

EKSAMEN

Emnekode: MPH 465

Kandidatnavn: Elin Anette Strand og Siv
Odveig Kulseth

FORDYPNINGSOPPGAVE

Hvilke kjente risikofaktorer for selvmord er kjønnsespesifikke?

Which known risk factors for suicide are gender specific?

Dato:

18.05.2016

Totalt antall ord: 6748

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne studien er å se nærmere på om det er kjønnsforskjeller i de kjente risikofaktorene for selvmord slik at kvaliteten på vårt selvmordsforebyggende arbeid øker. Ved å utforske de kjente risikofaktorene nærmere kan vi oppdage elementer som kan forbedre det forebyggende arbeidet.

Introduksjon/bakgrunn: Selvmord har vært en stor utfordring blant befolkningen i hele verden i århundrer og selvmord regnes som en av de største helsemessige utfordringene i vår tid. I følge Verdens helseorganisasjon er det i verden over 800 000 mennesker som tar livet sitt hvert år og ca. 550 personer hvert år i Norge. De kjente risikofaktorene for selvmord er psykiske lidelser, stoff- og alkoholmisbruk, somatiske lidelser, negative hendelser i livet, f.eks kriser eller tap av nære relasjoner, krenkelser og arbeidsledighet. Innsatte i fengsel og spesielle yrkesgrupper er mer sårbar for selvmord.

Metode: Metoden er en systematisk litteratur studie der det er søkt etter relevant forskning og teori for å kunne besvare problemstillingen. Tolv artikler ble benyttet og disse er hentet ut av databasene Medline, Pubmed, Cinahl og PsycInfo.

Resultat: Gjennom analysen av artiklene utmerket det seg tre hovedkategorier. Disse kategoriene er kalt ”Psykososiale faktorer”, ”Personlighet” og ”Helsetilstand”.

Konklusjon: Begge kjønn er like sårbare for samtlige kjente risikofaktorer, men våre funn viser en kjønnsforskjell innad i risikofaktorene. God mestringsstrategi ble oppdaget som en beskyttende faktor for selvmord og godt sosialt nettverk var en større beskyttende faktor for kvinner. Menn var mer sårbar for risikofaktoren avhengighet enn kvinner. Økt kompetanse på de spesifikke kjønnsforskjellene og kartlegging av egne ressurser til personen i selvmordsfare er viktige forebyggende tiltak.

Nøkkelord: Suicide, risk factors, human sex differences

Innhold

1. INTRODUKSJON	5
1.1. Bakgrunn.....	6
1.2. Hensikt.....	7
1.3. Begrepsavklaring	7
1.4. Avgrensninger	8
2. METODE.....	9
2.1. Søkestrategi	9
2.2. Inklusjons og eksklusjons kriterier	10
2.3. Kvalitetsvurdering av artikler	11
2.4. Utvalgsstrategi.....	11
2.5. Analyse.....	12
2.6. Etisk forsvarlighet	13
3. RESULTAT.....	14
3.1. Psykososiale faktorer	14
3.1.1. Oppvekstvilkår	14
3.1.2. Sosial status.....	15
3.1.3. Økonomi	15
3.2. Personlighet.....	16
3.2.1. Atferd	16

3.2.2. Mestringsstrategi.....	16
3.3. Helsetilstand	17
3.3.1. Depresjon	17
3.3.2. Psykisk helse	17
3.3.3. Avhengighet.....	18
3.3.4. Somatisk helse.....	18
4. DISKUSJON	20
4.1. Resultatdiskusjon.....	20
4.2. Metodediskusjon	24
4.3. Avslutning	25
Litteratur	27

Vedlegg 1: Oversikt over søkeprosessen

Vedlegg 2: Analyse av hovedfunn

ANTALL ORD: 6748

1. INTRODUKSJON

Selv mord har vært en stor utfordring blant befolkningen i hele verden i århundrer. Selvmord regnes som en av vår tids største helsemessige utfordringer (Helsedirektoratet, 2011).

Selv mordsatferd dreier seg om mennesker som utøver alvorlige handlinger om ønske å gjøre slutt på livet. Selvmordsforsøk er et alvorlig symptom på alvorlige helseproblemer. Disse personene bør følges opp i et langsiktig perspektiv og spesielt er de sårbare for nytt forsøk det første året etter selvmordsforsøket. Det viser seg at velfungerende behandlingsskjedder rundt pasienten i helsevesenet er nødvendig i et langsiktig behandlingsspektiv (Dahl & Aarre, 2012).

Selv mord er forbundet med sterke synspunkter og følelser. Bak slike handlinger er det mye fortvilelse, men til tross for dette har det vært forbundet med fordømmelse og avvisning fra faglig-, religiøs- og juridisk hold. Forskning og medieomtale har i de siste tiårene ført til at holdningene rundt selvmord har blitt mer åpne og forståelsesfulle både i behandling og forebygging i Norge. Likevel er de forebyggende og terapeutiske tiltakene mindre systematisk og reservert enn andre tilstander med like høy dødelighet (Dahl & Aarre, 2012).

I følge WHO er det over 800 000 mennesker som tar livet sitt hvert år (WHO.int, 2015). I Norge er forekomsten på ca. 550 personer som tar livet sitt hvert år. Hyppigheten er omtrent tre ganger så stor blant menn enn hos kvinner i Norge (Dahl & Aarre, 2012).

I stortingsmeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 1996-97) sies det at helsetjenestens oppgaver i selvmordsforebyggende arbeidet bør rettes mot to områder. Helsetjenesten må ha en målrettet innsats mot risikogrupper som personer med schizofreni, personlighetsforstyrrelser og depresjon. I tillegg bør det fokuseres på risikosituasjoner som kan utløse selvmordsatferd. Dette er situasjoner som fører til tapsopplevelser og krenkelse for den enkelte.

1.1. Bakgrunn

Ut i fra vår erfaring opplever vi at det har blitt økt fokus på selvmordsforebygging i kommunale tjenester ved tiltak som kurs i selvmordsforebygging og førstehjelp ved selvmordsfare. I tillegg har psykisk helse og selvmord fått større oppmerksomhet i media den siste tiden. Som miljøterapeuter i kommunale tjenester møter vi flere personer som er i en sårbar livssituasjon. Gjennom disse møtene får vi et innblikk i hvor stor påkjenning det kan være for personer å stå i en slik livssituasjon over lengre tid og hvordan slike utfordringer kan føre til selvmordsrisiko.

For å kunne drive forebyggende arbeid ved selvmord er det viktig å ha kunnskap om hvilke risikofaktorer som kan utløse selvmordsfare. Det er flere kjente risikofaktorer som kan fremme selvmord hos mennesker. Dahl & Aarre (2012) sier psykiatriske risikofaktorer innebærer psykisk sykdom og de utfordringer psykisk sykdom fører med seg. Stoff- og alkoholmisbruk er en sterk selvmordsrisikofaktor, ved tidligere selvmordsforsøk er personen ekstra sårbar for nytt forsøk de første fem årene etter selvmordsforsøket (Helsedirektoratet, 2014).

Negative livshendelser som f. Eks krisesituasjoner som tap, konflikter, krenkelser, ensomhet, isolasjon og utstøtning nevnes også som risikofaktorer. Arbeidsledighet medfører flere utfordringer innen økonomi, familie og bolig og er en kjent risikofaktor for selvmord. Enkelte somatiske lidelser fører også med seg selvmordsrisiko. Enkelte menneskegrupper har økt risiko for selvmord, noen av disse er innsatte i fengsel og spesielle yrkesgrupper som leger, politi og rednings- og ambulanspersonell (Dahl & Aarre, 2012).

I helsedirektoratets (2008) retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern påpekes det hvor viktig det er å få helsepersonell rustet til å oppdage selvmordsrisiko. En person er i selvmordsrisiko når en gitt situasjon i en gitt tidsperiode fører til at personen vil ta sitt eget liv. Helsepersonellet må derfor vurdere en situasjon og en person. Kvaliteter som trekkes frem hos helsepersonellet som gjennomfører en vurdering er kunnskap om de viktigste risikofaktorene, diagnostikk, klinisk intervjuferdigheter og relasjons kompetanse. Vurdering av selvmordsrisiko er noen av de vanskeligste oppgavene helsepersonell møter og

målet bør være å sikre forsvarlig helsehjelp og i størst mulig grad redusere omfanget av selvmord.

Retningslinjene deler inn forebygging av selvmord i kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Kartleggingen innebærer alle pasienter i psykisk helsevern blir spurt om de har eller har hatt selvmordplaner, selvmordstanker eller har gjort et selvmordsforsøk. En systematisk kartlegging av alle pasienter i psykisk helsevern øker kvaliteten på det selvmordsforebyggende arbeidet. Vurdering av selvmordsrisiko omfatter en vurdering av både person, tidsperiode og situasjon. Psykisk status vurderes ut i fra relasjon til risikofaktorer og selvmordplaner eller selvmordstanker (Helsedirektoratet, 2008).

1.2. Hensikt

Hensikten med denne studien er å se nærmere på om det er kjønnsforskjeller i de kjente risikofaktorene for selvmord slik at kvaliteten på vårt selvmordsforebyggende arbeid øker. Ved å utforske de kjente risikofaktorene nærmere kan vi oppdage elementer som kan forbedre det forebyggende arbeidet. Vi ønsker derfor å se på *Hvilke kjente risikofaktorer for selvmord er kjønns spesifikke?*

1.3. Begrepsavklaring

I denne oppgaven bruker vi flere begreper innenfor selvmord. Vi har valgt å bruke definisjonen fra WHO om **selvmord** og **selvmordsforsøk**.

