

The Diak logo consists of the word "Diak" in a bold, sans-serif font. The letter "i" has a small crossbar, and the letter "k" has a small crossbar. The logo is positioned in the upper right corner of the page.

**Kati Pajunen**  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Diakonisen hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja, AMK  
Opinnäytetyö, 2020

# ITSETUHOISTEN HENKILÖIDEN HOIDON KE- HITTÄMINEN JULKISELLA SEKTORILLA

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

---

## TIIVISTELMÄ

Kati Pajunen

Itsetuhoisten henkilöiden hoidon kehittäminen julkisella sektorilla – Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

44 sivua

Elokuu 2020

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diakonisen hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja, AMK

Itsemurhia tehtiin Suomessa vuonna 2018 810 kappaletta. Maailmanlaajuisesti itsemurhia tehdään noin 800 000 vuosittain, ja itsemurhayrityksiä tapahtuu huomattavasti enemmän. Kaikilla itsetuhoisilla henkilöillä ei ole aikomusta kuolla. Tällöin itsetuhoisuudella pyritään esimerkiksi hetkeksi helpottamaan oloa. Puhutaan myös suorasta ja epäsuorasta itsetuhoisuudesta. Epäsuora itsetuhoisuus tarkoittaa riskialtista käyttäytymistä hengen ja terveyden kannalta, kun taas suora itsetuhoisuus tähtää selkeämmin siihen, että itsemurha toteutuu. Mielensterveysongelmat on yksi altistava tekijä itsemurhalle.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa itsetuhoisten henkilöiden hoidosta. Tavoitteena oli aikaansaada kehittämissuhteita julkisella sektorilla tapahtuvalle hoidolle. Tutkimus on hoitotieteellinen, ja sen avulla saadaan ymmärrystä syvällisemmin itse hoitotyön merkityksestä lääketieteellisen ja psykoterapeuttisen hoidon lisäksi. Tutkimusmenetelmänä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Artikkeleita etsittiin hakusanoilla 'itsemurha', 'terveydenhoito' ja 'ehkäisy', ja artikkeleita etsittiin sekä kotimaisista että kansainvälisistä tieteellisistä aikakauslehdistä. Aineisto analysoitiin teemoittelemalla. Analyysiyksikkö oli asiakokonaisuus, joka koostui yhdestä tai useammasta lauseesta.

Aiemman tutkimuksen perusteella tehtiin seitsemän ehdotusta hoidon kehittämiseksi. Itsetuhoisia ajatuksia tulisi kartoittaa laajemmin. Kun itsetuhoisen henkilö on vastaanotolla, hänen tilanteeseensa tulisi paneutua kokonaisvaltaisesti. Luottamuksen rakentaminen hoitosuhteeseen on myös tärkeää. Hoitosuhteessa pitäisi luoda turvallisuutta sekä hoitopaikassa että kotiutumisen jälkeen. Hoidon jatkuvuudesta tulee huolehtia. Potilaaseen olisi hyvä olla yhteydessä kotiutumisen jälkeen. Viimeinen ehdotus on, että läheiset kytetään mukaan hoitoprosessiin tilanteen niin salliessa. Johtopäätöksenä esitetään, että itse hoitotyöllä on suuri merkitys itsetuhoisten henkilöiden hoidossa lääketieteellisen ja psykiatrisen hoidon lisäksi. Hoitotyön periaatteista erityisesti turvallisuus ja kokonaisuhoito periaate ovat tärkeitä itsetuhoisten henkilöiden hoidossa.

Asiasanat: itsetuhoisuus, itsemurhat, mielensterveys, hoitotyö.

## ABSTRACT

Kati Pajunen

Improving the care of suicidal patients in the public sector - Descriptive literature review

45 pages

Autumn 2020

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree Programme in Health Care

Registered Nurse

As many as 810 suicides were committed in Finland in 2018. When the amount of suicides is viewed globally, about 800 000 suicides occur every year. In addition, there are more suicide attempts. Not all suicidal patients have an intention to die. A suicidal patient might aim to relieve his or her situation for a while. Direct and indirect suicidal behaviour occur. Indirect suicidal behaviour means that a patient acts in a risky way, while direct suicidal behaviour aims to end life. Mental health problems are one factor behind suicidal behaviour and suicides.

The purpose of this study was to gain information on the care of suicidal patients. In addition, to make development proposals for the care in the public sector. The research provides an understanding of the importance of nursing itself in addition to medical and psychiatric care. The research method was a descriptive literature review. Research articles were searched by the keywords "suicide," "health care," and "prevention". Articles were searched in both domestic and international scientific journals. The material was analyzed by thematizing. The unit of analysis was a set of phrases.

Based on the articles, seven proposals were made for the development of nursing. Suicidal thoughts should be recognized more broadly. When a suicidal person sees a doctor or a nurse, his or her situation should be examined holistically. Building trust in nursing is also crucial. Security should be ensured in admission, hospital, and after the discharge. Continuity of treatment should be ensured when the care moves from one place to another. It would be good to contact the patient after discharge. The last suggestion is that the family of the suicidal patient should be connected to the care of suicidal patient. Nursing itself plays an important role in the care of suicidal patients in addition to medical and psychotherapeutic methods. When the principles of nursing are evaluated, especially safety and the principle of comprehensive care are important in the care of suicidal patients.

Keywords: Self-harm, suicides, mental health, nursing.

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	4
2 MIELENTERVEYS .....	6
3 ITSETUHOISUUS.....	9
4 HOITOSUHTEEN LUOMINEN ITSETUHOISEEN POTILAASEEN .....	12
5 ITSETUHOISEN HENKILÖN HOIDOSTA JULKISELLA SEKTORILLA....	15
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .	18
7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	19
7.1 Tutkimusmenetelmä.....	19
7.2 Kirjallisuuskatsaus .....	20
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	24
9 YHTEENVETO.....	31
9.1 Kehittämisehdotukset hoitotyölle.....	31
9.2 Tutkimuksen eettisyys.....	33
9.3 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi ja jatkotutkimusehdotukset.....	34
9.4 Oman ammatillisuuden kehittyminen .....	35

## 1 JOHDANTO

Tuoreimpien käytettävissä olevien tilastojen mukaan Suomessa kuoli vuonna 2018 itsemurhan vuoksi 810 henkilöä. Näistä 76 % oli miehiä. Itsemurhaan kuolleiden henkilöiden keski-ikä miehillä oli 48 ja naisilla 50 vuotta. Keski-ikäisten henkilöiden tekemien itsemurhien määrä Suomessa on vähentynyt viime vuosina, mutta nuorten ja toisaalta vähän iäkkäämpien henkilöiden itsemurhakuolleisuus ei ole vastaavasti vähentynyt. Nuorten eli 15–24 –vuotiaiden henkilöiden kuolemista noin kolmannes aiheutuu itsemurhasta. (Tilastokeskus. Itsemurhat.)

1990-luvulta lähtien itsemurhien määrä on Suomessa laskenut muutamia poikkeusvuosia (2016 ja 2017) lukuun ottamatta (Tilastokeskus. Itsemurhat). Ehkä tärkein myönteistä kehitystä aikaansaanut tekijä on se, että masennusta osataan hoitaa tehokkaammin kuin aikaisemmin ja että lääkkeiden käyttö omalta osaltaan auttaa mielenterveyden häiriöissä (Yliopisto-lehti 30.3.2020). Vuonna 1990 itsemurhia tehtiin Suomessa yli 1500 (Tilastokeskus. Itsemurhat), joten itsemurhien määrä on selkeästi vähentynyt viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana. Se ei kuitenkaan poista tarvetta edelleen kehittää itsemurhien ehkäisyä. Itsemurhat ovat maailmanlaajuisestikin tarkasteltuna ongelma, koska vuosittain noin 800 000 ihmistä päätyy itsemurhaan. Lisäksi itsemurhayrityksiä tehdään paljon enemmän. (WHO. Home. Health Topics. Suicide Prevention.)

Suomessa on tehty valtakunnallisella tasolla toimenpiteitä itsemurhien ehkäisytyössä. Ohjelma Mielenterveys ja päihdesuunnitelma (MIELI) toteutettiin Suomessa vuosina 2009 – 2015 (Vorma et al. 2020, 9). Uusi itsemurhien ehkäisyyn tähtäävä ohjelma Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020 – 2030 on nyt käynnistynyt. Mielenterveys ry:n kriisiauttamistoimintojen johtaja Outi Ruishalme kertoo, että Suomessa tarvitaan toimenpiteitä itsemurhien ehkäisemiseksi. Uudessa ohjelmassa keskeistä on esimerkiksi se, että ihmisille opetetaan mielenterveystaitoja, jotka sisältävät muun muassa tunne- ja vuorovaikutustaitoja. Varhaisella tuella ja keskusteluavulla on myös keskeinen rooli itsemurhien ehkäisemisessä. (Suomenmaa 30.12.2019.)

Itsemurhaan ei välttämättä ole yhtä syytä, vaan jokin hankala tilanne voi johtaa siihen, että yksilö alkaa kokea tilanteensa sietämättömänä (THL. Avaimia itsemurhien ehkäisyyn). Itsemurhiin päätyvät Suomessa, kun asiaa kärjistää, syrjäytyneet miehet (Yliopistolehti 30.3.2020), mutta todellisuudessa tilanne ei ole aivan näin yksioikoinen. On tärkeää paneutua yksityiskohtaisemmin siihen, millaista hoidon tulisi olla, jotta itsemurhia voitaisiin estää tehokkaasti.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa itsetuhoisten henkilöiden hoidosta. Tutkimuksen tavoitteena on tehdä ehdotuksia itsetuhoisten henkilöiden hoidon kehittämiseksi. Tutkimus on hoitotieteellinen tutkimus, jonka avulla voidaan löytää tapoja kehittää itse hoitotyötä niiden potilaiden hyväksi, jotka hakeutuvat hoitoon itsetuhoisten ajatusten tai tekojen vuoksi. Hoitotyön kehittäminen on tärkeää, koska hoitotyön avulla voidaan auttaa itsetuhoisia henkilöitä lääketieteellisen ja psykiatrisen hoidon lisäksi. Valmistun opintojen myötä myös diakonissaksi, joten pohdiskelen työssä myös sitä, mitä diakoniatyö ja hengellisyys voisivat tuoda hoitosuhteeseen ja itsemurhien ehkäisemistyöhön.

Tutkimus rajataan koskemaan julkisen sektorin terveydenhuoltoa. Tutkimus toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Alkuperäinen ajatus oli, että Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) mielialahäiriölinja olisi ollut mukana tutkimuksessa. Tarkoitus oli kerätä haastatteluaineistoa sieltä. Koronatilanteen vuoksi en kuitenkaan päässyt tekemään haastatteluja. Kliininen opettaja HUS:sta osallistui kuitenkin prosessiin antamalla kommentteja työlleni eri vaiheissa. Hän myös ehdotti kirjallisuuskatsauksen tekemistä.

## 2 MIELENTERVEYS

Mielenterveysongelmat, mukaan lukien päihdeongelmat, ovat Suomessa yleisiä, vaikka kansalaisten fyysinen terveys on kohentunut viime vuosikymmenien aikana. Noin puolella suomalaisista on jossain vaiheessa elämässään mielenterveydellisiä haasteita. (Vorma et al. 2020, 11.) Mielenterveyteen liittyvät ongelmat eivät ole vähentyneet yhtä paljon kuin fyysiset sairaudet. Siksi toimenpiteet mielenterveyden edistämiseksi olisivat tärkeitä. (Wahlbeck, Hannukkala, Parkkonen, Valkonen & Solantaus 2017.) Myös kansainvälisesti tarkasteltuna mielenterveysongelmat ovat yleisiä, kun taas fyysisiin terveysongelmiin on löytynyt yleisen kehityksen myötä yhä paremmin ratkaisuja (ks. Park et al. 2020).

