

POHDINTOJA ITSEMURHIEN EHKÄISYSTÄ

Riitta Kuismin (toim.)



MAMK

University of Applied Sciences

POHDINTOJA ITSEMURHIEN EHKÄISYSTÄ

Riitta Kuismin (toim.)



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union



MAMK
University of Applied Sciences

MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU
MIKKELI 2014
D: VAPAAMUOTOISIA JULKAISUJA – FREE-FORM PUBLICATIONS 45

© Tekijä(t) ja Mikkelin ammattikorkeakoulu

Kannen kuva: Shutterstock

Kannen ulkoasu: Tammerprint Oy

Taitto- ja paino: Tammerprint Oy

ISBN: 978-951-588-484-8 (nid.)

ISBN: 978-951-588-485-5 (PDF)

ISSN: 1458-7629

julkaisut@xamk.fi

Esipuhe

Maaailman terveysjärjestön (WHO 2014) mukaan vuosittain itsemurhan seurauksena kuolee yli 800 000 ihmistä, mikä tarkoittaa yhtä ihmistä joka 40. sekunti. Yli 70 – vuotiailla sekä miehillä että naisilla itsemurhaluvut ovat kaikista korkeimmat lähes kaikkialla maailmassa. Nuorten keskuudessa itsemurha on toiseksi suurin kuolemaan johtava tekijä 15 – 29 – vuotiailla maailmanlaajuisesti.

Mistä itsemurhat sitten johtuvat? Miksi niin monet ihmiset päätyvät itsemurhaan vuosittain? Johtuuko se kenties köyhyydestä, työttömyydestä, ihmissuheteista vai onko synnä masennus tai muut mielenterveyteen liittyvät ongelmat? Onko itsemurha impulsiivisen käyttäytymisen aiheuttama tai vaikuttako siihen myös alkoholin ja huumeiden käyttö? Mikään yksittäinen tekijä ei riitä selittämään syitä, miksi joku tekee itsemurhan. Itsemurhaan liittyvä käyttäytymien on sidoksissa moneen vaikuttavaan tekijään – persoonallisiin, sosiaalisiin, psykologisiin, kulttuurisiin, biologisiin ja ympäristöllisiin tekijöihin. (WHO 2014.)

Vaikka yhteys itsemurhan ja mielenterveyshäiriöiden välillä tunnustetaan, täytyy myös ymmärtää muita riskitekijöitä laajasti. Monesti itsemurha tapahtuu kriisitilanteissa ja erityisesti silloin, kun henkilön on helppo saada käsiinsä esimerkiksi ase. Tämä voi määrittää sen, elääkö vai kuoleeko kyseinen henkilö. Muita riskitekijöitä ovat mm. tilanteet, jolloin henkilö on sairastunut akuuttiin tai krooniseen sairauteen. Lisäksi väkivalta ja lapsena koettu hyväksikäyttö aiheuttavat itsemurha-alttiutta. Itsemurhaluvut vaihtelevat myös maittain – suurimmat luvut niillä, jotka ovat yhteiskunnassa vähemmistönä tai kokeneet syrjimistä. Mielenterveyshäiriöihin ja itsemurhaan liittyvä stigma eli häpeän tunne aiheuttaa sen, ettei apua kyetä hakemaan. (WHO 2014)

Suomi kuuluu edelleen Euroopassa niiden maiden joukkoon, joissa tehdään eniten itsemurhia väkilukuun suhteutettuna, vaikka itsemurhakuolleisuuden yleisyyttä on ollut laskeva 1990 – luvulta lähtien. WHO:n (2014) raportin mukaan kaikissa ikäluokissa näyttää miesten osuus olevan lähes kolminkertainen verrattuna naisten osuuteen. Suomessa itsemurhien ehkäisyyn liittyvät varsinaiset ohjeet ovat jo vuodelta 1992.

Tämän julkaisun artikkeleiden aiheet koskevat itsemurhien ehkäisyyn liittyviä toimenpiteitä, hyviä käytäntöjä, suosituksia sekä itsemurhavaarassa olevaa / ollutta henkilöä että hänen läheistensä hoitoa ja ohjausta. European Regions Enforcing Actions Against Suicide – Euregenas projektissa (2012–2014) on kolmivuotiskauden aikana osallistuttu itsemurhien ehkäisyyn eri puolilla Eurooppaa kokoamalla ja levittämällä itsemurhien ehkäisystrategioita kansainvälisellä, kansallisella ja paikallisella tasolla. Projektin tavoitteena oli tunnistaa ja koota olemassa olevia itsemurhan ehkäisyyn liittyviä hyviä käytäntöjä ja strategioita sekä kehittää ja levittää itsemurhien ehkäisyyn ja tietoisuuden kasvattamiseen liittyviä ohjeita ja työpaketteja. Suomesta mukana Euregenas - projektissa ovat Mikkelin ammattikorkeakoulu ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. (www.euregenas.eu). Osallistuminen Euregenas -hankkeeseen on tuonut Mikkelin ammattikorkeakoululle kokemusta olla partnerina mittavassa eurooppalaisessa hankkeessa. Se on myös muodostanut ammattikorkeakoululle laajan itsemurhien ehkäisyyn liittyvän kansainvälisen ja kansallisen verkoston ja synnyttänyt uusia kumppanuuksia. Terveystieteiden opiskelijat ovat voineet tehdä opintojaan hankkeessa, ja opettajat ovat hankkineet uutta osaamista ja laajentaneet yhteistyöverkostojaan. Lisäksi Euregenas -hankkeessa laadittuja materiaalipaketteja itsemurhien ehkäisystä voidaan hyödyntää ammattikorkeakouluopetuksessa. Mikkelin kriisikeskus osallistui Etelä – Savosta paikallisena partnerina projektiin kehittämällä toimintamallia, miten itsemurha ja siihen liittyvät asiat voidaan ottaa puheeksi ikäihmisten kanssa.

Suomalaisten miesten pahoinvointi näkyy väkivalta- ja itsemurhatilastoissa, erilaisten päihteiden käytössä sekä riskien ottamisessa (Appelqvist – Schmidlechner 2011). Miehiin asenteeseen ja kulttuuriin liittyvistä asioista puhuminen koetaan usein liian hankalaksi ja nähdään heikkoutena. Kainuussa onkin koulutettu metsämiehiä vertaistukijoina, jotka kykenevät ottamaan huolen puheeksi niistäkin asioista ja tilanteista, joista ei yleensä ottaen ole helppo puhua kuten esimerkiksi mielialasta, päihteiden käytöstä tai itsemurhaan liittyvistä ajatuksista.

Itsemurha ja siihen liittyvät asenteet, käsitykset ja tunteet on aihe, josta ei puhuta kovinkaan paljon. Aiheena se on myös vaikea ottaa puheeksi. Toivo ja toivottomuus vuorottelevat itsemurhaa harkitsevan mielessä. Auttajilla ja läheisillä tulee olla toivoa tässäkin tilanteessa, jotta he kykenevät tukemaan ja auttamaan itsemurhaa miettivää ihmistä ja läheistään.

Toivomme, että julkaisusta on hyötyä kaikille terveys- ja sosiaalialan, kunta- ja kolmannen sektorin toimijoille ja ammatillisille sekä opiskelijoille että vapaaehtoistoiminnoissa mukana olevat henkilölle.

Riitta Kuusimäki, lehtori
Mikkelissä 11.12.2014

LÄHTEET

Appelqvist-Schmidlechner, Kaija 2011. Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen. Psykososiaalinen tukipalvelu varusmies- tai siviilipalveluksen ulkopuolelle määrätuille miehille. Väitöskirja. Acta Universitas Tampere; 1653. Tampere: Tampereen yliopisto.

World Health Organisation. 2014. Preventing Suicide. A Global imperative. WHO, Luxemburg.

Kirjoittajat

Susanna Eskola, sairaanhoidon opiskelija
Mikkelin ammattikorkeakoulu

Esa Nordling, PsT, Kehittämispäällikkö
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Jaana Koskinen, YTM, Kriisityöntekijä
Mikkelin kriisikeskus

Riitta Kuismin, THM, Terveydenhuollon lehtori
Mikkelin ammattikorkeakoulu

Jari Kylmä, FT, Dosentti
Tampereen yliopisto

Timo Partonen, LT, Tutkimusprofessori
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Pia Solin, FT, Kehittämispäällikkö
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Sirpa Tapio, Kriisikeskuksen johtaja
Mikkelin kriisikeskus

Tanja Turpeinen, sairaanhoidon opiskelija
Diakonia ammattikorkeakoulu

Sisältö

ESIPUHE KIRJOITTAJAT

EUROPEAN REGIONS ENFORCING ACTIONS AGAINST SUICIDE PROJECT – RESULTS OF NEEDS ANALYSIS IN FINLAND	8
Pia Solin, Tanja Turpeinen, Riitta Kuismin	
IKÄIHMISTEN ITSEMURHIEN EHKÄISY	15
Sirpa Tapio, Jaana Koskinen, Susanna Eskola	
SUICIDE PREVENTION STRATEGY	21
Timo Partonen	
BRINGING UP YOUR CONCERN — TRAINING FOR HUNTERS IN KAINUU	31
Esa Nordling	
TOIVO, EPÄTOIVO JA TOIVOTTOMUUS – NÄKÖKULMIA ITSEMURHAA POHTIVAN IHMISEN ELÄMÄÄN	42
Jari Kylmä	

European Regions enforcing actions against Suicide project - Results of needs analysis in Finland

Pia Solin, Tanja Turpeinen & Riitta Kuismin

Abstract

The European Regions Enforcing Actions Against Suicide (Euregenas) project aims to contribute to the prevention of suicidality in Europe with several actions. One of the actions was to execute a stakeholder needs analysis within the partner countries. The aim of the needs analysis was to provide background information as well as an evidence base for the development of the Euregenas products. The chosen stakeholder groups were 1) mental health professionals, 2) NGO's and social sector and 3) policymakers. A questionnaire of over 50 questions was sent to the actors within these groups. This paper aims to present and discuss the main results of the needs analysis executed in South Savo and Lapland regions in Finland.

Introduction

Suicide is a major public health issue around Europe (WHO 2014). The number of suicides committed in Finland was the highest in 1990 (1500 suicides per year), but since that the trend has been descending. However, the suicide rate is still relatively high compared to other European countries (Eurostat 2014, Statistics Finland 2013). Suicides as well as suicide attempts have effects not only on societal or public health level but also on more personal level for those who are left behind. Grief, questions left unanswered, despair, anger and sorrow are just few examples of the emotional burden.

The European Regions Enforcing Actions Against Suicide (Euregenas) project (2012–2014) aims to contribute to the prevention of suicidality (suicidal ideation, suicide attempts and suicide) in Europe. This is achieved by developing and implementing strategies for suicide prevention at regional level that can also be of use to the European Community as examples of good practice. Euregenas project has following objectives:

- identifying and cataloguing good practices of existing actions and strategies on suicide prevention
- carrying out a stakeholders' needs analysis
- developing and disseminating guidelines and toolkits on suicide prevention and awareness raising strategies
- developing the technical specifications for an integrated model for e-mental healthcare oriented at suicide prevention
- improving knowledge and capabilities among local and regional professionals (i.e. psychologists, psychiatrists, GPs)

The aim of identifying and cataloguing the good practices was to improve access to information on good practices in actions and strategies for suicide prevention on local and regional level. Together with an analysis of stakeholders' needs, results were used as background information as well as an evidence base for the development of the Euregenas products. Also in each of the participating Regions a mapping of relevant stakeholders was conducted.

Euregenas products contain tailored guidelines and toolkits on suicide prevention as well as awareness raising strategies. The desired outcome was to increase information on suicide prevention focusing on specific risk groups and targeting specific stakeholders. Three prevention toolkits were developed for media professionals, schools and workplace. Also General Guidelines for Suicide Prevention were developed. They are available in five languages and can be downloaded from the website www.euregenas.eu.

The aim of developing technical specifications for an e-conceptual model is to provide all necessary information to create an integrated support and intervention mainframe for e-mental health, directed at the prevention of suicide.

To improve the knowledge and capabilities among local and regional professionals, a training package targeting GPs was developed in collaboration with all the partners on the basis of the results of the needs analysis. The training package included areas such as myths about suicide, risk and protective factors, definitions and epidemiology, assessment, treatment, programs and strategies. Training package was piloted in 5 regions.

The Euregenas project involves 15 partners from 11 European regions. The project is led by University Hospital Verona (AOUI-VR), Italy. Finnish partners are Mikkeli University of Applied Sciences (MAMK) and National Institute for Health and Welfare (THL). The Euregenas project has received funding from the European Union under the Public Health Programme 2008–2013.

Aim of the article

In this article some of the main results of the needs analysis executed in Finland are presented. The needs analysis was done in each partner country and provided a basis for the actions following the project.

The needs analysis began with the mapping of the key stakeholders. Three main stakeholder groups were identified: 1) policy makers, 2) mental health professionals and 3) actors in NGO's and social area. The questionnaire with over 50 questions was developed and included main areas of background information, familiarity of suicide prevention strategies, local networks, prevention guidelines and toolkits, knowledge of technology-based suicide prevention and survivor support groups and finally training needs. The questionnaires were sent to the regions of Lapland and South Savo in Finland at the end of year 2012.

In this paper the focus is on three main areas: 1) the knowledge of suicide prevention networks, 2) the knowledge of suicide guidelines and tools and 3) the knowledge of technology based suicide prevention programmes. The needs of the different stakeholder groups in these areas are presented and discussed.

The needs analysis questionnaire

The aim was to reach a response rate of 50 %, however the answer rate was relatively low in Finland for reason unknown, even though reminders were sent twice. Actors in NGO's and social sector returned 31 completed questionnaires, 21 completed questionnaires were received from mental health professionals and only 7 completed questionnaires from policymakers. Thus the findings presented in this paper cannot be considered as a representative example of the whole population. However, they offer interesting material for discussion and further research of the situation in Finland.

The overall needs of the stakeholder groups

The actors in direct contact with suicidal persons during their daily work (mental health professionals, actors in NGO's and social sector) responded that they need more training to improve their skills and to learn how the existing national strategies are implemented in practice. They also brought up the need for updated information and capacity building. These groups also wished for more peer contacts and supportive networks. Especially mental health professionals felt that the hidden knowledge and expertise is not utilised.

The overall knowledge and skills of the policymakers are quite weak, however, they do realise that the training of actors in practical suicide prevention is important for supporting their work and that also practical models for action are needed.

The stakeholder groups were asked about their familiarity with suicide prevention strategies. Less than third of the respondent actors in NGO's and social sector were familiar with any suicide prevention strategy. Surprisingly the amount of mental health professionals was less than one fifth. Of the policymakers nearly half were familiar with some suicide prevention strategy. It is likely that professionals working in the areas of mental health, social sector and NGO's come across suicidal persons more often than policymakers and that they would therefore be more familiar with the suicide prevention strategies. Thus the results are interesting, as their knowledge was the worst.

Knowledge of suicide prevention networks

Knowledge of existing suicide prevention networks was poor in overall. In the NGO's and social sector less than 50 % knew any network focusing on suicide prevention. The amount of mental health professionals was 20 % and policymakers 10 %. When stakeholder groups were asked whether they would like to join a suicide prevention network, third of mental health professionals said that they would NOT like to join such a network. This was an unexpected result, as they are the most likely group to encounter the suicidal persons. As reasons they mentioned lack of time and other challenges at work. On the other hand, almost all policymakers would like to join a suicide prevention network, as they felt that it is essential to belong to one.

