



Skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin arviointi: Kirjallisuuskatsaus

Johanna Lindholm, Milla Paldán & Eveliina Pulkkinen

2023 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin arviointi

Johanna Lindholm,
Milla Paldán,
Eveliina Pulkkinen
Ammattikorkeakoulu Laurea
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2023

Sairaanhoitaja koulutus
Sairaanhoitaja (AMK)

Johanna Lindholm, Milla Paldán, Eveliina Pulkkinen

Skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin arviointi

Vuosi 2023 Sivumäärä 43

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jonka aiheena oli skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin arviointi. Tarkoituksena oli kuvata skitsofreniaa sairastavien itsemurhariskin vaikuttavia tekijöitä, joita terveydenhuollon ammattilaisten tulee ottaa huomioon itsemurhariskiä arvioitaessa. Tavoitteena oli tuoda skitsofreniaa kohtaaville terveydenhuollon ammattilaisille luotettavaa tietoa skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin arvioinnin tueksi. Itsemurha on edelleen skitsofreniaa sairastavien ennen aikaisen kuoleman taustalla. Skitsofreniaa sairastavien kuolemanriski itsemurhaan on koko elinajan, ja korkeimmillaan se on sairauden alkuvaiheessa. Terveydenhuollon ammattilaisten on tärkeää osata tunnistaa itsemurhariskin vaikuttavat tekijät, jotta voitaisiin nostaa skitsofreniaa sairastavien henkilöiden elinajanodotetta. Aineisto kerättiin luotettavista tietokannoista (Google Scholar, EBSCO, Finna, PubMed) valittuja hakusanoja käyttäen. Sopiviksi aineistoiksi valittiin yhteensä seitsemän englanninkielistä tutkimusta, jotka oli toteutettu ympäri maailmaa. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineiston tulokset jakautuivat kahdeksaan yläluokkaan, joista erottui 15 alaluokkaa. Kaikkia yläluokkia yhdisti yksi pääluokka, joka oli itsemurhariskin vaikuttavat tekijät.

Tuloksista nousi esiin, että skitsofreniaa sairastavien itsemurhariskin vaikuttavat useat eri tekijät. Itsemurhariskin vaikuttavat tekijät liittyivät muun muassa ikään, asuinalueeseen, sosiaaliseen verkostoon, perheen sisäisiin tekijöihin ja psyykkiseen sekä fyysisiin liitännäissairauksiin. Pääteemoiksi itsemurhariskin vaikuttaviksi tekijöiksi nimettiin demografiset tekijät, psykososiaaliset- ja psykofyysiset riskitekijät, perimä, itsetuhoinen käytös ja emotionaalinen epätasapaino. Todettiin myös, että skitsofreniaa sairastavilla oli yleistä terveystieteiden käyttäminen kuukauden sisällä ennen itsemurhayritystä. Johtopäätöksessä ilmeni, että skitsofreniaa sairastavien itsemurhariskin arviointi terveydenhuollon ammattilaisten toimesta tulee olla systemaattista, ja tulee huomioida skitsofreniaa sairastava fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Jokainen skitsofreniaa sairastavan hoitokäynti voi ehkäistä itsemurhayrityksen, joten on tärkeää tunnistaa hälyttävät merkit. Tutkimuksesta saatavia tuloksia on mahdollista hyödyntää työelämässä kehittämällä skitsofreniaa sairastaville tarkoitettu itsemurhariskin arviointityökalu. Arviointityökalun avulla skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin arviointi olisi luotettavaa, yhtenäistettympää, ja kohdistettu juuri skitsofreniaa sairastaville.

Asiasanat: Skitsofrenia, itsemurha, itsemurhariskin arviointi, kirjallisuuskatsaus

Johanna Lindholm, Milla Paldán, Eveliina Pulkkinen

Assessment of suicide risk in people with schizophrenia

Year

2023

Pages

43

This thesis was carried out as a descriptive literature review on the topic of assessing the suicide risk of people with schizophrenia. The purpose was to describe the exact factors influencing the suicide risk of people with schizophrenia, which healthcare professionals should take into account when assessing the risk of suicide. Suicide is still the cause of premature death in people with schizophrenia. People with schizophrenia have a lifetime risk of suicide, and it is at its highest in the early stages of the disease. It is important for healthcare professionals to be able to identify the factors influencing the risk of suicide, in order to increase the life expectancy of people with schizophrenia. The material was collected from reliable databases (Google Scholar, EBSCO, Finna, PubMed) using selected search words. A total of seven English-language studies, which had been carried out around the world, were selected as suitable materials. The data was analyzed using inductive content analysis. The results of the material were divided into eight upper categories, from which 15 subcategories were distinguished. All upper classes were united by one main class, which was suicide risk factors.

The results showed that several different factors influence the suicide risk of people with schizophrenia. Factors affecting the risk of suicide were related to age, residential area, social network, factors within the family, and psychological and physical co-morbidities. Demographic factors, psychosocial and psychophysical risk factors, heredity, suicidal behavior and emotional imbalance were named as the main themes influencing suicide risk. It was also found that it is common for people with schizophrenia to use health services within a month before a suicide attempt. The conclusion showed that the assessment of the suicide risk of people with schizophrenia by healthcare professionals should be systematic, and take into account the person with schizophrenia as a physical, psychological and social entity. Every treatment visit for a person with schizophrenia could prevent a suicide attempt, so it is important to recognize the warning signs. The results obtained from the research could be used in working life by developing a suicide risk assessment tool intended for people with schizophrenia. With the help of this assessment tool, the suicide risk assessment of a person with schizophrenia would be reliable, and specifically aimed at people with schizophrenia.

Keywords: Schizophrenia, suicide, suicide risk assessment, narrative literature view

Sisällys

1	Johdanto.....	8
2	Skitsofrenia.....	9
2.1	Kuolleisuus	10
2.2	Skitsofreniforminen häiriö	10
2.3	Skitsoaffektiivinen häiriö.....	11
2.4	Etiologia	11
2.5	Vaiheet	12
2.6	Oireet ja hoito.....	13
2.7	Kuntoutus	14
3	Itsemurha.....	15
3.1	Itsemurhariskin arviointi	16
3.2	Itsemurhariskin arviointimenetelmiä	17
3.3	Mielenterveysstrategia 2020-2030	18
4	Tarkoitus ja tavoite	19
5	Kirjallisuuskatsaus.....	19
5.1	Aineiston keruu.....	20
5.2	Kirjallisuuskatsauksen aineisto.....	21
5.3	Aineiston analyysi	22
6	Tulokset	23
7	Pohdinta	24
7.1	Luotettavuus ja eettisyys	27
7.2	Jatkokehittämisidea	28
	Lähteet.....	29
	Taulukot	35
	Liitteet	36

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata tutkitun tiedon valossa skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin arviointia. Haluttiin tuoda esille luotettavaa tietoa skitsofreniaa sairastavia kohtaaville terveydenhuollon ammattilaisille itsemurhariskin arvioimiseksi itsemurhariskitekijöiden avulla. Itsemurhaa pidetään yleisimpänä skitsofreniaa sairastavien ennen aikaisena kuolinsyynä, joten terveydenhuollon ammattilaisten on tunnistettava itsemurhariskiin liittyvät hälyttävät merkit tarpeeksi ajoissa. Itsemurhia esiintyy tänäkin päivänä skitsofreniaa sairastavilla. Jopa 10 % skitsofreniaa sairastavista tekee jossain sairauden vaiheessa itsemurhan (Heilä 2000.) Tämän vuoksi on tärkeää terveydenhuollon ammattilaisena tunnistaa itsemurhakäyttäytymiseen liittyvät riskitekijät. Kun itsemurhariski tunnistetaan varhain, voidaan näin ehkäistä turhia kuolemia skitsofreniaa sairastavilla (Berardelli ym. 2021). Itsemurhariskin arvioimisessa on olemassa erilaisia mittareita ja työkaluja. Olemassa olevien mittareiden sekä työkalujen käyttäminen on hyödyllistä sekä auttaa terveydenhuollon ammattilaisia systemaattisessa arvioinnissa. (Tahvanainen, Riipinen, Jääskeläinen & Halt 2021). Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoutta riskitekijöistä liittyen skitsofreniaa sairastavan itsemurhakäyttäytymiseen.

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, johon valittiin kirjallisuuskatsauksen muodoista kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus toteutettiin etsimällä luotettavista tietolähteistä löytyviä tieteellisesti tutkittuja tutkimuksia. Tutkimusten etsiminen toteutettiin huolellisesti ja tarkkaan harkiten. Tutkimukset valittiin sen perusteella, että ne vastasivat tutkimuskysymykseen. Tutkimuskysymykseksi valittiin, mitkä riskitekijät tulee ottaa huomioon arvioitaessa skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskiä. Tutkimuksen analyysimenetelmäksi valittiin induktiivinen sisällönanalyysi, joka ohjasi käymään läpi tutkimuksia pala palalta, etsien näin vastausta tutkimuskysymykseen.

Skitsofreniaa sairastavia voi kohdata monissa erilaisissa ympäristöissä, joten tässä opinnäytetyössä kuvattiin itsemurhariskin arviointia yleisellä tasolla. Arviointia voidaan soveltaa käyttöön erilaisissa hoitoympäristöissä. Aihetta ei ole rajattu esimerkiksi koskettamaan ainoastaan sairaalassa työskentelevien skitsofreniaa sairastavien terveydenhuollon ammattilaisia. Terveydenhuollon ammattilaisella tulee olla Valviran myöntämä lupa käyttää ammattinimikettään (Valvira 2022). Terveydenhuollon ammattilaisilla tarkoitamme tässä opinnäytetyössä jokaista sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattihenkilöä, jotka voivat työskennellä eri ympäristöissä kuten esimerkiksi avohuollossa, yksityisellä sektorilla tai erikoissairaanhoidossa.

Itsemurhien ehkäisystä on ollut esillä lähiaikoina mediassa ja politiikassa. Mielenterveysstrategia 2020-2030 on sosiaali- ja terveysministeriön ja asiantuntijoiden yhteinen hanke, joka

pistettiin alulle pääministeri Marinin hallitusohjelman aikana. Se on strategia, joka jatkuu vuodelle 2030 asti, ja sen tavoitteena on taata mielenterveystyön tavoitteellisuus ja jatkuvuus. Se sisältää kansallisen mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman vuosille 2020-2030. Strategia sisältää viisi strategista painopistettä: pääomana mielenterveys, nuorten ja lasten mielenterveys, mielenterveysoikeudet, palvelut sekä mielenterveysjohtaminen. (Vorma, Rotko, Larivaara & Kosloff 2020, 4, 48.)

2 Skitsofrenia

Skitsofrenia on psykoosisairauksista yleisin (THL 2022). Skitsofreniaan sairastuu 0,5-1,5 % suomalaisista. Skitsofrenia on psykoottinen mielenterveyden häiriö, jonka ilmenemismuotoja ovat harhaluulot, aistiharhat, kognitiivisen toiminnan häiriöt, sosiaalisista tilanteista vetäytyminen, hajanainen ajattelu sekä puheen tai motorisen käyttäytymisen poikkeava tai negatiivinen oireilu. Jokaisen skitsofreniaa sairastavan oireet ovat yksilölliset ja ne voivat vaihdella suuresti yksilöiden välillä. (Skitsofrenia 2022.) Skitsofrenia voi puhjeta missä iässä tahansa, mutta se on yleisempää työikäisillä kuin ikääntyneillä. Keskimäärin skitsofreniaa ilmenee ja esiintyy miehillä aikaisemmin sekä enemmän kuin naisilla. (Kirkbride ym. 2012.) Ikääntyneiden yli 65-vuotiaiden osuus skitsofreniaa sairastavista on kasvamassa tulevaisuudessa, koska väestön ikääntyminen on kasvussa. Vanhemmalla iällä psykoosin saaminen tulee tutkia diagnostisin tutkimusmenetelmin ja erottaa muut aivosairaudet ennen diagnoosin asetusta. (Talaslahti, Alanen & Leinonen 2011.) Skitsofrenia, skitsofreenityyppinen eli skitsofreniforminen häiriö sekä skitsoaffektiivinen häiriö kuuluvat psykoottisten häiriöiden pääryhmään. Skitsofrenia on yksi vaikeimmista ja haastavimmista väestön kohtaamista sairauksista, joka on vielä puutteellisesti tunnettu sekä taustaltaan monitekijäinen. Skitsofrenian diagnostiset rajat ovat vuosien saatossa vaihdelleet eri tautiluokituksissa. Diagnoosin tarkkuutta ja toistettavuutta on pyritty lisäämään ottamalla enemmän huomioon psykoottisia oireita, oireiden kestoa sekä todellisuudentajun menettämisen merkitystä. Skitsofrenian diagnoosiin riittää yhden kuukauden ajan ilmennyt yksi Schneiderin first rank-oire. Toinen skitsofrenian diagnosointi tapa on se, että vähintään yhden kuukauden ajan esiintyy kaksi listauksessa mainittua oiretta kuten, hajanaista puhetta, katatonisia oireita, negatiivisia oireita, jotka eivät johdu lääkityksestä tai masennuksesta, tai esiintyy päivittäisiä aistiharhoja, joihin liittyy harhaluuloja. Harhaluulot eivät kuitenkaan pidä sisällään mielialaoireiluun liittyvää sisältöä tai itsepintaisia yliarvoisia ajatuksia. Skitsofrenia voidaan jakaa erilaisiin alatyyppeihin, jotka ovat ICD 10-luokituksen mukaan esimerkiksi paranoidinen skitsofrenia, erilaistumaton skitsofrenia ja määrittämätön skitsofrenia. (Lönqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2017, 69-70, 142-144.)