Hoitotieteessä ihmisen ajatellaan olevan ”psykofyysinen, tiedostava ja sosiaalinen kokonaisuus sekä perheensä ja yhteisönsä jäsen” (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2020, 13). Rauhalan (1999) ihmiskäsityksen mukaan ihminen on olemassa kehollisesti, tajunnallisesti ja situationaalisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että ihminen on fyysinen ja psyykinen kokonaisuus. Lisäksi ihminen on aina sosiaalinen eli sidoksissa ja suhteessa ympäristöönsä. (Rauhala 1999, 29.) Mielenterveyttä ei voi tarkastella tähän pohjautuen pelkästään psykisenä ilmiönä.

Mielenterveys on olennainen osa yksilön terveyttä. Jos ihminen ei ole psyykkisesti tasapainossa, voidaan ajatella, ettei ihminen ole terve. Ihminen ei myöskään ole välttämättä terve silloin, kun mielenterveyden häiriöön liittyvä psykiatrinen diagnoosi puuttuu. Mielenterveys voidaan määritellä niin, että se on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tasapainon tila. Mieleltään terve ihminen pystyy sietämään hetkellistä painetta tai stressiä. Mieleltään terve pystyy havaitsemaan elinympäristössään mahdollisuuksia ja toimimaan tuotteliaasti sekä vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Mielenterveys on olennaista, jotta ihmiset pystyvät ylipäättään toimimaan toisten kanssa, tekemään työtä ja tuntemaan mielihyvää. (WHO. Home. Newsroom. Fact sheets. Detail. Mental health: strengthening our response.)

Mielenterveys ei ole kuitenkaan staattinen tila, koska mielenterveys muotoutuu elämän myötä. Mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat perinnölliset tekijät, elinympäristö ja muut ulkoiset tekijät. Heikko sosiaalinen asema ja alhaiset tulot ovat riskitekijöitä mielenterveysongelmien esiintymiselle. Ihmistä ympäröivät aina sosiaaliset, taloudelliset, biologiset sekä ympäristötekijät, ja kun niissä tapahtuu myönteisiä asioita, niin mielenterveydelläkin on mahdollisuus säilyä hyvänä. Työ ja terveydenhuolto suojaavat mielenterveyttä. Mielenterveyttä ei pidä ajatella ulkoapäin tulevana asiana, koska itse kukin voi harjoitella omia mielenterveystaitojaan. (Vorma et al. 2020, 12–14; ks. myös Wahlbeck et al. 2017.)

Suuri määrä ihmisiä on jäänyt ja jää edelleen työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveysongelmien vuoksi, koska mielenterveysongelmat heikentävät toimintakykyä merkittävästi (Vorma et al. 2020, 11). Mielenterveysongelmat ovat työkyvyttömyyseläkkeiden yleisin syy (43 %). Ne ovat olleet yleisin syy työkyvyttömyyseläkkeisiin jo vuodesta 2000 lähtien. (Tilastokeskus. Etusivu. Työkyvyttömyyseläkettä saaneet.)

Diakonisen hoitotyön opiskelijana lähestyn terveyttä myös hengellisestä näkökulmasta. Fyysisen hoitamisen lisäksi koko ihmistä tulee hoitaa. Se tarkoittaa, että ihmistä hoidetaan kokonaisuutena. Elämäntilanne, sosiaaliset suhteet, henkinen ja hengellinen hyvinvointi otetaan tämän periaatteen mukaisesti hoitamisessa huomioon. Hoitotieteessä hengellisyys tarkoittaa sitä, että elämän tarkoitusta ja merkitystä pohditaan. Lisäksi pohditaan suhdetta muihin ihmisiin ja Jumalaan sekä sitä, mitä kaikkea maailmankaikkeudessa on olemassa. Hengellisyyden myötä omassa tilanteessa nähdään aina toivoa ja tulevaisuuteen luotetaan. Omasta elämäntilanteesta löydetään aina mahdollisuuksia. (Hanhirova & Aalto 2009, 11–12.)

Hengellinen terveys tarkoittaa esimerkiksi sitä, että ihminen on moraalisesti tasapainossa ympäristönsä kanssa. Silloin vallitsee sisäinen eheys ja sopusointu. Hengellisen terveyden edistäminen voi lisätä tunnetta siitä, että elämä on merkityksellistä ja että aina on olemassa toivoa. Hengellinen terveys voi tuoda elämään voimaantumista, lohtua, turvaa, positiivisuutta sekä myös halua elää terveellisesti. (Kotisalo & Rättyä 2014, 25; 64–65; 69–70; 86; 89.)



Karvinen, Kylmä, Ojanen, Pentikäinen, Vaskilampi (2012) ovat tiivistäneet eri tutkimuksiin perustuen toivon merkitystä hoitotyössä. Toivo on ihmisen elämässä tärkeää, ja se kytkeytyy läheisesti hengellisyyteen. Se auttaa löytämään merkitystä elämälle. Toivo liittyy myös terveyteen, jos terveyttä ajattelee erityisesti mielenterveyden ja hengellisen terveyden kautta. Tämän ajatuksen mukaisesti, jos toivoa vahvistetaan, lisää se terveyttä. Toivon merkitys korostuu elämän kriiseissä. Toivon läsnäolo voi lisätä elämän laadukkaaksi kokemista.

Ihmisen kohdatessa vaikeuksia, ajatukset elämän peruskysymyksistä nousevat usein esille. Kysymyksiin ei välttämättä voida löytää vastauksia, mutta on hyvä, jos näitä asioita saa pohtia esimerkiksi hoitajan kanssa. Hengellinen hoito kuuluu hoitotyöhön. Hengellinen hoito voidaan määritellä siten, että siinä ollaan lähellä ihmistä ja häntä autetaan. Kun potilas miettii elämää, jumalasuhdettaan tai vaikkapa kuolemaa, niin häntä autetaan tässä miettimistyössä. Hoitajan kanssa voi etsiä esimerkiksi toivoa ja rohkeutta elää. (Hanhirova & Aalto 2009, 12–14.)

### 3 ITSETUHOISUUS

Itsetuhoisilla henkilöillä ei välttämättä ole aikomusta kuolla (ks. National Institute for Health and Care Excellence. Self Harm. Quality Standard), mutta itsetuhoisilla henkilöillä on kuitenkin suurempi riski kuolla itsemurhaan kuin muulla väestöllä (Chan et al. 2018). Itsemurhayritys nostaa itsemurhariskin jopa 40-kertaiseksi (Suominen & Valtonen 2013).

Itsetuhoisuudessa voidaan erottaa toisistaan epäsuora ja suora itsetuhoisuus. Epäsuora itsetuhoisuus tarkoittaa sitä, että ihminen käyttäytyy niin riskialttiisti, että se voi johtaa kuolemaan tai vammautumiseen. Suora itsetuhoisuus tarkoittaa sen sijaan selkeää itsetuhokäyttäytymistä, itsemurhayrityksiä ja toteutuneita itsemurhia. On toki mahdollista, että ihminen on samaan aikaan sekä epäsuorasti että suorasti itsetuhoinen. (Lönqvist, Henriksson, Isometsä & Marttunen 2017, 587.)

Itsemurhayritys voi olla niin sanottu valeitsemurha tai itsemurhademonstraatio, missä perimmäinen tarkoitus ei ole kuolla. Varsinainen itsemurha sen sijaan suunnitellaan niin huolellisesti, että sillä on mahdollisuus toteutua. (Toivio & Nordling 2009, 132.) Itsemurhayritys voi olla keino, jolla haetaan väliaikaisesti apua ahdistaviin tunteisiin ja olotilaan (Huttunen 2014, 98). Itsetuhoinen käytös kertoo kuitenkin siitä, että potilas kokee tilanteensa huonoksi ja toivottomaksi (Solin & Partonen 2017). Itsemurhaa suunnitellessaan ihminen puntaroi elämisen ja kuoleamisen hyötyjä ja haittoja (ks. Brüdern et al. 2018).

Itsetuhoiset ajatukset sinänsä eivät ole kovin harvinaisia, sillä suomalaisista noin joka kuudes henkilö sadasta esimerkiksi on jossain vaiheessa elämäänsä miettinyt asiaa. Ajatukset voivat kuitenkin olla ohimeneviä. (THL. Aiheet. Mielenterveys. Mielenterveyden edistäminen. Itsemurhien ehkäisy.) Erään tutkimuksen mukaan miehet päätyvät useammin varsinaiseen itsemurhaan, kun taas itsemurhayrityksiä tekevät enemmän naiset, naimattomat henkilöt, nuoret ihmiset ja ihmiset, joilla on jokin mielenterveyden häiriö (Nock et al. 2008).

Itsemurhan toteutumista voidaan lähestyä itsemurhaprosessin avulla. Tietyt biologiset, psyykkiset, sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät vaikuttavat yksilön taustalla. Yksilöön voi vaikuttaa useita itsemurhalle altistavia tekijöitä, mutta myös suojaavia tekijöitä voi olla. Jokin yksittäinen tekijä kuitenkin yleensä laukaisee itsemurhan. Tekijä voi olla pidempään jatkunut stressi tai tietty tapahtuma. Yksilölle syntyy halu tehdä itsemurha ja lopulta yksilö toteuttaa suunnitelman, ja jää joko henkiin tai kuolee. Ympärillä oleva yhteisö, niin omaiset kuin hoitohenkilökuntakin, reagoivat asiaan jollain tavalla. Itsemurhaprosessi on hyvin moniulotteinen ilmiö. (Lönngqvist, Henriksson, Isometsä & Marttunen 2019.)

Useat tekijät altistavat itsemurhille, ja usein taustatekijät kasautuvat itsemurhaan päätyneen henkilön kohdalla. Altistavia tekijöitä ovat mielenterveysongelmat, fyysiset sairaudet, suojaavien tekijöiden puute. Lisäksi tietyt yksittäiset tekijät voivat laukaista itsemurhan. Esimerkki suojaavien tekijöiden puutteesta on se, että sosiaalista tukiverkostoa ei ole. Laukaiseva tekijä voi olla jokin yksittäinen tapahtuma, kuten ero, menetys tai loukkaus. Usein myös päihteet saattavat vaikuttaa asiaan. (Lönngqvist et al. 2017, 590.)

WHO listaa itsemurhan riskitekijöinä aiemmat itsemurhayritykset, masennuksen, päihteiden käytön, psyykkiset sairaudet, kuten psykoosin tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön, voimakkaan stressin sekä kroonisen kivun tai sairauden. Lisäksi traumaattiset kokemukset, kuten esimerkiksi seksuaalinen hyväksikäyttö, tuore menetys kuten esimerkiksi työttömyys sekä taloudelliset vaikeudet voivat altistaa itsemurhille. (WHO. Preventing Suicide. Information for Health Workers.)

Noin kahdella kolmasosalla itsemurhaan päätyneistä henkilöistä on ollut psykiatrinen hoitosuhde johonkin hoitavaan tahoon, ja usein tämä hoitosuhde on johtunut masennuksesta. Kymmenen prosenttia skitsofreniaa sairastavista henkilöistä päätyy jossain vaiheessa itsemurhaan. Toisaalta kiinnostavaa on myös se, että kolmasosa itsemurhan tehneistä henkilöistä ei ole ollut psykiatrisessa hoitosuhteessa mihinkään tahoon. (Toivio & Nordling 2009, 135.) Itsemurhan tapahtumiseen vaikuttaa se, onko saatavilla keinoja ja välineitä itsemurhan toteuttamiseksi, ja sekin vaikuttaa, ehtiikö joku toinen ihminen estämään tapahtuman. Ensiapu ja

tehohoito vaikuttavat myös omalta osaltaan siihen, tapahtuuko itsemurha lopulta vai ei. (Lönqvist et al. 2017, 590.)

