



HELSINGIN YLIOPISTO

# Itsemurhaan kuolleiden 30–39-vuotiaiden naisten itsemurhakuoleman taustatekijät

Maisterintutkielma  
Psykologia  
Lääketieteellinen tiedekunta

Laatija:  
Emmi-Lotta Posio

Ohjaajat:  
Tutkimusprofessori Timo Partonen  
Psykologian professori Marko Elovainio

Tutkimusprojekti:  
THL, Itsemurhien ehkäisyohjelma 2020–2030

3.5.2025  
Helsinki

**Tiedekunta:** Lääketieteellinen tiedekunta

**Koulutusohjelma:** Psykologian kandi- ja maisteriohjelma

**Opintosuunta:** Psykologia

**Tekijä:** Emmi-Lotta Posio

**Työn nimi:** Itsemurhaan kuolleiden 30–39-vuotiaiden naisten itsemurhakuoleman taustatekijät

**Työn laji:** Maisterintutkielma

**Kuukausi ja vuosi:** 05/2025

**Sivumäärä:** 48

**Avainsanat:** itsemurhakuolema, itsemurhayritykset, naiset, vanhemmuus, päihteiden käyttö, mielenterveyshäiriödiagnoosit

**Ohjaajat:** Timo Partonen, Marko Elovainio

**Säilytyspaikka:** E-thesis (opinnäytteet), e-thesis.helsinki.fi / Helda

### **Tiivistelmä:**

*Tavoitteet:* Suomessa itsemurhakuolemat ovat jo kolmen vuosikymmenen ajan harvinaistuneet. Naisten itsemurhat eivät ole harvinaistuneet yhtä paljon verrattuna Suomessa miesten ja Euroopassa naisten itsemurhakuolemiin. Vuosien 2016–2021 aikana itsemurhakuolemat lisääntyivät ainoastaan 30–39-vuotiaiden naisten ikäryhmässä, ja muissa naisten ikäryhmissä pysyivät samana. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli syventää ymmärrystä naisten itsemurhakuolemien taustatekijöistä. Tarkastelun kohteena oli itsemurhaan kuolleiden naisten aiemmat itsemurhayritykset ja päihteen myötävaikutus itsemurhakuolemaan. Tutkimuksessa haluttiin selvittää näiden yhteyksiä ikään, lasten lukumäärään sekä aiemmin diagnosoituihin päihderiippuvuuksiin ja muihin mielenterveyshäiriöihin. Tutkimus on osa STM:n ja THL:n itsemurhien ehkäisyohjelmaa vuosille 2020–2030.

*Menetelmät:* Aineistona on THL:n oikeuslääkinnän tietojärjestelmästä kerätty kokonaisaineisto suomalaisten naisten itsemurhakuolemista vuosilta 2016–2023. Itsemurhaan kuolleita naisia oli yhteensä 1533. Aiempien itsemurhayritysten ja päihteen myötävaikutuksen yhteyksiä riippumattomiin muuttujiin tutkittiin logistisella regressioanalyysillä. Päihteen myötävaikutusta tarkasteltiin erikseen alkoholin ja huumeen sekä yleisesti päihteen mukaan. Logistisissa regressioanalyysissä vertailuryhmänä käytettiin 30–39-vuotiaita itsemurhaan kuolleita naisia.

*Tulokset:* Lasten lukumäärä ja ikä eivät olleet yhteydessä aiempien itsemurhayritysten ilmenemiseen. Diagnosoitu päihderiippuvuus tai muu mielenterveyshäiriö lisäsivät todennäköisyyttä aiemmille itsemurhayrityksille riskin ollessa sitä suurempi, mitä useampi diagnoosi löytyi. Iän yhteys päihteen myötävaikutuksesta tapahtuneeseen itsemurhaan ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Todennäköisyys kuolla alkoholin tai yleisesti päihteen myötävaikutuksesta oli suurempi äideillä, joilla oli vähintään kolme lasta, verrattuna naisiin, joilla oli enintään kaksi lasta tai ei ollenkaan lapsia. Mielenterveyshäiriöt eivät olleet yhteydessä huumeen myötävaikutuksesta tapahtuneeseen itsemurhaan, kun taas alkoholin tai minkä tahansa päihteen osalta kolme tai useampi diagnoosi pienensivät

riskiä kuolla päihtyneenä. Diagnosoitu päihderiippuvuus lisäsi riskiä kuolla päihteen myötävaikutuksesta itsemurhaan.

*Johtopäätökset:* Naisten itsemurhakuolemien ennaltaehkäisyn parantamiseksi tulisi vahvistaa itsemurhayritysten jälkeen tarjottavaa hoitoa, päihderiippuvuuksien hoitoa sekä itsetuhoisuuden kartoittamista äideillä esimerkiksi neuvolapalveluissa.

# Sisällysluettelo

<b>1</b>	<b>Johdanto</b>	<b>1</b>
1.1	Itsemurhakuolema, itsemurhayritys ja itsetuhoisuus	1
1.2	Itsemurhat maailmalla ja Suomessa	2
1.2.1	Sukupuolierot itsemurhissa	3
1.2.2	Ikäerot itsemurhissa	4
1.3	Riskitekijöitä naisilla	5
1.3.1	Itsetuhoisuus ja itsemurhayritykset	5
1.3.2	Lähisuhdeväkivalta	7
1.3.3	Masennus ja päihteiden käyttö	7
1.3.4	Perinataaliajan mielenterveysongelmat	8
1.4	Naisten itsemurhien erityispiirteitä	9
1.4.1	Tekotavat	10
1.4.2	Aiemmat käynnit terveydenhuollossa	11
1.4.3	Vanhemmuus ja lapset	12
1.5	Tutkimuksen tavoite	12
1.5.1	Tutkimuskysymykset	14
<b>2</b>	<b>Menetelmät</b>	<b>16</b>
2.1	Aineisto	16
2.2	Tutkittavat muuttajat	16
2.3	Tilastolliset menetelmät	18
<b>3</b>	<b>Tulokset</b>	<b>20</b>
3.1	Aineiston kuvailu	20
3.1.1	Naisten itsemurhakuolemat	20
3.1.2	Äitien itsemurhakuolemat	21
3.1.3	Aiemmat itsemurhayritykset ja diagnoosit	22
3.2	Itsemurhayritykset	24
3.3	Päihteen myötävaikutus itsemurhakuolemalle	25
3.3.1	Huumeet myötävaikuttavana tekijänä	25
3.3.2	Alkoholi myötävaikuttavana tekijänä	27
3.3.3	Päihteet myötävaikuttavana tekijänä	29
<b>4</b>	<b>Pohdinta</b>	<b>32</b>
4.1	Aiempien itsemurhayritysten merkitys	32
4.2	Päihteen myötävaikutuksesta tapahtuneet itsemurhakuolemat	32
4.3	Naisten itsemurhien ehkäisy	34
4.3.1	30–39-vuotiaat naiset	34
4.3.2	Äitiys ja aiemmat itsemurhayritykset	34
4.3.3	Diagnoosi on merkki avun hakemisesta	36
4.3.4	Päihderiippuvuuden hoito	37
4.4	Tutkimuksen rajoitukset	38
4.5	Käytännön suosituksia itsemurhien ehkäisyyn	39

<b>4.6</b>	<b>Lopuksi</b>	<b>40</b>
	<b>Lähteet</b>	<b>41</b>

## 1 Johdanto

Suomessa itsemurhakuolemat ovat jo kolmen vuosikymmenen ajan harvinaistuneet erityisesti miehillä (Tilastokeskus, 2021). Naisten itsemurhat eivät kuitenkaan ole harvinaistuneet yhtä paljon verrattuna Suomessa miesten ja Euroopassa naisten itsemurhakuolemiin (Holopainen ym., 2014). Pohjoismaissa nuorten naisten itsemurhien lukumäärät ovat viime vuosina suurentuneet, myös Suomessa (Oskarsson ym., 2023).

Suomen itsemurhatilastojen mukaan vuosien 2016–2021 välillä miesten itsemurhakuolemat olivat eri ikäryhmissä joko vähentyneet tai pysyneet samana, kun taas naisilla 30–39-vuotiaiden ikäryhmässä itsemurhien lukumäärässä oli ollut kasvua ja muissa ikäryhmissä itsemurhakuolemat olivat pysyneet samalla tasolla (Partonen ym., 2022a). Tämän takia tässä tutkimuksessa tarkastellaan vuosien 2016–2023 aikana itsemurhaan kuolleita 30–39-vuotiaita suomalaisia naisia. Tutkimuksessa vertaillaan 30–39-vuotiaita naisia heitä nuorempiin ja vanhempiin naisiin, ja pyritään selvittämään itsemurhakuoleman taustatekijöitä.

### 1.1 Itsemurhakuolema, itsemurhayritys ja itsetuhoisuus

Itsemurhakuolemalla tarkoitetaan kuolemaa, joka on aiheutunut yksilön omasta tietoisesti aloitetusta ja toteutuneesta teosta, ja jonka yksilö on tiennyt tai toivonut johtavan kuolemaan (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito -suositus, 2020). Suomessa itsemurhakuoleman määrittää oikeuslääkäri, joka poliisin pyynnöstä suorittaa oikeuslääketieteellisen kuolemansyyn selvityksen (THL, 2023). Selvitykseen kuuluu lähes aina oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus ja oikeuskemialliset tutkimukset, ja joiden pohjalta oikeuslääkäri kirjoittaa kuolintodistuksen (THL, 2023).

Itsemurhayrityksellä tarkoitetaan itseä tarkoituksellisesti vahingoittavaa toimintaa, johon liittyy usein vähintään jonkinasteinen kuolemantoive (World Health Organization [WHO], 2014), mutta joka ei kuitenkaan johda kuolemaan (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito -suositus, 2020).

Itsemurhayritysten taustalla voi olla monenlaisia motiiveja. Itsemurhayrityksen motiivit voidaan karkeasti jaotella yksilön sisäisiin syihin, kuten psyykkisen kärsimyksen väliaikainen helpottaminen, sekä ihmissuhteisiin liittyviin, kuten avun

pyytäminen tai pyrkimys vaikuttaa muihin ihmisiin pelottelemalla, kiristämällä tai kostamalla oman hengen riistämällä (May & Klonsky, 2013).

Sekä itsemurhakuolema että itsemurhayritys sisältyvät itsetuhoisuuden käsitteeseen. Itsetuhoisuudella viitataan kaikenlaiseen toimintaan ja ajatteluun, jossa tarkoituksena on itsensä vahingoittaminen tai henkeä uhkaavan riskin ottaminen (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito -suositus, 2020). Itsetuhoista käyttäytymistä voi olla itsemurhasta puhuminen, itsemurhan suunnittelu, yritys ja toteutus (WHO, 2014). Itsetuhoisuus voi myös olla itsetuhoista puhetta ja itsensä vahingoittamista ilman itsemurhatarkoitusta (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito -suositus, 2020).

## **1.2 Itsemurhat maailmalla ja Suomessa**

Maailman terveysjärjestö WHO:n (2024) mukaan itsemurha on maailmanlaajuisesti vuosittain noin 720 000 ihmisen kuolinsyy. Itsemurhista 73 prosenttia tapahtuu matala- ja keskituloisissa maissa (WHO, 2024). WHO:n tekemän katsauksen (2014) mukaan itsemurhat ovat harvinaistuneet vuosien saatossa; vuonna 2000 itsemurhien määrä oli 880 000 ja vuonna 2012 se oli 805 000. Maiden ja eri alueiden tarkastelu kuitenkin osoittaa, että lasku ei ole ollut yhdenmukaista kaikkialla ja osassa maita itsemurhien lukumäärä on jopa suurentunut. Tästä syystä itsemurhamääriä on tärkeää tarkastella alue- tai maakohtaisesti, jotta trendistä poikkeavat muutokset voidaan havaita ja itsemurhakuolemia voitaisiin paremmin estää.

Euroopassa itsemurhaan kuoli vuonna 2021 noin 47 000 ihmistä (Eurostat, 2024a). Verrattuna tilanteeseen vuonna 2011 itsemurhien lukumäärä on yleisesti pienentynyt 13 prosenttia, mutta osassa Euroopan maista itsemurhien lukumäärä on samaan aikaan suurentunut (Eurostat, 2024a). Euroopan maista Suomessa tehtiin eniten itsemurhia 1950-luvulla, kun vuonna 2009 Suomi sijoittui tilaston yhdeksännelle sijalle (Holopainen ym., 2014). Vuonna 2024 tehdyssä Euroopan maiden vertailussa Suomi sijoittui keskivaiheille (Eurostat, 2024a).

Myös suurimmassa osassa Pohjoismaita itsemurhien lukumäärä on pienentynyt jo vuosien ajan. Pohjoismaissa vuonna 2022 itsemurhaan kuoli yhteensä 3574 ihmistä (Nordic Council of Ministers, 2024). Vuosien 2000–2018 välisessä tarkastelussa

itsemurhakuolemat ovat harvinaistuneet eniten Suomessa (34.9 %) ja vähiten Norjassa (1.4 %), mutta Ruotsissa niiden määrä on pysynyt melko samana (Oskarsson ym., 2023). Ikävakioitu itsemurhakuolleisuus oli vuonna 2022 suurinta Grönlannissa (71.3/100 000) myös maailmanlaajuisesti vertailtuna, seuraavana Ruotsissa (12.4/100 000), Suomessa (11.9/100 000) ja laskevassa järjestyksessä Norjassa, Tanskassa, Färsaarilla ja Ahvenanmaalla (Nordic Council of Ministers, 2024).

Suomessa itsemurhakuolemien lukumäärä on puolittunut vuosien 1990–2020 välillä; vuonna 2020 itsemurhia tehtiin 717 (Tilastokeskus, 2021). Viime vuosina itsemurhakuolemat eivät kuitenkaan ole vähentyneet enää yhtä paljon. Esimerkiksi vuodesta 2019 vuoteen 2023 itsemurhakuolemien kokonaismäärässä ei ole tapahtunut muutoksia, sillä itsemurhia tehtiin molempina vuosina yhteensä 752 (Tilastokeskus, 2023).

### 1.2.1 Sukupuolierot itsemurhissa

Maailmanlaajuisesti miehet tekevät naisia enemmän itsemurhia, mutta suhteellinen ero vaihtelee alueittain: korkean tulotason maissa miehet tekevät kolme kertaa useammin itsemurhan kuin naiset, kun taas matalamman tulotason maissa ero on tasaisempi (WHO, 2014). WHO:n (2014) mukaan itsemurha kuolinsyynä selittää miehillä 50 prosenttia ja naisilla 70 prosenttia kaikista väkivaltaisista kuolemista.

Pohjoismaissa vuosien 2000–2018 välillä tarkasteltuna havaittiin, että itsemurhien lukumäärä keskimäärin pieneni, mutta sukupuoli ja ikä huomioiden se suureni islantilaisilla miehillä kaikissa muissa ikäryhmissä paitsi 15–24-vuotiailla, sekä norjalaisilla 45–64-vuotiailla miehillä (Oskarsson ym., 2023). Naisilla puolestaan havaittiin itsemurhien lukumäärien kasvua Islantia lukuun ottamatta kaikissa Pohjoismaissa 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä, norjalaisilla naisilla kaikissa ikäryhmissä sekä ruotsalaisilla naisilla 25–44-vuotiaiden ikäryhmässä (Oskarsson ym., 2023).

Euroopan kehityskulkuja mukaillen sekä suomalaisilla miehillä että naisilla itsemurhakuolemat ovat harvinaistuneet, mutta naisten itsemurhat ovat harvinaistuneet vähemmän kuin muissa Euroopan maissa (Holopainen ym., 2014).