Knowledge of suicide prevention guidelines and tools

The stakeholder groups were also asked whether they are familiar with suicide prevention guidelines or tools. Knowledge within respondents in the policymaker group was quite positive, as 40 % of them knew some guidelines or tools concerning suicide prevention. The amount in the group of NGO's and social sector was 30 % and disappointedly in the group of mental health professionals less than 10 %.

Knowledge of Technology-Based Suicide Prevention (TBSP) programmes

Even though technology-based suicide prevention programmes do exist in the internet their use was very rare among those working within the area of suicide prevention. Lack of time during a workday was mentioned once again. As a consequence there was no time to search information and get familiar with these programmes. Also TBSP programmes were not considered personally focused and user's privacy was questioned. Policymakers did not seem to

trust the usefulness of TBSP programmes, as evidence based data concerning these programmes was either missing or not easily found. However, the actors realised that there is a lot of information about TBSP programmes available and using them in suicide prevention would be inexpensive. It was also acknowledged that these programmes may reach suicidal persons who would otherwise be unreachable.

Discussion and conclusions

The results of the needs analysis conducted in Finland clearly show that all actor groups see the training and awareness raising of the tools, guidelines and programmes very important. Policymakers consider training important for those actors working in the areas where suicidal persons are encountered. The reason for not wanting to be involved in suicide prevention network was, for example, that the respondents did not have enough time during their daily work. Thus policymakers should allocate more resources to these sectors in order to enable the professionals to gather updated information, share hidden knowledge and familiarise themselves with tools and guidelines.

The results also show that actors within mental health, NGO's and social sector do not have enough knowledge of suicide prevention strategies, tools, guidelines or networks as it is. This was especially clear within mental health professionals. As this seems controversial, it raises questions whether this group of actors is nevertheless more aware of but at the same time more critical about guidelines and tools and thus have different criteria of what is useful? Or is it difficult to choose the usable tools from the flood of information? Respondents mentioned the lack of time. This may result in not considering the learning about new tools and guidelines a priority, even though there is a clear need. In overall, in order to increase the adaptation of new information it should be provided using lay terminology with special attention paid on its reliability and validity. Social media is increasingly part of people's lives and thus the contents and the channels do have a major effect on how the information is received as well as how the attitudes are formed and the choices made.

Local networks focusing on suicide prevention seem to have a small role among stakeholders. Reluctance to join suicide prevention networks was seen in results within mental health professionals and actors in NGO's and social sector. However, it is not certain, whether the networks are not familiar to the stakeholders or there are not so many of them available. When asked, the respondents brought up variety of actor groups that should be involved in such a network. This suggests that suicide prevention needs the collaboration between several sectors and levels. Of all the stakeholder groups, the actors within the policymakers felt the greatest need to participate in suicide prevention networks. It may be that they as decision-makers are more able to adjust the network collaboration with their daily work activities and schedules. In

their role they also have the possibility to affect the decisions made on programme developing in each societal context.

When discussing the technology-based suicide prevention programmes, the evidence based information was needed. The flood of information makes it difficult to screen the proper data. Researchers should pay more attention to making their work available and easy to access to for other audiences besides the academics. However, Friedli & al. (2008) have written that “the absence of evidence is not an indication that an intervention does not work, but rather that the research has not been done.” This should not be forgotten, when programmes or tools are selected.

When discussing the use of TBSP programmes in overall, it seems that workers in the social and NGO sector prefer a face-to-face contact with users. It is felt that technology cannot replace the intimacy, the feelings of being heard and encountered and thus being valued and cared for. However, it should be acknowledged that technology may reach those seekers of help, who would otherwise not be reached.

Suicide is a phenomenon which cannot be easily defined, understood or even prevented (Singh & Jenkins, 2000; De Leo 2002). In addition suicide as well as suicide attempt has usually several background factors (WHO 2014; De Leo 2002; Anderson & Jenkins 2005). However, knowledge about these background factors has increased during the recent decades (WHO 2014). Suicide also carries a long-lasting mental and social burden to society and those left behind. Furthermore, there are direct and indirect costs on the health sector and society as a whole. (De Leo 2002; Anderson & Jenkins 2005) The importance of preventing suicides is clear to all stakeholder groups. Usable tools, guidelines and networks do exist. Something is still missing, as actors in practical suicide prevention area feel constant powerlessness. Is it a link between the actors in the grass-root level and the policymakers? Problems in the daily work of those in social or mental health sector are not either delivered or acknowledged in the policymaking area. This communication and exchange of information, whether concerning problems in daily execution of work, political decisions or latest research results, could be more effective.

Acknowledgements

The Euregenas partners are University Hospital Verona, Italy; Flemish Agency for Care and Health, Belgium; Region Västra Götaland, Sweden; Romtens Foundation, Romania; National Institute for Health and Welfare, Finland; Unit for Suicide Research, University Ghent, Belgium; Fundación Intras, Spain; Servicio Andaluz de Salud, Spain; Fundación Pública Andaluza Progreso Y Salud, Spain; Mikkeli University of Applied Sciences, Finland; Technische Universität Dresden, Germany; Regional Public Health Institute

Maribor, Slovenia; West Sweden, Sweden; De Leo Fund, Italy and Cumbria County Council, United Kingdom.

The Euregenas project has received funding from the European Union under the Public Health Programme 2008–2013 (Contract number 20101203).

References

Anderson, M. & Jenkins, R. 2005. The challenge of suicide prevention. *Disease Management and Health Outcomes* 13, 245-253.

De Leo, D. 2002. Why are we not any closer to preventing suicide? *British Journal of Psychiatry* 181, 372-374.

Eurostat. 2014. Suicide death rate by age group. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/graph.do?jsessionid=9ea7d07d30dd4ef6e062b8a64af9840fc610610d6c14.e34MbxSaxaSc40LbNiMbxNbXmRe0?tab=graph&plugin=1&language=en&pcode=tsdph240&toolbox=type> [Retrieved 28.10.2014]

Friedli, L., Oliver, C., Tidyman, M. & Ward, G. 2008 Mental health improvement: Evidence based messages to promote mental wellbeing. Summary Report. NHS Scotland.

Singh, B. & Jenkins, R. 2000 Suicide prevention strategies –an international perspective. *International Review of Psychiatry* 12, 7-14.

Statistics Finland. 2014. Number of suicides 1921-2012. Updated 30.12.2013. <http://www.findikaattori.fi/en/10> [Retrieved 28.10.2014]

World Health Organisation. 2014. Preventing suicide. A global imperative. WHO, Luxemburg.

Ikäihmisten itsemurhien ehkäisy

Sirpa Tapio, Jaana Koskinen & Susanna Eskola

Tiivistelmä

Itsemurha on yksi maailman suurimpia kansanterveysriskejä Euroopassa. Monissa yhteiskunnissa itsemurha on edelleen tabu, mutta ikäihmisten itsemurhat ovat enemmän kuin tabu, niitä ei yksinkertaisesti uskota edes tapahtuvan. Kuitenkin tutkimukset osoittavat, että itsemurhaluvut ikäihmisten keskuudessa ovat jopa korkeampia kuin nuorten: vuonna 1995 14 % kaikista itsemurhista Suomessa oli yli 65-vuotiaiden tekemiä (Tilastokeskus, Kuolinsyyt 1985–95, 10.12.2014). Olemme Mikkelin kriisikeskuksella huolestuneita ikäihmisten itsemurhista ja halusimme tuoda aihetta esille, jotta ilmiö voitaisiin paremmin tunnistaa sosiaali- ja terveysalalla. Tunnistamisen avuksi uskomme löytäneemme kysely-muotoisen työvälineen sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilökunnan käytettäväksi. Tässä artikkelissa kerromme perusteita tarttua ikäihmisten itsemurhien ehkäisyyn, työemme taustalla vaikuttaneista keskeisistä tutkimustuloksista sekä suunnitelmista, jotka aiomme ottaa käytäntöön.

Johdanto

Mikkelin Seudun Mielenterveysseura ry on ylläpitänyt Mikkelin kriisikeskusta vuodesta 1994 lähtien. Kriisikeskuksen henkilöstöön kuuluu johtajan lisäksi kaksi kokopäiväistä ja yksi osa-aikainen kriisityöntekijä, toimistotyöntekijä sekä järjestöavustaja. Lisäksi toiminnassa on mukana yli 40 vapaaehtoista koulutettua tukihenkilöä. Mikkelin kriisikeskus tarjoaa välitöntä keskusteluapua joka arkipäivä Valtakunnallisessa kriisipuhelimessa. Kriisiapua on saatavissa internetissä toimivan kriisikeskus Tukinetin kautta, asiakasvastaanotolla sekä kotikäynneillä. Asiakkaihin kuuluu laaja kirjo eri ikäryhmistä.

Itsemurha ilmiönä näkyy kriisikeskuksen toiminnassa päivittäin. Euregenas-projektin myötä pohdimme, mikä itsemurha-ilmiön laajassa kentässä tulisi mielestämme ensisijaisesti huomioida ja minkä parissa työskentely vaatisi lisää kehittämistä. Keskittyminen ikäihmisten itsemurhiin ja niiden ehkäisyyn syntyi Kriisikeskuksen työntekijöiden havainnoimasta tarpeesta. Ilmiö olisi tiedostettava ja ammatillista henkilöstöä sosiaali- ja terveysalalla tulisi opettaa tunnistamaan tilanteet, joissa tarvittaisiin puuttumista. Itsemurha-ajatuksista ja – suunnitelmista pitäisi uskaltaa kysyä suoraan ikäihmiseltä.

Taulukko 1. Itsemurhat sukupuolittain eri ikäluokissa vuosina 1998–2011. Tilastokeskuksen kuolemansytilastojen pohjalta

Naiset	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Yhteensä
65-69	16	17	18	8	14	8	14	14	14	15	17	11	10	11	187
70-74	16	8	14	16	13	18	7	10	14	13	10	9	11	10	169
75-79	14	3	8	10	5	12	10	10	13	11	4	8	10	2	120
80-84	3	5	7	10	5	7	8	8	6	1	6	7	7	5	85
85-89	2	2	2	2	5	2	1	1	2	3	3	4	3	2	34
90-94	0	1	0	1	3	1	1	1	3	2	0	1	3	0	17
95-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Miehet	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Yhteensä
65-69	40	36	37	35	42	39	47	33	55	43	39	39	40	44	569
70-74	43	38	28	36	37	32	42	35	38	29	37	35	25	29	484
75-79	35	24	20	19	30	24	26	32	25	26	20	24	22	22	349
80-84	17	12	17	20	12	17	9	17	12	23	13	21	18	31	239
85-89	9	15	4	5	13	9	9	12	7	6	12	9	10	5	125
90-94	3	1	3	0	2	1	5	3	0	3	0	3	1	4	29
95-	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	2	5

Nuorten ja työikäisten itsemurhakuolleisuuteen on kiinnitetty paljon huomiota, koska näissä ryhmässä itsemurhat muodostavat yhden keskeisimmistä kuolinsyistä. Ikäihmisiä koskevia itsemurhatutkimuksia on tehty vähemmän, ehkä sen vuoksi, että ikääntyvillä muut syyt ovat luonnollisesti kuolintilastoissa kärkisijoilla (Pitkälä, Isometsä, Henriksson & Lönnqvist, 1999). Tutkittaessa yleisesti peruskuolemansyitä yli 65-vuotiailla, tilastoista voidaan poimia syitä, joita ei voida liittää automaattisesti itsemurhaan. Näitä ovat esimerkiksi tuntemattomat ja epätäydellisesti määritetyt kuolemansyyt, tapaturmainen alkoholimyrkytys, maaliikennetapaturmat, vesikuljetustapaturmat, tapaturmaiset kaatumiset sekä putoamiset, hukkumistapaturmat sekä vahingoittavat tapahtumat. Näiden kuolemansyiden tahallisuus voi jäädä epäselväksi, jolloin voidaan arvailla, onko taustalla ollut itsetuhoista käyttäytymistä, mikä olisi altistanut tapahtumalle. (Tilastokeskus, Kuolleet peruskuolemansyyn ja iän mukaan 2012, 10.12.2014.)

Riskitekijät sekä suojaavat tekijät

Mitkä tekijät voivat olla vaikuttamassa ikäihmisen itsemurha-alttiuteen? Kuten taulukossa 1 käy ilmi, miessukupuoli on iäkkäillä todettu riskitekijäksi. Jos lähdetään tutkimaan riskitekijöitä iäkkään sisäisistä tekijöistä, voidaan näiksi määritellä sairastuminen, tunnetaakat, pitkittyvä suru, tarpeellisesta avusta

kieltäytyminen sekä haitallinen päihteidenkäyttö. Nämä saattavat ilmentyä toimintakyvyn muutoksina, joista aiheutuu avuttomuuden ja turvattomuuden tunteita. Myös pitkittynyt alakulo, yksinäisyys sekä lamaantuminen ovat riskitekijöitä, kun arvioidaan ikääntyneen ihmisen psyykkistä hyvinvointia. Ulkoisia tekijöitä ovat tuen puuttuminen, menetykset, kuluttavat ihmissuhteet tai yksinäisyys sekä arjen virikkeettömyys, sosiaali- ja terveyspalveluiden vajheet ja talousongelmat. (Haarni, Viljanen & Hansen, 2014.)

Sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat henkilön oma (hyväksi) koettu terveys ja toimintakyky, turvallisuuden tunne, karttuneet elämäntaidot ja elämäkokemus, itsensä hyväksyminen, avun hakeminen ja vastaanottaminen, elämän merkityksellisyys sekä hallinta ja päättäminen omasta elämästään. Myös positiiviset opitut toimintatavat pärjätä muutosten ja vastoinkäymisten keskellä ovat tärkeitä. Ulkoisia suojaavia tekijöitä ovat sopiva koti, jossa turvallinen ja esteetön ympäristö, mielekkäät ihmissuhteet, talouden hallinta, riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut, itsensä tarpeelliseksi kokeminen sekä itsensä toteuttaminen. (Haarni, Viljanen & Hansen, 2014.)

Masennustilat ovat itsemurhan tehneillä ikäihmisillä erityisen tavallisia, ja usein ne liittyvät somaattiseen sairauteen. Voidaankin pohtia, tulisiko somaattisten sairauksien hoidon psykososiaalista tukea lisätä? Lievästä masennuksesta saattaa arvioiden mukaan ajoittain kärsiä jopa joka neljäs yli 65-vuotias. Noin 55–74-vuotiaat raportoivat vähiten psyykkisestä kuormittavuudesta, kun taas yli 75-vuotiaat kokevat suomalaisista eniten psyykkistä kuormittavuutta (23 %). Tätä voi tulkita siten, että eläkkeelle jääminen aluksi parantaa mielen hyvinvointia, mutta myöhemmin erilaiset vaiat ja elämänmuutokset rasittavat mieltä. (Haarni, Viljanen & Hansen, 2014.)

Masennuksen erotusdiagnoosi on erityisen tärkeää ikäihmisillä. Iso haaste iäkkäiden mielenterveysongelmissa on se, kuinka muistisairauden ja mielenterveysongelmien oireet pystytään erottamaan toisistaan? Masennus pitää erottaa normaalista menetyksiin ja sairauksiin liittyvästä surusta, joka kylläkin hoitamattomana voi johtaa masennukseen. Masennuksen erottaminen dementiasta voi olla vaikeaa, sillä masennus voi ilmetä dementian oirein, jolloin ikäihmiset valittavat tyypillisesti itse muistihäiriöitä ja huonoutta. Alkuvaiheen dementiassa voi myös olla masennusta. Alkoholit ja lääkkeet voivat aiheuttaa myös masennusta. (Hiltunen 2014.)

