

Aleksi Savolainen, Saku Sutelainen

Itsetuhoinen potilas ensihoidossa

Koulutusmateriaalin kehittäminen
ensihoitohenkilöstölle

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Ensihoitaja AMK

Ensihoidon koulutusohjelma

Opinnäytetyö

29.11.2016

Tekijät Otsikko	Aleksi Savolainen, Saku Sutelainen Itsetuhoinen potilas ensihoidossa
Sivumäärä Aika	30 sivua + 2 liitettä 29.11.2010
Tutkinto	Ensihoitaja AMK
Koulutusohjelma	Ensihoidon koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Ensihoito
Ohjaajat	Lehtori Iira Lankinen Lehtori Sami Mikkonen
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata itsetuhoista potilasta ensihoidossa, jonka perusteella kehitettiin koulutusmateriaali Helsingin- ja Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksille. Opinnäytetyön aihe koettiin tarpeelliseksi työn tekijöiden työkokemukseen pohjautuen. Aihe esitettiin kyseisten pelastuslaitosten ensihoidosta vastaaville henkilöille ja työlle saatiin virallinen työelämälähtöisyys. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä ensihoidossa työskentelevien ensihoitajien tietämystä itsetuhoisesta potilaasta. Opinnäytetyössä haettiin vastauksia kahteen tutkimuskysymykseen: Mitä ensihoidossa tulee tietää itsetuhoisuudelle altistavista sairauksista? Miten ensihoidossa tulee osata tunnistaa ja kohdata itsetuhoinen potilas?</p> <p>Tiedonhauk tehtiin keräämällä tietoa itsetuhoisesta potilaasta ja heidän kohtaamisesta, sähköisistä tietokannoista, käsinhakumenetelmin ja asiantuntijahaastattelusta. Sähköiset tiedonhauk tehtiin Cinahl, Medic ja Lääkärilehden hakupalveluista. Selville saatiin, että itsetuhoisen potilaan kohtaamisesta ensihoidossa ei ollut tehty suomenkielisiä tai ulkomaalaisia tutkimusartikkeleja. Sen sijaan itsetuhoisuuteen altistavista tekijöistä ja sairauksista oli runsaasti tietoa, joita opinnäytetyössä käytettiin.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksena saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Ensihoitajien tulee tietää, että itsetuhoisuudelle altistavia sairauksia ovat masennustila, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia ja epävakaa persoonallisuus sekä näiden sairauksien taustat ja riskitekijät. Itsetuhoinen potilas tulee osata tunnistaa ensihoitotilanteessa taustatietojen, riskitekijöiden ja oireiden perusteella. Potilas tulee kohdata hänet hyväksyen, vahvistaen ja normalisoiden.</p> <p>Opinnäytetyön johtopäätöksenä todettiin, että itsetuhoisen potilaan kohtaaminen on haasteellista, herkkää sekä myös hoitajaa kuormittavaa. Itsetuhoiseen tilaan ajautunut potilas ansaitsee arvostavaa kohtaamista. Itsetuhoisen potilaan tunnistaminen ensihoitotilanteessa on ratkaisevassa asemassa hänen saamaansa jatkohoitoon.</p>	
Avainsanat	Ensihoito, itsetuhoinen potilas, kohtaaminen

Authors Title	Aleksi Savolainen, Saku Sutelainen Suicidal Patient in Prehospital Emergency Care
Number of Pages Date	30 pages + 2 appendices 29 November 2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Emergency Care
Specialisation option	Emergency Care
Instructors	Iira Lankinen, Lecturer Sami Mikkonen, Lecturer
<p>The Bachelor's thesis focused on describing a self-destructive patient in primary care based on which a training material for Helsinki and Keski-Uusimaa Rescue departments was developed. The relevance of the research in question was identified through the work experience of the thesis authors. The research question was presented to the people responsible for primary care operations, which established the official work life relevance. The objective of the thesis was to increase the knowledge of the people working with self-destructive patients in primary care. The thesis was based on two research questions: What should the people working in primary care know about self-destructive deceases? How should a person working in primary care identify and meet a self-destructive patient?</p> <p>Theoretical framework was built by gathering information on self-destructive patients and the way they should be met. The information sources used were: online databases, manual search and expert interview. Online databases searched were Cinahl, Medic, and Lääkärilehti information search services. The findings of the search were that no scientific articles addressing the meeting of a self-destructive patient have been written in Finnish nor in international publications. On the other hand, the factors and deceases predisposing to self-destructive behavior have been vastly covered in literature and hence were utilized in the thesis.</p> <p>The thesis provided answers to the research questions. Paramedics are required to know that the deceases predisposing to self-destructive behavior are: depression, bipolar disorder, schizophrenia and borderline personality disorder, as well as the background causes and risk factors of these diseases. It is a must requirement that paramedics can identify a self-destructive patient in primary care situations based on the background information, risk factors, and symptoms. A self-destructive person should be met by accepting, approving and normalising him/ her.</p> <p>The conclusions of the thesis were that meeting a self-destructive patient is challenging, case sensitive and burdening to the paramedic. It was also concluded that a patient in a self-destructive state of mind deserves appreciative interaction from the paramedic. Finally, the thesis revealed that the identification of a self-destructive patient in primary care phase is crucial for providing the patient with the follow-up treatment required.</p>	
Keywords	Emergency Care, Suicidal Patient, Encounter

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	2
3	Organisaatiokuvaukset	2
4	Itsetuhoinen potilas ensihoidossa	3
4.1	Tiedonhaku	3
4.2	Yleistä itsetuhoisesta potilaasta	4
4.2.1	Itsetuhoisuuden määritelmä	4
4.2.2	Itsetuhoisuuden ilmeneminen	4
4.2.3	Mielenterveyslain soveltaminen ensihoitoon	5
4.3	Itsetuhoisuudelle altistavat sairaudet ja itsetuhoinen tila	7
4.3.1	Itsetuhoisuudelle altistavat riskitekijät	7
4.3.2	Masennustila	8
4.3.3	Päihdehäiriöt	9
4.3.4	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	10
4.3.5	Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt	11
4.3.6	Epävakaa persoonallisuus	12
4.3.7	Itsetuhoinen tila	13
5	Potilaan kohtaaminen ja itsetuhoisuuden tunnistaminen	14
6	Hoidontarpeen arviointi ja hoito	18
7	Koulutusmateriaalin kehittäminen	21
8	Eettisyys ja luotettavuus	22
9	Pohdinta ja johtopäätökset	24
10	Lähteet	27

Liitteet

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

Liite 2. Koulutusmateriaali: Itsetuhoisen potilaan kohtaaminen ensihoidossa
(Vain tekijöiden käyttöön)

1 Johdanto

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan tarkoituksellista ja aktiivista pyrkimystä vahingoittaa itseä ja jopa kuolla oman käden kautta. Henkeä uhkaavan toistuvan riskin ottaminen kuuluu epäsuoraan itsetuhoiseen käytökseen. (Lönqvist – Henriksson – Marttunen 2014: 578–579.) Suomessa itsemurhakuolleisuus on korkea. Hitaasta laskusta huolimatta oman käden kautta Suomessa kuolee vuosittain noin tuhat ihmistä, mikä on lähes kaksinkertainen määrä muihin Pohjoismaihin verrattuna ja se vastaa EU:n kärkitasoa. (Michel – Gysin-Maillart 2013:11.)

Vuonna 2012 tilastoitiin Suomessa 873 itsemurhaa (Itsetuhoisuus THL 2015). Ensimmäiseen itsemurhayritykseen kuolee noin puolet yrittäneistä. Suomessa 20–34-vuotiaiden miesten yleisin kuolinsyy on itsemurha. Vanhuksien osuus itsemurhista on merkittävä, sillä 15–20% Suomessa tehdyistä itsemurhista on vanhuksen tekemä. (Kuhanen – Oittinen – Kanerva – Seuri – Schubert 2013: 242.) Miehet tekevät itsemurhia yli kolme kertaa enemmän kuin naiset (Lönqvist ym. 2014: 581). Suomalaisten itsemurhaluvut ovat pysyneet korkealla osittain yhteiskunnallisen kahtiajaon vuoksi. Hyvin toimeentulevien keskuudessa itsemurhat ovat vähentyneet, kun taas köyhien ja työttömien keskuudessa tulokset ovat päinvastaisia. Opiskelusta ja työstä syrjäytyneiden nuorten itsemurhakuolleisuus on Suomessa jopa seitsemäntoistakertaista ikäisiinsä verrattuna. Noin 10 000 suomalaista yrittää itsemurhaa vuositasolla. Heistä noin joka kymmenes onnistuu tappamaan itsensä. (Vuorilehto – Larri – Kurki – Hätönen 2014: 119.)

Itsetuhoisuuteen liittyy useita syitä ja riskitekijöitä, joiden tunnistaminen olisi tärkeää ensihoidossa työskenteleville. Ensihoidossa työskentelevien tulisikin osata tunnistaa, kohdata ja hoitaa itsetuhoisia potilaita sekä samalla ottaa huomioon lainsäädäntö, turvallisuus ja eettisyys. Ensihoidossa työskentelee mm. palomiehiä, pelastajia, ensihoitoon suuntautuneita lähihoitajia, sairaanhoitajia ja ensihoitaja AMK:n suorittaneita. Tässä opinnäytetyössä ensihoitajilla tarkoitetaan ensihoidossa työskenteleviä henkilöitä koulustaustasta riippumatta.

Koimme opinnäytetyön aiheen tarpeelliseksi omaan kokemukseemme pohjautuen. Esi-tettyämme aiheemme pelastuslaitosten ensihoidosta vastaaville henkilöille, saimme työ-

lemme myös virallisen työelämälähtöisyyden. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata itsetuhoista potilasta ensihoidossa, jonka perusteella kehitetään koulutusmateriaali Helsingin ja Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen henkilöstölle. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä ensihoidossa työskentelevien ensihoitajien tietämystä itsetuhoisuudelle altistavista sairauksista, tunnistamisesta, kohtaamisesta ja hoitamisesta. Opinnäytetyössä kerrotaan itsetuhoisuudelle altistavista sairauksista ja itsetuhoisesta tilasta sekä itsetuhoisen potilaan tunnistamisesta ja kohtaamisesta myös konkreettisin keinoin.

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata itsetuhoista potilasta ensihoidossa, jonka perusteella kehitetään koulutusmateriaali Helsingin ja Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksille. Tavoitteena on lisätä ensihoidossa työskentelevien ensihoitajien tietämystä itsetuhoisesta potilaasta.

Opinnäytetyössä haetaan vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitä ensihoidossa tulee tietää itsetuhoisuudelle altistavista sairauksista?
2. Miten ensihoidossa tulee osata tunnistaa, kohdata ja hoitaa itsetuhoisen potilas?

3 Organisaatiokuvaukset

Keski-Uudenmaan pelastuslaitos on liikelaitos, joka vastaa alueensa turvallisuudesta tuottaen pelastuspalveluita ja ensihoitopalvelua voimassa olevien sopimusten mukaisesti. Ensihoitotehtäviä pelastuslaitoksen yksiköille kertyi vuonna 2015 yhteensä 30224. Ensivastetehtäviä oli pelastusyksiköillä yhteensä 1443. Ensihoitotehtävien määrä oli edelliseen vuoteen verrattuna hieman laskussa, yhteensä 2,8 % kun taas ensivastetehtävissä kasvua oli 7,2 %. (Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen toimintakertomus 2015.)

Helsingin kaupungin pelastuslaitos hoitaa Helsingin pelastustoimea ja on yksi Helsingin kaupungin virastoista. Vuonna 2015 ensihoitotehtäviä kertyi pelastuslaitoksen yksiköille yhteensä 54596. Lukuun on laskettu mukaan ensivastetehtävät, joita kertyi yhteensä 860. Ensivastetehtävissä oli edelliseen vuoteen verrattuna hieman laskua, kun taas ensihoitoyksiköiden tehtävämäärissä oli hieman nousua. (Helsingin pelastuslaitoksen toimintakertomus 2015.)