Selvmord er en handling med dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om et dødelig utfall selv har foranstaltet og gjennomført med det formål å fremkalle de forandringer den avdøde ønsket. (WHO, referert i Dahl & Aarre, 2012, s. 431).

WHO definerer selvmordsforsøk som:

En ikke vanemessig handling med ikke-dødelig utgang, som frivillig er igangsatt og utført av individet selv, som forårsaker skade på en selv, eller ville forårsake skade hvis ikke andre hadde grepet inn, eller som består i å frivillig innta en overdose medisin eller annet stoff utover den dosen som er forutsatt å være en vanlig terapeutisk dose. (WHO, referert i Dahl & Aarre, 2012, s. 431).

Når det skrives om **selvmordstanker** i denne studien har vi valgt å definere det som om når personen har tanker om å forsøke å ta sitt eget liv.

Definisjonen på **selvmordsrisiko** er en risiko for at en person vil ta sitt eget liv i en gitt situasjon i en gitt tidsperiode (Helsedirektoratet 2008, s. 14).

Med **risikofaktorer** menes det her som ytre og indre faktorer i personens liv som kan utløse en fare for selvmordstanker eller selvmord (Dahl & Aarre, 2012).

1.4. Avgrensninger

Denne oppgaven omhandler mennesker over 18 år. Da er de myndige og ansvarlige for eget liv. Gjennom arbeidet med denne oppgaven presenterer vi kjente risikofaktorer for selvmord. Vi er åpen for at det kan eksistere flere risikofaktorer enn de vi tar for oss, men på grunn av oppgaven omfang har vi valgt å kun se på de kjente risikofaktorene som vi presenterer. Oppgaven går ikke nærmere inn på selvmordmetoder og kjønnsforskjeller på grunn av dens omfang.

2. METODE

Dette er en systematisk litteraturstudie gitt fra Nord Universitet. Denne litteraturstudien er en oversikt over tidligere publiserte forskningsartikler som blir vurdert opp mot problemstillingen. I dette kapitlet beskrives søkestrategi og utvalgsriterier, kvalitetsvurdering, inkluderings- og ekskluderingsriterier og analyse av hovedfunn. Etske overveielser vil også bli beskrevet. Fire databaser er valgt for å utformet relevante søk for oppgaven. Siden databasene er forskjellige oppbygd har vi brukt noe forskjellige meSH-termer i hver database. Fellesnevneren er at alle meSH-termene er relevante for problemstillingen.

2.1. Søkestrategi

Søkene er utført i databasene **Medline** som er en av de viktigste medisinske databasene og dekker et stort spekter av fag blant annet biomedisin, medisin, sykepleie og andre helsefag. **PsycInfo** som dekker psykologisk fagområdet. Omfatter også psykologiske aspekter fra blant annet medisin, sykepleie, psykiatri, ledelse, sosialt arbeid og sosiologi. **Cinahl** som inneholder referanser til tidsskriftsartikler innen sykepleie og andre helsefag. **Pubmed** som er gratisversjonen av Medline og inneholder hovedsakelig vitenskapelige tidsskrifter (Kilvik & Lamøy, 2007). Disse databasene er valgt fordi de er velrenomerte og inneholder helsefaglige artikler. Databasene har forskjellig fokus på fagartiklene som er publisert, dermed får vi et bedre søk som viser forskjellige perspektiver på risikofaktorer for selvmord og kjønnsforskjeller. Databasene inneholder internasjonale artikler.

Søket etter artikler startet med å velge søkeord som hadde fokus på problemstillingen. Det ble naturlig å bruke søkeord som "suicide", "suicide risk", "risk factors", "equal men women". Komma er brukt mellom søkeordene i fritekst i Pubmed. I Medline, PsycInfo og Cinahl er det brukt meSH-termer i søket. Ved søk i Medline og PsycInfo er det gjort søk på hvert søkeord og deretter brukt meSH-termer. I Cinahl er det søkt med bare MeSH-termer. Vi har brukt AND mellom meSH-termene i de tre databasene. Ved søk på hvert enkelt ord separat kom det frem et stort antall artikler på samtlige søkeord. Det ble derfor valgt å gå rett på kombinasjon av ord for å nedskalere treffene (Kilvik & Lamøy, 2007).

For å begrense søket i Cinahl er søket avgrenset med publikasjonsdato for artiklene. Tidsbegrensning i søket er valgt fordi søket med meSH-termer ble for bredt. I Pubmed, Medline og PsycInfo er søkene tilfredsstillende begrenset uten avgrensning av publikasjonsdato for artiklene. Risikofaktorer for selvmord og selvmordstanker anser vi som noe likt over flere tiår. Artiklene som er brukt i oppgaven skulle være sammenlignbare med vestlige land, kultur og levemåte. Hovedfokuset for innhenting av artiklene er fokus på risikofaktorene for selvmord og kjønnsforskjeller. Tabell 1 viser et eksempel hvordan det systematiserte søket ble gjort for å få tilfredsstillende antall artikler i hver database. Søkeprosessen endte med totalt 154 artikler som gikk videre til utvalgsstrategien.

Tabell 1. Eksempel over søkeprosessen. Oversikt over søkeprosessen finnes i vedlegg nr. 1

Database: PsycInfo			
Søkeord:	Suicide, risk	Suicide , risk factors	Suicide, risk factors equal men women
MeSH-terms:	at risk population	at risk population AND risk factors AND suicide	suicide AND riskfactors AND human sex differences AND suicidal ideation
Antall treff:	33053	270	26

Søket er gjennomført 21.01.2016

2.2. Inklusjons og eksklusjons kriterier

Alle søkene er avgrenset til voksne over 18 år. Denne begrensningen er gjort under fase en i utvalgsstrategien gjennom og lese abstraktet i artiklene. Der det er mulig ble artiklene begrenset til studier gjort i vestlige land som kan sammenlignes med kulturen i Norge. Det er likevel tatt med en studie gjort i Japan. Denne artikkelen gikk i hovedsak på personlighetstrekk og ikke kulturelle faktorer. Den er derfor sett på som sammenlignbar for Norge og befolkning generelt i verden. I søkene er det bare satt begrensning av årstall i en

database. Dette for å optimalisere treffet for relevante artikler. I de tre andre databasene er artikler med tilfredsstillende publikasjonsdato funnet uten denne type begrensning. Alle søkene er begrenset til engelsk fulltekst. I prosessen er det gått glipp av relevante artikler på grunn av manglende tilgang til fulltekst. For å få tilgang til fulltekst er det sendt bestilling av mange artikler gjennom Bibsys. I bestillingene er 1. April satt som frist til å motta ønskede artikler, dette på grunn av fremgangsprosessen. Dette medførte at vi ikke fikk tilgang til enkelte relevante artikler. Det er i hovedsak valgt å ekskludere artikler som omhandler konkrete sykdommer og selvmord. Likevel er det valgt å ta med en artikkel som omhandler epilepsi og selvmord da denne artikkelen trekker frem psykisk helse hos pasienter med epilepsi.

2.3. Kvalitetsvurdering av artikler

Alle artiklene er funnet i anerkjente vitenskapelige databaser, dette er et godt kvalitetstegn på artiklene (Kilvik & Lamøy, 2007). Kvalitetssjekk av artikler er gjort med bruk av Norsk senter for forskningsdata (NSD.no, u.å.) sin database for statistikk om høyere utdanning. Dette er en database hvor man kan søke opp tidsskriftets tittel eller ISSN-nr. for å finne kvalitetsnivået på tidsskriftet (NSD.no, u.å.). Det opereres med målesystem nivå 1 og nivå 2. Nivå 1 består av publiseringskanaler som utgir vitenskapelig artikler, mens nivå 2 består av publiseringskanaler som utgir de mest betydelige vitenskapelig artikler fra ulike lands forskere og som oppfattes ledene i en bred fagsammenheng (UHR.no, u.å.). Alle artiklene som er brukt for å besvare problemstillingen er skrevet av flere forfattere. Artikkelenes reliabilitet styrkes hvis studien er gjort av flere forfattere (Thagaard, 2013). Fagfellevurdering er påkrevd (UHR.no, u.å.).

2.4. Utvalgsstrategi

154 artikler gikk videre til utvalg. Etter å ha lest gjennom titler og abstrakt er 51 artikler tatt ut til fase en. Til fase to er 18 artikler tatt ut etter at de er lest i sin helhet. Etter en ny gjennomgang av artiklene og kvalitetsvurdering er 6 forkastet. Totalt er 12 artikler inkludert i studien. Tabell 2 gir god oversikt over utvalgsstrategien. Utvalget består av både vitenskapelige artikler i hovedsak kvantitative artikler.