Ikäihmisten itsemurhien ehkäisy

Ikäkkäät käyttävät useasti väkivaltaisempia itsemurhamenetelmiä sekä ne ovat harkitumpia kuin muiden itsemurhahuhrien. Noin 70 % itsemurhan tehneistä ikäihmisistä on ollut kontaktissa terveydenhuoltoon viimeisen kuukauden aikana ennen kuolemaansa, mutta itsemurhavaara on ollut esillä hoidossa vain harvoin. Psykiatrista hoitoa he ovat saaneet nuorempia harvemmin sekä vain

8 % on saanut asianmukaista lääkehoitoa depressionsa. Vain 18 % tapauksissa itsemurhavaara on ollut jollakin tavalla esillä viimeisen vuoden aikana pääasiallisessa hoitovastuussa olleen henkilön kanssa. Vaarasta on kuitenkin kysytty potilaalta ainoastaan 24 %:ssa tapauksista. Omaisille itsemurha-aikeista tai –ajatuksista on joskus kertonut 48 % yli 65-vuotiaista itsemurhaan kuolleista. (Pitkälä, Isometsä, Henriksson & Lönnqvist, 1998). Moni itsemurhaa harkitseva ikäihminen hakee apua terveydenhuollosta, usein epämääräisiin somaattisiin vaikeuksiin ilman osoitettavissa olevaa elimellistä sairautta (Osgood 1982; DeLeo ja Ormskerk 1991).

Tästä voidaan päätellä, että hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus löytää ne henkilöt, joilla on itsemurhariski. Mielenterveyspalvelut on keskitetty lähes kokonaan työikäisille, vaikka iäkkäät hyötyisivät niistä yhtä lailla. Yli 65-vuotiaat ovat olleet selvästi harvemmin psykiatrisessa hoidossa viimeisen elinvuotensa aikana kuin nuoremmat. Syyksi on ajateltu, että ikäihmisen psyykkisiin oireisiin ei kannata puuttua ja että ne kuuluvat ”normaaliin” vanhenemiseen. Vanhuspsykiatristen palvelujen heikko saatavuus lienee ongelma monissa kunnissa? Toisaalta terveydenhuollon ammattilaiset saattavat kokea itsemurhan olevan aiheena tabu etenkin ikääntyneitä potilaita kohdattaessa, joten sitä ei oteta esille selkeidenkään depression merkkien yhteydessä. Onkin syytä korostaa, etteivät kuolemaan ja itsetuhoon liittyvät ajatukset ole ikäihmisille harvinaisia ja ne tulisi ottaa ottaa rohkeasti esille. (Pitkälä, Isometsä, Henriksson & Lönnqvist, 1998.)

Ylläolevasta käy ilmi, että terveydenhuollon ammattilaisilla olisi tilaisuus puuttua ja olla osaltaan ehkäisemässä ikäihmisten itsemurhia. Tällä hetkellä ongelma on, että tutkittua tietoa on edelleen niukasti ja toimintamallien sekä –välineiden puuttuminen ja kehittäminen ovat vasta kehittämisasteella.

Olisi tärkeää kehittää yhtenäinen malli, joka toisi työntekijälle tukea ottaa itsemurha tai itsetuhoisuus puheeksi asiakkaan kanssa. Se olisi kaikkien käytössä oleva ja yhtenäinen. Ehdotuksenamme on ottaa käyttöön WHO:n kysely-malli, jota voidaan suoraan käyttää ikäihmisen kanssa asioitaessa. Kiinnostuimme WHO:n kehittelemästä työmallista sen suoraviivaisuuden, yhteneväisyyden mahdollistamisen sekä luotettavuuden vuoksi. Kysely ei ole liian pitkä ja se on helppokäyttöinen, jolloin sitä voidaan soveltaa erilaisissa kohtaamisissa ikäihmisten kanssa. Tarkoituksena on, että työntekijä tämän kyselyn pohjalta haastattelee ikäihmistä ja tuloksien perusteella osaa puuttua mahdolliseen itsemurha-alttiuteen.

TAULUKKO 2. WHO mhGAP Intervention Guide, suomennettu

<p>1. Onko henkilö käyttänyt itsetuhoisesti?</p> <p><u>Kiinnitä huomiota:</u> – merkkejä myrkytyksestä/ yliannostuksesta</p> <p><u>Merkkejä/oireita:</u> – verenvuotoja haavasta – tajunnantaso</p> <p>Kysy mahdollisista aikaisemmista itsemurhayrityksistä</p>	Kyllä	Jos henkilö tarvitsee välitöntä lääketieteellistä hoitoa	Myrkytyksen/vamman hoito
<p>2. Onko olemassa välitöntä riskiä itsetuhoisuuteen ja/tai itsemurhaan?</p> <p><u>Kysy henkilöltä ja/tai läheiseltä:</u> – tämänhetkiset ajatukset/suunnitelmat liittyen itsetuhoisuuteen ja/tai itsemurhaan – aiemmat em.ajatuksat kuluneen kuukauden ja vuoden ajalta – onko mahdollisuutta päästä käsiksi vahingoittaviin esineisiin?</p> <p><u>Kiinnitä huomiota:</u> – syvään emotionaaliseen ahdistukseen – toivottomuuteen – äärimmäiseen levottomuuteen – väkivaltaisuuteen – vähäpuheisuuteen – sosiaaliseen eristäytyneisyyteen</p>	Ei	Itsetuhoisuuden/itsemurhan mahdollisuuden arviointi	Kaikissa tapauksissa: – henkilö turvalliseen tilaan vartioituna – vammojen/ myrkytyksen hoito – psykosos.tuen tarjoaminen ja aloittaminen – psyk.lääk.konsult. – jatkohoidon turvaaminen ja seuranta
<p>3. Onko henkilöllä samanaikaista psyykkistä, neurologista tai päihteisiin liittyvää ongelmaa?</p> <p>– masennus – alkoholi ja/tai huumeongelma – kaksisuuntainen mielialahäiriö – psykoosi – epilepsia – käytöshäiriö</p>	Kyllä	Jos: – tämänhetkisiä ajatuksia/suunnitelmia itsetuhoisuudesta/itsemurhasta – menneisyydessä ollut em. sekä henkilö tällä hetkellä väkivaltainen, levoton, ahdistunut tai vähäpuheinen	Seuraavat turvatoimenpiteet: – tarkasta/poista vaaralliset esineet – luo turvallinen ympäristö, tarpeen vaatiessa eristetty tila – älä jätä henkilöä yksin – määrätty nimetty hoitohenkilö – psyykkisen tilan seuranta – psyk.sos. tuen tarjoaminen ja aloittaminen – jatkohoidon aloittaminen ja seuranta
<p>4. Kärsiikö henkilö kroonisesta kivusta?</p>	Ei	Jos ei välitöntä riskiä itsetuhoisuuteen tai itsemurhaan, mutta historiaan kuuluu ajatuksia/suunnitelmia tai tekoja	– tarjoa ja aloita psyk. sos. tuki – psyk.lääk.konsultointi – jatkohoidon turvaaminen ja seuranta
<p>5. Kliinisen hoidon tarpeellisuus?</p> <p>– vaikeus suorittaa päivittäisiä toimiaan (koulu, työ, harrastukset, sosiaalinen kanssakäyminen)? – huomattava ahdistus ja avun hakeminen – toistuva itsensä lääkitseminen sekä selittämättömät somaattiset oireet</p>	Kyllä	Oireenmukainen hoito sekä yllä olevat	
	Kyllä	Oireenmukainen hoito sekä yllä olevat	
	Kyllä	Kliininen hoito tarpeen	

Työn jatkaminen

Euregenas -hankkeen tavoitteena on tunnistaa ja koota olemassa olevia itsemurhan ehkäisyyn liittyviä käytäntöjä ja strategioita. Olemme koonneet ikäihmisten itsemurhiin ja niiden ehkäisyyn liittyviä tutkimuksia ja aineistoa. Tämän hankkeen pohjalta ja myötä Mikkelin kriisikeskus haluaa jatkaa työskentelyä ikäihmisten itsemurhien sekä niiden ehkäisyyn parissa tutkimalla asiaa lisää. Suunnitelmissa olisi lisätä paikallisten ja alueellisten asiantuntijoiden tietoa ja osaamista kohdennetuin seminaarein sekä kehittää asiantuntijoiden kanssa yhtenäistä työvälinettä ja toimintamallia. Mikkelin kriisikeskuksen tavoitteena on jalkauttaa Etelä-Savon alueelle Euregenas -hankkeen myötä kootun tiedon hyödyntäminen ja työvälineiden esittelemine koulutuksien avulla.

Lähteet

Haarni, I. (toim.) 2014. Ikääntyvä mieli - mielen hyvinvointia vanhetessa. Suomen Mielenterveysseura. Helsinki: Jaarli Oy.

DeLeo ja Ormskerk 1991. Suicide in the elderly: general characteristics, *Crisis* 1991; 12 (2): 3–17.

Pitkälä, K. Isometsä, E. Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 1998. Iäkkäiden itsemurhat Suomessa. *Duodecim* 1999; 115: 121 -8.

Tilastokeskus. Itsemurhat sukupuolittain eri ikäluokissa vuosina 1998-2011, Tilastokeskuksen kuolemansyytilastojen pohjalta, [tarkistettu] 11.9.2014.

Tilastokeskus. Kuolinsyyt 1985-95, [tarkistettu] 11.9.2014.

Tilastokeskus. Kuolleet peruskuolemansyyn ja iän mukaan 2012, molemmat sukupuolet, [tarkistettu] 11.9.2014.

Hiltunen, P. 2014. Vanhusten masennus. Teoksessa Mikko Mäyränpää (toim.) *Therapia Fennica*. Saatavissa. http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten_psykkiset_h%C3%A4iri%C3%B6t, [tarkistettu] 10.12.2014.

WHO mhGAP Intervention Guide. Saatavissa: <http://www.paho.org/mh-gap/en/>, [tarkistettu] 10.12.2014.

Suicide prevention strategy

Timo Partonen

Abstract

Mental disorders are the key to deaths from suicide. In Finland the suicide mortality has been decreasing clearly after the year of 1990. During the years of 1986 to 1996 a national suicide prevention project, covering the whole country, was conducted. The project was the first one of its kind in the world. A change in the suicide mortality, a turn to better, occurred during these years, and it coincided with the planning of the recommendations for suicide prevention and with the implementation phase of the project. A lesson learnt was that combating mental disorders and substance abuse by enhancing professional co-operation across administrative sectors to ensure care continuity is essential. The take-home message is that deaths from suicide can be prevented in everyday life through the will of society and with the help of services.

Introduction

The current global economic crisis affects the world, and there was concern about the effect of austerity on healthcare (Stuckler et al. 2010, Chang et al. 2013, Karanikolos et al. 2013). The World Health Organization published its concerns regarding the impact of the crisis on global health, although at least some points were proven exaggerated and unsupported by the data and withdrawn later (Fountoulakis et al. 2014).

Statistics can be interpreted in different ways, either subconsciously or deliberately. Interesting results derived from the data can be communicated in an informative and helpful way, within the frame of national history and facts, or in a way that spreads false and alarmist news. In the interpretation of data, it needs to keep in mind that there may be limitations to the datasets, and that if there were, then the results and subsequent conclusions do not necessarily hold true or cannot be generalized at large (Chishti et al. 2003, Tøllefsen et al. 2012). Especially, when suicide mortality data are linked to other statistics-based data without the personal identification codes, extra caution should be exercised in interpreting the associations and results. The validity of suicide mortality statistics is affected by a number of factors, leading to misclassification of deaths from suicide, and differs from a nation to another (Kapusta et al. 2011). Therefore, caution is needed in comparing international suicide mortality statistics and evaluating interventions that target suicide rate reduction. Finland has belonged to those countries where the autopsy rate is high

and the classification of deaths from suicide is considered as highly valid and reliable.

It is a black-and-white claim to say that the global economic crisis, the government's economic austerity policy, or the unemployment directly increases or causes deaths from suicide. Nations sink in a recession in a different phase and at their own pace, even in the middle of a calendar year and therefore escaping from the annual statistics. Different regions of the country are very likely to suffer from a recession in a unique way, and therefore it is also likely that the inhabitants of a region are affected by the recession in an unequal way. Naturally, it belongs to human nature that people try to find an explanation that is simple and current, such as unemployment or recession, and therefore they think that there must be a sensible reason for the loss of their significant other. However, there are many reasons, not just one reason, for suicide.

During the years of the current global economic crisis and those of the recession of the 1990's, the suicide mortality has been decreasing in Finland, and the prevention of suicides is timely, independent of the turns up or down in economics, whether there is a current recession or not. It is an essential question to ask, of which resources there will be cuts and freezes during a recession. If the economic austerity policy were to create obstacles to seek and have help and support, or if it were to neglect mental health promotion, such policy may increase the risk of suicide among those already vulnerable, or it may enlarge the number of those becoming vulnerable. Beyond the change in the infrastructure and reorganization, it needs to be asked, how the contents and quality of treatment and care will change.

Start of a national suicide prevention project

In Finland, the suicide mortality has been decreasing clearly after the year of 1990 (see Figure 1). During the years of 1986 to 1996 a national suicide prevention project, covering the whole country, was conducted. The project was the first one of its kind in the world. A change in the suicide mortality, a turn to better, occurred during these years, and it coincided with the planning of the recommendations for suicide prevention and with the implementation phase of the project.

The 10-year national suicide prevention project was preceded by a number of actions. First, the identification of the problem was needed. At the Parliament of Finland, there was the parliamentary (the Suicide Committee and its report on suicide that discussed about the topic in the 1970s. A focus of the national health policy discussion was then put on deaths from suicide).

An alarm was received by the suicide mortality statistics that demonstrated the high level of suicide mortality, being the highest in Europe which in the 1980s and increasing. In 1980, the suicide mortality was 32.0 per 100,000

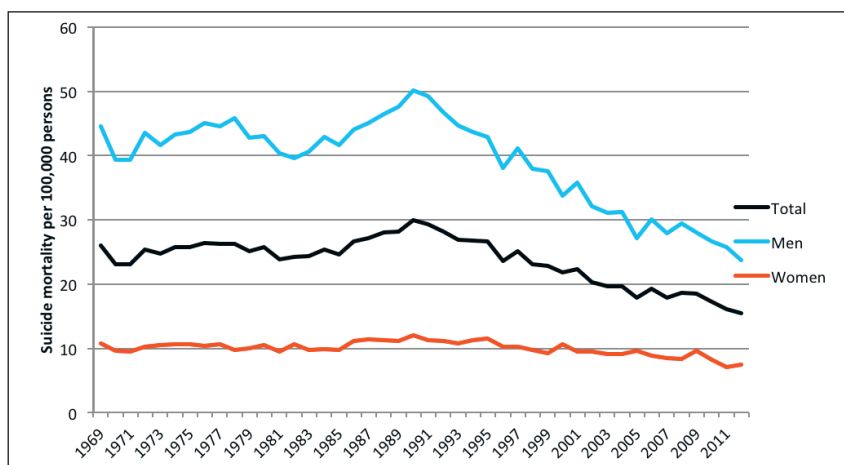


Figure 1. Suicide mortality (per 100,000 persons of the whole population with direct age standardisation) in Finland in 1969–2012. Source of data: Statistics Finland.

among people aged 15 years and older. Especially, there was a concern of the suicide mortality among young (15–24-year-old) Finns (23.8 per 100,000) and in particular among young men (37.7 per 100,000).