4 Itsetuhoinen potilas ensihoidossa

4.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyön tietoperustaa varten tietoa kerättiin sähköisistä tietokannoista, internetin muilla hakukoneilla, kirjallisista lähteistä käsinhakumenetelmin, Helsingin yliopistolla pidetystä kansainvälisestä itsetuhoisuusluennosta sekä asiantuntijahaastattelusta. Tiedonhakuprosessissa olimme lähdekriittisiä ja kiinnitimme huomiota muun muassa verkkosivujen ylläpitäjään, ilmiasuun, ajankohtaisuuteen ja kirjoittajiin. Tietoperustaan käytimme kotimaisia ja kansainvälisiä artikkeleja sekä alan kirjallisuutta ja oppikirjoja. Metropolian kirjaston informaattikko auttoi meitä etsimään aiheeseen sopivaa kirjallisuutta sekä opasti tietokantojen käytössä. Hyödynsimme Suomen Mielenterveysseuran asiantuntijatieta opinnäytetyössämme. Heidän mielenterveyteen ja itsetuhoisuuteen erikoistuneet asiantuntijat antoivat kirja- ja lähdevinkkejä sekä asiantuntijahaastattelun, jota hyödynnettiin ja sovellettiin itsetuhoisen potilaan kohtaamiseen ensihoidossa.

Aikaisempaa tutkimustietoa itsetuhoisesta potilaasta ensihoidossa haimme käyttämällä Cinahl-, Medic- ja Lääkärilehden – tietokantoja. Tekemämme tiedonhaut, hakusanat ja osumien määrät kokosimme taulukoksi (Liite 1). Käytimme suomen ja englanninkielisiä hakusanoja. Rajasimme haut kymmeneen vuoteen, jotta saisimme mahdollisimman uutta tietoa. Hakutulosten vähäisyyden takia teimme samat haut myös ilman aikarajasta, mutta tällä ei ollut merkittävän suurta vaikutusta hakuosumien määrään. Tiedonhaussa käytimme otsikon perusteella valintaa, joka tarkoittaa, että valitsimme artikkelit otsikon perusteella luettavaksi. Tämän jälkeen teimme sisällön perusteella valintaa, joka tarkoittaa, että luimme artikkelin kokonaisuudessaan ja teimme päätöksen sen hyödynnettävyydestä opinnäytetyössämme.

4.2 Yleistä itsetuhoisesta potilaasta

4.2.1 Itsetuhoisuuden määritelmä

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan pyrkimystä tai käyttäytymistä, jossa henkilö ottaa henkeä uhkaavan riskin tai vahingoittaa itseään. Itsetuhoisuus voi olla suoraa tai epäsuoraa. (Lönngqvist ym. 2014: 578) WHO:n parasuisidin määritelmän mukaan: ”itsemurhayrityksenä pidetään sellaista itselleen vapaaehtoisesti kohdistettua vahingollista tekoa, josta seuraa fyysisen hoidon tarve”. Kaikkia tapauksia, jotka terveydenhuollon piiriin tulevat, ei kuitenkaan luokitella itsemurhayritykseksi. Tällaisia ovat esimerkiksi heikosti esiin tulevat pyrkimykset kuolla sekä vaihtelevat motiivit. (Suokas – Suominen 2002: 287–292.) Itsetuhoisuuden ääri-ilmiönä voidaan pitää itsemurhaa tai sen yritystä. Amerikan psykiatrian yhdistys on vuonna 2003 määritellyt itsemurhayrityksen seuraavasti: ”Itsemurhayritys on itseään vahingoittavaa käytöstä, johon liittyy kuolemanhalu”. (Suominen – Valtonen 2013: 881–885 mukaan.)

4.2.2 Itsetuhoisuuden ilmeneminen

Itsetuhoisuus ilmenee kahdessa muodossa, suorassa ja epäsuorassa. Suora itsetuhoisuus tarkoittaa esimerkiksi itsemurha-ajatuksia, itsemurhayrityksiä tai itsemurhaa. (Häiriöt ja ongelmat. Itsetuhoisuus 2016). Epäsuora itsetuhoisuus ei suoranaisesti vahingoita henkilöä, vaan saattaa esimerkiksi tuottaa nautintoa mutta silti olla henkeä uhkaavaa toimintaa (Itsetuhoisuus 2015). Epäsuora itsetuho voi ilmentyä terveyteen tai hyvinvointiin liittyvänä riskinottona, jossa tavoitteena henkilöllä on saada sisältöä ja merkitystä omaan elämään. (Lönngqvist ym. 2014: 578). Epäsuoraa itsetuhoisuutta voi olla esimerkiksi vaarallinen liikennekäyttäytyminen, päihteiden liikakäyttö, fyysisen sairauden laiminlyönti tai kohtuuton oman terveyden rasittaminen (Huttunen 2016a).

4.2.3 Mielenterveyslain soveltaminen ensihoitoon

Terveydenhuollon toimintaa säätelevät useat lait. Laeilla pyritään turvaamaan niin potilaan kuin hoitajankin oikeuksia. Mielenterveys ja itsetuhoisten potilaiden hoitoon vaikuttava laki on vuoden 1990 mielenterveyslaki (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.) Ensihoidon keskeinen rooli mielenterveyspotilaiden kohdalla on heidän toimittamisensa tahdonvastaiseen hoitoon. Itsetuhoisen potilaan hoito tapahtuu psykiatrisessa hoitolaitoksessa. Suomessa mielenterveyslaki säätelee psykiatrisessa hoitolaitoksessa annettava tahdosta riippumatonta hoitoa. (Kuisma – Holmström – Nurmi – Porthan – Taskinen 2013: 657.)

Mielenterveyslain perusteella täysi-ikäinen voidaan määrätä tahdon vastaiseen psykiatriseen sairaalahoitoon vain, mikäli seuraavat kolme edellytystä täyttyvät samalla hetkellä. Ensimmäisenä potilas todetaan mielisairaaksi. Toisena todetaan, että potilas on hoidon tarpeessa ja mielisairauden takia hoidon toimittamatta jättäminen pahentaisi olennaisesti hänen mielisairauttaan tai vaarantaisi vakavasti potilaan tai muiden henkilöiden turvallisuutta tai terveyttä. Kolmantena todetaan, että muut vaihtoehdot käytettävissä olevista mielenterveyspalveluista eivät ole soveliaita tai ne ovat riittämättömiä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 8§). Mielisairauksina pidetään deliriumtiloja eli sekavuustiloja, skitsofrenian eri muotoja, vakavia masennustiloja ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä, joissa on psykoottisia oireita, elimellisiä ja muita harhaluuloisuustiloja, vaikea-asteisia dementian muotoja ja muita psykooseja. (Kuisma ym. 2013: 661; Huttunen 2016b.)

Mielenterveyslaki koskee myös alaikäisiä. Alaikäisten vastentahtoiseen hoitoon määräämiseen riittää vakava mielenterveyshäiriö, jonka hoitamatta jättäminen pahentaisi sairautta ja vaarantaisi jonkun muun tai hänen itsensä terveyden tai turvallisuuden, eivätkä muut mielenterveyspalvelut ole soveliaita. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 8§). Vakaviksi mielenterveyshäiriöiksi luokitellaan vakava itsetuhoisuus, vakava häiriö impulssikontrollissa, henkeä uhkaava laihuushäiriö tai muu häiriö, joka uhkaa henkeä. Alaikäisen hoitoon määräämiseen ei tarvita huoltajan suostumusta. (Kuisma ym. 2013: 661.)

Virkasuhteisen terveyskeskuslääkärin on laadittava potilaasta tarkkailulähete ja lähetettävä hänet sairaalaan tutkittavaksi, jos hän tekemiensä tutkimuksien perusteella toteaa että edellytykset tahdosta riippumattomalle hoidolle on todennäköisesti olemassa. (Mie-

lenterveyslaki 14.12.1990/1116 9 a §). Tarkkailulähetteen saaneen potilaan kuljetustarpeen lääkäri välittää ensihoidolle. Ensihoitajan täytyy tietää kuljetusta pyytäneen vastaavan lääkärin nimi, sillä mielenterveyslaki säätelee kyseistä julkisen vallan käyttöä. Tämän lain nojalla potilasta ei saa kuljettaa vastoin hänen tahtoaan arvioitavaksi terveysasemalle tai päivystykseen ilman lääkärin lupaa. (Kuisma ym. 2013: 662.)

Ensihoito voi kuitenkin saada kuljetuspyynnön myös suoraan hätäkeskuksesta, ilman terveyskeskuslääkärin pyyntöä. Tällöin valvontaviranomaiset ovat pitäneet ensihoitolääkärin konsultaatiota mahdollistavana menettelynä, jotta potilas voidaan toimittaa tahdonvastaisen hoidon arviointiin. Mikäli potilaan toimittamiseen terveyskeskuksen arvioon tai M1 – läheteellä hoitoon kuljettamiseen tarvitaan fyysistä pakottamista, pyydetään virka-apua poliisilta. Virka-apupyynnöstä vastaa edellä mainittu julkista valtaa käyttävä lääkäri, mutta teknisesti pyynnön voi tehdä myös kenttäjohtaja tai ensihoitaja lääkärin puolesta. (Kuisma ym. 2013: 661–662.)

Väkivaltaisuuden tai muun vastaavan syyn takia poliisi on velvollinen avustamaan kuljetuksessa, mikäli virkasuhteinen lääkäri katsoo sen tarpeelliseksi kun henkilöstä on tehty tarkkailulähete tai hänet on kuljetettava sen laatimiseksi toimintayksikköön (Mielenterveyslaki 6.6.2014/438 31 §).

Henkilö voidaan ottaa tarkkailuun sairaalaan, jotta voidaan selvittää ovatko edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämiselle olemassa. Tarkkailulähete saa olla laadittu aikaisintaan kolme päivää aiemmin. Virkasuhteisen lääkärin edellytetään vastaanottavassa sairaalassa katsovan, että tahdosta riippumattomalle hoidolle määräämisen edellytykset ovat olemassa. (Mielenterveyslaki 6.6.2014/438 9 c §.)

Tarkkailun kestäessä on viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailuun ottamisesta lääkärin annettava tarkkailulausunto. Lausunnosta on ilmentävä ovatko tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset olemassa. Mikäli tarkkailuajana ilmenee, etteivät edellytykset tahdonvastaiselle hoidolle täyty on tarkkailusta potilaan halutessa luovuttava ja hänet sairaalasta poistettava. (Mielenterveyslaki 6.6.2014/438 10§.)

4.3 Itsetuhoisuudelle altistavat sairaudet ja itsetuhoisen tila

Itsetuhoiset ajatukset ovat yleensä oire mielenterveydenhäiriöstä. Itsetuhoisuutta ei yleensä aiheuta mikään yksittäinen asia, vaan itsetuhoisuus muodostuu monien vaikeuksien summasta. Yksittäinen asia voi tosin olla itsetuhoisuuteen laukaiseva tekijä. (Häiriöt ja ongelmat. Itsetuhoisuus 2016.) Riippumatta ongelmien alkuperäisestä luonteesta, useimmilla itsemurhan tehneistä on ollut mielenterveydellisiä ongelmia, joihin he ovat hakeneet apua terveydenhuollosta. Suomalaisen tutkimuksen mukaan lähes puolella itsemurhan tehneistä oli ollut useisiin tapaamisiin perustuva hoitosuhde terveydenhuollossa. Kuolemaansa edeltävän viikon aikana noin kolmannes oli ollut terveydenhuollon kontaktissa. (Lönqvist ym. 2014: 591.)

