle hyvin tilaa. Haastatelluille jäi tilaa vaikuttaa vastauksen laajuuteen ja kertoa juuri sen verran, kun heistä tuntui sopivalta. Puolistrukturoitu teemahaastattelu mahdollisti myös lisäkysymysten esittämisen tarvittaessa.

Kysymykset haastatteluun suunniteltiin etukäteen huolellisesti. Konsultoimme itsetuhoisten henkilöiden parissa työskentelevää ammattilaista sekä ohjaavaa opettajaamme. Saimme koottua hyväksi koetun rungon, joka mahdollisti tilanteessa myös luovuuden ja yksilöllisyyden. Tavoitteenamme oli luoda jokaisessa haastattelussa turvallinen ja hyväksyvä tunnelma.

Vastauksista selvisi kohtaamisen olevan hyvin merkittävä ja tärkeä osa itsetuhoisen käytöksen muuttamista. Parhaimmillaan kohtaaminen loi toivoa ja antoi itsetuhoisesti toimineelle kokemuksen siitä, että hänen asiansa on merkityksellinen ja tärkeä. Kohtaamatta jääminen tai huono kokemus kohtaamisesta vaikutti luottamukseen, myös sellaisten työntekijöiden kanssa, joita itsetuhoisesti toiminut ei ollut aiemmin tavannut.

10.1 Kohtaamisen merkityksellisyys

Kaikki haastatellut henkilöt nostivat esille kohtaamisen tärkeyden, erityisesti tilanteessa, jossa ensimmäistä kertaa kerrotaan itsetuhoisista teoista tai ajatuksista. Ammattilaiselta toivottiin aitoa läsnäoloa ja todesta ottamista. Vähättelyn tai tuomitsevan asenteen koettiin vaikuttavan kohtaamiseen negatiivisesti, myös sääliytyksi tuleminen ennen kohtaamista mietittyä. Elekielellä ammattilainen pystyi tuomaan tilanteeseen rauhallisuutta ja luomaan kiireettömän ilmapiirin. Tämä tarkoitti käytännössä rauhallista elekieltä ja puhetta. Yksi haastatelluista kuvasi tätä rauhallisen ja kiireettömän ilmapiirin onnistunutta luomista seuraavasti; ”Se että pystyy kuin pysäyttämään ajan”.

Kohtaamisen onnistumisen kannalta tärkeää oli myös hyväksyvä asennoituminen. Se, että ihminen, joka ottaa vastaan itsemurhapuheen ottaa todesta eikä leimaa tai tuomitse. Ensi arvoisen tärkeänä pidettiin ihmisen kohtaamista ihmisenä ja syvää myötätuntoa tilanteessa. Liiallinen empatia kuitenkin saattoi jopa johtaa haastateltavien mukaan siihen, että tuli kokemus vähättelystä. Kohtaaminen asiallisesti, aiheesta keskustelemalla ja kiertoilmauksia käyttämättä oli todettu toimivaksi kohtaamisessa, kunhan kuitenkin samaan aikaan ammattilainen toimi ja puhui arvostavasti sekä aidosti kiinnostuneena hyvinvoinnista ja tilanteesta, ei niinkään itsetuhoisuuden ilmenemistapaan keskittyen.

Sensitiivinen ja aito kohtaaminen, jossa henkilö voi turvallisesti tuoda esille vaikeitakin asioita koettiin merkitykselliseksi siitä syystä, että kaikilla haastatelluilla oli kokemus heidän psyykkisen vointinsa kyseenalaistamisesta jossain määrin. Suora lainaus yhden henkilön haastattelusta ”toivoin vain sitä, ettei minua leimata hulluksi”, kertoo paljon ensikohtaamisen tärkeydestä. Itsetuhoisuus aiheena on raskas sekä kertojalle että vastaanottajalle. Vastaanottajan herkkyys ja hienotunteisuus kuuntelemisessa ja käsittelemisessä ovat suuressa osassa senkin kannalta, miten asiasta kertoja jatkoksa suhtautuu saamaansa tukeen. Aiemmat kohtaamiset, jotka jättivät negatiivisen mielikuvan, vaikuttivat asennoitumiseen seuraavan ammattilaisen kanssa tapaamiseen.

Kohtaamisen onnistumiseen vaikuttivat vastausten mukaan myös jossain määrin ammattilaisen elekieli ja sijoittuminen tilanteessa. Miten omalla elekielellä otettiin jo ensikohtaamisen aikana itsetuhoisen henkilö lämpimästi vastaan, vaikutti tilanteen onnistumiseen. Vastausten mukaan liian suuri fyysinen etäisyys saattoi viestiä pelosta tai varautuneisuudesta.

10.2 Haastatteluista löytyneet yhteneväisyydet ja eroavaisuudet

Kaikkien haastateltujen vastauksista kävi ilmi tarpeet tulla hyväksytyksi ja kuulluksi. Häätä on suuri silloin, kun ihminen uskaltaa vihdoin kertoa omista itsetuhoisista ajatuksistaan. Kaksi haastateltua toi esille, että perusterveydenhuollossa sekä sairaalan yhteispäivystyksessä kohtaaminen hoitavan lääkärin kanssa oli jäänyt mieleen huonona kokemuksena. Lääkärin koettiin olevan kliininen ja lähestymistavan tilanteessa vähättelevä. Hyvin kliinisen suhtautumisen koettiin hankaloittavan osittain tilannetta. Tätä kuvattiin kokemuksella siitä, että ei tule kuulluksi tai, että pahaa oloa ei otettu todesta.

