

Vaihtelua arkeen – kuntouttavaa toimintaa Iisalmen injektiorryhmälle

Hanna Nerg & Henriikka Venäläinen

Opinnäytetyö

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijät Hanna Nerg ja Henriikka Venäläinen	
Työn nimi Vaihtelua arkeen – kuntouttavaa toimintaa Iisalmen injektiryhmälle	
Päiväys 20.11.2014	Sivumäärä/Liitteet 53/7
Ohjaajat Raija Pulkkinen ja Merja Jokelainen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Iisalmen injektiryhmä	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Toiminnallisena opinnäytetyönä suunniteltiin ja pilotoitiin toimintasuunnitelma Iisalmen injektiryhmälle. Tavoitteena oli edistää skitsofreniapotilaiden kuntoutumista ja elämönhallintaitoja. Opinnäytetyön tarkoituksena oli antaa toiminnallista sisältöä injektiryhmälle.</p> <p>Toimeksiantajana opinnäytetyölle oli Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän Iisalmen alueen injektiryhmä. Injektiryhmän potilaista suurin osa sairastaa skitsofreniaa. Injektiryhmässä potilaat käyvät säännöllisesti ottamassa injektio-lääkettä. Ryhmään osallistuminen on vapaaehtoista. Toimintasuunnitelmalla yritetään edistää injektiryhmän toimintaa lääkkeenoton jälkeisellä seuranta-ajalla.</p> <p>Toiminnallisessa opinnäytetyössä suunniteltiin ja pilotoitiin viisi ryhmätapaamista, joiden aiheina olivat liikunta, ravitsemus ja käsihygieniä, uni ja lepo, tupakointi sekä askartelu. Opinnäytetyön toteutuksessa yhdistettiin psykososiaalinen hoito ja toiminnalliset menetelmät lääkkeenottoon. Opinnäytetyössä käytettiin psykoedukaatiota keskusteluissa. Toiminnalliset menetelmät valittiin potilaiden ja toimeksiantajan toiveiden sekä teoreettisen tiedon pohjalta. Toiminnallinen opinnäytetyö rakennettiin teoreettisen perehtymisen lisäksi suunnitelmavaiheesta, toteutuksen raportoinnista sekä arvioinnista ja pohdinnasta. Toteutusta raportoitiin arviointipäiväkirjojen pohjalta. Arvioinnissa käytettiin arviointipäiväkirjojen lisäksi potilaiden palautetta, joka kerättiin Plus delta -menetelmällä.</p> <p>Tulevaisuudessa on hyvä tarkastella psykososiaalisen hoidon ja toiminnallisten menetelmien käyttämistä kyseisessä ryhmässä. Niiden toimivuutta voi arvioida sekä potilaiden että työntekijöiden näkökulmasta. Potilaiden kuntoutumisen edistymistä on myös hyvä jossain vaiheessa arvioida.</p>	
Avainsanat toiminnallinen opinnäytetyö, toimintasuunnitelma, skitsofrenia, ryhmä, psykososiaalinen hoito, toiminnalliset menetelmät, kuntoutus	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Authors Hanna Nerg and Henriikka Venäläinen			
Title of Thesis Variety to ordinary days in life – rehabilitating activity to the injection group in Iisalmi			
Date	20.11.2014	Pages/Appendices	53/7
Supervisors Raija Pulkkinen and Merja Jokelainen			
Client Organisation /Partners Ylä-Savon SOTE Joint Municipal Authority in Social and Health Care, Injection group in Iisalmi			
<p>Abstract</p> <p>An activity plan was designed and piloted as a functional thesis to an injection group in Iisalmi. The aim was to assist the rehabilitation of patients with schizophrenia and their life management skills. The aim was to give a functional content to the injection group.</p> <p>The client organisation of the thesis was Ylä-Savon SOTE Joint Municipal Authority in Social and Health Care, the injection group in Iisalmi. The majority of patients of the injection group have schizophrenia. Regularly the patients go to the group to get an anti-psychotic medicine as a syringe. Participation in the group is voluntary. The aim of the action plan is to promote the functional activities of the injection group when the patients are on medicine control.</p> <p>Five meetings were designed and piloted this functional thesis. The themes were physical activity, nutrition and hand hygiene, sleep and rest, smoking and crafts. Psychosocial treatment and functional methods were combined to intake of medicine in the implementation of the thesis. Discussions in the thesis are based on psychoeducation. The functional methods were chosen according to the patients' and the client's wishes and theoretical framework. The thesis consists of the theoretical framework, action plan, reporting of the implementation, assessment and conclusions. The implementation report is based on assessment diaries. Patient feedback, which was collect by Plus Delta –method, was also used in the assessment.</p> <p>In future it would be good to observe the use of psychosocial treatment and functional methods in the group. Functionality of those methods could be assessed from the patients' and employers' viewpoint. It would be good to asses rehabilitation of the patients in the future as well.</p>			
<p>Keywords action plan, functional methods, functional thesis, group, psychosocial treatment, rehabilitation, schizophrenia</p>			

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	8
2	MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYSTYÖ	9
	2.1 Mielenterveys	9
	2.2 Mielenterveystyö	10
3	SKITSOFRENIA	11
	3.1 Skitsofrenia psykoosisairautena	11
	3.2 Skitsofrenian muodot	12
4	SKITSOFRENIA POTILAAN KUNTOUTUS	14
	4.1 Psykiatrisen kuntoutus	14
	4.2 Lääkehoito ja psykososiaalinen hoito kuntoutuksessa	15
	4.2.1 Pitkävaikuttiset psykoosilääkeinjektiot skitsofrenian hoidossa	16
	4.2.2 Psykoedukaatio	16
5	KUNTOUTUMINEN TOIMINNALLISESSA RYHMÄSSÄ	18
	5.1 Ryhmän hyödyntäminen mielenterveystyössä	18
	5.2 Ohjaajana ryhmässä	20
	5.3 Toiminnalliset menetelmät	20
6	SKITSOFRENIA POTILAAN TERVEYDEN EDISTÄMINEN	21
	6.1 Liikunta osana skitsofreniapotilaan kuntoutusta	21
	6.2 Ravitsemuksen ja hygienian vaikutus kuntoutujan terveyteen	22
	6.3 Riittävän levon merkitys skitsofreniapotilaan kuntoutumiselle	22
	6.4 Skitsofreniapotilaan motivoiminen tupakoinnin vähentämiseen	23
7	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TOIMEKSIANTAJA	26
	7.1 Tavoitteet ja tehtävät	26
	7.2 Toimeksiantaja ja kohderyhmä	26
8	RYHMÄTAPAAMISTEN TOTEUTUS	28
	8.1 Ryhmätapaamisiin valmistautuminen	28
	8.2 Ensimmäinen ryhmätapaaminen	29
	8.3 Toinen ryhmätapaaminen	30
	8.4 Kolmas ryhmätapaaminen	31
	8.5 Neljäs ryhmätapaaminen	31
	8.6 Viides ryhmätapaaminen	32
9	OPINNÄYTETYÖPROSESSIN ARVIOINTI	33

9.1 Ryhmätapaamisten arviointi.....	33
9.2 Ohjauksen arviointi	35
9.3 Arvioinnissa esiin tulleet ongelmakohdat.....	36
10 POHDINTA	37
10.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	37
10.2 Opinnäytetyöprosessi	38
10.3 Ammatillinen kehittyminen.....	40
10.4 Jatkotutkimukset ja kehittämisideat.....	40
LÄHTEET	41

LIITTEET

Liite 1 Ryhmätapaamisten suunnitelmat

Liite 2 Välineet ja niiden hankinta

Liite 3 Plus delta -taulukkopohjamalli

Liite 4 Viranhaltijapäätös Ylä-Savon SOTE kuntayhtymältä

1 JOHDANTO

Vuonna 2011 psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita käytti yli 159 000 ihmistä, joista suurin osa, 152 715 ihmistä, käytti avohoidon vastaanottopalveluja. Näistä henkilöistä sairaalahoitoa tarvitsi 21 622 ihmistä eli noin 14 %. Pelkkää sairaalahoitoa tarvitsi 6 906 henkilöä. Käyntejä erikoissairaanhoidon avohoitopalveluissa oli yli 1,7 miljoonaa. Perusterveydenhuollon avopalvelujen käyntejä taas oli noin 670 000 kappaletta. (THL 2013b.)