Itsetuhoisten henkilöiden hoidossa tulisi kiinnittää erityisesti huomiota korkean riskin potilaisiin. Nämä ovat esimerkiksi henkilöitä, joilla on vakavia mielenterveysongelmia, kuten keskivaikea tai vaikea masennus, taikka persoonallisuushäiriö. Myös sellaiset henkilöt, joilla on taustaa psykiatrisen hoidon piiristä, kuuluvat tähän korkean riskin luokkaan. Tutkijoiden mukaan itsemurha-aikeiset henkilöt tulisi kyetä tunnistamaan paremmin ja ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä tulisi osata tehdä. (Vuorilehto, Melartin & Isometsä 2006.)

#### 4 HOITOSUHTEEN LUOMINEN ITSETUHOISEEN POTILAASEEN

Hoitosuhteessa kaksi yhdenvertaista ihmistä kohtaa toisensa. Hoitosuhteen tavoitteena on se, että potilas paranee tai kuntoutuu ja että potilaan terveydentila ja hyvinvointi lisääntyvät. Myös läheisten hyvinvoinnin edistäminen kuuluu osana hoitosuhteeseen. Hoitosuhteessa avoin vuorovaikutus ja keskinäinen luottamus on tärkeässä asemassa. (Iivanainen & Syväoja 2016, 475.) Hyvässä hoitosuhteessa otetaan huomioon potilasta koskevat psyykkiset, fyysiset, sosiaaliset ja henkiset näkökulmat (Vuoti 2009). Tällöin Rauhalan (1999) kehittämä holistinen ihmiskäsitys auttaa ymmärtämään kohdattavaa potilasta ja ihmistä.

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tulee edistää terveyttä, ehkäistä sairauksia ja lievittää kärsimystä. Sairaanhoitajan tulee auttaa ihmisiä elämänhallinnan saavuttamisessa ja potilaiden elämän laadun parantamisessa. Sairaanhoitajan tulee suojella ihmiselämää ja edistää sitä, että potilaalla olisi hyvä olla. Sairaanhoitajan tulee antaa arvoa potilaalle ja kunnioittaa potilaan valintoja. Sairaanhoitaja kohtelee toista ihmistä hyvin ja kuuntelee, mitä potilaalla on sanottavanaan. Jokaista potilasta tulee hoitaa yhtä hyvin. (Sairaanhoitajat. Ammatti ja osaaminen. Ammattietiikka ja kollegiaalisuus. Eettiset ohjeet suomeksi.) Potilaan kuuntelu on tärkeää. Hoitosuhteeseen kuuluu myös se, että potilasta ohjataan. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2019, 37–38.)

Itsetuhoisen henkilön hoitamista voi myös lähestyä hoitotyön periaatteiden kautta. Hyvässä hoitamisessa nämä kaikki ovat mukana hoitosuhteessa. Hoitotyön periaatteet ovat kunnioittaminen, yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, yksityisyys, perhekeskeisyys, turvallisuus, kokonaishoito, terveyskeskeisyys, omatoimisuus ja hoidon jatkuvuus. (Rautava-Nurmi et al. 2019, 26–30.) Tässä työssä tarkastellaan niitä periaatteita, jotka korostuvat itsetuhoisen henkilön hoidossa.

Kunnioittamisen periaate on hoitotyön periaate, joka liittyy itsetuhoisten henkilöiden hoitamiseen. Ihmisarvoa tulee kunnioittaa, mikä rakentaa pohjan hoitotyölle. Potilasta ei tule syrjiä hänen ominaisuuksiensa perusteella. Potilasta tulee

kohdella inhimillisesti eikä kukaan ihminen ole toista arvokkaampi. (Rautava-Nurmi et al. 2019, 27.) Itsetuhoisen potilaan kohtelussa tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että potilasta kohdellaan hyvin eikä häntä syrjitä tilanteensa vuoksi.

Yksilöllisyyden periaatteen mukaisesti potilasta kohdellaan arvokkaasti. Jokaisella potilaalla on omanlaisensa tarpeet ja nämä tulee ottaa huomioon hoitamisessa. Potilasta tulee kuunnella. (Rautava-Nurmi et al. 2019, 27.) Itsetuhoisissa potilaissa on varmasti havaittavissa samoja piirteitä, mutta silti jokainen ihminen tulisi ottaa ainutkertaisena huomioon.

Itsemääräämisoikeus tarkoittaa sitä, että potilas voi itse vaikuttaa omaan hoitoonsa ja että hän saa tarpeeksi tietoa tilanteestaan ja vaikkapa siitä, mitä tapahtuu, jos hoitoa ei annettaisi. Potilas voi tehdä myös sellaisia päätöksiä, jotka poikkeavat terveydenhuollon toimijan näkemyksestä, mutta tällaisissa tilanteissa on kuitenkin tärkeää se, että potilasta ei hylätä. (Rautava-Nurmi et al. 2019, 27.) Itsetuhoinen henkilö voi päätyä lopulta itsemurhaan, mutta itsetuhoiseen ajatteluun voidaan hoidolla puuttua esimerkiksi sillä tavalla, että masennusta hoidetaan ja että potilas ylipäätään saa parasta mahdollista hoitoa.

Perhekeskeisyyden periaate on itsetuhoisten henkilöiden hoitamisessa keskeistä. Potilaan tilanne vaikuttaa usein koko perheeseen ja perhe voi olla tukena hoidossa. Hoitotyössä on tärkeää antaa tukea myös perheelle, kun se sitä tarvitsee. (Rautava-Nurmi et al. 2019, 28.) Perheen ja potilaan vuorovaikutus on itsetuhoisten potilaiden hoitamisessa tärkeää, sillä perhe voi antaa tukea. Kaikilla potilailla ei kuitenkaan ole läheisiä tukena. Tällaisissa tilanteissa diakonia voisi toimia apuna, koska diakoniatyö pystyy tukemaan ihmisiä, jotka ovat haavoittuvaisia ja ovat vaikeassa elämäntilanteessa (EVL. Plus. Seurakuntaelämä).

Turvallisuuden periaate tarkoittaa sitä, että potilaaseen kohdistetut hoitomenetelmät ovat turvallisia ja että hoitoympäristö on muutenkin turvallinen. Lisäksi potilaan tulisi itse kokea turvallisuuden tunnetta hoidossa ollessaan. (Rautava-Nurmi et al. 2019, 28–29.) Itsetuhoiset henkilöt tarvitsevat ennen kaikkea turvallisuuden tunnetta hoitoon hakeutuessaan.

Kokonaishoidon periaatteen mukaan potilas otetaan huomioon fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena, jossa kaikki osa-alueet vaikuttavat toisiinsa. Tämä tarkoittaa myös sitä, että potilasta hoidetaan tarpeen mukaan moniammatillisesti. (Rautava-Nurmi et al. 2019, 29.) Tässä kohtaa Rauhalan (1989) holistinen ihmiskäsitys tukee tätä periaatetta. Itsetuhoisen henkilön psyykkiseen vointiin voivat vaikuttaa myös fyysiset ja sosiaaliset seikat, ja toimenpiteitä tulisi tarpeen mukaan kohdistaa myös niihin osa-alueisiin.

Hoidon jatkuvuuden periaate on ajankohtainen asia itsetuhoisten henkilöiden hoidossa. Tämä tarkoittaa sitä, että potilas ei saa jäädä kahden eri systeemin väliin ja että tieto potilaasta tulee kulkea saumattomasti eri yksiköiden välillä. (Rautava-Nurmi et al. 2019, 30.) Tämä voisi tarkoittaa itsetuhoisen henkilön kohdalla sitä, että kun potilas kotiutuu vaikkapa sairaalahoidosta, niin potilaalla tulisi olla mahdollisuus saada tukea tilanteeseensa, jos tilanne yhtäkkiä huononee.

## 5 ITSETUHOISEN HENKILÖN HOIDOSTA JULKISELLA SEKTORILLA

Esitän tässä luvussa tietoa siitä, millaista hoitoa itsetuhoisella henkilöllä on mahdollisuus saada tällä hetkellä julkiselta sektorilta. Ajattelen asiaa siitä näkökulmasta, että Vantaalla asuvalla henkilöllä on itsetuhoisia ajatuksia. Tämän rajauksen olen tehnyt siitä syystä, että pystyn tarkastelemaan asiaa konkreettisesti.

Yksi tapa saada apua Vantaalla on yhteydenotto terveysaseman psykiatriseen sairaanhoitajaan. Vantaan kaupungin internet-sivujen mukaan psykiatristen sairaanhoitajien tarjoamien palvelujen tarkoitus on, että tarjottu palvelu on matalan kynnyksen apua, johon ei tarvitse lähetettä. Asiakkaan oma näkemys siitä, että tarvitsee apua, on riittävä ehto avun saamiseksi. Vastaanotolle saa ottaa mukaan myös läheisen. Sivustolla kerrotaan myös, että jos itsetuhoisia ajatuksia on, tehokkaampi tapa hakea apua on terveyskeskus- ja sairaalapäivystys. (Vantaan kaupunki. Terveys- ja sosiaalipalvelut. Mielenterveys ja Päihteet. Mielenterveys.)

Vantaan kaupungin internet-sivuilla kerrotaan, että terveysasemilta saa kiireellistä hoitoa klo 8:n ja 16:n välisenä aikana arkipäivinä. Arkisin ja virka-aikana on mahdollista hakeutua minkä tahansa terveysaseman päiväpoliklinikalle, mutta jos potilaalla on omalääkäri tai potilas ei asu Vantaalla, on hakeuduttava omalle terveysasemalle. Itsetuhoisten ajatusten syntyessä muulloin kuin arkisin ja virka-aikana, Peijaksen sairaala hoitaa äkillisiä ja vakavia sairauksia ympäri vuorokauden. Peijaksen yhteispäivystyksessä potilaat hoidetaan sen mukaan, miten kiireellisiä tapaukset ovat. (Vantaan kaupunki. Terveys- ja sosiaalipalvelut. Päivystys. Ensiapu ja päivystys.)

Psykiatrinen tai päihdehuollon jatkohoito tulee usein kysymykseen, kun kyse on itsetuhoisen henkilön hoidosta. Peijaksen sairaala huolehtii sekä Vantaan että Keravan aikuisten psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta. Peijaksen sairaala tekee yhteistyötä muiden alueen yksiköiden, kuten terveysasemien kanssa. Peijaksen sairaalassa on kolme psykiatrisen hoidon osastoa sekä yhdeksän eri poliklinikkaa. (HUS. Etusivu. Sairaanhoito. Sairaalat. Peijaksen sairaala. Psykiatria.)



Somaattisen hoidon jälkeen itsemurhaa yrittäneen henkilön psyykkistä tilannetta tulisi tarkastella kokonaisvaltaisesti ja samalla pitäisi suunnitella, miten ja missä hoitoa jatketaan. Olisi hyvä, jos arvion voisi tehdä psykiatri, mutta jos psykiatria ei ole saatavilla, niin asiaan perehtynyt lääkäri, joka on arvioinut fyysisen terveyden, voi myös tehdä arvion. (Suominen & Valtonen 2013.) Päivystävissä yksiköissä olisi tärkeää huolehtia siitä, että itsemurhaa yrittäneitä potilaita voidaan arvioida tarkoituksenmukaisesti huolimatta siitä, onko päivystys- vai virka-aika. Jos psykiatrissa erityisasiantuntemusta ei ole saatavilla, niin muulla henkilöstöllä tulisi olla osaamista itsetuhoisten henkilöiden psykososiaalisen tilan arvioimiseksi. Tässä kohtaa potilaan kanssa pitää keskustella sen verran, että voidaan arvioida, miten suuri halu potilaalla on kuolla ja mitä mieltä hän on siitä, että on jäänyt henkiin. (Suokas & Valtonen 2015.)