Vuonna 2009 Suomi sijoittui yhdeksänneksi Euroopan itsemurhatilastoissa sukupuolia erottelematta, mutta naisten itsemurhakuolemien suhteen Suomi sijoittui toiseksi (Holopainen ym., 2014). Suomalaisten naisten itsemurhien lukumäärät ovat vuosien 2005–2019 eurooppalaisessa tilastovertailussa sijoittuneet lähes vuosittain viiden enimmän joukkoon (WHO, 2023).

### 1.2.2 Ikäerot itsemurhissa

Lähes kaikkialla maailmassa itsemurhia tehdään keskimäärin vähiten alle 15-vuotiaina ja eniten yli 70-vuotiaina, kun taas 15–70-vuotiailla itsemurhien määrä vaihtelee merkittävästi eri alueilla (WHO, 2014). Maailmanlaajuisesti 15–29-vuotiaiden nuorten kuolemaan johtavista syistä itsemurha on kolmanneksi yleisin kuolinsyy (WHO, 2024), kun taas korkean tulotason maissa itsemurha on nuorten yleisin kuolinsyy (Oskarsson ym., 2023). Nuorten 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä itsemurhien lukumäärät ovat osassa maita, kuten Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa, viime vuosien aikana suurentuneet erityisesti naisilla (Oskarsson ym., 2023). Euroopassa vuonna 2021 itsemurhia tehtiin eniten (37 %) 45–64-vuotiaiden ikäryhmässä ja toiseksi eniten (34 %) yli 65-vuotiaiden ikäryhmässä (Eurostat, 2024a).

Pohjoismaisessa vertailussa itsemurhakuolleisuus on suurinta keski-ikäisillä ja vanhemmilla aikuisilla Tanskassa ja Ruotsissa, kun taas Suomessa ja Norjassa ikäryhmien välinen jakauma on tasaisempi lukuun ottamatta alle 25-vuotiaita nuoria, joilla itsemurhakuolleisuus on suurempaa (Nordic Council of Ministers, 2024). Suomalaisten nuorten itsemurhakuolleisuus on eurooppalaisessa vertailussa suuri, kun taas yli 65-vuotiaiden suomalaisten itsemurhakuolleisuus on Euroopan keskitasoa (Tilastokeskus, 2021 & Eurostat, 2024b).

Vuosien 1990–2008 aikana suomalaisten alle 18-vuotiaiden poikien itsemurhakuolleisuus pieneni, mutta alle 18-vuotiaiden tyttöjen luvut kasvoivat (Lahti ym., 2011). Suunta on myös vuosien 2009–2022 aikana ollut sama, sillä alle 18-vuotiaiden tyttöjen itsemurhakuolleisuus on edelleen suurempaa kuin poikien (Sotkanet, 2024). Vuoden 2023 tilastojen mukaan suomalaisten nuorten alle 25-vuotiaiden itsemurhien kokonaismäärä kasvoi verrattuna edellisiin vuosiin ja tasolle, joka on ollut yhtä suuri viimeksi vuonna 2012 (Tilastokeskus, 2023). Tilastojen

mukaan erityisesti nuorten naisten osuus on kasvanut siten, että se on nyt 40 prosenttia kaikista nuorten itsemurhakuolemista.

### **1.3 Riskitekijöitä naisilla**

#### **1.3.1 Itsetuhoisuus ja itsemurhayritykset**

Aiempi itsemurhayritys on yksi merkittävimmistä yksittäisistä itsemurhan riskitekijöistä (WHO, 2014). WHO:n (2014) arvion mukaan maailmassa jokaista itsemurhakuolemaa kohden tapahtuu yli 20 itsemurhayritystä. Itsemurhayrityksiä tai laajemmin itsetuhoisuutta ei systemaattisesti raportoida juuri missään maassa, sillä kattava ja luotettava tilastointi on vaikeaa ja tapahtuu aina viiveellä. Ilmiötä tutkitaan sairaalakäyntien ja kyselytutkimusten avulla, mutta siitä huolimatta osa tapauksista jää piiloon hoitoon hakeutumattomuuden ja kyselyihin vastaamatta jättämisen vuoksi (Nordic Council of Ministers, 2024).

Itsetuhoisuus kaikkine muotoineen sekä itsemurhatarkoituksessa että ilman on merkittävästi yleisempää naisilla kuin miehillä, vaikka samaan aikaan erityisesti länsimaissa suurin osa itsemurhaan kuolleista on miehiä (Qu ym., 2024). Ilmiö tunnetaan nimellä sukupuoliparadoksi (engl. gender paradox), jonka syytä ei oikeastaan tiedetä (Qu ym., 2024). Qun ja kumppaneiden (2024) mukaan yksi vallalla oleva selitys on, että naiset käyttävät vähemmän kuolettavia keinoja itsemurhayrityksissä ja siten jäävät useammin henkiin kuin miehet. Brittiläisen tutkimuksen mukaan iän myötä sukupuolten väliset erot itsetuhoisuudessa kuitenkin kapenevat ja sairaalakäyntiin johtava itsetuhoisuus vähenee sekä naisilla että miehillä (Hawton ym., 2007).

Itsensä vahingoittamisen elämänaikainen esiintyvyys on Euroopassa 21 prosenttia, ja se on kasvanut ajan myötä useiden aineistojen perusteella (Lucena ym., 2022). Euroopan tasolla itsensä vahingoittaminen on tytöillä 1,6 kertaa yleisempää kuin pojilla (Lucena ym., 2022). Sairaalakäyntien perusteella itsemurhayritykset ovat norjalaisessa ja tanskalaisessa tutkimuksessa yleisimmillään 15–24-vuotiailla naisilla (Nordic Council of Ministers, 2024).

Suomalaisessa kouluterveyskyselytutkimuksessa (Haravuori ym., 2022) havaittiin, että 14–17-vuotiaista nuorista 25 prosenttia on vähintään kerran ja 11 prosenttia on toistuvasti tahallisesti vahingoittanut itseään. Kaikki itsetuhoisuuden muodot olivat yhteydessä toisiinsa aina yleisimmistä itsemurha-ajatuksista harvinaisimpiin itsemurhayrityksiin. Kaikki itsetuhoisuuden muodot olivat kyselyn mukaan merkittävästi yleisempiä tytöillä kuin pojilla. Esimerkiksi vähintään kerran itsemurhaa yrittäneitä oli yhdeksän prosenttia tytöistä, kun vastaava osuus pojista oli viisi prosenttia.

Yli 25-vuotiaiden naisten itsetuhoisuudesta on melko vähän tutkimusta. Hawtonin ja kumppaneiden tutkimuksen (2007) mukaan itsetuhoisuus ja erityisesti itsensä vahingoittaminen on yleisintä 15–19-vuotiailla tytöillä, mutta vähenee merkittävästi iän myötä. Toisessa tutkimuksessa samaa aineistoa hyödyntäen verrattiin itsetuhoisuuden vuoksi ensiavussa käyneitä alle 20-vuotiaita heitä vanhempiin naisiin (Diggins, ym. 2017). Tutkimuksessa havaittiin, että iän myötä itsetuhoisuus raaistuu ja itsensä vahingoittamisesta seuraa vakavampia fyysisiä vammoja.

Vaikka itsetuhoisuuden esiintymistiheys ja vakavuusaste eroavat nuorilla ja vanhemmilla aikuisilla, syyt vahingoittaa itseään on havaittu olevan hyvin samanlaisia iästä riippumatta. Norjalaisessa haastattelututkimuksessa havaittiin, että 11–19-vuotiailla ja 20–73-vuotiailla sairaalahoitoon johtaneessa itsensä vahingoittamisessa syyt ja tekoa edeltäneet tekijät olivat hyvin samanlaisia: raportoinneissa ei havaittu eroja liittyen matalaan itsetuntoon, tilanteen kestättömyyteen, itsemurha-aikeiden vakavuuteen, masentuneisuuteen tai toivottomuuteen (Hjelmeland & Grøholt, 2005). Aikuiset raportoivat kuitenkin nuoria enemmän psykiatristen ongelmien ja päihteiden ongelmakäytön vaikutuksesta itsensä vahingoittamiseen. Itsensä vahingoittamiseen vaikuttavat myös erilaiset elämänongelmat ja -kriisit eri ikäisillä. Esimerkiksi itsensä vahingoittamisen takia sairaalahoidossa olleista 25–34-vuotiaista naisista 70 prosenttia raportoi parisuhdeongelmien vaikuttaneen eniten erilaisista elämäntapahtumien kriiseistä, kun alle 25-vuotiailla keskeisimpänä olivat ongelmat perheessä (Haw & Hawton, 2008).

Suurin osa itsetuhoisesta käyttäytymisestä ei johda itsemurhaan, mutta riski yrittää itsemurhaa ja kuolla siihen kasvaa, mitä toistuvampaa käyttäytyminen on; itsemurha-ajatusten toistuvuus kasvattaa itsemurhayrityksen riskiä viidenkertaiseksi ja itsensä vahingoittaminen toistuvasti puolestaan 10-kertaiseksi (Gillies ym. 2018). Erityisesti naisilla ongelmien kasaantuminen lisää itsemurha-aikeita itsetuhoisen käyttäytymisen taustalla (Haw & Hawton, 2008). Keskimäärin itsemurhaa yrittäneistä miehistä 3 prosenttia ja naisista 1,5 prosenttia kuolee itsemurhaan vuoden sisällä yrityksestä (Nordic Council of Ministers, 2024).

### 1.3.2 Lähisuhdeväkivalta

Noin 35 prosenttia naisista maailmanlaajuisesti on joutunut joko fyysisen tai seksuaalisen väkivallan tai molempien uhriksi lähisuhteessa (WHO, 2014). Vaikka myös miehet kokevat merkittävästi lähisuhdeväkivaltaa, naiset todennäköisemmin kohtaavat sitä toistuvammin ja heidän kokemansa väkivallan muodot ovat vakavampia (Pirkis ym., 2024). Yli puolet itsetuhoisesti käyttäytyvistä ovat kokeneet lähisuhteessaan väkivaltaa tai laiminlyöntiä (Pirkis ym., 2024). Väkivallan ja erityisesti seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi joutuminen lisää riskiä itsetuhoisuuteen ja itsemurhan tekemiseen (Pirkis ym., 2024 & Nordic Council of Ministers, 2024).

### 1.3.3 Masennus ja päihteiden käyttö

Mielenterveyshäiriöiden näkökulmasta masennus ja ongelmallinen alkoholin käyttö ovat suomalaisilla yleisimmät itsemurhan riskitekijät sukupuolesta riippumatta (Aaltonen ym., 2019). Itsemurhariski on 20-kertainen masennuksesta kärsivillä erikoissairaanhoidon potilailla verrattuna väestöön yleisesti (Lönqvist ym., 2021). Alkoholiriippuvuudesta kärsivillä itsemurhariski puolestaan on 5–10-kertainen verrattuna muuhun väestöön (Levola & Niemelä, 2022).

Masennusdiagnoosi on naisilla yleisempi kuin miehillä, kun taas alkoholiriippuvuus on päinvastoin (Lönqvist ym., 2021). Masennus on kuitenkin isompi itsemurhan riskitekijä miehillä kuin naisilla, ja riski on sitä suurempi, mitä vakavampi ja kroonisempi masennushäiriö on (Lönqvist ym., 2021). Puolestaan alkoholiriippuvuus lisää itsemurhariskiä suhteellisesti enemmän naisilla kuin miehillä (Lönqvist ym., 2021). Aaltosen ja kumppaneiden pitkittäistutkimuksessa

(2019) havaittiin, että vakavasti masentuneilla naisilla samanaikainen alkoholiriippuvuus lisäsi riskiä itsemurhaan enemmän kuin saman ryhmän miehillä. Alkoholiriippuvuuden lisäksi myös muut päihdehäiriöt lisäävät riskiä itsemurhan tekemiseen. Kansainvälisen katsauksen mukaan huumeriippuvuudesta kärsivistä itsemurhaan kuolee absoluuttisesti enemmän miehiä kuin naisia, mutta suhteellisesti isompi osa huumeriippuvuudesta kärsivistä naisista kuin miehistä kuolee itsemurhaan (Devin ym., 2023).

Suomessa vuonna 2023 huumausainekuolemia oli ennätysellisen paljon, ja niistä suurin osa oli tapaturmaisia kuolemia (Tilastokeskus, 2023). Vuonna 2023 lähes joka kymmenes huumekuolema oli itsemurhakuolema (Tilastokeskus, 2023), kun vuonna 2021 osuus oli joka kahdeksas (Tilastokeskus, 2021). Suomessa naiset ovat useammin kuolleet itsemurhaan huumeen myötävaikutuksesta verrattuna miehiin (Tilastokeskus, 2021). Sekä naiset että miehet ovat vuonna 2023 kuolleet useammin nuorempina huumeisiin kuin verrattuna vuoteen 2021: huumekuolemia oli vuonna 2021 eniten naisilla 25–39-vuotiaiden ja miehillä 20–34-vuotiaiden ikäryhmässä (Tilastokeskus, 2021), kun vuonna 2023 kuolemia oli eniten 20–24-vuotiaiden ikäryhmissä naisilla ja miehillä (Tilastokeskus, 2023).

Itsemurhaan kuollut on kuitenkin useammin selvinpään kuin päihtynyt. Suomalaisesta itsemurhakuolemien aineistosta tehtyjen oikeuskemiallisten tutkimusten mukaan 39 prosenttia miehistä ja 33 prosenttia naisista on alkoholin vaikutuksen alaisena (Partonen ym., 2020). Vastaavasti huumausaineiden vaikutuksen alaisena osuudet ovat miehillä kymmenen prosenttia ja naisilla kuusi prosenttia.

#### 1.3.4 Perinataaliajan mielenterveysongelmat

Perinataaliajalla tarkoitetaan mielenterveyden näkökulmasta lapsen kehitykselle kriittistä ajanjaksoa, joka kattaa koko raskausajan ja lapsen kahden ensimmäisen elinvuoden (Suomen Perinataalimielenterveys ry). Raskausaikana naiset kokevat usein elämänsä suurimmat muutokset, ja riski sairastua mielenterveyshäiriöihin kasvaa sen aikana (Mäkelä ym., 2010). Raskaana olevien ja synnyttäneiden äitien mielenterveyttä onkin tärkeää seurata ja tarvittaessa tarjota tarpeenmukaista hoitoa (Pietikäinen ym., 2019).

Eri tutkimusten mukaan arvioituna 7–20 prosenttia odottavista äideistä kärsii raskausajan masennuksesta (Mäkelä ym., 2010), joka on suurin riskitekijä myös synnytyksen jälkeiselle masennukselle (Pietikäinen ym., 2019). Synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastuu noin 10–20 prosenttia äideistä ja uusiutumiskriisi on jopa 40 prosenttia seuraavien synnytysten aikana (Tiitinen, 2024). Pahimmassa tapauksessa hoitamattomat perinataaliajan mielenterveysongelmat, erityisesti synnytyksen jälkeinen masennus, altistavat väkivallalle ja itsemurhakuolemalle (Mäkelä ym., 2010).

Raskaus ja lapsen syntymä suojaavat itsemurhakuolemalta (Lysell ym., 2018), sillä lapsen syntymä luo toivoa ja tekee elämästä merkityksellistä ja elämisen arvoista (McLean ym., 2008). Raskaana olevilla äideillä itsemurha-ajatukset ovat kuitenkin yleisempiä kuin väestössä, vaikka itsetuhoinen käyttäytyminen on heillä harvinaisempaa (Stacy ym. 2022). Synnytyksen jälkeisistä kuolemista 20 prosenttia on itsemurhia (Lindahl ym., 2005). Riskiä kuolla itsemurhaan vuoden sisällä synnytyksestä lisää syntymän jälkeinen vakava mielenterveyden ongelma ja aiempi itsensä vahingoittaminen (Lysell ym., 2018). Perinataaliaikana itsemurhan tekotapa on joidenkin tutkimusten mukaan väkivaltaisempi, esimerkiksi hirttäytyminen tai hyppääminen, kuin myöhemmin perinataaliajan jälkeen tehty itsemurha (Reid ym., 2022).