Vuosina 2002–2011 skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt olivat suurin sairaanhoitoa tarvitseva diagnoosiryhmä (THL 2013b). Suomalaisen arvion mukaan skitsofrenia aiheuttaa vuodessa noin miljardin euron kustannukset. Suurin osa hoitokustannuksista koostuu sairaalahoidosta sekä muusta jatkuvaa hoitoa vaativasta hoidosta. Lääkehoidon osuus kustannuksista on arvioitu olevan 22 %:n luokkaa. (Käypä hoito -suositus 2013: skitsofrenia.)

Psykoosilääkityksellä on tärkeä osa psykoottisten sairauksien hoidossa. Se on tehokas keino ehkäistä psykoosien uusiutumista. Pitkävaikutteinen injektio­lääkitys on hyvä vaihtoehto, jos potilaan sairaudentunto on heikko. On todettu, että käytettäessä injektio­lääkitystä potilaiden pitkäaikaishoitotulos on parantunut. Kun pitkäaikais­lääkitys skitsofrenian hoidossa toteutuu suunnitellusti, sairaalajaksojen tarve ja skitsofreniaa sairastavien kuolleisuus vähenee. (Käypä hoito -suositus 2013: skitsofrenia.)

Suomessa psykoosin lääkehoidon tarve vaihtelee alueittain. Lääkehoitoa tarvitsee selkeästi pienempi määrä ihmisiä Etelä-Suomessa kuin Itä-Suomessa (Lönqvist 2005.) Jonna Perälän (2013) väitöskirjan mukaan psykoottisia häiriöitä esiintyy eniten Itä-Suomen ja Pohjois-Suomen alueilla. Psykoottisten häiriöiden esiintyvyys Suomessa on 3,5 %. Skitsofrenia on yleisin psykoosisairaus.

Edellä mainittujen tietojen perusteella voidaan todeta, että skitsofrenian avohoitopalvelut ovat tärkeitä Ylä-Savon alueella. Opinnäytetyössämme suunnittelemme ja pilotoimme kuntouttavaa ryhmätoimintaa Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän injektio­ryhmälle lisälmeen. Injektio­ryhmällä tarkoitetaan ryhmää, joka on perustettu potilaille, jotka saavat psykoosilääkkeen injektio­muodossa. Näin injektio­potilaat on voitu keskittää yhteen paikkaan, jonne he tulevat samaan aikaan säännöllisesti. (Hartikainen, Pöyhönen & Remes 2013.)

2 MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYSTYÖ

2.1 Mielenterveys

Mielenterveyden lähtökohtana on, että – lukuun ottamatta mielenterveysongelmia ja häiriöitä – yksilöllisesti hyvinvoiva ihminen on toimintakykyinen ja iloitsee elämästä. Mielenterveyden tila voi kuitenkin väliaikaisesti muuttua huonovointisuuden ja hyvän olon välillä. (Kiiltomäki, Noppari & Pesonen 2007, 18.) Näin voi käydä, kun esimerkiksi ympäristön vaikutuksesta ihmisen elämäntilanteet muuttuvat. Voidaan todeta, että mielenterveys ei riipu ainoastaan ihmisestä, vaan siihen vaikuttaa myös hänen elinympäristönsä. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen, Schubert & Seuri 2010, 19.)

Mielenterveys määritellään negatiiviseen ja positiiviseen mielenterveyteen. Positiivinen mielenterveys tarkoittaa yksilön mahdollisuutta elää hyvinvoivana täysipainoista elämää. Positiiviseen mielenterveyteen kuuluvat myös muun muassa ihmisen omat voimavarat, hyvä itseluottamus, luottamus omiin kykyihin sekä riittävät ongelmanratkaisutaidot. Positiivinen mielenterveys auttaa jaksamaan arjessa ja auttaa yksilöä kestämään vastoinkäymisiä. Sen sijaan negatiivisella mielenterveydellä tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöitä. (Kanerva ym. 2010, 17.)

Yksilöllisiä mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa ihmisen perimä ja sukupuoli (Kanerva ym. 2010, 19). Lisäksi ihmisen kehitys ja sosiaalinen vuorovaikutus vaikuttavat siihen (Kanerva ym. 2010, 19–21; Kiiltomäki, Noppari & Pesonen 2007, 18). Kyky ylläpitää toimivia ihmissuhteita vaalii ihmisen mielenterveyttä. Lapsuudessa koetulla perusturvallisuuden tunteella tai sen puuttumisella on vaikutusta myöhemmässä vaiheessa elämää. Mielenterveyteen katsotaan myös vaikuttavan yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit, esimerkiksi työttömyys voi vaikuttaa negatiivisesti mielenterveyteen. Ympäristön kulttuuriset arvot eivät myöskään ole merkityksettömiä. Yksilön elinympäristössä on merkittävää, kuinka ihmisoikeudet toteutuvat, kuinka erilaisuuteen suhtaudutaan ja onko yksilön vaarana tulla mielenterveysongelmien vuoksi leimatuksi. Ihmisen fyysinen terveys vaikuttaa myös psyykkiseen terveyteen. Psyykkinen ja fyysinen terveys ovat yhteydessä toisiinsa, eikä niitä voi erottaa toisistaan. (Kanerva ym. 2010, 19–21.)

2.2 Mielensterveystyö

Mielensterveyslaki (1990, §1) määrittelee mielensterveystyön. Se velvoittaa mielensterveystyön edistämään psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja persoonallista kasvua. Lisäksi mielensterveystyön tulisi ehkäistä, parantaa ja lievittää mielisairauksia ja mielensterveydenhäiriöitä. Lääketieteellisesti arvioitujen mielisairauksista ja mielensterveydenhäiriöistä sairastavien henkilöiden kuuluu saada sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Terveydenhuollon palveluja käyttävästä ihmisestä käytetään käsitettä potilas (THL 2012).

Mielensterveystyötä tekevät terveydenhuolto, sosiaalipalvelut sekä muut hallinnonalat, kansalaisjärjestöt ja väestö itse. Voidaan todeta, että psykiatrinen erikoissairaanhoido on vain pieni osa mielensterveystyön kokonaisuudessa. Rakennemuutos 1980-luvulta alkaen johti sairaalapaikkojen vähentämiseen ja avohoidon merkityksen kasvuun. Tällöin avohoidon paineet lisääntyivät. Psykiatrisen avohoidon kannalta tapahtui 1990-luvulla keskeinen muutos, sillä palvelut siirrettiin hallinnollisesti sairaanhoitopiireistä kuntien omaksi toiminnaksi. Tämän muutoksen myötä aiheutui palvelujen välillä myös kuntien välisiä eroja. Sen vuoksi kuntia on tärkeää tukea muun muassa erilaisin kehittämishankkein. Tärkein osa mielensterveystyöstä on kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollossa toteutuva mielensterveystyö, jonka tehtävänä on edistää mielensterveyttä, tehdä ehkäisevää työtä, huolehtia yleisimpien mielensterveydenhäiriöiden hoidosta ja kuntoutuksesta sekä niiden diagnostiikasta. (Lehtinen & Taipale 2005.)

Mielensterveystyöhön kuuluvat primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventio. Primaaripreventio tarkoittaa sairauden puhkeamisen ennaltaehkäisyä. (Koskenvuo & Mattila 2009.) Primaaripreventiossa tavoitteena on vahvistaa mielensterveyttä suojaavia tekijöitä ja poistamaan ja vähentämään riskitekijöitä. Ennaltaehkäisevällä toiminnalla voidaan myös edistää sellaisten ihmisten toimintakykyä, joilla on mahdollinen riski sairastua. (Kanerva ym. 2010, 27.) Primaaripreventiolla voidaan siis vähentää yksilön sairastumisen riskiä. Sekundaaripreventio liittyy jo puhjenneen sairauden hoitamiseen. (Koskenvuo & Mattila 2009.) Sekundaaripreventiossa ehkäistään sairauden pahenemista ja kroonistumista tunnistamalla oireet varhain (Kanerva ym. 2010, 28). Hoidon nopea aloittaminen on tärkeää, koska sillä tavoin voidaan välttää oireiden paheneminen liian myöhäisen hoidon aloittamisen vuoksi. Tertiaariprevention eli korjaavan toiminnan päämääränä on estää jo olemassa olevan sairauden ja sen aiheuttamien haittojen paheneminen sekä toimintakyvyn lasku. Tähän osa-alueeseen liittyy olennaisena osana kuntoutus, mielensterveysongelmien hoito ja tutkiminen. (Kanerva ym. 2010, 28.)