2.1 Kuolleisuus

Skitsofreniaan sairautena liittyy suurentunut riski ennenaikaiseen kuolemaan. Muuhun väestöön verrattaessa ero skitsofreniaan sairastuneiden välillä on suurempi mitä nuoremasta ikäryhmästä on kyse. Esimerkiksi alle 30-vuotiaiden kuolleisuuden riski on yli 10-kertainen. Itsemurhariski on suurimmillaan ensimmäisten sairastumisvuosien aikana. Itsemurha on muiden ei-luonnollisten kuolinsyiden rinnalla keskeisimpiä kuolinsyitä nuorten skitsofreniaa sairastavien keskuudessa. (Lönqvist ym. 2017, 69-70, 156.) Tutkimuksen mukaan skitsofreniaa sairastavilla Suomen, Ruotsin ja Tanskan vertailussa elinajanodote on 15 vuotta lyhyempi naisilla ja 20 vuotta lyhyempi miehillä verrattaessa koko väestöön. Verrattaessa muuhun väestöön skitsofreniaa sairastavien kuolleisuus on 2-3 kertainen. (Nordentoft ym. 2013.) Kuolleisuus pääasiassa johtuu erilaisista sairauksista sekä lääketieteellisistä syistä. Liitännäissairauksista johtuva kuolleisuus johtuu pääsääntöisesti sydän- ja verisuonisairauksista, hengityselimistön sairauksista, diabeteksesta sekä syövästä. Psykoottisiin häiriöihin sairastuneella henkilöllä on useampia riskitekijöitä, jotka lisäävät riskiä sairastua somaattisiin sairauksiin. Huono ruokavalio, istuva elämäntapa, antipsykoottisten lääkkeiden sivuvaikutukset sekä pienituloisuus ja yksin asuminen lisäävät riskiä kuolleisuudelle. Skitsofreniaan liittyvä matala-asteinen tulehdus voi olla perifeerinen merkki kohonneesta kuolleisuusriskistä. Viime vuosikymmenien aikana tutkimus on osoittanut, että kuolleisuuserot vakavista mielenterveydellisistä sairauksista kärsivien ja koko väestön välillä ovat kaventuneet vain vähän tai jopa kasvaneet. (Keinänen ym. 2018.) Kuolleisuus on suurinta niiden keskuudessa, jotka eivät käytä skitsofrenian hoitoon ollenkaan psykoosilääkitystä (Lönqvist ym. 2017, 156). Kohtalaisella ja suurella annostuksella toteutettu skitsofrenian hoito psykoosi- ja masennuslääkkeillä on tutkimuksen mukaan pienentänyt kokonaiskuolleisuutta 15-40 %. Kun sitten bentsodiatsepiinien käytössä on havaittu jopa 70 % korkeampaa kuolleisuusriskiä verrattaessa skitsofreniaa sairastaviin, jotka eivät ole käyttäneet bentsodiatsepiinejä. (Tiihonen, Mittendorfer-Rutz, Torniainen, Alexanderson & Taskanen 2015.) Tupakointi on myös yleistä skitsofreniaa sairastavien keskuudessa. Tupakoinnilla on tärkeä rooli sairastavuuden ja kuolleisuuden lisääntymisessä. (Brink ym. 2019.) Stakesin PERFECT-skitsofrenia tutkimushankkeen raportin mukaan kuolleisuus 5 vuotta diagnoosin kirjauksesta laskettuna on ollut 5,3 %, joista itsemurhien osuus on ollut 38,7 % Suomessa (Karvonen ym. 2008).

2.2 Skitsofreniforminen häiriö

Skitsofreenityyppinen eli skitsofreniforminen häiriö on oireiltaan samankaltainen tila kuin skitsofrenia, mutta poikkeavana tekijänä on häiriöjakson kesto. Skitsofreniforminen häiriö on kestoltaan alle kuusi kuukautta eli lyhyempi kuin skitsofrenian minimikesto. Diagnoosimiseksi kuitenkin tarvitaan, samalla lailla kuin skitsofreniassa, kuukauden ajan kestävä oireellinen jakso. Häiriöjakson jälkeen sosiaalinen sekä ammatillinen toimintakyky korjaantuvat yleensä lähes ennalleen. Skitsofreniforminen häiriö on tavallisesti ensipsykoosia sairastavalle

annettava diagnoosi, koska diagnoosi on tällöin alustava ja diagnoosin voi mahdollisesti myöhemmin muuttaa skitsofreniadiagnoosiksi psykoosijaksojen uusiutuessa. Skitsofreniforminen häiriö saatetaan joskus käyttää virheellisesti, koska tällöin on haluttu välttää skitsofreniaan liittyvää leimautumista, vaikka todellisuudessa skitsofrenian diagnoosin kriteerit täyttyisivät. Skitsofreniformista häiriötä hoidetaan samankaltaisesti kuin skitsofreniaakin. Skitsofreniformista häiriötä sairastavat yleensä hyötyvät lääkehoidosta ja psykoterapiasta muun kuntoutuksen ja hoidon yhteydessä. Skitsofreniforminen häiriö diagnoosi jää voimaan, kun ensipsykoosin jälkeen oireet eivät enää palaa. Tällöin kuitenkin suositellaan jatkamaan lääkitystä ylläpitoannoksella vähintään 1-2 vuoden ajan, koska psykoosin uusiutumisen riski on korkea useiden vuosien ajan ensipsykoosista. (Lönqvist ym. 2017, 207-210.)

2.3 Skitsoaffektiivinen häiriö

Skitsoaffektiivinen häiriö on skitsofrenian kaltainen, mutta sille on ominaista myös mielialahäiriön oireet, johon lukeutuu masennusjaksoja tai maniajaksoja yhdessä psykoosijaksojen kanssa. ICD-luokittelun mukaan skitsoaffektiivisen häiriön diagnoosi täyttyy, kun henkilöllä on vähintään keskivaikean mielialajakson diagnoosin kriteerit ja samanaikaisesti hänellä on merkittävässä määrin skitsofrenialle tyypillisiä oireita, kuten esimerkiksi harhaluuloja ja kuuloharhoja. Tällöin skitsofrenialle tyypillisiä oireita tulee olla vähintään kahden viikon ajan. Diagnoosi yleensä vahvistuu vasta usean häiriöjakson jälkeen. Skitsoaffektiivisen häiriön ja skitsofrenian erotusdiagnoosiin haastavaa tekee se, että skitsofrenialle tyypilliset negatiiviset oireet voivat muistuttaa skitsoaffektiiviselle häiriölle tyypillisiä depression oireita. (Lönqvist ym. 2017, 211-212.) Skitsoaffektiivisellä häiriöllä odotetaan olevan parempi ennuste kuin skitsofrenialla. Parempi ennuste perustellaan affektiivisillä oireilla, jotka muodostavat paremman lopputuloksen ja positiivisen ennustetekijän. Tutkimusten mukaan naisilla tavataan enemmän skitsoaffektiivistä häiriötä kuin skitsofreniaa. (Florentin, Reuveni, Rosca, Zwi-Ran & Neumark 2022.) Tutkimusten mukaan skitsoaffektiivinen häiriö on harvinaisempi kuin skitsofrenia. Skitsoaffektiivistä häiriötä hoidetaan yksilöllisellä lääkityksellä, joka pitää sisällään pääsääntöisesti psykoosilääkkeen, jonka rinnalle voidaan aloittaa mielialaa tasaava lääkitys. Tutkimusta ei ole tehty riittävästi siitä, että onko skitsoaffektiivisen häiriön hoidon kannalta tehokkaampaa käyttää psykoosilääkettä ja mielialaa tasaavaa lääkettä samanaikaisesti vai mieluummin vain yhtä lääkettä kerrallaan. Vaikeissa tapauksissa, kun lääkehoidolle ei ole saatu riittävää hoitovastetta, voidaan harkita sähköhoitoa. (Lönqvist ym. 2017, 211-212.)

2.4 Etiologia

Skitsofrenian taustalla on nykykäsityksen mukaan perimä, stressialttiusmalli sekä ympäristötekijät. Perimä eli geneettinen alttius ilmenee skitsofrenian taudinkuvassa harvinaisten geenien kopiokäytösten ja melko usean yleisen geenin muodostamasta keskinäisestä

vuorovaikutuksesta yhdessä ympäristötekijöiden kanssa. Harvinaisten geenin kopiomuutosten riski sairastumiselle on suuri ja melko usean yleisen geenin riski sairastumiselle on pieni. Geneettinen alttius yhdessä ympäristötekijöiden kanssa luovat erilaisia tautikuvia skitsofreniasta. (Sullivan, Daly & O'Donovan 2012.) Stressi-alttiusmallin kautta pystytään ymmärtämään skitsofrenian syntyä sillä perusteella, että skitsofrenia voi puhjeta henkilöille, joilla on alttius reagoida ympäristöstä tuleville stressitekijöille. Ympäristötekijöihin liittyvät riskitekijät ovat esimerkiksi odottavan äidin stressi, lapsuudessa sairastetut keskushermostolliset infektiot ja raskaudenaikaiset sekä synnytyksessä ilmenneet komplikaatiot. Skitsofrenian riskiä suurentaa lapsuuden- ja nuoruusiän traumat sekä kaltoinkohtelu, psykososiaalinen vähäosaisuus, kannabiksen ja muiden huumeiden käyttö sekä maahanmuuttoon liittyvä syrjäytyminen. (Skitsofrenia 2022.)

2.5 Vaiheet

Skitsofrenia voidaan erotella erilaisiin vaiheisiin. Vaiheita voidaan kuvailla joko numeraalisesti tai vaiheita kuvaavilla nimillä. Vaiheet 0. ja 1. edeltävät ensipsykoosia. Vaihe 0. eli oireeton henkilö, jonka suvussa on ensiasteisesti todettu vakava mielenterveyden häiriö. Vaiheen 0. henkilöistä vain pieni osa sairastuu kuitenkin psykoosiin. (Skitsofrenia 2022.) Vaihe 1. eli psykoosiriski. Vaiheessa 1. ennen psykoosin puhkeamista tutkimusten mukaan on prodromaali- eli ennako-oirevaihe, jossa oireilu on ei-psykoottista tai lievästi psykoottistyyppistä. (Marshall & Rathbone 2006.) Vaiheeseen 1. kuuluu osittain päällekkäin esiintyvää oirekuvaava välittömistä psykoosinriski oireista ja/tai perusoireista (Schultze-Lutter ym. 2015). Samaan aikaan voi esiintyä epäspesifisiä oireita, kuten esimerkiksi masennusta ja ahdistuneisuutta. Vaihe 2. eli ensipsykoosi. Vaiheessa 2. ensipsykoosi huomataan usein perusterveydenhuollossa, josta henkilö ohjataan erikoissairaanhoidon puolelle. Erikoissairaanhoidossa tehdään tarkempi diagnoosi ensipsykoosille ja aloitetaan hoito. 2. vaiheen tavoitteena on psykoosioireiden vähentäminen ja toimintakyvyn palauttaminen. (Skitsofrenia 2022.) Hoito pyritään aloittamaan heti, koska viivästyminen voi heikentää ennustetta ja pitkittää psykoosin kestoja. Hoidon aloittaminen tarkoittaa psykoosilääkehoitoa ja yksilöllistä psykososiaalista hoitoa. (Marshall, Lewis & Lockwood 2005.) Ensipsykoosin jälkeen suositellaan ohjattavan henkilöt 2-3 vuodeksi tiiviiseen seurantaan, johon sisältyy monipuolista kuntoutumista avohoidon puolelta. Lääkehoidon lisäksi avohoitoon tulee kuulua psykoedukaatiota, tuen järjestämistä omaisille sekä ensipsykoosiin sairastuneelle ja hänelle tulee tarjota erilaisia psykososiaalisia kuntoutus- ja hoitomuotoja. Vaihe 3. eli uusiutuva sairaalajakso. Vaiheessa 3. psykoosin uusiutuessa pyritään löytämään ne keinot, joiden avulla uusien sairaalajaksoja voidaan ehkäistä. Uusia sairaalajaksoja pyritään ehkäisemään tukemalla skitsofreniaa sairastavan hoitomyönteisyyttä. Skitsofreniaa sairastavan lääkehoidossa pyritään minimoimaan haittavaikutukset ja lääkehoidon rinnalle otetaan mukaan myös psykososiaalisia hoitomuotoja sekä vertaistuki toimintaa. Mahdollisesti harkitaan injektioimuotoista psykoosilääkitystä ja pyritään turvaamaan hoidon jatkuminen. Psykoosin uusiutumisessa keskeistä on tunnistaa mahdolliset psykoosia ennakoivat oireet ja

niiden pohjalta laatia kriisihoitosuunnitelma sekä ohjata skitsofreniaan sairastunut riskikäyttäytymisen välttämiseen, kuten esimerkiksi alkoholin käyttöön. (Skitsofrenia 2022.) Tutkimuksen valossa skitsofreniaa sairastavan traumaattisista oireista 69 % liittyi psykoosiin ja 24 % liittyi sairaalahoitossa käytettyihin pakkokeinoihin. Traumaattisia kokemuksia, kuten psykoosia tai pakkokeinotilanteita, tulisi pyrkiä ehkäisemään, koska ne mahdollistavat muun muassa PANSS-pisteytyksessä tutkimuksen mukaan korkeita pistemääriä. Korkeat pistemäärät olivat vahvin riskitekijä PDSD:n eli postraumattisen stressihäiriön kehittymiselle. (Meyer, Taiminen, Vuori, Äijälä & Helenius 1999.) Suurimpana ongelmana skitsofrenian hoidossa koetaan huono hoitoon kiintyminen ja lääkehoidon keskeyttäminen. Psykoosin uusiutumisen riski suurenee somaattisen terveydentilan, sosiaalisten suhteiden tai muun elämän tilanteen järkkyyssä. Vaihe 4. pitkäkestoinen psykoosi. Vaiheessa 4. psykoosi on pitkäkestoista ja skitsofreniaa sairastavan hoidossa korostuu psykoosilääkehoito ja sen ylläpitäminen. Vaiheessa 4. voidaan lääkehoitoa tehostaa esimerkiksi klotsapiini lääkityksellä. Tärkeässä osassa on skitsofreniaa sairastavan hoidon aktiivinen jatkuminen, toimintakyvyn ylläpitäminen sekä tukitoimien mahdollistaminen hyvän hoidon takaamiseksi. (Skitsofrenia 2022.)