#### **1.4 Naisten itsemurhien erityispiirteitä**

Itsemurhakuolemaan johtavat monenlaiset yksilölliset, sosiaaliset sekä laajemmat ympäristölliset ja kulttuuriset tekijät. Tämän takia itsemurhien kehitystä on tärkeää seurata ja tutkia laajemmin, mutta myös yksityiskohtaisemmin mahdollisimman reaaliaikaisesti, jotta muutoksiin voidaan puuttua ajoissa.

Jotta itsemurhia voidaan ehkäistä mahdollisimman tehokkaasti, on oleellista saada tarkempaa tietoa itsemurhariskissä olevista ihmisistä. Itsemurhia on mahdollista ehkäistä konkreettisilla toimilla. Naisten itsemurhien ehkäisystä on saatavilla heikosti aiempaa tutkimusta. Tästä syystä alla kuvataan erityisesti naisten itsemurhiin liittyviä erityispiirteitä ja itsemurhakuolemien ennaltaehkäisyssä huomioonotettavia tekijöitä.

### 1.4.1 Tekotavat

Itsemurhia voidaan ehkäistä vaikuttamalla eri itsemurhakeinojen saatavuuteen, esimerkiksi rajoittamalla myrkyllisten aineiden saatavuutta, pienentämällä lääkepakkauksia ja asettamalla asekauppaa rajoittavia säädöksiä (Hawton ym., 2024). Itsemurhaa yrittäneillä riski kuolla seuraavaan yritykseen on sitä suurempi, mitä kuolettavampi ensimmäisen yrityksen tekotapa on ollut (Fedyszyn ym., 2016). Itsemurhayrityksen lopputulokseen vaikuttavat merkittävästi saatavilla olevien itsemurhakeinojen kuolettavuus ja se, onko yritys toteutettu impulsiivisesti vai harkiten (Hawton ym. 2024). Riskiä lisää myös itsemurhakeinojen kognitiivinen saavutettavuus. Tällä tarkoitetaan yksilön altistumista esimerkiksi julkisuuden henkilöiden itsemurhien laajaan uutisointiin tai läheisen itsemurhakuolemasta saatuun tietoon itsemurhan toteutustavasta (Hawton ym., 2024). Tämän vuoksi on laadittu suosituksia itsemurhan vastuulliseen uutisointiin myös Suomessa (Julkisen sanan neuvosto, 2020).

Itsemurhakuolemaan johtavat tekotavat vaihtelevat sukupuolen mukaan. Naisten itsemurhien tekotavat ovat usein vähemmän kuolettavia ja väkivaltaisempia kuin miesten keinot (Titelman ym., 2013). Kuolettavampia keinoja ovat sellaiset, joissa todennäköisyys henkiin jäämiselle on pienempi, esimerkiksi ampuminen ja hirttäytyminen, kun taas esimerkiksi myrkytykseen kuoleminen on epävarmempaa (Ludwig & Dwivedi, 2018). Väkivaltaisemmat keinot puolestaan aiheuttavat enemmän fyysisiä vammoja, kuten hyppääminen, verrattuna esimerkiksi hukuttautumiseen. Vuosien 1980–2009 aikana Pohjoismaissa miesten yleisin tekotapa oli hirttäytyminen ja naisilla myrkytys (Titelman ym., 2013). Samansuuntaisia tuloksia on myös saatu vuosien 2016–2018 aikana itsemurhaan kuolleiden suomalaisten itsemurhakeinoista; tuolloin miesten kolme tavallisinta tekotapaa olivat hirttäytyminen, ampuminen ja myrkytys, ja naisilla myrkytys, hirttäytyminen ja hukuttautuminen (Partonen ym., 2020).

Yhtenä selityksenä naisten itsemurhien lukumäärien kasvuun liittyy aiempaa väkivaltaisempien ja kuolettavimpien tekotapojen lisääntyminen. Esimerkiksi Suomessa alle 18-vuotiaiden naisten itsemurhien lukumäärien kasvu vuosien 1990–

2008 välillä oli yhteydessä yleisimmän tekotavan vaihtumiseen myrkytyksestä hirttäytymiseen verrattuna tilanteeseen ennen vuotta 1990 (Lahti ym., 2011).

#### 1.4.2 Aiemmat käynnit terveydenhuollossa

Itsemurhat eivät useinkaan tapahdu näkymättömissä ja eristyksissä ympäröivästä maailmasta, vaan suurimmassa osassa tapauksista itsemurhariski olisi mahdollista tunnistaa terveydenhuollossa. Jopa 80 prosenttia itsemurhaan kuolleista on asioinut kuolemaansa edeltäneen vuoden aikana perusterveydenhuollossa (Mann ym., 2005). Suomalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että vuosien 2016–2018 aikana 66 prosentilla itsemurhaan kuolleista viimeisin terveydenhuollon käynti oli ollut kuukauden sisällä ennen itsemurhaa ja joka viidennellä (21 %) viimeisin käynti oli ollut itsemurhapäivänä (Partonen ym., 2022b). Naisilla viimeinen käynti ennen itsemurhaa oli toteutunut useammin saman viikon tai kuukauden aikana ja hoitopäiviä oli useammin kuin miehillä.

Sairaalahoitoa vaativa psykiatrinen häiriö on isoin itsemurhan riskitekijä naisilla verrattuna moniin muihin sosioekonomisiin, demografisiin ja psykiatrisiin tekijöihin (Qin ym., 2003). Tanskalaisessa kohorttitutkimuksessa vuosien 1995–2016 välillä itsemurhaan kuolleista naisista 55 prosenttia oli elämänsä aikana ollut sairaalahoidossa psykiatrisen häiriön vuoksi (Madsen ym., 2020). Tutkimuksen mukaan itsemurhariski on suurimmillaan, yli 200-kertainen, kahden viikon sisällä niin sairaalahoidon aloituksesta kuin sairaalahoidosta kotiutumisesta verrattuna niihin, jotka eivät ole olleet sairaalahoidossa samaisen psykiatrisen häiriön takia.

Tanskalaisen rekisteritutkimuksen mukaan vuosien 2012–2016 aikana kaikista itsensä vahingoittamisen takia päivystyksessä olleista henkilöistä ainoastaan 33 prosenttia sai psykiatrista avo- tai osastohoitoa ensiarvioinnin jälkeen, kun somaattista hoitoa sai 82 prosenttia (Dyvesether ym., 2022). Ensimmäisen itsemurhayrityksen jälkeen 16 prosenttia yrittää itsemurhaa vuoden sisällä uudelleen (Caroll ym., 2014). Heistä 1,6 prosenttia kuolee itsemurhaan vuoden sisällä ja 3,9 prosenttia viiden vuoden jälkeen ensimmäisestä yrityksestä.

### 1.4.3 Vanhemmuus ja lapset

Yhden tai useamman lapsen kuuluminen perheeseen suojaa erityisesti äitiä itsemurhan tekemiseltä (Nordic Council of Ministers, 2024). Itsemurhariskin on havaittu olevan pienimmillään naisilla, joilla on kaksi tai useampi lapsi verrattuna naisiin, joilla on yksi lapsi tai ei lapsia (Dehara ym., 2021). Tanskalaisessa rekisteritutkimuksessa alle 2-vuotiaan lapsen vanhempana olemisen havaittiin olevan itsemurhalta suojaava tekijä verrattuna vanhempiin, joilla on tätä vanhempi lapsi tai ei ole lapsia (Qin ym., 2003). Toisessa tanskalaisessa tutkimuksessa puolestaan havaittiin, että minkä tahansa ikäinen kotona asuva lapsi on yhteydessä pienempään itsemurhariskiin verrattuna vanhempiin, joiden lapsi tai lapset ovat muuttaneet pois kotoa (Qin & Mortensen, 2003).

Vaikka vanhemmuus ja lapset yleisesti suojaavat äitiä itsemurhakuolemalta, itsemurhia yrittää ja niihin kuolee kuitenkin merkittävä määrä vanhempia (Cerel ym., 2016). Melko vähän on tutkimustietoa, miksi vanhemmuus ja lapset eivät aina kaikille ole suojaava tekijä, tai voisiko vanhemmuus joissain tapauksissa jopa lisätä itsemurhariskiä. Mikäli äiti ei saa tarpeeksi tukea vanhemmuuteen ja moninaiset ongelmat ovat kasaantuneet, lapseen liittyvät tekijät voivat olla riskinä itsetuhoiselle käyttäytymiselle (Cerel ym., 2016). Cerelin ja kumppaneiden (2016) kyselytutkimuksessa havaittiin, että osa itsemurhaa yrittäneistä alaikäisten lasten äideistä oli kokenut itsemurhayritykseen vaikuttaneen vanhemmuuteen liittyvä voimakas stressi, lapsen häiriökäyttäytyminen sekä huoltajuusongelmat. Äidin vointiin voi vaikuttaa myös vanhemmuudesta riippumattomat syyt, jotka voivat heikentää lapsen suojaavaa vaikutusta: suomalaisen pitkittäistutkimuksen mukaan pienen lapsen vanhempana oleminen ei suojaa itsemurhakuolemalta äitejä, jotka kärsivät vakavasta masennuksesta (Aaltonen ym., 2019).

### 1.5 Tutkimuksen tavoite

Tutkimus on osa sosiaali- ja terveysministeriön (STM) julkaisemaa ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toimeenpanemaa itsemurhien ehkäisyohjelmaa vuosille 2020–2030 (Vorma ym., 2020). Tutkimuksen tarkoituksena on auttaa tunnistamaan tekijöitä, joihin vaikuttamalla itsemurhia voitaisiin ehkäistä.

Suomen itsemurhatilastoissa vuosien 2016–2021 välillä miesten itsemurhakuolemat ovat eri ikäryhmissä joko vähentyneet tai pysyneet samana (Partonen ym., 2022a). Puolestaan naisilla 30–39-vuotiaiden ikäryhmässä itsemurhien lukumäärässä on kasvua ja muissa ikäryhmissä itsemurhakuolemat ovat pysyneet samalla tasolla. Tämän takia tässä tutkimuksessa tarkastellaan vuosien 2016–2023 aikana itsemurhaan kuolleita 30–39-vuotiaita suomalaisia naisia. Tutkimuksessa vertaillaan 30–39-vuotiaita naisia heitä nuorempiin ja vanhempiin naisiin, ja pyritään selvittämään itsemurhakuoleman taustatekijöitä ja siten mahdollisia alariskiryhmiä.

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä halutaan tarkastella, onko itsemurhaan kuolleiden naisten aiemmat itsemurhayritykset yhteydessä ikään, lasten lukumäärään, diagnosoituun päihderiippuvuuteen tai muihin mielenterveyshäiriöihin. Yli 25-vuotiaiden naisten itsetuhoisuudesta on hyvin vähän aiempaa tutkimustietoa, minkä vuoksi tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ikäryhmien välisiä eroja aiempien itsemurhayritysten määrässä itsemurhaan kuolleiden aineistossa. Suomessa ensisynnyttäjät ovat yleisimmin 29–34-vuotiaita (Tilastokeskus, 2022), ja siksi voidaan olettaa, että 30–39-vuotiaiden ikäryhmässä tapahtuvat suurimmat elämänmuutokset verrattuna nuorempiin ja vanhempiin naisiin. Raskaus- ja varhaislapsuusaikana äideillä on terveydenhuollossa käyntejä, joiden yhteydessä itsemurhariski olisi useammin tunnistettavissa ja ennaltaehkäistävässä.

Toisena tutkimuskysymyksenä halutaan tarkastella, onko itsemurhakuolemaan kuolintodistuksessa myötävaikuttavaksi syyksi merkitty päihteiden käyttö yhteydessä ikään, lasten lukumäärään, diagnosoituun päihderiippuvuuteen tai muuhun mielenterveyshäiriöön. Tiedetään, että päihderiippuvuus (Devin ym., 2023) ja monet mielenterveyshäiriöt lisäävät riskiä itsemurhakuolemalle, ja erityisesti niiden samanaikainen ilmeneminen on merkittävä itsemurhakuoleman riskitekijä (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito: Käypä hoito -suositus, 2020). Ei kuitenkaan tiedetä, onko näiden riskitekijöiden vaikutus erilainen eri ikäisillä naisilla. Vuonna 2021 naisten huumekuolemia oli eniten 25–39-vuotiaiden ikäryhmässä (Tilastokeskus, 2021) ja vuonna 2023 eniten 20–24-vuotiaiden ikäryhmässä (Tilastokeskus, 2023). Tämän vuoksi on tärkeää selvittää, onko päihteiden myötävaikutus itsemurhakuolemalle ikäryhmien välillä erilainen.

### 1.5.1 Tutkimuskysymykset

Alla on esitetty tutkimuskysymykset ja näille tutkimushypoteesit.

1. Ovatko ikä, lasten lukumäärä, diagnosoitu tai myötävaikuttaneeksi tekijäksi merkitty päihderiippuvuus tai muu mielenterveyshäiriö yhteydessä aiempiin itsemurhayrityksiin naisilla, jotka ovat kuolleet itsemurhaan?

**Tutkimushypoteesina 1 oletetaan, että todennäköisyys aiemmalle itsemurhayritykselle on korkein alle 30-vuotiailla, toiseksi korkein 30–39-vuotiailla ja matalin yli 39-vuotiailla.** Tutkimusten mukaan itsemurhan yrittäminen on yleisintä 15–24-vuotiailla naisilla (Nordic Council of Ministers, 2024), ja samaan aikaan yritysten esiintyvyys on lisääntynyt vuosien myötä (Lucena ym., 2022).

**Lisäksi oletetaan, että todennäköisyys aiempaan itsemurhayritykseen ei eroa äideillä ja ei-äideillä, mutta itsemurhayritysten määrässä on havaittavissa eroja suhteessa lasten lukumäärään.** Lapsi on yleisesti naisilla suojaava tekijä, mutta voidaan olettaa, että itsemurhaan kuolleilla äideillä ongelmat ovat kasaantuneet (Cerel ym., 2016) eli tekijät kumoavat toistensa vaikutuksen. Todennäköisyys aiemmille itsemurhayrityksille on sitä pienempi, mitä enemmän on lapsia, koska useampi kuin yksi lapsi on suojaavampi tekijä (Dehara ym., 2021).

**Edelleen hypoteesina on aiemman tutkimuksen mukaisesti, että mitä enemmän henkilöllä oli ollut mielenterveyshäiriöitä, sitä suurempi todennäköisyys oli ollut yrittää aiemmin itsemurhaa,** koska ongelmat ovat olleet kroonistuneet ja kärsimys siten ollut suurempaa (Haw & Hawton, 2008).

2. Ovatko ikä, lasten lukumäärä, diagnosoitu päihderiippuvuus tai muu mielenterveyshäiriö yhteydessä siihen, onko itsemurhaan kuolleella naisella merkitty kuolintodistukseen päihteiden käyttö myötävaikuttaneeksi syyksi?

**Tutkimushypoteesina 2 oletetaan, että päihteiden käyttö on ollut myötävaikuttavana tekijänä itsemurhakuolemassa naisilla, joilla oli ollut ongelmallista päihteiden käyttöä.** Kuitenkin vain pieni osa

päihderiippuvuudesta kärsivistä hakeutuu hoitoon, esimerkiksi stigman tai laittomuuden takia (Suomen Lääkäriliitto, 2021), ja siksi oletetaan, että päihteiden ongelmakäytön diagnoosia ei löydy monelta. Jokin muu mielenterveyshäiriödiagnoosi voi kuitenkin löytyä varsinkin, jos ongelmat ja kärsimys olivat jatkuneet pitkään.