3 SKITSOFRENIA

3.1 Skitsofrenia psykoosisairautena

Skitsofrenia on mielisairaus, joka puhkeaa usein nuorella aikuisiällä – miehillä aikaisemmin kuin naisilla. Joillakin ihmisillä on suurempi alttius sairastua skitsofreniaan, mikä voi johtua perinnöllisistä syistä tai varhaiskehityksen aikana syntyneistä syistä. Jos vanhemmilla tai sisaruksilla on skitsofrenia, sairastumisriski kymmenkertaistuu. Skitsofreniaan sairastumisen voi laukaista sisäinen tai ulkoinen stressi, jonka syitä voivat olla muun muassa aikuistumiseen ja parisuhteeseen liittyvät kriisit. Huumausaineiden, esimerkiksi kannabiksen, on todettu nostavan riskiä sairastua skitsofreniaan. (Käypä hoito -suositus 2013: skitsofrenia.)

Ennen skitsofrenian puhkeamista ennakoivat ennakko-oireet. Niitä voivat olla masennus, ahdistuneisuus ja heikentynyt toimintakyky, jotka voivat jatkua muutamasta päivästä jopa useaan vuoteen. Oireet saattavat välillä hävitä palaten taas takaisin. Ennakko-oireista kärsivä ei aina sairastu skitsofreniaan, mutta joskus ne kehittyvät psykoosiksi. (Käypä hoito -suositus 2013: skitsofrenia.)

Kyse on psykoosista, kun potilaan todellisuudentaju häiriintyy vakavasti ja siihen liittyy aistiharhoja tai harhaluuloja (Bruijn 2006). Myös häiriöt ajatuksessa ja puheessa sekä sairaudentunnottomuus ovat psykoosin oireita (Laukkala, Riihola & Salokangas 2013). Psykoosi muuttaa potilaan elämää, mutta vaikuttaa myös suuresti hänen läheistensä elämään. Hyvä vertauskuva muutoksesta on inhimillisesti tapahtunut katastrofi. Uudenlaiset kokemukset, joita psykoosi tuo potilaalle, voivat tuntua oudoilta ja pelottavilta. (Bruijn 2006.) Psykoosipotilaalle on tyypillistä pelkääminen sosiaalisissa tilanteissa. Sosiaalinen kanssakäyminen on monelle vaikeaa, joten ymmärretyksi tuleminen voi olla haastavaa. Elämään liittyvät vaikeudet voivat edesauttaa psykoosin oireilua tai puhkaista psykoosin uudelleen. (Kieseppä & Oksanen 2013.)

Skitsofrenian oireet voidaan jakaa kahteen ryhmään: positiivisiin ja negatiivisiin. Positiiviset skitsofrenian oireet ilmenevät yleensä sairauden akuutissa vaiheessa. Sen sijaan negatiiviset oireet esiintyvät usein jälkioireina. Positiiviset oireet ilmenevät potilaassa esimerkiksi käytöksen harhaisuutena, kiihtymyksenä, suuruusharhoina, epäluuloisuutena ja vihamielisyytenä. Negatiiviset oireet sen sijaan aiheuttavat ihmisen normaalin mielentoiminnan kaventumista. Negatiivisia oireita voivat olla muun muassa passiivisuus, tunteiden latistuminen, vaikeudet kanssakäymisessä muiden ihmis-

ten kanssa sekä vetäytyminen. Jos negatiivisia oireita ilmenee sairauden akuutissa vaiheessa, on sairauden ennuste huono. (Nordling & Toivio 2009, 122–123.)

Skitsofreniaan voi liittyä häiriöitä kognitiivisissa toiminnoissa. Kognitiivisia toimintoja ovat muun muassa oppiminen, muisti, päättely, tarkkaavaisuus ja keskittyminen. Potilaan lääkityksen sivuvaikutukset voivat aiheuttaa kognitiivisia häiriöitä, mutta nämä häiriöt voivat olla nähtävissä jo ennen lääkityksen aloittamista. Kognitiiviset häiriöt aiheuttavat skitsofreniapotilaalle psykososiaalisia ongelmia. Muistiongelmat aiheuttavat ongelmia potilaan oppimis- ja vuorovaikutustaidoissa. Työmuistissa ilmenevät häiriöt sen sijaan aiheuttavat puutteellisuutta potilaan puheessa ja ajattelussa. Tarkkaavaisuushäiriöt johtavat potilaan keskittymisvaikeuksiin sekä tekevät hänestä lyhytjännitteisen. Lisäksi potilaalla voi esiintyä kognitiivisten häiriöiden vuoksi aloitekyvyttömyyttä sekä vaikeuksia oman toiminnan suunnittelemisessa ja tavoitteiden saavuttamisessa. (Nordling & Toivio 2009, 123–124.)

Skitsofrenia on pitkäaikainen, osalla sairastuneista loppu elämän kestävä sairaus. Skitsofrenian hoitaminen on pitkäaikaista. (Isohanni, Kiesepä, Koponen, Lönnqist & Suvisaari 2011, 102.) Puolet skitsofreniaa sairastavista potilaista toipuu kohtuullisen hyvin ja vain noin 10 % tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa selviytymiseen. Suurin osa potilaista tarvitsee hoitoa useiden vuosien ajan. Skitsofrenian ennusteessa tapahtuu usein vaihtelua ja sairauden tilassa voi tulla muutoksia vuosienkin jälkeen sairastumisesta. Sen vuoksi myös pitkään sairastaneelle potilaalle on aiheellista järjestää hoitoa ja kuntoutustoimenpiteitä. (Käypä hoito -suositus 2013: skitsofrenia.)

3.2 Skitsofrenian muodot

Skitsofreniassa on erilaisia muotoja, jotka ovat paranoidinen, hebefreninen, katatoninen, erilaistumaton ja residuaalinen (Nordling & Toivio 2009, 120). Skitsofrenian yleisin muoto on paranoidinen skitsofrenia (Bengston 2006). Tämä skitsofrenian päämuoto puhkeaa yleensä vasta aikuisena (Isohanni ym. 2011, 73). Paranoidiselle muodolle tyypillisiä ovat suuruskuvitelmat tai vainoamisharhat. Tavallisia oireita ovat myös harha-aistimukset, kuten kuuloharhat tai somaattiset harha-aistimukset kuten hajuelämykset. (Lähteenlahti 2008b.) Paranoidiseen skitsofreniaan sairastuneen toimintakyky säilyy yleensä parempana kuin muihin skitsofrenian päämuotoihin sairastuneilla (Isohanni ym. 2011,73).

Hebefreninen eli hajanainen muoto alkaa usein jo murrosiässä ja joskus jopa aikaisemminkin. (Lähteenlahti 2008c.) Hebefrenisen skitsofrenian ennuste on huonompi

kuin muiden skitsofrenian muotojen ja sairauden puhkeaminen johtaa usein sairaala-
hoitoon (Isohanni ym. 2011, 73). Kyseisessä päämuodossa esiintyy paljon kuulohar-
hoja, sairastuneen puhe muuttuu vaikeaksi ymmärtää, tunnereaktiot muuttuvat ja
toimintakyky alenee (Lähteenlahti 2008c).

Katatoninen skitsofrenia on harvinainen skitsofrenian muoto (Isohanni ym. 2011, 73).
Sen oireet liittyvät ruumiinasentoihin ja liikkumiseen. Sairastunut voi olla jäykkä, olla
erikoisissa asennoissa, vastustaa liikkumiseen liittyviä käskyjä ja olla puhumaton.
(Lähteenlahti 2008c.) Oireena voi olla myös kaikupuhe, jossa ihminen toistaa toisen
henkilön sanoja sekä kaikukäytös, jossa ihminen matkii toisen ihmisen liikkumista ja
käytöstä (Isohanni ym. 2011, 73).