2.6 Oireet ja hoito

Skitsofrenian tyypillisiä oireita ovat pitkään jatkuneet aistiharhat, harhaluulot sekä tunne-elämän latistuminen. Skitsofrenian tyypillisille oireille on nimitys, joka on Schneiderin first rank-oireet. Schneiderin first rank-oireet tarkoittavat erilaisia harhaluuloja ja ajatusten ääneen kaikumista, siirtoa, riistoa ja levittämistä, ääniä, jotka kommentoivat tai käyvät keskinäistä keskustelua skitsofreniaa sairastavan käyttäytymisestä. Äänet voivat tulla myös sairastuneen omasta ruumiinosasta. (Lönqvist ym. 2017, 143.) Oirekuva skitsofreniaan sairastuessa vaihtelee suuresti eri aikoina ja eri vaiheissa elämää. Skitsofrenian hoidossa merkittävässä osassa on lääkehoito muun kuntoutuksen ohella. Skitsofrenia on elinikäinen sairaus, jonka kanssa voi oppia elämään. Skitsofrenian ennustetta pystytään parantamaan varhaisella tunnistamisella, sairauden hoidon aloittamisella ja aktiivisella kuntoutuksella. Hoito skitsofreniassa on räätälöity yksilöllisesti ottaen huomioon skitsofreniaa sairastavan sekä hänen läheistensä tarpeet. Hoito pohjautuu pitkäjänteisyyteen ja luottamuksellisuuteen. Tärkeässä osassa on säännöllinen hoitosuunnitelman päivittäminen, aikuisilla kerran vuodessa ja nuoremmilla useamman kerran vuodessa. Hoitosuunnitelman tulee ottaa kantaa psykiatriseen oireiluun, lääkehoitoon ja psykososiaalisten interventioiden tarpeeseen, ammatillisen kuntoutuksen tarpeeseen, sairastumista edeltäneeseen psykososiaaliseen kehitykseen, somaattisen terveydentilan ja sen hoidon tarpeeseen ja sosiaalisten suhteiden kokonaistilanteeseen. (Skitsofrenia 2022.) Skitsofreniassa pitkäaikaisen hoidon keskiössä on lääkehoito, jonka tarkoituksena on saavuttaa mahdollisimman pienellä annostuksella tehokas vaikutus ja samalla minimoida haittavaikutukset. Lääkehoidossa psykoosilääkityksellä on todettu olevan teho positiivisten oireiden hoidossa ja uusien psykoosivaiheiden estossa. Psykoosilääkityksellä on kuitenkin negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin vähäisempi teho. Psykoosilääkehoidon rinnalle voidaan ottaa lisälääkitystä, jonka

tarvetta tulee arvioida oirekuvan mukaan. (Jääskeläinen ym. 2018.) Lääkehoito voidaan toteuttaa myös injektioimuotoisena lääkehoitona, koska pitkävaikutteinen psykoosilääkeinjektio voi vähentää uusiutuvia sairaalajaksoja ja lääkehoidon epäonnistumisia (Tiihonen ym. 2011). Tutkimuksen mukaan kuolleisuus pitkäaikaisessa injektiohoitossa on noin 30 % pienempi kuin suun kautta otettavassa psykoosilääkityksessä (Taipale ym. 2018). Injektiohoitossa tulee kuitenkin seurata lääkehoidon tehoa ja siedettävyyttä säännöllisesti, koska haittavaikutukset voivat ilmentyä vasta jopa kuukausien päästä. Muita hoitomuotoja lääkehoidon rinnalla voi olla sähköhoito, ahdistuksen ja mielialahäiriöiden hoito, päihdeongelmien ehkäisy ja hoito, aggressiivisen käyttäytymisen hoito sekä erilaiset psykososiaaliset hoidot. Psykososiaalisia hoitomuotoja ovat esimerkiksi psykoedukaatio eli koulutuksellinen terapia, KKT eli kognitiivinen käyttäytymisterapia ja perheinterventiot. (Skitsofrenia 2022.) Skitsofreniaa sairastavien keskuudessa masennuksen ja psykoosin aktiivisella hoidolla voidaan pienentää mahdollista itsemurhariskiä. Tutkimuksen mukaan psykoosilääkkeiden käyttö yhdessä mielialalääkkeiden kanssa on pienentänyt riskiä itsemurhaa yrittäneiden skitsofreniaa sairastavien keskuudessa. (Haukka, Tiihonen, Härkänen & Lönnqvist 2008.) Skitsofreniassa pitkäjänteisen hoidon tärkeässä asemassa on skitsofreniaa sairastavan integroiminen yhteiskuntaan, mahdollistaa aktiivisen toiminnan tukeminen osana hoitoon sitoutumista sekä sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen ja mielekkään päiväohjelman mahdollistaminen. Samalla pyritään ehkäisemään uusien sairaalajaksojen muodostumista ja kriisitilanteissa pyritään takaamaan mahdollisimman joustavat palvelut. (Skitsofrenia 2022.)

2.7 Kuntoutus

Kuntoutus skitsofreniaa sairastaville tapahtuu ensisijaisesti avohoidon puolella. Kuntoutuksessa korostuu moniammatillinen tiimityö, joka vaatii verkostoitumista kolmannen sektorin, terveydenhuollon erilaisten yksiköiden ja kunnallisten palveluiden kanssa. Kuntoutus voidaan toteuttaa erikoistuneissa moniammatillisissa yksiköissä, joissa keskeisiä kuntoutusmuotoja ovat ammatillinen kuntoutus, psykoterapeuttiset hoitomuodot, oireidenhallintaryhmät, arkielämän ja sosiaalisten taitojen harjoittelu. Kunnat voivat itse järjestää tai ostaa yksityisiltä palveluntarjoajilta mielenterveyskuntoutujille tarkoitettuja asumispalveluita. Asumispalveluiden sisällöt asumisyksiköissä voivat vaihdella ympäri vuorokautisista tuettuun asumiseen. Palvelutyypin arvioidaan kuntoutuksen tarpeen mukaan. (Lönnqvist ym. 2017, 190-191,199.) Skitsofreniaa sairastavilla useimmiten on havaittavissa toteamisvaiheessa toimintakyvyn alenemista. Arkea pyritään täyttämään kuntouttavilla keinoilla, kuten erilaisilla ryhmillä. Järjestelmällisellä toimintaterapialla voidaan pyrkiä motivoimaan skitsofreniaan sairastunutta tekemään asioita itse ja näin ollen pyritään palauttamaan skitsofreniaan sairastuneen omaa toiminta- ja työkykyä. Kuntoutus pohjautuu kuntoutussuunnitelmaan, joka on laadittu yhdessä skitsofreniaan sairastuneen kanssa. Kuntoutumisessa skitsofreniaa sairastavan tulee itse olla aktiivinen ja vastuussa omasta kuntoutumisestaan. (Rissanen 2007, 36, 55, 78-79.)

3 Itsemurha

Itsetuhoisuus tarkoittaa käyttäytymistä, jolla pyritään satuttamaan itseään tai ottamaan taroituksellinen hengenvaarallinen riski. Se voi ilmetä joko itsemurha-ajatuksina, puhumisena itsemurhasta, itsemurhayrityksenä tai itsemurhana. Itsemurhayritykseksi katsotaan teko, jossa henkilö vahingoittaa itseään jonkinlainen kuoleman toive ajatuksissaan. Itsemurha-ajatuksia saattaa olla vaihtelevasti tai ne ovat koko ajan mielessä. Ne voivat olla pitkäaikaisia ja yksityiskohtaisia itsemurhasuunnitelmia tai vain hetkellisiä mielikuvia. Kun itsemurha-ajatukset ja -suunnitelmat muuttuvat teoiksi, puhutaan itsemurhayrityksestä. Suomessa itsemurha tarkoittaa kuolemaa, jonka oikeuslääkäri katsoo yksilön toteuttaneen omasta aloitteestaan ja itse toteutetusta teosta. Itsemurha-ajatuksia on moninkertainen määrä itsemurhayrityksiin nähden. Vuonna 2016 itsemurhan teki 0,01 % väestöstä, mikä tarkoittaa väestötasolla 10,5 jokaista 100 000 asukasta kohden. Miesten itsemurhat ovat yleisempiä kuin naisten. Jo taustalla oleva itsemurhayritys on merkittävin riskiä lisäävä tekijä. Itsemurhayrityksen jälkeen itsemurhavaara on suurimmillaan heti yrityksen jälkeen, mutta riski säilyy suurentuneena pitkään. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito 2022.)

Vuonna 2018 suomalaista 810 teki itsemurhan. Kolme neljäsosaa heistä oli miehiä. Itsemurhan tehneiden naisten keski-ikä oli 48 vuotta ja miesten 50 vuotta. Vuonna 2016 Suomessa oli Pohjoismaiden korkein itsemurhakuolleisuus, etenkin suomalaisten miesten keskuudessa. Miesten suurempaa itsemurhakuolleisuutta voidaan selittää heidän valitsemillaan väkivaltaisemmilla itsemurhamenetelmillä. Noin seitsemän prosenttia itsemurhaan kuolleista sairasti skitsofreniaa. Yli neljännes kärsi vakavista päihdeongelmista. Moni itsemurha tehdäänkin päihteiden vaikutuksen alaisena. Myös unettomuudesta ja pitkittyneistä kiputiloista kärsivät omaavat suuremman itsemurhariskin kuin muu väestö. Yksilöllistä itsemurhariskiä ei voida luotettavasti määrittellä, mutta kuitenkin riskin suurenemista voidaan arvioida, kun selvitetään kokonaisuutena skitsofreniaa sairastavan elämäntilanne sekä riskitekijöiden ajankohtainen kasautuminen. (Tahvanainen ym. 2021.)

Skitsofreniaa sairastavan yleisin ennenaikainen kuolinsyy on itsemurha. Jopa 10 % skitsofreniaa sairastavista tekee jossain sairauden vaiheessa itsemurhan. Arvioiden mukaan heidän itsemurhariskinsä on kahdeksankertainen verrattuna muuhun väestöön. Ennen itsemurhaa suuri osa skitsofreniaa sairastavista kärsii psykooseista ja masennuksesta. Vuonna 1999 psykiatriassa sairaaloissa itsemurhan tehneistä henkilöistä suurin osa sairasti skitsofreenista psykoosia. Koska itsemurha tehdään yleensä sairauden akuutissa vaiheessa, hoidolla on suuri merkitys psyykkistä sairautta sairastavan itsemurhan ehkäisyssä. Koska skitsofreniaan liittyy suuri kuolleisuus, lääkkeellisen ja psykososiaalisen hoidon tulisi olla mahdollisimman laadukasta ja pitkäkestoista. Hoidon laadulla on suuri merkitys skitsofreniaa sairastavien ennusteeseen sekä itsemurhien ehkäisyyn. (Heilä 2000.)

3.1 Itsemurhariskin arviointi

Itsemurha on monimutkainen ilmiö, joka on tämänhetkinen haaste kliinisessä työssä. Itsemurhaan vaikuttaa monet tekijät, kuten sosiaaliset, psykologiset, kulttuuriset sekä ympäristölliset tekijät. Itsemurhariskin muotoilun tavoite ei ole ennustus, vaan kokonaiskuva sairastuneesta. Kommunikaatio ja yhteistyö henkilöstön, perheen ja sairaan välillä on tärkeä tekijä, joka vähentää itsemurhariskiä lyhyessä sekä pitkäaikaisessa seurannassa. Rakennettu kohdistettu interventio, joka sisältää lääkkeitä ja ei-lääkkeitä elementtejä, on korvaamaton skitsofreniaa sairastavan itsemurhien hallinnassa oleva tekijä. Vaikka itsemurhariskien tunnistaminen on erityisen tärkeää, on huomattu muutosta itsemurhien hallinnassa, joka siirtää fokusta itsemurhariskin arvioinnista riskin muotoiluun. Se on prosessi, jossa ammattilainen muodostaa arvion skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin suuruudesta perustuen dataan, joka on kerätty riskin arvioinnin aikana. Muotoilu näyttää olevan korvaamaton osa itsemurhariskin arvioinnissa. (Berardelli ym. 2021.)

Itsemurhalta suojaavia tekijöitä ovat muun muassa yksilön kehittyneet selviytymiskeinot, ongelmanratkaisutaidot, elämän kokeminen merkitykselliseksi, kokemus sosiaalisesta tuesta, yhteisön tuki, nuoruudessa myönteiset perhesuhteet, hyvä hoitosuhde ja terapeutin allianssi sekä kuuluminen johonkin uskonnolliseen yhteisöön. Nämä tekijät näyttävät pienentävän itsemurhan riskiä. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito 2022.)

Itsemurhaa ei yleensä voida selittää vain yhdellä tekijällä. Usein se on monien yksilöä vaivanneiden ongelmien summa. (THL 2023.) Skitsofreniaa sairastavilla yksi yleisin itsemurhan syy on hoitoon sitoutumattomuus (Skitsofrenia 2022). Itsemurhariski on suurin henkilöillä, jotka ovat sitä jo kerran yrittäneet. Vuonna 2019 julkaistussa kotimaisessa tutkimuksessa todettiin, että viiden vuoden seurannassa psykiatriselle osastolle saapuneista aiemmin itsemurhaa yrittäneistä masennuksesta kärsivistä miehistä 10 % ja naisista 5 % toteutti itsemurhan. Muita merkittäviä riskitekijöitä ovat mielenterveyden häiriöt, kuten muut mielialahäiriöt, persoonallisuushäiriöt, skitsofrenia, päihitteet sekä sosiodemografiset tekijät, kuten työttömyys ja matala koulutustaso. Samassa tutkimuksessa 90 prosentilla itsemurhan tehneistä oli diagnosoitavissa jokin psykiatrinen häiriö. Ruotsalaisen tutkimuksen, johon osallistui 7140589 henkilöä, mukaan masennuksesta kärsivillä naisilla on 19-kertainen ja miehillä 16-kertainen riski kuolla itsemurhaan. (Tahvanainen ym. 2021.) Toivottomuus, arvottomuuden tai loukussa olemisen tunne saattavat aiheuttaa itsetuhoisuutta. Nämä tilanteet tuntuvat oikeilta, vaikka todellisuudessa tilanteen ratkaisemiseksi olisi vaihtoehtoja. (Mieli ry 2022.)