The minister of Social Affairs and Health made the decision to start a national suicide prevention project in the early 1980s. The decision was followed by a professional seminar, which led to the establishment of an expert group in 1985, and the project was started officially in 1986, after two years of preliminary preparation.

The suicide prevention project was part of the Finnish national strategy for the World Health Organization programme “Health for All by the Year 2000”, which was started in 1981 and targets also to suicide prevention. The two major goals of the national suicide prevention project were, first, to reverse the increasing trend of suicide mortality, and second, to decrease the suicide mortality by 20 % in 10 years (1986–1996).

Two phases of the project

The research phase (1986–1991) was coordinated by the National Public Health Institute (KTL), Finland. It was based on the situation analysis and detailed knowledge of suicidal processes. This five-year research phase ended in planning of and publishing out the National Target and Action Programme that was distributed throughout the country in Finnish and in Swedish. The programme was published also in English.

During the research phase, using the so-called psychological autopsy method, all the 1397 deaths from suicide in Finland during a period of 12 months, from April 1987 to March 1988, were analysed and assessed with a structured score sheet on the basis of all available information on each case.

The key findings from these data were that the most prevalent diagnoses on axis I were depressive disorders (59%) and alcohol dependence or abuse (43%), a diagnosis on axis II (personality disorders) was assessed for 31%, at least one diagnosis on axis III (somatic diseases) for 46% of the cases, 93% suffered from a mental disorder, and that 88% had co-morbid conditions (more than 1 disorder at the same time). These data emphasize the importance of the early identification and effective treatment of mental disorders in suicide prevention. The research phase was then followed by the five-year implementation phase.

The implementation phase (1992–1996) was coordinated by the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). During the implementation phase the national key messages and data-based recommendations were applied and put into practice on the local level, and in some areas of the country working practices were developed further to strengthen the implementation of the project (Upanne et al. 1999).

Professionals were mobilized in various sectors throughout the country, and efforts to build capacity among professionals were put forward: training and continuous education sessions were organised throughout the country, and a wide array of guidebooks and good practices was produced. The basis for the network was formed already in the research phase.

Seven keys to suicide prevention

On the basis of the original data collected and analysed during the research phase of the national suicide prevention project, the seven data-based key messages were formulated, delivered and distributed to the authorities and professionals throughout Finland. On the basis of the original data, being relevant the current situation in Finland, suicide prevention meant the following:

- 1 Developing support and treatment measures for those who have attempted suicide.
- 2 Improving care for severe depression.
- 3 Learning to prevent alcohol use substitute for problem-solving.
- 4 Enhancing social and psychological support in the treatment of physical conditions, e.g. chronic somatic illnesses.
- 5 Promoting mutual and professional support in life crises.
- 6 Preventing the alienation of young citizens, and helping them create opportunities, circumstances and options for coping with life and have rewarding experiences.
- 7 Encouraging among people more belief and enthusiasm in life, as well as self-assurance, perseverance and mutual support.

Evaluation of the project

There was an internal evaluation as well as an external international evaluation of the national suicide prevention project (Beskow et al. 1999).

Positive points included that the implementation of the project covered broadly the public sectors all over the country, and that the work had clearly put the suicide problem on the societal agenda. A negative point was that the restriction of suicidal means was not addressed.

All in all, it was judged that the achievements of the project greatly outweighed its shortcomings. The positive change in the suicide mortality has been attributed to the change in the identification and treatment of depressive disorders in particular. Depressive disorders were detected earlier, the depressed were given treatment more effectively, and the outcome of the treatment was evaluated better. In other words, the treatment and care provided were appropriate more often during the project than it had been before. This was likely to reduce the number of deaths from suicide in the country.

Lessons learnt from the project

A barrier to adoption of the suicide prevention project was the issue itself, as it was still considered to be a taboo, which cannot be solved because it is too difficult and personal. On the other hand, facilitators of implementation of the project outnumbered barriers and were concrete enough: the problem and the need for action were recognised by people.

A strong basis for research, together with reliable regional and national data on suicides, gave credibility to the project, and it motivated action. In addition, as the local level practitioners were involved to the developing of good practices, their commitment was enhanced.

A centralised administration in the health care, numerous champions and active communication ensured implementation, and a structure for coordination was created at different levels in the country. A wide network of practitioners at local, regional and national levels, and enthusiasm of relevant professionals, including medical doctors, were created, and the bulletin for network members to give feedback and motivate.

The overall aims of the project, to raise awareness of the problem and to seek appropriate means to prevent suicides in Finland, were met. The project managed to draw attention to the problem, and to launch development process in the whole country, to change work practices of professionals, especially in the primary health care, to change the way suicides were reported in the media, and to support the decrease in suicide mortality (-11.3% from 1986 to 1996, or -16.3% from 1992 to 1996).

The lesson learnt from the project was that suicide prevention has to be planned so that it fits to the country's cultural situation, and that it takes into account differences between regions, genders, and age groups.

Research in close cooperation with local practitioners can support also the implementation. A continuous up-to-date follow-up of suicide and suicide attempt frequencies on a local, regional and national level is necessary in order to plan measures for suicide prevention.

Combating mental disorders and substance abuse by enhancing professional co-operation across administrative sectors to ensure care continuity is essential, and the ways to restrict availability of suicidal means should be developed, e.g. non-toxic medicines, and good prescription practices.

In case of adolescents and young people, it is important to detect and recognize a suicide attempt and ensure follow-up treatment tight enough. Furthermore, research on implementation processes is also needed in addition to basic and clinical research, and the evaluation and communication activities should be planned from the very beginning as elementary parts of the project.

Discussion

Mental disorders are the key to deaths from suicide (Mann et al. 2005, Chesney et al. 2014). However, this fact is often left untold to the public, when the media releases news about an individual suicide as well as when the media claims that the global economic crisis or the economy in a recession increases the suicide mortality (Pirkis and Machlin 2013). Mental disorders are also key mediators of the link between the unemployment and suicide mortality statistics (Lundin and Hemmingsson 2009). In addition, symptoms of psychological distress or a life crisis with poor coping contribute to this association (Talala et al. 2011).

The roots of suicide often originate way back long in the past of the individual. It is usual that some current factors contribute to suicide. In addition, there is frequently a triggering event or condition that leads to a suicidal act. It is common that there is no single factor that contributes to suicide, but instead, suicide is usually a process which takes time. Along the suicide process, more than one factor accumulates over the months or years. This opens a door to suicide prevention, as there will be more than one opportunity to identify the risk of suicide and stop the process before any act takes place.

At large, mental disorders are common in any given population. In Finland, 46% of women and 35% of men have a lifetime mental disorder (Suvisaari et al. 2009). Of the general population, 17–30% has had suicidal thoughts sometime, and the one-year point prevalence of suicidal thoughts is 2–10%. Further, 6–7% has attempted suicide sometime, and the one-year point prev-

alence of suicide attempts is about 1%. However, it needs to keep in mind that not all the suicide attempts are recorded, as some attempts are not even known by the relatives or friends. Suicides are rare, as the suicide mortality in the whole population of Finland in 2012 was 15.4 per 100,000 persons, 23.6 in men and 7.5 in women.

Of the patients presenting to hospital following self-harm, 84% of men and 80% of women have a lifetime mental disorder (Hawton et al. 2013). This means that mental disorders increase the odds for a suicide attempt to be at least 9.1-fold among men and 4.7-fold among women. Of the deaths from suicide, there was a lifetime mental disorder in 92% of men and 96% of women. This means that mental disorders increase the odds for suicide to be at least 21.4-fold among men and 28.2-fold among women.

The risk of a suicidal act is increased due to certain characteristics of the person, or personality features, namely impulsivity and pessimism. Feelings of hopelessness (a blind alley, a dead end, a double bind, deadlock, gridlock, a stand-off) are an alarming sign and increase further the risk of suicide.

Among adolescents the daily smoking and depressive symptoms predict suicidal thoughts that may last for long. Among adults the current depressive disorders double the risk of suicide, but in the long term, the suicide mortality rates are 45.1 (per 100,000 persons) in those with borderline personality disorder, 19.7 with depressive disorders and 17.1 with bipolar disorders. In specific, among women, the suicide mortality rates are 31.0 (per 100,000 persons) in those with anorexia and 16.4 with alcohol use disorders.

It, whether the person will attempt suicide again, depends on a number of factors. A critical factor here is the first aid and the diagnostic assessment of the patient. For everyone who has attempted suicide, the subsequent need for treatment should be routinely assessed, a plan for treatment made, and the treatment started with close enough follow-up.

Imitation of suicidal acts may occur. This is known as the copycat effect. It occurs when one or more suicides are reported in a way that contributes to another suicide. Copycat behaviour is more common when the suicide victim is a celebrity or a woman. Younger people appear to be most vulnerable for copycat behaviour. Strong copycat effects are found in depressed patients. Copycat effect is more likely to take place when people identify with the suicide victim and share the same characteristics in terms of the gender or age.

Some suicide deaths may be newsworthy. However, the way media covers suicide can influence behaviour negatively by contributing to contagion, or positively by encouraging help-seeking. Thus, reporting on suicide in the media entails a high risk, increasing the likelihood that people will develop suicidal behaviour. The magnitude of the increase is related to the amount, duration and

prominence of coverage. Risk of additional suicides increases when the story explicitly describes the suicide method, uses dramatic or graphic headlines or images, and repeated or extensive coverage sensationalizes or glamorizes a death.

More than 50 research studies worldwide have found that certain types of news coverage can increase the likelihood of suicide in vulnerable individuals. Meta-analyses of research have clearly shown that reporting on suicide has the potential to increase suicides in the population, and that the greater the amount in media coverage on suicide had been, the greater the increase in suicide rates was.

On the other hand, reporting on suicide in the media can also have a protective effect, keeping people from engaging in suicidal behaviour. Covering suicide carefully, even briefly, can change public misperceptions and correct myths which can encourage those who are vulnerable or at risk to seek help. This kind of reporting needs support and should be favoured, and such actions are best if taken in collaboration with the media professionals. The Euregenas (European Regions Enforcing Actions Against Suicide) project, which aims at contributing to the prevention of suicidal thoughts and behaviour in Europe through the development and implementation of strategies for suicide prevention at regional levels, has produced the recommendations and suicide prevention toolkit for media professionals (www.euregenas.eu). They can be of use to the European Union as an example of good practice.

In line with and in addition to the Euregenas reports, recommendations for reporting on suicide, references and additional information about suicide prevention can be read from guidelines which were developed by leading experts in suicide prevention and in collaboration with international suicide prevention and public health organizations, schools of journalism, media organizations and key journalists as well as Internet safety experts (www.reportingon-suicide.org). Media and online coverage of suicide should be informed by using only the best practices.

Conclusions

A cornerstone for suicide prevention in Finland has been that a person with depressive disorder will be identified as early as possible, or early enough, that the support needed will be given, and that the treatment is appropriate, effective and diverse. In addition, psychological support and social peer group activities need to be added to the treatment of physical conditions and chronic somatic illnesses, and this is important to the elderly especially. Moreover, it should be avoided that drinking alcohol were to substitute the problem solving in life, and better coping skills need to be trained and favoured.

Versatile crisis psychological measures, such as S.O.S. telephone helplines or Internet-based interactive online services, might give enough support and

protection in an emergency. The first aid mental health training courses might help in increasing the number of people who can provide a helping hand to the person at risk.

Currently, the dissemination of information for suicide prevention calls for proactive auxiliaries. Reporting on suicides in the media, and in the social media, needs to be revisited, as there are clear international recommendations for reporting that can be followed.

Everyone can promote and improve suicide prevention procedures in his own sector or his own sphere of influence. The message is that deaths from suicide can be prevented in everyday life through the will of society and with the help of services provided.

References

Beskow, J., Kerkhof, A., Kokkola, A. & Uutela, A. (1999) Suicide prevention in Finland 1986–1996: external evaluation by an international peer group. *Psychiatria Fennica*. 30. p.31-46.

Chang, S. S., Stuckler, D., Yip, P. & Gunnell, D. (2013) Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *The British Medical Journal*. 347. p.f5239.

Chesney, E., Goodwin, G. M. & Fazel, S. (2014) Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 13. p.153-160.

Chishti, P., Stone, D. H., Corcoran, P., Williamson, E. & Petridou, E.; on behalf of the EUROSAVE Working Group. (2003) Suicide mortality in the European Union. *The European Journal of Public Health*. 13. p.108-114.

Fountoulakis, K. N., Kawohl, W., Theodorakis, P. N., Kerkhof, A. J., Navickas, A., Höschl, C., Lecic-Tosevski, D., Sorel, E., Rancans, E., Palova, E., Juckel, G., Isacson, G., Korosec Jagodic, H., Botezat-Antonescu, I., Warnke, I., Rybakowski, J., Azorin, J. M., Cookson, J., Waddington, J., Pregelj, P., Demyttenaere, K., Hranov, L. G., Injac Stevovic, L., Pezawas, L., Adida, M., Figuera, M. L., Pompili, M., Jakovljević, M., Vichi, M., Perugi, G., Andrasen, O., Vukovic, O., Mavrogiorgou, P., Varnik, P., Bech, P., Dome, P., Winkler, P., Salokangas, R. K., From, T., Danileviciute, V., Gonda, X., Rihmer, Z., Forsman Benhalima, J., Grady, A., Kloster Leadholm, A. K., Soendergaard, S., Nordt, C. & Lopez-Ibor, J. (2014) Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000–2011. *The British Journal of Psychiatry*. Published online ahead of print October 30. doi:10.1192/bjp.bp.114.147454.

Hawton, K., Saunders, K., Topiwala, A. & Haw, C. (2013) Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *The Journal of Affective Disorders*. 151. p.821-830.

Kapusta, N. D., Tran, U. S., Rockett, I. R., De Leo, D., Naylor, C. P., Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Etzersdorfer, E. & Sonneck, G. (2011) Declining autopsy rates and suicide misclassification: a cross-national analysis of 35 countries. *Archives of General Psychiatry*. 68. p.1050-1057.

Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J. P. & McKee, M. (2013) Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*. 381. p.1323-1331.

Lundin, A. & Hemmingsson, T. (2009) Unemployment and suicide. *The Lancet*. 374. p.270-271.

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P. & Hendin, H. (2005) Suicide prevention strategies: a systematic review. *The Journal of the American Medical Association*. 294. p.2064-2074.

Pirkis, J. & Machlin, A. (2013) Differing perspectives on what is important in media reporting of suicide. *The British Journal of Psychiatry*. 203. p.168-169.

Stuckler, D., Basu, S. & McKee, M. (2010) How government spending cuts put lives at risk. *Nature*. 465. p.289.

Suvisaari, J., Aalto-Setälä, T., Tuulio-Henriksson, A., Härkänen, T., Saarni, S. I., Perälä, J., Schreck, M., Castaneda, A., Hintikka, J., Kestilä, L., Lähteenmäki, S., Latvala, A., Koskinen, S., Marttunen, M., Aro, H. & Lonnqvist, J. (2009) Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine*. 39. p.287-299.

Talala, K. M., Huurre, T. M., Laatikainen, T. K., Martelin, T. P., Ostamo, A. I. & Prättälä, R. S. (2011) The contribution of psychological distress to socio-economic differences in cause-specific mortality: a population-based follow-up of 28 years. *BioMed Central Public Health*. 11. p.138.

Tøllefsen, I. M., Hem, E. & Ekeberg, Ø. (2012) The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BioMed Central Psychiatry*. 12. p.9.

Upanne, M., Hakanen, J., and Rautava, M. (1999) Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992–1996: goals, implementation and evaluation. Helsinki: Stakes. Available: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/mu161.pdf>.