Erilaistumattomaan skitsofreniaan sairastunut ei tunne mielenkiintoa työhön tai har-
rastuksiin, alkaa vetäytyä pois kontakteista, omasta itsestä huolehtiminen heikkenee
ja henkilöstä tulee passiivinen (Lähteenlahti 2008c). Tämän muodon diagnosoiminen
voi olla haastavaa, sillä siihen voi liittyä monien skitsofreniamuotojen oireita (Nordling
& Toivio 2009, 121). Residuaalinen skitsofrenia esiintyy yleensä kroonistuneessa
vaiheessa. Potilas on usein passiivinen ja vetäytyvä. Potilaalla esiintyy toistuvasti
samoja harhaluuloja. (Nordling & Toivio 2009, 120.)

4 SKITSOFRENIAPOTILAAN KUNTOUTUS

4.1 Psykiatrinen kuntoutus

Psykiatrisen kuntoutuksen tarkoituksena on parantaa kuntoutujan toimintakykyä. Toimintakyky on usein mielenterveysongelmaisella alentunut. Se voi ilmetä vaikeuksina selvitä päivittäisen elämän haasteista ja toiminnoista, esimerkiksi kotitöiden tekemisestä, itsestään huolehtimisesta ja töiden tekemisestä. Toimintakyvyllä on useita ulottuvuuksia, fyysinen, kognitiivinen, sosiaalinen ja psyykinen. Kun toimintakyky on hyvä, on ihminen tasapainossa kaikilta näiltä osa-alueilta. Toimintakykyä parantamalla voidaan siis parantaa asiakkaan hyvinvointia. (THL 2013a.)

Kuntoutumisessa on tärkeää keskittyä potilaan omien voimavarojen löytämiseen ja niiden hyödyntämiseen kuntoutumisessa. Psykiatrisessa hoitotyössä sairauskeskeisyys kuitenkin on hyvin yleistä, jolloin keskitytään lähinnä potilaan oireiden poistamiseen ja lievittämiseen. Kuntoutus voi auttaa potilasta kohti normaalia ja mielekästä elämää. Potilaat ovat itse parhaita oman elämänsä asiantuntijoita. Sen vuoksi on hyvin tärkeää kuunnella, mitä he toivovat omalta kuntoutumiseltaan. Mielenterveyskuntoutuksessa on tärkeää huomioida potilaiden omaa osallistumista ja osaamista, eikä ainoastaan ajatella heidän olevan avun passiivisia vastaanottajia. Kun otetaan huomioon asiakkaan omat toiveet, tavoitteet, mahdollisuudet ja tarpeet, kuntoutuminen onnistuu parhaiten. Yksilöllisyys on hyvin tärkeä muistaa kuntoutumisessa, sillä samat asiat eivät aina tuo samoja tuloksia kaikilla potilailla. (Riikonen 2008, 159–160.)

Potilaat, jotka tarvitsevat kuntoutusta, ovat lähteneet kuntouttavaan toimintaan mukaan sairastumisensa vuoksi. On todella tärkeää, että sairaus huomioidaan osana kuntoutusta ja ihmistä. (Riikonen 2008, 160.) Kuntoutuksen kohteena pitäisi kuitenkin olla koko ihminen eikä ainoastaan hänen sairautensa. Kuntoutustyöntekijän olisi hyvä ottaa huomioon useita asioita työtä tehdessään. Hänen tulisi huomioida kuntoutuvan henkilön ainutlaatuisuus ihmisenä, hänen elämäntilanteensa, lähiomaisten ja tuttaviensa suhtautuminen sairastuneeseen, hänen taloudellinen tilanteensa sekä hänen ammatilliset vaikuttimensa. Kun potilaan kokonaisuus otetaan huomioon kokonaisvaltaisesti, pystytään tunnistamaan paremmin potilaan omia voimavaroja ja vahvistamaan niitä. (Rissanen 2008, 676–677.)

Psykiatrisessa kuntoutuksessa potilaan ja kuntoutustyöntekijän välille kehittyy luottamuksellinen hoitosuhde. Hoitosuhde on usein pitkäaikainen, ja siksi on tärkeää, että kummallekin osapuolelle on selvää, mihin kuntoutuksella tavoitellaan ja mitä hoitosuhteelta halutaan. Jotta kuntoutuminen onnistuu, on potilaan ja kuntoutustyöntekijän välinen kunnioitus sekä luottamus erityisen tärkeää. Kuntoutustyöntekijältä vaaditaan asiantuntijuutta ja hyviä vuorovaikutustaitoja. (Lähteenlahti 2008a.) Työntekijältä kaivataan myös herkkyyttä huomata asiakkaan toiveita. Psykiatriset potilaat voivat olla monella tapaa haastava potilasryhmä, sillä he ovat saattaneet kohdata mielen-terveytensä järkyttyä esimerkiksi syrjäytymistä. Heillä voi olla esimerkiksi vaikeuksia vuorovaikutustaidoissa, pelkoa mennä sosiaalisiin tilanteisiin, aloitekyvyttömyyttä sekä syrjityksi ja torjutuksi tulemisen tunteita. (Riikonen 2008, 158.)

Psykiatrisessa kuntoutuksessa vertaistuellista kuntoutustoimintaa pidetään hyödyllisenä skitsofreniapotilaalle. Niin kutsuttua kokemusasiantuntijuutta on mahdollisuus hyödyntää eri tavoin. Esimerkiksi kokemusasiantuntija voi olla ryhmänvetäjän rinnalla. Roolimallin saaminen ja stigman eli sairaudesta johtuvan leimautumisen vähentyminen ovat skitsofreniapotilaalle hyödyllistä hänen kuntoutusprosessissaan. (Isohanni ym. 2011, 127.; Mielenterveystalo. s.a.a.)

4.2 Lääkehoito ja psykososiaalinen hoito kuntoutuksessa

Skitsofreniapotilaan kuntoutumisessa on keskeistä eri hoitojen yhdistäminen. Hoitokokonaisuuden tulisi vastata potilaan elämäntilannetta ja tarpeita. Hoitojen ja kuntoutuksen yhteiset periaatteet ovat potilaan oireiden poistaminen tai lievittäminen, uusien psykoosijaksojen poistaminen tai niiden vaikeuden ja määrän vähentäminen, ja psykososiaalisen toimintakyvyn ja elämänlaadun kehittäminen. (Käypä hoito -suositus 2013: skitsofrenia.)

Ensisijaisesti potilaan hoidon suositellaan toteutuvan avohoidossa ja että se on läheiset huomioonottavaa. Hoidon ja kuntoutuksen kulmakivenä pidetään hoitosuhdetta, jossa toteutuvat ymmärrys, luottamus ja pitkäkestoisuus. Psykoosilääkehoito vähentää huomattavasti akuutin psykoosin oireita, sairausjaksojen uusiutumisia sekä kokonaisuolleisuutta, kun se on yhdistettynä psykososiaaliseen hoitomuotoon. Psykososiaalinen hoitomuoto helpottaa oireita, kehittää psykososiaalista toimintakykyä ja estää psykoosijaksojen uusiutumista sekä sairaalahoitoja, kun se yhdistetään psykoosilääkehoitoon. (Käypä hoito -suositus 2013: skitsofrenia.)

Psykososiaalisia hoitomuotoja ovat muun muassa psykoedukaatio, kognitiiviset kuntoutusohjelmat ja luovat interventiot. Näiden kaikkien hoitomuotojen tavoitteina on parantaa toimintakykyä ja elämänlaatua, opettaa uusia taitoja sekä ylläpitää toimivia ihmissuhteita. Lisäksi tavoite on, että potilas ja hänen läheisensä saisivat helpotusta sopeutumisessa sairauteen. Hoitomuodoilla voidaan ehkäistä sairauden pahenemisvaiheita. (Mielenterveystalo s.a..)