Kun arvioidaan itsemurhariskiä, on tärkeää kysyä itsetuhoisista ajatuksista suoraan. Lisäksi tukena voidaan käyttää strukturoituja kyselykaavakkeita. Arvioinnissa on tärkeää ymmärtää henkilön kokonaisvaltainen psyykinen vointi sekä ajankohtaiset kuormitustekijät. Kokonaisarvioon kuuluu myös suojaavat tekijät. (Tahvanainen ym 2021.) On myös tutkittu

antipsykoottisen lääkityksen vaikutusta skitsofreniaa sairastavan kuoleman riskiin. Tulosten mukaan pitkäaikainen antipsykoottinen lääkitys lisää kuoleman riskiä skitsofreniaa sairastavilla. (Weinmann, Read & Aderhold 2009.)

Ruotsissa tehtiin tutkimus itsemurhaa yrittäneiden selviytymisestä itsemurhayrityksen jälkeen. Tutkimukseen osallistui vuosina 1981-1988 1573 Karolinskan sairaalan ensiapuun saanutta henkilöä. Tutkimuksessa arvioitiin iän ja sukupuolen vaikutusta itsemurhariskiin. Kaksi kolmasosa tutkimukseen osallistuneista henkilöistä oli naisia ja suurin osa oli nuoria, 20-30-vuotiaita. Mediaani-ikä oli 35 vuotta. Itsemurhaa yritti 5 vuoden seurannassa 11 %. Kuusi prosenttia teki onnistuneen itsemurhan. Itsemurhariski miesten keskuudessa oli naisia huomattavasti korkeampi, 8,3 %, ja naisten prosentin ollessa vain 4,3. Tulokset osoittivat, että nuoremmilla (7 %) ja vanhemmilla (10 %) miehillä oli suurempi itsemurhan riski kuin muilla osallistuneilla. Vanhemmilla naisilla vastaava prosentti oli 6, ollen suurempi kuin nuorten naisten, 2 %. Itsemurhan riski oli korkeimmillaan vuosi itsemurhan yrittämisen jälkeen. Nuorten miesten itsemurha onkin suurin syy elämän päättymiseen nuorena. (Nordström, Samuelsson & Åsberg 1995.)

Suomessa vuonna 2020 miesten itsemurhakuolleisuus oli seitsemän prosenttia edellisvuotta pienempi. Naisten itsemurhien määrä taas kasvoi viisi prosenttia ollen edellisenä vuonna 179 ja vuonna 2020 määrä oli 188. Miesten itsemurhat ovat silti yleisempiä kuin naisten. Vuonna 2020 miesten itsemurhien osuus kaikista itsemurhan tehneistä oli melkein kolme neljäsosa. (Tilastokeskus 2021.)

3.2 Itsemurhariskin arviointimenetelmiä

Itsemurhaa arvioitaessa pitää aina kysyä itsemurha-ajatuksista suoraan. Itsemurhariskin arvioinnin tueksi on kehitetty strukturoituja kyselykaavakkeita. Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) (Jylhä 2020a) ja Suicide Intent Scale (SIS) (Jylhä 2020b) ovat Käypä hoito -suositusten mukaan käytettyjä strukturoituja menetelmiä, joita voidaan hyödyntää itsemurhariskin arvioinnin tukena.

Kun arvioitiin henkilöitä, joilla on ollut aiempaa itsetuhoisuutta, Suicide Intent Scale (SIS) ja Beck Hopelessness Scale eivät yksinään saavuttaneet tarpeeksi luotettavaa tarkkuutta kliiniseen päätöksentekoon. Jotta arviointimenetelmiä voidaan käyttää niiden tarkoittamalla tavalla, vaatii tilanne henkilöiden kokonaisvaltaista psyykkisen voimien arviointia. Kokonaisvaltaista arviota tehdessään terveydenhuollon ammattilainen haastattelee henkilöä kysymällä tämän voimien, oireista sekä taustasta. On tärkeää tietää henkilön nykyinen elämäntilanne sekä psyykinen vointi. Todetut mielenterveyden häiriöt, hoito ja aiempi itsetuhoisen käytös vaikuttavat riskin arviointiin. On myös tärkeää selvittää henkilön oma kyky hallita itsetuhoisia ajatuksiaan ja impulsiivisuuttaan. Henkilöllä saattaa olla jo olemassa oleva itsemurhasuunnitelma, josta tulisi olla tietoinen. Myös riski- ja suojaavat tekijät on hyvä selvittää. Tämän

haastattelun tukena voidaan käyttää strukturoituja kyselykaavakkeita. Itsemurhariskin kannalta tärkeää tietoa voidaan saada myös henkilön läheisiltä ja omaisilta. Näiden jälkeen terveydenhuollon ammattilainen arvioi saatujen tietojen perusteella henkilön mahdollista kohonnutta itsemurhariskiä sekä tarvittavaa jatkohoitoa ja sen kiireellisyyttä. Statuslöydöksiin kannattaa myös kiinnittää huomiota. Haastattelun aikana on hyvä havainnoida henkilön olemusta, kerrontaa ja käytöstä, kuten kehonkieltä ja ilmaisua. (Tahvanainen ym. 2021)

Jo itsemurhaa yrittäneiden skitsofreniaa sairastavien itsemurhariskin arvioinnissa voidaan hyödyntää myös turvasuunnitelmaa. Turvasuunnitelmaan kirjataan järjestyksessä selviytymiskeinot ja tuen lähteet, mikäli skitsofreniaa sairastavalla ilmenee itsetuhoisia ajatuksia. Suunnitelman tarkoitus on toimia skitsofreniaa sairastavan selviytymisstrategiana kriisin hetkellä. (Stanley & Brown 2008, 2.)

3.3 Mielenterveysstrategia 2020-2030

Mielenterveysstrategia 2020-2030 on sosiaali- ja terveysministeriön ja asiantuntijoiden yhteinen hanke, joka pistettiin alulle pääministeri Marinin hallitusohjelman aikana. Se on strategia, jonka tavoitteena on taata mielenterveystyön tavoitteellisuus ja jatkuvuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023.) Se sisältää kansallisen mielenterveysstrategian lisäksi itsemurhien ehkäisyohjelman vuosille 2020-2030. Se perustuu laaja-alaiseen yhteistyöhön sekä valmisteluihin, joita on tehty jo pidemmän aikaa. Itsemurhien ehkäisyohjelman lähtökohtana on se, että huomioidaan henkilö kokonaisvaltaisesti sekä yhteiskunnassa että sen eri toimialoilla ja tasoilla. Mielenterveysstrategian tarkoituksena on tunnistaa jokaisen yksilön mielenterveyden merkitys maailmassa, joka muuttuu koko ajan. Mielenterveys on voimavara, jota on mahdollista tukea. Mielenterveysongelmien hoitaminen ja ehkäisy on mahdollista. Niihin liittyvää syrjintää ja leimaamista voidaan tehokkaasti ehkäistä. Kun mielenterveydellisistä ongelmista tuli kansanterveydellinen ongelma, pitäisi myös sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut saada samalle tasolle. Strategia auttaa päätöksenteossa sekä antaa suuntaa toiminnan ja voimavarojen käyttöön. Mielenterveysstrategia sisältää myös itsemurhien ehkäisyohjelman. (Vorma ym. 2020, 4, 48.)

Itsemurhien ehkäisyohjelman tavoitteita ovat itsemurhien ehkäisyn tehostaminen ja uusien ehkäisykeinojen löytäminen. Itsemurhaa yrittäneitä kohtaavien henkilöiden asennetta tulisi muokata siten, että itsemurhaa yrittäneitä ei syyllistettäisi tai leimattaisi huomionhakuiksi. Itsemurhavälineiden saatavuutta tulisi myös rajoittaa. Matalan kynnyksen kriisipalveluita tulisi olla joka puolella Suomea ja niistä tulisi tiedottaa siten, että ne olisivat jokaisen helposti löydettävissä. Hoitoon pääsemisen tulisi olla helpompaa ja nopeampaa. Se voidaan toteuttaa laittamalla etusijalle korkean itsemurhariskin omaavat henkilöt. Itsemurhan tehneiden henkilöiden omaisia tulee myös muistaa huomioida. Tuen tarjoaminen varhaisessa vaiheessa ennaltaehkäisee ongelmien kasaantumista ja saattaa ehkäistä tulevia itsemurhia. Sosiaalista

mediaa voidaan hyödyntää itsemurhien ehkäisyssä, koska selviytymistarinat ja myönteiset kokemukset saattavat auttaa vaikeissa tilanteissa olevia henkilöitä. Sosiaalisessa mediassa leviävää itsemurhaan kannustavaa sisältöä tulisi myös rajata. Itsemurhien ehkäisyohjelman tavoitteena on myös tuoda ajankohtaista tietoa koskien eri ikäryhmien ja riskiryhmien itsemurhasta, itsemurhayrityksistä, hoitoon pääsystä sekä hoidon laadusta ja varhaisen tuen tarjonnasta. (Vorma ym. 2020, 4, 48.)

4 Tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata riskitekijöitä, jotka tulisi ottaa huomioon arvioitaessa skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskiä. Tavoitteena oli tuoda skitsofreniaa kohtaville terveydenhuollon ammattilaisille luotettavaa tietoa skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin arvioinnin tueksi. Tutkimuskysymykseemme määräytyi yksi tutkimuskysymys: Mitkä riskitekijät tulee ottaa huomioon arvioitaessa skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskiä?

5 Kirjallisuuskatsaus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaus kuuluu yhdeksi tärkeimmistä tutkimustyön välineenä käytettävistä menetelmistä. Sitä on kuvailtu erityisenä systemaattisena tutkimusmenetelmänä, joka pohjautuu prosessimaiseen tieteelliseen toimintaan. Kirjallisuuskatsauksessa otetaan huomioon se, että tutkimuksen tulee olla toistettavissa. Siinä tulee myös ilmetä tuntemus kattavasta aihealueesta ja ilmiön ajassa kehittymisestä. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan kuvata analyttisesti skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin riskitekijöitä opinnäytetyön aiheen mukaisesti. Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsauksessa päämääränä on tieteenalan teoreettisen ymmärryksen ja käsitteistön kehittäminen sekä olemassa olevan teorian kehittäminen ja arvioiminen. Kirjallisuuskatsaus antaa mahdollisuudet muodostaa kokonaiskuvan tietystä aihealueesta tai asiakokonaisuudesta. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7.) Edellä mainittujen piirteiden vuoksi kuvaileva kirjallisuuskatsaus valikoitui tähän opinnäytetyöhön sopivaksi tutkimusmenetelmäksi. Tutkimusmenetelmän avulla tarkoituksena on saada kuvattua opinnäytetyössä itsemurhariskin huomioitavia riskitekijöitä arvioinnin yhteydessä mahdollisimman selkeästi ja ymmärrettävästi.

Kirjallisuuskatsauksia tunnetaan kolme erilaista päätyyppiä, joista valitaan omaan tutkimukseen sopiva kirjallisuuskatsauksen tyyppi. Nämä kolme eri tyyppiä ovat: kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja määrällinen meta-analyysi sekä laadullinen metasynthesei. Näitä erilaisia kirjallisuuskatsauksia yhdistää kuitenkin tietty rakenne, joka sisältää kirjallisuuden haun, (kriittisen) arvioinnin, aineiston perusteella tehdyn synteesin ja analyysin. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 8.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisemmin käytetty kirjallisuuskatsauksen muoto. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen pääpiirteisiin kuuluu tietynlainen säännöttömyys ja vapaamuotoisuus. Aineiston keruu vaiheessa voidaan käyttää laajoja aineistoja eikä aineiston valintaa ohjaa metodiset säännöt. Tarkoituksena on se, että tutkittava ilmiö kuvataan laaja-alaisesti ja tarvittaessa luokitellaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. Tutkimuskysymykset kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voivat olla väljiä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sisältää kolme eri lähestymistapaa: toimituksellinen, kommentoiva sekä yleiskatsaus. Näistä yleiskatsaus valittiin opinnäytetyön lähestymistavaksi, koska se on lähestymistavaltaan laajin verrattuna muihin lähestymistapoihin. Yleiskatsauksen tarkoituksena on tiivistää aiemmat tutkimukset ja saada aikaan kuvaileva synteesi, joka on ytimekkäästi ja johdonmukaisesti perusteltu. (Salminen 2011, 6-7.)

Opinnäytetyö voitaisiin toteuttaa myös kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Opinnäytetyön alkuvaiheessa tarkoituksena oli käyttää edellä mainittua tutkimusmenetelmää haastattelemalla terveydenhuollon ammattilaisia, jotka hoitavat skitsofreniaa sairastavia. Suunnitelmaa laatiessa kuitenkin huomattiin, että tutkimuksen tekeminen on hedelmällisempää tutkimalla ja käymällä läpi jo aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Tämän vuoksi koettiin, että kuvaileva kirjallisuuskatsaus sopii opinnäytetyöhön ja työskentelytapoihin paremmin kuin laadullinen tutkimusmenetelmä. Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen perehdyttiin tutkimusmenetelmä kirjallisuuden avulla. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus valittiin muista kirjallisuuskatsauksen muodoista sopivimmaksi, koska haluttiin tutustua skitsofreniaa sairastavien itsemurhariskin arviointiin laajasta näkökulmasta. Tutkimusten etsiminen oli voimaannuttavaa, koska löytäessään sopivan tutkimuksen, se antoi lisää itsevarmuutta opinnäytetyön tekemistä varten. Tutkimuksiin perehdyttiin rauhassa ja niistä löytyneet tiedot koettiin antoisiksi. Kuvailevan kirjallisuuskatsaukseen päädyttiin myös sen vuoksi, että ei haluttu rajata liikaa aihetta ja haluttiin antaa opinnäytetyön rauhassa elää aineiston keruun aikana. Ajateltiin, että saadaan tutkimuskysymyksiin objektiiviset vastaukset valitsemalla kirjallisuuskatsauksen laadullisen tutkimuksen sijasta. Itsemurha aiheena on herkkä ja tunteita herättävä. Aiheen tabumaisena pidetty olemus voisi vaikuttaa haastateltavien vastauksiin. Haastattelemalla saadut vastaukset voivat olla vaikeasti ymmärrettävissä tai pintapuolisia. Tämän vuoksi koettiin edullisempaan etsiä tutkimusongelmiin vastauksia jo aikaisempien tutkimusten perusteella.