Tabell 2. Oversikt over utvalgsstrategien

Database:	Antall treff	Antall valgt etter leste titler og abstrakt (Fase 1)	Antall valgt etter artikler lest i sin helhet (Fase 2)	Antall inkludert etter kvalitetsvurdering (Fase 3)
Medline:	60	8	2	1
Pubmed:	15	9	6	3
Cinahl:	53	23	7	5
PsycInfo:	26	11	3	3

2.5. Analyse

Siste fase i prosessen er å analysere interessante hovedfunn i de inkluderte artiklene. Sub-kategoriene ble til ved å trekke ut nøkkelord fra hovedfunnene. Flere av sub-kategoriene som er funnet i artiklene kan relateres til felles tema, dette ble kategoriene. Valg av sub kategorier og kategorier kan være påvirket av vår praksiserfaring og forståelse. Tabell 3 viser et eksempel på analyse av en artikkel.

Tabell 3. Eksempel over analyse av hovedfunn. Oversikten over analysen av hovedfunnene finnes i vedlegg nr. 2

Forfatter	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Angst, J, Hengartner, M.P, Rogers, J, Schnyder, U, Steinhausen, HC, Ajdacic-Gross, V & Rössler, W (2014) ”Suicidality in the prospective Zurich study: prevalence, risk factor and gender”	Funn av selvmordstanker hos kvinner og menn var nesten identisk.	Psykisk helse	Helsetilstand
	Selvmordsforsøk var noe høyere hos kvinner enn menn.	Psykisk helse	Helsetilstand
	Risikofaktorer som barndomsproblematikk (foreldrekonflikt, atferdsproblematikk og familiedynamikk) og personlighetstrekk (irritabilitet, depressive symptomer og nevrotisk tilstand) var betydelig for begge kjønn	Oppvekstvilkår	Psykososiale faktorer
		Atferd	Personlighet

	For kvinner var risikofaktorer som splittet familie i barndommen, bli mislikt, avvist av jevn aldrede, seksuell mishandling, bor alene, nervøsitet, impulsivitet, lav sosial status, motstandsdyktighet og selvfølelse betydelige.	Oppvekstvilkår Sosial status	Psykososiale faktorer
	Menn var utsatt for risikofaktorer som disiplinproblematikk i skolen, urolig atferd i klassen og problemer med politi, engstelig personlighet og liten sosial støtte.	Atferd	Personlighet
		Atferd	Personlighet

2.6. Etisk forsvarlighet

I forskning er etisk forsvarlighet et grunnprinsipp. Forskerne skal behandle alle informanter med den største integritet og respekt. Forskeren skal etterstrebe at forskningsprosessen ivaretar frihet og selvbestemmelse, beskytter mot unødvendig smerte og skade, beskytter nære relasjoner og ivaretar personvernet (NESH, 2006).

Siden alle artiklene som er brukt i denne oppgaven er engelskspråklig kan det ha oppstått misforståelse av artikkelens innhold da de ble oversatt på norsk. Det er med vår forutsetning prøvd å oversette og forstå artiklenes innhold objektivt i analyseprosessen. Det kreves nøyaktig prestasjon og at forskeren vurderer andres arbeid med redelighet (Thagaard, 2013). Når andres arbeid blir brukt i oppgaven må dette respekteres ved å henvise til kilden i teksten. Plagiat anses som et alvorlig brudd på etiske standarder (NESH, 2006). I følge retningslinjene fra Nord Universitet har vi brukt Harvard-malen når det er henvist til kilder i oppgaven.

3. RESULTAT

Under dette kapitelet er resultatet beskrevet ut i fra kategoriene som er analysert frem som et eget underkapittel. Under hver kategori vil sub-kategoriene bli nevnt. Tre hovedkategorier kommer frem etter analysen som kan belyse kjønnsforskjeller på risikofaktorene for selvmord.

- Psykososiale faktorer
- Personlighet
- Helsetilstand

3.1. Psykososiale faktorer

Denne kategorien går igjen i ti av de tolv artiklene og inneholder sub-kategoriene oppvekstvilkår, sosial status og økonomi.

3.1.1. Oppvekstvilkår

En kohort studie gjort i Sverige viser at menn som kom fra en arbeiderklassefamilie hadde økt sårbarhet for selvmordsforsøk, mens kvinner fra byer hadde økt sårbarhet for selvmordsforsøk (Borczykowski, Lindblad, Vinnerljung & Hjern, 2009). Corcoran et al., (2010) rapporterte at personer som bodde i byer og sentrale strøk hadde størst risiko for å begå selvmord. Atferdsproblem som barn, konflikter mellom foreldrene og familiedynamikk er risikofaktorer som også gir økt sårbarhet for selvmord hos begge kjønn. Splittet familie i barndommen ble kategorisert som en risikofaktor bare for kvinner (Angst et al., 2014). Kvinner som opplevde seksuell misbruk i barndommen hadde større sårbarhet for selvmordstanker (Oquendo et al., 2007). Bebbington et al., (2009) viser til funn at kvinner som hadde opplevd seksuell misbruk ikke var mer utsatt for selvmordstanker enn menn som hadde opplevd det samme. Både kvinner og menn som hadde opplevd seksuell misbruk var høyt representert i funnene av livslang selvmordsatferd. Nock et al., (2012) viser til funn at kvinner hadde større risiko for selvmordsforsøk i ungdomsalder og som ung voksen. Å vokse opp med foreldre som hadde affektive lidelser eller psykoser er en risiko for begge kjønn, men en større risikofaktor for kvinner enn menn (Borczykowski et al., 2009). Familiehistorie med selvmordsforsøk økte risikoen for selvmordsforsøk trippelt for menn (Oquendo et al.,

2007). Mørkhudete kvinner på prøveløslatelse hadde dobbelt så stor risiko for selvmordstanker enn andre kvinner på prøveløslatelse (Violet & Sung, 2015).

3.1.2. Sosial status

Kvinner som opplevde å bli mislikt og avvist fra jevn aldrede og bor alene er mer sårbare for selvmordstanker (Angst et al., 2009). Ladwig et al., (2010) viser til funn at enslige menn har større risiko for selvmordstanker. Ustabilt boforhold med mange flyttinger på kort tid viste seg og bare være en risikofaktor for selvmordstanker for kvinner på prøveløslatelse. Andre karakteristiske trekk som bare ble sett hos kvinner på prøveløslatelse med selvmordstanker var at de hadde gjennomført videregående skole og hadde barn under 18 år (Violet & Sung, 2015). Hos eldre var det størst andel menn over 60 år som hadde økt risiko for selvmord. Eldre som bodde alene var i risikogruppen for selvmord. Andre risikofaktorer som var lik hos eldre kvinner og menn var sykdom og død i familie eller nære venner, og separasjon eller konflikt med familie eller nære venner (Preville, Hebuert, Boyer, Bravo & Seguin, 2004). Holma et al., (2010) viser til at størrelsen på det sosiale nettverket hadde en betydning. Desto mer støtte personene fikk, desto mindre ble risikoen for selvmord. Kvinner hadde mest nytte av et sosialt nettverk rundt seg.

3.1.3. Økonomi

Risikoen for selvmord for kvinner er lik i høy-, middels- og lav inntektsland. I lavinntektsland er det kvinner i ung voksen alder som er mest sårbar for selvmord. I høy- og middels inntektsland var det kvinner i overgangen fra ungdomsalder til ung voksen som var mest sårbar for selvmord (Nock et al., 2012). Ladwig et al., (2012) viser til funn av at kvinner bare ble assosiert med lav nettoinntekt som en risikofaktor for selvmordstanker. Menn var sårbar for selvmordstanker hvis de hadde lav nettoinntekt eller var arbeidsledig. Homa et al., (2010) viser også til at inntekt hadde en betydning for sammenheng med risikoen for selvmord. Lavere inntekt, ga større risiko. Dette var spesielt knyttet til menn. Risikoen for selvmord var størst for de som hadde et vanlig ansettelsesforhold, dette var gjeldene for begge kjønn. Kvinner på prøveløslatelse fra fengsel var sårbar for selvmordstanker hvis de både var arbeidsledige og fattige. Arbeidsledighet viste seg også være en risikofaktor for selvmordstanker hos menn på prøveløslatelse (Violet & Sung, 2015).

3.2. Personlighet

Kategorien går igjen i fem av de tolv artiklene og inneholder sub-kategoriene atferd og mestringsstrategi.

3.2.1. Atferd

To studier trekker frem atferdstyper som fiendtlighet, aggresjon, impulsivitet og nervøsitet, som risikofaktorer for selvmord hos kvinner. Atferd som stimulerer lav selvfølelse ble nevnt som risikofaktor for kvinner (Angst et al., 2014; Oquendo et al., 2007). Oquendo et al., (2007) rapporterer at kvinner og menn med depresjon hadde samme nivå av impulsivitet, håpløshet, fiendtlighet ved selvmordsforsøk. Kvinner på prøveløslatelse hadde større risiko for selvmordstanker hvis de hadde angrepet noen med intensjon om å gjøre alvorlig skade (Violet & Sung, 2015). Menn hadde økt risiko for selvmord hvis de hadde disiplinproblematikk i skolen, urolig atferd i klassen, problemer med autoriteter, engstelig personlighet og liten sosial støtte (Angst et al., 2014). Religiøs tro viste seg å ha en reduserende effekt på selvmordstanker hos menn på prøveløslatelse (Violet & Sung, 2015). Atferdstrekk som ble knyttet opp i mot selvmordstanker/forsøk som var lik for begge kjønn er irritabilitet (Angst et al., 2014). Det viste seg at flere eldre menn enn kvinner planla selvmord (Svensson et al., 2014). En irsk studie rapporterte at flere eldre menn rapporterte et bevisst ønske om selvmord. Eldre kvinner i alderen 55-69 år hadde størst ønske om å skade seg selv, hos menn var det flest i alderen 70-85+ år som rapporterte samme ønske (Corcoran, Reulbach, Perry & Arensman, 2010).