Käypä hoito -suositukset ohjeistavat myös itsemurhaa yrittäneen henkilön hoidosta. Suosituksen mukaan itsemurhaa yrittäneen henkilön hoito voidaan useimmissa tapauksissa järjestää psykiatrisessa avohoidossa. Itsemurhan yrittäminen ei välttämättä johda osastohoitoon sairaalassa eikä itsemurhan yrittäminen vielä tarkoita sitä, että henkilö voitaisiin ottaa hoitoon tahdonvastaisesti, mutta tietysti joissakin tapauksissa nämä ehdot täytyvät. Tällainen tilanne voisi tulla esimerkiksi silloin, kun muut mielenterveyspalvelut eivät riitä. (Käypä hoito. Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito.)

Saako sitten Vantaalla tai Suomessa ylipäätään hoitoa itsetuhoisiin ajatuksiin ja itsemurhayrityksiin? Vorman ja kumppaneiden (2020, 11–12, 29–30) raportin mukaan Suomessa ei ole helppo yleisesti ottaen saada mielenterveyspalveluja, jos tilannetta vertaa siihen, että apua fyysisiin terveysongelmiin on kohtalaisen helppo saada. Yleisesti ottaen ajatellaan, että on vaikeaa päästä psykiatriseen hoitoon, ja avopalveluidenkin saatavuudessa on suuria eroja. Hoitoonpääsyajat ovat olleet pitkiä, vaikka psyykkisissä ongelmassa olisi tärkeää päästä ajoissa hoitoon. (Vorma et al. 2020, 11–12; 29–30.)

Mielenterveysongelmista puhuttaessa ei voi välttää puhumista myös käytettävissä olevista resursseista. OECD-maissa mielenterveys on tyypillisesti ollut sitä paremmalla tasolla, mitä enemmän terveydenhuoltoon on käytetty resursseja,

kun mielenterveyttä on mitattu käyttäytymisen ja mielenterveyden häiriöiden määrällä. Mielenterveysongelmat ovat keskeinen tekijä, kun terveyttä arvioidaan sekä fyysisestä että psyykkisestä näkökulmasta. (Park et al. 2020).

## 6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa itsetuhoisten henkilöiden hoidosta. Tutkimuksen tavoitteena on tehdä ehdotuksia hoidon kehittämiseksi julkisella sektorilla. Tutkimuskysymys on seuraavanlainen:

- Miten itsetuhoisten henkilöiden hoitoa voitaisiin kehittää julkisella sektorilla?

Tämä tutkimus on hoitotieteellinen tutkimus, ja siksi kehittämissuhteideni keskittyvät siihen, mitkä asiat hoitosuhteessa ovat keskeisiä. Vaikka lääketieteellinen näkökulma on tässäkin tutkimuksessa väistämättä mukana, en esimerkiksi esitä kehittämissuhteidenä sellaisia asioita, mitkä kuuluvat selkeästi lääketieteen tai psykologian kentälle. En esimerkiksi keskity lääkehoitoon tai erilaisten psykoterapiasuuntausten arvioimiseen. Tässä tutkimuksessa hoidon kehittämisen näkökulma on nimenomaan yksilön saamassa hoidossa, kun taas yhteisölliset ja yhteiskunnalliset näkökulmat on rajattu pois.

Tutkimusmenetelmä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus (ks. Kangasniemi et al. 2013), jonka mukaisesti empiiristä aineistoa ei ole kerätty, vaan tutkimusaineistona ovat aiheeseen liittyvät aikaisemmat tutkimukset.

Suurimmalla osalla itsemurhaan päätyvistä henkilöistä on psykiatrinen diagnoosi (Suominen & Valtonen 2013). Tärkeää on muistaa kuitenkin se, että kaikilla itsetuhoisilla henkilöillä ei ole mielenterveysongelmia taustalla. Lisäksi kaikki mielenterveysongelmat eivät johda itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Itsetuhoisen käytös kertoo kuitenkin siitä, että ihminen kokee olonsa toivottomaksi ja psyykkisesti tilanne koetaan huonoksi. (Solin & Partonen 2017.) Itsemurhan tehneitä henkilöitä yhdistää se, että heidän psyykinen vointinsa ei ole ollut hyvä ennen itsemurhaa (Lönngqvist, Henriksson, Isometsä & Marttunen 2019). Näiden perustelujen vuoksi tarkastelunäkökulma tässä tutkimuksessa on vahvasti mielenterveyteen painottuva.

## 7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 7.1 Tutkimusmenetelmä

Hoitamista ja terveyttä koskevalla tutkimustiedolla voidaan sekä ymmärtää hoitotyötä paremmin että tuottaa parempia hoitokäytäntöjä. Myös itse terveyden olemusta tai kärsimystä voidaan hoitotieteen avulla ymmärtää paremmin. (Eriksson et al. 2007, 11–13.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena on hoitomenetelmien kehittäminen.

Tämän tutkielman tutkimusmenetelmänä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa luodaan analyttinen katsaus aiheeseen aiempiin tutkimustuloksiin perustuen. Tutkimusaineistona ovat aiheeseen liittyvät tutkimukset, eikä empiiristä aineistoa kerätä. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kartoittaa tutkittua tietoa aiheesta sekä sitä, mitä keskeisiä käsitteitä ja ilmiöitä aiheeseen liittyy. (Kangasniemi et al. 2013.)

Tutkimuskysymykset ohjaavat kuvailevan kirjallisuuskatsauksen etenemistä. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteeksi sopii hyvin se, että haetaan tutkittua tietoa hoitomenetelmien kehittämiseksi. Tutkimuskysymys ohjaa aineiston valintaa ja se määrää lopulta myös, millaisia artikkeleita lopulliseen aineistoon valitaan. Aineiston valintaa ei välttämättä kuvata niin tarkasti kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, vaan lopulta artikkeleiden sopivuus paljastuu varsinaisessa analyysissä ja siinä, miten asia osataan argumentoida tekstissä, jolloin aineiston valinta tapahtuu implisiittisesti. Kunkin artikkelin valinta perustuu siihen, mitä artikkeli sisällöllisesti voi antaa tutkimuskysymysten ratkaisemiseen. Menetelmänä kuvaileva kirjallisuuskatsaus on laadullinen ja ymmärtämiseen pyrkivä. (Kangasniemi et al. 2013.)

Laadullinen tutkimusote soveltuu tutkimuksen tekemiseen silloin, kun ilmiön yksityiskohtaiset rakenteet ovat tarkastelun kohteena sen sijaan, että kiinnostuksen kohteena olisi yleisluonteinen jakaantuminen. Laadullisessa tutkimuksessa perehdytään tarkemmin eri asioiden merkitykseen. Lisäksi, vaikka syy-seuraus-

suhteita ei voi tutkia kausaalisesti, niin kuitenkin ymmärrystä syy-seuraussuhteista ja niiden kontekstista on mahdollista saada. (Metsämuuronen, 2006, 88.)

Yin (2003) määrittelee laadullisen tutkimuksen sopivan silloin tutkimusotteeksi, kun on tarkoitus vastata yhtäältä kysymyksiin 'kuinka' ja toisaalta 'miksi' (Baxter & Jack 2008). Molemmat kysymykset ovat osa tätä tutkimusta. Kysymys 'kuinka' on keskeistä tälle tutkimukselle, koska tarkoitus on luoda ehdotuksia hoidon kehittämiseksi, mutta hoidon kehittämisehdotuksia myös perustellaan, joten kysymys 'miksi' on myös mukana, vaikka kausaliteetin esiintymistä ei tämältyyppi-sessä tutkimuksessa voi tutkia.

## 7.2 Kirjallisuuskatsaus

Tein ensimmäiseksi haun Hoitotiede-lehdestä, josta oli verkossa saatavilla artikkelit vuodesta 2011 lähtien. Hakusanalla 'itsetuhoisuus' löytyi kolme artikkelia. Valitsin niistä yhden artikkelin (Salmi et al. 2014), joka keskittyi itsetuhoisuuden hoitoon toisin kuin kaksi muuta artikkelia. Hakusanalla 'itsemurhat' ei löytynyt yhtään artikkelia. Hakusanalla 'mielenterveys' sain yhdeksäntoista artikkelin listan, joista valitsin yhden, joka käsitteli mielenterveyspotilaan läheisenä olemista (Koponen et al. 2012). Koska otsikoiden ja abstraktien perusteella muut artikkelit tästä yhdeksäntoista artikkelin luettelosta eivät keskittyneet itsetuhoisuuteen tai itsemurhiin, en valinnut niitä mukaan aineistooni.

Seuraavaksi jatkoin hakua Tutkiva hoitotyö -lehdestä, joka oli verkossa saatavilla vuodesta 2016 lähtien. Hakusanalla 'itsetuhoisuus' löytyi yksi artikkeli, jota ei kuitenkaan ollut saatavilla kokonaisuudessaan tietokannassa. Hakusanalla 'itsemurhat' ei löytynyt yhtään artikkelia. Hakusanalla 'mielenterveys' löytyi seitsemän artikkelia, mutta koska ne eivät keskittyneet itsetuhoisuuden hoitoon, en ottanut tästä luettelosta yhtään artikkelia mukaan tutkimukseeni.

Jatkoin artikkeleiden hakua tarkastelemalla Duodecim-lehden artikkeleita. Hakusanalla 'itsemurhat' löytyi kaiken kaikkiaan 186 artikkelia. Kävin listaa läpi otsikoiden perusteella. Valitsin listasta kaksi artikkelia (Solin & Partonen 2017;

Suominen & Valtonen 2013), jotka käsittelivät itsetuhoisuutta juuri tämän tutkimuksen tutkimuskysymysten kannalta. Artikkeleita olisi toisaalta voinut valita tästä listasta enemmänkin, mutta halusin sisällyttää aineistooni myös kansainvälisiä, tieteellisiä artikkeleita, ja siirryin tekemään hakuja toisessa tietokannassa. Artikkeleiden määrän halusin kuitenkin pysyvän maltillisena.

Tein lisää hakuja Ebsco Academic Search Premier -tietokannassa. Käytin hakusanoja 'suicide', 'health care' ja 'prevention', joiden kaikkien tuli esiintyä otsikossa. Tällä haulla sain esiin 24 artikkelin listan. Valitsin tästä luettelosta kaksi artikkelia (Littlewood et al. 2019; Setkowski et al. 2020), koska ne käsittelivät erityisesti itsetuhoisten henkilöiden hoidon kehittämistä. Muut artikkelit tästä 24 artikkelin luettelosta jätin pois, koska kokotekstiversioita ei ollut saatavilla tai kyseessä ei ollut tieteellinen artikkeli. Lisäksi suljin artikkelin pois, jos artikkeli käsiteli suppeaa ihmisryhmää tai sellaista maantieteellistä aluetta, joka ei edustanut länsimaista kulttuuria. Lisäksi poissuljetut artikkelit eivät otsikon ja abstraktin perusteella vastanneet tarpeisiini löytää nimenomaan hoidon kehittämisen näkökulmaa aiheeseen.

Tein tietokannassa uuden haun, jossa sanojen 'suicide attempt' ja 'health care' tuli olla otsikossa, kun taas kolmas hakusana 'mental health' saattoi esiintyä muussa tekstissä. Tällä haulla sain kymmenen artikkelin listan, joista valitsin yhden artikkelin (McKay & Shand 2018) sillä perusteella, että se käsiteli hoidon kehittämistä. Muut artikkelit eivät olleet saatavilla tai eivät käsitelleet itsetuhoisuutta hoidon kehittämisen näkökulmasta.