5.1 Aineiston keruu

Keräsimme tutkimuskysymykseemme vastaavat aineistot luotettavista sähköisistä tietokannoista. Tietokantoja, joita käytimme aineistojen haussa, olivat Google Scholar, EBSCO, Finna ja Pubmed. Tavoitteenamme oli löytää tutkimuskysymykseemme noin 10 sopivaa tutkimusta. Tutkimuksia haimme lähinnä englannin kielellä, koska suomeksi kirjoitettuja tutkimuksia ei aiheesta löytynyt. Hakukriteereinä meillä oli alle 10 vuotta vanhat akateemistason tutkimukset. Hakusanoina käytimme englannin kielen sanoja, kuten schizophrenia, suicide, suicide

risk, risk assessment, assessment, evaluation ja lifespan. Suomen kielellä haimme sanoilla, skitsofrenia ja itsemurhariskin arviointi. Tiedonhakuprosessia voi tarkastella alla olevasta taulukosta 1.

Tietokanta	Hakusanat	Poissulku kriteerit	Mukaanotto-kriteerit	Hakutulos	Otsikon perusteella mukaan otetut
Google Scholar	suicide risk AND schizophrenia AND lifespan	Yli 10 vuotta vanhat tutkimukset	Englanti Hakusanat löytyvät otsikosta	15	5
EBSCO	Schizophrenia AND Suicide AND risk assesment	Yli 10 vuotta vanhat tutkimukset	Academic journals, Full text	318	8
EBSCO	Schizophrenia AND suicide risk AND assessment	yli 10 vuotta vanhat tutkimukset	Englanti, Academic journals, Full text	101	4
Finna	Itsemurhariskin arviointi AND Skitsofrenia	Yli 10 vuotta vanhat tutkimukset	Suomi, Englanti, Väitöskirja	1	1
Finna	Schizophreni AND suic* AND assessment	yli 10 vuotta vanhat tutkimukset	Englanti	25	0
Pubmed	suicide risk AND scizophrenia AND evaluation	Yli 10 vuotta vanhat tutkimukset	Englanti, Free full text	71	2

Taulukko 1: Tiedonhakutaulukko

5.2 Kirjallisuuskatsauksen aineisto

Opinnäytetyössä hyödynsimme yhteensä seitsemää (n=7) tutkimusartikkelia. Aineiston keruu vaiheessa meillä oli yhteensä kymmenen valittua tutkimusta, mutta jouduimme kolme jättämään pois niiden ollessa epäsuotuisia tutkimuskysymyksemme kannalta. Tutkimusartikkelit olemme koonneet selkeästi taulukon muotoon (Liite 1). Taulukkoon on koottu tutkimuksen tekijä, julkaisu vuosi, julkaisumaa, tutkimuksen nimi, tutkimuksen tarkoitus, tutkimusmenetelmä, kohderyhmä ja päätulokset.

Tutkimusartikkelit (n=7) ovat englanninkielisiä. Tutkimukset on toteutettu Yhdysvalloissa (n=2), Kanadassa (n=2), Pakistanissa (n=1), Kiinassa (n=1), Suomessa (n=1) ja Ruotsissa (n=1). Suomen ja Ruotsin tutkimus oli yhteistyössä toteutettu. Tutkimusmenetelminä oli käytetty yhtä kvantitatiivista tutkimusmenetelmää (n=1), poikittaistutkimuksia oli kaksi (n=2), retrospektiivisiä kohorttitutkimuksia oli kaksi (n=2), kohorttitutkimuksia yksi (n=1) ja yksi tutkimus oli toteutettu monimenetelmällisiä tutkimusmenetelmiä hyödyntäen (n=1).

5.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi on yksi tärkeä osa kirjallisuuskatsausta jäseneltäessä. Sen tarkoituksena on järjestää ja tehdä yhteenvedoa valittujen tutkimusten tuloksista. Analyysivaiheen tarkoituksena on järjestellä, luokitella sekä etsiä aineistojen väliltä yhtäläisyyksiä ja eroja. Tämän jälkeen tulokset kirjoitetaan ja tulkitaan, jolloin niistä muodostuu ymmärrystä lisäävä kokonaisuus, mitä kutsutaan myös synteeksiksi. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 30.)

Analyysissä tuodaan esille tutkimusten tekijä, julkaisuvuosi, julkaisumaa, tutkimuksen tarkoitus, asetelma, aineistonkeruumenetelmät, tutkimuksen kohdejoukko, otos, päätulokset, vahvuudet sekä heikkoudet. Tutkimuksen teossa edellinen vaihe eli arvioinnin vaihe tukee vahvasti analyysivaihetta. Yhteenvedo tehdään taulukkomuodossa, jotta saadaan parempi kokonaiskuva ja ymmärrys aineistosta. Hyvän ja kattavan yhteenvedon luominen vaatii huolellisen tutustumisen ja useaan otteeseen perehtymisen tutkimukseen valittuihin aineistoihin. Analyysivaiheeseen kuuluu iteratiivinen vaihe. Iteratiivinen vaihe on tutkimusten vertailua ja ryhmittelyä, mikä toteutetaan pienissä osissa toistaen prosessia. Alkuperäistutkimuksista tuloksiin ja johtopäätöksiin perehdytään tarkasti. Synteesi rakentuu lopulta tutkimusaineistojen eroavaisuuksien ja yhtäläisyyksien perusteella. Muistiinpanojen tekeminen koko prosessin ajan on avain hyviin perusteluihin tutkittujen tutkimusten tulkinnoista. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 30-31.)

Tämä opinnäytetyö analysoitiin induktiivisella analyysimenetelmällä. Induktiivisessa analyysissä pyritään aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin, jolloin tutkimuksesta esiin nousseet seikat perustuvat kerättyyn aineistoon. Tässä tulee huomioida, etteivät aikaisemmat tutkimukset saa vaikuttaa oman aineiston tulkintaan. Aineiston analysoinnissa tulee tarkastella sitä sen omista lähtökohdista, jotta vältetään teorian tiedon vaikutukset tutkimuskysymyksen lopputulokseen. (Leinonen 2018.)

Induktiivinen sisällönanalyysi eteni kolmivaiheisena, jossa ensin redusointiin aineisto. Aineiston redusointi tarkoittaa aineiston pelkistämistä, jossa tutkimuskysymyksen kannalta poimitaan oleelliset asiat. Nämä oleelliset asiat kirjoitetaan tiivistettyyn muotoon. (Leinonen 2018.) Seuraavassa vaiheessa nämä tiivistetyt muodot yhdistettiin alaluokiksi eli klusterointiin. Klusteroinnin tarkoituksena on luoda aineiston pelkistetyistä muodoista samankaltaisia ryhmiä, mutta kuitenkin ryhmien keskenään tulisi olla mahdollisimman erilaisia.

(Holopainen 2012, 7.) Kolmannessa vaiheessa klusteroinnin tuotoksista muodostettiin yläluokkia eli abstrahointiin. Abstrahointi on siis alaluokkien yhdistämistä yläluokiksi, joista edelleen muodostui yksi yhtenäinen tekijä eli pääluokka. (Leinonen 2018.) Tämä kolmivaiheinen sisällönanalyysi on muodostettu taulukkomuotoon, jotta saatiin eri luokat selkeään muotoon (Liite 2). Taulukkoa hyödynnettiin tulosten analysoinnissa, jolloin tulosten analysointi oli systemaattisempaa ja tarkempaa.

Sisällönanalyysin redusointi vaiheessa huomattiin, että pelkistetyt asiat eivät toimineet täysin tutkimuskysymyksen kanssa. Näin ollen päädyttiin muotoilemaan tutkimuskysymykset uusiksi, jolloin loppujen lopuksi päädyttiin muotoilemaan yksi ja tarkka tutkimuskysymys. Alkuperäiset tutkimuskysymykset olivat: “1) Miten skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin arviointia voidaan edistää? 2) Miten voidaan yhtenäistää itsemurhariskin arviointimenetelmiä?”. Näistä jälkimmäistä päädyttiin tarkastelemaan pohdintaosiossa.

6 Tulokset

Aineiston tuloksista erottui kahdeksan yläluokkaa: demografiset tekijät, itsetuhoisen käyttäytyminen, liitännäissairaudet, terveyspalveluiden käyttäminen, perimä, psykososiaaliset riskitekijät, psykofyysiset tekijät sekä sairauden lääkkeellinen hoito. Yläluokat jakautuivat vielä 15 alaluokkaan, joita käsitellään seuraavissa kappaleissa. Kaikkia luokkia yhdisti yksi pääluokka, joka oli itsemurhariskin vaikuttavat tekijät. Tulosten jäsentelyssä hyödynnettiin taulukointia, jota voi tarkastella liitteistä (Liite 2).

Aineiston tulosten mukaan demografiset tekijät olivat yhteydessä skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin. Iällä oli vaikutusta itsemurhayritysten määrään. Nuorten aikuisten keskuudessa riski itsetuhoiseen käyttäytymiseen oli suurempi kuin yli 65-vuotiailla skitsofreniaa sairastavilla. Sukupuoli vaikutti myös itsemurhariskin suuruuteen. Tutkimuksissa oli kuitenkin eroavaisuuksia. Toisen tutkimuksen mukaan miehet tekivät itsemurhan naisia harvemmin. Toinen tutkimus antoi ymmärtää miesten tekevän itsemurhan useammin kuin naisten. Myös asuinpaikalla oli vaikutusta itsemurhariskin. Matalatuloisessa kaupunginosassa asuminen lisäsi itsemurhariskiä verrattuna korkeatuloisissa asuviin. (Zaheer ym. 2018; Juncheng Lyu, Zhang & Hennessy 2021.)

Aiempi itsetuhoisen käyttäytyminen oli huomattava riskitekijä. Aiemmin itsemurhaa yrittäneellä oli kohonneempi riski kuin muilla. Lähes jokaisella itsemurhaa jo yrittäneellä oli itsemurhayrityksen jälkeen itsemurha-ajatuksia, -suunnitelmia tai uusia itsemurhayrityksiä. Liitännäissairaudet lisäsivät itsemurhariskiä. Mielenterveysongelmat, kuten diagnosoitu mielen-terveyshäiriö tai persoonallisuushäiriö, olivat yhteydessä korkeampaan itsemurhariskin. Emotionaalinen epätasapaino oli aineiston tulosten mukaan yhteydessä itsemurhariskin.

Negatiiviset tunnetilat, kuten nöyryytys ja häpeä, lisäsivät itsemurhariskiä. (Gallego ym. 2015; Juncheng Lyu, Zhang & Hennessy 2021.) Lisäksi päihderiippuvuus, kuten diagnosoitu alkoholi- tai huumeriippuvuus, lisäsivät itsemurhariskiä. Nikotiiniriippuvuudella oli merkitystä skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskille. Jos skitsofreniaa sairastava yritti lopettaa tupakoinnin, lisäsi se hänen itsemurhariskiään. Huomattiin, että ennen itsemurhaa terveyspalvelujen käyttäminen oli yleistä. Monella oli takana osastohoito, kuten psykiatrinen sairaalahoitojakso, viiden vuoden sisällä ennen itsemurhaa. Lisäksi yhteyttä otettiin omaan hoitokontaktiin ennen itsemurhayritystä. Mielenterveyspalveluihin otettiin yhteyttä sekä psykiatrin luona käytiin 30 päivää ennen itsemurhayritystä. (Hettige ym. 2017; Zaheer ym. 2018; Wu ym. 2016.) Perimällä oli myös yhteys itsemurhariskiin. Perheen taustatekijät vaikuttivat itsemurhayritysten määrään negatiivisesti. Perheen muiden jäsenten psyykkiset terveysongelmat ja perheen sisällä tapahtuneet itsemurhat lisäsivät itsemurhariskiä. (Gallego ym. 2015.) Psykososiaalisiin tekijöihin, jotka lisäsivät itsemurhariskiä, lukeutui tutkimusten mukaan sosioekonominen asema sekä yksinäisyys. Skitsofreniaa sairastavan taloudelliset ongelmat, heikot sosiaaliset suhteet sekä sosiaalisen tuen puutteet altistivat itsemurhayrityksille. Myös parisuhteen päättyminen lisäsi itsemurhariskiä. (Gallego ym. 2015; Juncheng Lyu, Zhang & Hennessy 2021.)

Psykofyysiset ominaisuudet olivat myös yhteydessä itsemurhariskiin. Parantumaton sairaus ja heikko fyysinen kunto olivat yhteydessä skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskiin. Kroonistunut sairaus ja heikko fyysinen kunto altistivat itsemurhille. Myös väkivallan kokeminen oli yhteydessä skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskiin. Fyysisen väkivallan tai seksuaalisen hyväksikäytön kokeminen lisäsi itsemurhariskiä. Sairauden kestolla oli myös merkitystä skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskiin. Tutkimusten mukaan suurin riski oli sairauden alkuvaiheessa. (Hettige ym. 2017; Badar ym. 2021.) Sairauden lääkinällisen hoidon vaikutus itsemurhariskiin liittyi antipsykoottiseen lääkitykseen. Tutkimusten tulosten mukaan klotsapiini merkittävästi laski itsemurhayritysten määrää. Muilla psykoosilääkkeillä oli tutkimuksen mukaan myös itsemurhayrityksiä laskeva vaikutus, mutta ei niin merkittävä kuin klotsapiinilla. (Taipale, Lähteenvuo, Tanskanen, Mittendorfer-Rutz & Tiihonen 2020.)

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksenä oli, mitkä riskitekijät tulee ottaa huomioon arvioitaessa skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskiä. Tavoitteena oli tuoda terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuuteen luotettavaa tietoa niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskiin. Tutkimuksen tulokset vastasivat tutkimuskysymykseen, ja tulosten avulla terveydenhuollon ammattilaiset voivat paremmin kiinnittää huomiota näihin riskitekijöihin, jolloin skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin arviointi olisi luotettavampi.