4.2.1 Pitkävaikutteiset psykoosilääkeinjektiot skitsofrenian hoidossa

Skitsofrenian hoidossa psykoosilääkehoito on olennaista, sillä suurin osa skitsofreniapotilaista tarvitsee lääkehoitoa. Äkilliset psykoottiset vaiheet ja turhat sairaalahoitojaksot voidaan välttää säännöllisellä lääkkeenottamisella. Näin myös oireiden lievittäminen onnistuu. Psykoosilääkkeet voidaan jakaa kahteen ryhmään: perinteiset ja toisen polven psykoosilääkkeet. Perinteisillä psykoosilääkkeillä, kuten klooripromatsiinilla ja haloperidolilla, tarkoitetaan 1970-lukuun mennessä kehitettyjä psykoosilääkkeitä. (Huttunen 2008, 54–56.) Klotsapiini kehitettiin 1960-luvulla, mikä 1970-luvulla käynnisti uuden vaiheen psykoosilääkkeiden kehityshistoriassa (Huttunen 2008, 59; Kanerva ym. 2012, 25–26). Toisen polven psykoosilääkkeitä kehitettiin lisää 1990-luvulla. Näitä ovat muun muassa risperidoni, olantsapiini ja ketiapiini (Huttunen 2008, 59).

Samasta vaikuttavasta lääkeaineesta, kuten olantsapiinista ja risperidonista, on kehitetty tabletteja sekä injektioita (Käypä hoito -suositus 2013: skitsofrenia). Pitkävaikutteisten injektioiden kehittämisen jälkeen on saatu myönteisiä tutkimustuloksia sairaalahoitopäivien vähenemisestä, relapsien estymisestä ja hoitomyöntyvyyden kehitymisestä. (Hintikka, Liuska & Sorvaniemi 2006, 1602–1604). Relapsi tarkoittaa sairauden uusiutumista sairauden paranemisvaiheessa (Lader 1995).

Yleisin lääkehaittavaikutus perinteisissä psykoosilääkkeissä on väsymys, mutta esimerkiksi uudenpolvenlääkkeistä olantsapiinilläkin on jonkinasteinen sedaatio- eli nukuttava vaikutus (Isohanni ym. 2011, 113). Muita lääkehaittavaikutuksia ovat esimerkiksi antikolinergiset ja antiadrenergiset oireet, kuten suun kuivuminen ja sydämen tykytytys. Myös ekstrapyramidaalioireita voi haitallisesti tulla, mitä ovat muun muassa erilaiset pakkoliikkeet ja vapina. Akatisia eli motorinen levottomuus on huomattu myös olevan haittavaikutuksena. (Isohanni ym. 2011; Leinonen s.a..)

4.2.2 Psykoedukaatio

Skitsofreniaa sairastavan pitkäaikaissairaana kuntoutumisen yhtenä tavoitteena on, että potilas saa tietoa sairaudestaan, osaa hoitaa itseään ja oppii seuraamaan omaa sairauttaan ja oireitaan (Lähteenlahti 2008a). Tätä kuntoutumisen osa-aluetta tukeva hoitomenetelmä on nimeltään psykoedukaatio (Lähteenlahti 2008b, 203). Se on toiselta nimeltään koulutuksellinen terapia (Käypä hoito -suositus 2013: skitsofrenia). Psykoedukaatio on siis opetuksen ja psykoterapeuttisten keinojen yhdistämistä kuvaava työmenetelmä, jolla yritetään ehkäistä tulevia psykoosijaksoja tai lieventää niitä. Näin voidaan kohentaa potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua, sekä vähentää sairaalajaksojen tarvetta. (Lähteenlahti 2008b, 203.)

Psykoedukaatiossa potilaalle ja hänen läheisilleen annetaan tietoa hänen sairaudentilastansa ja selviytymistä tukevasta hoidosta (Kieseppä & Oksanen 2013). Tiedon antamisen lisäksi psykoedukaatioon kuuluu kokemusten jakaminen. Koulutuksen saaneet ammattihenkilöt kertovat skitsofreniasta, ja potilas sekä hänen läheisensä kertovat, millaisia tunteita sairaus heissä herättää. Olennaista on toivon herättäminen kuntoutuvalla potilaalla ja saada hänet ymmärtämään, että elämä jatkuu sairaudesta huolimatta. (Lähteenlahti 2008b, 203.)

Suosittelavaa olisi, että psykoedukaatio kuuluisi kuntoutukseen niin ryhmässä, yksilöllisessä ohjauksessa kuin läheiset huomioonottavassa työssäkin. Ryhmässä toteutetulla psykoedukaatiolla on kuitenkin omat etunsa. On tutkittu, että psykoosipotilaista koottu ryhmä on psykoosin hoidossa eduksi kuntoutumiselle. Erityisen hyvänä asiana potilaat ovat ajatelleet vertaistuen ja sairaudestaan kertomisen mahdollisuuden. Ne heijastavat potilaan stigman määrän laskemiseen, toivon syntyymiseen sekä oireiden ja sairauden hallintakeinojen harjoitteluun. (Kieseppä & Oksanen 2013.) Ryhmässä työskennellessä kuntoutujien sosiaaliset taidot paranevat (Brujn 2006, 4219).

5 KUNTOAUTUMINEN TOIMINNALLISESSA RYHMÄSSÄ

5.1 Ryhmän hyödyntäminen mielenterveystyössä

Mielenterveystyössä ryhmää voidaan lähestyä eri näkökulmista, joita ovat muun muassa psykoedukatiivinen ja psykoterapeuttinen näkökulma. Sopivin näkökulma valitaan tavoitteiden, jäsenten kunnon sekä hoitoajan tai keston mukaan. Ryhmän toteutumispaiikka vaikuttaa näkökulman valintaan: toimiiko se avohoidossa vai osastolla? Ohjaajien koulutustaso ja pätevyys ohjaavat ryhmän näkökulmaa. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen, Schubert & Seuri 2012, 110.) Tässä opinnäytetyössä käytetään psykoedukatiivista näkökulmaa.

Ryhmän ympäristön tulisi olla tukea tarjoava ja turvallinen. Tällainen ympäristö mahdollistaa, että jäsenet saavat toisiltaan tukea ja turvallisuutta, mutta myös antavat niitä toisilleen. Itseilmaisulle tulisi olla tilaa ryhmässä. Oleellista on toisen kuunteleminen ja tuen tarjoaminen. Toisia kuunnellessa oppiminen on tukevalle ja turvallisuudelle ryhmälle tärkeä ominaisuus. Kun ympäristö on tukea tarjoava ja turvallinen, sitoutuminen mahdollistuu. (Hautala, Hämäläinen, Mäkelä & Rusi-Pyykkönen 2011, 180–181.)

Ryhmässä on parantavia elementtejä, joiden vuoksi se sopii kuntoutuspotilaalle. Potilaalle voi herätä toivoa, kun hän oivaltaa, että muutkin selviävät sairauden kanssa. Potilas voi ymmärtää, että muillakin on samanlaisia ajatuksia kuin hänellä. Näin tunne omasta erilaisuudesta vähenee. Potilaan minäkeskeisyys voi vähentyä auttaessa muita potilaita. Potilas pystyy purkamaan tunteitaan ja lisäämään itsetuntemustaan. Ryhmässä käyty vuorovaikutus voi kehittää potilasta ja yhteenkuuluvuuden tunteen myötä potilas voi tuntea vastavuoroista hyväksyntää. Potilas pystyy pohtimaan elämäntarkoitukseen liittyviä asioita, mikä mahdollistaa omasta elämästä vastuun ottamista. (Hirvonen ym. 2007, 106.)

Jokaisessa ryhmässä on uhkaavia tekijöitä, jotka voivat aiheuttaa sen epäonnistumisen. Suurissa ryhmissä ei välttämättä saa ääntä kuuluviin. Tämä johtaa turhautumisen tunteeseen, joka voidaan esimerkiksi kuvata vihastumisena. Emotionaalisten yhteyksien kanssa voi olla ongelmia, esimerkiksi pelkääminen estää yhteyksien luomisen. Tällöin ryhmän reflektiivinen tila epäonnistuu. Reflektiivinen tila voi kehittyä emotionaalisten yhteyksistä yksilöiden välillä. Ryhmää voivat uhata myös muut tekijät, kuten projektio, joka tarkoittaa toisiin ihmisiin tai ryhmiin heijastettavaa pahaa

oloa. Projektivista käyttäytymistä voi esimerkiksi olla syyllistäminen ja kateus. (Kauranen 2009, 144–145.)