3.2.2. Mestringsstrategi

Personer med god mestringsstrategi hadde mindre risiko for selvmord. Dette gjaldt både kvinner og menn. Mestringsstrategi viste seg å ha god betydning for håndtering av daglige problemer. Det var mindre selvbredelse og menneskene var mindre kritiske til seg selv når de hadde en mestringsstrategi i utfordrende livssituasjoner (Svensson et al., 2014).

3.3. Helsetilstand

I ti av de tolv artiklene finnes kategorien helsetilstand. Under denne kategorien ligger sub-kategoriene depresjon, psykisk helse, avhengighet og somatisk helse.

3.3.1. Depresjon

Når personer gjorde et forsøk på et nytt selvmord viste det seg at dette hadde en sammenheng med depresjon. Desto mer depressiv personen var, desto større var sannsynligheten for et nytt forsøk og større alvorlighetsgrad av forsøket. Det viste seg også at depresjon trolig var den største faktoren for selvmord samlet sett utover en langsiktig periode. Dette var gjeldene for både kvinner og menn (Holma et al., 2010).

Kvinner som opplevde tidlig debut av dyp depresjon, som hadde komorbid borderline personlighetsforstyrrelse og som opplevde større alvorlighetsgrad av subjektiv og objektiv depresjon var i risikogruppen for selvmordsforsøk. Flere deprimerte kvinner enn menn hadde forsøkt på selvmord (Oquendo et al., 2007). Ladwig et al., (2010) rapporterer funn av personer med selvmordstanker av begge kjønn opplevde angst, depresjon og utmattelse. PHQ-9 scoresystem for mindre og alvorlig depresjon viste at 63.5% av menn og 57% av kvinner med selvmordstanker led ikke av depressive lidelser. Både kvinner og menn som er på prøveløslatelse hadde økt sårbarhet for selvmordstanker hvis de også opplevde psykisk stress, dyp depresjon eller har vært innlagt for behandling for psykiske lidelser (Violet & Sung, 2015). Holma et al., (2010) viser til at pasienter som hadde størst risiko for selvmordsforsøk var avhengig av alder, om de var innlagt til behandling eller ikke, alvorlighetsgraden av depresjon, nivået på selvmordstanker, angst, funksjonell evne og om de opplevde en sosial støtte.

3.3.2. Psykisk helse

Selvmordstanker ble sterkt knyttet til psykisk helse. Begge kjønn med selvmordstanker rapporterte betydelig svekket selvopplevd psykisk helse. Av 3079 deltakere var det 100 kvinner og 63 menn som sa de hadde selvmordstanker de siste to ukene før studien (Ladwig et al., 2010). Mens to studier viser til funn av selvmordstanker hos kvinner og menn var nesten identisk (Angst et al., 2014; Oquendo et al., 2007). Oquendo et al., (2007) rapporterer ingen kjønnsforskjeller ved selvmordhensikt eller skadeomfanget forårsaket av det mest

alvorlige selvmordsforsøket. Både studien fra Angst et al., (2014) og Holma et al., (2010) viser at selvmordsforsøk var noe høyere hos kvinner enn menn. En britisk studie rapporterer at 12% av de mannlige deltakerne og 17% av de kvinnelige deltakerne forteller om livslang selvmordønske, men det var ingen forskjell mellom kjønnene som rapporterte selvmordønske det siste året eller forrige uke (Bebbington et al., 2009). Holma et al., (2010) viser at det var størst risiko for å begå et nytt selvmord det første året etter det siste forsøket. Risikofaktoren er seks ganger så stor, og for hvert selvmordsforsøk øker sjansen for et nytt med en tredjedel (Oquendo et al., 2007).

Hos eldre i alderen 50-79 år var det størst andel personer med selvmordstanker i alderen 50-55 år. Blant de var det flest kvinner (Svensson et al., 2014). Holma et al., (2010) viser at risikoen for selvmord var størst i alderen rundet 36 til 49 år, men debut alder viste seg å være 29 år, her for begge kjønn.

3.3.3. Avhengighet

Flere studier trekker frem at alkohol og rusmisbruk er en sterk risikofaktor for selvmord og selvmordstanker hos menn. Menn på prøveløslatelse med selvmordstanker rapporterte et forbruk av illegale rusmidler og alkohol eller at de mottok behandling for avrusing. Funn viser at bruk av illegale rusmidler ga økt risiko for selvmordstanker hos menn på prøveløslatelse (Violet & Sung, 2015). Alkohol- og narkotikamisbruk økte risikoen for selvmordsforsøk hos menn med dyp depresjon (Oquendo et al., 2007). Alkoholmisbruk viste seg å være et tilleggsproblem hos eldre menn med selvmordsrisiko (Corcoran et al., 2010). Holma et al., (2010) rapporterer også at alkoholmisbruk var en risikofaktor, mest knyttet til menn.

3.3.4. Somatisk helse

Selvmordstanker hos kvinner blir knyttet til somatiske plager, oftest ved symptomer på lungesykdom. Mennene rapporterte økt risiko for selvmordstanker ved hjerteinfarkt. Ingen av kjønnene rapporterte en forbindelse mellom selvmordstanker og kreft. Andre funn i studien er at den viser ingen stor sammenheng mellom selvmordstanker og røyking, lavt kolesterol, fysisk inaktivitet hos kvinner og menn (Ladwig et al., 2010). En annen studie viser at begge

kjønn som røyket hadde større sjanse for selvmordsforsøk (Oquendo et al., 2007). Andre somatiske sykdommer som kreft hadde en stor innvirkning på risikoen for selvmord hos eldre kvinner og menn (Svensson et al., 2014). Kronisk sykdom og stress var faktorer som viste seg å være stor blant eldre menn og kvinner i risikogruppen for selvmord (Preville et al., 2004).

I en studie gjort på personer med diagnosen epilepsi viser funn at personer som også har organiske affektive lidelser, at det er bare kvinner som er utsatt for selvmordsrisiko. Risikoen for å gjennomføre et selvmord er fem ganger så stor hos de kvinnene som også er diagnostisert med organiske affektive lidelser enn de uten diagnosen. Kognitiv svekkelse hos personene med diagnosen epilepsi er en større risikofaktor for selvmord enn depresjon hos begge kjønn. Personer med kognitiv svekkelse sammen med affektive lidelser, som også har epilepsi betraktes som sårbare for selvmordsforsøk. Funnet viser en invers korrelasjon mellom frekvensen av kompleks partielle anfall og selvmordsraten hos kvinner. Kvinner som gikk på daglig dose av karbamazepin og valproat viser negativ korrelasjon med selvmord. Hos menn ble tidlig debutalder av epilepsi oppdaget som en risikofaktor for selvmord. Menn med høy hyppighet av sekundære generaliserte anfall og enkle partielle anfall var sårbare for selvmord. Daglig doser av alle klassiske AED og fenobarbital har positiv korrelasjon med selvmordsraten hos menn med epilepsi. Begge kjønn som opplevde primære generaliserte anfall var sårbare for selvmord (Kalinin & Polyanskiy, 2005).

4. DISKUSJON

Dette kapitlet er delt inn i tre underkapitler hvor det diskuteres resultat og metode, og avslutning. I resultatdiskusjonen diskuteres kategoriene helsetilstand, psykososiale faktorer og personlighet. I metodediskusjonen trekkes det frem styrker og svakheter med studien. I avslutningen vil diskusjonen sammenfatte oppgavens viktigste funn. Videre vurderes det hva oppgaven har tilført og dens betydning for kunnskapsutvikling innenfor psykisk helsearbeid og det nevnes kort forslag til videre arbeid innen fagfeltet i avslutningen.

4.1. Resultatdiskusjon

Fra resultatdelen viser flere av våre funn at psykologiske faktorer, personlighet og helsetilstand er risikofaktorer for selvmordstanker og selvmord hos begge kjønn. Våre funn viser en kjønnsforskjell innad i risikofaktorene. For eksempel viser funn at begge kjønn er sårbare for risikofaktoren somatisk helse, men menn er mer sårbar for selvmord ved hjerteinfarkt. Kvinner er mer sårbar for selvmord ved lungesykdom. Begge kjønn viste seg å være sårbare for selvmordstanker og selvmordsforsøk. Svekket selvopplevd helse var noe som begge kjønn oppga som en betydelig risikofaktor.

For hvert selvmordsforsøk økte sjansen for et nytt med en tredjedel. Dette var også en stor risikofaktor. Flere av studiene trakk frem depresjon og avhengighet som risikofaktorer. Begge kjønn var representert i risikofaktoren depresjon, mens alkohol og rusmisbruk var en sterk risikofaktor for menn. Funn viser at allerede i barndommen kan ulike utfordringer og familiedynamikk utløse selvmordsrisiko i voksen alder. Dette var noe likt for begge kjønn, men kvinner og menn var sårbare for ulike atferdsmønster i barndommen. Enkelte atferdsmønster i voksen alder førte til økt selvmordsrisiko hos begge kjønn og en studie viste at mestringsstrategi er en beskyttende faktor. Ensomhet var en sterk risikofaktor for selvmordstanker hos begge kjønn, men arbeidsledighet og lite sosialt nettverk var risikofaktorer for selvmord.