Kerättyäni tutkimuskysymykseni kannalta relevantteja artikkeleita kokoon, luin artikkelit ja teemoittelin aineiston. Eskolan ja Suorannan (2008, 174–175) mukaan teemoittelussa aineistosta erotellaan tutkimusongelmaa käsitteleviä teemoja. Teemoittelu mahdollistaa se, että tiettyjen teemojen esiintymistä kerätyssä aineistossa voi tarkastella. Tekstimassasta erotellaan näin ollen tutkimuskysymystä valaisevia teemoja. Teemoittelussa on myös tärkeää, että teoria ja empiria käyvät keskustelua keskenään.

Hahmottelin aineistosta siis teemoja, jotka pitivät sisällään näkökulman itsetuhoisten henkilöiden hoidon kehittämiseksi. Teeman alle sisällytin löydöksiä artikkelin sisällöstä. Löydökset olivat yksittäisiä asioita, eli käytännössä yhden tai kahden lauseen kokonaisuuksia. Teeman ajattelin toisin sanoen olevan ehdotus hoidon kehittämiseksi. Teemat syntyivät yhdistelemällä löydöksiä. Kirjoitin tulokset alustavasti ylös, ja tässä kohtaa sain luotua seitsemän erilaista ehdotusta hoidon kehittämiseksi.

Sain omasta mielestäni tiivistettyä aineistosta hyviä kehittämissuhteita, mutta kaipasin näille havainnoille lisää tutkimusnäyttöä. Siksi tein uuden haun sillä tavalla, että hakusanat 'suicide' ja 'health care' olivat otsikossa ja 'prevention' oli muussa tekstissä. Tällä haulilla sain 85 artikkelin listan, jossa tuli esiin samoja artikkeleita, jotka olin valinnut tutkimukseeni. Tästä listasta valitsin otsikon perusteella yhden artikkelin (Schou Pedersen 2019 et al.), koska se käsitteli sitä, miten itsemurhaan päätyneet henkilöt olivat olleet yhteydessä yleislääkäriin ennen itsemurhaa. Valitsin 85 artikkelin listasta vain yhden artikkelin, koska halusin pitää artikkeleiden lukumäärän sopivan kokoisena.

Tämän haun jälkeen aloin etsiä artikkeleita tietyillä täsmällisillä hakusanoilla löytääkseni lisää tutkimusnäyttöä löytämilleni yksittäisille teemoille. En olisi välttämättä saanut haussa näkyviin sellaisia artikkeleita, joiden oli tarkoitus antaa tutkimusnäyttöä yksittäisen teeman alle, jos olisin tehnyt hakuja samalla tavalla kuin aloittaessani haun. Tein useita hakuja ja kävin läpi kymmeniä abstrakteja. Näissä hauissa tuli usein esiin pitkiä artikkelilistoja, joista valitsin niitä artikkeleita, jotka vastasivat kulloiseenkin kysymykseen, joka minulla oli tarkastelun alla. Hauissa tuli esiin myös samoja artikkeleita useaan otteeseen, mikä kertoo siitä, että olin osannut löytää tutkimukseeni relevantteja aikaisempia tutkimuksia ja olin löytänyt tieteellisen keskustelun ytimeen. Etsin artikkeleita myös löytämieni artikkeleiden lähdeluetteloista. Ensimmäisellä hakukierroksella sain aikaiseksi kokonaiskat-  
sauksen aiheeseen, jonka perusteella tein kehittämissuhteet, mutta useilla pienillä ja täsmällisillä hauilla sain kartoitettua tutkimusnäyttöä tukemaan löytämiäni teemoja. Listat, jotka sain hakuni perusteella, saattoivat olla pitkiä, mutta artikkeleiden lukumäärän tuli pysyä maltillisena. Kun olin kerännyt kaikki artikkelit kokoon ja olin sitä mieltä, että artikkelit riittävät analyysiin, kirjoitin lisää asioita

aikaisemmassa vaiheessa löytämieni teemojen ympärille tuomaan lisää tutkimusnäyttöä asiaan.



## 8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Aiheeseen liittyvä aikaisempi tutkimus antaa näyttöä siitä, että itsetuhoisten henkilöiden hoidossa olisi monia mahdollisuuksia hoidon kehittämiseksi. Yksilötasolla kliinisessä hoidossa onnistuminen pienentää potilaan riskiä tehdä itsemurha (Lönqvist, Henriksson, Isometsä & Marttunen 2019). Monet terveydenhuollon toimijat käyttävät jo hyviä ja tehokkaita menetelmiä itsetuhoisten henkilöiden hoidossa, sillä onhan itsemurhat laajalti tutkittu aihe. Voi kuitenkin ajatella niin, että hyvät käytössä olevat toimintatavat voivat saada mahdollisesti vahvistusta tästä kirjallisuuskatsauksesta. Tässä työssä painopisteessä on nimenomaan hoitotieteellinen näkökulma tarkoituksena löytää keinoja hyvän hoitosuhteen luomiselle.

### *Itsetuhoisten ajatusten tunnistaminen*

Yleislääkäri on yksi tärkeä taho, joka on avainasemassa itsetuhoisten henkilöiden tunnistamisessa laajasta potilasjoukosta, koska osa itsemurhaan päätyneistä henkilöistä (yli 30 %) oli ollut tanskalaisen tutkimuksen mukaan yhteydessä lääkäriin ennen itsemurhan toteutumista kuukauden aikana ennen itsemurhaa. Tässä kohtaa itsetuhoiseen käyttäytymiseen siis voisi vielä puuttua. Toisaalta kuitenkin alle 70 % potilaista oli saman tutkimuksen mukaan tehnyt itsemurhan ilman että oli ottanut yhteyttä lääkäriin. Osa itsemurhista olisi tämän tutkimuksen perusteella estettävissä sillä tavalla, että potilaan riskiä tehdä itsemurha arvioitaisiin ja tilanteeseen puututtaisiin. (Schou Pedersen, Fenger-Grøn, Bech, Erlangsen & Vestergaard 2019.)

Irlantilaiseen aineistoon perustuvan tutkimuksen mukaan niinkin suuri osa kuin 87 % itsemurhan tehneistä henkilöstä oli ollut yhteydessä terveydenhuoltoon kahdentoista kuukauden aikana ennen itsemurhaa. Toisaalta melko suuri osa (40 %) ei ollut kuitenkaan saanut psykiatrasta diagnoosia. (Leavey et al. 2016.) Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan 83 % itsemurhaan päätyneistä henkilöistä oli ollut terveydenhuollon piirissä vuoden aikana ennen itsemurhaa, mutta noin puolet itsemurhaan päätyneistä henkilöistä ei ollut saanut psykiatrasta diagnoosia. Tästä syystä pitäisikin kehittää keinoja tunnistaa mielenterveysongelmia ylipäättään

sekä miettiä sitä, miten itsetuhoisia ajatuksia voisi potilasjoukosta kartoittaa tehokkaammin. (Ahmedani et al. 2014.)

Potilasjoukosta olisi tärkeää löytää ne henkilöt, joiden riski kuolla itsemurhaan on suurin, jotta heitä voitaisiin hoitaa tilanteeseen sopivalla tavalla (Setkowski et al. 2020). Psykiatrisen sairauksien huomaaminen ja niiden hoitaminen olisi tärkeää itsemurhien ehkäisemiseksi. On kuitenkin vaikea erottaa suurimmassa itsemurhan vaarassa olevat henkilöt laajasta potilasjoukosta. Lisäksi potilaan päihteiden käyttö voi vaikeuttaa tilanteen arviointia. (Suominen & Valtonen 2013.)

Yleislääkäreillä tulisi olla osaamista itsetuhoisten henkilöiden tunnistamista varten. Olisi tärkeää kyetä arvioimaan potilaan biologisen ja fyysisen tilan ohella myös sosiaalisia ja kulttuurisia näkökulmia eli koko sitä kontekstia, jossa potilas sillä hetkellä on. (Hawgood, Krysinska, Ide & De Leo 2008.) Toki potilaat saattavat hävetä mielenterveysongelmia niin paljon, etteivät ota niitä puheeksi ja myös kulttuuri voi vaikuttaa siihen, miten asiasta keskustellaan, jos siitä ylipäättään keskustellaan (ks. Park et al. 2020). Itsemurha-aikeista kysyminen ei lisää itsemurhan riskiä. Itsemurhan ehkäisemisessä itsemurhavaaran tunnistaminen on avainasemassa (Solin & Partonen 2017).

Ehdotankin, että itsetuhoisia ajatuksia tulisi kartoittaa terveydenhuollossa laajemmin. Pitäisi oppia tunnistamaan itsetuhoiset henkilöt potilaiden joukosta. Olisi tärkeää tunnistaa ne potilaat, joilla on riski tehdä itsemurha. Olisi ehkä myös tärkeää kartoittaa mielenterveyden tilaa hoitosuhteessa jollakin tavalla, vaikka potilas ei olisikaan hakeutunut vastaanotolle psyykkisten ongelmien vuoksi.

### *Tapaukseen keskittyminen*

Yksi ainoa menettelytapa itsetuhoisten henkilöiden hoidossa ei sovi kaikille potilaille, koska potilaat ja heidän tilanteensa ovat erilaisia (Setkowski et al. 2020). Pitäisi keskittyä juuri kulloinkin edessä olevan potilaan tilanteeseen (McKay & Shand 2018).

Vastaanotolla tulisi fysiologisen tilanteen lisäksi kartoittaa myös psykososiaalinen tilanne (Littlewood et al. 2019). Tutkimuksessa nuorten itsetuhoisten henkilöiden hoidosta huomattiin, että olisi tärkeää keskustella asioista, jotka ovat johtaneet nuoren itsetuhoiseen käytökseen, mikä kertoo siitä, että halutaan perehtyä potilaaseen yksilöllisesti (Salmi et al. 2014). Olisi tärkeää puhua potilaan kanssa syistä, miksi hän on päätenyt yrittämään itsemurhaa sekä siitä, millaisia tunteita potilaalla on (McKay & Shand 2018). Itsemurhayrityksestä puhuminen perusteellisesti ja ajan kanssa olisi keino hyvän hoidon luomiseksi (Solin & Partonen 2017).

Itsetuhoisten potilaiden hoidossa tulisi keskittyä potilaan tilanteeseen syvästi. Pitäisi pitää mielessä se, että itsetuhoiset henkilöt eroavat toisistaan sen suhteen, mitä tekijät ovat johtaneet itsetuhoisuuteen ja mitkä tekijät ovat vaikuttaneet taustalla. Olisi tärkeää puhua itsemurhayrityksestä ja sen syistä yksityiskohtaisesti. Tulisi keskittyä potilaaseen ja hänen tilanteeseensa.

#### *Luottamuksen rakentaminen hoitosuhteessa*

Itsetuhoisista ajatuksista ei ole välttämättä helppo keskustella, koska hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä tulisi olla riittävästi luottamusta. Myös vuorovaikutustaitojen olisi oltava hyvät. Oikean ajoituksen valintaa keskustelulle voi olla haasteellista arvioida. Jos asiasta pääsee kuitenkin keskustelemaan, sen aikana voisi tehdä havaintoja siitä, miten potilas elehtii ja ilmehtii. Omaan, intuitiiviseen arvioon potilaan tilanteesta kannattaisi myös luottaa. (Solin & Partonen 2017.)

Luottamuksellisessa suhteessa keskustelua voidaan käydä turvallisesti ja avoimesti. Tunteen välittämisestä tulisi ulottua hoitohenkilökunnasta hoidettavaan potilaaseen. Pienetkin asiat voivat saada potilaassa aikaan tunteen ja kokemuksen, että hoitohenkilökuntaan kuuluva auttaja välittää potilaan tilanteesta. (Salmi et al. 2014.) Se, millainen kohtaaminen hoitohenkilökunnan ja potilaan välille syntyy, on keskeisessä roolissa itsetuhoisen henkilön hoidossa. Pienillä sanoilla ja eleillä hoitohenkilökunnan taholta saattaa olla merkittävä vaikutus itsetuhoisen henkilön toipumiseen. (McKay & Shand 2018.)