## 2 Menetelmät

### 2.1 Aineisto

Tutkimuksessa käytettävä aineisto on THL:n oikeuslääkinnän tietojärjestelmästä kerätty kansallinen kokonaisaineisto suomalaisten naisten itsemurhakuolemista vuosilta 2016–2023. Jokaiselle itsemurhaan kuolleelle on tehty oikeuslääketieteellinen kuolemansyyn selvitys. Selvityksen pohjalta tehdystä kuolintodistuksesta, jossa kuolemanluokaksi on merkitty itsemurha, on tähän aineistoon kerätty tiedot kuolinajasta ja kuolemaan myötävaikuttaneista sairauksista. Lisäksi oikeuslääketieteellisistä ruumiinavauspöytäkirjoista on kerätty tiedot iästä ja sukupuolesta sekä tieto päihtymyksestä itsemurhakuoleman aikana.

Jokaiseen tapaukseen on yhdistetty THL:n hoitoilmoitusjärjestelmästä (Hilmo ja AvoHilmo) löytyvät tiedot perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käyntimääristä ja käyntisyistä, aiemmista itsemurhayrityksistä ja annetuista diagnooseista. Käyntisyöt ja diagnoosit on annettu Maailman terveysjärjestön (WHO) tautiluokituksen (ICD-10) tai perusterveydenhuollon kansainvälisen luokituksen (ICPC-2) mukaisesti.

### 2.2 Tutkittavat muuttujat

Taulukossa 1 on kuvattu tutkimuksessa käytetyt muuttujat jaoteltuna riippuviin ja riippumattomiin muuttujiin tutkimuskysymysten mukaan. Riippuvia muuttujia oli yhteensä neljä. Riippumattomia muuttujia oli yhteensä 38 kappaletta, jotka jakautuivat kuuteen ylämuuttujaan. Ikäryhmät jaoteltiin taulukon mukaisesti kolmeen ryhmään; alle 30-vuotiaat, 30–39-vuotiaat ja yli 39-vuotiaat. Jaottelu tehtiin, koska THL:n oikeuslääkinnän tietokannasta saadun tiedon mukaan ainoastaan 30–39-vuotiaiden naisten itsemurhakuolemien lukumäärä oli vuodesta 2016 lähtien kasvamassa. Lasten lukumäärä jaoteltiin taulukon mukaisesti neljään kategoriaan, koska dynamiikat perheessä ovat erilaiset, jos lapsia on yksi, kaksi tai sitä enemmän. Mielen terveyden häiriöt jaoteltiin taulukon mukaisesti neljään kategoriaan diagnoosimäärien mukaan, koska usean häiriön samanaikainen ilmeneminen on yleistä ja haluttiin tarkastella eroja yhden ja useamman diagnoosin välillä. Riippuvuushäiriöitä haluttiin tarkastella sekä heterogeenisenä yhtenä

ryhmänä että erikseen alkoholi- ja huumeriippuvuuksien ryhminä, koska huumeiden käyttö on Suomessa laitonta ja siksi huumeriippuvuushäiriöt ovat suhteellisen harvinaisia verrattuna alkoholiriippuvuushäiriöihin.

Taulukko 1

*Tutkittavien muuttujien nimet, selitteet ja muuttujamuodot.*

<b>Riippuvat muuttujat</b>	<b>Nimi</b>	<b>Selite</b>	<b>Muuttujamuoto ja koodaus</b>
Tutkimuskysymys 1	Itsemurhayritykset	Hilmosta ja Avohilmosta löytyvä tieto aiemmista itsemurhayrityksistä	Binäärinen (0 = ei ole, 1 = on)
Tutkimuskysymys 2	Huumeen myötävaikutus	Huumeaineen myötävaikutus itsemurhakuolemalle	Binäärinen (0 = ei ole, 1 = on myötävaikutus)
	Alkoholin myötävaikutus	Alkoholin myötävaikutus itsemurhakuolemalle	Binäärinen (0 = ei ole, 1 = on myötävaikutus)
	Päihteen myötävaikutus	Minkä tahansa päihteen myötävaikutus itsemurhakuolemalle	Binäärinen (0 = ei ole, 1 = on myötävaikutus)
<b>Riippumattomat muuttujat</b>			
Tutkimuskysymys 1 ja 2	Ikäryhmä	Kolme ikäryhmää	Kategorinen (1 = alle 30 v., 2 = 30-39 v., 3 = yli 39 v.)
	Lasten lukumäärä	Elävien lasten lukumäärä	Kategorinen (0 = ei lapsia, 1 = yksi, 2 = kaksi, 3 = kolme tai useampi)
	Mielenterveyshäiriö	Hilmosta ja AvoHilmosta löytyvä mielenterveyden häiriön diagnoosi sis. F-koodit <sup>a</sup>	Kategorinen (0 = ei ole, 1 = yksi, 2 = kaksi, 3 = kolme tai useampi)

	Päihderiippuvuus	Hilmosta ja AvoHilmosta löytyvä mikä tahansa päihdehäiriön diagnoosi F10-F16, F18-F19	Kategorinen (0 = ei ole, 1 = yksi, 2 = kaksi tai useampi)
Tutkimuskysymys 2	Alkoholiriippuvuus	Hilmosta ja AvoHilmosta löytyvä alkoholinkäytönhäiriön diagnoosi F10	Binäärinen (0 = ei ole, 1 = on)
	Huumeriippuvuus	Hilmosta ja AvoHilmosta löytyvät muut päihdehäiriön diagnoosit F11-F16, F18-F19	Binäärinen (0 = ei ole, 1 = on)

<sup>a</sup> ICD-10 ja ICPC-2 mukaiset muuttujaan sisältyvät F-koodit ovat F20-F33, F34, F38-F39, F40-F45, F50, F60 ja F99.

### 2.3 Tilastolliset menetelmät

Datan kuvaileva tilastokäsittely tehtiin THL:n toimesta. Tilastolliset analyysit ja datan muokkaus analyysia varten tehtiin R-tilasto-ohjelmiston versiolla R-4.4.2 (R Core Team, 2024). R-ohjelmistossa käytettiin ohjelmistopaketteja tidyverse (Wickham ym., 2019), psych (Revelle, 2024), foreign (R Core Team, 2025), performance (Lüdecke ym., 2021), lmtest (Zeileis & Hothorn, 2002) ja car (Fox & Feisberg, 2019).

Molempien tutkimuskysymysten tarkastelemista varten aineistosta poistettiin havainnot, joista puuttui tiedot tarkastelun kohteena olevista muuttujista. Ensimmäistä tutkimuskysymystä varten luotiin mielenterveyshäiriö-summamuuttuja kaikista yksittäisistä mielenterveyshäiriödiagnooseista, ja lisäksi mukaan otettiin myötävaikuttavaksi tekijäksi merkityt ahdistuneisuus- ja masennusmuuttujat. Sama tehtiin myös päihderiippuvuusmuuttujalle, johon yhdistettiin kaikki yksittäiset päihderiippuvuusdiagnoosit ja myötävaikuttavaksi merkityt alkoholi- ja huumemuuttujat. Toista tutkimuskysymystä varten päihderiippuvuusmuuttujasta poistettiin myötävaikuttavaksi merkityt muuttujat, jotta myötävaikuttavien ja aiemmin diagnosoitujen häiriöiden välisiä yhteyksiä voitiin tarkastella.

Logistisen regressioanalyysin oletukset, multikolineaarittomuus ja havaintojen riippumattomuus, testattiin ja ne eivät rikkoutuneet. Kiinnostuksen kohteena ollut 30–39-vuotiaiden ikäryhmä määritettiin logistisissa regressioanalyyseissä vertailuryhmäksi muiden ikäryhmien suhteen. Logistisia regressioanalyysimalleja tehtiin yhteensä neljä, joista kahdessa riippumattomia muuttujia oli 10 ja kahdessa yhdeksän. Analyysjä tehtiin näin ollen yhteensä 38 kappaletta.

Ensimmäistä tutkimuskysymystä, itsemurhayrityksiä, tarkasteltiin neljällä riippumattomalla ylämuuttujalla. Toisessa tutkimuskysymyksessä tutkittiin kolmea eri riippuvaa muuttujaa (huumeet/alkoholi/päihteet). Niitä tarkasteltiin neljällä riippumattomalla ylämuuttujalla, joista päihderiippuvuusmuuttuja vaihtui aina sen mukaan, minkä päihteen myötävaikutusta tutkittiin. Tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin p-arvoa  $<.005$ , joka määräytyi Bonferroni-korjauksen mukaisesti huomioiden 9–10 riippumatonta muuttujaa per malli. Logistisille malleille laskettiin kerroinsuhteet (engl. Odds-ratio, OR) ja 95 prosentin luottamusvälit.

### 3 Tulokset

#### 3.1 Aineiston kuvailu

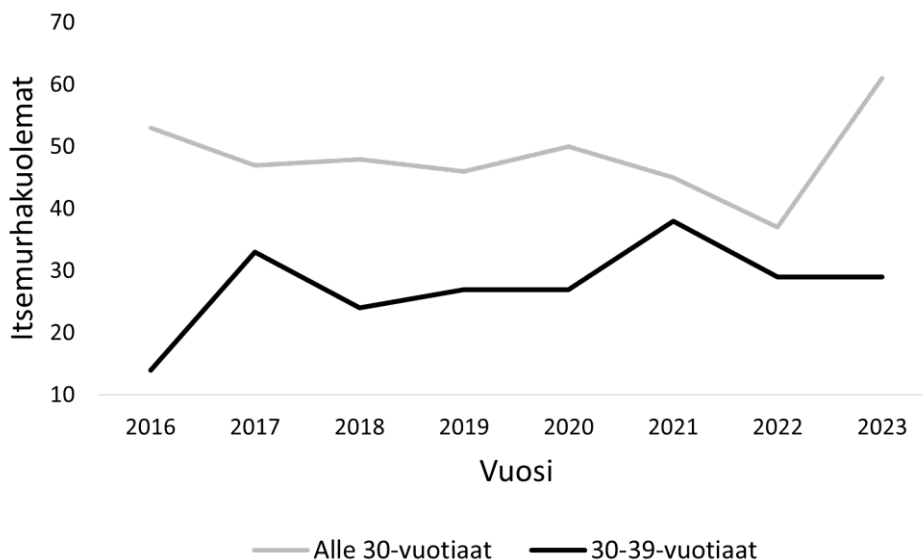
##### 3.1.1 Naisten itsemurhakuolemat

Vuosina 2016–2023 Suomessa kuoli itsemurhaan yhteensä 1533 naista.

Keskimääräinen ikä kuollessa oli 47 vuotta (Md = 47, kh = 20, vaihteluväli 12–94).

Eniten (61 %) itsemurhaan oli kuollut yli 39-vuotiaita, toiseksi eniten (25 %) alle 30-vuotiaita ja vähiten (14 %) 30–39-vuotiaita naisia.

Kuvassa 1 on alle 30-vuotiaiden ja 30–39-vuotiaiden naisten itsemurhakuolemat vuosien mukaan. 30–39-vuotiaiden naisten ikäryhmässä itsemurhakuolemia oli joka vuosi vähintään kymmenen enemmän kuin vuonna 2016, ja vuonna 2023 itsemurhaan kuoli 15 ihmistä enemmän kuin vuonna 2016. Alle 30-vuotiaiden ikäryhmässä itsemurhakuolemia ilmeni vähemmän kuin vuonna 2016 kaikkina muina vuosina paitsi vuonna 2023, jolloin kuolemien määrä oli hieman suurempi verrattuna ensimmäiseen tarkasteluvuoteen. Yli 39-vuotiailla itsemurhakuolemien määrä vaihteli vuodesta 2016 alkaen 106–137 tapauksen välillä, ja vuonna 2023 määrä oli laskenut lähes samalle tasolle kuin 2016.



Kuva 1. Alle 30-vuotiaiden ja 30–39-vuotiaiden naisten itsemurhakuolemat vuosittain 2016–2023.

### 3.1.2 Äitien itsemurhakuolemat

Kaikista itsemurhaan kuolleista naisista 20 prosenttia (n =290) oli äitejä, eli he olivat synnyttäneet vähintään kerran. Ikäryhmien sisäisessä vertailussa äitien ja lapsettomien naisten eroja tarkasteltaessa havaitaan, että äitien osuus itsemurhaan kuolleista naisista oli suurin (41 %) 30–39-vuotiaiden ikäryhmässä, toiseksi suurin (19 %) yli 39-vuotiaiden ja pienin (7 %) alle 30-vuotiaiden ikäryhmässä (Taulukko 2). Äideillä oli keskimäärin kaksi elävää lasta (Md = 2, kh = 1.3, vaihteluväli 1–10).

Taulukko 2

*Lasten lukumäärä ikäryhmittäin.*

<b>Lasten lukumäärä</b>	<b>Alle 30-vuotiaat (%)</b>	<b>30–39-vuotiaat (%)</b>	<b>Yli 39-vuotiaat (%)</b>
Ei lapsia	361 (93.3)	130 (58.8)	752 (81.3)
1	11 (2.8)	34 (15.4)	63 (6.8)
2	9 (2.3)	22 (10.0)	67 (7.2)
3	2 (0.5)	14 (6.3)	21 (2.3)
4	2 (0.5)	12 (5.4)	16 (1.7)
5+	2 (0.5)	9 (4.1)	6 (0.6)
Yht.	387 (100)	221 (100)	925 (100)

Kaikissa ikäryhmissä suurin osa äitien itsemurhakuolemista oli tapahtunut vähintään kahden vuoden jälkeen viimeisimmästä synnytyksestä (Taulukko 3). Vuoden sisällä synnytyksestä alle 30-vuotiaiden ikäryhmässä itsemurhaan oli kuollut 25 prosenttia ja 30–39-vuotiaiden ryhmässä 16 prosenttia. Taulukosta 3 havaitaan, että 30–39-vuotiailla äideillä itsemurhakuolemat olivat harvinaisimmillaan (1.6 %) kaksi vuotta synnytyksen jälkeen toisin kuin alle 30-vuotiailla, joilla itsemurhakuolemat olivat yhtä yleisiä kuin puolentoista ja puolen vuoden kohdalla (8.8 %).

Taulukko 3

*Viimeisimmän synnytyksen ja itsemurhan ajallinen ero ikäryhmittäin.*

<b>Aikaero</b>	<b>Alle 30-vuotiaat (%)</b>	<b>30–39-vuotiaat (%)</b>	<b>Yli 39-vuotiaat (%)</b>
6 kk	6 (8.8)	9 (7.1)	1 (0.4)
12 kk	11 (16.2)	11 (8.7)	0 (0.0)
18 kk	6 (8.8)	6 (4.8)	0 (0.0)
24 kk	6 (8.8)	2 (1.6)	1 (0.4)
+24 kk	39 (57.4)	98 (77.8)	240 (99.2)
Yht.	68 (100)	126 (100)	242 (100)

### 3.1.3 Aiemmat itsemurhayritykset ja diagnoosit

Aiempia itsemurhayrityksiä oli ollut 38 prosentilla ( $n = 577$ ) itsemurhaan kuolleista naisista. Keskimäärin itsemurhaa oli yritetty seitsemän kertaa ( $Md = 4$ ,  $kh = 20$ , vaihteluväli 1–391). Ikäryhmiä verrattaessa vähiten (34 %) aiempia itsemurhayrityksiä oli ollut yli 40-vuotiailla naisilla. Yhden tai useamman kerran itsemurhaa oli aiemmin yrittänyt sekä 30–39-vuotiaista että alle 30-vuotiaista naisista vajaa puolet (44 %). Jokaisessa ikäryhmässä oli eniten vähintään viisi kertaa itsemurhaa yrittäneitä, ja ikäryhmien sisäisissä vertailuissa suurin osuus niitä oli 30–39-vuotiaiden ryhmässä (Taulukko 4).