Ryhmän kehittymiseen kuuluu erilaisia vaiheita. Aloitusvaiheessa jäsenet liittyvät ja sitoutuvat siihen. Muotoutumisvaiheessa he tukeutuvat ja samastuvat ohjaajaan. Ohjaajaan kohdistuu paljon odotuksia liittyen ryhmän toimintaan ja toimivuuteen. Muotoutumisvaiheessa neuvotellaan yhteisistä säännöistä ja kiinnitetään huomiota siihen, että ryhmässä kaikki saavat ilmaista itseään ja tuoda esille mielipiteitään. (Kanerva ym. 2010, 113–114.) On hyvä huomioida, että selkeä alku ja loppu toteutuvat jokaisessa tapaamisessa. Näin voidaan varmistaa, että henkilöt, joilla usein jää tehtävät kesken, saavat ne tehtyä loppuun. (Hautala ym. 2012, 180.)

Kuohuntavaiheessa ryhmän vuorovaikutus lisääntyy. Jäsenet alkavat samastua ja tukeutua toisiinsa sekä uskaltavat tuoda esille kritiikkiä. Tässä vaiheessa voi tulla esille negatiivisia tunteita, jotka voivat kohdistua johtajaan, toimintaan tai ryhmään itseensä. On myös mahdollista, että yksi tai useampi jäsen on negatiivisten tunteiden kohde eli niin sanottu syntipukki. Kuohuntavaiheessa johtajan tulee kannustaa ryhmää tuomaan tunteitaan esille, jotta niihin liittyvä kuorma kevenee. (Kanerva ym. 2010, 114.)

Yhdenmukaisuusvaiheessa ryhmään liittyvät ongelmat on saatu ratkaistua ja yhteenkuuluvuuden tunne korostuu. Jäsenet ovat hyväksyneet toisensa sellaisena kuin he ovat ja haluavat pitää yllä ryhmähenkeä. He tulevat toistensa kanssa hyvin toimeen. Tämän vaiheen ongelmana on kuitenkin se, että jäsenien erilaisuutta ei vielä osata käyttää hyödyksi ja esille tulee ristiriitoja. Ristiriitojen käsittely auttaa kuitenkin ryhmää kehittymään ja antaa jäsenille mahdollisuuden ymmärtää toisiansa. (Kanerva ym. 2010, 114.)

Yhteisöllisyyden kautena ryhmän kehitys on siinä vaiheessa, että yhteistyö toimii ja kritiikkiä osataan ottaa vastaan. Jäsenien erilaisuutta hyödynnetään ja yhteistyöllä saadaan aikaan hyviä tuloksia. Yhteisöllisyyden kauden aikana jäsenet tuntevat olonsa turvalliseksi. (Kanerva ym. 2010, 115.)

Kun ryhmän toiminta on aika lopettaa, herättää se jäsenissä useita erilaisia tunteita, kuten kiitollisuutta, surua ja haikeutta. Se saattaa tuoda mieleen aiempia erokokemuksia. Viimeisellä kokoontumisella olisi hyvä käyttää aikaa näiden tunteiden käsitteilyyn, muistella sen kehittymistä ja arvioida kuinka sen tavoitteet on saavutettu. Ohjaajan tulee ottaa vastaan palautetta jäseniltä. (Kanerva ym. 2010, 115.)

5.2 Ohjaajana ryhmässä

Ryhmän ohjaus on yksilöohjaukseen verrattuna toisinaan parempi vaihtoehto potilaalle, kun häntä kuntoutetaan. Ohjausta ohjaavat tavoitteet, jotka kehittyvät ryhmän tarpeiden mukaan. Ryhmä on myös edullisempi vaihtoehto taloudellisen näkökulman mukaan, sillä sama tieto voidaan jakaa suuremmalle määrälle potilaita samalla kerralla. (Hirvonen ym. 2007, 104.)

Ryhmän ohjauksessa ohjaajalla on suuri merkitys, sillä hän on se joka vastaa siitä. Koska tässä opinnäytetyössä kyse on terveydenhuollon sisällä toimivasta ryhmästä, tulee ohjaajan eli hoitajan toimia asiantuntijana ja hallita oma asiantuntijuutensa. Hoitajalta vaaditaan ryhmäohjaustaitoja. Hänellä tulee olla tietoa ja osaamista muun muassa dynamiikasta, ohjauksesta ja ilmiöistä. Hänen tulee kyetä tunnistamaan tarpeita ja kehitysvaiheita. Ryhmää ohjaavalta hoitajalta vaaditaan rohkeutta olla oma itsensä sekä sietää epävarmuutta ja muutoksia. Hoitajan vastuulla on myös myönteisen ilmapiirin mahdollistaminen ja varmistaa, että kaikki jäsenet tuntevat tulleensa kuulluiksi. Hoitajalla on vastuu siitä, että ryhmä kehittyy eteenpäin. Tämä vaatii palautteenantotaitoja. (Hirvonen ym. 2007, 107–109.)

5.3 Toiminnalliset menetelmät

Toiminnallisten menetelmien käytöstä tavoitteellisissa ryhmissä on hyötyä (Kopakkala 2011, 205–206). Oleellista toiminnassa on, että se keskittyy nykyhetkeen sekä lähitulevaisuuteen. Toimintaan teemoja voidaan etsiä tämän hetkisestä elämäntilanteesta, kuten keinojen löytäminen arjen sujuvuuteen. (Hautala ym. 2012, 180.) Toiminta voi olla psyykkisesti, sosiaalisesti, fyysisesti ja hengellisesti vaikuttavaa, kuten käsitöiden tekemistä, kirjoittamista, piirtämistä ja ruoanlaittamista (Mäki 2009).

Toiminnallisia menetelmiä ovat toiminnat, joissa käytetään luovuutta, kuten liike, luova kirjoittaminen ja kuvataide. Lisäksi menetelmiin katsotaan kuuluvaksi toiminnat, joita käytetään potilaan hoidossa ja kuntouttamisessa keskustelun rinnalla tai ilman keskustelua. Toiminnallisia menetelmiä voivat olla myös keittiötöiden sekä erilaisten käsitöiden tekeminen. Näiden menetelmien käyttäminen aktivoi potilasta ja auttaa häntä aloitteellisuudessa. Potilas voi löytää voimavaroja ja mahdollisuuksia toiminnallisten menetelmien kautta. Toiminnan valitsemisessa potilaan toiveet tulisi ottaa huomioon. (Kiviniemi ym. 2007, 94.)

6 SKITSOFRENIAPOTILAAN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

6.1 Liikunta osana skitsofreniapotilaan kuntoutusta

Skitsofreniapotilaat harrastavat yleensä vähän liikuntaa. Tutkimustulokset osoittavat, että liikunta osana skitsofreniapotilaan hoitoa voi helpottaa skitsofrenian tuomia negatiivisia oireita. (Käypä hoito -suositus 2013: skitsofrenia.) Negatiivisia oireita ovat muun muassa tunteiden latistuminen, apaattisuus ja eristyneisyys (Tuulio-Henriksson 2012, 39). Liikunta voi auttaa skitsofreniasta johtuvien positiivisten oireiden kanssa selviämiseen (Käypä hoito -suositus 2013: skitsofrenia). Positiivisilla oireilla tarkoitetaan harhoja aisteissa ja luulossa sekä hajanaisuutta puheessa ja käyttäytymisessä (Tuulio-Henriksson 2012, 39).

Liikunnalla on positiivinen vaikutus mielenterveyteen. Se lisää tunnetta saavuttamisesta, voittamisesta ja hallinnasta. Liikkumisella kehonkuva ja itsearvostus vahvistuvat ja ahdistuneisuuden tunne vähenee. Nukkuminen parantuu fyysisen aktiivisuuden ansiosta ja unihäiriöt helpottavat. Liikunta sosiaalisena tapahtumana voi edesauttaa ystävyysuhteiden solmimista ja lisätä motivaatiota jatkamaan liikkumista. Sosiaalisuudesta hyötyy myös mieliala. Sosiaalisen verkoston vahvistuminen on mielenterveyskuntoutujille yleensä merkittävä mielenterveyttä parantava tekijä. (Mielenterveyden keskusliitto 2006.)