Bringing up your concern — Training for hunters in Kainuu

Esa Nordling

Abstract

Finnish men commit a lot of suicides. In the municipality of Kainuu, the suicide mortality of men is almost 1.5 times higher than the average of the total male population of the country, and 80 % of these suicides are committed by using a legal hunting gun. In 2011 the regional government of Kainuu municipality decided to start to develop an intervention aimed at local hunting societies. *Bringing up Your Concern* is a method of early intervention based on respect and support; it is a means to bring up issues which may be difficult to approach. The development of the project was based on so called “expert experience” approach, and therefore it was important to include recreational hunters already in the development phase. The first *Bringing up Your Concern* training was carried out in Suomussalmi in the spring of 2012. So far there have been five training sessions, and approximately 80 recreational hunters have participated. The training has been organized by the National Institute for Health and Welfare together with the joint municipal authority in social and health care services in Kainuu. The National Institute for Health and Welfare and the *Kajaani University of Applied Sciences* are responsible for the research work connected to the intervention. According to the results of the studies, the training has encouraged the participants to bring up their concern. The training was considered a good and positive thing, and the main contents had corresponded to the expectations of the participants. The training contains also elements that can support the personal well-being of the participants. The peer support was considered important in helping the others. The development work of *Bringing up Your Concern* method has evoked great interest also nationally. We are hoping for more input to the research work of the intervention in the future.

Introduction

Finnish men are not feeling well. This can be seen in the statistics of suicides and violence, alcohol and substance abuse and risk behavior. The problems of men start to form often already in childhood and adolescence, and have a tendency to accumulate compared to women (Appelqvist-Schmidlechner

2011). Finnish men still commit a lot of suicides, even though the numbers have decreased since the top year of 1990. Men's suicides are often connected with increased alcohol and substance use (Hiltunen, Partanen, Haukka & Lönnqvist 2009) as well as choosing a violent method (Lönnqvist 2009). The most common suicide methods among men between 1979—1998 were hanging, firearms and poisoning (Lönnqvist 2005). Shooting oneself is much more common as a suicide method in Finland compared to other Nordic countries. In 2009 there were 181 suicidal deaths due to the use of firearms, and 96 % of the victims were male. International studies have shown the connection between gunshot suicides and the availability of firearms; the tightening of the firearms control has decreased suicides and homicides by shooting. (Koskela 2013,10.)

The prevalence of suicide varies regionally, the differences being sometimes as high as three-fold. The darkest statistics are found in the areas of Lapland, Kainuu and North Karelia. (Toivio & Nordling 2013, 220.) In general, the welfare is divided unevenly between the regions. Welfare deficit is mostly present in Eastern and Northern parts of Finland. For example in Kainuu, the experience of working ability of the working-age population is significantly worse compared to the Finnish average. Similar tendency can be seen when looking at the statistics on experienced health. (Kaikkonen & Koskinen 2010.)

The means for narrowing the health gaps and creating possibilities for early intervention have been searched and carried out in Kainuu for example by *Time out! Getting Life Back on Track* project for the youth of enlistment age for the military service and a physical exercise program aimed at the same age group in the *Kajaani University of Applied Sciences (KAMK)*.

When adjusted for the number of population, the number of men's accidental deaths is more than 1.5 times higher and the number of suicide deaths almost 1.5 times higher in Kainuu compared with the average for men in the whole country (Nordling & Oikarinen 2012, 84). The gunshot suicides by middle-aged men have increased in Kainuu, and 80 % of men's suicides in Kainuu are committed by using legal hunting weapons. It has also been noticed, that suicide victims have not necessarily had any contact with mental health or alcohol and substance abuse counseling services. (Saari 2011.)

In 2011 the regional government of Kainuu municipality, concerned by the mental problems of their male population, took a concrete measure and summoned a multisectorial working group. The group consisted of experts of the regional government and representatives of the *Kajaani University of Applied Sciences, Suomussalmi gamekeepers association, the police and the National Institute for Health and Welfare*. The gamekeepers association was considered an important partner, since the majority of men in Kainuu are occupied with

recreational hunting. The working group aimed at finding ways for the mental health professionals and hunters of the area to combine their efforts and take joint responsibility as early and as openly as possible in order to help the hunters suffering from depression or other mental health problems, and in this way prevent suicides.

The working group decided to develop an intervention directed to the hunting societies, the *Bringing up Your Concern* project. In this work, the view of the experts by experience was emphasized, and thus some voluntary hunters were needed to participate. They would be given ways to recognize the worries of their fellow hunters and advice on how to bring up these issues. (Nordling & Oikarinen 2012, 84–85.) The *Bringing up Your Concern* method has originally been developed by the National Institute for Health and Welfare to support the professionals working with children, the youth and families in situations where the workers hesitate to bring up difficult issues and postpone taking action. Later this method has been utilized also in other contexts. (Erikson & Arnkil 2012.)

Bringing up Your Concern method

Bringing up Your Concern is a method of early intervention based on respect and support; it is a means to bring up issues which may be difficult to approach. The aspect of early intervention is emphasized, since the concern does not go away by waiting, and when the time goes by the possibilities to act diminish. (Erikson & Arnkil 2012, 3.)

Bringing up the concern means telling someone about your worry from your own point of view. You are not pointing at the problem of the opponent and thus not blaming or hurting the person whom you are worried about. The person bringing up the concern is asking for help to relieve his own worry. His observations have raised concern about the other's situation. He regards his feelings on the basis of what he has learned and experienced and knows from before. It is a question of a hunch, vision and intuition. Interactive and respectful dialogue is important during the intervention, because two people do not see and experience things in the same way. (Erikson & Arnkil 2012, 3, 21.)

In every human encounter there is an intuitive understanding which consists of three elements: cognitive, emotional and moral. The cognitive element contains the observations, conceptions, thoughts and associations created by the interactive relationship and situation. The emotional element consists of the feelings generated by the interactive relationship and situation. A person is able to “read” the interactive signals sent by the other through his feelings. Verbal communication is only a part of this. It is possible to understand the other person by identifying oneself with his or her emotional world. In our

emotions, we select from all information the pieces significant for us in a certain situation. The emotional experience makes the observations reasonable by giving them a meaning. The moral element contains the idea of what is right and what is wrong, but also the evaluation of what obliges one in this contact. The action is formed by the combination of cognitive, emotional and moral elements. This combination takes shape both moment by moment and during long processes and considerations. (Erikson & Arnkil 2012, 21-22.)

Central concepts in bringing up the concern are: subjective concern, anticipation, support and dialogue. The concern is always about the future and it is subjective anticipation of the development of relations and one's own possibilities to act. (Erikson & Arnkil 2012, 20.)

Anticipation is the core of the method of bringing up the concern. Anticipations are experiments of human mind, by which one ponders the consequences of bringing up the concern. Anticipations are more or less explicit and conscious. Through conscious anticipations one can find the way to act, that one believes will lead to the best possible result. By increasing conscious consideration of anticipations one can evaluate the consequences of different actions and find the best way to be supportive at the time. (Erikson & Arnkil 2012, 27.)

Dialogue is communication where people think together. The aim of a dialogue is to achieve new understanding. The purpose is not necessarily to reach a consensus, but rather to understand the other's way of thinking. Typical for a dialogue is the interest to see the other person genuinely as "the other": a person with own opinions and efforts. The emphasis of a dialogue is more in listening than in talking. When hearing about what something seems and feels from the point of view of the other, one enriches and transforms one's perceptions. Dialogue is not just speech. It is an extremely comprehensive communication taking place in contact and actualized as i.e. speech, gestures, expressions and feelings. The aim of bringing up one's own concern is to open the process of mutual thinking. A successful bringing up of the concern makes the problematic situation take a step towards more positive direction and raises hopes of the things changing for the better. (Erikson & Arnkil 2012, 37-38.)

As a conclusion can be said, that bringing up the concern is helpful because:

- talking helps to structure the life situation
- recognizing feelings becomes easier and emotions get a name
- trust in the future becomes stronger
- the situation is realized
- the situation is seen as temporary
- new perspectives and alternative solutions are found
- one gets a feeling that there is someone who cares
- one gets over the worst. (Nordling 2014.)

The development and implementation of the training

Since the *Bringing up Your Concern* intervention is based on so called "expert by experience" approach, it was considered important to include hunters in the development of the project. In July 2011, representatives of the working group visited a large wildlife and hunting event in Suomussalmi gathering a couple of thousands of recreational hunters and fishermen. During the event the hunters (N=120) were interviewed about their personal experiences of bringing up the concern and how it could be practiced. Almost 80 % of the respondents remembered situations where concerns had been raised, and about 70 % had personally brought up a worrying issue even though it had seemed difficult. 99 % of the respondents agreed, that bringing up the concern could be practiced and learned. (Nordling & Oikarinen 2012.)

The results of the survey encouraged the working group to continue the development of the *Bringing up Your Concern* intervention together with recreational hunters participating in *Suomussalmen Erätulilla* event in December 2011. The male thematics and *Bringing up Your Concern* intervention were presented by a lecture, and 13 participants were chosen for in-depth interview carried out by the students of the *Kajaani University of Applied Sciences*. *The interviewees were asked about the importance of hunting, possible observations of mental problems in their immediate circle and the feelings these evoke, recognizing the problems, experiences of bringing up the concern and possible ways of increasing minding and caring among recreational hunters. For the occasion, the working group had prepared a presentation of the main contents and action plan of the intervention. On the basis of the feedback from the interviews and the presentation, the method of early intervention by bringing up the concern was broadly accepted for piloting among the hunters in Kainuu.* (Nordling & Oikarinen 2012.)

The first *Bringing up Your Concern* training took place in Suomussalmi in the spring of 2012. Altogether 31 recreational hunters signed up. By the end of November 2014 similar trainings have been organized in three different places. In two of them there has also been further training where hunters' experiences of bringing up their concern after the first course have been discussed. Up till now, approximately 80 hunters have participated. Two training courses have been planned for 2015. In 2013, the National Institute for Health and Welfare organized training for the trainers, in which four people participated.

The training courses have been organized by the National Institute for Health and Welfare together with the joint municipal authority in social and health care services in Kainuu. The National Institute for Health and Welfare and the *Kajaani University of Applied Sciences* are responsible for the research work connected to the intervention.

The selection of the participants and the contents of the training

The training course participants have so far been recruited mainly by invitation: the municipal contact person of the hunters has impartially invited representatives from different hunting societies based on his personal conception of people who might have an interest in this kind of activity.

The training is divided into two five-hour sessions. The first session deals with beforehand agreed topics and discussions on how the bringing up of the concern could be done in practice by going through real life examples. The second session takes place about one year after the first one, and is a forum for going through the participants' experiences of how they have managed to apply their skills and in which aspects they feel that further help is needed. The nature of the second session is to supervise and emphasizes peer experiences and support.

The first training session includes following themes, although the emphases of the topics may vary according to the training group:

- Mental health is a resource and an everyday issue
- Mental resources and their sufficiency
- Stress-vulnerability model
- The ways of life management
- Crises and how to survive them
- An extreme crisis: suicide attempt
- Things that can precede a suicide attempt
- The basics of aid in suicide risk situation
- Depression and how to help a depressed person
- Bringing up the concern in practice
- Help by peer support and social network
- Conclusion.

It is stressed to the participants that they are not required any responsibility for care, but should be acting within the limits of their own expertise and understanding. If the concern still remains serious after it has been brought up, the general advice is to suggest that the person in question could seek help from the professionals. In this case the one bringing up the concern can also offer practical support in accessing the appropriate services.

Experiences of the training and utilization of the intervention

Two theses written in the *Kajaani University of Applied Sciences* study the method of *Bringing up Your Concern* among recreational hunters. One of them describes the process of developing the method (Koskela 2013), the other one concentrates on the hunters' experiences of the training and the

utilization of the information gained through the training in practice (Lukkari & Rautiainen 2013). The survey of Lukkari and Rautiainen (2013) targeted the hunters taking part in the first training; 21 participants out of 31 (67.7 %) responded to the questionnaire one year after the training.

According to the results, the *Bringing up Your Concern* training increased the knowledge and the skills of the participants, encouraging them to bring up their concern. At the same time the training enhanced the acquirements and the courage of the participants to act as support and liaison between the professional and the person in need of the support. (Lukkari & Rautiainen 2013, 35.)

Nearly all respondents evaluated that listening to the fellow hunter's worries is helpful for him, and that naming the feelings and structuring the issues by talking helps to clarify the situation. Three quarters of the respondents were of the opinion that the one bringing up the concern does not need to have ready solutions for the situation. It will be enough, that he has the ability to listen and to provide hope for a solution. (Lukkari & Rautiainen 2013, 36.)

Giving and receiving peer support in one's own training group was considered important. The background and personal matters of the peer have to be in order before he can share his personal experiences with the others through peer activity. Furthermore, the feeling of empowerment brought by peer activity was considered the most important source of strength in helping the others. (Lukkari & Rautiainen 2013, 39.)

All in all, the training was considered a good and positive thing. It had been of good quality and the main contents had corresponded with the expectations of the participants. The additional information given by the training on bringing up the concern lowered the threshold of addressing issues with a fellow hunter. The conversations and the sharing of experiences within the group were seen as an important part of the training. The conversations promoted the understanding of the issues, gave new perspectives and showed that it is possible to act in many different ways in different situations. The training also increased the feeling of fellowship; the desire and willingness to act for common good were apparent. The respondents were generally of the opinion that after the training the participants have better acquirements to take responsibility for their mates as well as for their own coping. Equally important was supporting and paying attention to personal resources of the peers during the training. It was hoped for, that the training would continue and expand to encompass even larger target group than at the moment. (Lukkari & Rautiainen 2013, 43.)

After the training, one third of the participants had encountered situations where they had used their skills learned on the course. Experiences had been positive. The bringing up of the concern had taken place privately face-to-

face and had been easiest when the fellow hunter had been familiar from before. The fellowship and circumstantial factors were seen as very important in bringing up the concern. (Lukkari & Rautiainen 2013, 35-36.)

The ideas for further development of the training brought up three central themes: (1) listening to the experts by experience and learning by practical exercises; (2) the continuity and expansion of the training and (3) the knowhow support (Lukkari & Rautiainen 2013, 40). The presence of experts by experience and sharing experiences and thoughts with them during the training was considered important. Group exercises and various demonstrations of the situations would be helpful for the participants in bringing up their concern. The continuity of the training, the sustenance of the topic and the expansion of the training were also considered important. Also handing the participants the learning material prior to the course could ease the orientation and promote learning. (Lukkari & Rautiainen 2013, 43.)

Conclusions

The starting point for the *Bringing up Your Concern* training was the concern over the high suicide figures of men in Kainuu. The training courses have so far been carried out in several places, but it is yet too early to draw conclusions on whether this has had an effect on the suicide rates. In any case, the participants considered the knowhow provided by the training useful, and one third of them had already used the method of bringing up one's concern in real life situations. Since the participants saw the talking about the worries and listening to them as helpful factors, it can be presumed that the training has also lowered their own threshold of bringing up their personal problems. Thus the training in itself contains elements that can be meaningful for the participants' personal well-being.

Even though part of the participants had made use of the method in practice, it is not known, how the recipients of help had experienced the conversation. Apparently there had not been any negative emotional reactions during the situations, since these are not mentioned in the study of Lukkari and Rautiainen (2013). Erikson and Arnkil (2012, 28-29) emphasize, that negative or defensive reactions of the target of concern are natural. Concern is almost always associated with a tendency of denial. When this is brought up in the conversation, the feelings may start to burst out.