Itsetuhoisuus voidaan jäsentää prosessiksi, jossa on suojaavien tekijöiden puutteellisuutta, altistavia- ja laukaisevita tekijöitä, itsetuhomenetelmien saatavuutta, sekä itsetuhoiseen käyttäytymiseen ja siihen puuttumiseen liittyviä asioita. Itsetuhoisuudelle altistavia tekijöitä ovat tunnetilat ja sairaudet. Itsetuhoisuuteen johtavia tunnetiloja voi olla esimerkiksi häpeä, pettymys tai suru. Toisinaan itsetuhoisuutta voi aiheuttaa myös jokin sairaus, kuten syömishäiriö tai masennus. (Häiriöt ja ongelmat. Itsetuhoisuus 2016.) Sosiaalisen tukiverkon puute tarkoittaa suojaavien tekijöiden vähyyttä. Itsetuhoisuuteen laukaiseva tekijä voi olla esimerkiksi menetystilanne ja itsemurhamenetelmiin vaikuttavat esimerkiksi ampuma-aseiden saatavuus. (Suominen – Valtonen 2013: 881–885.)

4.3.1 Itsetuhoisuudelle altistavat riskitekijät

Itsetuhoisuuteen vaikuttavat monet riskitekijät. Riskitekijöitä ovat aikaisempi itsetuhoisen käyttäytyminen, psykiatrinen sairastavuus ja psykososiaaliset tekijät. Aikaisempi itsemurhayritys merkitsee liki 38-kertaista riskiä uuteen itsemurhayritykseen riippumatta potilaan diagnoosista. Tämän takia on tärkeää kartoittaa jokaisen psykiatrisen potilaan aikaisemmat itsemurhayritykset ja -ajatukset. (Suominen – Valtonen 2013: 881–885.) Yli puolet itsemurhayrityksistä tehdään alkoholin vaikutuksen alaisena. (Lönqvist ym. 2014: 581). Psykososiaalisia riskitekijöitä itsetuhoisuuteen ovat kielteiset elämäntapahtumat. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi ero- ja menetykokemukset, taloudelliset vaikeudet ja työelämän ongelmat. (Suominen – Valtonen 2013: 881–885.) Kontrolloimaton pitkään jatkunut henkinen paine sekä voimakas ahdistus altistavat itsetuhoiseen toimintaan (Sihvola, Harri 2016). Alkoholi-ongelmat yhdistettynä persoonallisuushäiriöihin ja impulsiiviseen käytökseen suurentaa itsemurhariskiä. (Lönqvist ym. 2014: 581.)

Itsemurhan tehneillä ja itsemurhavaarassa olevilla on havaittu muutoksia neurobiologisissa järjestelmissä. Keskushermoston serotoniiniaineenvaihdunnan poikkeavuudet liittyvät suurentuneeseen itsemurhariskiin. Erityisesti väkivaltaisesti ja impulsiivisesti itsemurhaa yrittäneillä on todettu matalia serotoniinipitoisuuksia. Viime vuosina on todettu, että geneettisesti määräytyvä serotoniinin hitaampi saatavuus on riskitekijä itsetuhokäyttäytymiseen voimakkaan stressin vallitessa. Perinnölliset tekijät voivat vaikuttaa itsemurhariskiin säätelemällä mielialaa ja impulsiivisuutta. Itsemurhan tehneiden suvuissa esiintyy enemmän itsetuhoisuutta kuin muilla ihmisillä. Geneettiset tekijät vaikuttavat epäsuorasti altistamalla mielen terveyden häiriöihin, jotka ovat itsemurhien tärkeimpiä riskitekijöitä. (Lönqvist ym. 2014: 589.)

Itsetuhoisuuden riskitekijöitä on luokiteltu A-B-C-mallilla. A (Active) tarkoittaa aktivoivaa tapahtumaa, kuten jonkun läheisen henkilön tai terveyden menetystä tai epäonnistumista parisuhteessa tai työelämässä. B (Beliefs) kertoo potilaan itseensä uskomisen puutteesta ja toivottomuudesta. C (Consequence) tarkoittaa tunne-elämän epätoivoisuutta ja omanarvontunnon heikkoutta, mitkä yhdessä itsetuhoisten ajatusten kanssa voimistavat riskiä itsetuhoisuuteen. A-B-C-mallin käsittäminen hyödyntää sekä auttajaa, että autettavaa. Molemmissa rooleissa on hyödyllistä huomata, että kyse on laajemmasta kokonaisuudesta, eikä yksilön heikkoudesta. Asioita voidaan siis korjata. (Henden 2008: 58–59.)

Maailmanlaajuisesti itsemurhan tehneillä henkilöillä jopa 90 prosentilla ilmenee mielen-terveyshäiriöitä. Lopuilla 10 prosentilla ilmenee vastaavanlaisia psyykkisiä oireita. Aikuisten tekemiä itsemurhia tarkasteltaessa arvioidaan tehtävän yli 20 yritystä yhtä onnistunutta kohden. (Itsemurhien ehkäisy 2015: 40.)

4.3.2 Masennustila

Psyykkiseen terveyteen liittyy haavoittumattomuuden harhassa eläminen. Masentuneet ihmiset näkevät elämän ja maailman uhkaavina, kun taas niin sanotut henkisesti terveet ohittavat peruselämään kuuluvat riskit ja uhat. (Saari 2012: 25–26.)

Masennustila eli depressio on mielenhäiriö, jonka taustalla on monia eri syitä. Elämänsä varrella jopa 10–15 % ihmisistä sairastuu masennukseen. Riskiin sairastua vaikuttavat

perinnölliset tekijät, lapsuusajan vaikutukset sekä muut ajankohtaiset pettymykset, risti-riidat ja menetykset. Masennusjaksot toistuvat ensimmäisen kerran jälkeen jopa puolilla sairastuneista. Kohonnut itsemurhariski liittyy erityisesti vakaviin ja toistuviin masennusjaksoihin. Suomessa käsite ”masennustila” jaetaan oirekuvan vakavuusasteen mukaan lieväksi, keskivaikeaksi tai vaikeaksi muodoksi. (Huttunen 2015c.)

Masennuksen syntyyn vaikuttavat monet tekijät. Riskitekijöinä pidetään muun muassa perinnöllistä alttiutta, itsetunto-ongelmia ja negatiivisia ajatusmalleja. Masennuksen laukeavia tekijöitä voi taas olla esimerkiksi pitkään tukahdutettu surullisuus esimerkiksi elämän muutoksissa, parisuhteeseen tai työhön liittyvissä ristiriidoissa tai muissa sosiaalisen eristäytymisen tiloissa. Masennusoireita voi myös syntyä useiden lääkkeiden, alkoholin tai päihteidenkäytön yhteydessä. (Huttunen 2015c.)

Masennuspotilasta hoidettaessa on tärkeää viestiä masentuneelle, että sairaus on hoidettavissa ja potilaan tilaa voidaan hoitokeinoin parantaa. Erityisen tärkeää on myös viestiä päihteettömyyden tärkeydestä, sillä päihteiden käyttö lisää merkittävästi riskiä itsetuhoisuuteen. Masennuspotilaiden kuolleisuutta voidaan vähentää lääkehoidolla. Uni- ja rauhoittavilla lääkkeillä voidaan hoitaa lyhytaikaisesti ahdistusta ja unettomuutta, mikäli potilaalla ei ole päihdeongelmaa. Lääkehoidossa käytetään litiumia, joka estää itsetuhoista käyttäytymistä ja vähentää mielialahäiriöpotilaiden kuolleisuutta. Toinen käytetty lääkevalmiste on klotsapiini, joka vähentää skitsofreniapotilaiden itsetuhoista käyttäytymistä. (Suominen – Valtonen 2013: 881–885.)

4.3.3 Päihdehäiriöt

Päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt ovat masennuksen jälkeen tärkein itsemurhiin liittyvä yksittäinen mielenterveyshäiriöiden ryhmä. Suomessa itsemurhan tehneistä miehistä puolella on alkoholiongelma. Itsemurhan tehneistä miehistä noin puolet ja naisista joka neljäs on alkoholin vaikutuksen alainen. Alkoholistien itsemurhakuolleisuus on 5-10-kertainen muuhun väestöön verrattuna. Huumausaineriippuvaisilla itsemurhariski on vielä korkeampi. (Lönqvist ym. 2014: 586.)

Alkoholi ja monet muut päihteet altistavat mielialan huononemiselle ja impulsiiviselle käytökselle. Alkoholistien moniongelmaisuus kuten yksin asuminen, työttömyys, vähäinen sosiaalinen tuki ja fyysiset sairaudet lisäävät itsemurhakuoleman vaaraa. Hiljattain ta-

pahtuneet menetykset, esimerkiksi erotilanteet, liittyvät tyyppillisesti alkoholistien itsemurhiin. Voimakas juominen ja pitkät juomiskaudet yhdessä masennustilan kanssa korottavat entisestään itsetuhoisuutta. (Lönngqvist ym. 2014: 586–587.)

4.3.4 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen eli bipolaarinen mielialahäiriö on pitkäaikainen psykiatrinen häiriö, jossa vuorottelevat hypomania-, mania-, masennus tai sekamuotoiset sairausjaksot. Niissä voi olla vähäoireisia tai oireettomia välivaiheita. Seurantatutkimusten mukaan oireita on noin puolet ajasta, joista suurimmaksi osaksi masentuneisuutta. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön kuuluu kohonnut itsemurhariski sekä runsaasti oheissairauksia. Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan 55 % kaksisuuntaista mielialaoireyhtymää sairastanutta oli yrittänyt itsemurhaa elämänsä aikana. Tautiin sairastuneet ovat yleensä nuoria aikuisia, keski-ikältään 22 vuotiaita, mutta kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuneita on lapsista vanhuksiin. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön depressiiviset oireet ja masentuneisuus usein pahenevat ikääntymisen myötä. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013.)

Stressaavat elämän tapahtumat, unettomuus mukaan lukien, ovat kohottavia riskitekijöitä uudelle sairausjaksolle kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä. Päihdeongelmat pitkitävät ja vaikeuttavat oireilua. Kannabiksen käyttö on todettu pitkittävän ja vaikeuttavan maanisia vaiheita, sekä tihentänyt maanisten oireiden esiintyneisyyttä. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013.)

Bipolaarisen potilaan hoidossa keskeisintä on ehkäistä jaksosten uusiutumista. Lääkehoitona käytetään mielialaa tasaavaa lääkitystä sekä ajankohtaisiin oireisiin sopivia uudempiä psykoosilääkkeitä. Lääkehoitoon sitoutuneisuus on kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla kuitenkin heikkoa, sillä vain alle puolet sitoutuu pitkäaikaiseen lääkehoitoon. Lääkehoidon haittavaikutuksina on usein painon nousua, voimakasta väsymystä sekä kognitiivisia vaikeuksia, mitkä edes vaikuttavat lääkehoidon keskeytykseen. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013.)

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat hakeutuvat huonosti itse hoitoon. Heidät joudutaan myös usein viemään hoitoon omasta tahdosta riippumatta. Pitkäaikais- tai vakavasti masentuneet bipolaariset potilaat saattavat hakeutua itse hoitoon, maaniset potilaat

taas eivät hakeudu omatoimisesti. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien akuuttihoito tulisi toteuttaa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Vakiintuneen vaiheen potilas voidaan hoitaa myös perusterveyden- tai työterveyshuollossa. Hoitopaikan valintaan vaikuttavat muun muassa itsemurhariski, psykoottisuus, hoitomyönteisyys ja sairauden vaikeusaste. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013.)