Eroja löytyi selvimmin siitä, miten haastatellut olivat kokeneet tulleen kohdatuksi sosiaali- ja terveyshuollon kentällä. Haastatellut kokivat, että olivat saaneet apua esimerkiksi psykiatriselta sairaanhoitajalta ja perheneuvolasta tai sosiaalihuollon tuen piiristä. Psykiatrian osastohoidosta yhdellä haastateltavista oli kokemus huomiotta jäämisestä, tilanteessa kuulluksi tuleminen ei ollut toteutunut. Hänelle tarjottiin ensisijaisesti lääkinnällistä hoitoa. Haastatellun kokemuksen mukaan hän olisi siinä tilanteessa hyötynyt erityisesti yksilöllisestä keskustelusta, validoinnista ja ajasta purkaa omia ajatuksiaan rauhassa.

Kaksi henkilöä nosti esille pelon lasten menettämisestä. Lastensuojeluun liittyvät uhkakuvat kuten huostaanotto tai kodista pois sijoittaminen olivat todellisia pelkoja, joiden koettiin vaikuttavan rohkeuteen kertoa omasta ahdistuksesta ulkopuoliselle ihmiselle. Myös pelko sääliytyksi tulemisesta tai ”hulluksi” leimaamisesta oli läsnä ennen kohtaamista.

Kaikki haastateltavat toivat esille erilaisia tunteita, joiden koettiin myös estävän osaltaan rehellisen kerronnan omasta voinnista. Häpeän, epäonnistumisen ja pelon tunteet nousivat esille kaikissa haastatteluissa. Osa tunteista liittyi omiin vanhempiin ja osa mm. puolisoon. Haastatteluissa nousi myös esille erilaiset tunnetilat hetkinä, kun keskustelua itsetuhoisuudesta ammattilaisten kanssa käytiin. Näitä kuvattiin muun muassa olona siitä, että ei tiedä mitä tekee tai itkuun purskahtamisena, jota ei voinut estää.

Kaikissa haastatteluissa nousi esille jatkohoidon tai muun seurannan merkityksen jatkossa selviytymisen kannalta. Itseään vahingoittavan käyttäytymisen uusimiriske on suuri. Huomiotta jäänyt itsetuhoisuus tai sen syyt saattavat aiheuttaa lisää itsetuhoista toimintaa.

Lähes merkittävämpänä yhteneväisyytenä esille nousi aito kuunteleminen ja asian äärelle pysähtyminen. Näin merkittävänä ei koettu esimerkiksi sitä osaako kohtaaja sanoa välttämättä tilanteessa niin sanottuja oikeita asioita tai kysyä mitään. Kuunteleminen ja henkilön ajatusten vakavasti ottaminen koettiin ensiarvoisen tärkeäksi. Kiireetön läsnäolo koettiin tärkeämmäksi kuin se, johtiko tilanne johonkin jatkotoimenpiteisiin.

11 Johtopäätökset

Kun ihminen kokee syvää ahdistusta ja tunnetta siitä, ettei muuta ulospääsyä ole kuin oman hengen riistäminen, hän päätyy usein itseään vahingoittaviin tekoihin epäsuorasti tai suorasti. Meillä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisina on vastuullamme usein ensikohtaaminen tällaisia ajatuksia tuottavan henkilön kanssa. Se kuinka otamme hänet vastaan ja hyväksymme siinä tilanteessa kaikki tunnetilat relevantteina, on erittäin tärkeää jatkohoidon tai -ohjauksen kannalta. Todesta ottaminen, hyväksytyksi tuleminen ja luonteva kohtaaminen vaikuttavat henkilön halukkuuteen ottaa apua vastaan.

Usein negatiivisista tunteista kertominen on vaikeaa läheiselle henkilölle. Se aiheuttaa häpeää ja epävarmuutta siitä, miten omat ajatukset otetaan vastaan. Ulkopuoliselle ammattilaiselle kertominen saattaa olla helpompaa ja oman kokemuksen saa ulkoistettua käsiteltäväksi objektiivisesti. Näissä tilanteissa korostuu sensitiivinen lähestymistapa sekä vastaanottajan oman tulkinnan neutraalius. Jotta pystymme olemaan ammattilaisina tilanteen ulkopuolella, on tärkeää tarkastella realistisesti myös omia tunnetiloja tai reaktioita mitä asiat meissä herättävät. Eräs haastateltava kuvasi tätä tunteena siitä, että ammattilainen osasi antaa itseltään empaattisuuden ja rauhallisuuden lisäksi tunteen siitä, että hän on riittävän vahva kuulemaan itsetuhoisuudesta ja itsetuhoisista ajatuksista.