The trainees were recruited by invitation, and were thus a selected population. The characteristics which the selection was based are not known, since there were no uniform selection criteria. It is, however, a fact that the persons attending the training courses belonged to the social network of the recruiter and were the kind of people he considered suitable for this kind of activity. Since most of the people who were invited also participated in the training,

this method of recruitment can be considered a solution which not only guaranteed adequate number of participants, but also ensured that the people were motivated. It will be advisable to work this way also in the future.

Peer support has been highly valued during the past few years in the national mental health work and alcohol and substance abuse counseling (The Ministry of Social Affairs and Health 2009). Peer support is a form of human relationship based on mutual equality, solidarity, being heard and understood, and encountering and sharing support with someone who has been through similar life experiences and phases (Kaasalainen & Piirainen 2013, 14). This definition actualizes almost word for word in applying the *Bringing up Your Concern* method in the hunting societies. The same applies to the potential benefits gained by peer support. Nordling (2014) describes the benefits of peer support by strengthening of the feeling of psychosocial stress management. Peer support may decrease the uncertainty and anxiousness of the recipient and provides him a good example of coping. The sharing of problems and coping methods increases the feeling of being in control and brings about a new perspective to the situation. At the same time, the feeling of stigma may diminish, and the recipient of the support experiences compassion and solidarity. On a general level, peer support provides useful information for the recipient.

Bringing up Your Concern training and the implementation of the method in Kainuu can already now be considered as a successful project. There are several reasons for the success, and a few likely factors can be mentioned:

- The working method was horizontal and multisectorial already during the planning phase of the project
- There was a mutual state of willingness of the actors to promote the issues
- The target group of the intervention was interviewed before taking action
- The participants of the training courses were personally invited
- The intervention is carried out in the natural living environment
- The implementation of the intervention does not require financial resources.

Because of the highly positive experiences, the *Bringing up Your Concern* training will be continued in Kainuu during the coming years. The development work of the *Bringing up Your Concern* method has aroused great interest also on national level and has been presented in several national seminars and educational events. It is desirable that there would be stronger input in the research work of this intervention in the years to come.

References

- Appelqvist-Schmidlechner, K. 2011. Time Out! Getting Life Back on Track. A psychosocial support programme targeted at young men exempted from compulsory military or civil service. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis; 1653. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Erikson, E. & Arnkil, T.E. 2012. Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista. Stakes: Oppaita 60. 8. painos. Tampere: Juvenes Print Oy.
- Hiltunen, L., Partonen, T., Haukka, J. & Lönnqvist, J. 2009. Itsemurhakuolleisuuden käännekohtat Suomessa 1947-2006. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 125(16):1802-6.
- Kaaslainen, J. & Piirainen, P. 2013. Psykoosipotilaan kokemuksia vertaistuesta ja sen merkityksestä hoitoon sitoutumiselle. Laurea ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Kaikkonen, R. & Koskinen, S. 2010. Suomalaisväestön hyvinvoinnissa on suuria alueellisia eroja. THL:n tiedote 1.12.2010. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=23599.
- Koskela, K. 2013. Hyvä mehtäkaveri -toimintamallin alkutaival. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Lukkari, S. & Rautiainen, A. 2013. Metsästäjien kokemuksia Hyvä Mehtäkaveri -koulutuksesta. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Lönnqvist, J. 2005. Itsemurhat. www.terveyskirjasto.fi.
- Lönnqvist, J. 2009. Itsemurhat. www.terveyskirjasto.fi.
- Nordling, E. & Oikarinen, A. 2012. Hyvä Mehtäkaveri –toimintamalli Kainuun metsästäjien huolen puheeksi ottamisen tukena. Teoksessa J. Moring, A. Martins, A. Partanen, E. Nordling & V. Bergman (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Kehittyviä käytäntöjä 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 26/2012.
- Nordling, E. 2014. Huoli puheeksi –learning material.
- Saari, M. 2011. Terveysjohtaja, Kainuun maakuntahallinto. Oral statement 25.10.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009/3.

Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. 3. Uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Toivo, epätoivo ja toivottomuus – näkökulmia itsemurhaa pohtivan ihmisen elämään

Jari Kylmä

Toivottomuus ja itsemurhaa pohtiva ihminen

Jos toivoa pidetään ihmisen elämän keskeisenä elementtinä, niin toivottomuutta kokeva ihminen on suuressa hengenvaarassa (Cutcliffe, 2002; Collins ja Cutcliffe, 2003). On olemassa hyvin paljon tutkimusnäyttöä useamman vuosikymmenen ajalta siitä, että toivottomuus on vahvasti yhteydessä itsemurha-ajatuksiin ja riskiin (Murray ja Wright, 2006; Hewitt ja Edwards, 2006; Galor ja Hentschel, 2009; Anguiano, et al., 2012; Fong, Shah ja Maniam, 2012; Hirsch, et al., 2012; Kizza, et al., 2012; Klonsky, et al., 2012; Panagioti, Gooding ja TARRIER, 2012; Brabant, Herbert ja Chagnon, 2013; Halfon, et al., 2013; Lamis, et al., 2013, Rivlin, et al., 2013). On myös esitetty, että nimenomaan ihmisen kokemus toivottomuudesta on ratkaiseva tekijä pohdinnassa tekeekö hän itsemurhan vai ei (Cutcliffe, 2002).

Toivottomuus ilmiönä

Toivottomuutta on kuvattu vähän erilaisin painotuksin tutkimuskirjallisuudessa. Beck et al. (1974) ovat kuvanneet toivottomuutta kolmesta elementistä koostuvana: toivon puuttuminen, luovuttaminen ja tulevaisuuden odotusten puuttuminen. Abramsonin, Metalskyn ja Alloyn (1998; Collins ja Cutcliffe, 2003) mukaan toivottomuudessa on kolme keskeistä piirrettä: aloitekyvyttömyys, kyvyttömyys ajatella, että voisi omalla toiminnallaan vaikuttaa toivottomuutta aiheuttavaan asiaan ja surumielinen olotila. Toivottomuuden kognitiivista ulottuvuutta korostavat myös monet muut tukijat (Beck, et al., 1990; Bruss, 1988; Salter ja Platt, 1990; Farran, Herth ja Popovich, 1995), jotka yhdistävät toivottomuuden kyvyttömyyteen ajatella tai kuvitella siedettävissä olevaa tulevaisuutta (Collins ja Cutcliffe, 2003). Farran, Herth ja Popovich (1995) liittävät toivottomuuteen kognitiivisen ulottuvuuden lisäksi emotionaalisen (myös Abramson, Metalsky ja Alloy, 1988) ja toiminnallisen ulottuvuuden. Toivottomuus on ajatuksia, että mitään ei ole odotettavissa (kognitiivinen ulottuvuus); epätoivon ja lannistumisen kokemuksesta (emotionaalinen ulottuvuus); ja toiminnan tasolla vähäistä yrittämistä taikka toimintaa epätarkoituksenmukaisella tavalla (toiminnallinen ulottuvuus). Kylmän (2000;

2005a) mukaan toivon dynamiikka sisältää toivon, epätoivon ja toivottomuuden dynaamisen vaihtelun. Toivon dynamiikassa epätoivo merkitsee toisaalta paikalleen juuttumista, otteen menettämistä ja vajoamista kapeutuvaan todellisuuteen, mahdottomuuteen keskittymistä sekä tulevaisuuden perspektiivin menettämistä. Epätoivossa on myös toinen puoli, jossa korostuu taisteleminen vajoamista vastaan ja toivoon pyrkiminen. Toivottomuus toivon vastakohtana merkitsee kaiken luovuttamista ja tyhjän päällä elämistä. Siihen kuuluu olettamus, että tulevaisuutta ei ole olemassa. Sitä kuvataan myös henkisenä romahtamisena ja ”halvaantumisena”, jolloin ei ole syytä elää.

Yhteenvedon voidaan todeta, että toivottomuus on ilmiönä ja kokemuksena yksilöllinen, moniulotteinen, dynaaminen, voimia kuluttava, uhka elämälaadulle ja terveydelle. Se voi liittyä huolenpidon puutteeseen ja suuntautuu usein menneisyyteen. (Farran, Herth ja Popovich, 1995; Collins ja Cutcliffe, 2003.)

Toivottomuus itsemurha-ajatusten yhteydessä

Itsemurhaa yrittäneet miehet ovat kuvanneet toivottomuuden muodostuvan seuraavista elementeistä (Hinkkurinen, Isola ja Kylmä, 2011): elämän mielekkyyden katoaminen, häpeä, ahdistus, loukussa oleminen ja luovuttaminen. Itsemurhaa pohtivaa ihmistä hoitaneet hoitajat ovat puolestaan kuvanneet toivottomuutta kokemuksena, joka hallitsee itsemurhaa pohtivan ihmisen koko elämäntilannetta. Se sisältää vakuuttuneisuuden siitä, että heidän tilanteensa ei tule muuttumaan koskaan: toivottomuus ikään kuin ottaa vallan eikä ihminen jaksa uskoa, että hän voisi saada apua tilanteeseensa. Toivottomuus myös estää itsemurhaa pohtivaa ihmistä löytämästä ratkaisuja ongelmiinsa. Se vaikeutti myös hoitajien mahdollisuutta lohduttaa itsemurhaa pohtivaa ihmistä. Toivottomuus liittyy itsemurhaa pohtivan ihmisen elämän kärsimykseen yhdessä tarkoituksettomuuden ja elämän kontrolloimattomuuden kokemuksen kanssa. (Carlén ja Bengtsson, 2007.) Se liittyy itsemurhan yhteydessä myös kokemukseen eristyksissä olemisesta (Cutcliffe, et al., 2006, Lakeman ja Fitzgerald, 2008). Toivottomuus ja eristyksissä oleminen liittyvät myös kärsimykseen tai psyykkiseen kipuun (Cutcliffe ja Stevens, 2008a). Se liittyy myös voimattomuuteen ja avuttomuuteen itsemurhariskissä (Murray ja Wright, 2006). Tutkimukset osoittavat, että itsemurhaa pohtiva ihminen kokee merkittävää psyykkistä tai emotionaalista kipua – osittain liittyen erilaisiin eristyksissä olemisen kokemuksiin (Lakeman ja Fitzgerald, 2008). Itsemurhariskin arvioinnissa on aina arvioitava myös itsemurhaa pohtivan ihmisen toivottomuutta (Gask ja Morriss, 2008), mutta myös niiden muutosten tarvetta, jotka mahdollistavat toivon heräämisen (Barker ja Cutcliffe, 2000). Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR), joka on kehitetty Isossa-Britanniassa sisältää yhtenä elementtinä nimenomaan toivottomuuden arvioinnin (Cutcliffe ja Barker, 2004; Mitchell, et al., 2005).

Toivottomuuden käsittely itsemurhakriisissä

Toivottomuus on merkittävä elementti itsemurhaa pohtivan ihmisen elämässä, joten on ymmärrettävää, että itsemurhaa pohtiva ihminen tarvitsee toivoa (Cutcliffe, 2002). Toivottomuuden lievittämisessä on keskeistä yhteyden luominen – jos itsemurhaa pohtiva ihminen löytää yhteyden edes yhteen ihmiseen, se virittää toipumisen ja toivon (Lakeman ja Fitzgerald, 2008). Tämä yhteys ei aina ole suhde terveydenhuollon ammattilaiseen: Alexanderin et al. (2009) tutkimukseen osallistuneet itsemurhaa pohtivat ihmiset luottivat eniten perheeseen, ystäviin, vertaisiin ja uskontoon toivon ja uskon lähteinä. Ainoastaan 12 % tutkimukseen osallistuneista piti terveydenhuoltoa ensisijaisena selviytymisavun tarjoajana itsemurha-ajatuksissaan.

Hoitosuhde on kuitenkin eräs keskeinen yhteys toiseen ihmiseen, jossa itsemurha-ajatuksiin liittyvää toivottomuutta voi käsitellä (Murray ja Wright, 2006). Larsson et al. (2007) kuvaavat artikkelissaan, että itsemurhaa pohtivan hyväksyvä kohtaaminen hoitosuhteessa merkitsee myös sen sallimista, että potilas saa kokea toivottomuutta. Sen lisäksi on tärkeää hyväksyvä ja eituomitseva asennoituminen, kunnioituksen osoittaminen, tarkka kuunteleminen – annetaan ihmisen puhua kuolemasta ja toivottomuudesta. Hoitajan tulee olla aina valmis puhumaan toivottomuudesta itsemurhaa pohtivaa ihmistä hoitaessaan (Cutcliffe ja Stevenson, 2008a) ja kysymään hänen toivostaan – hoitaja voi näin olla silta toivottomuudesta toivoon. Tämä edellyttää kuitenkin sitä, että hoitaja ensin ymmärtää potilaan toivottomuutta (Barker ja Cutcliffe, 2000).

Cutcliffe et al. (2006; Murray ja Wright, 2006) kuvaavat tutkimuksessaan psykiatristen hoitajien pyrkivän yhteyden luomiseen itsemurhaa pohtivan ihmisen hoidossa – yhteys tässä kontekstissa merkitsee laajaa yhteyttä ihmisyyteen ja elämään. Yhteyden luomisessa pyritään luomaan uudelleen yhteys ihmisyyteen (re-connecting the person with humanity). Hoitaja toimii ikään kuin siltana itsemurhaa pohtivan ihmisen ja ihmisyyden välillä. Tämä rakentuu prosessille, jossa pyritään aluksi rakentamaan itsemurhaa pohtivan ihmisen luottamus hoitajaan. Hoitajan tulee osoittaa intensiivistä, lämmintä ja huolta pitävää suhtautumista autettavaansa. Sen jälkeen hoitaja pyrkii vahvistamaan autettavana olevan ihmisen näkemyksiä, jotka olivat läsnä ennen itsemurha-ajatuksia. Hän tarjoaa ymmärtämystä ja näkemyksiä autettavana olevan ihmisen elämäntilanteeseen. Tämä lisää autettavana olevan ihmisen turvallisuuden tunnetta, joka mahdollistaa aiemmin itsen sisällä pidettyjen tunteiden käsittelyn hoitosuhteessa. Vähitellen autettava ihminen saa ymmärtämystä myös itsemurha-ajatuksiinsa – hän voi ymmärtää miksi hän on päätenyt elämäkokemustensa myötä itsemurha-ajatuksiin. Tämä ymmärrys auttaa hallitsemaan itsemurha-ajatuksia. Itsemurha-ajatusten asetuttua tulee mahdolliseksi suuntautua uudelleen tulevaisuuteen, asettaa päämääriä ja tavoitteita, jolloin itsemurhaa pohtinut ihminen kokee jälleen olevansa yhteydessä ihmisyyteen.

Tämä mahdollistaa myös toivon: ilman toivoa itsemurhaa pohtiva ihminen ei edes välitä löytää tai pysyä yhteydessä maailmaansa. (Cutcliffe, et al., 2006; Cutcliffe ja Stevenson, 2008a.)

Hoitajan tehtävä on auttaa itsemurhaa pohtivaa löytämään toivon ja oivaltaamaan toivon ihmistenvälinen luonne: subjektiivisessa todellisuudessa ihminen voi kokea, että toivoa ei ole, mutta toivoa on ihmistenvälisessä todellisuudessa. Toivoton ei vaan näe sitä. Toivoa ei kuitenkaan voi antaa valmiina toiselle ihmiselle eikä toivoa voi käskää tai hallita – itsemurhaa pohtivaa ihmistä ei voi pakottaa toivoon eikä myöskään olemaan vähemmän itsemurha-altis (Cutcliffe, 2002). Hoitajan paras anti on siinä, että hän voi luoda mahdollisuuksia toivon viriämiselle.