4.3.5 Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt

Todellisuuden tajun häiriintyminen on tyypillistä psykoottisille häiriöille. Tavallisimmin se ilmenee epätodellisina aistimuksina eli hallusinaatioina sekä harhaluuloina. Psykoottisen henkilön puhe on usein epäjohdonmukaista ja syrjähtelevää. Käyttäytyminen saattaa olla silmiinpistävä kummallista ja psykomotoriikaltaan poikkeavaa. Psykoottisella ihmisellä on vaikeuksia erottaa muiden henkilöiden tavoin, mikä on totta ja mikä ei. Todellisuuden vääristyminen vaihtelee samalla henkilöllä niin ikään ajankohdasta toiseen. Psykoottinen henkilö kykenee kuitenkin monilla mielen toiminnan alueilla myös normaaliin ja sitä parempaan toimintaan. (Lönqvist ym. 2014: 65.)

Skitsofrenia on yleensä nuorella aikuisiällä alkava vakava mielenterveyden häiriö, joka on luokiteltu psykoosiksi. Sairauden tausta on monitekijäinen ja vielä puutteellisesti tunnettu. Tyypillisiä oireita skitsofrenialle ovat muun muassa pahasti hajanainen tai katatoninen käytös, aistiharhat, puheen hajanaisuus, harhaluulot sekä niin sanotut negatiiviset oireet, kuten tunneilmaisun latistuminen ja tahdottomuus. Skitsofreniapotilaalla pelkoja saattaa aiheuttaa mieleen tunkeutuvat äänet, joissa on läsnä ulkoinen uhka ja vieraat voimat. Oireisto vaihtelee elämänkaaren kuluessa, eikä mikään yksittäinen oire ole tunnusomaista skitsofreniassa. (Lönqvist ym. 2014: 151.)

Itsetuhoinen käyttäytyminen ja itsensä vahingoittaminen ovat yleisiä skitsofreniassa. Sairauden alkuvaiheessa itsetuhoisuutta esiintyy noin joka kolmannella potilaalla. Skitsofreniaa sairastavista 5-10 % tekee itsemurhan. Suurin riski itsetuhoisuuteen on sairaalahoitosten jälkeisinä viikkoina ja ensimmäisinä vuosina sairastumisen jälkeen. Itsetuhoisuusriski on kohonnut myös silloin, kun potilaalla on aktiivisia psykoottisia oireita yhdistettynä masennusvaiheeseen. Puolet itsemurhan tehneistä ilmaisee aikeensa selkeästi. Kohonneessa itsemurhavaarassa ovat itsemurha-aikeensa esiin tuoneet tai sitä aiemmin yrittäneet, aiemmin hyvin menestyneet ja lahjakkaat potilaat joiden toimintakyky on sairauden vuoksi heikentynyt. Kohonneessa itsemurhavaarassa ovat myös aktiivisessa sai-

rausvaiheessa olevat, masentuneet, eristäytyneet, toivottomat ja samanaikaisesti päihdehäiriössä olevat henkilöt sekä potilaat, jotka eivät käytä heille määrättyjä lääkkeitä, ovat kokeneet menetyksen, hoitosuhteen traumaattisen muutoksen tai katkeamisen tai tulleet hylätyiksi. Itsemurhaan kehottavat äänet luonnollisesti kohottaa myös itsemurhariskiä. (Lönqvist ym. 2014: 151.)

4.3.6 Epävakaa persoonallisuus

Epävakaa persoonallisuus heikentää merkittävästi potilaan toimintakykyä ja sen vaikutukset terveydenhuollon kuormittavuuteen ovat laajat. Keskeisimmät oirekokonaisuudet epävakaassa persoonallisuudessa ovat alttius vuorovaikutussuhteiden ongelmiin, tunne-elämän epävakaus ja käyttäytymisen säätelyn häiriö. Epävakaaseen persoonallisuus häiriöön liittyy merkittävä itsemurhariski sekä psyykkistä ja somaattista oheissairastavuutta. Potilailla on kuitenkin usein myös pitkäaikaista itseä vahingoittavaa käytöstä, johon ei liity kuolemanvaaraa. Näin ollen sairaalahoidosta ei ole hyötyä. (Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito – suositus 2015.)

Epävakaan persoonallisuuden oirekuvina voidaan pitää äärettömän reaktiivisia mielenmuutoksia, jotka kestävät muutamasta tunnista vuorokausiin. Tällaisia muutoksia ovat masentuneisuus, ärtyneisyys, ahdistuneisuus ja vihaisuus. Äkkinäisten mielenpurkausten jälkeen epävakaa persoona usein tuntee häpeää, mikä lisää hänen kokemaansa kielteistä minäkuvaa ja hän pitää itseään pahana. (Koivisto - Korkeila 2014.)

Toistuvat itsetuhoiseen käytökseen liittyvät puheet ja itsetuhoisen käytös ovat epävakaan persoonan pyrkimys lievittää ahdistusta, oman pahuuden kokemusta tai epätodellista oloa. Tällaisen käytöksen voi laukaista esimerkiksi erouhka tai yksilöön kohdistuvista suuremmista odotuksista. (Koivisto - Korkeila 2014.)

Epävakaan persoonallisuuden toteaminen vaatii useiden oireiden yhtäaikaista täyttymistä pitkäaikaisesti. Sairastumisen riskitekijöinä pidetään perintö- ja ympäristötekijöitä. Oireet ilmenevät yleensä 20–30 ikävuoden aikana ja arviolta noin 7 % väestöstä sairastuu epävakaaseen persoonallisuushäiriöön. Kuitenkin sairauden syitä ja taustoja tiedetään vielä hyvin vaillinaisesti. (Koivisto - Korkeila 2014; Epävakaa persoonallisuus: Käypä hoito – suositus 2015.)

Epävakaan persoonallisuuden ensisijaisena hoitomuotona pidetään psykiatrasta hoitoa. Kohdennetussa psykoterapiassa tutkitaan tarkkaan potilaan tunteita, ajatuksia ja käytöstä. Potilasta autetaan ymmärtämään miten käyttäytyminen, tunteet ja ajatukset liittyvät toisiinsa. Uskotaan, että potilaan itsehavainnointikyvyn parantuessa hän ymmärtää paremmin reaktioitaan ja niistä aiheutuvia toiminnanriskejä. Lääkehoitona voidaan käyttää mielialaa tasoittavia lääkkeitä tai psykoosilääkkeitä. Lääkehoidolla lievitetään epävakaa persoonallisuuden piirteitä, sekä hoidetaan mahdollisia samanaikaisia muita psyykkisiä sairauksia. (Koivisto - Korkeila 2014.)

4.3.7 Itsetuhoinen tila

Itsetuhoisen tilan käsite on peräisin Psykiatri Aaron Beckin käyttäytymisterapiasta. Sillä tarkoitetaan henkistä tilaa, jonka tehtävänä on valmistella elimistö kohtaamaan epätavallinen, uhkaava tilanne. Kun henkilö on kerran sisäistänyt itsetuhoisen tilan mallin, niin tyypillisesti laukaisevat tekijät aktivoivat sen jatkossa automaattisesti. Tämä tulee esille erityisesti aiemmin itsetuhoisesti käyttäytyneiden ihmisten kanssa. Itsetuhoiseen tilaan liittyvät etenkin seuraavat tekijät: Ajatukset keskittyvät ainoastaan sietämättömään henkiseen tilaan, mikä täytyy saada päättymään. Sillä hetkellä pitkäaikaiset elämäntavoitteet eivät ole olennaisia. Käyttäytymiselle on ominaista pyrkiä pakenemaan tilanteesta. Tila koetaan emotionaalisesti äärimmäisenä henkisenä kipuna, jonka asianomaiset ovat kertoneet olevan pahempaa kuin fyysinen kipu. Elintoiminnot muuttuvat Itsetuhoisessa tilassa vastaamaan akuuttia stressitilaa eli sympaattinen hermosto aktivoituu. (Gysin-Maillart - Michel 2013: 35.)

Itsetuhoinen tila toimii usein päällä/pois-periaatteen mukaisesti. Se voi siis aktivoitua nopeasti, kuin tyhjältä. Itsetuhoisen tilan ominaispiirteisiin kuuluu, että sen kesto on rajallista, eikä näin kestä loputtomiin. Terapian avulla itsetuhoiset ihmiset voivat oppia käsittelemään laukaisevia tilanteita ja säädellä tunteita niin, ettei se johda itsetuhoiseen toimintaan. (Gysin-Maillart - Michel 2013: 35.)

Itsetuhoinen päälle/pois-tila on dissosiaatiota. Dissosiaalinen tila voidaan katkaista altistamalla potilas ihmiskontaktille esimerkiksi tapaamalla tai soittamalla. Pelkästään ulos kävelemään meno saattaa katkaista itsetuhoisen tilan. Ensihoitajien paikalle tuleminen voi niin ikään puhkaista tämän dissosiaalisen kuplan, jossa henkilö on. Tämä voi hämentää itsetuhoista henkilöä, ensihoitajia sekä muita ammattiauttajia, koska hetkeä aiemmin potilas on halunnut kuolla ja nyt hän haluaakin elää. Potilas itse ei välttämättä

ole halunnut kuolla, vaikka puhuukin itsetuhoisuudesta, vaan hän on halunnut tuskan päättyvän. Ahdistus on siis yhä olemassa, mutta itsetuhoisuus on väistynyt. Rutinoitunut hoitohenkilökunta saattaa luulla tilaa manipuloivaksi, vaikka kyse olisi dissosiaalisen tilan katkeamisesta ensimmäisen ihmiskontaktin yhteydessä. On tärkeä ymmärtää, kuinka järkyttävän nopea voi muutos olla. Kyse on tuskasta, ei manipuloivasta pelistä. Erään itsetuhoisen ihmisen mukaan: "Kuolema lakkasi olemasta päämäärä siinä vaiheessa, kun ensihoitajat tulivat". (Sihvola 2016.)

Ahdistus itsessään ei johda itsetuhoisuuteen. Psykkinen kipu on syrjäyttämässä ahdistus-sanan käytön, jotta tehtäisiin näkyvämmäksi, että kyse on kipuun verrattavissa olevasta tilasta. (Sihvola 2016.) Itsetuhoisen ihmisen tuskaa voidaan kuvailla henkisellä kivulla, jolloin sitä on helpompi ymmärtää. Eräs potilas kuvaa itsetuhoista kipuaan näin: "Kipua on vaikea kuvailla. Se on kuin suuri aalto. Kipu täyttää minut sisältä ja ulkoa samaan aikaan. Minä olen kipu ja kipu on minä". Toinen potilas kuvaa henkistä kipuaan seuraavalla tavalla: "Tämä kipu on kuin ällistyttävä huimaus. Tiedän, että kukaan ei ymmärrä sitä, mutta minulla ei ole sanoja kuvaamaan sitä. Se on kuin sekoitus pelkoa ja epätoivoa. Se on kuin hammassärky sydämessä. Silloin haluan tappaa itseni". Eräs potilas kertoo, että kivulla on oma elämänsä ja voimansa: "Se ei vastaa ajatuksiini tai toiveisiini. Se kertoo minun olevan paha, hemmoteltu ja kuvottava". Yhteistä näille kokemuksille on, että psykkinen kipu kokemukseltaan on kuin vieraannuttava paholainen ja hallitseva voima, mikä kiduttaa siitä kärsivää potilasta sisältäpäin. (Michel - Jobses 2011: 113–114.) Itsetuhoisuudesta kärsinyt terapia-asiakas vertasi hermosärkyä ja ahdistusta: "Valitsisin milloin vain ennemmin hermokivun kuin voimakkaan ahdistuksen". Voimakas ahdistus oli saanut hänet itsetuhon partaalle toisin kuin hermosärky. Voimakkaan ahdistuksen ja psykkinen kivun yhteys itsetuhoisuuteen tulee ymmärtää ensihoitotilanteessa. Ne ovat verrattavissa voimakkaaseen somaattiseen kipuun. (Sihvola 2016.)