Joidenkin kohdalla itsetuhoisuus johtaa psykiatriseen sairaalahoitoon ja joidenkin kohdalla riittää intensiivinen tuki kotiin. Kaikissa tapauksissa merkittävää on kiinnittää huomiota tuen jatkumoon eli kuinka varmistetaan esimerkiksi osastohoidon jälkeen se, ettei henkilö jää yksin ajatustensa kanssa. Kotiin annettava tuki on usein pitkäkestoisempaa, mutta ajallisesti kenties vähäisempää. Tällöin syytä on varmasti huomioida mahdolliset vastoinkäymiset ja se, kuinka henkilö itse toimii niissä tilanteissa. Toisaalta kotiin tuotu tuki koettiin myös tilannetta helpottaneeksi, kun sai kertoa tuntemuksistaan.

Opinnäytetyössämme esillä olleet menetelmät kohtaamisen tueksi ovat kaikki hyvin konkreettisia. Niiden avulla kohtaamisessa käsitellään tunteita, ajatuksia ja niitä seuranneita reaktioita. Itsetuhoiset ajatukset eivät vielä satuta, mutta niiden toiminnan tasolle saattaminen on vahingollista. Näiden asioiden tunnistamiseen ja myöntämiseen lyhytterapeuttiset menetelmät sekä LINITY- menetelmä ovat varsin oivallisia keinoja. Ne myös jäsentävät ammattilaiselle tilannetta.

Haastattelemistamme yksikään henkilö ei ollut saanut suoraan menetelmiemme mukaista tukea ja keskusteluapua, mutta haastatteluissa kohtaamisen onnistuneet elementit ovat näistä löydettäessä. Esimerkiksi yhdessä tilanteen jäsenteleminen sen jälkeen, kun itsetuhoisesti toiminut sai kertoa tilanteensa rauhassa ja epärelevantissa järjestyksessä. Kun asiaa jäseneltiin tämän jälkeen yhdessä ammattilaisen ja itsetuhoisesti toimineen kanssa, tunnetta kuvattiin helpottavaksi ja se auttoi käsittämään kokonaistilanteen. Ajan antaminen, narratiivisuus ja keskustelujen yhdessä jäsentäminen koettiin positiivisena asiana. Läsnäolon ja kiireettömyyden avulla itsetuhoisesti toiminut sai kokemuksen siitä, että on merkityksellinen ja asiat voivat myös muuttua. Myös jatkumo keskusteluissa ja tuen saamisessa koettiin helpottavana ja omaa kokemusta itsensä merkityksellisyydestä koettiin tärkeäksi.

Alan ammattilaisen on tärkeää tiedostaa myös oma rajallisuutensa auttajana. On hyvä oppia itseä suojaavia taitoja sekä reflektoida omaa toimintaansa suhteessa asiakkaaseen. Myötätuntuupumus saattaa olla vaarana ihmissuhdetyötä tehtäessä. Itsetuhoisuuden kohtaamisessa on usein kysymys voimakkaita tunteista ja niiden vastaanottaminen voi olla kuormittavaa. Olemme ammattilaisina asiakasta varten ja tärkeää on muistaa huoltaa työvälinetämme eli omaa kehoamme ja mieltämme.

12 Opinnäytetyön uskottavuus ja luotettavuus

Kun tutkielman, tässä tapauksessa opinnäytetyömme, tasoa ja luotettavuutta arvioidaan, tulee arvioida koko prosessia ja sen aikana käytettyjä menetelmiä, aineistoja sekä haastatteluja. Yksi tapa kohottaa opinnäytetyön luotettavuutta on käyttää erilaisia aineistotyyppisiä, näkökulmia, teorioita ja analyysimenetelmiä (Jyväskylän yliopisto 2006b). Kokosimme opinnäytetyömme tietopohjan käyttäen siinä aiemmin tehtyjä opinnäytetöitä ja tieteellistä, ammattilaisille suunnattua Perheterapia-lehden artikkelia LINITY & ASSIP- malleista. Lisäksi tietopohjaamme on kerätty ja hyödynnetty laajasti raportteja, hankkeista saatua tietoa itsetuhoisuudesta, menetelmiä ja ohjeistavia aineistoja, joissa kaikissa on käsitelty itsetuhoisuutta, itsetuhoisuuden kohtaamista ja suomalaisen itsemurhan erityispiirteitä. Olemme huomioineet myös globaalin näkökulman hyödyntämällä WHO:n raporttia itsetuhoisuuden ehkäisemisestä.

Kun arvioidaan tutkimuksen, tutkielman tai opinnäytetyön luotettavuutta ja pätevyyttä, ne voidaan arvioida etenkin määrällisessä tutkimuksessa reliabiliteetin ja validiteetin kautta (Jyväskylän yliopisto 2006b). Opinnäytetyössämme arvioidaan enemmän työmme uskottavuutta ja luotettavuutta, kuten laadullisessa työssä on olennaista. Laadullisin menetelmin toteutettu opinnäytetyö ei voi esimerkiksi sisältää sattumanvaraisia tuloksia, vaan on voitava arvioida sitä, mitä opinnäytetyössä on tarkoitus selvittää. Laadullista opinnäytetyötä voidaan arvioida esimerkiksi yleistettävyyden ja siirrettävyyden kautta, eli onko tulokset yleistettävissä tai siirrettävissä muihin tilanteisiin. (Jyväskylän Yliopisto 2006b).