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin arviointia tehdessä on tärkeää ottaa huomioon henkilön kokonaisvaltainen vointi (Badar ym. 2021). Ihminen on kokonaisuus, johon kuuluvat psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Itsemurhariskiä arvioitaessa terveydenhuollon ammattilaisen on otettava huomioon nämä kaikki ulottuvuudet. Itsetuhoisista ajatuksista on hyvä kysyä henkilöltä suoraan. (Tahvanainen ym. 2021.) Itsemurhariskin suuruuteen vaikuttaa huomattavasti skitsofreniaa sairastavan itsemurhan riskitekijät. Jokaisella hoitokäynnillä terveydenhuollon ammattilaisen tulee havainnoida skitsofreniaa sairastavaa henkilöä ja oppia tunnistamaan hälyttävät merkit, jotka saattavat kertoa tulevasta itsemurhayrityksestä. Itsenäisesti hoitoon hakeutuviin tulisi kiinnittää erityistä huomiota, sillä tutkimus osoitti, että ennen itsemurhayritystä moni otti yhteyttä omaan hoitokontaktiinsa.

Aineiston perusteella voidaan päätellä, että skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin suuruuteen vaikuttaa monet tekijät. Terveydenhuollon ammattilaisen on tärkeä tietää nämä riskitekijät, kun hän arvioi henkilön itsemurhariskiä. Yhdeksi huomattavimmaksi riskitekijäksi paljastui jo aiempi itsemurhayritys. Henkilöön, jolla on taustalla aiempaa itsetuhoista käyttäytymistä, tulee siis kiinnittää erityistä huomiota arviota tehdessä. Itsemurhayrityksen jälkeen itsemurhavaara on suurimmillaan heti yrityksen jälkeen, mutta riski säilyy suurentuneena pitkään. (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito 2022.) Mielenkiintoista oli se, että henkilön perheen mielenterveyshäiriöt sekä sen sisällä tapahtuneet itsemurhat olivat myös yhteydessä skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskiin. On siis tärkeää tarkastella skitsofreniaa sairastavan perheen taustatiedot mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti. Muita perimän lisäksi tärkeitä tekijöitä, joita tulee ottaa huomioon itsemurhaa arvioitaessa, olivat demografiset ja sosioekonomiset tekijät, liitännäissairaudet, psykofysiset ja psykososiaaliset tekijät sekä henkilön lääkitys. Tulosten perusteella voidaan siis päätellä, että itsemurha harvoin johtuu vain yhdestä tekijästä. Itsemurha on usein monien yksilöä vaivanneen ongelmien summa (THL 2023).

Tutkimus paljasti, että koettu järkyttävä tapahtuma, kuten trauman aiheuttava väkivaltainen kokemus, lisää itsemurhariskiä. On siis tärkeää kartoittaa henkilön menneisyydessä mahdollisesti tapahtuneet fyysiset ja psyykkiset väkivaltatilanteet. Se, missä vaiheessa sairautta henkilö on, vaikutti myös itsemurhariskin suuruuteen. Tutkimuksista selvisi itsemurhariskin ollessa korkeimmillaan sairauden alkuvaiheessa. On siis tärkeää arviota tehdessä ottaa huomioon se, kuinka monta vuotta sitten skitsofrenia on diagnosoitu. Arviota tehdessä arvioijan on otettava huomioon myös henkilön käyttämä lääkitys. Antipsykoottisista lääkkeistä klotsapiinilla oli positiivinen vaikutus itsemurhakäyttäytymisen vähentymiseen. Nimittäin tutkimuksen mukaan henkilöillä, joilla oli käytössä bentsodiatsepiini-lääkitys, oli kohonneempi itsemurhariski. Vuonna 2009 tehdyn tutkimuksen mukaan pitkäaikainen antipsykoottinen lääkitys lisää kuoleman riskiä skitsofreniaa sairastavilla (Weinmann ym. 2009). Monet liitännäissairaudet, kuten jokin krooninen sairaus tai diagnosoitu mielenterveyshäiriö, lisäsivät skitsofreniaa

sairastavan itsemurhariskiä. Sairaushistorian selvittäminen onkin tärkeää skitsofreniaa sairastavan itsemurhien ehkäisyssä. Skitsofreniaa sairastavan emotionaalinen tasapaino on hyvä arvioida, sillä epätasapainoinen emotio on yksi itsemurhalle altistava riskitekijä. Negatiiviset tunnetilat, kuten nöyryytys ja häpeä, lisäävät itsemurhariskiä. Nöyryytys ja häpeä ovat osa ihmisen normaalia tunneskaalaa, mutta niihin suhtautuminen ja keinot niiden ylipääsemiseksi saattavat olla vaillinaisia.

Yksi tärkeä osa itsemurhan arviointia on selvittää henkilön päihteiden käyttö, koska sillä on suuri merkitys itsemurhariskin suuruuteen. Huumeiden tai liiallinen alkoholin käyttö lisäävät itsemurhariskiä skitsofreniaa sairastavilla. Tärkeä osa skitsofreniaa sairastavan hoitoa ja itsemurhariskin arviointia onkin huomion kiinnittäminen aktiiviseen päihteiden käyttämiseen. (Skitsofrenia 2022.) Tärkeä osa itsemurhariskin arviointia on henkilön asuinpaikka, sillä se vaikuttaa itsemurhariskin suuruuteen. Henkilöillä, jotka asuvat matalatuloisissa kaupunginosissa, oli suurempi riski itsemurhaan kuin korkeatuloisilla alueilla asuvilla. Nuori ikä on myös yksi tärkeä riskitekijä. Nuorten aikuisten keskuudessa tehdään enemmän itsemurhia kuin yli 65-vuotiaiden. Eräs tutkimus osoitti, että mielenterveysongelmista kärsivillä miehillä oli suurempi itsemurhan riski kuin muilla tutkimukseen osallistuneilla. Nuorten miesten itsemurha onkin suurin syy elämän päättymiseen nuorena. (Nordström ym. 1995.) Suomessa koko väestöön verrattaessa miesten itsemurhat ovat yleisempiä kuin naisten. Vuonna 2020 miesten itsemurhien osuus kaikista itsemurhan tehneistä oli melkein kolme neljäsosaa. (Tilastokeskus 2021.)

Arvioinnissa tulee ottaa huomioon myös skitsofreniaa sairastavan taloudellinen tilanne, sillä se vaikuttaa myös itsemurhariskiin. Taloudelliset huolet ja mahdollisesti tapahtuneet tappiot ovat omiaan lisäämään itsemurhan mahdollisuutta skitsofreniaan sairastuneilla. Myös ongelmat sosiaalisissa suhteissa altistavat itsemurhille. Yksinäisyys ja ystävien tuen puute sekä parisuhteen päättymisen lisäävät itsemurhan riskiä. On siis tärkeää kartoittaa skitsofreniaa sairastavan sosiaalisten suhteiden olemassaolo. Toisaalta tupakoinnin lopettamisella oli tutkimuksen mukaan dramaattinen vaikutus itsemurhatapauksiin lyhyen ajan sisällä. Skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin arvioinnissa on tärkeää ottaa huomioon henkilön kokonaisvaltainen psyykkinen vointi sekä ajankohtaiset kuormitustekijät. (Badar, yms. 2021). Kokonaisarvioon kuuluu myös suojaavat tekijät (Tahvanainen ym. 2021). Siinä on otettava huomioon kaikki yllä mainitut henkilön riskitekijät, jotka voivat lisätä itsemurhan mahdollisuutta. Arviota tehdessä arvioijan tulee ottaa huomioon näiden riskitekijöiden lisäksi skitsofreniaa sairastavan kokonaisvaltainen vointi, jolla on myös suuri vaikutus itsemurhariskiin. Skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin arviointia tulee toteuttaa jokaisella hoitokäynnillä, sillä koskaan ei voi tietää, milloin käynti saattaa olla henkilön viimeinen.

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuuskysymykset otettiin huomioon jo heti tutkimukseen ryhtymisen alkutaipaleella. Näin varmistettiin, että opinnäytetyö noudatti tiettyjä kriteerejä ja saatiin aikaan luotettavat tutkimustulokset. Luotettavuuskysymyksiä on kuvattu eräänlaisiksi riskienhallinnaksi opinnäytetyötä tehtäessä. Luotettavuuden arvioimisessa voidaan käyttää apuna reliabiliteettia ja validiteettia. Reliabiliteetin tarkoituksena on määrittää tutkimuksen uudelleen toistettavuus saaden samat tulokset. Validiteetti puolestaan mittaa oikeiden asioiden tutkimista. Laadukkaasti toteutetussa tutkimusprosessissa ratkaisut ovat järkeviä ja perusteltuja, mitkä ovat luotettavuustarkastelun ehtoina. (Kananen 2015, 342-343.) Reliabiliteetin huomioon ottamisella varmistettiin, että tämä opinnäytetyö on uudelleen toistettava kenen tahansa tutkijan toimesta. Reliabiliteetti ohjasi pysymään tutkimusta tehdessä objektiivisena. Validiteetin tarkastelu auttoi siinä, ettei opinnäytetyössä ajaututtu sivuraiteille ja pysyttiin oikean asian äärellä koko prosessin ajan. Validiteetti varmisti myös sen, että opinnäytetyössä käsiteltiin oikeita asioita tutkimuksen kannalta.

Hyvä tieteellinen käytäntö tekee tutkimuksesta eettisesti hyväksyttävän ja luotettavan. Tutkimuksesta saadut tulokset voivat olla uskottavia vain, jos tutkimus suoritetaan hyvää tieteellistä käytäntöä soveltaen. Sovellettavuus tarkoittaa sitä, että tutkija osaa soveltaa hyvään tieteelliseen käytäntöön perustuvia ohjeita lainsäädännön määrittämällä rajoilla. Hyvä tieteellinen käytäntö pitää sisällään myös tutkimusorganisaation laatu järjestelmän. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tutkimus suoritettiin rehellisesti, huolellisesti ja tarkkaavaisesti. Tiedonhankinta, tutkimus- ja arviointimenetelmät olivat eettisesti kestäviä ja pohjautuivat tieteellisen tutkimuksen kriteereihin. Lähdeluettelo ja lähdeviittaukset merkittiin asianmukaisesti, jotta osoitettiin kunnioitusta muita tutkijoita kohtaan. Ennen tutkimuksen aloitusta tehtiin suunnitelma, joka toteutettiin ja raportoitiin sekä kaikki saatu aineisto tallennettiin huolellisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8.)

Koska tutkimusmenetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta, niin tutkimuksessa ei tarvinnut pohtia suoraan henkilöihin liittyviä eettisiä kysymyksiä eikä eettistä ennakoarviointia tarvinnut tehdä. Opinnäytetyön aloittamisessa ja sen tekemisessä otettiin eettiset näkökulmat huomioon jo tutkimuksen alkuvaiheessa. Tutkimuksen alussa kunnioitettiin opinnäytetyön yhteistyökumppania sekä kerrottiin avoimesti opinnäytetyön aiheesta. Yhteistyökumppanille kerrottiin myös, mitä opinnäytetyön toteutumiseksi heiltä vaadittiin. Yhteistyökumppanin yksityisyyttä kunnioitettiin, ja katsaus toteutettiin siten, että se ei loukkaisi ketään. Siinä myös huomioitiin, ettei kopioida suoraan jo aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia. Kirjallisuuskatsausta työstiin huolella ja huomioitiin, että siitä tuli luotettava sekä oli systemaattisesti ja avoimesti tehty. Tutkimustuloksia ei keksitty, vaan vastaukset löydettiin aikaisempien tutkimusten perusteella. Tutkimustuloksia ei myöskään väritetty, vaikka vastaus ei olisi ollut tyydyttävä. Tämä opinnäytetyö tehtiin ryhmätyönä, joten sen vuoksi oli tärkeää huomioida, että

jokaisen osallistujan nimi tuli näkyviin tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa huomioitiin kaikki osapuolet tasavertaisina osallisina. Huolehdittiin, että koko opinnäytetyön ajan noudatettiin hyvää tieteellistä periaatetta kunnioittaen ja työ tarkastettiin huolella, ettei se sisällä vilppiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 27.)

7.2 Jatkokehittämisidea

Huomattiin, että tämän kirjallisuuskatsauksen pohjalta voitaisiin tehdä laadullinen tutkimus liittyen itsemurhariskin riskitekijöiden arviointiin. Kirjallisuuskatsauksen avulla voitaisiin kehittää uusi arviointityökalu, joka olisi suunnattu skitsofreniaa sairastaville. Laadullisen tutkimuksen perusteella pystyttäisiin todentamaan arviointimenetelmän hyödyllisyys testaamalla arviointityökalua terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Arviointityökalun avulla voitaisiin luotettavammin arvioida skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskiä käyttämällä hyväksi kirjallisuuskatsauksessa ilmenneitä tuloksia. Arviointityökalu voisi sisältää kysymyksiä liittyen itsemurhariskiä lisääviin tekijöihin, kuten perimään, aikaisempaan itsetuhoiseen käyttäytymiseen ja liitännäissairauksiin. Terveydenhuollon ammattilaiset pystyisivät arviointityökalun avulla yhtenäistämään ja helpottamaan skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin arviointia jokapäiväisessä työssään. Arviointityökalu mahdollistaisi myös säännöllisen seurannan. Aiheesta tarvitaan kipeästi lisää luotettavaa tutkimustietoa, sillä yksikin itsemurhatapaus skitsofreniaa sairastavien keskuudessa on liikaa.

Lähteet

Painetut

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Helsinki: Tammi.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas; Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Tampere: Juvenis print.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2017. Psykiatria. 12. painos. Helsinki: Duodecim.

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Pori: Kehitys Oy.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Juvenis print.