Liikunnalla on säilyttäviä ja edistäviä vaikutuksia terveyteen ja toimintakykyyn (Vuori 2013, 1755). Liikunnalla voi kehittää ryhtiä, voimaa, tasapainoa sekä koordinoitukykyä. Hyvä ryhti parantaa hengitystoimintaa. (TAYS 2013.) Kestävyysliikuntaa suositellaan vähintään 2,5 tuntia viikossa 18–64-vuotiaille. Raskasta liikuntaa tulisi liikuntasuosituksen mukaan harrastaa 1 tunti ja 15 minuuttia viikossa. Yli 65-vuotiaille suositellaan liikuntaa, joka ylläpitää ja kehittää nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa. Jokaiselle aikuiselle luustolihasharjoituksia suositellaan kaksi kertaa viikossa toteutettavaksi. (Käypä hoito -suositus 2012: liikunta.) Mielenterveyskuntoutujille vähäinenkin liikunnan kuormittavuus riittää, sillä tutkimusten mukaan 20–60 minuutin kohtalaisen rasittava liikunta kohottaa jo mielenterveyttä (Mielenterveyden keskusliitto 2006).

Perusterveydenhuollolla on merkittävä tehtävä potilaiden aktivoimisessa. Terveystieteiden huollon tulisi antaa potilaille yksilöllisiä neuvoja ja ohjausta liikunnasta huomioiden heidän tarpeet, elintavat, motivaatiot sekä liikuntaa edistävät ja ehkäisevät tekijät.

Potilaiden omaseuranta on merkittävä apu liikunnan ohjauksessa. Potilaille on hyvä antaa palautetta kannustavasti. (Vuori 2013, 1756.)

6.2 Ravitsemuksen ja hygienian vaikutus kuntoutujan terveyteen

Skitsofreniapotilaat sairastavat sydän- ja verisuonitauteja enemmän kuin muu väestö. Kuolleisuus näihin sairauksiin on 40–45 % kaikista luonnollisista kuolemista. (Niskanen 2011.) Näille sairauksille heitä altistaa muun muassa lihavuus, jolle taas psykoosilääkkeet voivat altistaa (Käypä hoito -suositus 2013: skitsofrenia). Hoitohenkilökunnan olisi tärkeää antaa neuvontaa terveellisestä ravitsemuksesta, sillä se voisi vähentää sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä skitsofreniapotilailla (Oksanen 2013).

Ravitsemussuositukset on laadittu suomalaisen väestön terveyden, hyvinvoinnin ja ravitsemuksen edistämiseksi. Ravinnon tulisi sisältää runsaasti kasviksia, hedelmiä, marjoja ja palkokasveja sekä täysjyväviljaa. Rasvan valintaan tulisi kiinnittää huomiota ja suosia tyydyttymätöntä rasvaa sisältäviä kasviöljypohjaisia valmisteita. Kalaa olisi hyvä syödä 2–3 kertaa viikossa. Maitovalmisteiden olisi hyvä olla rasvattomia ja vähärasvaisia. On näyttöä, että tällainen runsaasti kasvikkunnan tuotteita ja tyydyttymätöntä kasvi- ja kalarasvaa sisältävä ruokavalio vähentää riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin, kohonneeseen verenpaineeseen sekä joihinkin syöpätyyppeihin. Ravitsemussuositusten mukaisen ruoan energiatiheys on pieni, mikä ehkäisee lihomista. Runsaasti rasvaa ja sokeria sisältäviä ruokia tulisi vähentää. Suomalaisten tulisi myös vähentää punaisen lihan sekä lihavalmisteiden käyttöä ja suosia vaaleaa siipikarjaa. Ateriarytmin säännöllisyyteen tulee kiinnittää huomiota. Kun ateriarytmi on tasainen, napestelemisen halu vähenee ja painonhallinta helpottuu, sillä nälkä ei kasva liian suureksi ja glukoosipitoisuus pysyy tasaisena. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Skitsofreniaa sairastavilla ihmisillä voi toisinaan olla hygieniasta huolehtimisen vaikeuksia. Syynä siihen ovat sairauden tuomat negatiiviset oireet, jotka johtavat siihen, että he ovat saamattomia tai haluttomia huolehtimaan itsestään. (NIH 2009.) Käsihygienian suositellaan ennen ruoanlaittoa (Evira 2013). Käsihygienian avulla on ruokamyrkytyksiä ehkäisevä keino. Käsissä on paljon bakteereja, joista osa aiheuttaa ruokamyrkytyksiä. (Evira 2012.) Hyvä käsihygienia ehkäisee myös influenssan ja vatsataudin leviämistä (Evira 2013).

6.3 Riittävän levon merkitys skitsofreniapotilaan kuntoutumiselle

Hyvinvoinnin perustana on lepo. Uni, yksi tärkeimmistä ihmisen tarpeista, koostuu eri syvyyksissä vaihtelevasta levosta. Eri unentasoja ovat perusuni ja vilke- eli REM-uni. Perusunessa ihminen on syvässä unessa. Unen tarve on yksilöllinen ja muuttuu vanhenemisen myötä. Aikuiselle keskimääräinen unentarve on 7–8 tuntia. Ihmisen ollessa keski-ikäinen syvän unen määrä laskee. (Suomen Mielenterveysseura 2009.)

Unesta on paljon hyötyä ihmiselle, jolloin esimerkiksi suoriutumiskyky, ongelmienratkaisutaidot ja elimistön puolustuskyky kehittyvät levon avulla. Rentoutuminen auttaa pitkällä aikavälillä ahdistuneisuuteen, masentuneisuuteen ja stressinsietokykyyn. Jos ihmisellä on univajetta, riski ylipainoon, sydän- ja verisuonisairauksiin, kakkostyyppin diabetekseen sekä metaboliseen oireyhtymään kasvaa. (Suomen Mielenterveysseura 2009.) Skitsofreniaa sairastavalla somaattisten sairauksien riski, erityisesti sydän- ja verisuonisairauksiin ja diabetekseen on muuhun väestöön verrattuna suurempi (Salokangas 2009). Näiden tietojen perusteella voidaan todeta, että skitsofreniaa sairastavalle ihmiselle uni on tärkeää.

Rentoutumisella on esimerkiksi sairauksien tai fyysisen rasituksen palautumisessa suuri merkitys. Unen ja levon laatu, pituus ja syvyys paranevat rentoutumisesta. Se on apu univajeeseen ja kuormittavaan elämäntilanteeseen. Rentoutunut ihminen viestii keskushermostolleen rauhoittumisen tunnetta, jolloin koko kehon rentoutuminen mahdollistuu ja ihmisen voimavarat lisääntyvät. Lisäksi jännitystilat helpottavat. Lihakset, autonominen hermosto ja ääreishermosto, immunitetti- ja sisäeritysjärjestelmä rentoutuvat. Rentoutuminen vaikuttaa myös verenkiertoon. Lihaskämmötyksen väheneminen auttaa ääreisverenkierron lisääntymistä, jolloin verenpaine, pulssi ja hengitystaajuus pienenevät. Lisäksi hapen- ja vitamiinien saanti lihaksissa parantuu. Lihakset tuntuvat lämpimiltä ja aineenvaihdunta lievittyy. Rentoutunut ihminen voi tuntea painon ja lämmön tunnetta raajoissa, hidastuneen pulssin ja liikettä silmissä. (Vahvistamo 2014.)

6.4 Skitsofreniapotilaan motivoiminen tupakoinnin vähentämiseen

Skitsofreniaa sairastavat henkilöt tupakoivat runsaasti (Käypä hoito -suositus 2013: skitsofrenia). Noin 17 % 15–64-vuotiaista suomalaisista tupakoi päivittäin vuonna 2012. Miehistä 21 % ja naisista 14 % tupakoi päivittäin. (THL 2014c) Eläinkokeissa on todettu, että nikotiinilla on lyhytaikainen antidepressiivinen vaikutus, joten se voi toimia skitsofreniaa sairastavilla niin sanottuna itselääkintämuotona. (Käypä hoito -suositus 2013: skitsofrenia.) Helsingin yliopiston tekemässä tutkimuksessa on havaittu, että nikotiiniriippuvuudella ja skitsofrenialla on yhteinen geneettinen tausta. Se voi

selittää syyn sille, että suuri osa skitsofreniaa sairastavista on nikotiiniriippuvaisia. (HS 2013.) Suuri osa psykiatrisista potilaista menehtyy tupakan aiheuttamiin sairauksiin, kuten keuhkosityöpään tai keuhkohtaumatautiin. Sen vuoksi on tärkeää antaa heille tietoa tupakoinnin vähentämisestä ja lopettamisesta. (Käypä hoito -suositus 2013: skitsofrenia.)