Laadullisen opinnäytetyön uskottavuutta ja luotettavuutta arviotaessa tulee huomioida myös opinnäytetyön tarkoitus. Jos kyseessä on löytää absoluuttinen totuus, korostuu laadullisten menetelmien luotettavuuden ja uskottavuuden arviointi. Opinnäytetyössämme on kuitenkin kyse kohtaamisesta, jossa vaikuttavat erityisesti kohtaamisessa mukana olleiden henkilöiden välinen vuorovaikutus, tilanne, muistikuvat ja niiden luotettavuus, erilaiset henkilöhistoriat ynnä muut useat seikat.

Laadullisen tutkimuksen, tutkielman tai opinnäytetyön luotettavuuskeskustelussa nousee esille kysymykset totuudesta sekä tulosten objektiivisuudesta. Konsensukseen perustuva totuusteoria painottaa sitä, että ihmiset voivat täysin yhteisymmärryksessä löytää ”totuuden”. Yksinkertaistetusti ilmaistuna konsensukseen perustuva totuusteoria perustuu ihmisten luomiin totuuksiin ja merkityksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131-132.)

Tarkasteltaessa laadullista opinnäytetyötä tulee ottaa huomioon myös objektiivisuuden näkökulma. On siis erotettava havaintojen luotettavuus ja niiden puolueettomuus. Puolueettomuuteen tulee kiinnittää huomiota erityisesti siinä, pyrkiikö opinnäytetyön tekijät ymmärtämään ja kuulemaan haastateltavaa itseään, vai vaikuttaako tämän kertoman kokemuksen tarkastelussa opinnäytetyön tekijöiden ominaisuudet. Näitä ominaisuuksia voi olla esimerkiksi sukupuoli, ikä, uskonto, poliittinen asenne, virka-asema tai muu vastaava (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133.) Tässä opinnäytetyössä objektiivisuus on huomioitu niin, että olemme keränneet laajan tietopohjan ja pyrimme löytämään haastatteluistamme yhteneväisyyksiä tietoperustamme. Emme ole jättäneet huomioimatta eroavaisuuksiakaan, vaan tulokset on tarkasteltu mahdollisimman monipuolisesti tietoperustaan linkittäen.

Keräsimme erilaisia aineistotyyppisiä, jotta tutkimuksen, tutkielman tai opinnäytetyön luotettavuus ja pätevyys olisivat mahdollisimman vakuuttavat. Pyrimme osoittamaan, että saatu tulos ei perustu vain yhteen tai sattumanvaraiseen tulokseen, vaan että samaan tulokseen voidaan päätyä erilaisia lähestymistapoja hyödyntäen. (Jyväskylän yliopisto 2006b.) Kohtaamiseen liittyy niin montaa eri vaikuttavaa tekijää, joiden pohjalta emme voi löytää absoluuttista, kaikille käyvää tai siirrettävää totuutta. Keräsimme aineistossamme eri tahojen kautta. Näitä olivat muun muassa, eri tyyppiset aineistot, kuten raportti, kvalitatiivinen hankkeen tulosten raportointi, tieteelliset aineistot sekä ohjaavat aineistot.

Haastattelemamme itsetuhoisesti toimineet henkilöt ovat kertoneet ja keskustelleet itsetuhoisuudestaan erilaisissa tilanteissa. Silti jokaisesta kokemuksesta löytyy yhteneväiset elementit kohtaamisen tärkeydestä ja merkityksellisyydestä tilanteesta selviytymiseen. Haastatteluista oli myös selkeästi löydettävissä menetelmissäkin käytettyjä ja korostettuja elementtejä, kuten kuunteleminen ja asioista puhuminen suoraan, kauhistelematta tai kiertelemättä. Kuuntelu ja läsnäolo ovat keskeisiä itsetuhoisuuden kohtaamisen menetelmissä ja näiden arvo löytyi myös haastatteluiden perusteella kerätystä tiedosta.

13 Opinnäytetyön eettisyys

Yleisesti tutkimukseen liittyy seuraavia eettisiä sääntöjä ja ohjeita: toimintatapojen on oltava avoimia, rehellisiä, huolellisia ja tarkkoja, eettinen tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointitavat, lisäksi huomioidaan muut aihetta tutkineet ja huomioidaan heidän saavutuksensa. Suunnittelun, raportoinnin sekä lupien tutkielman tekemiselle on oltava ajankohtaiset. Yksityisyysdensuojaan sekä vastaajien asemaan ja oikeuksiin on kiinnitettävä huomiota. Heidän kanssaan on sovittava esimerkiksi kerätyn aineiston säilytyksestä tutkimuksen valmistuttua, ja jo sen aikana. (Jyväskylän Yliopisto 2009c.)