5 Potilaan kohtaaminen ja itsetuhoisuuden tunnistaminen

Ensihoitajien käyttäytymisellä ja toiminnalla on merkitystä potilaalle traumaattisissa tilanteissa, joihin itsetuhoisen käytös luetaan (Sihvola 2016). Heidän turvallisuutta luovalla, rauhoittavalla ja rohkaisevalla toiminnalla on valtava merkitys psykkinisessä sokissa olevalle ihmiselle. Ensihoitajien suhtautuminen ja heidän sanansa antavat sävyn tapahtumalle. Se voi olla kokemusta kantava, myönteinen muisto, mutta se voi olla myös kielteinen, ahdistusta ja tuskaa lisäävä kokemus. (Saari 2012: 44.)

Lähtökohtana on potilaan itsemurha-ajatusten hyväksyminen. Tavoitteena on kuitenkin saada potilas tuntemaan olonsa vähemmän toivottomaksi kuuntelemalla ja ymmärtämällä potilasta. (Toivio – Nordling 2013: 224–225.) Potilaan haastattelussa tulisi huomioida tilanteen ainutkertaisuus potilaalle. Hänen tarpeiden huomiointi sekä potilasta arvostava käyttäytyminen korostuu haastattelutilanteessa. Katsekontakteilla ja nyökkämisillä viestitään kiinnostusta tai hyväksyntää potilasta kohtaan ilman, että potilaan kertomusta tarvitsee keskeyttää. Hiljaisella ja turvallisella läsnäololla annetaan tilaa potilaan tunteiden purkaantumiselle. Haastattelijan ennako-oletukset saattavat ohjata haastattelua liikaa, synnyttäen näin potilaalle tunteen ettei häntä ymmärretä. Tilan ahtaus saattaa tuntua potilaasta ahdistavalta. (Lönngqvist ym. 2014: 43–45.) Tämä tulee huomioida itsetuhoista potilasta ensihoidossa haastateltaessa. On myös tärkeää ettei itsetuhoista potilasta jätetä enää yksin avun saapumisen jälkeen. Potilaan ympäriltä tulisi poistaa veitset, neulat, lasiesineet tai muut millä hän voisi itseään vahingoittaa. Ensihoitajan on tärkeää toimia rauhallisesti ja kertoa potilaalle koko ajan tekemiensä mahdollisten hoitotoimenpiteiden tarkoitukset. (Kuisma ym. 2013: 661.)

Itsetuhoisen potilaan arvioinnissa selvitetään potilaan mahdollinen itsemurhasuunnitelma, itsemurha-ajatukset ja kuolemantoiveet. Psykiatriseen sairaanhoitoon kuuluvat todennäköisesti potilaat, jotka eivät kykene hallitsemaan halua itsensä satuttamiseen ja heillä on valmis itsemurhasuunnitelma. Ilman psykiatrista sairaanhoitoa selviävät todennäköisesti ne potilaat, jotka pystyvät hallitsemaan itsensä satuttamisen halun, eikä heillä ole itsemurhasuunnitelmaa. Nämä potilaat tarvitsevat toki tiivistä psykiatrista avohoitoa. (Suominen – Valtonen 2013: 881–885). Itsemurhaa yrittäneen potilaan ensihoidossa varmistetaan potilaan turvallisuus, turvataan elintoiminnot ja selvitetään somaattinen tila. Fyysisen tilan vakauttamisen jälkeen aloitetaan psyykkisen tilan arviointi. (Kuisma ym. 2013: 660.)

Itsetuhoisella potilaalla on usein ollut negatiivisia kokemuksia terveydenhuollon henkilöstön suhtautumisesta heidän vaikeuksiin ja kipuiluihin. Hyväksyntä, vahvistaminen ja normalisointi ovat tärkeitä itsetuhoisen potilaan kohtaamisessa. Potilasta voidaan normalisoida esimerkiksi lauseella: "Kertomuksesi mukaan ei ole mikään ihme, että olet ajatellut itsemurhaa." Hyväksyvä asenne kertoo ymmärryksestä potilaan tilaa kohtaan. Jos henkilön kertomuksen tunteita mitätöidään tai vähätellään, lisää se itsetuhoista ajattelua. Hyväksyvällä asenteella vahvistetaan potilaan luottamusta ja halua kertoa lisää. Itsetu-

hoinen potilas kokee tilanteensa todella epänormaaliksi tai hän pelkää tulevansa hulleksi. Normalisoinnilla autetaan potilasta ymmärtämään, että on normaalia, että näin vaikeassa elämäntilanteessa tulee itsetuhoisia ajatuksia, mutta apua on saatavilla. (Henden 2008: 91–93.) Ensihoitotilanteessa ilmenneitä ongelmakohtia itsetuhoisten potilaiden mukaan ovat olleet syyllistäminen, tenttaaminen, kylmä kohtelu tai ei kontaktia ollenkaan. Myös potilaan ohittaminen tilanteessa, jossa ensihoitajat ovat puhuneet keskenään, eivätkä potilaalle, on koettu ongelmalliseksi. Turha kivun tuottaminen tajunnan tason mittaamisessa, kiireen tunne ja nopea säheltäminen ovat myös olleet ongelmakohtia itsetuhoisen potilaan mielestä. Potilaalta kannattaa kysyä vain hoidon kannalta välttämättömät kysymykset ja keskittyä luomaan hänelle turvallisuuden tunnetta. (Sihvola 2016.) Potilaan haastattelussa on hyvä välttää miksi-sanalla alkavia kysymyksiä, sillä ne helposti koetaan hyökkävinä ja herättävät vastarintaa. (Toivio – Nordling 2013: 225).

Itsetuhoisten potilaiden kertomusten jäljiltä positiivisia kohtaamisia ensihoitotilanteissa ovat tuoneet nopea paikalle tulo ja kontaktin onnistuminen. Läsnaolo, kiireettömyys sekä potilaan tilan rauhoittaminen ja olon turvaaminen ovat olleet tärkeitä tekijöitä onnistuneen potilassuhteen luomiseen. Auktoriteettiaseman korostaminen, kuten ”me osaamme” –termin käyttö, rauhallinen käytös sekä uskon luominen elämän jatkumisesta ovat poistaneet potilaalta hädän tunnetta. Turvallisen ja luottamuksellisen asiakassuhteen luominen on tärkeää, jotta potilaalla tulee tunne, että hän ei kuole. (Sihvola 2016.)

Itsetuhoisen potilaan ollessa psyykkisessä sokissa, voidaan auttaa henkisen ensiavun tukitoimin. Psyykkisessä sokissa ihminen tarvitsee ensisijaisesti vain puhdasta tukea, ei niinkään kokemusten käsittelyä. Oikeita auttavia sanoja ei ole olemassakaan vaan olennaisinta on, että auttaja pystyy olemaan levollisesti läsnä ja käytettävissä. Se saattaa olla myös vaikeinta psyykkisessä ensiavussa. Psyykkisen sokin aikana on tärkeää luoda turvallinen ja rauhoittava ilmapiiri, joita voidaan ensihoitotilanteissa edesauttaa määrätietoisella ja osaavalla toiminnalla. Huolenpito ja myötäeläminen sekä hänen kaikenlaisien reaktioiden hyväksyminen kuuluvat niin-ikään henkisen ensiapuun. Mikäli auttajalle on luontevaa, niin kunnioittavalla kosketuksella pystytään viestittämään välittämistä, rauhoittamista, myötätuntoa ja hyväksymistä paljon paremmin kuin sanoin. (Saari 2012: 143–144, 146.)

Tapahtumaan puuttumiseen ja sen hoitamiseen vaaditaan rohkeutta. Niin yksittäisen ihmisen kuin ryhmänkin ongelmana on aluksi kriisin käsittelyn ja kriisihoidon tarpeen

myöntäminen. Vaikean asian esille ottaminen ja siitä puhuminen herättää vastahakoisuutta. Tätä ilmiötä kutsutaan kognitiivisessa teoriassa välttämiseksi ja psykodynaamisessa teoriassa vastustukseksi. Ihminen välttelee helposti kriisissä juuri sitä, mitä pitäisi käsitellä, koska taustalla saattaa olla voimakkaita käsittelemättömiä kuolemanpelon, vihan, syyllisyyden ja häpeän tunteita. (Hammarlund 2001: 69.)

Itsetuhoisuutta ja henkistä kipua voidaan arvioida mitta-asteikolla, jossa nolla tarkoittaa ei lainkaan itsetuhoisuutta ja kymmenen haluaa kuolla. Potilaalta voidaan kysyä: "Pysyttkö arvioimaan itsetuhoisuuttanne/henkistä kipuanne asteikolla nollasta kymmeneen?" Jatkokysymyksenä voidaan potilaalta kysyä: "Mitä pitäisi tapahtua, jotta itsetuhoisuus/ henkinen kipu vähentyisi numeron, puoli numeroa tai edes vähän?" Tällöin huomioidaan potilaan tila vakavuudella ja välittämällä. Mitta-asteikko hyödyttää niin potilasta kuin hoitohenkilökuntaakin, koska sillä voidaan arvioida hoidon auttavuutta (Henden 2008: 85–88.)

Jos itsetuhoisen potilas on vielä aikeissa toteuttaa tekonsa, eikä häneen päästä käsiksi tai uskalleta lähestyä, voidaan käyttää suostuttelua. Ratkaisukeskeisillä kysymyksillä voidaan havahduttaa potilasta elämän positiivisiin asioihin. Onko sinulla ollut aiemmin itsetuhoisia ajatuksia – Oletko ennen yrittänyt itsemurhaa (jos, niin miten) - Mikä on pysäyttänyt sinut? Mitä elämässäsi on sellaista, mitä haluaisit pitää? Mitä mielenkiintoista tai tärkeää elämässäsi on ollut ennen menetystä/ tätä nykyistä ongelmaa/ epätoivottomuutta? Kerro lisää? Näillä kysymyksillä pyritään saamaan itsetuhoisen potilas huomaamaan, että on asioita joiden vuoksi elää. Vaikealta vaikuttavassa tilanteessa voidaan mennä äärimmäisiin kysymyksiin. Esimerkiksi kun itsetuhoisen istuu ikkunalaudalla. Silloin voidaan kysyä empaattisella ja välittävällä otteella: Oletko ajatellut hautajaisiasi; kukkia, virsiä, keitä siellä on paikalla? Mitä tapahtuu lapsillesi/ omaisuudellesi/ vaatteillesi? Keneen itsemurhasi vaikuttaa eniten? Miten haluat, että itsemurhasi satuttaa (ex-)puolisoasi/ läheistäsi? Tarkoituksena on herättää henkilö kuoleman lopullisuuteen. Kuka olisi paras apu tässä vaikeassa hetkessä sinulle, vaikka kuuntelemalla tai läsnä olemalla? Mitä muuta? Onko jotain, mitä en ole osannut kysyä? Positiivisen eteenpäinmenon ja vähänkään oloa auttavien asioiden kertaaminen, jotta ne vahvistuvat asiakkaan mieleen. (Henden 2008: 102.)