Sähköiset

Badar, A., Taufique, F., Lal, C., Jat, I., Suleman, F. & Kumar, A. 2021. Assessment of the frequency and level of suicide risk in patients with schizophrenia presenting at a tertiary care hospital. Journal of Pakistan Psychiatric Society. Viitattu 24.1.2023.
<https://jpps.pk/index.php/journal/article/view/83/61>

Berardelli, I., Rogante, E., Sarubbi, S., Erbuto, D., Lester, D. & Pompili, M. 2021. The Importance of Suicide Risk Formulation in Schizophrenia. Frontiers. Viitattu 24.1.2023.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.779684/full>

Brink, M., Green, A., Bojesen, A., Laberti, J., Conwell, Y. & Andersen, K. 2019. Excess medical comorbidity and mortality across the lifespan in schizophrenia.: A nationwide Danish register study. ScienceDirect. Viitattu 23.1.2023.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996418306224?via%3Dihub>

Florentin, S., Reuveni, I., Rosca, P., Zwi-Ran, S. & Neumark, Y. 2022. Schizophrenia or schizoaffective disorder? A 50-year assessment of diagnostic stability based on a national case registry. ScienceDirect. Viitattu 22.1.2023.
<https://www-sciencedirect-com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S0920996423000075>

Gallego, J., Rachamalla, V., Yuen, E., Fink, S., Duque, L. & Kane, J. 2015. Predictors of suicide attempts in 3322 patients with affective disorders and schizophrenia spectrum disorders. ScienceDirect. Viitattu 22.1.2023.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178115002930?via%3Dihub>

Haukka, J., Tiihonen, J., Härkänen, T. & Lönnqvist, J. 2008. Association between medication and risk of suicide, attempted suicide and death in nationwide cohort of suicidal patients with schizophrenia. Wiley Online Library. Viitattu 23.1.2023.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pds.1579>

Heilä, H. 2000. Miten skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskiä vähennetään? Duodecim. Viitattu 30.11.2022.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo91394>

Hettige, N., Nguyen, T., Yuan, C., Rajakulendran, T., Baddour, J., Bhagwat, N., Bani-Fatemi, A., Voineskos, A., Chakravarty, M. & De Luca, V. 2017. Classification of suicide attempters in schizophrenia using sociocultural and clinical features: A machine learning approach. ScienceDirect. 22.1.2023.

<https://www-sciencedirect-com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S0163834316302961>

Holopainen, T. 2012. Klusterointi hierarkkisilla ja kombinatorisilla menetelmillä - sovelluksena tilastomenetelmien peruskurssiaineisto. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, matematiikan ja tilastotieteen laitos. Jyväskylä. Viitattu 7.3.2023.

<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/37656/URN:NBN:fi:jyu-201203301498.pdf?sequence=1>

Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito 2022. 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. Viitattu 30.11.2022.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50122#s6>

Juncheng Lyu, J., Zhang, J. & Hennessy, D. 2021. Characteristics and Risk Factors for Suicide in People with Schizophrenia in Comparison to Those without Schizophrenia. ScienceDirect. Viitattu 22.1.2023.

<https://www-sciencedirect-com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S0165178121004625>

Jylhä, P. 2022a. Columbia-Suisine Severity Rating Scale -mittari (C-SSRS) itsetuhoisen potilaan hoidon seurannassa. Käypä hoito - suositus. Viitattu 1.1.2023.

<https://www.kaypahoito.fi/nak09381>

Jylhä, P. 2020b. Suicide Intent Scale (SIS) itsetuhoisen potilaan arvioinnissa. Käypä hoito -suositus. Viitattu 1.1.2023.

<https://www.kaypahoito.fi/nak09382>

Jääskeläinen, E., Isohanni, M., Seppälä, J., Seppälä, A., Miettinen, J. & Koponen, H. 2018. Hoitoresistentin skitsofrenian hoitomahdollisuudet. Helda. Viitattu 23.1.2023.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/312514/duo14265.pdf?sequence=1>

Karvonen, M., Peltola, M., Isohanni, M., Pirkola, S., Suvisaari, J., Lehtinen, K., Hella, P. & Häkkinen, U. 2008. PERFECT - Skitsofrenia. Stakes. Viitattu 23.1.2023.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75719/T8-2008-VERKKO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Keinänen, J., Mantere, O., Markkula, N., Partti, K., Perälä, J., Saarni, S., Härkänen, T. & Suvisaari, J. 2018. Mortality in people with psychotic disorders in Finland: A population-based 13-year follow-up study. ScienceDirect. Viitattu 23.1.2023.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996417302578?via%3Dihub>

Kirkbride, J., Errazuriz, A., Croudace, T., Morgan, C., Jackson, D., Boydell, J., Murray, R. & Jonas, P. 2012. Incidence of schizophrenia and other psychoses in England, 1950-2009: a systematic review and meta-analyses. PubMed. Viitattu 14.1.2023.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22457710/>

Leinonen, R. 2018. Sisällönanalyysi. Spoken. Viitattu 13.1.2023.

<https://spoken.fi/sisallonanalyysi/>

Marshall, M. & Rathbone, J. 2006. Early Intervention for psychosis. Cochrane Library. Viitattu 24.1.2023.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004718.pub2/full>

Marshall, M., Lewis, S. & Lockwood, A. 2005. Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients. Jama Network. Viitattu 24.1.2023.

<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1108403>

Meyer, H., Taiminen, T., Vuori, T., Äijälä, A. & Helenius, H. 1999. Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Related to Psychosis and Acute Involuntary Hospitalization in Schizophrenic and Delusional Patients. Journal of Nervous & Mental Disease. Viitattu 24.1.2023.

https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1999/06000/Posttraumatic_Stress_Disorder_Symptoms_Related_to.3.aspx

Mieli ry 2022. Itsetuhoiset ajatukset eivät ole epätavallisia. Viitattu 14.1.2023.

<https://mieli.fi/tukea-ja-apua/apua-itsetuhoisuuteen/itsetuhoiset-ajatukset-eivat-ole-epata-vallisia/>

Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M. & Laursen, T. 2013. Excess Mortality, Cases of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. Plos One. Viitattu 23.1.2023.

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0055176>

Nordström, P., Samuelsson, M. & Åsberg, M. 1995. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. Acta Psychiatrica Scandinavica. Online Library Wiley. Viitattu 20.10.2022.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09791.x>

Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S., Schimmelmann, B., Maric, N., Salokangas, R., Riecher-Rössler, A., Van der Gaar, M., Nordentoft, M., Raballo, A., Meneghelli, A., Marshall, M., Ruhrmann, S. & Klosterkötter, J. 2015. EPA guidance on the early detection of clinic high risk states of psychoses. PubMed. Viitattu 24.1.2023.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25735810/>

Skitsofrenia 2022. Käypä hoito - suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 19.10.2022.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2023. Mielenterveysstrategia 2020-2023. Viitattu 14.1.2023.

<https://stm.fi/mielenterveysstrategia>

Stanley, B. & Brown, G. 2008. Safety Plan Treatment Manual to Reduce Suicide Risk: Veteran Version. Suicide Intervention Resource Center, Department of Psychiatry, Columbia University and New York State Psychiatric Institute. Viitattu 15.1.2023.

Sullivan, P., Daly, M. & O'Donovan, M. 2012. Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. PubMed. Viitattu 14.1.2023.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22777127/>

Tahvanainen, M., Riipinen, P., Jääskeläinen, E. & Halt, A-H. 2021. Miten itsemurhariskiä voidaan arvioida? Duodecim. Viitattu 20.10.2022.

<https://www.duodecimlehti.fi/duo15799>

Taipale, H., Lähteenvuori, M., Tanskanen, A., Mittendorfer-Rutz, E. & Tiihonen, J. 2020. Comparative Effectiveness of Antipsychotics for Risk of Attempted or Completed Suicide Among

Persons With Schizophrenia. Schizophrenia bulletin. Viitattu 24.1.2023.

<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/47/1/23/5892975>

Taipale, H., Mittendorfer-Rutz, E., Alexanderson, K., Majak, M., Mehtälä, J., Hoti, F., Jedeni-
nius, E., Enkusson, D., Leval, A., Sermon, J., Tanskanen, A. & Tiihonen, J. 2018. Antipsychot-
ics and mortality in a nationwide cohort 29,823 patients with schizophrenia. ScienceDirect.
Viitattu 24.1.2023.

[https://www.sci-
encedirect.com/science/article/pii/S0920996417307624?via%3Dihub](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996417307624?via%3Dihub)

Talasilahti, T., Alanen, H-M. & Leinonen, E. 2011. Severe psychoses in the elderly--schizophre-
nia and delusional disorder. PubMed. Viitattu 14.1.2023.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21442857/>

THL 2023. Työkaluja itsemurhien ehkäisyyn. Viitattu 14.1.2023.

<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/itsemurhien-ehkaisy/tyokaluja-itsemurhien-ehkaisyyn>

THL 2022. Psykoosit. Viitattu 5.1.2022.

<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>

Tiihonen, J., Haukka, J., Taylor, M., Haddad, P., Patel, M. & Korhonen, P. 2011. A Nation-
wide Cohort Study of Oral and Depot Antipsychotics After First Hospitalization for Schizophre-
nia. The American Journal of Psychiatry. Viitattu 24.1.2023.

<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2011.10081224>

Tiihonen, J., Mittendorfer-Rutz, E., Torniainen, M., Alexanderson, K. & Taskanen, A. 2015.
Mortality and Cumulative Exposure to Antipsychotics, Antidepressants, and Benzodiazepines in
Patients With Schizophrenia: An Observational Follow-Up Study. The American Journal of Psy-
chiatry. Viitattu 23.1.2023.

<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2015.15050618>

Tilastokeskus 2021. 7. Itsemurhia aiempaa vähemmän. Viitattu 13.3.2023.

https://www.stat.fi/til/ksyyt/2020/ksyyt_2020_2021-12-10_kat_007_fi.html

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen
käsitleminen Suomessa. Viitattu 8.1.2023.

https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valvira 2022. Ammattioikeudet. Viitattu 23.3.2023. [https://www.valvira.fi/terveyden-
huolto/ammattioikeudet](https://www.valvira.fi/terveyden-huolto/ammattioikeudet)

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja
itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030. Sosiaali- ja terveysministeri. Viitattu

22.1.2023.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Weinmann, S., Read, J. & Aderhold, V. 2009. Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: Systematic review. ScienceDirect. Viitattu 14.1.2023. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996409002333?via%3Dihub>

Wu, I-H., Chen, H., Bordnick, P., Essien, E., Johnson, M., Peters, R., Wang, X. & Abughosha, S. 2016. Comparison of Suicide Attempts/Behaviors Following Smoking Cessation Treatments Among Schizophrenic Smokers. ScienceDirect. Viitattu 24.1.2023. <https://www.sciencedirect.com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S0883941716301546?via%3Dihub>

Zaheer, J., Jacob, B., de Oliveira, C., Rudoler, D., Juda, A. & Kurdyak, P. 2018. Service utilization and suicide among people with schizophrenia spectrum disorders. ScienceDirect. Viitattu 24.1.2023. <https://www-sciencedirect-com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S092099641830358X?via%3Dihub>

Zaheer, J., Olfson, M., Mallia, E., Lam, J., de Oliveira, J. Rudolser, J., Carvalho, A., Jacob, B., Juda, A. & Kurdyak, P. 2020. Predictors of suicide attempts in 3.322 patients with affective disorders and schizophrenia spectrum disorders. EBSCO. Viitattu 24.1.2023. <https://web-p-ebsohost-com.nelli.laurea.fi/ehost/detail/detail?vid=32&sid=d91180dc-2b66-4bff-b2b2-c02e9d40fb7a%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cmedm&AN=26077849>

Taulukot

Taulukko 1: Tiedonhakuprosessi	21
--------------------------------------	----

Liitteet

Liite 1: Alkuperäistutkimukset.....	37
Liite 2: Redusointi, klusterointi ja abstrahointi	40
Liite 3: Opinnäytetyösopimus	42

Liite 1: Alkuperäistutkimukset

TEKIJÄ, JULKAISU- VUOSI, JULKAISU- MAA	TUTKIMUKSEN NIMI	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	TUTKIMUSMENETELMÄ, KOHDERYHMÄ	PÄÄTULOKSET
Wu, I-H., Chen, H., Bordnick, P., Essien, E., Johnson, M., Peters, R., Wang, X. & Abughosha, S. 2016. USA	Comparison of Suicide Attempts/Behaviors Following Smoking Cessation Treatments Among Schizophrenic Smokers	Tutkitaan tupakoinnin lopettamiseen liittyvien lääkkeiden vaikutusta itsetuhoisuuteen, itsemurhayrityksiin/-käyttäytymiseen skitsofreniapotilailla. Seuranta toteutettiin vuoden ajan lääkityksen aloituspäivästä alkaen.	Retrospektiivinen kohorttitutkimus. Coxin suhteellinen riskimalli. 3925 skitsofreniaa tai skitsoaffectiivista häiriötä sairastavaa potilasta, jotka aloittivat tupakoinnin lopetus lääkityksen.	1 potilaalla oli itsemurhakäyttäytymistä ennen seurannan päättymistä. 104:llä tutkimukseen osallistuneella altistumisen jälkeen ilmeni itsemurhakäyttäytymistä/itsemurhayrityksiä vuoden seurannan jälkeen. Altistusajan jälkeen vuoden sisään itsemurhakäyttäytyminen/itsemurhayritysten määrä nousi merkittävästi. Arvioitiin, että ensimmäisenä syynä voi olla, ettei tupakan lopetuslääkitystä aloiteta perusterveydenhuollossa, sen takia koska tupakka vaikuttaa hyödyllisesti skitsofrenian oireisiin & toisena syynä voi olla se, että tupakka on pienin ongelma skitsofrenian positiivisten ja negatiivisten oireiden rinnalla ja näin ollen terveydenhuollon painopiste ei ole tupakan lopettamisessa. Itsemurha-ajatuksia omaavat henkilöt ottavat yleensä yhteyttä terveydenhuoltoon päivää tai viikkoa ennen tekoa. Terveydenhuollossa tulee kiinnittää erityistä huomiota kaikkiin mahdollisiin itsemurhan merkkeihin skitsofreniapotilaiden keskuudessa, erityisesti niillä, joilla on käytössä vieroituslääkkeitä ja yrittävät lopettaa tupakointia.
Badar, A., Taufique, F., Lal, C., Jat, I., Sulman, F. & Kumar, A. 2021. Pakistan	Assessment of the frequency and level of suicide risk in patients with schizophrenia presenting at a tertiary care hospital	Tutkimuksessa käytettiin California Risk Estimator for Suicide-menetelmää tulostuottajien arvioimiseen. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää itsemurhariskin esiintymistiheys ja taso skitsofreniapotilailla korkean tason sairaalahoitoa aikana.	Poikittaistutkimus. Analysointi SPSS 17-ohjelmalla. Osallistujia: 200 18-49-vuotiaita skitsofreniaa sairastavia potilaita.	Jokainen potilas tulee arvioida perusteellisesti itsemurhariskin varalta. Avain-asemassa on potilaan arvioiminen kokonaisvaltaisesti terveydenhuollon bi-psykososiaalisella mallilla. 33,3%:lla oli riski itsemurhaan alle 5-vuoden sairastumisen aikana, 41,7%:lla oli sairastumisesta 5-10 vuotta. Heillä riski oli kohtalainen. 11-19 vuotta sairastaneita potilaita oli 33,3 % eli 10 henkilöä. Arvion perusteella heitä koski korkean riskin luokittelu.