Teimme opinnäytetyömme huomioiden eettisyyden jokaisessa työskentelyn vaiheessa ja tarkastelimme kriittisesti työmme etenemistä. Eettisyyden varmentamiseksi kerroimme jokaiselle vastaajalle mihin ja miksi aineistoa keräämme, miten olimme koonneet tietoa sekä miten analysoimme sen. Haastattelimme sellaisia henkilöitä, joilla oli esiintynyt itsetuhoista käyttäytymistä, mutta varmistimme, että he olivat sellaisessa elämäntilanteessa, että heillä ei ole akuuttia kriisiä, mielenterveys- tai päihdeongelmaa ja he ovat saaneet asianmukaista apua itsetuhoisuuteensa ja heidän tilanteensa on stabiili. Varmistimme asian niin, että etsimme haastateltavamme ammatillisten verkostojen kautta. Näin heidän tilanteensa arviointiin osallistui useampi henkilö. Haastatteluun pyydettiin siis vain sellaisia henkilöitä, joiden tilanne on riittävän stabiili haastatteluun osallistumiseen. Kaikki haastattelemamme henkilöt osallistuivat haastatteluihin vapaaehtoisesti ja heille kerrottiin vielä ennen haastattelua mihin haastattelua käytetään ja miten huolehdimme sen, että haastattelut ovat anonyymejä.

Kaksi haastattelemaamme henkilöä halusi antaa haastattelun sähköisesti ja heidän kohdallaan yksityisyysdensuoja varmistettiin niin, että heidän vastauksensa kopioitiin ilman nimeä tai yhteystietoja ja heidän lähettämänsä sähköposti tuhottiin. Kysyimme myös tarkentavia kysymyksiä heiltä, samalla tavalla kuin kasvotusten tehdyssä haastattelussa. Heille lähetettiin samat kysymykset sähköpostitse, joita käytimme kasvotusten tehdyssä haastattelussa. Kasvotusten tehdyn haastattelun aikana nimeä ei vastauksiin kirjoitettu eikä heidän henkilöllisyyksiään paljasteta missään vaiheessa. Haastattelujen pohjalta emme myöskään kerro mitään sellaista, josta henkilö voisi olla tunnistettavissa. Haastattelut perustuivat vapaaehtoisuuteen, luottamukseen sekä avoimuuteen. Haastateltavien kanssa sovittiin, että he saavat keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa ja kaikkiin kysymyksiin ei ole pakko vastata, jos jokin kysymyksistä tuntui haastavalta.

Haastatteluihin kulminoitui sensitiivisyyden ja eettisyyden huomiointi, mutta toki eettisyys ja sosiaalialan eettiset ohjeet huomioitiin opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa. Sosiaalialan ammattietikanperustan jaottelusta löytyy seuraavat yleiset eettiset ohjeistukset: ihmisen oikeus ilmaista tunteitaan ja kielteisiä kokemuksiaan, arvostava vuorovaikutus ja luottamuksellisuus, itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden vahvistaminen, jokaisen ihmisen ainutlaatuisen kokonaisuuden huomioon ottaminen, voimavarojen ja vahvuuksien huomioiminen, oikeus osuuteen

voimavaroista, yhdenvertaisuuden tukeminen, epäoikeudenmukaisten toimintatapojen ja käytäntöjen vahvistaminen, syrjinnän vastustaminen ja erilaisuuden hyväksyminen. (Talentia 2017, 7.)

Sosiaalialan eettiset ohjeet ohjasivat opinnäytetyömme rakentamista ja sensitiivisen aiheen lähestymistapaa. Ehdottoman tärkeänä pidimme myös yksityisyyden suojan varmistamista ja tähän kiinnitimme erityistä huomiota niin haastatteluja suunnitellessa, toteuttaessa kuin myös aineistoa käsitellessä ja analysoidessa. Salassapitoa säätelee vaitiolovelvollisuus ja asiakirjasalaisuus (Talentia 2017, 41).

Huomioimme opinnäytetyötä tehdessämme myös sosiaalialan kompetenssit. Todennamme opinnäytetyömme kautta, että olemme sisäistäneet sosiaalialan arvot sekä ammattieettiset periaatteet ja eettisen reflektion. Osoitamme myös opinnäytetyössämme, että asiakastyöosaamisemme sekä palvelujärjestelmäosaamisemme on ajan tasalla (TAMK sosiaaliala 2018.) Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että kävimme tutustumassa itsemurhien ehkäisykeskukseen sekä tutustuimme itsemurhien ehkäisytyöhön sekä sen menetelmiin. Opinnäytetyömme myös osoittaa, että tunnemme palvelujärjestelmää sekä työmme kehittää asiakastyöosaamista, etenkin itsetuhoisen asiakkaan kohtaamisen osalta. Lisäksi huomioimme kriittisen ja osallistavan yhteiskuntaosaamisen näkökulman sekä osoitimme opinnäytetyöllämme tutkimuksellisen kehittämisosaamisemme (TAMK sosiaaliala 2018.) Pohjasimme haastatteluista keräämämme tiedon aiempiin tutkimuksiin, aineistoihin sekä julkaisuihin varmistaaksemme ja huomioidaksemme aiempien aiheen parissa tutkimusta tehneiden saavutukset sekä noudatimme tarkkaa lähteiden merkitsemistä.