Flere studier viser at psykososiale faktorer kan utløse selvmordsrisiko for begge kjønn. Funn viser at oppvekstvilkår som splittet familie og foreldre med psykoselidelser i barndommen kan være en risikofaktor for kvinner, mens menn er mer sårbare for familiehistorie med selvmord. Dahl & Aarre (2012) skriver at selvmord i familien kan være knyttet til både

genetiske faktorer og sosial læring. Erfaringer i nære relasjoner kan utvikles slik at dette kan påvirke andre i familien. Det kan tenkes at oppvekstvilkår er en like sterk risikofaktor for begge kjønn, men kjønnsforskjellen vises i sårbarhet for ulike typer oppvekstvilkår for menn og kvinner. Dette kan være nyttig kunnskap for helsepersonell når de skal avdekke tidlig selvmordsfare og sette i gang tiltak så tidlig som mulig (Helsedirektoratet, 2014).

Funn viser at sosial status og sosialt nettverk kan være beskyttende faktorer for selvmordsrisiko. Handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading skriver at ensomhet og isolasjon er kjente risikofaktorer (Helsedirektoratet, 2014). Våre funn viser at kvinner var mer sårbar for selvmordsrisiko ved lite sosialt nettverk. Røkenes og Hanssen (2007) sier at kommunikasjon og samhandling er viktig for og føle seg inkludert i et fellesskap. Ut i fra dette kan det tenkes at gode relasjoner og det å føle en grad av betydning for noen har stor positiv betydning for den enkelte. Det å oppleve at man får sosial støtte fra familie og lokalsamfunn i vanskelige livssituasjoner og hendelser kan redusere selvmordsrisiko (Helsedirektoratet, 2014). Det kan tenkes at kvinner har et større behov for et velfungerende sosialt nettverk for å selv føle god livskvalitet, dette kan trolig ha en sammenheng med at kvinner er mer åpen og snakker mer med de rundt seg om vanskelige problemer.

Menn var mer sårbar for selvmordsrisiko i den eldre generasjonen. Dette kan sees i sammenhenger med vår erfaring som sier at det å måtte motta hjelp fra familie/hjelpeapparatet er vanskelig spesielt for menn, og videre det å innse at forutsetninger for å delta i sosiale sammenhenger ikke lengre er den samme. Vår erfaring er også at menn ofte kan ha problemer med å finne sin rolle når pensjonisttilværelsen starter. Når arbeidsforholdet opphører mister de en av hovedarenaene for sosialt samspill, som videre kan oppleves som ensomt. Dette kan også relateres hos yngre menn som er arbeidsledig. Hawton & Haw (2013) skriver at arbeidsledighet og selvmord har en sammenheng og at risikoen for selvmord er høyere når arbeidsledigheten er langvarig. Arbeidsledighet kan sees i direkte sammenheng med inntekt og sosial status, hvor dårligere økonomi kan spille en rolle inn i flere faktorer som familiære problemer og boligmessige problemer. I tillegg til at de mister en sosial arena og ikke har noe å fylle hverdagen med kan mange oppleve det som stigmatiserende og ikke ha en jobb (Helsedirektoratet, 2014). Det kan tolkes som hos menn

at sårbarheten for selvmordsrisiko kan være når de opplever å miste en sosial arena, mens hos kvinner er det få relasjoner i livet som familie og venner som øker selvmordsrisikoen.

Personens helsetilstand kan være en utløsende faktor for selvmordsrisiko hos begge kjønn. Når det gjelder psykisk helse viser funn at kvinner og menn er omtrent like sårbare for denne risikofaktoren. Dette kan tenkes er fordi psykisk helse omfatter en stor del av sinnet og diagnoser. Inskip, Harris & Barraclough, (1998) sier at psykiske lidelser er sterk assosiert med forhøyet selvmordsrisiko og om lag 90% av de som tar livet sitt har hatt en psykisk lidelse.

Depresjon er en psykisk lidelse som er høyt representert med selvmordsrisiko hos begge kjønn, men flere kvinner har gjort et selvmordsforsøk. RVTS skriver at noen kan oppleve den psykiske smerten de kjenner på, så uutholdelig at selvmord kan kjennes på som eneste utvei for dem. Selvmordet og selvmordsforsøket er for de fleste et endepunkt i en prosess der indre og ytre belastninger over tid ikke har latt seg endre eller løse på en måte som gjør livet bedre eller lettere å leve (rvtsmidt.no, 2016). Cavanagh, Carson, Snarpe & Lawrie, (2003) viser til funn av depresjon er til stede i 40-70% av selvmordstilfellene. Vår erfaring er at selvmordsrisiko kan være høy hos personer med depresjon. I samtaler med personer med depressive lidelser kommer det ofte frem at de har eller har hatt selvmordstanker når de er på det mørkeste. Siden det ikke kommer frem en tydelig kjønnsforskjell i denne risikofaktoren kan det tenkes at depresjon øker sårbarheten hos både kvinner og menn. Det påpekes at risikoen for selvmord øker med økende grad av symptomer som følelse av selvanklager, nedstemthet og håpløshet (Helsedirektoratet, 2014).

Våre funn tyder på at nye forsøk for selvmord kan ha en sammenheng med depresjon. Alvorlighetsgraden på forsøket viser seg også å ha en sammenheng med graden av depresjonen og at dette er den største risikofaktoren for selvmord samlet sett utover en langsiktig periode (Helsedirektoratet, 2014). Våre funn viser at selvmordsforsøk er mer vanlig blant kvinner noe som Handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading også påpeker (2014). Størst risiko for å begå et nytt forsøk viser seg å være størst det første året og at risikoen da er seks ganger så stor. For hver selvmordsforsøk øker igjen sjansen for

nye forsøk med en tredjedel. Dette kan tyde på som at det oppleves som vanskeligere for personene å se en løsning på problemene og komme seg ut av depresjonene og selvmordønske, derfor vil tidlig oppdagelse av tanker om selvmord og eventuelle selvmordplaner er viktig for å kunne iverksette forebyggende tiltak. Helsepersonell kan bruke disse opplysningene til å forebygge selvmordsfare hos kvinner. Denne informasjonen viser også at helsepersonell må ta hvert selvmordsforsøk alvorlig og at personer som har gjort et selvmordsforsøk bør få tettere oppfølging og behandling i tiden etterpå.

Avhengighet var en risikofaktor som menn var mer sårbar for. Alkohol fremmer depressivt tankeinnhold og mestringsevnen blir dårligere (Rossow, 2005). Dette kan tolkes som at rusavhengighet fører med seg andre risikofaktorer for selvmord som personen kan bli ekstra sårbar overfor på grunn av at personen har flere risikofaktorer inne i livet sitt.

Rusproblematikk fører ofte med seg andre negative konsekvenser i livet som økonomiske, relasjonelle og sosiale problemer (Rossow, 2005). Det kan tenkes at avhengighet er en sterk risikofaktor på grunn av at rusproblemet ødelegger store deler av livet. Vår erfaring er at personer med rusavhengighet opplever det som vanskelig å henge med i samfunnet når de ikke er i stand til å tjene penger. Ofte opplever de å bli utstøtt av andre så danner relasjoner med andre rusavhengige, noe som igjen fører til vanskeligheter med å komme seg ut av avhengigheten.

Våre funn viser at personligheten hadde betydning for selvmordsrisiko. Kvinner er mer sårbar for selvmord når de har indre atferdsproblematikk, mens menn kan være mer sårbare for selvmord når deres atferd påvirkes negativt av ytre omgivelsene. Helsepersonell kan bruke disse opplysningene til å oppdage personer som er i potensiell risiko for selvmordsfare ved å tilby tettere oppfølging av kvinner som f. eks er aggressiv, nervøs, impulsiv og fiendtlig og til menn som utagerer mot oppførselen til omgivelsene.

Funn viser at god mestringsstrategi kan være en beskyttende faktor for selvmord hos begge kjønn. Personens mestringsstrategi viser seg å ha stor betydning for hvordan daglige problemer blir håndtert. Gode konfliktløsningsevner, problemløsningsferdigheter og ikke voldelig håndtering av konflikter kan redusere sårbarheten for selvmordsrisikofaktorer

(Helsedirektoratet, 2014). Dette kan tolkes som at mestringsstrategi gir personen en mulighet til å se sin livssituasjon på forskjellige måter og være i stand til å mestre vanskelige situasjoner bedre. I arbeid med kvinner og menn som er sårbare for selvmordsrisikofaktorer vil det være nødvendig og fremme beskyttende faktorer.

4.2. Metodediskusjon

Metoden som er brukt i denne oppgaven er systematisk litteraturstudie. Ut i fra setningsoppbygningen på problemstillingen kan det diskuteres om systematisk litteraturstudie er den beste metoden for å få svar på problemstillingen. Det kan tenkes at vi hadde fått tydeligere svar ved bruk av kvantitativ metode. Vår begrunnelse av valg av metode for å besvare problemstillingen, er at våre søk i forskningsmaterialet samler flere funn av kjønnsforskjeller i flere risikofaktorene. Vårt resultat kan brukes videre i en eventuell ny studie med kvantitativ metode. Vår refleksjon av bruk av forskningsmetode løfter oppgavens troverdighet ved at vi viser evne til å vurdere forskningen (Thagaard, 2013). Det er brukt anerkjente databaser til å finne relevante studier for problemstillingen og studiene som er valgt for å ta med i oppgaven er kvalitetssikret. Vi har vært to som har arbeidet med oppgaven, noe som øker reliabiliteten (Thagaard, 2013). Valg av studier er hentet ut i fra land som kan sammenlignes med den norske kulturen. Dette styrker overførbarheten av våre funn og kan være relevante i andre situasjoner (Thagaard, 2013).