<p> Taipale, H., Läh-teenvuo, M., Tanskanen, A., Mitten-dorfer-Rutz, E. & Tiihonen, J. 2020. Suomi & Ruotsi</p>	<p>Comparative Effectiveness of Antipsy- cotics for Risk of Attempted or Com- pleted Suicide Among Persons With Schizophrenia</p>	<p>Haluttiin verrata psykoosi- lääkkeiden tehokkuutta it- semurhayritysten ja itse- murhariskin suhteen. Tut- kimus haluttiin toteuttaa kaikkien Suomen ja Ruot- sin skitsofreniaa sairasta- vien potilaiden keskuu- dessa. Tutkimus to- teutettiin 2013-2017 välisenä aikana.</p>	<p>Kohorttitutkimus. Osallis- tutkijia: 61889 Suomesta, jotka olivat saaneet en- simmäisen diagnoosin aika- välillä: 1972-2014. Ja osal- listujia Ruotsista oli 29823 aikaväliltä 2006-2013.</p>	<p>Klotsapiini oli ainoa psykoosilääke, joka vähensi itsemurhanriskiä ja itsemurhayrityksiä. Mikään muu antipsykoottinen lääke ei vähentänyt itse- murhariskiä tai -yrityksiä. Bentsodiatsepiineihin ja Z-lääkkeisiin liittyi lisääntyneet itsemurhayri- tykset ja niiden riskit. Klotsapiinia tulisi harkita ensisijaisena hoitona korkean riskin potilaille.</p> <p>Suuri riski on naisilla, jotka ovat tutkitusta ai- neistosta pääsääntöisesti Ruotsissa 5 vuotta nu- orempia ja Suomessa 9 vuotta nuorempia verrat- tuna keskiarvoon. Heillä oli myös enemmän taustaa itsemurhayrityksistä.</p>
<p>Zaheer, J., Jacob, B., de Oliveira, C., Rudoler, D., Juda, A. & Kurdyak, P. 2018. Kanada</p>	<p>Service utilization and suicide among people with schizo- phrenia spectrum disorders</p>	<p>Haluttiin verrata skitsofre- niaa sairastavien sekä muun väestön itsemurha kuolleisuutta. Skitsofre- niaa sairastavien ja muun väestön itsemurhariskitekijät ja itsemurha interven- tiot saattavat erota toisis- taan.</p>	<p>Retrospektiivinen kohortti- tutkimus. Tutkimuksessa huomioitu kaikki Ontarion asukkaat, jotka kuolivat it- semurhaan 1.1.2008- 31.12.2012.</p>	<p>Demografiset tekijät vaikuttavat itsemurharis- kiin: nuori ikä, suuressa kaupungissa asuvat ja matalatuloiset, liitännäissairaudet etenkin per- soonallisuushäiriö. Huomattiin, että itsemurhan tehneet olivat käyttäneet mielenterveyspalveluja kuukauden sisällä ennen kuolemaansa.</p>
<p>Gallego, J., Racha- mallu, V., Yuen, E., Fink, S., Duque, L. & Kane, J. 2015. USA</p>	<p>Predictors of sui- cide attempts in 3322 patients with affective disorders and schizophrenia spectrum disorders</p>	<p>Haluttiin selvittää syitä it- semurhayrityksille niille, jotka olivat läpikäyneet kattavan psykiatrisen arvi- oinnin ensiapuyksikössä.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. 3322 skitsofreniaa tai skit- soaffektiiivista häiriötä sai- rastavaa potilasta.</p>	<p>Aikaisempi itsemurhayritys, taloudelliset tappiot, parisuhteen päättymisen, mielenterveydenhäi- riöt ja perimä liittyivät merkittävästi itsemur- hayrityksiin. Lisäksi itsemurhayrityksiin vaikutti- vat erilaiset stressitekijät, kuten epätoivon tun- teet, terveysongelmat, nöyryytys ja häpeä.</p>
<p>Juncheng Lyu, J., Zhang, J. & Hen- nessy, D. 2021. USA & Kiina</p>	<p>Characteristics and risk factors for suicide in people with Schizophre- nia in comparison to Those without Schizophrenia</p>	<p>Tarkoituksena verrata skit- sofreniaa sairastavien ja muun väestön itsemurha- tapauksia keskenään Kii- nan maaseutualueilla.</p>	<p>Määrällinen tutkimus, jonka tukena käytettiin myös laadullisia tutkimus- menetelmiä, kuten struk- turoitua haastattelua itse- murhan tehneiden per- heiltä ja ystäviltä.</p> <p>Tietoa itsemurhatapauk- sista kerättiin Kiinassa kol- mesta eri läänistä.</p>	<p>Skitsofreniaa sairastavien itsemurhissa esiin nousi naissukupuoli sekä vanhempi ikä. Lisäksi krooni- nen sairaus, huono fyysinen terveys, perheessä psykkisiä häiriöitä, aikaisemmat itsemurha yri- tykset, ahdistuneisuus ja masentuneisuus, ystä- vien avun puute ja kaiken kaikkiaan huono sosi- aalinen tuki nousivat esille skitsofreniaa sairasta- vien itsemurhatapauksissa.</p>

<p>Hettige, N., Nguyen, T., Yuan, C., Rajakulendran, T., Baddour, J., Bhagwat, N., Bani-Fatemi, A., Voineskos, A., Chakravarty, M. & De Luca, V. 2017. Kanada</p>	<p>Classification of suicide attempters in schizophrenia using sociocultural and clinical features: A machine learning approach</p>	<p>Tarkoituksena luoda malli, jonka avulla voidaan tarkasti huomata ennustemerkit skitsofreniaa sairastavien itsemurhayrityksille sekä merkit niille, jotka eivät yritä itsemurhaa.</p>	<p>Poikittaistutkimus, jossa apuna käytettiin neljää eri analyysimenetelmää laskuria.</p> <p>345 skitsofreniaa sairastavaa Toronton opetussairaalaista.</p>	<p>Löydettiin laskureiden avulla erilaisia ennustavia merkkejä itsemurhayritykselle: sairauden kesto, osastojaksojen määrä, henkinen väkivalta, huumeiden ja alkoholin käyttö, fyysinen väkivalta, ikä, neuroottisuus.</p>
---	---	---	---	--

Liite 2: Redusointi, klusterointi ja abstrahointi

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
skitsofreniaa sairastavien miesten itsemurhia vähemmän kuin naisien	sukupuolierot	demografiset tekijät	itsemurhariskiin vaikuttavat tekijät
skitsofreniaa sairastavien miesten itsemurhia enemmän kuin naisien			
skitsofreniaa sairastavien nuorien aikuisten itsemurhia eniten	ikään liittyvät eroavaisuudet		
skitsofreniaa sairastavien yli 65-vuotiaiden itsemurhia vähiten			
itsemurhien esiintyvyys korkeampi kaupungin matalatuloisessa kaupunginosassa	asuinpaikka		
lähes jokaisella skitsofreniaa sairastavalla itsemurha-ajatuksia, itsemurhayrityksiä tai -suunnitelmia itsemurhayrityksen jälkeen	suora itsetuhoisuus	itsetuhoinen käyttäytyminen	
aikaisemmat itsemurhayritykset lisäävät itsemurhariskiä			
ahdistuneisuus ja masentuneisuus vaikuttavat itsemurhariskiin	mielenterveyden ongelmat	liitännäissairaudet	
diagnosoidun mielialahäiriön tai persoonallisuushäiriön yhteys itsemurhariskiin			
post-traumaattinen stressihäiriö, paniikkihäiriö ja ahdistuneisuushäiriö skitsofreniaa sairastavalla lisäävät itsetuhoista käyttäytymistä			
negatiiviset tunnetilat; itsemurhariskiin vaikuttavat epätoivon tunne sekä nöyryytys ja häpeä			

itsemurhien yhteydessä havaittu esiintyvän lääkkeiden väärinkäyttöä	päihderiippuvuudet		
diagnosoitu alkoholiriippuvuus tai huumeriippuvuus			
yhteydessä mielenterveyspalveluihin 30 päivän aikana ennen itsemurhantekoa	hoitokontaktit	terveyspalveluiden käyttäminen	
käynyt psykiatrin vastaanotolla 30 päivän aikana ennen itsemurhan tekoa			
psykiatrinen sairaalahoito viiden vuoden aikana ennen itsemurhaa			
perheessä esiintyneet itsemurhat yhteydessä itsemurhariskille	perheen taustatekijät	perimä	
perheessä esiintyneet psyykkiset terveysongelmat yhteydessä itsemurhariskiin			
skitsofreniaa sairastavan taloudelliset ongelmat altistavat itsemurhayritykselle	sosioekonominen asema	psykososiaaliset riskitekijät	
ystävien tuen puute lisää itsemurhariskiä	yksinäisyys		
skitsofreniaa sairastavan heikot sosiaaliset suhteet ja sosiaalisen tuen puutteet altistavat itsemurhayritykselle			
Parisuhteen päättyminen lisäsi itsemurhariskiä			
fyysisen ja seksuaalisen väkivallan yhteys itsemurhaan	väkivallan kokeminen	psykofyysiset riskitekijät	
krooninen sairaus lisää itsemurhariskiä	parantumaton sairaus		
heikko fyysinen terveydentila yhteydessä itsemurhariskiin	heikko fyysinen kunto		

Sairausten kestolla yhteys itsemurhariskiin	sairausten vaiheet		
Neurolepteistä klotsapiini on vähentänyt itsemurhia	lääkehoito	sairausten lääkinällinen hoito	
Rauhoittavien lääkevalmisteiden liitännäishoito on yhteydessä kohonneeseen itsemurhariskiin			

Liite 3: Opinnäytetyösopimus

LAUREA AMMATTIKORKEAKOULU
University of Applied Sciences

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan
opinnäytetyösopimus

1 (2)

Opinnäytetyösopimukseen liittyvät konkreettiset ohjeet kirjoitetaan kampuskohtaisesti tämän sopimuksen alkuun.

Opiskelija(t): Johanna Lindholm, Milla Paldán ja Eveliina Pulkkinen
Opinnäytetyön hanke:
Opinnäytetyön aihe ja tarkoitus: Skitsofreniaa sairastavan itsemurhariskin arviointi Edistää itsemurhariskin arviointia ja yhtenäistää käytettäviä menetelmiä.
Opinnäytetyön yhteys hankkeen tavoitteisiin:
Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ja alustava viitekehys: itsemurhariski, skitsofrenia, arviointi, kirjallisuuskatsaus
Keskeiset lähteet: EBSCO, PubMed, Finna, Google Scholar
Opinnäytetyön menetelmät: Kirjallisuuskatsaus, tutkimusten etsiminen ja tulosten analysointi
Opinnäytetyön alustava aikataulu:
Työelämäkumppanin rooli opinnäytetyössä (mahdollistaa opinnäytetyön toteuttamisen esim. monisteet, postitus, tilat ym. materiaaliset asiat): Työelämäkumppani lukee opinnäytetyön ja arvioi siitä saamansa hyödyt.
Tulosten julkaiseminen ja levittäminen työelämään: Opinnäytetyö julkaistaan ja annetaan työelämäkumppanin luettavaksi, joka arvioi opinnäytetyöstä saatavat hyödyt.

Vakuutus siitä, että opiskelija
sitoutuu noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita opinnäytetyössään:

Olen tietoinen siitä, että terveys- ja sosiaali-alan opiskelijana opinnäytetyön tekemisen sovelletaan vaihtolovelvollisuutta, josta on säädetty mm. Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812/15 §) ja Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/317 §). En saa sivullisille luvatta ilmaista yksityisen henkilön tai perheen tietoja, josta olen opinnäytetyötä perusteella saanut tiedon. Sitoudun pitämään tiedonhankinnan yhteydessä saamani yksittäisiä henkilöitä koskevat tiedot luottamuksellisena. Salassapitovelvollisuus säilyy opintojen loppumisen jälkeen.

Noudatan tiedonhankinnassa ja aineiston käsittelyssä luottamuksellisuutta ja totuudellisuutta. Kiinnitän erityistä huomiota siihen, ettei opinnäytetyöstä koidu mitään haittaa siihen osallistuville henkilöille. Noudatan toiminnassani Laurean tutkimuseettisiä ohjeita.

Ohjausta koskevat sopimukset:

Allekirjoitukset

	Aika	Paikka	Allekirjoitus
Opiskelija(t):	8.2.2023	Espoo	Milla Parikka
	8.2.2023	Espoo	Evd
	8.2.2023	Espoo	Mina L
Ohjaaja(t):	14.3.2023	Vantaalla	[Signature]
Työelämän edustaja(t):	8.2.2023	ESPOO	[Signature]

Tästä sopimuksesta luovutetaan yksi kopio kaikille osapuolille (opiskelija, ohjaaja, työelämän edustaja).
Konreettiset ohjeet voidaan lisätä kampuskohtaisesti opinnäytetyöprosessin mukaisesti.