Aiemmin itsemurhaa oli yrittänyt 41 prosenttia ( $n = 118$ ) kaikista äideistä. Äitien ryhmässä aiempia itsemurhayrityksiä oli kuusi ( $Md = 4$ ,  $kh = 10$ , vaihteluväli 1–75). Ikäryhmiä vertailemalla havaitaan, että äideistä pienempi osuus oli yrittänyt itsemurhaa kuin ei-äideistä. Ero äitien ja ei-äitien välillä oli suurin alle 30-vuotiailla ja toiseksi suurin 30–39-vuotiailla, mutta lähes olematon yli 39-vuotiailla (Taulukko 4). Itsemurhaa yrittäneistä äideistä suurin osa oli yrittänyt itsemurhaa vähintään viisi kertaa 30–39-vuotiaiden ja yli 39-vuotiaiden ikäryhmissä, mutta alle 30-vuotiaiden ikäryhmässä oli eniten yhden kerran itsemurhaa yrittäneitä. Erityisesti 30–39-vuotiaista itsemurhaa yrittäneistä äideistä reilu puolet (52 %) oli yrittänyt itsemurhaa vähintään viisi kertaa.

Taulukko 4

*Hilmoon merkityt aiemmat itsemurhayritykset ikäryhmittäin ja eroteltuna äidit ja ei-äidit.*

	Ei yrityksiä	1	2	3	4	5+	Yht.
<b>Alle 30- vuotiaat (%)</b>	<b>220 (56.8)</b>	<b>49 (12.7)</b>	<b>30 (7.8)</b>	<b>18 (4.7)</b>	<b>16 (4.1)</b>	<b>54 (14.0)</b>	<b>387 (100)</b>
Äidit	13 (50.0)	6 (23.0)	2 (7.7)	2 (7.7)	0 (0.0)	3 (11.5)	26 (100)
Ei-äidit	205 (56.8)	39 (10.8)	27 (7.5)	19 (5.3)	12 (3.3)	59 (16.3)	361 (100)
<b>30–39- vuotiaat (%)</b>	<b>124 (56.1)</b>	<b>17 (7.7)</b>	<b>17 (7.7)</b>	<b>13 (5.9)</b>	<b>12 (5.4)</b>	<b>38 (17.2)</b>	<b>221 (100)</b>
Äidit	48 (52.7)	10 (11.0)	3 (3.3)	3 (3.3)	5 (5.5)	22 (24.2)	91 (100)
Ei-äidit	74 (56.9)	6 (4.6)	12 (9.2)	11 (8.5)	8 (6.2)	19 (14.6)	130 (100)
<b>Yli 39- vuotiaat (%)</b>	<b>612 (66.2)</b>	<b>77 (8.3)</b>	<b>61 (6.6)</b>	<b>44 (4.8)</b>	<b>31 (3.4)</b>	<b>100 (10.8)</b>	<b>925 (100)</b>
Äidit	111 (64.2)	16 (9.2)	13 (7.5)	6 (3.5)	7 (4.0)	20 (11.6)	173 (100)
Ei-äidit	486 (64.6)	67 (8.9)	44 (5.9)	44 (5.9)	22 (2.9)	89 (11.8)	752 (100)

Mikä tahansa mielenterveyshäiriödiagnoosi oli merkittynä yhteensä 1163 naisella (76 %) ja 236 äidillä (81 %). Päihderiippuvuusdiagnoosit pois lukien muu mielenterveyshäiriödiagnoosi oli merkittynä kaikista naisista yhteensä 73 prosentilla ja äideistä 77 prosentilla. Pelkkä päihderiippuvuusdiagnoosi oli merkittynä siis vain kolmella prosentilla kaikista itsemurhaan kuolleista naisista ja neljällä prosentilla itsemurhaan kuolleista äideistä. Päihderiippuvuuksista on tarkempaa tietoa osiossa 3.3, joten seuraavat kuvailevat tulokset on laskettu diagnoosien määristä ilman niitä.

Itsemurhaan kuolleella naisella oli keskimäärin merkittynä kaksi mielenterveyshäiriödiagnoosia (Md = 1.5, kh = 2, vaihteluväli 0–9). Sekä yksi että kaksi diagnoosia löytyi joka viidenneltä naiselta. Vähintään kolme diagnoosia oli merkittynä 30 prosentille itsemurhaan kuolleista naisista. Ikäryhmien vertailussa

30–39-vuotiailla naisilla vähintään kolme diagnoosia oli 46 prosentilla, kun vastaavat osuudet alle 30-vuotiailla oli 36 prosenttia ja yli 39-vuotiailla 26 prosenttia. Yksi tai kaksi diagnoosia vaihteli ikäryhmittäin 14–23 prosenttiosuuksien välillä. Yli 39-vuotiaiden ikäryhmässä oli eniten (30 %) heitä, joilta ei löytynyt yhtään diagnoosia. Vastaavat osuudet alle 30-vuotiaiden ikäryhmässä oli 26 prosenttia ja 30–39-vuotiailla 18 prosenttia.

Äitien ryhmässä vähintään kolme diagnoosia oli useimmin merkittynä (35 %) verrattuna kahteen (21 %) ja yhteen (21 %) diagnoosimerkintään. Ei-äitien ryhmässä vastaavat osuudet samassa järjestyksessä olivat 31, 22 ja 19 prosenttia.

### 3.2 Itsemurhayritykset

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen avulla haluttiin selvittää, ovatko ikä, lasten lukumäärä, päihderiippuvuus tai muu mielenterveyshäiriö yhteydessä aiempiin itsemurhayrityksiin naisilla, jotka ovat kuolleet itsemurhaan. Analyyseihin otettiin mukaan kaikki 1533 havaintoa, koska tarkastelun kohteena olevissa muuttujissa ei ollut yhtään puuttuvaa arvoa.

Taulukkoon 5 on kuvattu logistisen regressioanalyysin tulokset. Lasten lukumäärä ( $\chi^2 (3) = 0.98, p = 0.81$ ) ja ikä ( $\chi^2 (2) = 2.77, p = 0.25$ ) eivät olleet yhteydessä aiempien itsemurhayritysten ilmenemiseen. Mielenterveyshäiriö ( $\chi^2 (3) = 252.87, p = < .001$ ) ja päihderiippuvuus ( $\chi^2 (2) = 59.88, p < .001$ ) puolestaan olivat yhteydessä aiempien itsemurhayritysten esiintymiseen. Riski aiempaan itsemurhayritykseen oli suurempi (OR = 3.90) naisilla, joilla oli yksi mielenterveyshäiriödiagnoosi kuin niillä, joilla ei ollut diagnoosia. Kaksi (OR = 12.0) ja vähintään kolme (OR = 16.1) mielenterveyshäiriön diagnoosia lisäsi entisestään riskiä aiemmalle itsemurhayritykselle. Myös yksi (OR = 1.96) ja vähintään kaksi (OR = 3.11) päihderiippuvuusdiagnoosia lisäsivät riskiä aiemmalle itsemurhayritykselle verrattuna niihin, joilla ei ollut diagnosoitu riippuvuutta.

Taulukko 5

*Riippumattomien muuttujien yhteys itsemurhayrityksiin, kun viiteryhmänä on lapsettomat 30–39-vuotiaat naiset, joilla ei ole päihderiippuvuutta tai muuta mielenterveyshäiriötä.*

Lasten lukumäärä	Itsemurhayritykset		
	OR	95 % LV	p
Yksi	1.03	0.65–1.62	0.90
Kaksi	0.86	0.52–1.39	0.54
Kolme tai useampi	0.81	0.48–1.36	0.44
<b>Ikäryhmät</b>			
Alle 30 v.	1.26	0.86–1.87	0.24
Yli 39 v.	1.01	0.71–1.42	0.98
<b>Mielenterveyshäiriöt</b>			
Yksi	3.90	2.32–6.80	< .005
Kaksi	12.0	7.37–20.4	< .005
Kolme tai useampi	16.1	10.2–26.5	< .005
<b>Päihderiippuvuus</b>			
Yksi	1.96	1.48–2.59	< .005
Kaksi tai useampi	3.11	2.28–4.26	< .005

OR = kerroinsuhde (engl. odds ratio)

95 % LV = 95 % luottamusväli

### 3.3 Päihteen myötävaikutus itsemurhakuolemalle

Toisen tutkimuskysymyksen avulla haluttiin selvittää, ovatko ikä, lasten lukumäärä, diagnosoitu päihderiippuvuus tai muu mielenterveyshäiriö yhteydessä siihen, onko itsemurhaan kuolleella naisella merkitty kuolintodistukseen päihteen käyttö myötävaikuttaneeksi syyksi.

Analyyseihin otettiin mukaan puuttuvien arvojen poistamisen jälkeen 1519 (N = 1533) tapausta. Logistiset regressioanalyysit tehtiin sekä erikseen huumeiden ja alkoholin että yleisesti päihteen myötävaikutuksesta tapahtuneelle itsemurhakuolemalle.

#### 3.3.1 Huumeet myötävaikuttavana tekijänä

Seitsemän prosenttia naisista oli kuollut huumeen myötävaikutuksesta itsemurhaan, ja heistä 55 prosentilla oli aiemmin diagnosoitu huumeriippuvuus (Taulukko 6). Huumeriippuvuus oli diagnosoitu 16 prosentilla kaikista itsemurhaan kuolleista

naisista, joista 76 prosenttia ei ollut kuollut huumeen myötävaikutuksesta itsemurhaan.

Taulukko 6

*Ristiintaulukointi huumeiden myötävaikutuksesta tapahtuneen itsemurhakuoleman ja huumeriippuvuusdiagnoosin välillä.*

	Ei diagnoosia	Diagnoosi
Ei huumeiden myötävaikutusta	1228	186
Huumeiden myötävaikutus	47	58

Taulukossa 7 on kuvattu logistisen regressioanalyysin tulokset lasten lukumäärän, ikäryhmien, huumeriippuvuuden ja mielenterveyshäiriöiden yhteyksistä huumeiden myötävaikutuksesta tapahtuneeseen itsemurhaan. Lasten lukumäärä ei ollut tilastollisesti merkitsevästi ( $\chi^2 (3) = 5.33, p = 0.15$ ) yhteydessä siihen, oliko nainen kuollut huumeen myötävaikutuksesta itsemurhaan.

Ikäryhmä paransi mallia tilastollisesti merkitsevästi ( $\chi^2 (2) = 45.58, p < .001$ ), mutta tarkemmin tarkasteltuna ikäryhmien välillä ei ollut eroja riskissä kuolla huumeen myötävaikutuksesta. Mielenterveyshäiriöt eivät olleet yhteydessä ( $\chi^2 (3) = 2.49, p < .48$ ) huumeiden myötävaikutuksesta tapahtuneeseen itsemurhakuolemaan, mutta diagnosoitu huumeriippuvuus päinvastoin oli yhteydessä ( $\chi^2 (1) = 83.93, p < .001$ ): riski kuolla huumeiden myötävaikutuksesta itsemurhaan oli suurempi (OR = 9.33) naisella, jolla oli diagnosoitu huumeriippuvuus verrattuna naiseen, jolla ei ollut diagnoosia.

Taulukko 7

*Riippumattomien muuttujien yhteys huumeiden myötävaikutuksesta tapahtuneeseen itsemurhaan, kun viiteryhmänä on lapsettomat 30–39-vuotiaat naiset, joilla ei ole huumeriippuvuutta tai muita mielenterveyshäiriöitä.*

Lasten lukumäärä	Huumeen myötävaikutus		
	OR	95 % LV	p
Yksi	1.31	0.53–2.88	0.53
Kaksi	1.17	0.42–2.76	0.74
Kolme tai useampi	2.64	1.16–5.63	0.02
<b>Ikäryhmät</b>			
Alle 30 v.	2.63	1.42–5.02	< .01
Yli 39 v.	0.49	0.26–0.92	0.02
<b>Mielenterveyshäiriöt</b>			
Yksi	1.09	0.53–2.23	0.81
Kaksi	0.92	0.47–1.83	0.82
Kolme tai useampi	0.69	0.36–1.33	0.26
<b>Huumeriippuvuus</b>	9.33	5.76–15.3	< .005

OR = kerroinsuhde (engl. odds ratio)

95 % LV = 95 % luottamusväli

### 3.3.2 Alkoholi myötävaikuttavana tekijänä

Naisista 16 prosenttia oli kuollut alkoholin myötävaikutuksesta itsemurhaan, ja heistä 45 prosentilla oli aiemmin diagnosoitu alkoholiriippuvuus (Taulukko 8).

Alkoholiriippuvuus oli diagnosoitu 25 prosentilla kaikista itsemurhaan kuolleista naisista, joista 72 prosenttia ei ollut kuollut alkoholin myötävaikutuksesta itsemurhaan.

Taulukko 8

*Ristiintaulukointi alkoholin myötävaikutuksesta tapahtuneen itsemurhakuoleman ja alkoholiriippuvuusdiagnoosin välillä.*

	Ei diagnoosia	Diagnoosi
Ei alkoholin myötävaikutusta	1011	272
Alkoholin myötävaikutus	130	106

Taulukossa 9 on kuvattu logistisen regressioanalyysin tulokset lasten lukumäärän, ikäryhmien, alkoholiriippuvuuden ja mielenterveyshäiriöiden yhteyksistä alkoholin myötävaikutuksesta tapahtuneeseen itsemurhaan. Lasten lukumäärä -muuttujalla yleisesti ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta ( $\chi^2 (3) = 10.37, p < .02$ ), mutta lukumääriä tarkemmin tarkasteltuna ainoastaan kolmen lapsen äitien ryhmällä oli tilastollisesti merkitsevä vaikutus. Kolmen tai useamman lapsen äiti todennäköisemmin ( $OR = 2.28$ ) kuoli alkoholin myötävaikutuksesta itsemurhaan verrattuna naiseen, jolla oli enintään kaksi lasta tai ei ollenkaan lapsia.

Ikäryhmällä ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta ( $\chi^2 (2) = 2.17, p < .34$ ) alkoholin myötävaikutuksesta tapahtuneeseen itsemurhakuolemaan. Sekä mielenterveyshäiriöt ( $\chi^2 (3) = 22.11, p < .001$ ) että alkoholiriippuvuus ( $\chi^2 (1) = 69.33, p < .001$ ) olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä riippuvaan muuttujaan. Alkoholin myötävaikutuksesta itsemurhaan kuoleamisen riski oli suurempi ( $OR = 9.33$ ) naisella, jolla oli alkoholiriippuvuus verrattuna naiseen, jolla ei ollut diagnoosia. Vähintään kolme muuta mielenterveyshäiriödiagnoosia puolestaan pienensivät ( $OR = 0.39-0.63$ ) riskiä kuolla alkoholin myötävaikutuksesta itsemurhaan.

Taulukko 9

*Riippumattomien muuttujien yhteys alkoholin myötävaikutuksesta tapahtuneeseen itsemurhaan, kun viiteryhmänä on lapsettomat 30–39-vuotiaat naiset, joilla ei ole alkoholiriippuvuutta tai muita mielenterveyshäiriöitä.*

Lasten lukumäärä	Alkoholin myötävaikutus		
	OR	95 % LV	p
Yksi	1.56	0.92–2.57	0.09
Kaksi	1.52	0.85–2.58	0.14
Kolme tai useampi	2.28	1.27–3.96	<b>&lt; .005</b>
<b>Ikäryhmät</b>			
Alle 30 v.	1.23	0.76–2.01	0.41
Yli 39 v.	0.94	0.62–1.46	0.79
<b>Mielenterveyshäiriöt</b>			
Yksi	0.57	0.37–0.87	0.01
Kaksi	0.63	0.42–0.95	0.03
Kolme tai useampi	0.39	0.26–0.58	<b>&lt; .005</b>
<b>Alkoholiriippuvuus</b>	9.33	2.82–5.31	<b>&lt; .005</b>

OR = kerroinsuhde (engl. odds ratio)

95 % LV = 95 % luottamusväli

### 3.3.3 Päähteet myötävaikuttavana tekijänä

Samanaikainen alkoholin ja huumeiden käyttö olivat olleet myötävaikuttavana tekijänä kuudella prosentilla (n =19) kaikista päihteiden myötävaikutuksesta kuolleista naisista. Yhteiskäyttäjien osuus huumeiden vaikutuksen alaisena kuolleista oli 18 prosenttia ja alkoholin vaikutuksen alaisena kuolleista osuus oli kahdeksan prosenttia.