Mielenterveysongelmiin liittyvä häpeä ja kielteiset asenteet saattavat olla esteenä ongelmista puhumiselle (Solin & Partonen 2017). Empatian osoittaminen ensimmäisen kontaktin yhteydessä on potilaan kannalta hyvä (Shand, Vogl & Robinson 2018), ja silloin on väistämättä puhuttava tehdystä itsemurhayrityksestä ja sen syistä. Toivon herättäminen on tärkeää (Suominen & Valtonen 2013).

Ehdotus hoidon kehittämiseksi on, että hoitosuhde pyritään luomaan hyvin luottamukselliseksi ja avoimeksi. Potilaan olisi uskallettava puhua ajatuksistaan. Olisi tärkeää saada potilaalle aikaan tunne, että häntä kuunnellaan ja että hänen asioistaan ollaan kiinnostuneita.

#### *Turvallisuuden luominen hoitosuhteessa*

Turvallisen hoitoympäristön luominen osastohoidossa on tärkeää. Tulee esimerkiksi varmistaa, ettei lääkkeitä ole saatavissa yliannostusta varten. (Littlewood et al. 2019.) Sairaalassa oloajan tulee olla potilaan kannalta turvallinen (Williamson et al. 2019).

On tärkeää varmistua potilaan turvallisuudesta myös kotiutumisvaiheessa, jolloin on hyvä arvioida potilaan tilanne laajasti ennen kotiutumista. Potilaan riskiä tehdä itsemurha tulee kotiutustilanteessa arvioida. Pitää tehdä myös suunnitelman sen varalta, että kotona tulee ongelmia. (Littlewood et al. 2019.) Erityisen turvasuunnitelman tekeminen voi olla yksi keino kehittää itsetuhoisten henkilöiden hoitoa. Turvasuunnitelma voitaisiin tehdä henkilöille, joilla riski kuolla itsemurhaan on suurin. (Setkowski et al. 2020.)

Turvallisuuden luominen on keino kehittää itsetuhoisten henkilöiden hoitoprosessia. Olisi varmistuttava siitä, että jos potilas on vaikkapa sairaalassa, niin ympäristö olisi kaikin puolin turvallinen. Lisäksi turvallisuuden tulee ulottua myös siihen, kun potilas kotiutuu vastaanotolta tai sairaalasta. Turvallisuuden kokonaiskartoitus voisi toimia hyvänä keinona.

### *Hoidon jatkuvuuden ylläpitäminen*

Itsetuhoisten henkilöiden hoidossa tulee kiinnittää huomiota hoidon jatkuvuuteen. Siirtymiset paikasta toiseen tai tilanne, jossa hoitava lääkäri ja hoitopaikka muuttuvat, ovat riskialttiita kohtia. (Setkowski et al. 2020.) Siirtymissä on huolehdittava siitä, että uusi hoitotiimi pääsee ajan tasalle potilaan tilanteesta. On myös tärkeää, että potilasta koskevat tiedot on ajantasaisesti esitetty potilastietojärjestelmässä. (Littlewood et al. 2019.) Olisi tärkeää seurata potilaita kotiutumisen yhteydessä ja olisi myös hyvä, jos potilaan mahdollinen omalääkäri olisi ajan tasalla tilanteesta (McKay & Shand 2018). Potilaan jatkohoito tulee koordinoida itsemurhayrityksen jälkeen (Shand, Vogl & Robinson 2018).

Viidentenä keinona itsetuhoisten henkilöiden hoitamiseksi esitän, että hoidon jatkuvuuden turvaamiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Jos hoitava lääkäri, muu henkilökunta tai hoitopaikka muuttuvat, niin olisi varmistuttava, että potilas ei putoa järjestelmien väliin. Tätä auttaa myös se, että potilasta koskevat kirjaukset potilastietojärjestelmässä ovat ajan tasalla.

### *Yhteydenotot potilaaseen kotiutumisen jälkeen*

Osalla itsetuhoisista henkilöistä on takanaan psykiatrinen hoito sairaalassa (kts. Andersen et al. 2000). Potilaat, joita on hoidettu esimerkiksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön, masennuksen ja skitsofrenian vuoksi, voivat olla itsemurhavaarassa (kts Weston-Green, Osborne & Newell 2018). Itsemurhan tehneitä henkilöitä yhdistää usein se, että heillä on monia diagnooseja ja taustalla on vakavia itsemurhayrityksiä (Holländare et al. 2020).

Yksi keino kehittää itsetuhoisten henkilöiden hoitoa on se, että hoitava taho on yhteydessä potilaaseen, joka on kotiutunut vastaanotolta tai sairaalasta (Setkowski et al. 2020). Soitto potilaalle kotiutumisen jälkeen kehittäisi hoitoa (Littlewood et al. 2019). Säännölliset tapaamiset hoitavan tahon kanssa olisivat hyviä siltä kannalta, että vointia voitaisiin seurata ja että hoitosuunnitelmaa voitaisiin tarpeen tullen muuttaa (Solin & Partonen 2017).

Itsemurhayrityksen jälkeen potilaalla on riski tehdä uusi itsemurhayritys. Inagakin ja kumppaneiden (2019) tutkimuksen mukaan aktiivinen yhteydenpito auttoi esittämään itsemurhayrityksen uusiutumista. On huomattu, että terveydenhuollon taholta tehty jälkiyhteydenotto auttaa ehkäisemään itsemurhia sellaisten henkilöiden kohdalla, jotka ovat yrittäneet itsemurhaa (Fossi Djembi 2020). Koska uuden itsemurhayrityksen riski on olemassa niin se, että hoitava taho seuraa tilanteen edistymistä, olisi tärkeää hyvän hoidon kannalta (Shand, Vogl & Robinson 2018). Sairaalasta kotiutuneita itsetuhoisia henkilöitä tulisi seurata tarkasti (Williamson et al. 2019).

Kuudentena keinona kehittää itsetuhoisten henkilöiden hoitoa esitän, että itsemurhayrityksen tai itsetuhoisuuden ilmenemisen jälkeen hoitavan tahon tulisi seurata itsetuhoisen potilaan tilannetta ja oltava aktiivisesti yhteydessä potilaaseen.

#### *Läheisten mukaan kytkeminen hoitoprosessiin*

Erityisesti nuorten, itsetuhoisten henkilöiden hoidossa läheisten mukana olo ja sen tiedostaminen, että on olemassa jokin taho, joka välittää nuoresta, on havaittu tärkeäksi (Salmi et al. 2014). Läheiset olisi hyvä kytkeä mukaan itsetuhoisen henkilön hoitoprosessiin (Solin & Partonen 2017). Läheisten kytkeminen mukaan hoitoprosessiin voi auttaa kehittämään itsetuhoisten henkilöiden hoitoa, sillä läheiset voivat esimerkiksi antaa tärkeää tietoa hoitosuunnitelman luomista varten. Olisi kuitenkin aina varmistettava, haluaako itsetuhoinen henkilö lähipiirinsä mukaan hoitoon. (Setkowski et al. 2020.) Läheiset voivat olla apuna esimerkiksi siinä, että he muistuttavat potilasta vastaanotolle menemisestä tai lääkkeiden ottamisesta (Littlewood et al. 2019).

Ongelma siinä, että läheiset olisivat tukena, on kuitenkin, että myös lähipiiri voi väsyä tukemaan mielenterveysongelmaista läheistään, jolloin lähipiirin voimavarat eivät riitä. Siksi olisikin tärkeä tunnistaa sellaiset mielenterveysongelmaisten läheiset, jotka eivät enää jaksaa toimia tukena. (Koponen et al. 2012.) Lisäksi läheisten mukaan ottaminen voi olla hankalaa, jos potilas ei halua jakaa yksityisiä tietojaan kenenkään kanssa (Littlewood et al. 2019).

Ehdotuksena itsetuhoisten henkilöiden hoidon kehittämiseksi esitän, että läheiset tulisi kytkeä mukaan hoitoprosessiin, mutta ennen tätä olisi arvioitava, pystyvätkö potilaan läheiset ihmiset olemaan aidosti tukena. Jos läheisten voimavarat eivät riittäisi potilaan tukemiseen, niin olisi keskityttävä enemmän muihin keinoihin.

## 9 YHTEENVETO

### 9.1 Kehittämisehdotukset hoitotyölle

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa itsetuhoisten henkilöiden hoidosta. Tutkimuksen tavoitteena oli tehdä ehdotuksia hoidon kehittämiseksi julkisella sektorilla. Analysoimalla aiempaa tutkimusta tein seitsemän ehdotusta hoidon kehittämiseksi, ja ne ovat seuraavat:

- 1) itsetuhoisten ajatusten tunnistaminen,
- 2) tapaukseen keskittyminen,
- 3) luottamuksen rakentaminen hoitosuhteessa,
- 4) turvallisuuden luominen hoitosuhteessa,
- 5) hoidon jatkuvuuden ylläpitäminen,
- 6) yhteydenotot potilaaseen kotiutumisen jälkeen sekä
- 7) läheisten mukaan kytkeminen hoitoprosessiin.

Usein itsetuhoiset henkilöt ovat yhteydessä johonkin terveydenhuollon toimijaan jonkin asian puitteissa ennen itsemurhaa. Usein voi silti käydä niin, etteivät nämä henkilöt saa psykiatrista diagnoosia. Siksi mielenterveysongelmien ja itsetuhoisuuden huomaaminen myös perusterveydenhuollossa vastaanotolla olisi tärkeää. Itsetuhoisista ajatuksista voisi kysyä potilaalta suoraan, jos hänen elämänsä arvioidaan sisältyvän riskitekijöitä, jotka altistavat itsemurhille. Ehdotan, että itsetuhoisia ajatuksia tulisi kartoittaa laajemmin sellaisten potilaiden kohdalla, joiden elämässä on useita itsemurhille altistavia tekijöitä. Tällöin itsemurhaprosessiin voitaisiin puuttua jo siinä vaiheessa, kun huomataan, että tiettyjä riskitekijöitä on kasaantunut jonkin potilaan kohdalle (ks. Lönnqvist 2017 et al.).

Itsetuhoiset henkilöt eivät kaikki ole keskenään samanlaisia. Itsemurhayritykseen tai itsetuhoisuuteen liittyy usein moninaisten tekijöiden vaikutus, joten olisi tärkeää keskittyä kulloinkin käsillä olevaan potilaaseen ja siihen, mitä hän tuntee ja kokee. Ehdotan, että itsetuhoisen potilaan tilanteeseen syvennyttäen kokonaisvaltaisesti ja kiirehtimättä. Tässä kohtaa korostuu Rauhalan (1989) luoma



holistinen ihmiskäsitys, mikä tarkoittaa sitä, että tarkastellaan potilaan kohdalla laajasti hänen tilannettaan. Ei ole syytä keskittyä pelkästään potilaan fyysiseen ja psyykkiseen tilanteeseen vaan otettaisiin tarkasteluun koko konteksti ja kaikki ne tekijät, jotka vaikuttavat potilaan tilanteeseen. Tämä toteuttaisi myös kokonaisuhoiton periaatetta (ks. Rautava-Nurmi et al. 2020, 27–30).

Luottamuksen rakentaminen hoitosuhteessa on tärkeää. Olisi hyvä, jos potilaan ja auttavan tahon välille syntyisi luottamuksellinen vuorovaikutussuhde. Myös pienillä ystävällisillä sanoilla, teoilla ja eleillä voi olla tärkeä merkitys itsetuhoiselle henkilölle. Ehdotan, että hoitosuhteen luomisessa pyritään saamaan aikaan luottamuksen ja avoimuuden tunne. Tämän teeman kohdalla korostuvat hoitotyön periaatteista erityisesti kunnioittamisen ja turvallisuuden periaatteet (ks. Rautava-Nurmi et al. 2020, 27–30).