Potilasta auttaa keskustelu, jossa hän voi jäsentää ajatuksiaan ja itsemurhaan liittyvää motiiviaan. Keskustelemalla saadaan purettua itsemurhaa ja kuoleman lopullisuutta pois potilaan mielestä. (Kuhanen ym. 2013: 245) Mikäli potilas haluaa puhua tapahtuneesta,

on olennaista muistaa, että hän tarvitsee ennen kaikkea kuuntelijaa, ei keskustelijaa saati kannanottajaa. Psykkisen ensiavun suurimmat virheet ovat seurausta siitä, että ei keestetä omia potilaan herättämiä tunteita (seurauksena voimakkaasta ahdistuksesta ja avuttomuudesta) ja lähdetään ratkomaan niitä. Potilaan kannalta pahinta mitä voidaan sanoa, on, että ymmärretään miltä hänestä tuntuu. Tämä tuntuu tosi loukkaavalta, mikäli potilas ajattelee, ettei kukaan pysty kuvittelemaankaan miltä hänestä tuntuu. Yritys viedä potilaan ajatukset muualle ei kuulu henkiseen ensiapuun. Tämä lähtee enemmän auttajan kuin potilaan tarpeista. (Saari 2012: 145.) Kaikki mitä auttaja ensivaiheessa sanoo, jää helposti herkkään traumamuistoon. Niin positiiviset sanat kuin varsinkin negatiiviset tokaisut jäävät potilaan mieleen ikuisesti. (Sihvola 2016.)

Kreikkalaisen tutkimuksen mukaan nuoremmat hoitajat, jotka ovat olleet hoitosuhteessa itsetuhoiseen potilaaseen, osasivat suhtautua empaattisemmin ja ymmärtäväisemmin potilaan hoitoon. Hoitajat jotka olivat kohdanneet itsetuhoisia potilaita yhdestä kymmeneen kertaa, suhtautuivat itsetuhoiseen potilaaseen positiivisemmin, kuin yli kymmenen kertaa hoitokontaktissa olleet hoitajat. Päivystyksessä työskennelleet hoitajat kokivat, ettei heillä ole tarpeeksi aikaa ja ammattitaitoa kohdata itsetuhoista potilasta. Lisäksi työn ohessa lisäkoulutuksia saaneet hoitotyöntekijät osasivat kohdata paremmin itsetuhoisia potilaita. Tutkimusta verrattiin Yhdysvaltalaisiin, Iso-Britannialaisiin sekä Pohjoismaisiin tutkimuksiin. (Ouzouni – Nakakis 2013: 119–134.)

6 Hoidontarpeen arviointi ja hoito

Maailmassa tehdään vuosittain yli 800 000 itsemurhaa. Heistä jopa lähes 60 % on ollut yhteydessä terveydenhuoltoon psykiatristen ongelmien vuoksi. Useat heistä ovat olleet kontaktissa terveydenhuoltoon jopa viimeisen kuukauden aikana ennen itsensä surmaamista. Itsetuhoisuus itsessään ei ole sairaus, johon lääkehoito tuo parannusta vaan hoitona on puhuminen. Itsetuhoisten ihmisten mukaan heidän ongelmavyyhdistä ulospääsemiseen ovat helpottaneet hoitotyöntekijöiden myötätunto, syvä empatia, ymmärrys, aito läsnäolo sekä ystävällinen hoitoympäristö. (Henden 2016.)

Vakavasti itsetuhoisen tai toivoton potilas kuuluu päivystävän lääkärin arvioon, jotta saadaa riittävästi tietoa, kuuluuko potilas akuuttiin sairaalahoitoon tai – seurantaan (Lönnqvist ym. 2014: 579). Itsetuhoisen potilas tulisi toimittaa sairaala-arvioon, vaikka mitään

ei olisi vielä tapahtunut. Huomioitavia asioita on: valmis itsemurha suunnitelma, kontrolloimaton käyttäytyminen ja sosiaalisen tuen puuttuminen. (Henden 2008: 33.) Itsetuhoisen potilaan jatkohoitona on useimmiten aktiivinen avohoito, jonka tavoitteena on auttaa potilasta yksilöllisesti hänen elämäntilanteessaan. Sosiaalinen tukiverkko tulee aktivoita hoidon tueksi jo alkuvaiheessa. (Lönqvist ym. 2014: 579.)

Somaattiset- ja muut mielenterveydelliset ongelmat saattavat viedä huomion itsetuhoisuudesta. Tämän vuoksi itsetuhoisuutta on aina erikseen hoidettava ja seurattava. Itsetuhoisuuden kulku ja ennuste voi yllättäen poiketa potilaan yleisestä mielenterveyden tilasta. Vaativaksi hoidon tekee usean mielenterveyshäiriön samanaikaisuus, somaattinen sairastavuus sekä huono hoitoon sitoutuminen. (Lönqvist ym. 2014: 579.)

Ensihoidossa ei tulisi suorittaa tarveharkintaa potilaan sen hetkisen käyttäytymisen perusteella. Tapahtuman traumaattinen luonne tulisi olla ainoa kriteeri hoitoon saattamisessa. Psykkinen sokki yleensä takaa rauhallisen ja järkevän suhtautumisen tapahtumaan, jolloin tarveharkinta käyttäytymiseen perustuen on harhaanjohtavaa. Ensilinjan auttajien tulisi tiedostaa tämä asia. (Saari 2012: 99.)

Potilaat jotka ovat viillelleet, aiheuttaneet itselleen lievän intoksikaation eli myrkytyksen tai muutoin heidän toiminta viittaa itsetuhoiseen esimerkiksi syömishäiriön paheneminen, tulisi saattaa lääkärin arvioon. Nämä ovat ahdistuksen hallinnan epäonnistumisia, joilla pyritään vaikuttamaan kehoon. Niiden tarkoitus on tuoda fyysinen vastine, jotta ahdistus loppuisi. Kehoon vaikuttavat "epänormaalit" toiminnot johtavat hyvin usein itsetuhoisuudeksi. Kaikenlaisen itsetuhoisen käytöksen omaava potilas on syytä kuljettaa sairaalaan, jotta saadaan kenties ensimmäinen psykiatrinen konsultaatio ja kenties pysäyttävä tapahtuma. Tämän vuoksi mitä nuorempi potilas, sitä suuremmalla vastuulla kannattaa hänet toimittaa päivystykseen, vaikka olisi kyse vain itse aiheutetusta naarmusta. Hoidon aloittaminen ja tilanteen pysäyttäminen on tärkeämpää, kuin psykiatriseksi potilaaksi leimaantuminen. Nuorta ei kannata jättää koulukuraattorin/ koulun vastuulle, vaan kuljettaa lääkärin arvioitavaksi ja katsoa pystyisikö sairaanhoito auttamaan. (Sihvola 2016.)

Herkkyys ihmisten ongelmille ja kyky hyvän hoidon turvaamiseen ovat tehokkaita keinoja itsemurhien ehkäisyssä. Itsemurhien ehkäisyssä tulee kiinnittää huomiota laukaiseviin, altistaviin ja suojaaviin tekijöihin. Ehkäisytyötä tehdään valtakunnallisella tasolla lainsä-

däntöjen (perhe- ja päihdepolitiikka) ja yhteiskunnallisten palveluiden (kansalliset itsemurhien ehkäisystrategiat) avulla. Itsetuhoisuus voidaan tehokkaammin kohdentaa korkean riskin ryhmiin (masentuneiden hoito) ja yksilöidymmin erittäin suuren itsemurhariskin omaaville, kuten aikaisemmin itsemurhaa yrittäneet. (Lönqvist ym. 2014: 579, 590.)

Itsetuhokäyttäytymisen ehkäisyssä masennuksen hoito on merkittävässä roolissa. Itsetuhokäyttäytymisen riskitekijöitä ovat depressiossa, kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ja skitsofreniassa olennaisesti masentuneena vietetty aika. Masennuspotilaiden kuolemaan liittyvät ajatukset saattavat olla myös kuoleman pelkoon liittyviä ajatuksia, eikä pelkästään kuolemantoiveeseen. Masennuspotilaan kuolemaan liittyvät ajatukset onkin tärkeää selvittää ennen hoitopaikan päättämistä. (Suominen – Valtonen 2013: 881–885.) Kaikilta masennuspotilailta tulisi kysyä onko hänellä mahdollisesti aiemmin ollut ärtyneen, kohonneen tai kiihtyneen mieliajan jaksoja, mahdollisen kaksisuuntaisen mielialahäiriön poissulkemiseksi. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito – suositus 2013.)

Oma suhde itsetuhoisuuteen kannattaa käydä läpi varhaisessa vaiheessa uraa. Etenkin nuorten kollegoiden kanssa haasteelliset tehtävät tulisi keskustella auki. Itsetuhoiset ihmiset kuuluvat hoitajan kannalta haasteelliseen potilasryhmään. Kokemuksia ja syntyneitä ajatuksia olisi hyvä tuulettaa eli keskustella, jotta ne eivät jäisi päähän pyörimään ja myöhemmin aiheuttaisi kyynistymistä. Ensihoidossa työskenteleville suositellaan opintokokonaisuutta, joka käsittelisi psykiatristen ja itsetuhoisten potilaiden kohtaamista. Ammattitaidon ja herkkyyden ylläpitäminen kyynisyyden ehkäisemiseksi vaatii puhumista. Jos näkee kyynistymisen merkkejä tai kuulee kovasta keikasta, tulisi olla rohkeutta ottaa ne puheeksi. Jälkipuinti-istunnoilla voidaan ehkäistä kyynistymistä hoitoalalla. (Sihvola 2016.)

Itsetuhoisen potilaan kohdalla ensihoitolääkitystä käytetään harvoin. Lääkitys voi olla tarpeellinen psykoottisten potilaiden kohdalla, jotka ovat hyvin kiihtyneitä ja mahdollisesti vaaraksi itselleen tai muille. (Kuisma ym. 2013: 659–661.) Ensihoitajien tulee kuitenkin muistaa lääkitystä harkitessa, että lääkärin on haastavampi arvioida lääkityn potilaan tilaa, mikäli hoitosuhde saadaan luotua ja potilas saadaan hoitoon (Castrén – Helveranta – Kinnunen – Korte – Laurila – Paakkonen – Pousi – Väisänen 2012: 244).

Ensisijaisia lääkevaihtoehtoja ovat psykoosilääkkeet ja bentsodiatsepiinihoidokset. Lääkityksen valintaan vaikuttaa potilaan sairauden tyyppi ja yleensä pyritään käyttämään

samaa lääkitystä, mitä potilaalle on vastaavissa tilanteissa käytetty ennenkin. Näin toimimalla vältetään sivuoireilta ja yksilöllisiltä yllättäviltä lääkevaikutuksilta. Ensihoitotilanteissa potilaan sairauden tyyppi ei kuitenkaan aina ole tiedossa, mikä vaikeuttaa ensihoitolääkehoidon toteuttamista. Potilas saattaa myös kieltäytyä hänelle tarpeellisesta lääkityksestä. (Kuisma ym. 2013: 659–661.)

Tahdonvastainen lääkehoito uhkaa vakavasti potilaan perustuslaillista itsemääräämisoikeutta. Tahdonvastaiseen lääkehoitoon päädyttäessä joudutaan punnitsemaan potilaan hoitoon liittyviä hyötyjä suhteessa itsemääräämisoikeuden loukkaamiseen liittyviin haittoihin eettisesti sekä juridisesti. Tahdonvastainen lääkitys ensihoidossa vaatii aina tarkkaa harkintaa ja lääkärin konsultaatiota. Psykkisesti sairaan ihmisen välttämättömän hoidon turvaamiseksi potilasta voidaan kuitenkin lääkittää vastoin hänen tahtoaan. Tällöin potilaalle on tärkeä kertoa lääkityksen tavoitteista ja vaikutuksista. Potilasta ei saa lääkittää vastoin hänen tahtoaan esimerkiksi rauhoittamaan riehuva potilas poliisitehtävän suorittamiseksi. (Kuisma ym. 2013: 659–661.)

7 Koulutusmateriaalin kehittäminen

Pelastuslaitoksilla järjestetään kuukausittain ensihoidon vuorokoulutuksia. Tämä tarkoittaa Helsingin ja Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksilla sitä, että joka kuukausi on vaihtuva aihe, joka käsittelee jotakin osa-aluetta ensihoidosta tai muuta ensihoitotyössä tarvittavaa tietoa. Vuorokoulutukset työvuorossa olevalle henkilöstölle pitää työvuorossa oleva ensihoitaja.