Naisista 21 prosenttia oli kuollut minkä tahansa päihteen myötävaikutuksesta itsemurhaan, ja heistä 38 prosentilla oli aiemmin diagnosoitu yksi päihderiippuvuus ja 16 prosentilla vähintään kaksi päihderiippuvuutta (Taulukko 10). Yksi päihderiippuvuus oli diagnosoitu 15 prosentilla kaikista itsemurhaan kuolleista naisista, joista 65 prosenttia ei ollut kuollut päihteen myötävaikutuksesta itsemurhaan. Vähintään kaksi päihderiippuvuutta oli diagnosoitu kuudella prosentilla itsemurhaan kuolleista naisista, joista 63 prosentilla päihde ei ollut myötävaikuttanut itsemurhakuolemassa.

Taulukko 10

*Ristiintaulukointi itsemurhakuolemaan myötävaikuttaneen päihteen ja päihderiippuvuusdiagnoosin välillä.*

	Ei diagnoosia	Yksi diagnoosi	Kaksi tai useampi diagnoosi
Ei päihteen myötävaikutusta	885	227	85
Päihteen myötävaikutus	149	123	51

Taulukossa 11 on kuvattu logistisen regressioanalyysin tulokset lasten lukumäärän, ikäryhmien, päihderiippuvuuden ja mielenterveyshäiriöiden yhteyksistä minkä tahansa päihteen myötävaikutuksesta tapahtuneeseen itsemurhaan. Lasten lukumäärä -muuttujalla yleisesti ei ollut tarpeeksi tilastollisesti merkitsevää vaikutusta ( $\chi^2 (3) = 10.11, p < .02$ ), mutta lukumääriä tarkemmin tarkasteltuna kolmen lapsen äitien ryhmä oli tilastollisesti merkitsevä: he todennäköisemmin (OR = 2.16) kuolivat minkä tahansa päihteen myötävaikutuksesta itsemurhaan verrattuna naisiin, joilla oli enintään kaksi lasta tai ei ollenkaan lapsia.

Ikäryhmän lisääminen paransi mallia tilastollisesti merkitsevästi ( $\chi^2 (2) = 25.92, p < .001$ ), mutta tarkemmin tarkasteltuna ikä ei ollut yhteydessä päihteen myötävaikutuksesta tapahtuneeseen itsemurhakuolemaan. Sekä mielenterveyshäiriöt ( $\chi^2 (3) = 23.64, p < .001$ ) että päihderiippuvuus ( $\chi^2 (2) = 104.54, p < .001$ ) olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä riippuvaan muuttujaan. Päihteen myötävaikutuksesta itsemurhaan kuoleamisen riski oli suurempi naisella, jolla oli yksi tai useampi päihderiippuvuus (OR = 4.03–5.33) verrattuna naiseen, jolla ei ollut diagnosoitu riippuvuutta. Vähintään kolme mielenterveyshäiriödiagnoosia puolestaan pienensivät (OR = 0.59 / 0.66 / 0.40) riskiä kuolla päihteen myötävaikutuksesta itsemurhaan.

Taulukko 11

*Riippumattomien muuttujien yhteys minkä tahansa päihteen myötävaikutuksesta tapahtuneeseen itsemurhaan, kun viiteryhmänä on lapsettomat 30–39-vuotiaat naiset, joilla ei ole päihderiippuvuuksia tai muita mielenterveyshäiriöitä.*

Lasten lukumäärä	Päihteen myötävaikutus		
	OR	95 % LV	p
Yksi	1.53	0.94–2.45	0.08
Kaksi	1.36	0.80–2.24	0.24
Kolme tai useampi	2.16	1.26–3.63	<b>&lt; .005</b>
<b>Ikäryhmät</b>			
Alle 30 v.	1.58	1.04–2.41	0.03
Yli 39 v.	0.72	0.49–1.05	0.08
<b>Mielenterveyshäiriöt</b>			
Yksi	0.59	0.40–0.88	0.01
Kaksi	0.66	0.45–0.96	0.03
Kolme tai useampi	0.40	0.27–0.58	<b>&lt; .005</b>
<b>Päihderiippuvuus</b>			
Yksi	4.03	2.97–5.48	<b>&lt; .005</b>
Kaksi tai useampi	5.33	3.42–8.31	<b>&lt; .005</b>

OR = kerroinsuhde (engl. odds ratio)

95 % LV = 95 % luottamusväli

## 4 Pohdinta

Tässä tutkimuksessa haluttiin tarkastella vuosien 2016–2023 aikana itsemurhaan kuolleiden suomalaisten naisten aiempia itsemurhayrityksiä ja päihteen myötävaikutusta itsemurhakuolemalle. Haluttiin tutkia, onko naisen ikä, lasten lukumäärä, diagnosoitu päihderiippuvuus tai muu mielenterveyshäiriö yhteydessä näihin ilmiöihin. Tutkimuksen perusteella pyrittiin selvittämään 30–39-vuotiaiden suomalaisten naisten itsemurhakuolemien lukumäärien kasvua ja taustatekijöitä verraten nuorempiin ja vanhempiin naisiin.

### 4.1 Aiempien itsemurhayritysten merkitys

Hypoteesin ja aiemman tutkimuskirjallisuuden mukaisesti päihderiippuvuus ja muut mielenterveyshäiriöt olivat yhteydessä aiempiin itsemurhayrityksiin lisäten riskiä sitä enemmän, mitä useampi diagnoosi naisella oli. Kuitenkin hypoteesin vastaisesti ikä ei ollut yhteydessä aiempien itsemurhayritysten ilmenemiseen. Aiemmin mainitut tutkimukset ikäeroista itsemurhayrityksissä on tehty henkiin jääneiden populaatiossa tai mahdollista itsemurhaan kuolemista ei ole seurattu, ja siksi tämän tutkimuksen tulokset eivät ole suoraan verrattavissa niihin. Tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä, että itsemurhaan kuolleilla naisilla aiempia itsemurhayrityksiä on saman verran eri ikäryhmissä, eivätkä esimerkiksi nuoremmat naiset eroa vanhemmista naisista itsetuhoisessa käyttäytymisessä.

Hypoteesin mukaisesti äitien ja lapsettomien naisten välillä aiempien itsemurhayritysten osalta ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Kuitenkin hypoteesin vastaisesti lasten lukumäärä ei myöskään ollut yhteydessä aiempien itsemurhayritysten ilmenemiseen. Myös äideillä ja erityisesti 30–39-vuotiailla äideillä vähintään viisi kertaa itsemurhaa yrittäneiden osuus oli suurin. Äitien osuus oli myös suurin 30–39-vuotiaiden ikäryhmässä. Itsemurhaan kuolleiden äitien ja lapsettomien naisten välillä ei siis tämän tutkimuksen perusteella näytä olevan eroa itsetuhoisessa käyttäytymisessä.

### 4.2 Päihteen myötävaikutuksesta tapahtuneet itsemurhakuolemat

Iän yhteys päihteen myötävaikutuksesta tapahtuneeseen itsemurhakuolemaan ei ollut selkeä. Alkoholin kohdalla yhteyttä ei ollut, mutta huumeen ja minkä tahansa päihteen kohdalla iän lisääminen paransi mallia tilastollisesti merkitsevästi, mutta

tarkemmin tarkasteltuna selitysvaivoja jäi heikoksi. Nuoremmassa ikäryhmässä näyttäisi kuitenkin olevan todennäköisempää kuolla huumeen tai minkä tahansa päihteen myötävaikutuksesta itsemurhaan, ja puolestaan vanhemmassa ikäryhmässä todennäköisyys on pienempi. Koska analyysissä viiteryhmänä oli 30–39-vuotiaiden ikäryhmä, erot nuorempien ja vanhempien ikäryhmien välillä eivät välttämättä tulleet esiin. 30–39-vuotiaiden naisten kohdalla riski ei siis eroa nuoremmista ja vanhemmista, vaikka vanhempien ja nuorempien ikäryhmien välillä eroa olisikin. Tämä tutkimus antaa viitteitä siitä, että huumeiden myötävaikutuksesta tapahtuvat itsemurhakuolemat painottuvat nuorempiin ikäryhmiin, mikä on samansuuntainen yleisesti naisten huumekuolemista (Tilastokeskus 2021 & 2023).

Hypoteesin mukaisesti päihteen käyttö, sekä eriteltynä alkoholi ja huumeet että mikä tahansa päihde, oli todennäköisemmin myötävaikuttavana tekijänä itsemurhakuolemassa heillä, joilla oli myös diagnosoitu jokin päihderiippuvuus. Hypoteesin vastaisesti diagnosoitu muu mielenterveyshäiriö ei ollut yhteydessä huumeen käytön myötävaikutuksesta tapahtuneessa itsemurhassa. Lisäksi alkoholin ja yleisesti minkä tahansa päihteen kohdalla kolme tai useampi mielenterveyshäiriödiagnosi puolestaan pienensi todennäköisyyttä kuolla päihteen myötävaikutuksesta. Ihmiset ovat useammin selvin päin kuin päihtyneitä itsemurhakuoleman aikana (Partonen ym., 2022). Päihteen myötävaikutuksesta itsemurhaan kuolleet voidaankin nähdä omana ryhmänään, joilla riskiä kuolla itsemurhaan lisää olemassa ollut päihderiippuvuus.

Lasten lukumäärän yhteys päihteen myötävaikutuksesta itsemurhaan kuolemiseen ei ollut aivan selkeä, ja tulokseen on hyvä suhtautua varauksella. Myötävaikuttaneen huumeen osalta yhteyttä ei ollut, mutta alkoholin ja minkä tahansa myötävaikuttaneen päihteen osalta yhteys oli tilastollisesti merkitsevä, mutta ainoastaan vähintään kolmen lapsen äideillä. Todennäköisyys kuolla alkoholin tai minkä tahansa päihteen myötävaikutuksesta oli suurempi äideillä, joilla oli vähintään kolme lasta, verrattuna naisiin, joilla oli enintään kaksi lasta tai ei ollenkaan lapsia. Koska yhteys vähintään kolmen lapsen ja itsemurhakuolemaan myötävaikuttaneen huumeen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä, voidaan olettaa, että lasten lukumäärällä on yhteys erityisesti alkoholin tai yhteiskäytön alaisena tapahtuneeseen

itsemurhaan. On huomion arvoista, että 30–39-vuotiaiden naisten ikäryhmässä kolmen tai useamman lapsen äitien osuus oli suurempi kuin muissa ikäryhmissä.

### 4.3 Naisten itsemurhien ehkäisy

#### 4.3.1 30–39-vuotiaat naiset

Analyysien perusteella 30–39-vuotiaiden naisten itsemurhakuolemien lukumäärien kasvulle ei ole löydettävissä selkeästi tähän ikäryhmään liittyviä taustatekijöitä tutkituilla muuttujilla. Kuitenkin kuvailevien tietojen perusteella oli havaittavissa tiettyjä piirteitä tässä ikäryhmässä: 30–39-vuotiaissa oli suhteellisesti eniten (41 %) äitejä ja tämän ikäisillä äideillä oli isoimmat lapsilukumäärät verrattuna nuorempiin ja vanhempiin. Lisäksi tässä ikäryhmässä oli suhteellisesti eniten naisia, joilla oli vähintään viisi aiempaa itsemurhayritystä. Koska analyysien perusteella aiempien itsemurhayritysten todennäköisyydessä ei ollut eroja äitien ja lapsettomien naisten välillä ja 30–39-vuotiaissa merkittävä osa oli äitejä, erityisesti tässä ikäryhmässä olisi tärkeää pyrkiä tunnistamaan itsemurhariskissä olevia äitejä esimerkiksi neuvolapalveluiden kautta.

#### 4.3.2 Äitiys ja aiemmat itsemurhayritykset

Itsemurhaan kuolleista naisista äitien osuus oli 20 prosenttia, mikä on pienempi osuus verrattuna äiteihin yleisväestössä. Aiemman tutkimuksen mukaisesti lapsen tai lapsien voidaan nähdä suojaavan äitiä itsemurhakuolemalta (Nordic Council of Ministers, 2024). Tämän tutkimuksen perusteella suurin osa äitien itsemurhakuolemista oli tapahtunut vähintään kaksi vuotta viimeisimmän synnytyksen jälkeen, mikä voisi viitata aiemman tutkimuksen (Qin ym., 2003) mukaisesti myös siihen, että erityisesti pieni lapsi ja perinataaliaika suojaavat äitiä itsemurhakuolemalta. Kuitenkaan aiempien itsemurhayritysten ajallisesta yhteydestä synnytyksiin ei tässä tutkimuksessa saatu tietoa.

Suomalaisessa kohorttitutkimuksessa (Ortin-Peralta ym., 2023) tarkasteltiin elossa olevien vanhempien itsemurhayritysten ajoitusta suhteessa raskauteen ja niiden yhteyttä lasten itsemurhayrityksiin ja -kuolemiin. Eniten itsemurhayrityksiä äideillä oli ollut lapsen tai lasten ollessa 3–11-vuotiaita ja toiseksi eniten ennen raskautta ja lasten ollessa 12–17-vuotiaita. Jatkotutkimuksena olisi kiinnostavaa tutkia, missä vaiheessa itsemurhaan kuolleilla äideillä ilmenee aiempia itsemurhayrityksiä

suhteessa synnytyksiin ja eroaako tämä äideistä, jotka eivät kuole itsemurhaan yrityksistä huolimatta.

Itsemurhien ehkäisyn kannalta erityisesti itsemurhaan kuolleet äidit, joilla on ollut aiempia itsemurhayrityksiä, olisi mahdollista tunnistaa ja puuttua viimeistään neuvolassa, jossa äidin vointia kartoitetaan ja seurataan koko raskausajan. Äitiysneuvolapalvelut ovat Suomessa lakisääteisiä perusterveydenhuollon palveluita, joita tarjotaan maksuttomina raskaana oleville henkilöille (Tiitinen, 2023). Harvoja poikkeuksia lukuun ottamatta jokainen äiti Suomessa hakeutuu neuvolaan. Tavallisesti käyntejä neuvolapalveluissa on runsaasti; 10–15 käyntiä (Tiitinen, 2023) koko perinataaliaikana, ja tarvittaessa myös lisäkäyntejä voidaan varata.

Neuvolapalveluissa käytetään EPDS-lomaketta (Edinburgh Postnatal Depression Scale) raskausajan ja synnytyksen jälkeisen masennuksen seulontaan, joka annetaan vastattavaksi vähintään kaksi kertaa hoitosuhteen aikana (Hakulinen ym., 2021). Lomakkeessa on kymmenen väittämää mielialasta ja psyykkisestä voinnista, joista yksi kartoittaa itsetuhoisuutta. Osa naisista kuitenkin pelkää ja häpeää kertoa psyykkisestä huonovointisuudesta esimerkiksi lastensuojelutoimenpiteiden vuoksi (Hakulinen ym., 2021). Onko nykyinen toimintamalli mielenterveyden kartoittamiseen neuvolapalveluissa riittävää, kun joka viides itsemurhaan kuolleista naisista oli äiti?