Problemstillingen spør om de kjente risikofaktorene er kjønnsespesifikke. Siden søket er konsentrert til kjønnsforskjeller vil det ha kunnet føre til at det er mistet noen risikofaktorer for selvmord. Våre funn inneholder en artikkel som omhandler selvmordsrisikofaktor for bare kvinner. Denne artikkelen er med for å fremheve og tydeliggjøre risikofaktorer blant kvinnene. I oppgaven viser vi til funn av risikofaktorer for både selvmordstanker og selvmord selv om problemstillingen etterspør risikofaktorer for selvmord. Grunnlaget for dette valget er at våre funn viser at risikofaktorene for selvmordstanker og selvmord er lik. Det kan forstås at dette kan virke forvirrende for leser og vi anser dette som en mulig svakhet i oppgaven.

Det erkjennes at dette er første gangen vi har skrevet en oppgave med systematisk litteraturstudie som metode. Ut i fra den forutsetning er oppgaven skrevet så godt som mulig, men på bakgrunn av dette kan det være flere svakheter i oppgaven. Vi ser at vår kompetanse innen litteratursøk før oppgavens start var begrenset og derfor kan dette ha påvirket søkeprosessen og utvalg av artikler. Hadde vi hatt større kunnskap om søking i databaser kan det tenkes at utvalget av artikler hadde blitt noe annerledes. Dette kunne ført til en annen søkestrategi eller at det har blitt benyttet andre søkeord. En annen svakhet kan være at hovedfunn er tolket ut i fra vår kunnskap og erfaring med artikkelanalyse. På grunn av at det ikke finnes et klart skille mellom sub-kategoriene kan det oppleves som om de går over i hverandre. Vi har valgt å trekke ut depresjon og avhengighet som egne sub-kategorier selv om vi ser at de kan gå under psykisk helse. Begrunnelsen for dette valget er at disse to risikofaktorene trekkes frem som to sterke risikofaktorer for selvmord (Helsedirektoratet, 2014).

Valg av sub-kategorier kan oppleves som om de går over i hverandre på grunn av at det ikke finnes et klart skille. Det er ønskelig å understreke at det er vår analyse av resultatet i artikkelen som svarer på problemstillingen og derfor kan det tenkes at en annen leser kan tolke resultatet noe annerledes.

I denne oppgaven er det bare brukt forskningsartikler skrevet på engelsk som grunnlag for resultatet. Vår forståelse av de engelske artiklene er tilstrebet så godt som mulig ut i fra vår språklige forutsetninger.

Det påpekes også at analysen av studiene som er grunnlaget for resultatet er gjort ut i fra våres forutsetninger. Utvelgelsen av fagstoff er gjort ut i fra vårt ståsted. Det kan derfor være fare for vår vinkling og ubevisst ønske om funn har påvirket resultatet og dermed mistet betydningsfylt materialet for oppgaven.

4.3. Avslutning

Som nevnt innledningsvis i denne oppgaven er det rettet fokus på kjente risikofaktorer for selvmord og hvilke av disse som er kjønnsespesifikke. Funnene viser at begge kjønn ofte er like sårbare for hver enkelt risikofaktor, men kjønnsforskjellene vi har oppdaget finnes innad i risikofaktorene. F. Eks kan kvinner være mer sårbare for selvmord ved oppvekstvilkår som

splittet familie i barndommen mens menn kan være mer sårbar for selvmord ved familiehistorikk med selvmord.

Som tjenesteyter vil denne informasjonen være viktig å ta med seg i arbeid med mennesker i selvmordsfare. Kunnskap om at begge kjønn har en sårbarhet for hver risikofaktor, men graden av sårbarheten varierer fra begge kjønn kan være et hjelpemiddel for hvordan tjenesteyter kan gå frem for å kartlegge selvmordsfaren. Fremtidig arbeid bør rettes mot kompetanseheving i forhold til de spesifikke kjønnsforskjellene i hver enkelt risikofaktor.

To viktig beskyttende faktorer er god mestringsstrategi hos begge kjønn i selvmordsfare og et godt sosialt nettverk. Sistnevnte er en sterke beskyttende faktor hos kvinner. I samhandling med personer i selvmordsfare vil kartlegging av personens egne ressurser for å endre synet på sin livssituasjon være gunstig. Tjenesteyters mål vil være å bistå personen med å sette fokus på de løsningsorienterte sidene til personen. I tillegg kan det være viktig for tjenesteyter og kartlegge personens sosiale nettverk og eventuelt starte nettverksbygging.

En av risikofaktorene skiller seg litt ut fra de andre. Funn viser at det er overvekt av menn som er i risikogruppen for selvmord når det er alkohol- og rusmisbruk. Dette er viktig kunnskap for tjenesteyter da forebyggende tiltak kan iverksettes tidligere når det mistenkes eller bekreftes at menn har et rusmisbruk. Mange av disse mennene er kanskje ikke i kontakt med helsevesenet så forebyggende tiltak på samfunnsnivå kan også være nødvendig.

I Helsedirektoratet (2014) presenteres det ulike forebyggende tiltak for selvmord som bør settes i gang. Et av disse tiltakene er å utarbeide veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord. Vi tenker at våre funn om kjønnsforskjeller kan være med på å opplyse kommuner om sterke risikofaktorer for kvinner og menn slik at de kan avdekke, å sette tidlig i gang intervensjon og oppfølging av personer med selvmordsatferd.

Litteratur

Angst, J., Hengartner, M. P., Rogers, J., Schnyder, U., Steinhausen, H. C., Ajdacic-Gross, V & Rössler, W. (2014). Suicidality in the prospective Zurich study: prevalence, risk factors and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264, 557-565. doi: 10.1007/s00406-014-0500-1.

Bebbington, P.E., Cooper, C., Minot, S., Brugha, T.S., Jenkins, R., Meltzer, H & Dennis, M (2009). Suicide attempts gender, and sexual abuse: data from the 2000 british psychiatric morbidity survey. *The American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1135-1140.

Borczykowski, A. v., Lindblad, F., Vinnerljung, B & Hjern, A. (2009). Gender differences in risk factors for suicide: Findings from a swedish national cohort study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(2), 108-111.

Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405.

Corcoran, P., Reulbach, U., Perry, I & Arensman, E. (2010). Suicide and deliberate self harm in older Irish adults. *International Psychogeriatrics*, 22(8), 1327-1336.

Dahl, A. & Aarre, T. F. (2012). *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hawton, K. & Haw, C. (2013). Economic recession and suicide. *BMJ Clinical research*, 2013(347)

Helsedirektoratet. (2011). *ETTER SELVMORDET – Veileder om ivaretagelse av etterlatte ved selvmord* (IS-1898). Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/etter-selvmordet-veileder-om-ivaretagelse-av-etterlatte-ved-selvmord>

Helsedirektoratet (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017* (IS-2182). Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-og-selvskading-20142017>

Helsedirektoratet (2008) *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (IS-1511). Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern>

Helse- og omsorgsdepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet*. (St.meld.nr. 25 1996-1997). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/

Holma, K. M., Melartin, T. K., Haukka, J., Holma, I. A. K., Sokero, T. & Isometsa, E. T. (2010). Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV Major depressive disorder: A five-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry*. 167(7), 801-808.

Inskip, H.M., Harris, E.C. & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 172(1), 35-37.

Kalinin, V.V. & Polyanskiy, D.A. (2005). Gender differences in risk factors of suicidal behavior in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 2005(6), 424-429.

Kilvik, A. & Lamøy, L. I. (2007). *Litteratursøking i medisin og helsefag: En håndbok* (2. utg.). Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.

Ladwig, K. H., Meisinger, C., Baumert, J., Erazo, N., Schneider, A. & Wichmann, H. E. (2010). Gender differences in risk assessment of death wishes and suicidal ideation in the community. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(1), 52-58.

NESH. (2006). *Guidelines for reasearch ethics in the social sciences, law and the humanities*. Hentet 06. April 2016 fra:
<https://www.etikkom.no/globalassets/documents/english-publications/guidelines-for-research-ethics-in-the-social-sciences-law-and-the-humanities-2006.pdf>

Nock, M. K., Demning, C. A., Cha, C. B., Chiu, W. T., Hwang, I., Sampson, N. A., ... Beautrais, A. (2012). Sociodemographic risk factors for suicidal behavior: results from the WHO world mental health surveys. *Cambridge University Press*, 2012(6), 86-100.

NSD.uib.no (u. å.) *Database for statistikk om høgre utdanning: Publiseringskanaler*. Hentet 13. Mars 2016 fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Oquendo, M. A., Bongiovi-Garcia, M. E, Galfavy, H., Goldberg, P. H., Grunebaum, M. F., Bruke, A. K. & Mann, J. J. (2007). Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: A prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 164(1), 134-141.