Yhteiskunnallisella tasolla tutkimme suomalaisen yhteiskunnan itsetuhoista käyttäytymistä sekä itsemurhia ja pyrimme tuomaan ennaltaehkäisevää ja kohtaavaa näkökulmaa haastaviin asiakastyön tilanteisiin. Tutkimuksellisen osaamisemme todennamme opinnäytetyöllämme sekä valitsemillamme tutkimus- ja sisällönanalyysin menetelmillä. Johtajuusosaamisemme osoitimme oman työn johtamisena, päätöksentekona sekä kehittämisenäkökulman huomioimisena ja itsetuhoisen asiakkaan kohtaamisen kehittämisen kautta.

14 Pohdinta

Itsemurhat ja itsetuhoisuus ovat globaali ilmiö, jonka ennaltaehkäisyssä tulee ottaa huomioon niin maantieteelliset, kulttuuriset, yhteiskunnalliset kuin yksilötekijät. Suomessa itsemurhia tehdään maailmanlaajuisesti väestömäärään suhteutettuna erityisen paljon. Suomalaisen itsetuhoisen käyttäytymisen erityispiirteitä ovat naisten miehiä useammin tehdyt itsemurhayritykset ja itsetuhoisuus, nuorten tekemien itsemurhien määrä suhteessa muihin valtioihin ja miesten suurempi itsemurhakuolleisuus, vaikka naisilla yrityksiä onkin suhteessa enemmän. Kyseessä on aihe, joka koskettaa useita perheitä, yhteisöitä sekä ihmisiä.

Kohtaamista tarkastellessa ei koskaan voida löytää yhtään absoluuttista totuutta, koska tilanteeseen vaikuttavat mukana olevien osapuolien henkilöhistoria, ennakkokäsitykset -ja odotukset, aiemmat kokemukset ja tilanne kokonaisuutena. Henkilökemioilla voi olla tilanteessa myös merkitystä. Kiire ja kokemus siitä, että ei kuulla tulivat esille. Yksi haastateltava pohti, että jos toisena osapuolena olisi ollut täysin erilainen, ”kirjavissa vaatteissa ja voimakkaasti meikattuna”, ottamassa vastaan masentunutta henkilöä, se olisi voinut vaikuttaa kohtaamiseen ja siihen, miten keskustelu olisi lähtenyt etenemään.

Kaikissa vastauksissamme korostui, että kohtaamisen sensitiivisyys, kiireettömyys ja kuunteleminen ovat tärkeitä elementtejä, kun kohtaa itsetuhoisesti toimineen henkilön. Itsetuhoisesti toiminut on aina kriisissä ja hänen tilanteensa on otettava vakavasti, myötätuntoisesti hyväksyen. Kun henkilö kertoo itsetuhoisuudestaan, on kuulijan tärkeää pysyä rauhallisena. Omalla olemuksellaan on tärkeä luoda rauhallinen ympäristö, jossa on aikaa kohdata ja kuunnella, ei kiirehtien tai toisaalta liikaa kysellen. Itsetuhoisesti toimineen henkilön ajatukset ovat usein jollakin tasolla jäsentymättömiä ja puhuminen aiheesta voi tuntua todella vaikealta. Tärkeätä on antaa tilaa itsetuhoisesti toimineelle kertoa tilanteestaan, ajatuksistaan ja tunteistaan. Yhdessä näiden jäsenteleminen auttaa itsetuhoisesti toiminutta käsittämään kokonaistilanteen paremmin. Yhteinen dialogi myös auttaa ammattilaista jäsentämään tilannetta.

Haastattelemamme henkilöt kohtasivat ammattilaisia erilaisissa ympäristöissä ja erilaisissa tilanteissa. Jokaisessa kohtaamisessa merkityksellistä oli kuitenkin kuulluksi tulemisen tunne ja kuuntelevan osapuolen neutraali suhtautuminen. Kaksi haastatelluista kertoi pelänneensä, että tulee leimatuksi ”hulluksi” tai ”mielenvikaiseksi”, jos kertoo itsetuhoisesta käyttäytymisestä. Kohtaaminen, jossa onnistuttiin saavuttamaan luottamuksellinen ja turvallinen tunnelma, auttoi luomaan toivoa ja antoi kokemuksen siitä, että omat ajatukset ovat tärkeitä ja merkityksellisiä kuulijalle. Yksi haastateltava kuvasi tunnetta siten, että ”niitä kiviä alkoi tip-pumaan sydämeltä ja olo oli helpompi, oli helpompi hengittää”.

Yksikään haastatelluista ei ollut saanut apua tietyn menetelmän kautta, mutta menetelmien elementtejä oli löydettävissä. Narratiivisuus, kuuntelu ja yhdessä asioiden jäsenteleminen olivat kokemuksissa läsnä. Myös suoraan, mutta kunnioittavasti puhuminen auttoi tilanteessa. Suomessa itsetuhoisuus on valitettavan yleinen ilmiö, joten on huomioitavan arvoista, että menetelmien käyttäminen ja mahdollisesti menetelmien tuntemus sosiaali- ja terveysalan palveluissa on melko vähäistä, vaikka näitä olemassa on. Itsetuhoisuuden kohtaamiseen ja siitä puhumiseen pitäisi kouluttaa rohkeasti enemmän jo alalla työskenteleviä ja alalle opiskelevia.