Jokainen itsemurhakuolema vaikuttaa merkittävästi myös kuolleen lähipiiriin, ja erityisesti vanhemman itsemurhakuolemalla voi olla pitkäkestoisia vaikutuksia tämän lapseen tai lapsiin. Pääosin pohjoismaisia tutkimuksia käsittäneen meta-analyysin mukaan itsemurhaan kuolleiden vanhempien lapsilla on lähes kolminkertainen riski kuolla itsemurhaan ja vajaa kaksinkertainen riski yrittää itsemurhaa verrattuna lapsiin, joiden vanhemmat ovat elossa (Calderaro ym., 2022). Riskin on havaittu olevan korkeampi myös verrattuna lapsiin, jotka surevat muilla tavoin kuollutta vanhempaansa. Suomalaisessa kohorttitutkimuksessa (Ortin-Peralta ym., 2023) tarkasteltiin elossa olevien vanhempien itsemurhayritysten yhteyttä lasten itsemurhayrityksiin ja -kuolemaan, ja havaittiin, että äitien mutta ei isien missä tahansa vaiheessa; ennen syntymää, raskauden aikana tai myöhemmin,

tapahtuneet itsemurhayritykset olivat yhteydessä lasten lisääntyneeseen riskiin yrittää itsemurhaa, mutta ei riskiin kuolla itsemurhaan.

Äitien itsemurhakuolemien ja -yritysten ennaltaehkäisy vähentää riskiä itsetuhoiseen käyttäytymiseen myös jälkipolvella. Siksi olisi tärkeää tarjota sekä itsemurhaa yrittäneiden että siihen kuolleiden vanhempien lapsille riittävästi tukea ja apua.

#### 4.3.3 Diagnoosi on merkki avun hakemisesta

Hilmoon ja AvoHilmoon merkitty päihderiippuvuus- tai muu mielenterveyshäiriödiagnoosi tai aiempi itsemurhayritys tarkoittaa, että henkilöllä on ollut vähintään jonkinlainen hoitokontakti terveydenhuollossa. Tutkimustulosten mukaan useampi diagnoosi lisäsi riskiä aiemmille itsemurhayrityksille, mikä on linjassa aiemman tutkimuksen (Hjelmeland & Grøholt, 2005) kanssa ongelmien kasautuvuuden ja monihäiriöisyyden yhteyksistä itsetuhoisuuteen naisilla, joilla itsetuhoisuutta jatkuu nuoruusiän yli.

Vaikka tämän tutkimuksen perusteella tiedetään, että aiemmin itsemurhaa ei ollut yrittänyt 62 prosenttia naisista, osuus voi todellisuudessa olla pienempi, sillä kaikki itsemurhayritykset ja erityisesti muut itsetuhoisuuden muodot eivät tule terveydenhuollon tietoon (Nordic Council of Ministers, 2024). Lisäksi mielenterveyshäiriödiagnoosin puuttuminen terveystiedoista ei suoraan tarkoita sitä, että naisella ei olisi ollut mielenterveysongelmia, koska kaikki niistä kärsivistä eivät hakeudu hoitoon. Koska itsemurhakuolema on aina yksilön tekemä päätös elämänsä lopettamisesta, jokaisella itsemurhaan kuolleella on mielenterveyshäiriödiagnoosista riippumatta ollut jonkinlaista kärsimystä ja siksi toive luopua elämästä. Itsemurhakuolema itsessään on jo merkki yksilön mielenterveyden järkkymisestä ja turvattomuuden tunteesta todennäköisesti pidemmältäkin ajalta. Tästä syystä erityinen haaste on auttaa ja ennaltaehkäistä itsemurhakuolemia niiden osalta, jotka eivät hakeudu hoitoon tarpeeksi ajoissa.

Aiemman tutkimuksen mukaan erityisesti naisilla viimeisimpiä käyntejä terveydenhuollossa ennen itsemurhaa oli toteutunut useammin saman viikon ja kuukauden aikana ja hoitopäiviä oli myös useampia kuin miehillä (Partonen ym., 2022b). Tässä tutkimuksessa ei saatu tarkempaa tietoa, mitä toimenpiteitä käynneillä

on tehty tai kuinka intensiivisesti mielenterveysongelmia on pyritty hoitamaan. Aiempia itsemurhayrityksiä oli tässä tutkimuksessa vajaa 40 prosentilla itsemurhaan kuolleista naisista ja useimmiten naisella oli takanaan vähintään viisi yritystä. Tämä voisi viitata siihen, että itsemurhayritysten jälkeen nainen ei ole saanut tarvittavaa hoitoa. Aiemmin mainitun tanskalaisen tutkimuksen mukaan itsensä vahingoittamisen jälkeen päivystyksessä olleista henkilöistä huolestuttavan pieni osa, vain 30 prosenttia, oli saanut psykiatrista avo- tai osastohoitoa (Dyvesether ym., 2022). Olisikin tärkeää tutkia, kuinka moni Suomessa saa tarpeenmukaista psykiatrista hoitoa itsemurhayrityksen jälkeen.

Itsemurhakuolemien ehkäisyn näkökulmasta erityisesti niiden kohdalla, jotka ovat aiemmin hakeutuneet terveydenhuoltoon avun saamiseksi ja vielä usean itsemurhayrityksen myötä, olisi mahdollista pyrkiä estämään itsemurhakuolemia. Itsemurhayritysten jälkeen tulisi tarjota intensiivisempää ja yhtenäisempää hoitoa, jossa vastuuta hoidon jatkuvuudesta ei jätetä potilaalle.

#### 4.3.4 Päihderiippuvuuden hoito

Tässä tutkimuksessa joka viidennellä naisella oli merkittynä jokin päihde myötävaikuttavaksi tekijäksi itsemurhakuolemalle. Päihderiippuvuusdiagnoosi lisäsi riskiä sekä aiempiin itsemurhayrityksiin että kuolemiselle päihteen myötävaikutuksesta. Voidaankin kysyä, onko nykyinen päihdehoito riittävää ja osataanko terveydenhuollossa tarjota tarpeeksi kokonaisvaltaista riippuvuuksien hoitoa (Levola & Niemelä, 2022). Päihdehoidon yhteydessä olisi tärkeää säännöllisesti kartoittaa itsetuhoisuutta, sillä päihtymystila lisää todennäköisyyttä itsemurhayrityksen onnistumiselle, ja niin alkoholi- kuin muu huumausaineyliannostus voi toimia helppona itsemurhan tekotapana pitkään päihteitä käyttäneillä (Levola & Niemelä, 2022).

Tutkimustulosten mukaan äideillä, jolla oli vähintään kolme lasta, oli suurempi riski kuolla alkoholin tai minkä tahansa päihteen myötävaikutuksesta itsemurhaan kuin naisilla, joilla oli tätä vähemmän lapsia tai ei ollenkaan lapsia. Jatkotutkimuksena olisi kiinnostavaa tarkastella, onko korkeampi lasten lukumäärä yhteydessä myös päihderiippuvuuteen, kun aiemman päihderiippuvuuden ja myötävaikuttavan päihteen välillä oli yhteys.

Ilmiötä olisi tärkeää seurata ja tutkia lisää, sillä kyseessä voi olla oma riskiryhmänsä: Vaikka päihteiden käyttö voi jäädä usein tunnistamatta, on oletettavaa, että päihteiden ongelmakäyttö tulee helpommin esiin äideillä kuin lapsettomilla naisilla, koska lasten myötä vanhemman vointia seurataan neuvolassa ja myöhemmin koulun kautta. Tätä väitettä tukee myös se, että vanhemman päihteiden ongelmakäyttö on yksi yleisimmistä syistä lastensuojelullisille toimenpiteille (Heino ym., 2016). Lastensuojelun toimet, erityisesti lasten huostaanotto, voivat olla iso riskitekijä jo haavoittuvassa asemassa olevan vanhemman psyykkisen voinnin heikkenemiselle (Wall-Wieler ym., 2017) ja voivat siten lisätä riskiä itsemurhan tekemiseen. Tällöin itsemurhan ehkäisytöitä tulisi kohdentaa äideille, joiden lapsilla on lastensuojelun asiakkuus.

#### **4.4 Tutkimuksen rajoitukset**

Mitä tämä tutkimus ei kerro? Tutkimuksen perusteella ei voida päätellä tutkittavien ilmiöiden välisiä syy-seuraussuhteita, sillä aineistossa ei ollut käytettävissä verrokkiryhmää eli esimerkiksi eläviä henkilöitä tai muista syistä kuolleita naisia. Lisäksi tutkimuksen pohjalta ei voida erotella yleisesti itsemurhariskissä olevia henkilöitä, sillä aineiston kaikki itsemurhaan kuolleet ovat jo olleet riskiryhmää. Tutkimuksen perusteella voitiin kuitenkin auttaa tunnistamaan mahdollisia alariskiryhmiä ja kohdentamaan ennaltaehkäiseviä toimia siten tarkkarajaisemmin. Kyseessä oli lisäksi poikittaistutkimus, joka ei kerro ilmiöiden, kuten syntyneiden lasten ja aiempien itsemurhayritysten, ajallisia yhteyksiä. Vaikka tällä tutkimuksella on rajoituksensa, vahvuutena kuitenkin on kansallisen kokonaisaineiston hyödyntäminen.

Tämän ja aiemman tutkimuksen mukaan itsemurhakuolemat ovat Suomessa lisääntyneet naisilla, ja tässä tutkimuksessa kasvua on havaittu erityisesti 30–39-vuotiaiden ikäryhmässä. Mikä muu kuin sukupuoli tai ikä voi selittää itsemurhakuolemien kasvua? Sukupuolivähemmistöjen ja etnisten vähemmistöjen edustajat sekä perhe- ja seksuaaliväkivaltaa kokeneet ovat maailmalla tehdyissä tutkimuksissa havaittu olevan alariskiryhmiä itsemurhan tekemisessä (Moran ym., 2024). Itsemurhakuolemien määrän tarkastelu syntymäsukupuolen ja iän mukaan ei näin ollen välttämättä erottele tarpeeksi itsemurhariskissä olevia henkilöitä. Tämän

vuoksi olisi tärkeää tarkastella myös muita demografisia tekijöitä, jotta ennaltaehkäiseviä toimia voitaisiin kohdentaa tarkemmin.

Suomessa etnisiä vähemmistöjä ei voida tunnistaa tilastotiedoista, koska etnisyyttä ei saa rekisteröidä. Kuitenkin syntymämaan ja äidinkielen perusteella etnisyys voidaan osin päätellä. Sukupuolivähemmistöistä suurin osa jää tilastokatveeseen, koska tätä tietoa ei saa rekisteröidä; pelkästään syntymäsuupuolen ja virallisen sukupuolen välisen ristiriidan voi nähdä rekisteritiedoista. Kaltoinkohtelusta saa tietoa vain erillisistä tutkimuksista.

#### **4.5 Käytännön suosituksia itsemurhien ehkäisyyn**

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) julkaisemassa kansallisessa mielenterveysstrategiassa ja itsemurhien ehkäisyohjelmassa vuosille 2020–2030 (Vermo ym., 2020) on ehdotettu toimenpiteitä, joilla itsemurhakuolemien ennaltaehkäisyä voitaisiin parantaa. Alla on esitetty toimenpiteitä, joita tämän tutkimuksen tulokset tukevat.

Tämän tutkimuksen perusteella valtaosalla itsemurhaan kuolleista naisista oli diagnosoitu jokin mielenterveyshäiriö ja usein diagnooseja löytyi useampi kuin yksi. Lisäksi joka viides nainen oli kuollut päihteen myötävaikutuksesta itsemurhaan. STM:n julkaisun (Vermo ym., 2020) yhtenä itsemurhia ennaltaehkäiseväksi toimenpiteeksi ehdotetaan asenteiden muuttamista inhimillisemmäksi ja vähemmän syyllistävemmäksi mielenterveyshäiriöistä kärsiviä itsemurhavaarassa olevia henkilöitä kohtaan. Erityisenä huomiona julkaisussa nostetaan päihtyneet ja päihderiippuvuusongelmista kärsivät itsemurhavaarassa olevat henkilöt, joita kohtaan asenteet ovat erityisen kielteisiä. Julkaisussa korostetaan, että heillä itsemurhariski ja hoidon tarve tulisi arvioida entistä tasa-arvoisemmin.

Hoidon kehittämiseen liittyvänä toimenpiteenä ehdotetaan, että ensihoidon ja päivystyksessä työskentelevän henkilöstön sekä työterveys- ja yleislääkäreiden osaamista itsemurhavaaran tunnistamisessa ja puheeksi otossa vahvistettaisiin. Osaamista tulisi julkaisun mukaan vahvistaa esimerkiksi työnohjauksella ja mahdollisuudella saada viiveettä psykiatrista asiantuntemusta sisältävää konsultaatiota. Lisäksi yhteistyötä eri hoitotahojen välillä tulisi vahvistaa, jotta

itsemurhavaarassa olevan henkilön hoito voisi jatkua yhtenäisempänä. Tämän tutkimuksen mukaan vajaa 40 prosentilla itsemurhaan kuolleista naisista oli ollut aiempia itsemurhayrityksiä, jotka olivat terveydenhuollon tiedossa. Olisikin erityisen tärkeää, että päivystyksestä alkaen itsemurhavaarassa oleva henkilö saisi tarpeenmukaista tukea ja apua eikä häntä jätettäisi yksin. Julkaisun mukaan myös itsemurhavaarassa olevien vanhempien lasten tuen tarvetta tulisi paremmin arvioida. Tämän tutkimuksen mukaan äitien ja lapsettomien naisten välillä ei ollut eroa aiempien itsemurhayritysten ilmenemisessä, joten on perusteltua kiinnittää paremmin huomiota myös itsemurhavaarassa olevien vanhempien lasten hyvinvointiin.

#### **4.6 Lopuksi**

Itsemurhakuolemiin vaikuttavat hyvin monenlaiset tekijät, jonka takia on haastavaa tunnistaa yksittäisiä selityksiä itsemurhakuolemien lisääntymiselle 30–39-vuotiailla naisilla. Tämä tutkimus antoi kuitenkin arvokasta tietoa eri ikäisten itsemurhaan kuolleiden suomalaisten naisten itsetuhoisesta käyttäytymisestä sekä vanhemmuuden, mielenterveyshäiriöiden ja päihteiden käytön roolista itsemurhakuolemassa.

Itsemurhakuolemien lukumäärien seuranta tulee jatkaa. Mikäli itsemurhakuolemat lisääntyvät naisilla myös tulevina vuosina, tämän tutkimuksen pohjalta taustatekijöiden tarkastelua voidaan syventää. Lisätutkimusta olisi hyödyllistä kohdistaa myös itsemurhakuolemaan johtaneiden tekotapojen tarkasteluun, alueellisiin eroihin sekä tarkemmin aiempien terveydenhuollon käyntien sisältöihin, jotta itsemurhia voitaisiin ennaltaehkäistä entistä paremmin.