Toivo ja itsemurhaa pohtiva ihminen

Toivo liittyy keskeisesti ihmisen olemassaoloon. Käytännössä toivon liittyminen ihmisen olemassaoloon merkitsee sitä, että ihmisen olemukseen kuuluu suuntautua tulevaisuuteen, unelmoida ja suunnitella tulevaa. Toivottomuudessa tämä ajallinen jatkumo särkyä (Farran, Herth ja Popovich, 1995) ja ajatus itsemurhasta uhkaa tätä tulevaisuussuuntautuneisuutta.

Toivon merkitys

Toivo kytkeytyy myös ihmisen kehitykseen syntymästä kuolemaan. Kasvu ja kehitys ovat toivon ilmentymää. Toivo liittyy myös ihmisen hengellisyyteen. Kytkeä hengellisyyteen voi painottaa joillakin uskonnollisuuteen tai sitten elämän tarkoituksellisuuden pohdintaan tai etsintään. Uskonnollisuus tai elämän tarkoituksellisuuden pohdinta voivat korostua itsemurha-ajatusten aktivoitumisprosessissa. Ihminen voi kysyä ajankohtaisten koettelemusten merkitystä osana elämänsä kokonaisuutta. Hengellisyys voi korostua kuoleman ajatusten läheisyydessä erilaisina omaan elettyyn elämään, läsnä olevaan elämään ja kuolemaan liittyvinä kysymyksinä. Kysymykset voivat kohdistua oman eletyn elämän tarkoitukseen ja merkitykseen. Toivo on siis yhteydessä myös elämän tarkoitukseen ja merkitykseen sekä niiden löytämiseen omassa läsnä olevassa elämäntilanteessa. Näistä näkökulmista tarkasteltuna on ymmärrettävää, että toivolla on erityistä merkitystä elämän erilaisissa vaikeissa muutos- ja käännekohdissa, joissa ihminen usein pysähtyy miettimään olemassaoloaan ja sen kokonaisuutta. Itsemurhaa pohtiva ihminen voi kokea erillisyyttä jopa omasta hengellisen voiman lähteestään ja kokea elämänsä merkityksettömäksi tai tarkoituksettomaksi (Farran, Herth ja Popovich, 1995; Kylmä ja Juvakka, 2007).

Toivo on tärkeä kaikessa hoitotyössä, koska toivo on yhteydessä ihmisen terveyteen. Toivo kytkeytyy terveyteen monella eri tasolla. Voidaan puhua toivon merkityksestä hengelliselle terveydelle, mielenterveydelle ja laajemmin ihmi-

sen hyvinvoinnille. Tässä mielessä toivon vahvistaminen on myös terveyden edistämistä. Tutkimuksissa on myös todettu, että toivo on eräs sairastuneen tai vaikeuksissa olevan ihmisen ja hänen läheistensä psykososiaalinen tai hengellinen tarve – myös itsemurhaa pohtiva ihminen etsii toivoa – vaikka etsintä ei välttämättä olekaan tarkoituksenmukaista elämän kannalta. Toivo voi auttaa vaikeuksissa elävää ihmistä pärjäämään ja selviytymään elämäntilanteessaan. Toivo kytkeytyy myös ihmisen elämänlaatuun: on todettu, että toivo on myönteisesti yhteydessä ihmisen kokemaan elämänlaatuun. (Kylmä ja Juvakka, 2007.)

Yhteenvetona voidaan todeta, että toivo on merkittävä ihmisen olemuksen, elämän ja kasvun tukemisessa, ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä sekä ihmisen kärsimyksen lievittämisessä ja hoitamisessa (Collins ja Cutcliffe, 2003; Kylmä ja Juvakka, 2007).

Toivo ilmiönä

Toivoa on määritelty usealla eri tavalla (Benzein ja Berg, 2005). Toisaalta on myös tunnistettu toivon tarkan määrittelyn vaikeus, joka johtunee ainakin osin toivon ilmiön abstraktisuudesta (Nekolaichuk, 1999). Osin määrittelyn vaikeus johtunee siitä, että toivo juurtuu elämän perustaan – elämän syvimpiä ulottuvuuksia voi olla jopa mahdotonta määritellä täydellisesti. Vaikka toivoa on määritelty eri tavoin, niin silti yhteistä eri määritelmille on se, että niissä korostuu myönteinen tulevaisuuden näkökulma joko itselle tai jollekin läheiselle ihmiselle. Toivo kytkeytyy siis voimakkaasti tulevaisuuteen. (Collins ja Cutcliffe, 2003; Lohne ja Severisson, 2006; Kylmä ja Juvakka, 2007.) Itsemurhaa pohtivan ihmisen tulevaisuuden perspektiivi on kadoksissa.

Kylmän (2000; 2005b) toivon dynamiikan teorian mukaan toivo merkitsee rakentavien mahdollisuuksien tunnistamista, uskomista elämisen arvoiseen elämään sekä nykyisyydessä että tulevaisuudessa. Aikaisempien tutkimusten synteessin perusteella toivossa on tunnistettavissa ainakin kaksi ulottuvuutta (Kylmä, et al., 2009). Ensinnäkin toivosta voidaan puhua dynaamisena elämänvoimana. Tätä ulottuvuutta voidaan kutsua myös toivon eksistentiaaliseksi ulottuvuudeksi. Toivo voidaan määrittää tässä yhteydessä myös niin, että elämä on toivoa. Eräässä tutkimuksessa parantumattoman sairauden diagnoosin saaneet henkilöt määrittelivät toivonsa tulevana elämänä diagnoosistaan huolimatta (joko minuuteissa, tunteissa tai päivissä), uudistuneena elämänhaluna, elämän tarkoituksen löytämisenä sekä sellaisen hoidon löytämisenä, joka heidän oman uskomuksensa mukaan auttaa selviytymiseen sairauden kanssa. Tämän näkemyksen mukaan toivoa on vahvistettava elämän kaikissa vaiheissa. Tätä toivo dynaamisena elämänvoimana -ulottuvuutta voidaan kutsua myös toivossa elämiseksi tai toivon kanssa elämiseksi.

Toiseksi toivosta voidaan puhua toivon kohteina tai toiveina, jota on kuvattu jonkin toivomisena. Tämä ilmentää toivon toimintaulottuvuutta: jonkin toivomista. Tässä ulottuvuudessa ilmenee hyvin toivon tulevaisuussuuntautuneisuus ja tavoitteellisuus. Toiveet voivat kohdentua hyviin monenlaisiin asioihin. Toivo kokonaisuudessaan sisältää ainakin nämä ulottuvuudet (toivo dynaamisena elämänvoimana ja toivo toivomisena). Ne ovat likeisessä suhteessa toisiinsa, koska toiveet voivat olla merkittäviä toivolle dynaamisena elämänvoimana. Toisaalta toivo dynaamisena elämänvoimana suojaa ihmistä yksittäisten toiveiden pettäessä. (Dufault ja Martocchio, 1985; Kylmä, et al., 2009.)

Toivoa voidaan luonnehtia yhteenvedonomaaisesti seuraavasti: Se on yksilöllinen, moniulotteinen, dynaaminen, voimaannuttava ja keskeinen elämän elementti, joka suuntautuu tulevaisuuteen. Toivo liittyy ulkopuolisen avun saamiseen ja hoivaan. (Collins ja Cutcliffe, 2003.)

Toivon vahvistaminen itsemurhakriisissä

Toivon vahvistaminen on eräs hoitotyön ydinarvo (Perry, 2005) ja mielenterveyshoitotyön ydintä (Moore, 2005). Tästä syystä toivon vahvistamista pidetään hoitotyön oleellisena elementtinä (Turner ja Stokes, 2006). Sen vahvistaminen on tärkeää sekä autettavana olevan ihmisen että hänen läheisensä kannalta (Felder, 2004; Benzein ja Berg, 2005). Mielenterveysasiakkaat ovat vahvistaneet toivon keskeisen merkityksen heidän hoitamisessaan (Borg ja Kristianssen, 2004). Lisäksi esimerkiksi itseään vahingoittavat naiset ovat korostaneet hoitotyöntekijöiden keskeistä roolia toivonsa vahvistumisen kannalta (Lindgren, et al., 2004).

Hoitosuhte on keskeinen todellisuus, jossa itsemurhaa pohtivan ihmisen toivoa voidaan vahvistaa. Hoitosuhteessa kohtaavat toisensa kaksi ihmistä ja kaksi todellisuutta: itsemurhaa pohtiva ihminen ja hänen todellisuutensa sekä hoitaja ja hänen todellisuutensa. Perhenäkökulma tuo hoitosuhteeseen suoraan tai välillisesti useamman ihmisen ja useamman todellisuuden – myös toivottomuuden, epätoivon ja toivon. Toivottomuus, epätoivo ja toivo - toivon dynamiikka – elävät kaikkien osapuolten todellisuudessa. Vaikeutena on se, että nämä todellisuudet eivät aina kohtaa toisiaan: potilaan kokemuksellinen todellisuus, perheenjäsenen todellisuus ja hoitajan kliininen todellisuus. Toisaalta erilaisten todellisuuksien kohtaaminen luo myös mahdollisuuksia hoitosuhteessa.

Toivon vahvistaminen on tärkeää itsemurhaa pohtivan ihmisen hoitamisessa (Sun, et al., 2006; Gask ja Morris, 2008; Jobes, Lento ja Brazaitis, 2012) ja itsemurhaa pohtivat ihmiset odottavat hoitajalta toivon vahvistamista (Talseth, et al., 1999). He ovat tutkimuksissa todenneet, että hoitajat voivat vahvistaa heidän toivoaan, ja auttaa heitä uskomaan, että heidän ongelmansa ovat rat-

kaistavissa. Autettavana olevaa ihmistä vahvistavat hoitajat välittävät toivoa ja orientaatiota tulevaisuuteen. (Samuelsson, et al., 2000.) Toivo liitetäänkin usein toteutetuissa tutkimuksissa ns. toipumisorientaation (Cutcliffe ja Hap- pell, 2009). Toivon näkökulman systemaattinen sisällyttäminen itsemurhaa pohtivan ihmisen hoitotyöhön on tullut esille muutamissa tutkimuksissa, joissa puhutaan lähestymistavasta, jota luonnehditaan aktiiviseksi sitoutumiseksi ja toivon innoittamisen lähestymistavaksi (Barker ja Cutcliffe, 2000; Cutcliffe, 2002; Cutcliffe ja Barker, 2002; Cutcliffe, Joyce ja Cummins, 2004; O'Donovan, 2007; Cutcliffe ja Stevenson, 2008b; Sjöström, Hetta ja Waern, 2012).

Aktiivisen sitoutumisen ja toivon innoittamisen lisäksi yhteyden luominen laajassa merkityksessä on keskeistä itsemurhaa pohtivan ihmisen hoidossa (Cutcliffe ja Stevenson, 2008a; 2008b), joka alkaa hoitosuhteesta. Sitoutuminen sisältää vuorovaikutussuhteen luomisen, ehdottoman hyväksynnän ja sietämisen välittämisen sekä kuulemisen ja ymmärtämisen (Cutcliffe, 2002; Cutcliffe ja Barker, 2002; Cutcliffe ja Stevenson, 2008a). Cutcliffe ja Stevenson (2008a; Talseth, et al., 1999; Murray ja Wright, 2006) nostavatkin puhumisen ja kuuntelemisen itsemurhaa pohtivan ihmisen hoidossa keskiöön. He toteavat, että: voimme lähestyä ihmisen itsemurha-ajatuksia työskentelemällä tämän ihmisen kanssa ja kysymällä miksi hänen emotionaalinen kaaoksensa on johtanut kuoleman ajatuksiin ja tunteuksiin. Keskeistä on kärsimyksen ja psyykkisen kivun ymmärtäminen – itsemurhien ehkäisyssä on oleellista psyykkiseen kipuun kohdentaminen, sen helpottaminen ja vähentäminen – koska juuri se ajaa ihmisen kuoleman ajatuksiin. Kuoleman ajatuksen suora lähestyminen ei välttämättä ole toimivaa hyvin itsemurha-alttiin ihmisen hoitamisessa. Useat tutkijat korostavatkin lämmintä huolenpitosuhdetta, dialogia, itsemurhaa pohtivan ihmisen ja hoitajan välillä, jossa hoitaja pyrkii asettautumaan itsemurhaa pohtivan ihmisen maailmaan ja ymmärtämään sitä hänen näkökulmastaan. Tämän ymmärryksen avulla hoitaja voi vahvistaa hänen toivoaan. (Samuelsson, et al., 2000; Sjöström, Hetta ja Waern, 2012.)

Toivon vahvistaminen on myös mahdollista puhumalla toivosta, sitten kun se on mahdollista. Toivon puheeksi ottaminen voi tapahtua kysymällä: Ketä ihmistä pidät toiveikkaana? Jos laittaisit vuoteesi viereen taulun, joka symboloi toivoa, millainen se olisi? Jos toivo olisi tuoksu, millainen se olisi? Jos toivo olisi väri, mikä väri se olisi? Miten toiveikas olet asteikolla 1-10, minkä vuoksi olet asteikolla juuri tuolla kohti ja mikä asia voisi nostaa sinut seuraavalle tasolle? Mitähän toiveikas ihminen tekisi tässä kohtaa? Jos yhtäkkiä huomaisit toivon palanneen, mitähän silloin olisi tapahtunut ennen sitä? Lisäksi toivoa voidaan lähestyä pyytämällä autettavana olevaa ihmistä kertomaan elämänsä vaiheesta, jolloin asiat menivät paremmin kuin hän osasi etukäteen odottaa. (Larsen, Edey ja Lemay, 2007.)

Vrålle ja Steen (2005) sisällyttävät toivon luomisen myös osaksi terapeutista suhdetta, jolloin siihen liittyy läheisesti myös aktiivinen mielenkiinnon osoittaminen ja huolenpito, kontaktin tarjoaminen, tärkeiden asioiden esille ottaminen – tämä on myös itsemurhaa pohtivan ihmisen aktiivista kutsumista toisen ihmisen yhteyteen. Itsemurhaa pohtivan empaattinen kohtaaminen mahdollistaa autettavalle omien sisäisten ajatusten ja ongelmien kuvaamisen ja samalla se voi lisätä autettavan toivoa (Larsson, et al., 2007).

Tähän liittyy läheisesti hoitajan vahvistava suhtautuminen itsemurhaa pohtivaan ihmiseen (Talseth, et al., 1999). Vahvistaminen tarkoittaa sitä, että itsemurhaa pohtiva kokee hoitajan toistuvasti osoittavan huomiota ja välittävän hänestä. Itsemurhaa pohtiva ihminen koki itsensä tärkeäksi henkilöksi silloin, kun hoitajat kuuntelivat tarkkaavaisesti, mitä hänellä oli sanottavanaan. Tällainen kommunikaatio herätti hänessä toivoa. (Talseth, et al., 1999; Talseth, Gilje ja Nordberg, 2001; Tzeng, et al., 2010.) Vahvistamiseen sisältyy myös autettavan ihmisen perustarpeista huolehtiminen (fyysinen kosketus, kävely ulkona raittiissa ilmassa hoitajan kanssa, ravitsemuksesta huolehtiminen, unesta ja levosta huolehtiminen, hygienia), aktiivinen kontaktin ottaminen autettavaan ihmiseen (ja voinnin tiedusteleminen), ajan antaminen autettavalle ihmiselle (ei häiritseviä keskeytyksiä), autettavan kanssa oleminen (ilman, että heidän tarvitsee aina puhua), ennakkoluuloton autettavan ihmisen kuunteleminen (aktiivinen kysyminen autettavan ihmisen kertomista asioista), avoin suhtautuminen autettavana olevaan ihmiseen (rauhallinen ääni, rento non-verbaalinen viestintä ja hyvä katsekontakti), autettavan ihmisen tunteiden hyväksyminen, toivon välittäminen (toivoa välittävät hoitajat tekevät autettavan ihmisen päivän helpommaksi, autettava ymmärtää, että vie aikaa elää läpi vaikean elämäntilanteen). (Talseth, Gilje ja Nordberg, 2001.)