Helsingin ja Keski-Uudenmaan pelastuslaitosten henkilöstölle tehty koulutusmateriaali (liite 2) perustuu tämän opinnäytetyön teoriaosassa kuvattuun tietoon. Koulutusmateriaali luotiin PowerPoint-pohjalle ja sen sisältö on opinnäytetyömme tiedonhauilla hankittua tietoa. Koulutusmateriaalia suunniteltaessa huomioimme vuorokoulutukseen osallistuvat erilaiset oppijat. Oppimistyyliä ovat yksilöllisiä tapoja ottaa informaatio vastaan. Aisteihin perustuvia oppimistyyliä ovat auditiivinen, visuaalinen ja kinesteettinen oppiminen. Auditiivinen eli kuuloaistiin perustuva oppija oppii parhaiten kuuntelemalla esimerkiksi luentoja tai luokkakeskusteluja. Visuaalinen oppija oppii katseellaan. Hän lukee ja hahmottaa asiat parhaiten kuvallisista apukeinoista, esimerkiksi kuvista, taulukoista ja kuvaajista. Kinesteettinen oppija taas tarvitsee mahdollisuuden tehdä itse käsillään tai

vartalollaan, jotta tiedon vastaanottaminen ja käsittely onnistuu tehokkaasti. Kinesteettinen oppija kirjoittaa, piirtää ja rakentaa tukeakseen oppimistaan. (Oppimistyyliit. Jyväskylän yliopiston kielikeskus.) Päätimme tehdä koulutusmateriaalin Power Point pohjalle, jolloin suullisen esityksen lisäksi materiaali soveltuu myös visuaalisille oppijoille. Power Point esityksen voi kukin asiasta kiinnostunut myös lukea itsenäisesti läpi.

Huomioimme koulutuksen toteutustapaa valitessa mitkä ovat vaihtoehdot tämän kaltaisen koulutuksen toteutukselle. Resursseja tai rahoitusta sille, että me opinnäytetyöntekijöinä pitäisimme koulutukset itse, ei ole ottaen huomioon paloasemien määrän, joita on Helsingissä seitsemän ja Keski-Uudellamaalla kymmenen sekä neljä eri työvuoroa kussakin. Esitys on suunniteltu niin, että sen voi kouluttaa työvuorolle jokaisessa työvuorossa oleva ensihoitaja, tuntematta itse asiaa sen paremmin. Kiinnitimme huomiota siihen että koulutuksen kesto pysyisi alle tunnissa, jolloin se soveltuu pelastuslaitosten päiväpalvelusohjelmaan ja koulutettavat henkilöt pystyvät parhaiten omaksumaan saatavan tiedon.

Kyseisellä toimintatavalla koulutetaan pelastuslaitoksilla kaikki muutkin aiheet, eikä luomamme koulutus poikkea niistä. Opinnäytetyömme valmistui ennen koulutusten toteutusta ja se vaati pelastuslaitoksilla vielä hyväksynnän ja suunnitelman siitä, koska koulutus on mahdollista toteuttaa. Koulutuksen ei tarvitse olla kertaluonteinen, vaan se on hyödynnettävissä myöhemminkin, eikä ole syytä olettaa että koulutuksen sisältämä tieto olisi nopeasti vanhenevaa.

8 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja tuloksiltaan uskottava opinnäytetyö tehtiin hyvän tieteellisen käytännön vaatimalla tavalla. Hyvä tieteellinen käytäntö on tutkimusetiikan näkökulmasta moni osainen. Opinnäytetyön teimme rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Tiedonhaussa käytimme eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja viittasimme muihin julkaisuihin asianmukaisella tavalla. Ennen opinnäytetyön aloittamista pohdimme työn eettisyyttä ja selvitimme mahdollisten lupien tarvetta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014.)

Opinnäytetyön ja muiden tutkimusprosessien eettisyys voidaan jakaa kolmeen eri luokkaan. Ensimmäisessä luokassa mietitään tutkimusaiheen eettistä oikeutusta eli sitä,

minkä takia kyseisen aiheen tutkiminen on perusteltua. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006.) Opinnäytetyömme aiheesta, itsetuhoisen potilas ensihoidossa, ei löytynyt julkaistuja tutkimusartikkeleja hakumenetelmillämme, mikä viittaa aiheen tutkimattomuuteen. Aihe on kuitenkin tärkeä, sillä itsetuhoisia potilaita kohdataan ensihoidossa ja heidän oikeanlainen kohtaaminen voi vaikuttaa ratkaisevasti jatkohoidon kulkuun. Aiheen tutkiminen on eettisesti perusteltua myös ensihoitajien ammattitaidon lisäämiseksi, mikä heijastuu muun muassa myös heidän omaan työturvallisuuteensa.

Toinen luokka opinnäytetyön eettisyyttä pohdittaessa on tutkimusmenetelmien arviointi, eli saadaanko käytetyillä aineistonkeruumenetelmillä tavoiteltu tieto. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006.) Käyttämillämme aineistonkeruumenetelmillä saimme vastaukset opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Käyttämämme aineistonkeruumenetelmät olivat monipuolisia ja sisälsivät useita erilaisia tapoja hakea tietoa.

Kolmas luokka sisältää aineiston raportoinnin luotettavuuden. Opinnäytetyöntekijän velvollisuus on raportoida saamansa tulokset mahdollisimman tarkasti, kattavasti ja rehellisesti. Opinnäytetyössä on tärkeää tuoda esille miten tiedonhakuprosessi on edennyt ja mistä käyttämämme tieto on peräisin. Lukijalle on tärkeää antaa mahdollisuudet seurata tiedonhaun ja työn etenemistä. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006.) Opinnäytetyömme tulokset ovat tiedonhauilla saatu sisältö. Emme ole jättäneet raportoimatta mitään henkilökohtaisin perustein, vaan toimme esille kaikki ne asiat jotka tiedonhauilla saimme selville. Raportoimme myös käyttämämme tiedonhakumenetelmät ja muut opinnäytetyömme lähteet. Nämä eettisyyden kolme luokkaa huomioiden voimme todeta opinnäytetyömme olevan eettisesti perusteltu, toteutettu ja raportoitu.

Opinnäytetyömme luotettavuutta arviomme keskittäen huomion hankkimaamme tietoon. Lähteiden sisältö, luotettavuus ja ajankohtaisuus ovat työmme perusta. Kvalitatiivisyyteen perustunut tiedonhakumme lisäsi mielestämme työn soveltuvuutta käytäntöön, joka lisää työn luotettavuutta. Opinnäytetyömme pohjalta toteuttamamme koulutusmateriaalin sisältö perustui täysin opinnäytetyöhömmme, joten koulutusmateriaalin luotettavuus on täysin kontekstissa opinnäytetyöhön. Opinnäytetyömme luotettavuutta lisää myös keskeisten käsitteiden selittäminen ja niiden yhdenmukainen käyttö koko opinnäytetyön ajan. Luotettavuuteen vaikuttaa myös todeksi vahvistettavuus, toistuvuus ja kyllästeisyys. Todeksi vahvistettavuus tarkoittaa, että opinnäytetyön tulokset perustuvat aineistoon ja empiriaan. Toistuvuus tarkoittaa aiheen esiintymistä yleisesti ensihoidossa, eikä se oli pelkästään satunnainen tapahtuma. Tiedonhauilla on saatu tuotua kaikki oleellinen

tieto tutkittavasta aiheesta esille, mikä kuvaa opinnäytetyön kyllästeisyyttä. (Luotettavuus 2016.)

9 Pohdinta ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarpeellisuus on tullut ilmi löytämiemme tutkimusartikkelien vähäisyydestä sekä niistä saaduista johtopäätöksistä. Yksikään hakutuloksistamme ei käsitellyt itsetuhoisen potilaan kohtaamista ensihoidossa. Aiheesta ei hakujemme perusteella ole tehty yhtään suomalaista tai ulkomaalaista tutkimusartikkelia. Yksi käyttämämme ulkomaalainen tutkimusartikkeli käsitteli sairaanhoitajien asennetta itsemurhaa yrittäneitä kohtaan. Sen sijaan muun muassa itsetuhoisuuteen vaikuttavista tekijöistä ja sairauksista on paljon tutkimustietoa, jota olemme opinnäytetyössämme käyttäneet. Itsetuhoisuuden syitä löytyi hakuosumien otsikoista. Näitä syitä oli muun muassa masennus, syömishäiriö, päihdeongelmat, diagnosoitu psykiatrinen sairaus ja kriisit. Myös liikenneonnettomuuksia käsiteltiin itsetuhoisuuden alla. Näistä lähdimme hakemaan lisätietoa käyttämällä erillisinä hakusanoina edellä mainittuja.

Itsetuhoisen potilaan kohtaaminen on haasteellista, herkkää sekä hoitajaa kuormittavaa. Ihminen, joka on pitkäaikaisen henkisen kipuilun, psykiatrisen sairauden tai nopeasti heikentyneen henkisen tai fyysisen voinnin vuoksi ajautunut itsetuhoiseen tilaan, ansaitsisi arvostavaa kohtaamista jokaiselta hoitotyöntekijältä ensihoidosta lähtien. Opinnäytetyömme vahvistaa käsitystä, että itsetuhoiseen käytökseen kyetään auttamaan lyhyesäkin ensihoitokohtaamisessa toimimalla ammattitaitoisen rauhallisesti ja olemalla aidosti läsnä. Itsetuhoisen tilan katkaisu on oleellista potilaan turvallisuudentunteen vahvistamiseksi. Hoitotilanteessa korostetaan, että apua on saatavilla juuri nyt. Itsetuhoisen potilas kuljetetaan sairaalaan, jossa potilaan jatkohoitotoimenpiteet kartoitetaan. Ensihoidon rooli on koko itsetuhoisen potilaan hoitoketjussa pieni, mutta lyhyelläkin kohtauksella saattaa olla merkittäviä vaikutuksia potilaan henkiseen tilaan, jos keskustelemalla katkaistaan akuutti itsetuhoisen tila.

Itsetuhoisen potilaan asemaan asettuminen on tärkeää, jotta ymmärretään potilaan henkisen ahdistuksen olevan niin voimakas, että se on ajanut hänet itsetuhoiseen käytökseen. Näköalaton ajatusmaailma korvataan uskolla paremmasta huomisesta. (Sihvola 2016.) Jopa puolet itsemurhan tehneistä kuolee ensimmäiseen yritykseensä. Aikaisempi itsetuhoisen käytös on yksi suurimmista altistavista tekijöistä itsemurhalle. (Lönqvist

ym. 2014: 585.) Itsetuhoiseen käytökseen tulisi puuttua ajoissa ja siihen pitäisi suhtautua vakavasti. Kaikenlainen syyttely ja miksi-kysymykset saattavat ahdistaa itsetuhoista potilasta ja ne voivat tuntua hyökkääviltä. (Toivio – Nordling 2013: 225.)

Henkisen kivun voimakkuus ja rinnastettavuus somaattiseen kipuun tulisi tiedostaa ensihoidossa sekä päivystyksellisessä hoitotyössä. Henkiseen kipuun tulisi suhtautua yhtä vakavasti kuin somaattiseen kipuun. Henkisen kivun mittaamiseen voidaan käyttää ensihoidosta tuttua kipumittaria (0-10), jolla saadaan kuvaa potilaan sen hetkisestä henkisestä tilasta. Mitta-asteikkoa voitaisiin hyödyntää myös jatkohoitoa arvioitaessa. Potilas voisi itsekkin huomioida henkisen tilansa muutoksia saman numeraalisen arvioinnin avulla. (Sihvola 2016.)