Olisi tärkeää myös varmistaa potilaan turvallisuus. Hoitopaikassa tai sairaalassa tulisi varmistua siitä, että potilaalla itsellään on turvallinen olo. Pitäisi myös varmistua siitä, ettei tarjolla ole sellaisia keinoja, joilla itsemurhan voisi toteuttaa. Ehdotan, että kiinnitetään huomiota turvallisuuteen hoitopaikassa ja/tai sairaalassa sekä kotiutumisvaiheessa. Erityisen turvallisuussuunnitelman luominen voisi auttaa tällaisessa tilanteessa. Myös itsemurhakeinojen saatavuuden rajoittaminen vaikuttaa itsemurhien toteuttamiseen (ks. Lönnqvist et al. 2017).

Usein voi olla niin, että itsetuhoisen henkilön hoitava lääkäri ja muu hoitohenkilökunta sekä hoitopaikka muuttuvat. Siksi olisikin tärkeää huolehtia siitä, ettei potilas jää missään vaiheessa ilman hoitoa. Siirtymävaiheet ovat riskialttiita kohtia itsetuhoisen henkilön hoidossa. Ehdotan, että siirtymävaiheisiin kiinnitetään erityistä huomiota. Hoidon jatkuvuuden periaate nousee tärkeään asemaan tässä kohtaa (Rautava-Nurmi et al. 2020, 27–30).

Olisi tärkeää seurata potilaan tilannetta senkin jälkeen, kun hän poistuu vastaanotolta tai sairaalasta. On havaittu, että yhteydenpito potilaaseen auttaa estämään itsemurhia. Yhteydenpidon ei välttämättä tarvitse olla sellaista, että se veisi paljon resursseja. Yksittäisellä puhelinsoitollakin saattaisi olla suuri merkitys. Kohdattaessa potilas vastaanotolla esimerkiksi päivystyksessä, voi olla niin kiireinen

tilanne, ettei siinä ehdi käsitellä kaikkia tarvittavia asioita. Potilaalle tai hoitajalle ei myöskään välttämättä tule kaikkia asioita mieleen juuri siinä kohtaa. Itsetuhoisen henkilön hoidossa olisi tärkeää herättää toivoa (ks. Karvinen et al. 2012), ja toivon ja sitä kautta elämästä otteen saamisessa voisi jälkikäteen tapahtunut yhteydenotto sairaalasta tai vastaanotolta olla merkittävä. Elämänhallinnan syntyminen tapahtuu kuitenkin prosessina, joten olisi hyvä varmistaa se, että mahdollisesti hyvin alkanut toipumisprosessi jatkuu vastaanotolta poistumisen jälkeen.

Seitsemäs keino kehittää itsetuhoisten henkilöiden hoitoa on se, että potilaan läheiset otetaan mukaan hoitoprosessiin, jos potilas niin itse haluaa ja jos potilaan läheisillä on voimavaroja olla tukena itsetuhoisen henkilön hoidossa. Kaikilla potilailla ei kuitenkaan ole läheisiä. Tällaisissa tilanteissa apua voisi löytyä seurakunnasta ja erityisesti diakoniatyöstä. Sairaanhoidtaja voi ohjata potilasta kääntymään seurakunnan puoleen.

Monet hoitotyön periaatteet tulevat näkyviksi kehittämissuhteissa. Lisäksi kokonaisvaltainen ihmiskäsitys tulee kehittämissuhteissa esille. Hoitotyöllä ja potilaan kohtaamisella on suuri merkitys siinä, miten potilaan hoitamisessa onnistutaan.

## 9.2 Tutkimuksen eettisyys

Eettiset näkökohdat on otettu huomioon tutkimuksessa. Terveyttä koskevat tiedot ovat arkaluontoisia (Kuula 2006, 130). Jos tutkimuksessa olisi haastateltu henkilöitä, joilla on kokemusta itsetuhoisten henkilöiden hoidosta, niin eettisyys olisi tässä tutkimuksessa huomioitu toisella tavalla kuin nyt. Silloin olisi ollut esimerkiksi tärkeää se, ettei potilaita ja heidän kokemuksiaan voisi tunnistaa tutkimuksesta. Tässä tutkimuksessa, jossa tutkimusaineisto on aikaisempia tutkimuksia, eettisyys tulee näkyville ennen kaikkea siinä, että tutkittavaa ilmiötä kunnioitetaan ja että asiat esitetään itsetuhoisia henkilöitä kunnioittaen (Kuula 2006, 135–137). Tutkittavan ilmiön kunnioittaminen vahvistaa eettisyyttä (Kylmä 2008, 111). Toisaalta asiaa on ajateltava siitä näkökulmasta, miten hoitotyön periaatteet ja

hoitotyön etiikka ohjaavat hoitotyötä. Asiasta pitää tutkimuksessakin kirjoittaa sillä tavalla, että hoitotyön periaatteet ja sairaanhoitajan eettiset ohjeet on huomioitu.

### 9.3 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen luotettavuus laadullisessa tutkimuksessa keskittyy sen tarkastelemiseen, etteivät tulokset ole satunnaisista tekijöistä johtuvia. Luotettavuus tarkoittaa esimerkiksi sitä, että tutkittava ilmiö ja tutkimusmenetelmä ovat toisiinsa sopivat. (Metsämuuronen 2006, 200.) Vaikka käsitteitä reliabiliteetti ja validiteetti on käytetty enimmäkseen määrällistä tutkimusta arvioitaessa, niin käsitteitä voidaan soveltaa myös laadulliseen tutkimukseen. Niiden voidaan katsoa tarkoittavan laadullisessa tutkimuksessa esimerkiksi luotettavuutta ja täsmällisyyttä. (Golafshani 2003.)

Saamieni tutkimustulosten luotettavuutta lisää se, että kävin tutkimusta varten läpi satoja abstrakteja. Lisäksi pidän luotettavuuden osoituksena sitä, että kunkin teeman, joka tässä tapauksessa oli kehittämisehdotus, alle löytyi useita tutkimuksia tukemaan luomiani teemoja ja havaintoja. Halusin kuitenkin pitää artikkelien lukumäärän rajattuna. Työtä tehdessäni kirjoitin ensin työn teoreettisen viitekehyksen ja huomasin lopussa, että työn tulososassa tuli samoja asioita esille kuin mitä teoriaosan oppikirjoissa esitettiin, mutta nyt tutkimusnäytön kautta.

Jatkotutkimusehdotuksena voisi tarkastella yksityiskohtaisemmin haastatteluai-  
neiston avulla niitä esteitä, jotka syntyvät hoitohenkilökunnassa vuorovaikutuksessa itsetuhoisen henkilön kanssa ja jotka estävät turvallisen sekä kokonaisvaltaisen hoidon muotoutumisen. Tällaisella tutkimuksella voisi keskittyä syvällisemmin siihen, mitä kahden henkilön välisessä viestinnässä tapahtuu ja mitkä asiat hankaloittavat potilaan hoitoa ja toimivat esteenä hyvän vuorovaikutussuhteen luomisessa.

## 9.4 Oman ammatillisuuden kehittyminen

Oma ammatillisuus kehittyi monin eri tavoin tutkimusta tehdessä. Sairaanhoidajan työ on asiantuntija-ammatti. Substanssiosaamiseni lisääntyi samalla kun luin kirjallisuutta mielenterveydestä, itsetuhoisuudesta ja hoitotyöstä. Sairaanhoidajan tulee perustaa hoitotyötä näyttöön, mikä pitää sisällään esimerkiksi sen, että aikaisempaa tutkimustietoa osataan arvioida ja käyttää hyväksi hoitotyössä. Tämän tutkimuksen tekeminen kasvatti tätä taitoa, koska kävin läpi paljon tutkimuksia. Se, mitä löysin aikaisemmasta tutkimuksesta ja kirjoitin tuloksina auki, antoi itsevarmuutta toimia hoitajana, koska löysin mielestäni tärkeitä teemoja ja asioita, joista voi olla hyötyä käytännön hoitotyössä, missä hoitotyön on perustuttava näyttöön. Erityisesti tämä työ auttaa tulevaisuudessa minua hoitaessani psykiatrisia potilaita, mutta samalla se antaa minulle valmiuksia kohdata potilaita, joilla on fyysisiä sairauksia.

Tutkimuksen tekeminen antoi valmiuksia kasvaa sairaanhoitajana myös hoitosuhteen luomisen näkökulmasta. Keskeistä oli sen tiedostaminen, että ihmistä ja potilasta on tarkasteltava aina kokonaisvaltaisesta näkökulmasta. Täytyy huomioida ensinnäkin fyysiset ja psyykkiset asiat. Mutta tämän lisäksi on aina ajateltava sitä, että ihminen elää myös jossain sosiaalisessa ympäristössä, missä vuorovaikutussuhteet vaikuttavat ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen. Huonot ihmissuhteet voivat omalta osaltaan johtaa itsetuhoiseen käytökseen. Jos ihmisen kohdalle kasautuu monia ongelmia ja monia riskitekijöitä, tällaiseen potilaaseen tulee paneutua huolellisesti. Hoitosuhteessa on siis keskityttävä kuuntelemiseen, kunnioittamiseen ja ihmisen kohtaamiseen. Samalla tulee nähdä potilaan koko konteksti, missä hän elää. Samalla voi pohtia sitä, mistä syystä potilas voi huonosti.

En valmistu pelkästään sairaanhoitajaksi, vaan myös diakonissaksi. Jos työskentelisin diakonissana seurakunnassa, niin mielenterveysongelmat olisivat varmastikin asia, johon törmäisin usein. Jos taas työskentelen sairaanhoitajana, diakonissan koulutus antaa välineitä siihen, miten potilas kohdataan. Diakoninen hoitotyö tarkoittaa erityisesti mielestäni sitä, että

lähimmäisenrakkaus tulee vahvasti esille hoitotyössä. Tällöin kiinnitän huomiota ihmisiin, joilla huomaan olevan jollakin tavalla hätä ja joita auttaisin samalla tavalla kuin toivoisin itseäni tai läheisiäni kohdeltavan. On tärkeää myös tiedostaa, että hengellinen terveys on osa terveyttä. Hengellisyyden vahvistamisella ja toivon herättämisellä voidaan siten vahvistaa erityisesti itsetuhoisia potilaita. Diakonissana voi myös tarkkailla sitä, tarvitseeko potilas hengellisyydessään tukea tai tarvitseeko potilas hengellisyyden löytämisessä apua. Raamatun sanat ja virret voivat toimia tällaisissa tilanteissa toivoa ja lohtua tuovina tekijöinä.

## LÄHTEET

- Ahmedani, B.K., Simon, G.E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B.E., Rossom, R., Lynch, F., Owen-Smith, A., Hunkeler, E.M., Whiteside, U., Operskalski, B.H., Coffey, M.J. & Solberg, L.I. (2014). Health Care Contacts in the Year Before Suicide Death, *Journal of General Internal Medicine* 29(6), 870–877. DOI:10.1007/s11606-014-2767-3.
- Andersen, U.A., Andersen, M., Rosholm, J.U. & Gram, L.F. (2000). Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102(2), 126–134. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2000.102002126.x.
- Baxter, P. & Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report* 13(4), 544–559. <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss4/2/>.
- Brüdern, J., Stähli, A., Gysin-Maillart, A., Michel, K., Reisch, T., Jobes, D. A. & Brodbeck, J. Reasons for living and dying in suicide attempters: a two-year prospective study. *BMC Psychiatry* 18. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1814-8>.
- Chan, M.K.Y. (a1), Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S. et al. (2018) Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *The British Journal of Psychiatry* 209(4), 277–283. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.170050>.
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U.Å, Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. (2007). *Hoitotiede*. Helsinki: Wsoy Oppimateriaalit Oy.