Sun et al. (2006; Sun ja Long, 2013) korostavat itsemurhaa pohtivien ihmisten hoitoa koskevissa teorioissaan toivoa. Näissä teorioissa kuvataan terapeutin suhteen luomista, jonka myötä myös toivo mahdollistuu. Teorian hoitajan toimintoja kuvaava osio sisältää kokonaisvaltaisen tilanteen kartoituksen ja hoidon tarpeen määrittämisen, suojan tarjoamisen, perushoidon antamisen, toipumisen mahdollistamisen (sisältäen myötätuntoisen hoitamisen, vuorovaikutuksen ja toivon vahvistamisen).

Nämä Talsethin et al. (1999; Talseth, Gilje ja Nordberg, 2001) ja Sunin et al. (2006; Sun ja Long, 2013) teorit kuvastavat laaja-alaista hoito- ja auttamiskäsitystä itsemurhaa pohtivan ihmisen elämässä – mielenkiintoista on se, että molemmissa korostuvat myös ihmisen perustarpeet ja perushoito. Tätä voidaan tulkita niin, että nämä teorit kuvaavat elämää avaavaa hoitamista eli toivoa vahvistavaa hoitamista, jossa elämää avataan hellävaraisesti toivottoman tai epätoivoisen ihmisen kutsumiseksi takaisin elämään ja ihmisyyteen keskittymällä myös muihin asioihin kuin itsemurha-ajatuksiin. Itsemurha-ajatukset

ovat keskeisiä käsitellä, mutta on myös samanaikaisesti tärkeää laajentaa autettavana olevan ihmisen elämän perspektiiviä niin, että elämän kokonaisuuden hahmo palautuu vähitellen tietoisuuteen.

Lopuksi

Kirjallisuuden ja tutkimusten pohjalta itsemurhaa pohtivan hoitamisessa on keskeistä kontaktin luominen ja todellisen yhteyden löytäminen, jossa on mahdollisuus kohdata itsemurhaa pohtivan ihmisen toivottomuutta ja luoda sen kautta siltaa toivoon.

Tutkimusten perusteella toivo on ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta keskeinen tekijä – myös itsemurhaa pohtivan ihmisen elämässä. Tästä huolimatta toivon merkitys voi jäädä huomiotta tai se syrjäytetään terveydenhuollossa. Herdman (2004) on kirjoittanut hoitotyöstä postemotionaaliossa yhteiskunnassa sekä myös hoitotyössä tunnistettavissa olevasta mcdonaldsaatiosta. Se edustaa hänen mukaansa yhteiskunnan rationalisointia, jonka pyrkimyksenä on äärimmäinen tehokkuus. Kyseessä on pikaruokalan toimintaperiaatteiden hyödyntäminen muilla inhimillisen elämän alueilla. Mcdonaldsaatio edustaa postemotionaalista yhteiskuntaa, jossa tunteiden ja järjen välinen yhteys on katkennut vaikka inhimillinen toiminta edellyttää aina tunteiden ja järjen yhteistoimintaa. Postemotionaaliseen näkökulmaan liittyvät myös välinpitämättömyys ja empatian puute. Välinpitämättömyys ja empatian puute ovat merkittäviä myös toivosta puhuttaessa. Välittäminen on kuitenkin välttämätöntä myös toivon näkökulmasta: toivon kytkeytyy välittämiseen. Ilman välittämistä hoito pelkistyy pelkäksi tekniikaksi. Välittäminen myös yhdistää ihmiset toisiinsa. (Mayeroff, 1971.) Välittämiseen kytkeytyy tiiviisti yhteisyys. Marcelin (1951; 1967; 1978) mukaan yhteisyys on nimenomaan toivon olemusta: yhteisyys edellyttää rakkautta ja välittämistä. Todellisen yhteyden löytäminen toiseen ihmiseen avaa toivon ulottuvuuden ihmisen elämässä. Tämä on tärkeää myös itsemurhaa pohtivan ihmisen hoitotyössä.

Lähteet

Abramson, L.Y., Metalsky, G and Alloy, L. 1988. The hopelessness theory of depression. In: L. Abramson, ed. 1998. *Social Cognition and Clinical Psychology. A Synthesis*. New York: Guilford Press, 33–65.

Anguiano, L., Mayer, D., Piven, M. and Rosenstein, D., 2012. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nursing*, 35(4), pp. E14–26.

Alexander M.J., Haugland, G., Ashenden, P., Knight, E. and Brown, I., 2009. Coping with thoughts of suicide: techniques used by consumers of mental health services. *Psychiatric Services*, 60(9), pp. 1214–1221.

Barker, P. and Cutcliffe, J.R., 2000. Creating a hopeline for suicidal people: a new model for acute sector mental health nursing. *Mental Health Care*, 31, pp.190-193.

Beck, A., Brown, G., Berchick, R., Stewart, B. and Steer, B., 1990. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry* 147, pp.190–195.

Beck, A., Weissman, A., Lester, D. and Trexler, L., 1974. The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, pp. 861–865.

Benzein, E. and Berg, A., 2005. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliative Medicine*, 19(3), 234–240.

Borg, M. and Kristiansen, K., 2004. Recovery-oriented professionals: helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13, pp. 493–505.

Brabant, M, Hébert, M and Chagnon, F, 2013. Identification of sexually abused female adolescents at risk for suicidal ideations: a classification and regression tree analysis. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(2), 153–172.

Bruss, C., 1988. Nursing diagnosis of hopelessness. *Journal of Psychosocial Nursing*, 26, pp. 28–31.

Carlén, P. and Bengtsson, A., 2007. Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 257 - 265.

Cutcliffe, J.R., 2002. Suicidal mental health inpatients: principal approaches to care. *Mental Health Practice*, 5(9), pp. 32–38.

Cutcliffe, J.R. and Barker, P., 2002. Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(5), pp. 611–621.

Cutcliffe, J.R. and Barker, P., 2004. The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11(4), pp. 393–400.

Cutcliffe, J.R. and Happell, B., 2009. Psychiatry, mental health nurses, and invisible power: exploring a perturbed relationship within contemporary mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(2), pp.116–125.

Cutcliffe, J.R., Joyce, A. and Cummins, M., 2004. Building a case for understanding the lived experiences of males who attempt suicide in Alberta, Canada. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11(3), pp. 305–312.

Cutcliffe, J.R. and Stevenson, C., 2008a. Feeling our way in the dark: the psychiatric nursing care of suicidal people -- a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), pp. 942–953.

Cutcliffe, J.R. and Stevenson, C., 2008b. Never the twain? Reconciling national suicide prevention strategies with the practice, educational, and policy needs of mental health nurses (Part two). *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 351–362.

Cutcliffe, J.R., Stevenson, C., Jackson, S. and Smith, P., 2006. A modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people. *International Journal of Nursing Studies* 43(7), pp. 791–802.

Collins, S. and Cutcliffe, J.R., 2003. Addressing hopelessness in people with suicidal ideation: building upon the therapeutic relationship utilizing a cognitive behavioural approach. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10(2), pp.175–185.

Dufault, K. and Martocchio, B., 1985. Hope: its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), pp. 379–391.

Farran, C., Herth, K. and Popovich, J., 1995. *Hope and hopelessness: Critical Clinical Constructs*. Thousand Oaks CA: Sage Publications.

Felder, B., 2004. Hope and coping in patients with cancer diagnosis. *Cancer Nursing*, 27(4), pp. 320–324.

Fong, C., Shah, S. and Maniam, T., 2012. Predictors of suicidal ideation among depressed inpatients in a Malaysian sample. *Suicidology Online* 3, pp. 33–41.

Galor, S. and Hentschel, U., 2009. Analysis of suicidal behaviour in Israeli veterans and terror victims with post-traumatic stress disorder by using the computerised Gottschalk-Gleser Scales. *Clinical Psychologist*, 13(3), pp.102–110.

Gask, L. and Morriss, R., 2008. Assessment and immediate management of people at risk of harming themselves. *Foundation Years*, 4(2), pp. 64–68.

Halfon, N., Labelle, R., Cohen, D., Guilé, J.M. and Breton, J.J., 2013. Juvenile bipolar disorder and suicidality: a review of the last 10 years of literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(3), pp.139–151.

Herdman, E.A., 2004. Nursing in a postemotional society. *Nursing Philosophy*, 5(2), pp. 95–103.

Hewitt, J.L. and Edwards, S.D., 2006. Moral perspectives on the prevention of suicide in mental health settings. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(6), pp. 665–672.

Hinkkurinen, J., Isola, A. ja Kylmä, J., 2011. Itsemurhaa yrittäneiden miesten kokemuksia itsetuhoisuudesta ja siihen liittyvästä toivottomuudesta. *Hoitotiede*, 23(3), pp. 230–239.

Hirsch, J.K., Visser, P.L., Chang, E.C. and Jeglic, E.L. 2012. Race and ethnic differences in hope and hopelessness as moderators of the association between depressive symptoms and suicidal behavior. *Journal of American College Health*, 60(2), pp. 115–125.

Marcel, G., 1951. *The mystery of being. 2, Faith & reality*. London: Harvill Press.

Marcel, G., 1967. *Presence and immortality*. Pittsburgh (Pa): Duquesne U.P.

Marcel, G., 1978. *Homo viator: introduction to a metaphysic of hope*. Gloucester, Mass.: Smith.

Moore, S.L., 2005. Hope makes difference. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, pp. 100–105.

Jobes, D.A., Lento, R. and Brazaitis, K., 2012. An evidence-based clinical approach to suicide prevention in the department of defense: the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS). *Military Psychology*, 24(6), pp. 604–623.

Kizza, D., Knizek, B., Kinyanda, E. and Hjelmeland, H., 2012. Men in despair: A qualitative psychological autopsy study of suicide in Northern Uganda. *Transcultural Psychiatry*, 49(5), pp. 696–717.

Klonsky, D.E., Kotov, R., Bakst, S., Rabinowitz, J. and Bromet, E.J., 2012. Hopelessness as a predictor of attempted suicide among first admission patients with psychosis: a 10-year cohort study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 42(1), pp.1–10.

Kylmä, J., 2000. Dynamics of hope in adult persons living with HIV/AIDS and their significant others - a substantive theory. Doctoral dissertation. Kuopio: Kuopio University Publications E. Social Sciences 85.

Kylmä, J., 2005a. Despair and hopelessness in the context of HIV - a meta-synthesis of qualitative research. *Journal of Clinical Nursing*, 14(7), pp. 813–821.

Kylmä, J., 2005b. Dynamics of hope in adult persons living with HIV/AIDS – a substantive theory. *Journal of Advanced Nursing* 52(6), pp. 620–630.

Kylmä, J. ja Juvakka, T., 2007. Toivo hoitotyössä ja hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena. *Tutkiva Hoitotyö*, 5(4), pp. 4–8.

Kylmä, J., Duggleby, W., Cooper, D. and Molander, G., 2009. Hope in palliative care - an integrative review. *Palliative & Supportive Care*, 7(3), pp. 365–377.

Lakeman, R. and FitzGerald, M., 2008. How people live with or get over being suicidal: a review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), pp. 14–126.

Lamis, D.A., Leenaars, L.S., Jahn, D.R. and Lester D. 2013. Intimate partner violence: are perpetartors also victims and are they more likely to experience suicide ideation? *Journal of Interpersonal Violence*, 28(16), pp. 3109–3128.

Larsen, D., Edey, W. and Lemay, L., 2007. Understanding the role of hope in counselling: Exploring the intentional uses of hope. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(4), pp. 401–416.

Larsson, P., Nilsson, S., Runeson, B. and Gustafsson, B., 2007. Psychiatric nursing care of suicidal patients described by the Sympathy-Acceptance-Understanding-Competence model for confirming nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(4), pp. 222–232.

Lindgren, B., Wilstrand, C., Gilje, F. and Olofsson, B., 2004. Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11(3), pp. 284–291.

Lohne, V. and Severinsson, E., 2006. The power of hope: patients' experiences of hope a year after acute spinal cord injury. *Journal of Clinical Nursing*, 15(3), pp. 315–323.

Mayeroff, M. 1971. *On Caring*. New York: Barnes & Noble.

Mitchell, A.M., Garand, L., Dean, D., Panzak, G.L. and Taylor, M.V., 2005. Suicide assessment in hospital emergency departments: implications for patient satisfaction and compliance. *Topics in Emergency Medicine*, 27(4), pp. 302–312.

Murray, B.L. and Wright, K., 2006. Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: the perspective of youth. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(2), pp. 157–164 .

Nekolaichuk, C., Jevne, R. and Maguire, T., 1999. Structuring the meaning of hope in health and illness. *Social Science & Medicine*, 48(5), pp. 591–605.

O'Donovan, A., 2007. Pragmatism rules: the intervention and prevention strategies used by psychiatric nurses working with non-suicidal self-harming individuals. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(1), pp. 64–71.

Panagioti, M., Gooding, P.A. and Tarrrier, N., 2012. Hopelessness, defeat, and entrapment in posttraumatic stress disorder: their association with suicidal behavior and severity of depression. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 200(8), pp. 676–683.

Perry, B., 2005. Core nursing values brought to life through stories. *Nursing Standard*, 20(7), pp. 41–48.

Rivlin, A., Hawton, K., Marzano, L. and Fazel, S., 2013. Psychosocial characteristics and social networks of suicidal prisoners: towards a model of suicidal behaviour in detention. *PLoS ONE*, 8(7), p. e68944.

Salter, D. and Platt, S., 1990. Suicidal intent, hopelessness and depression in a para-suicide population: the influence of social desirability and elapsed time. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, pp. 361–371.

Samuelsson, M., Wiklander, M., Åsberg, M. and Saveman, B. 2000. Psychiatric care as seen by the attempted suicide patients. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), pp. 635–643.

Sjöström, N., Hetta, J. and Waern, M., 2012. Sense of coherence and suicidality in suicide attempters: a prospective study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 19(1), pp. 62–69.

Sun, F.K. and Long, A., 2013. A suicidal recovery theory to guide individuals on their healing and recovering process following a suicide attempt. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), pp. 2030–2040.

Sun, F., Long, A., Boore, J. and Tsao, L., 2006. A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), pp. 680–690.

Talseth, A., Gilje, F. and Norberg, A. 2001. Being met -- a passageway to hope for relatives of patients at risk of committing suicide: a phenomenological hermeneutic study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(6), pp. 249–256.

Talseth, A., Lindseth, A., Jacobsson, L. and Norberg, A., 1999. The meaning of suicidal psychiatric in-patients' experiences of being cared for by mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), pp.1034-1041.

Turner, D.S. and Stokes, L., 2006. Hope promoting strategies of Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), pp. 363–372.

Tzeng, W., Yang, C., Tzeng, H., Ma, H. and Chen, L., 2010. The inner door: toward an understanding of suicidal patients. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9-10), pp.1396–1404.

Vråle, G.B. and Steen, E., 2005. The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12(5), 513–518.