Aiheen tärkeys ensihoidossa on tullut ilmi koko projektin aikana usealta ensihoitajakollegalta, sairaalamaailmassa työskenteleviltä sekä täysin hoitotyön ulkopuolelta olevilta ihmisiltä. Itsetuhoisia potilaita kohdataan usein ensihoitotilanteessa, vaikka siitä on koulutusta tai tutkittua tietoa harmittavan niukasti. Oman kokemuksemme, koulutuksemme ja pelastusopiston viimeisimmän opetussuunnitelman perusteella pelastusalan oppilaitoksessa on vain vähän opetusta itsetuhoisen potilaan kohtaamisesta tai ylipäänsä itsetuhoisuudesta (Pelastajatutkinnon opetussuunnitelma 2016). Suorittamamme ensihoitaja AMK tutkinnon opetussuunnitelma Metropoliassa sisälsi vain yhden opintojakson psykiatrisen potilaan hoitotyöstä ja siihen liittyvästä harjoittelujaksosta psykiatrisessa hoitolaitoksessa. Lisäksi suoritimme yhden opintojakson psykiatriasta. (Metropolia Ensihoitaja AMK opetussuunnitelma 2014.) Harjoittelujaksoilla saatu oppi vaihtelee kokemuksemme mukaan huomattavasti harjoittelupaikan suhteen. Esimerkiksi suljetulla psykiatrisella osastolla harjoittelun suorittaneet ensihoitajat saavat erilaisen näkökulman itsetuhoisuudesta kuin avohoidon puolella harjoittelunsa suorittaneet. Oppilaat kohtaavat itsetuhoisuutta huomattavan eriarvoisesti. Monipuolinen itsetuhoisuuden käsittely ja kohtaaminen jo opiskelu aikana antaa valmiuksia itsetuhoisen potilaan kohtaamiselle ensihoitotilanteessa. Oppimateriaali itsetuhoisten potilaiden kohtaamiselle on perusteltua.

Dissosiaalisen tilan nopea käänteisyys (Sihvola 2016) tuli meille yllätyksenä. Potilaat selkeästi hyötyvät jonkinasteisesta väliintulosta, joka voidaan toteuttaa ensihoidon toimesta. Itsetuhoisen käytös saadaan katkeamaan ja itsetuhoisen tila päättyy, mutta ahdistus jatkuu yhä. Ymmärretäänkö potilaan tarvetta saada psykiatrista apua, vaikka akuutti itsetuhoisuus on väistynyt? Osataanko tätä huomioida/ hoitaa ensihoidossa ja sairaaloiden päivystyksessä? Itsetuhoiset potilaat kuormittavat hoitohenkilökuntaa jo nyt,

koska itsetuhoisuus ei hoidu jollain tietyllä protokollalla tai lääkkeellä. Itsetuhoiset potilaat vaativat aikaa, jota ensivaiheen hoidossa on vähän ja itsetuhoisten potilaiden kohtaamisen koulutuksiin on vähän resursseja. Minkä verran dissosiaalisen tilan potilaat hyötyvät päivityksellisestä avusta, kun itsetuhoisuus on mennyt ohi? Osataanko pitkäaikaisen henkisen kuormituksen aiheuttama avuntarve siitä huolimatta huomioida sairaalan päivityksessä? Minkä verran psykiatristen sairauksien, esimerkiksi epävakaa persoonallisuuden oireet sekoittuvat dissosiaalisen tilan aiheuttamaan itsetuhoiseen käytökseen? Nämä ovat mielenkiintoisia kysymyksiä, joita voidaan pohtia tulevaisuudessa.

Opinnäytetyön tekeminen sai kiinnostumaan itsetuhoisesta käytöksestä yhä enemmän. Opimme paljon uutta, mutta myös vanha tietämys ja osaaminen saivat vahvistusta. Yksikin positiivinen hoitokontakti saattaa olla ratkaiseva potilaan itsetuhoisuuden katkaisemiseksi. Jatkotutkimuksena aiheesta voisi tehdä haastattelututkimuksia itsetuhoisilta tai itsemurhaa yrittäneiltä potilailta, jotta saataisiin parempi käsitys heidän näkemyksestään ensihoidon kohtaamisesta ja sen merkityksestä hoitoon ja selviytymiseen.

10 Lähteet

Castrèn, Maaret – Helveranta, Kai – Kinnunen, Ari – Korte, Henna – Laurila, Kimmo – Paakkonen, Heikki – Pousi, Jouni – Väisänen, Olli 2012. Ensihoidon perusteet. Otavan Kirjapaino Oy.

Epävakaa persoonallisuus 2015. Käypä hoito. Suomalaisen lääkäriseura Duodecim ja Suomen psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50064>>. Luettu 9.10.2016.

Hammarlund, Claes-Otto. Kriisikeskustelu 2001. Teoksesta Bearbetande samtal. Kristöd, debriefing, stress- och konflikthantering. Suomennos 2004. Tietosanoma Oy.

Helsingin pelastuslaitoksen toimintakertomus 2015. Verkkodokumentti. <<http://dev.hel.fi/paatokset/media/att/12/124f20a032f8d9841a2ee943888396b3b41f598d.pdf>>. Luettu 15.9.2016.

Henden, John 2008. Preventing Suicide. The Solution Focused Approach. Wiley & Sons Ltd

Henden, John 2016. What really works in suicide prevention? Avoin yleisöluento 18.5. Helsingin yliopisto.

Huttunen, Matti 2015a. Itsetuhoisuuden riskit. Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ama00036>. Luettu 9.3.2015.

Huttunen, Matti 2015b. Tahdosta riippumaton psykiatrisen sairaalahoidon. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512>. Luettu 2.5.2016.

Huttunen, Matti 2015c. Masennustilat eli depressiot. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538>. Luettu 9.10.2016.

Häiriöt ja ongelmat. Itsetuhoisuus 2016. Nuorten mielenterveystalo.fi. Verkkodokumentti. <https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielenterveysongelmat/Pages/itsetuhoisuus.aspx>. Luettu 9.3.2016.

Itsemurhien ehkäisy 2015. Globaali velvollisuus. Finnish Association for Mental Health. WHO:n raportti – Suomen Mielenterveysseura on WHO:n luvalla kääntänyt raportin suomeksi. Julkaisija 2014: World Health Organization.

Itsetuhoisuus 2015. Mielenterveyden keskusliitto. Verkkodokumentti. <<http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/aikuisille/itsetuhoisuus/>>. Luettu 8.3.2016.

Itsetuhoisuus THL. 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Mielenterveys. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/itsetuhoisuus>>. Luettu 9.3.2016.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito –suositus. Julkaistu: 19.06.2013. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=hoi50076#R17>>. Luettu 15.4.2016.

Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen toimintakertomus 2015. Verkkodokumentti. <http://kupelastus.fi/sites/default/files/KUP_Toimintakertomus2015.pdf>. Luettu 15.9.2016.

Koivisto, Maaria – Korkeila, Jyrki 2014. Epävakaa persoonallisuushäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00994>. Luettu 9.10.2016.

Kuhanen, Carita – Oittinen, Pirkko – Kanerva, Anne – Seuri, Tarja – Schubert, Carla 2013. Mielenterveys- Hoitotyö. Sanoma Pro.

Kuisma, Markku – Holmström, Peter – Nurmi, Jouni – Porthan, Kari – Taskinen, Tuomas 2013. Ensihoito. Sanoma Pro.

Lapsilla "Mielenterveyden häiriöt, lapsen ja aikuisen välinen suhde, väkivallan tai seksuaalisen riiston kokeminen, lähisukulaisen itsemurha." Lääkärilehti Lapsen itsetuhoisuus. Katsausartikkeli. Puura, Kaarina. Mäntymaa, Mirjami. Luettu 6.3.2016.

Luotettavuus 2016. Kajaanin ammattikorkeakoulun opinnäytetyöpakki. Verkkodokumentti. <<https://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Luotettavuus>>. Luettu 23.11.2016.

Lönqvist, Jouko – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.) 2014. Psykiatria. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.

Metropolia Ensiohittaja AMK opetussuunnitelma 2014. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Helsinki.

Michel, Konrad – Gysin-Maillart, Anja 2013. Assip. Attempted Suicide Short Invention Program. A Manual for Clinicians. Hogrefe.

Michel, Konrad – Jobes, David A. 2011. Building a Therapeutic Alliance With the Suicidal Patient. American Psychological Association. Lontoo.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Finlex. Verkkodokumentti <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>>. Luettu 9.11.2016.

Nuorten itsetuhoisuus ja avunsaanti itsetuhoisuuteen. Miettinen, Tiina. 2012. Verkkodokumentti. <<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83475/gradu05840.pdf?sequence=1>>. Luettu 29.8.2016.

Oppimistyyliit. Jyväskylän yliopiston kielikeskus. Verkkodokumentti. <<https://kielikompassi.jyu.fi/opioppimaan/oppimistyyliit.htm>>. Luettu 26.11.2016.

Ouzouni, Cristina – Nakakis, Konstantinos 2013. Nurses' attitudes towards attempted suicide. Health science journal 7(1.) 119-134. [Huom. 7 on lehden volyyymi eli vuosikerta, 1 on lehden numero.]

Pelastajatutkinnon opetussuunnitelma 2016. Verkkodokumentti. <http://www.pelastusopisto.fi/download/68047_Pelastaja_OPS_98-101_hyvak-sytty.pdf?95701cfc0aa0d388>. Luettu 15.11.2016.

Saaranen-Kauppinen, Anita – Puusniekka, Anna 2006. Hyvä tutkimuskäytäntö. Kvali-MOTV. Menetelmäopin tietovarasto. Verkkodokumentti. <http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L3_1_2.html>. Luettu 21.11.2016.

Saari Salli 2012. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.

Sihvola Harri 2016. Projektikriisityöntekijä. Suomen Mielenterveysseura. Haastattelu 19.9.2016.

Suokas, Jaana – Suominen, Kirsi 2002. Itsemurhaa yrittäneen psykiatrinen arviointi ja hoito. Duodecim. 118:287-292. Löytyy myös verkkodokumenttina. <<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92767.pdf>>. Luettu 20.9.2016.

Suominen Kirsi – Valtonen Hanna 2013. Itsetuhoisen potilaan arviointi. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 129:881-885. Löytyy myös verkkodokumenttina. <http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo10929>. Luettu 9.3.2016.

Toivio, Timo – Nordling, Esa. Mielenterveyden psykologia. 2013. Bookwell Oy, Porvoo
Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkkodokumentti. <<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>>. Luettu 23.11.2016.

Vuorilehto, Maria – Larri, Tuulevi - Kurki, Marjo - Hätönen, Heli. Uudistuva mielenterveysyö. 2014. Fioca Oy, Helsinki.

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusana(t)	Hakuosumat	Otsikon perusteella valitut	Sisällön perusteella valitut
Cinahl	Suicidal prevention	4749	- Liikaa tuloksia	-
	Suicidal prevention	212	6	0
	Suicidal intervention	130	3	0
	Suicidal Paramedic	1	0	0
	Prehospital	2374	- Liikaa tuloksia	-
	Prehospital emergency	115	0	0
	Prehospital emergency care	46	0	0
	Prehospital emergency treatment	9	0	0
	Suicidal mode	4	1	0
	Suicidal episode	6	2	0
	Suicidal state	14	0	0
	Suicidal mind	1	0	0
	Suicidal encounter	4	1	1
Medic	Ensihoito	257	8	1
	Suicidal	30	3	1
	Itsemurha ja itsetuhoisuus	12	2	1
	Itsetuhoisuus	46	8	5
	Preventing suicide	172	6	2
Lääkärelehti	Itsetuhoisuus	57	3	0
	Itsetuhoisuus ensihoidossa	4	0	0