Preville, M., Hebuert, R., Boyer, R., Bravo, G. & Seguin, M. (2004). Physical health and mental disorder in elderly suicide. *Ageing & Mental Health*, 9(6), 576-584.

Rossow I. (2005) Substance use and suicidal behaviour. Prevention and treatment of suicidal behaviour From science to practice. I *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice* (s. 261-277). Oxford: Oxford University Press.

RVTSmidt.no (u. å.) *Selvordsforebygging*. Hentet 04. Mai 2016 fra:

<http://rvtsmidt.no/fagfelt/selvordsforebygging/forebygging/>.
<http://rvtsmidt.no/fagfelt/selvordsforebygging/forebygging/>

Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2007). *Bære eller briste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (2.utg.). Bergen: Fagboklaget.

Svensson, T., Inoue, M., Charvat, H., Sawada, N., Iwasaki, M., Sasazuki, S., ... Tsugane, S. (2010). Coping behaviors and suicide in the middle-aged and older Japanese general population: the Japan Public Health Center-Based Prospective study. *Annals of Epidemiology*, 2014(24), 199-205.

Thagaard. T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (4.utg.). Bergen: Fagboklaget.

UHR.no (u. å.). *Vekt på forskning Nytt system for dokumentasjon av vitenskapelig publisering*. Hentet 05. April 2016 fra:
http://www.uhr.no/documents/Vekt_p_forskning_sluttrapport.pdf

Violet, S-S. & Sung, H-E. (2015). Suicidal ideation of probationeres – Gender differences. *Journal of Crisis*, 36(6), 434-432.

Who.int/World Health Organization. (2015). *Suicide*. Hentet 05. Februar 2016 fra:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>

Vedlegg 1 Oversikt over søkeprosessen

Database: Pubmed					
Søkeord:	Suicide, risk	Suicide, riskfactors	Suicide, riskfactors, men	Suicide, riskfactors, women	Suicide, risk factors, equal, men, women
Antall treff:	19122	12256	1278	1472	15

Søket er gjennomført 12.01.2016

Database: PsycInfo			
Søkeord:	Suicide, risk	Suicide , risk factors	Suicide, risk factors equal men women
MeSH-terms:	at risk population	at risk population AND risk factors AND suicide	suicide AND riskfactors AND human sex differences AND suicidal ideation
Antall treff:	33053	270	26

Søket er gjennomført 21.01.2016

Database: Medline			
Søkeord:	Suicide risk	Suicide risk factors	Suicide risk factors equal men women

MeSH-terms:	Suicide AND suicide ideation	Suicide AND risk factors	Suicide AND sex characteristics
Antall treff:	864	5363	60

Søket er gjennomført i helsebiblioteket 05.02.2016

Database:						
Cinahl						
MeSH-terms:	Suicide	Risk factors	Sex factors	Suicide AND riskfactors	Suicide AND riskfactors AND sex factors	
Begrensninger:						Årstall 2005-2015
	8660	68321	54372	749	97	53

Søket er gjennomført 01.02.2016

Vedlegg 2 Analyse av hovedfunn

Artikkel 1 (Cinahl) (Nivå 1)

Forfatter	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Borczykowski, A.v, Lindblad, F, Vinnerljung, B, & Hjern, A (2009) "Gender differences in risk factors for suicide: Findings from a swedish national cohort study"	Vokse opp i en arbeiderklassefamilie ga bare økt risiko for selvmord hos menn.	Oppvekstvillkår	Psykososiale faktorer
	For kvinner økte risikoen for selvmord med urbaniteten.	Oppvekstvillkår	Psykososiale faktorer
	Foreldre med psykose eller affektive lidelser var en risikofaktor for begge kjønn, men var en større risikofaktor for kvinner enn menn.	Oppvekstvillkår	Psykososiale faktorer

Artikkel 2 (PsycInfo) (Nivå 1)

Forfatter	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Angst, J, Hengartner, M.P, Rogers, J, Schnyder, U, Steinhausen, HC, Ajdacic-Gross, V & Rössler, W (2014) "Suicidality in the prospective Zurich study: prevalence, risk factor and gender"	Funn av selvmordstanker hos kvinner og menn var nesten identisk.	Psykisk helse	Helsetilstand
	Selvmordsforsøk var noe høyere hos kvinner enn menn.	Psykisk helse	Helsetilstand
	Risikofaktorer som barndomsproblematikk (foreldrekonflikt, atferdsproblematikk og familiedynamikk) og personlighetstrekk (irritabilitet, depressive symptomer og nevrotisk tilstand) var betydelig for begge kjønn	Oppvekstvillkår	Psykososiale faktorer
		Atferd	Personlighet
	For kvinner var risikofaktorer som splittet familie i barndommen, bli mislikt, avvist av jevn aldrede, seksuell mishandling, bor alene, nervøsitet, impulsivitet, lav sosial status, motstandsdyktighet og selvfølelse betydelige.	Oppvekstvillkår Sosial status	Psykososiale faktorer
	Menn va utsatt for risikofaktorer som disiplinproblematikk i skolen, urolig atferd i klassen og problemer med politi, engstelig personlighet og liten sosial støtte.	Atferd	Personlighet
	Atferd	Personlighet	

Artikkel 3 (Cinahl) (Nivå 1)

Forfatter	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Ladwig, KH, Meisinger, C, Baumert, J, Erazo, N, Schneider, A & Wichmann, HE (2010) "Gender differences in risk assessment of death wishes and	Av 3079 deltakere var det 100 kvinner og 63 menn som sa de hadde selvmordstanker de siste to ukene.	Psykisk helse	Helsetilstand
	Menn med selvmordstanker var utsatt for risikofaktorer som arbeidsledig, lav netto inntekt og enslig.	Sosial status Økonomi	Psykososiale faktorer
	For kvinner var bare lav netto inntekt assosiert med selvmordstanker.	Økonomi	Psykososiale faktorer

suicidal ideation in the community”	Ingen stor sammenheng med selvmordstanker og røyking, lavt kolesterol, fysisk inaktivitet hos kvinner og menn	Somatisk helse	Helsetilstand
	Selvmordstanker hos kvinner ble knyttet til somatiske plager, oftest ved symptomer på lungesykdom. Menn rapporterte økt selvmordstanker ved hjerteinfarkt. Kreft ble ikke knyttet til selvmordstanker hos begge kjønn.	Somatisk helse	Helsetilstand
	Alle indikatorene ved psykisk helse ble godt knyttet til selvmordstanker. Personer med selvmordstanker hos begge kjønn opplevde angst, depresjon og utmattelse.	Psykisk helse Depresjon	Helsetilstand
	Begge kjønn med selvmordstanker rapporterte betydelig svekket selvopplevd helse.	Psykisk helse	Helsetilstand
	PHQ-9 scoresystem for mindre og alvorlig depresjon viste at 63.5% av menn og 57% kvinner med selvmordstanker led ikke av depressive lidelser.	Depresjon	Helsetilstand

Artikkel 4 (PsycInfo) (Nivå 1)

Forfatter	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Violet, S-S & Sung, H-E (2015) ”Suicidal ideation of probationers – Gender differences”	Karakteristiske trekk hos kvinnelige fanger med prøvetillatelse som hadde selvmordstanker var at de hadde gjennomført videregående skole, har barn under 18 år, ustabil boforhold, arbeidsløs, fattig, dårlig helse, tilgang til helsehjelp.	Sosial status Økonomi	Psykososiale faktorer
	Karakteristiske trekk hos mannlige fanger med prøvetillatelse som hadde selvmordstanker var forbruk av illegale rusmidler og alkohol, mottok behandling for avrusning, arbeidsledig, voldelig.	Avhengighet Økonomi Atferd	Helsetilstand Psykososiale f. Personlighet
	Kvinner med prøveløslatelse hadde økt risiko for selvmordstanker når de hadde flyttet oftere enn en gang i løpet av et år, angrepet noen med intensjon for å gjøre alvorlig skade, mørkhudet kvinnelige fanger med prøveløslatelse hadde dobbelt så stor risiko for selvmordstanker enn andre kvinner med prøveløslatelse.	Sosial status Atferd	Psykososiale faktorer Personlighet
	Bruk av illegale rusmidler ga økt risiko for selvmordstanker for menn med prøveløslatelse, mens religiøs tro reduserte risikoen for selvmordstanker betraktelig.	Avhengighet Atferd	Psykososiale faktorer Helsetilstand Personlighet
	Begge kjønn med prøveløslatelse hadde økt risiko for selvmordstanker ved psykisk stress, ved dyp depresjon, var innlagt for behandling av psykiske lidelser	Depresjon	Helsetilstand

Artikkel 5 (Cinahl) (Nivå 2)