- EVL. Plus. Seurakuntaelämä. Diakonia. Saatavilla 27.8.2020  
<https://evl.fi/plus/seurakuntaelama/diakonia>.
- Golafshani, N. (2009). Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *The Qualitative Report* 8(4), 597–607.  
<http://www.nova.edu/ssss/QR/QR8-4/golafshani.pdf>.
- Hawgood, J.L. Krysinska, K.E. Ide, N. & Leo D.D. (2008). Is suicide prevention properly taught in medical schools? *Medical Teacher* 30(3), 287–295. <https://doi.org/10.1080/01421590701753542>.
- Hanhiova, M. & Aalto, K. (2009). Ihmisen hengelliset tarpeet. Teoksessa K. Aalto & R. Gothoni (toim.) (s. 9–36). *Ihmisen lähellä. Hengellisyys hoitotyössä*. Helsinki: Kirjapaja.
- Holländare, F., Tillfors, M., Nordenskjöld, A. & Sellin, T. (2020). Are quantity and content of psychiatric interventions associated with suicide? A Case-control study of a Swedish sample. *BMC Psychiatry* 20(13). <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2421-z>.
- HUS. Etusivu. Sairaanhoido. Sairaalat. Peijaksen sairaala. Psykiatria. Saatavilla 7.5.2020 <https://www.hus.fi/sairaanhoido/sairaalat/peijaksen-sairaala/psykiatria/Sivut/Peijaksen-akuuttipsykiatrian-polklinikka.aspx>.
- HUS. Sairaanhoido. Sairaanhoidopalvelut. Psykiatria. Saatavilla 28.3.2020 <https://www.hus.fi/sairaanhoido/sairaanhoidopalvelut/psykiatria/Sivut/default.aspx>.
- Huttunen, M.O. (2014). *Psykiatrin palaset*. Helsinki: Duodecim.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. (2016). *Hoida ja kirjaa*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N. & Yamada, M. (2019). Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 19. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-019-2017-7>.
- Kangasniemi, Mari; Utriainen, Kati; Ahonen, Sanna-Mari; Pietilä, Anna-Maija; Jääskeläinen, Petri; et al. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25(4), 291–301.
- Karvinen, I., Kylmä, J., Ojanen, E., Pentikäinen, J. & Vaskilampi, T. (2012) *Henki ja toivo hoitotyössä*. Klaava Media.
- Koponen, T., Jähi, R., Männikkö, M. Lipponen, V. Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. (2012). Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuus - tutkimuskohteena vertaisryhmä. *Hoitotiede* 24(2), 138–149.
- Kotisalo, H. & Rättyä, L. (2014). Diakonissat terveyden edistäjinä. Diakin julkaisuja B Raportteja 58.
- Kuula, A. (2006). Yksityisyyden suoja tutkimuksessa. Teoksessa J. Hallamaa, V. Launis, S. Lötjönen & I. Sorvali (toim.) *Etiikkaa ihmistieteille* (s. 124–140). Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Kylmä, J. (2008). Näkökohtia tutkimusetiikasta laadullisessa terveystutkimuksessa. Teoksessa A.-M. Pietilä & H. Länsimies-Antikainen (toim.) *Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä* (s. 109–120). Kuopion yliopisto: Kuopio.
- Käypä hoito. Suositukset. Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Saatavilla 7.5.2020 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50122?tab=suositus#s10>.



- Leavey, G., Rosato, M., Galway, K., Hughes, L., Mallon, S. & Rondon, J. (2016) Patterns and predictors of help-seeking contacts with health services and general practitioner detection of suicidality prior to suicide: a cohort analysis of suicides occurring over a two-year period. *BMC Psychiatry* 16. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-016-0824-7>.
- Littlewood, D.L., Quinlivan, L., Graney, J., Appleby, L., Turnbull, P., Webb, R.T. & Kapur, N. (2019). Learning from clinicians' views of good quality practice in mental healthcare services in the context of suicide prevention: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 19. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-019-2336-8>.
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä, E. & Marttunen, M. (2017). Itsetuhoikäyttäytyminen. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria* (s. 586–603). Tallinna: Duodecim.
- Lönnqvist, J. Henriksson, M. Isometsä, E. & Marttunen, M. (2019). Itsemurhien ehkäisy. Duodecim. Etusivu. Oppikirjat. Psykiatria. Mielenterveyden häiriöt. Itsetuhoikäyttäytyminen. Saatavilla 16.5.2020 osoitteessa [https://www.oppiportti.fi/op/pkr02004/do?p\\_haku=itsetuhoisuus#q=itsetuhoisuus](https://www.oppiportti.fi/op/pkr02004/do?p_haku=itsetuhoisuus#q=itsetuhoisuus).
- McKay, K. & Shand, F. (2018). Advocacy and luck: Australian healthcare experiences following a suicide attempt. *Death studies* 42(6), 392–399. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1359218>.
- Metsämuuronen, J. (2006), (toim.) *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. Jyväskylä: Gummerus.

- National Institute for Health and Care Excellence. Self Harm. Quality Standard. 2013. <http://www.nice.org.uk/guidance/qs34/resources/selfharm-pdf-2098606243525>.
- Nock, M.K., Borges, G., Brome, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C. & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews* 30(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>.
- Park, D.S., Han, J., Torabi, M. & Forget, E.L. (2020). Managing mental health: why we need to redress the balance between healthcare spending and social spending. *BMC Public Health*. 20. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08491-1>.
- Rauhala, L. (1999). *Ihmisen ainutlaatuisuus*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. (2019). *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Rättyä, L & Kotisalo, H (2014). Diakonissat terveyden edistäjinä. Raportti tutkimus- ja kehittämishankkeesta (1.3.2011 – 28.2.2014) Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina. Diakonia-ammattikorkeakoulu. B Raportteja 58.
- Sairaanhoitajat. Ammatti ja osaaminen. Ammattietiikka ja kollegiaalisuus. Eettiset ohjeet suomeksi. Saatavilla 9.6.2020 osoitteessa <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf>.
- Salmi, T.M., Kaunonen, M., Rissanen, M.-L. & Aho, A.-L. (2014). Nuorten itsetuhoisuus ja avun saanti itsetuhoisuuteen. *Hoitotiede* 26(1), 11–24.
- Schou Pedersen, H., Fenger-Grøn, M., Bech, B.H., Erlangsen, A. & Vestergaard, M. (2019). Frequency of health care utilization in the year prior to

completed suicide: A Danish nationwide matched comparative study. *PLoS ONE* 14(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214605>.

Setkowski, K., van Balkom, A.J.L.M., Dongelmans, D.A & Gilissen, R. (2020) Prioritizing suicide prevention guideline recommendations in specialist mental healthcare: a Delphi study. *BMC Psychiatry* 20. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-020-2465-0>.

Shand, F., Vogl, L. & Robinson, J. (2018). Improving patient care after a suicide attempt. *Australasian Psychiatry* 26(2), 145–148. <https://doi.org/10.1177/1039856218758560>.

Solin, P. & Partonen, T. (2017). Tunnista itsemurhan vaara! *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 133(15), 1405–1410.

Suomenmaa 30.12.2019. Suomessa tehtiin viime vuonna 810 itsemurhaa – valtaosa tekijöistä miehiä. Saatavilla 28.3.2020 <https://www.suomenmaa.fi/uutiset/suomessa-tehtiin-viime-vuonna-810-itsemurhaa--valtaosa-tekijoista-miehia-6.3.568913.9d698352ee>.

Suominen, K. & Valtonen, K. (2013). Itsetuhoisen potilaan arviointi. *Duodecim* 129(8), 881–885.

THL. Avaimia itsemurhien ehkäisyyn. Saatavilla 12.5.2020 [https://thl.fi/documents/10531/371759/THL\\_itsemurhien\\_ehkaisy\\_haitariesite\\_painoon.pdf](https://thl.fi/documents/10531/371759/THL_itsemurhien_ehkaisy_haitariesite_painoon.pdf).

THL. Aiheet. Mielensterveys. Mielensterveyden edistäminen. Itsemurhien ehkäisy. Saatavilla 12.5.2020 <https://thl.fi/fi/web/mielensterveys/mielensterveyden-edistaminen/itsemurhien-ehkaisy>.

Tilastokeskus. Itsemurhat. Saatavilla 28.3.2020 <https://findikaattori.fi/fi/10>.

- Tilastokeskus. Etusivu. Työkyvyttömyyseläkettä saaneet. Saatavilla 12.5.2020  
<https://findikaattori.fi/fi/76>.
- Toivio, T. & Nordling, E. (2009). *Mielenterveyden psykologia*. Tampere: Edita.
- Vantaan kaupunki. Terveys- ja sosiaalipalvelut. Mielenterveys ja Päihteet. Mielenterveys. Saatavilla 7.5.2020. [https://www.vantaa.fi/terveys-ja\\_sosiaalipalvelut/paihteet\\_ja\\_mielenterveys/mielenterveys](https://www.vantaa.fi/terveys-ja_sosiaalipalvelut/paihteet_ja_mielenterveys/mielenterveys).
- Vantaan kaupunki. Terveys- ja sosiaalipalvelut. Päivystys. Ensiapu ja päivystys. Saatavilla 7.5.2020. [https://www.vantaa.fi/terveys- ja\\_sosiaalipalvelut/terveyspalvelut/ensiapu\\_ ja\\_paivystys](https://www.vantaa.fi/terveys-ja_sosiaalipalvelut/terveyspalvelut/ensiapu_ja_paivystys).
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, A. (2020) (toim.). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6.
- Vuorilehto, M.S., Melartin, T.K. & Isometsä, E.T. (2006). Suicidal behaviour among primary-care patients with depressive disorders. *Psychological Medicine* 36, 203–210.
- Vuoti, M. (2019). Asiakaslähtöisyys, ihmislähtöisyys. Luentomateriaali kurssilla Hoitosuhde, moninaiset ja monikulttuuriset asiakkaat. Diakonia-ammattikorkeakoulu, syksy 2019.
- Wahlbeck, K., Hannukkala, M., Parkkonen, J., Valkonen, J. & Solantaus, T. (2017). Mielenterveyden edistäminen kansanterveystyön ytimessä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 133(10), 985–992.
- Weston-Green, K., Osborne, A.L. & Newell, K. (2018). Could an allied health care approach reduce the unacceptable incidence of suicide after psychiatric hospital discharge? *Bipolar Disorders* 20, 403–404. [https://onlinelibrary.wiley.com/pb-assets/assets/13995618/Clinical%20Care%20\(Weston-Green%20et%20al.,%202018\).pdf](https://onlinelibrary.wiley.com/pb-assets/assets/13995618/Clinical%20Care%20(Weston-Green%20et%20al.,%202018).pdf).

WHO. Home. Health Topics. Suicide Prevention. Saatavilla 6.5.2020  
[https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1).

WHO. Home. Newsroom. Fact sheets. Detail. Mental health: strengthening our response. Saatavilla 7.5.2020 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

WHO. Preventing suicides. Information for health workers. Saatavilla 6.5.2020  
<https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/suicide-prevention-health-workers.pdf>.

Williamson, M.L.C., Hogue, G., Cotter, J., Roberman, S., Neal, G. & Williamson, B (2019). Suicide screening: How to recognize and treat at-risk adults. *Journal of Family Practice* 68(9), 505–510.  
<https://www.mdedge.com/jcomjournal/article/211800/mental-health/suicide-screening-how-recognize-and-treat-risk-adults>.

Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Yliopisto-lehti 30.3.2020. Itsemurhien määrä väheni Suomessa – mikä on vaikuttanut hyvään kehitykseen? Saatavilla 12.5.2020 <https://www.helsinki.fi/fi/uutiset/hyvinvointiyhteiskunta/itsemurhien-maara-vaheni-suomessa-mika-on-vaikuttanut-hyvaan-kehitykseen>.