## Lähteet

- Aaltonen, K. I., Isometsä, E., Sund, R. & Pirkola, S. (2019). Risk factors for suicide in depression in Finland: first-hospitalized patients followed up to 24 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139, 154–163. doi: 10.1111/acps.12990
- Calderaro, M., Baethge, C., Bermpohl, F., Gutwinski, S., Schouler-Ocak, M. & Henssler, J. (2022). Offspring's risk for suicidal behaviour in relation to parental death by suicide: systematic review and meta-analysis and a model for familial transmission of suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 220, 121–129. doi: 10.1192/bjp.2021.158.
- Carroll, R., Metcalfe, C. & Gunnell, D. (2014). Hospital Presenting Self-Harm and Risk of Fatal and Non-Fatal Repetition: Systematic Review and MetaAnalysis. *PLoS ONE* 9(2), e89944. doi:10.1371/journal.pone.0089944
- Cerel, J., Frey, L. M., Maple, M. & Kinner, D. G. (2016). Parents with Suicidal Behavior: Parenting is Not Always Protective. *J Child Fam Stud*, 25, 2327–2336. doi: 10.1007/s10826-016-0377-x
- Dehara, M., B. Wells, M. B., Sjöqvist, H., Kosidou, K., Christina Dalman, C. & Wallin, A. S. (2021). Parenthood is associated with lower suicide risk: a register-based cohort study of 1.5 million Swedes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143, 206–215. doi: 10.1111/acps.13240
- Devin, J., Lyons, S., Murphy, L., O'Sullivan, M. & Lynn, E. (2023). Factors associated with suicide in people who use drugs: a scoping review. *BMC Psychiatry*, 23, 655. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05131-x>
- Diggins, E., Kelley, R., Cottrell, D., House, A. & Owens, D. (2017). Age-related differences in self-harm presentations and subsequent management of adolescents and young adults at the emergency department. *Journal of Affective Disorders*, 208, 399–405.
- Dyvesether, S. M., Hastrup, L. H., Hawton, K., Nordentoft, M. & Erlangsen, A. (2022). Direct costs of hospital care of self-harm: A national register-based cohort study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145, 319–331. doi: 10.1111/acps.13383
- Eurostat. (2024a, verkkojulkaisu 9.9.2024). *European statistics day 2024: Insights into European trends*. [viitattu: 4.12.2024]. Saantitapa: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/edn20240909-1>

- Eurostat. (2024b, päivitetty 25.4.2024). *Suicide death rate by age group*. [viitattu 4.12.2024]. <https://doi.org/10.2908/TPS00202>
- Fedyszyn, I. E., Erlangsen, A., Hjorthoj, C., Madsen, T., Nordentoft, M. (2016). Repeated suicide attempts and suicide among individuals with a first emergency department contact for attempted suicide: a prospective, nationwide, Danish register-based study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(6), 832–840.
- Fox, J. & Weisberg, S. (2019). *An R Companion to Applied Regression*, Third edition. Sage, Thousand Oaks CA. <https://www.john-fox.ca/Companion/>.
- Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Anguita, A., Villasis-Keever, M., Reebye, P., Christou, E., Al Kabir, N. & Christou P. A. (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta Analyses of Community-Based Studies 1990–2015. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57 (10).
- Hakulinen, T., Pakarinen, A. & Uotila-Laine, H. (verkkojulkaisu 24.8.2021). Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). Artikkelin tunnus: nla00002 (500.000). [viitattu: 19.3.2025].
- Haravuori, H., Kiviruusu, O., Lindgren, M., Therman, S., Aalto-Setälä, T., Marttunen, M. (2022). Nuorten itsetuhoisuuden esiintyvyys - Kouluterveyskyselyn 2021 tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 49/2022. *Terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-966-5>
- Haw, C. & Hawton, K. (2008). Life problems and deliberate self-harm: Associations with gender, age, suicidal intent and psychiatric and personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 109 (1–2), 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.12.224>
- Hawton, K., Bergen, H., Casey, D. Sue, S., Palmer, B., Cooper, J., Kapur, N., Horrocks, J., House, A., Lilley, R., Noble, R. & Owens, D. (2007). Self-harm in England: a tale of three cities. *Soc Psychiat Epidemiol*, 42, 513–521. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0199-7>
- Hawton, K., Knipe, D. & Pirkis, J. (2024). A Public Health Approach to Suicide Prevention 2: Restriction of access to means used for suicide. *Lancet Public Health*, 9, e796–801. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00157-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00157-9)
- Heino, T., Hyry, S., Ikäheimo, S., Kuronen, M. & Rajala, R. (2016). Lasten kodin ulkopuolelle sijoittamisen syyt, taustat, palvelut ja kustannukset: HuosTa

- hankkeen (2014–2015) päätulokset. Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL).  
Saantitapa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-644-5>
- Hjelmeland, H. & Grøholt, B. (2005). A Comparative Study of Young and Adult Deliberate Self-Harm Patients. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 26 (2), 64-72.
- Holopainen, J., Helama, S. & Partonen, T. (2014). Suomalainen itsemurhakuolleisuus 1950–2009 eurooppalaisessa vertailussa. *Duodecim*, 130, 1536–44.
- Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim*, 2020 (viitattu 4.12.2024). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Julkisen sanan neuvosto (JSN). [Verkojulkaisu, 10.9.2020]. Toimittajille avuksi muistilista itsemurhasta uutisointiin. (viitattu 27.4.2025). Saantitapa: <https://jsn.fi/toimittajille-avuksi-muistilista-itsemurhasta-uutisointiin/>
- Lahti, A., Räsänen, P., Riala, K., Keränen, S., & Hakko, H. (2011). Youth suicide trends in Finland, 1969-2008. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52(9), 984–991. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02369.x
- Levola, J. & Niemelä, S. (2022). Päihtyneen ja riippuvuusongelman henkilön itsemurhariskin arviointi. *Duodecim*, 138, 1959–65.
- Lindahl, V., Pearson, J. L. & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health*, 8(2), 77–87. doi: 10.1007/s00737-005-0080-1
- Ludwig, B. & Dwivedi, Y. (2018). The concept of violent suicide, its underlying trait and neurobiology: A critical Perspective. *Eur Neuropsychopharmacol.* 28:243–51. doi: 10.1016/j.euroneuro.2017.12.001
- Lucena, N. L., Rossi, T. A., Azevedo, L. M., G. & Pereira, M. (2022). Self-injury prevalence in adolescents: A global systematic review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 142, 106634. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2022.106634>
- Lysell, H., Dahlin, M., Viktorin, A., Ljungberg, E., D’Onofrio, B. M., Dickman, P. & Runeson, B. (2018). Maternal suicide – Register based study of all suicides

- occurring after delivery in Sweden 1974–2009. *PLoS ONE* 13(1), e0190133. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190133>
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (2021). *Psykiatria (15. painos)*. Kustannus Oy Duodecim.
- Lüdecke, D., Ben-Shachar, M. S., Patil, I., Waggoner, P., Makowski, D. (2021). *performance: An R Package for Assessment, Comparison and Testing of Statistical Models*. *Journal of Open Source Software*, 6(60), 3139 <https://doi.org/10.21105/joss.03139>
- Madsen, T., Erlangsen, A., Hjorthøj, C. & Nordentoft, M. (2020). High suicide rates during psychiatric inpatient stay and shortly after discharge. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142, 355–365. doi: 10.1111/acps.13221
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A... & Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies. *JAMA*, 294 (16).
- May, A. M. & Klonsky, E. D. (2013). Assessing Motivations for Suicide Attempts: Development and Psychometric Properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43, 5. doi: 10.1111/sltb.12037
- McLean, J., Maxwell, M., Platt, S., Harris, F. & Jepson, R. (2008). Risk and Protective Factors for Suicide and Suicidal Behaviour: A Literature Review. *Social Research, Scottish Government*
- Moran, P., Chandlert, A., Dudgeon, P., Kirtley, O. J., Pirkis, J.... & Christensen, H. (2024). The Lancet Commission on self-harm. *Lancet* 404, 1445–92. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01121-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01121-8)
- Mäkelä, S., Pajulo, M. & Sourander, A. (2010). Raskausajan psyykkinen oireilu ja lapsen kehitys. *Duodecim*, 126(9), 1013-9.
- Nordic Council of Ministers. (2024). Prevention of suicide and suicide attempts in the Nordic countries. *TemaNord*, 509. [viitattu: 4.12.2024]. Saantitapa: <https://pub.norden.org/temanord2024-509/>
- Ortin-Peralta, A., Keski-Säntti, M., Gissler, M., Veijola, J., Sourander, A. & Duarte, C. S. (2023). Parental suicide attempts and offspring's risk of attempting or dying by suicide: does the timing of a parental suicide attempt matter? *Psychological Medicine* 53, 977–986. <https://doi.org/10.1017/S0033291721002397>

- Oskarsson, H., Mehlum, L., Titelman, D., Isometsä, E., Erlangsen, A., Nordentoft, M., Mittendorfer-Rutz, E., Hökby, S., Tomasson, H. & Palsson, S., P. (2023). Nordic region suicide trends 2000–2018; sex and age groups. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(7), 721–730. <https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2231918>
- Partonen, T., Eklin, A., Grainger, M., Kauppila, R., Suvisaari, J. & Virtanen, A. (2020). Itsemurhat Suomessa 2016–2018. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos* (THL). Raportti 3/2020. 38 sivua. Helsinki 2020. ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu). ISBN 978-952-343-446-2 (verkkojulkaisu). [viitattu 4.12.2024].
- Partonen, T., Kiviruusu, O., Grainger, M., Eklin, A & Suvisaari, J. (2022a). Itsemurhakuolemat Suomessa vuosina 2016–2021. Tutkimuksesta tiiviisti 47/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Partonen, T., Grainger, M., Kiviruusu, O. & Suvisaari, J. (2022b). Viimeinen terveydenhuollon käynti ennen itsemurhaa vuosina 2016–2018. *Duodecim*, 138, 345–52.
- Pietikäinen, J., Taka-Eilola T. & Paunio, T. (2019). Suomeen tarvitaan perinataalipsykiaatria. *Duodecim*, 135, 1809–11.
- Pirkis, J., Bantjes, J., Dandona, R., Knipe, D., Pitman, A., Robinson, J., Silverman, M. & Hawton, K. (2024). A Public Health Approach to Suicide Prevention 5: Addressing key risk factors for suicide at a societal level. *Lancet Public Health*, 9, e816–24. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00158-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00158-0)
- Qin, P., Agerbo, E. & Mortensen, P. B. (2003). Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register– Based Study of All Suicides in Denmark, 1981–1997. *Am J Psychiatry*, 160, 765–772.
- Qin, P. & Mortensen, P. B. (2003). The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 797–802.
- Qu, D., Zhu, A. & Chen, R. (2024). Commentary: Addressing the gender paradox: Effective suicide prevention strategies for women. *Cell Reports Medicine*, 5, 101613. <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2024.101613>
- R Core Team. (2024). *R: A Language and Environment for Statistical Computing [R]*. for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>.

- R Core Team. (2025). *foreign: Read Data Stored by 'Minitab', 'S', 'SAS', 'SPSS', 'Stata', 'Systat', 'Weka', 'dBase', ...*. R package version 0.8-88. <https://CRAN.R-project.org/package=foreign>
- Reid, H. E., Pratt, D., Edge, D. & Wittkowski, A. (2022). Maternal Suicide Ideation and Behaviour During Pregnancy and the First Postpartum Year: A Systematic Review of Psychological and Psychosocial Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 765118. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.765118>
- Revelle, W. (2024). *psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research [Software]*. Northwestern University, Evanston, Illinois. <https://CRAN.Rproject.org/package=psych>
- Stacy, M., Kremer, M. & Schulkin, J. (2022). Suicide Among Women and the Role of Women's Health Care Providers. Wolters Kluwer Health, *Obstetrical and Gynecological Survey*, 77 (5).
- Suomen Lääkäriliitto. (2021). Potilaan päihdeongelma. *Lääkärin etiikka*, 8. painos. *Painotalo Plus Digital Oy Lahti 2021*. ISBN 978-951-9433-75-2 [verkkojulkaisu, viitattu 27.4.2025].
- Suomen perinataalimielenterveys ry. [verkkosivut, viitattu 17.4.2025]. Saantitapa: <https://www.perinataalimielenterveys.fi/erityispatevyys/>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt 2020. [verkkojulkaisu, päivitetty 10.12.2021]. ISSN=1799-5051. 2020, 7. Itsemurhia aiempaa vähemmän. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 4.12.2024]. Saantitapa: [https://stat.fi/til/ksyyt/2020/ksyyt\\_2020\\_2021-12-10\\_kat\\_007\\_fi.html](https://stat.fi/til/ksyyt/2020/ksyyt_2020_2021-12-10_kat_007_fi.html)
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkojulkaisu]. Viiteajankohta: 2021. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 21.1.2025]. Saantitapa: <https://stat.fi/julkaisu/cl8slomfgpjykbw7wivrbxpa>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Syntyneet 2022 [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-2391. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 12.3.2025]. Saantitapa: <https://stat.fi/tilasto/synt>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkojulkaisu]. Viiteajankohta: 2023. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 21.1.2025]. Saantitapa: <https://stat.fi/julkaisu/clmyrhswxmlxhoahun1y86ai3p>
- Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). (verkkojulkaisu, päivitetty 7.12.2023). Lääketieteellinen kuolemansyyntä selvittäminen. [viitattu 16.1.2025]. Saantitapa: <https://thl.fi/palvelut-ja-asiointi/valtion-sosiaali-ja>

terveydenhuollon-erityispalvelut/oikeuslaakinta/kuolemansyyntä selvittäminen/laaketieteellinen-kuolemansyyntä selvittäminen

- Tiitinen, A (verkkajulkaisu 14.12.2023). Äitiysneuvolaseuranta. *Duodecim, Terveyskirjasto*. [viitattu 19.3.2025]. Saantitapa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00186>
- Tiitinen, A. (verkkajulkaisu 3.1.2024). Raskausajan ja synnytyksen jälkeinen mielenterveys. *Duodecim, Terveyskirjasto*. [viitattu 4.12.2024]. Saantitapa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01345#s3>
- Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. [päivitetty 11.1.2024]. Itsemurhakuolleisuus 0 - 17-vuotiailla / 100 000 vastaavan ikäistä. (id:3107). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). [viitattu 21.12.2023]. Saantitapa: [https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s\\_atAgA=&region=s07BAA=&year=sy5ztU7VozUEAA==&gender=m;f;t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimestamp=202407081245](https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_atAgA=&region=s07BAA=&year=sy5ztU7VozUEAA==&gender=m;f;t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimestamp=202407081245)
- Titelman, D., Oskarsson, H., Wahlbeck, K., Nordentoft, M., Mehlum, L., Jiang, G-X., Erlangsen, A., Nrugham. L. & Wasserman D. (2013). Suicide mortality trends in the Nordic countries 1980 – 2009. *Nord J Psychiatry*, 67, 414 – 423.
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Koslof A. (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriö, *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja*, 6. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>
- Wall-Wielere, E., Roos, L. E., Bolton, J., Brownell, M., Nickel, N. C. & Chateau, D. (2017). Maternal health and social outcomes after having a child taken into care: population-based longitudinal cohort study using linkable administrative data. *J Epidemiol Community Health*, 71, 1145–1151. doi:10.1136/jech-2017-209542
- Wickham, H., Averick, M., Bryan, J., Chang, W., McGowan, L. D., François, R., Golemund, G., Hayes, A., Henry, L., Hester, J., Kuhn, M., Pedersen, T. L., Miller, E., Bache, S. M., Müller, K., Ooms, J., Robinson, D., Seidel, D. P., Spinu, V., ... Yutani, H. (2019). Welcome to the Tidyverse. *Journal of Open Source Software*, 4, (43), 1686. <https://doi.org/10.21105/joss.01686>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. [viitattu: 4.12.2024]. Saantitapa: <https://iris.who.int/handle/10665/131056>
- World Health Organization. (päivitetty 21.11.2023). *Suicide mortality rate, females*. [viitattu: 4.12.2024]. Saantitapa:

[https://gateway.euro.who.int/en/indicators/epw\\_15-suicide-mortality-rate-females/#id=36856&fullGraph=true](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/epw_15-suicide-mortality-rate-females/#id=36856&fullGraph=true)

World Health Organization. (verkkojulkaisu 29.8.2024). *Suicide*. [viitattu 4.12.2024].  
Saantitapa: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Zeileis, A. & Hothorn, T. (2002). Diagnostic Checking in Regression Relationships. *R News* 2(3), 7-10. <https://CRAN.R-project.org/doc/Rnews/>