Forfatter	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Oquendo, MA, Bongiovi-Garcia, ME, Galfavy, H, Goldberg, PH, Grunebaum, MF, Burke, AK & Mann, JJ (2007) ”Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: A prospective study”	Flere deprimerte kvinner enn menn hadde gjort selvmordsforsøk.	Depresjon	Helsetilstand
	Risikofaktoren var seks ganger så stor. For hvert selvmordsforsøk økte sjansen for et nytt med en tredjedel.	Psykisk helse	Helsetilstand
	Større andel kvinner hadde opplevd misbruk i barndommen, komorbid borderline personlighetsforstyrrelse, tidligere debut av dyp depresjon og større alvorlighetsgrad av subjektiv og objektiv depresjon. Fiendtlighet, aggresjon og impulsivitet var signifikante risikofaktorer.	Oppvekstvilkår	Psykososiale faktorer
	Alkohol- og narkotikamisbruk økte risikoen for selvmordsforsøk hos menn. Selvmordsforsøk i familien økte risikoen for selvmordsforsøk trippelt for menn.	Depresjon Atferd	Helsetilstand Personlighet
	Det var ingen kjønnsforskjeller ved selvmordstanker, selvmordshensikt, eller skadeomfanget forårsaket av det mest alvorlige selvmordsforsøket. Begge kjønn hadde samme nivå av impulsivitet, håpløshet, fiendtlighet, grunner til å leve, psykisk svekkelse, tidlig separasjon fra foreldrene. Røykere av begge kjønn hadde større sjanse for selvmordsforsøk.	Avhengighet Oppvekstvilkår	Helsetilstand Psykososiale faktorer
		Psykisk helse	Helsetilstand
		Atferd Somatisk helse	Personlighet Helsetilstand

Artikkel 6 (PsycInfo) (Nivå 1)

Forfatter	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Nock, MK, Deming, CA, Cha, CB, Chiu, WT, Hwang, I, Sampson, NA, Hinkov, H, Lépine, JP, Ono, Y & Beautrais, A (2012) ”Sociodemographic risk factors for suicidal behavior: results from the WHO world mental health surveys”	Økte risikoen for kvinner er konsekvent på tvers av høy-, middels og lav inntektsland. Kvinner i land med lav inntekt har større risiko for selvmord i ungdomsalder.	Økonomi	Psykososiale faktorer
	Kvinner i land med middels til høy inntekt var utsatt for risiko for selvmordsforsøk i overgang fra ungdomsalder til ungdomsalder.	Økonomi	Psykososiale faktorer
	Kvinner har større risiko for selvmordsoppførsel i ungdomsalder og som ung voksen.	Oppvekstvilkår	Psykososiale faktorer

Artikkel 7 (Medline) (Nivå 1)

Forfatter	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Kalinin, VV & Polyanskiy, DA (2005) ”Gender differences in risk factors of suicidal behavior in epilepsy”	Organiske affektive lidelser bestemmer suicidalitet bare hos kvinner.	Somatisk helse	Helsetilstand
	Risikoen for å gjennomføre et selvmord er fem ganger større hos kvinner med organiske affektive lidelser enn de uten depresjon.	Somatisk helse	Helsetilstand
	Kognitiv svekkelse og personlighetstrekk er betydelig relatert til selvmordsrisiko og kan betraktes som risikofaktorer for suicidalitet sammen med affektive lidelser. Kognitiv svekkelse har en større innflytelse på selvmordsrisiko enn depresjon. Dette gjelder begge kjønn.	Somatisk helse	Helsetilstand
	Risikofaktorer for selvmord hos menn er tidlig debutalder for epilepsi, høy hyppighet av sekundære generaliserte anfall, enkle partielle anfall og alle typer anfall i sum. I tillegg daglig doser av alle klassiske AED og fenobarbital i særdeleshet også positivt korrelatert til selvmordsraten hos mannlige pasienter med epilepsi.	Somatisk helse	Helsetilstand
	Hos kvinner ble det funnet en invers korrelasjon mellom frekvens av kompleks partielle anfall og selvmordsraten ble innhentet. Daglig dose av karbamazepin og valproat ble negativt korrelatert med suicidalitet.	Somatisk helse	Helsetilstand
Frekvens av primgeneraliserte anfall er en felles variabel for suicidalitet for begge kjønn.	Somatisk helse	Helsetilstand	

Artikkel 8 (Chinal) (Nivå 2)

Forfatter	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Bebbington, PE, Cooper, C, Minot, S, Brugha, TS, Jenkins, R, Meltzer, H & Dennis, M (2009) ”Suicide attempts, gender, and sexual abuse: Data from the 2000 british psychiatric morbidity survey”	12% av mennene og 17% av kvinnene rapporterte livslang selvmords hensikt.	Psykisk helse	Helsetilstand
	Det fantes ingen forskjell mellom kjønnene som rapporterte selvmords hensikt det siste året eller forrige uke.	Psykisk helse	Helsetilstand
	Oddsratioen var generell høy blant deltakerne med livslang selvmords hensikt som har opplevd sexuell misbruk, men høyere blant kvinner.	Oppvekstvilkår	Psykososiale faktorer
	Kvinner var ikke mer utsatt for selvmordstanker enn menn som hadde opplevd sexuell misbruk	Oppvekstvilkår	Psykososiale faktorer

Artikkel 9 (Cinahl) (Nivå 2)

Forfatter	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Preville, M., Hebuert, R., Boyer, R., Bravo, G. & Seguin, M. (2004) Physical health and mental disorder in elderly suicide	Den største andelen var menn over 60 år for selvmord	Sosial status	Psykososiale faktorer
	De fleste i utvalget var gift og bor hjemme sammen med andre, men de som var mest i risikogruppen var de som bodde alene	Sosial status	Psykososiale faktorer
	Sykdom og død i familie eller nære venner Separasjon eller konflikt med familie eller nære venner var høy risiko for kvinner og menn	Sosial status	Psykososiale faktorer
	Kronisk sykdom og stress var faktorer som viste seg å være stor blant menn og kvinner i risikogruppen	Somatisk helse	Helsetilstand

Artikkel 10 (Pubmed) (Nivå 2)

Forfatter	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Holma, K. M., Melartin, T. K., Haukka, J., Holma, I. A.K., Sokero, T. P and Isometsa, E.T. (2010) Incidence and Predictors of Suicide Attempts in DSM-IV Major Depressive Disorder: A Five-Year Prosective Study	Studien viser at det var størst risiko for å begå et nytt selvmord det første året etter et siste forsøk.	Psykisk helse	Helsetilstand
	Forsøket på et nytt selvmord viste seg å ha en sammenheng med depresjon. Desto mer depressiv personen var, desto større var sannsynligheten for nyttforsøk og større alvorlighetsgrad av forsøket.	Depresjon	Helsetilstand
	Det viste seg at depresjon trolig var den største faktoren for selvmord samlet sett utover en langsiktig periode.	Depresjon	Helsetilstand
	Studien viser at pasienter som hadde størst risiko for selvmordsforsøk var avhengig av alder, om de var innlagt til behandling eller ikke, alvorlighetsgraden av depresjon, nivået på selvmordstanker, angst funksjonell evne og om de opplevde en sosial støtte.	Depresjon	Helsetilstand
	Det viste seg også å at størrelsen på det sosiale nettverket hadde en betydning. Desto mer støtte personene fikk, desto mindre viste risikoen seg å være. Kvinner brukte nettverket mest.	Sosial status	Psykososiale faktorer
	Inntekt hadde også en betydning for risikoen. Lavere inntekt, ga større risiko. Spesielt opp mot menn.	Økonomi	Psykososiale faktorer
	Studien viste at risikoen var størst blant andelene kvinner.	Psykisk helse	Helsetilstand
	I forhold til arbeidsforhold viste det seg at risikoen var størst for de som hadde et vanlig ansettelsesforhold.	Økonomi	Psykososiale faktorer
	Blant de som var med i studien var alkoholmisbruk også en risikofaktor, her var det flest menn.	Avhengighet	Helsetilstand
	Studien viser at risikoen var størst i alderen rundet 36 til 49 år, men debut alder viste seg å være 29 år. Dette var for begge kjønn.	Psykisk helse	Helsetilstand

Artikkel 11 (Pubmed) (Nivå 1)

Forfatter	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Corcoran, P. Reulbach, U. Perry, I. and Arensman, E. (2010) Suicide and deliberate self harm in older Irish adults	Alkoholmisbruk viste seg også å være et tilleggsproblem. Det var flest menn som også hadde dette.	Avhengighet	Helsetilstand
	Det viste seg at de som bodde i byer og mer sentrale strøk var de som var hadde størst risiko for å begå selvmord	Oppvekstvilkår	Psykososiale faktorer
	Det kom også fram at kvinner hadde størst ønske om å skade selv, spesielt i alder fra 55 til 69 år. Andelen var størst for menn fra 70 til 85+ år.	Atferd	Personlighet
	Studien viser at et bevist ønske om selvmord var størst blant menn.	Atferd	Personlighet

Artikkel 12 (Pubmed) (Nivå 1)

Forfatter	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Svensson, T med flere (2014) Coping behaviors and suicide in the middle_aged and older Japanese general population: the Japan Public Health Center-Based Prospective Study	Mindre risiko ved en god mestrings strategi hos kvinner og menn.	Mestrings strategi	Personlighets
	Alder 50- 79 år, størst andel fra 50-55 år. Flere kvinner enn menn.	Psykisk helse	Helsetilstand
	Mestringsstrategi viste seg å ha en betydning for håndtering av daglige problemer også	Mestringsstrategi	Personlighets
	Det var mindre selvbefredelse og menneskene var mindre kritiske til seg selv når de hadde en mestringsstrategi å knytte problemene opp i mot	Mestringsstrategi	Personlighet
	Det viste seg å være flest eldre menn som planla selvmord	Atferd	Personlighet
	Andre sykdommer, som kreft hadde en stor innvirkning på risikoen for selvmord	Somatisk helse	Helsetilstand