Itsetuhoisuudesta voi ja pitää uskaltaa puhua, etenkin ammattilaisten, jotka voivat kohdata työssään itsetuhoisesti toimineen tai itsetuhoisesti ajattelevan henkilön. Itsetuhoisuus pitkälle jatkuessaan voi johtaa itsemurhaan tai sen yritykseen, usein useampaan. Itsetuhoisuudesta

keskustelemista tulisi tuoda rohkeammin esille jokaisella sosiaali- ja terveysalan sektorilla sekä muissa palveluissa (esimerkiksi poliisi), jotta itsetuhoisuus ei olisi tabu, jonka olemassa olosta tiedetään, mutta jota ei uskalleta kohdata. Kysymällä ei pahenna tai aiheuta itsetuhoisen henkilön itsetuhoisia ajatuksia ja tekoja.

Lähteet

Painetut

Henden, J. 2017. Preventing suicide- työntekijä masennus- ja itsemurhapuheen kohtaajana. Helsingin psykoterapiainstituutti luentomateriaali. 16.5.2017.

Kallinen, K. Pirskanen, H. & Rautio, S. 2015. Sensitiivinen tutkimuksessa - menetelmät, kohderyhmät, haasteet ja mahdollisuudet. Euroopan Unioni: United Press Global.

Perheterapia - lehti. 2017. LINITY-menetelmä itsemurhien ehkäisyyn. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.

Reijonen, M. & Strandén-Mahlamäki, T. 2008. Oivaltava kohtaaminen. Helsinki: WSOYpro.

Suomen mielenterveysseura 2018d. Itsemurhasta on turvallista puhua. Esite. Viitattu 29.10.2018.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vuori, K. & Pulkkinen, J. 2014. Kourallinen tabuja. Kertomuksia itsemurhasta. Suomi: Bookwell Oy.

World Health Organization WHO. 2015. Itsemurhien ehkäisy - globaali velvollisuus. Suomentaja Suomen Mielenterveysseura. Helsinki: Suomen mielenterveysseura.

Sähköiset

Doudecim - lehti. 2017. Partonen, T. & Solin, P. Tunnista itsemurhan vaara! Viitattu 7.10.2018. <https://www.doudecimlehti.fi/duo13830>

Doudecim - lehti. 2013. Suominen, K. & Valtonen, H. Itsetuhoisen potilaan arviointi. Viitattu 6.10.2018. <https://www.doudecimlehti.fi/api/pdf/duo10929>

Huttunen, M. 2017. Dissosiaatiohäiriö (ajatusten, tunteiden, tekojen ym. erillisyys). Lääkärikirja Doudecim. Viitattu 9.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00360

Jyväskylä Yliopisto. 2015a. Koppa. Viitattu 8.9.2018. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/met/metelmapolkuja/metelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>

Jyväskylän Yliopisto. 2016b. Koppa. Viitattu 24.10.2018. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/met/metelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-toteuttaminen>

Jyväskylän Yliopisto. 2015c. Koppa. Viitattu 29.10.2018. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/met/metelmapolkuja/tutkimusprosessi/etiikka>

Käypähoito. 2014. Seulonta PTSD:n kehittymistä ennustavana menetelmänä. Viitattu 9.10.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus;jsessionid=558E1052C63169F7051F654AA6111A10?id=nak06909>

Luoma, P. 2006. Oulun Yliopisto. Viitattu 8.9.2018. <http://www oulu.fi/sosiologia/node/5047>

Lääkäriliitto. Itsetuhokäyttäytyminen. Viitattu 30.9.2018. <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/mielenterveys-ja-paihdepotilaat/itsetuhokayttaytyminen/>

Mielenterveyden keskusliitto. 2018. Tietoa mielenterveydestä. Viitattu 23.9.2018.
<http://www.mtkl.fi/tietoamielenterveydesta/aikuisille/itsetuhoisuus>

Mielenterveystalo. 2018. Häiriöt ja ongelmat - itsetuhoisuus. Viitattu 24.10.2018.
https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielenterveys-ongelmat/Pages/itsetuhoisuus.aspx

Mäkelä, M. 2016. Hoivaa, haaksirikkoja, ensiapua ja ammatillista kasvua - Narratiivinen tutkimus itsetuhoisuuden kohtaamisesta kunnallisessa aikuissosiaalityössä. Sosiaalityön Pro Gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 24.10.2018. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99031/GRADU-1463998105.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

NovoPsych. 2018. The Impact of Event Scale - Revised (IES-R). Viitattu 9.10.2018.
<https://www.novopsych.com/ies-r-2.html>

Ohtonen, J. 2014. Émilie Durkheim oppaana itsemurhien ja väkivallan analysoinnissa. Kohtaamisen taidot -hanke. Viitattu 20.10.2018. <http://www.koordinaatti.fi/sites/default/files/JukkaOhtonen-EmileDurkheim-oppaana-taman-paivan-itsemurhien-ja-vakivallan-analysointiin.pdf>

Sinkko, L. & Suurkaulio, J. 2017. Itsemurhaa yrittäneen potilaan kohtaamisen haasteet. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu. Viitattu 28.10.2018.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/124466/suurkaulio_johanna.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Suomalainen L. Seilo, N. Haravuori, H. & Marttunen, M. 2018. Nuoren viiltely ja muu itsetuhoisen käytös. Duodecim-lehti. Viitattu 28.10.2018. <https://www.duodecim-lehti.fi/api/pdf/duo14287>

Suomen Mielenterveysseura. 2018a. Miten auttaa itsemurhaa harkitsevaa. Viitattu 6.10.2018.
<https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/itsemurhien-ehk%C3%A4isy/miten-auttaa-itsemurhaa-harkitsevaa>

Suomen Mielenterveysseura. 2018b. Lyhytinterventio itsemurhaa yrittäneille - LINITY. Viitattu 9.10.2018. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/kehittamistoiminta/kriisiauttaminen/lyhytinterventio-itsemurhaa-yrittaneille-linity>

Suomen Mielenterveysseura. 2018c. Miten LINITY auttaa? Viitattu 9.10.2018.
<https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/itsemurha/miten-linity-auttaa>

Surunauha ry. 2015. Itsemurha Suomessa. Viitattu 8.9.2018. <https://surunauha.net/luke-mista/tilastoja-ja-tietoja/itsemurha-suomessa/>

Talentia. 2017. Arki, arvot ja etiikka. Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet. Viitattu 29.10.2018. <http://talentia.e-julkaisu.com/2017/eettiset-ohjeet/>

TAMK sosiaaliala. 2018. Sosiaalialan kompetenssit. Viitattu 29.10.2018. <http://sosiaaliala.blogs.tamk.fi/aloitussivu/sosiaalialan-kompetenssit/>

Tampereen teknillinen yliopisto. 2018. Verne. Viitattu 8.9.2018.
<http://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/tiedon-analysointi/>

Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). 2015. Itsetuhoisuus. Viitattu 8.9.2018.
<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/itsetuhoisuus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THLb). 2016. Mielenterveyden edistäminen. Viitattu 23.9.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/itsemurhien-ehkaisy>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THLc). 2018. Sote-uudistus. Viitattu 6.10.2018. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/ajankohtaista>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THLd). 2018. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 6.10.2018. <https://thl.fi/documents/2616650/2646346/Mielenterveyspalvelut.pdf/1224fbf8-6af8-41c6-a1c0-5a884d6af097>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THLe). 2015. Mielenterveyden edistäminen. Viitattu 6.10.2018. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/itsetuhoisuus>

Tuulari, J. 2010. Itsetuhoisuuden tunnistaminen. Pohjanmaahanke. Viitattu 12.11.2018. http://www.epshp.fi/files/5305/Itsetuhoisuuden_tunnistaminen.pdf

Julkaisemattomat

Haastateltu asiantuntija 5.9.2018

Taulukot

| | |
|---|----|
| Taulukko 1 Suoja- ja riskitekijöitä (Suomalainen, Seilo, Haravuori & Marttunen 2018, 858.) ... | 9 |
| Taulukko 2 Itsemurhien lukumäärä ikäryhmittäin (Ohtonen 2014, 5). | 19 |
| Taulukko 3 Itsemurhien määrä 100 000 asukasta kohti OECD -maissa vuosina 1960-2008 (Ohtonen 2014, 7). Vuosina 2000-2012 kaikista ikäryhmistä eniten itsemurhia tekivät 20-24 -vuotiaat. (Ohtonen 2014, 19). | 19 |
| Taulukko 4 Itsemurhien prosenttiosuus ikäryhmittäin kaikista kuolemantapauksista vuonna 2012 (Ohtonen 2014, 19). | 20 |
| Taulukko 5 Itsemurhat 100 000 asukasta kohden maakunnittain vuodelta 2009 (Ohtonen 2014, 22). | 20 |
| Taulukko 6 Itsemurhien määrä sukupuolen mukaan vuosilta 1921-2011 (Ohtonen 2014, 24). . | 22 |
| Taulukko 7 IES-lomake (NovoPsych 2018). | 27 |
| Taulukko 8 Itsemurhan riskitekijät ja riskin arviointi (Duodecim 2012). | 34 |

Liitteet

Liite 1: haastattelukysymykset

Liite 1

Milloin oli ensimmäinen kerta, kun keskustelit itsetuhoisuudesta ammattilaisen kanssa?

Minkälainen tilanne oli kyseessä? Missä keskustelu tapahtui?

Miltä keskusteleminen itsetuhoisuudesta tuntui? Mikä oli merkityksellistä?

Mitä odotit tilanteelta? Jäitkö kaipaamaan tilanteeseen jotain lisää, mitä?

Onko joku kohtaaminen, jossa on keskusteltu itsetuhoisuudesta, ollut merkityksellisin? Mistä tekijöistä merkitys koostui?

Mitä toivoit kohtaamiselta, toteutuiko se?

Miten paljon haastattelijan olemus ja henkilökemiat vaikuttivat tilanteessa?

Mikä on mielestäsi tärkeintä, kun kohtaa itsetuhoisen henkilön?

Millaisena koet oman tilanteesi tällä hetkellä?

Mitä muuta haluat sanoa?

KIITOS VASTAUKSISTASI!