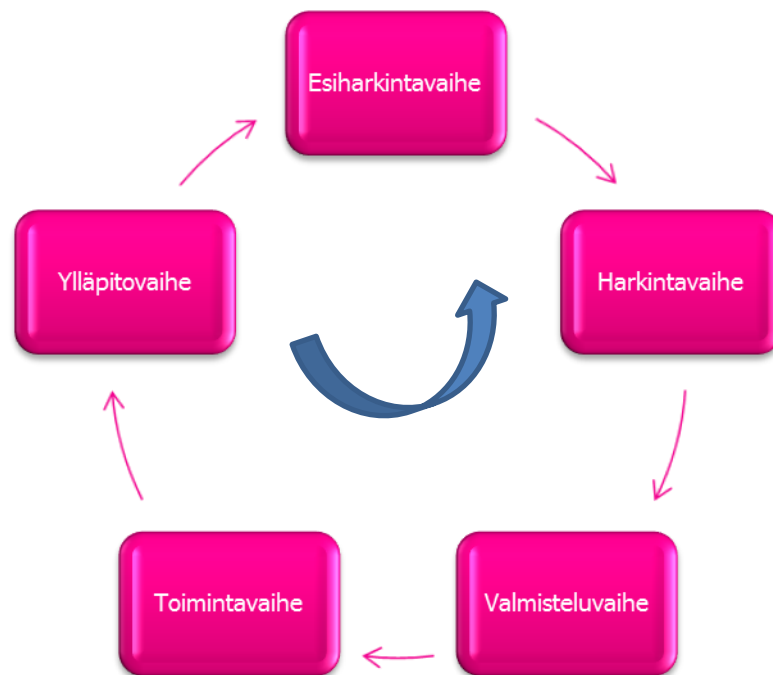
Tupakointi aiheuttaa usein tupakkaa polttavalle riippuvuuden, joka on vaikea. Terveystahaittojen määrä on suuri. Sydän- ja verenkiertosairaudet, keuhkoperäiset sairaudet, syöpätaudit, suun sairaudet, raskausajan haitat ja hedelmällisyysongelmat voivat johtua tupakoinnista. On todettu, että kolmannes syöpäsairauksista on aiheutunut tupakoinnista. Joka viides sydämestä johtuva kuolema sisältää tupakoinnin suurena riskitekijänä. Väitetään myös, että joka toinen tupakoitsija tulee kuolemaan nikotiinivalmisteen tuottamiin sairauksiin, ellei hän lopeta tupakointia. Tupakointi voi altistaa lapsia tupakan savulle, mistä voi syntyä lapselle allergioita ja infektiokierre. Tupakoinnilla on myös monta muuta haittaa, kuten osteoporoosi, aikuistyyppin diabetes ja ihon vanheneminen ennenaikaisesti. (THL 2014b.)

Tupakoinnin lopettamiseen on kehitetty apukeinoja. Tupakoinnin lopettamisesta voi keskustella esimerkiksi apteekin tai terveyskeskuksen työntekijöiden kanssa. (THL 2014a.) Tupakoinnin lopettamiseen liittyvään keskusteluun voidaan hyödyntää motivaatiopuntaria. Motivaatiopuntari auttaa ammattihenkilöä herättämään motivaatiota tupakoivassa potilaassa. Osapuolista aktiivisena on tupakoiva potilas, kun hän saa pohtia tekijöitä, jotka edistävät tupakoimattomuutta, sekä merkityksiä, joita tupakointi tuo hänen elämäänsä. Ammatilainen auttaa potilasta löytämään hyötyjä tupakoimattomuudesta, keinoja sen toteuttamiseen sekä palkitsee onnistumisesta. (Itä-Suomen yliopisto s.a.) Tupakoinnissa apuna voidaan keskustelun lisäksi käyttää korvaus- tai lääkehoitoa. Korvaushoitoa kutsutaan nikotiinikorvaushoidoksi. Nikotiinikorvaustuotteita ovat esimerkiksi nikotiinivalmisteiset purukumit, laastarit ja imeskelytabletit. Lääkinnällisessä hoidossa lääkäri voi määrätä tehokkaiksi todettuja lääkkeitä, kuten bupropionia ja nortroptiliinia. (THL 2014a.) Tupakoinnin lopettaminen voi saada aikaan psyykelääkepitoisuuksien suurenemista verenkierrossa, minkä vuoksi voidaan joutua tekemään muutoksia lääkannoksiin. (Käypä hoito -suositus 2013: skitsofrenia.) Tästä syystä tässä opinnäytetyössä suositellaan lääkärin vastaanotolla käymistä, kun tupakoinnin haluaa lopettaa.

Tupakoinnin lopettamista voi kuvata muutosvaihemallilla (kuvio 1). Muutosvaihemalli havainnollistaa riippuvuudesta irtautumisen vaiheita. Muutosvaihemallilla pystytään

selvittämään, millä tasolla ihmisen motivaatio ja asenteet nikotiinivalmisteen käyttämiseen on. Sitä voidaan käyttää ryhmäohjauksessa. (Iivonen 2006.)

Muutosvaihemalli alkaa esiharkintavaiheesta. Jos potilas on esiharkintavaiheessa, hänellä on yleensä alhainen motivaatio lopettamiseen. Motivoiva haastattelu, jolla tupakoinnin lopettamiseen voidaan kannustaa, on vuorovaikutuksellinen keskustelutilanne potilaan ja hoitajan välillä. Hoitajan tehtävä on herättää potilaassa pohdintaa tupakoinnin lopettamisen tuoduista hyödyistä. Toisessa vaiheessa eli harkintavaiheessa potilas on vastaanottavainen tupakoinnin lopettamiseen liittyvään tietoon. Hän alkaa ymmärtää hyötyjä, joita tupakoinnin lopettamisesta saa. Valmistelu- ja toimintavaiheet vaativat potilaalta itseluottamusta, keskittymistä ja vahvaa päättävyyttä, että tupakoinnin lopettaminen voi alkaa käytännössä. Tässä vaiheessa hän tarvitsee tukea lähimmäisiltään ja ympäristöltään. Ylläpitovaihe on vaihe, jossa potilas on irti tupakasta. Hän tarvitsee apukeinoja, joilla pystyy välttämään retkahdukset. Pysyvässä irtautumisessa suhtautuminen tupakointiin muuttuu välinpitämättömäksi. (Iivonen 2006.) Retkahduksia voi tulla muutosvaihemallin jokaisessa vaiheessa ja tällöin prosessi alkaa alusta uudelleen (Winell 2006).



KUVIO 1. Mukaelma muutosvaiheen mallista

7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TOIMEKSIANTAJA

7.1 Tavoitteet ja tehtävät

Teimme toiminnallisen opinnäytetyön Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän pyynnöstä. Injektioryhmällä ei ole ollut aiemmin toiminnallista sisältöä. Tarkoituksena oli luoda toimintamalli, jolla voisi kehittää injektioryhmän sisältöä. Tätä toimintamallia oli tarkoitus myös pilotoida. Tavoitteena oli, että ryhmätapaamiset edistäisivät injektioryhmän potilaiden kuntoutumista ja elämänhallintaitoja, kun he käyvät ottamassa lääkkeen ja ovat lääkkeenottoon kuuluvalla seuranta-ajalla. Ryhmätapaamisten aiheet olivat liikunta, ravitsemus ja käsihygienia, uni ja lepo, tupakointi ja askartelu.

Opinnäytetyöprosessissa toteutimme viisi ryhmätapaamista, jotka ovat yhdistettynä injektio-lääkkeenottoon. Ryhmätapaamisten yhteydessä keräsimme palautetta potilailta jokaisen ryhmätapaamisen jälkeen. Lisäksi kirjoitimme itsenäisesti arviointipäiväkirjaa. Potilaiden palautteista sekä arviointipäiväkirjoista teimme yhteenvedon, jossa arvioimme ryhmätapaamisten suunnitelmien toimivuutta. Tavoitteena oli, että suunnitelmat olisivat käyttökelpoisia injektioryhmän työntekijöille. Opinnäytetyön oppimistavoitteinamme olivat skitsofreniapotilaan ohjaaminen ryhmässä sekä psykoedukatiivisen työskentelymenetelmän käyttäminen ohjauksessa.

7.2 Toimeksiantaja ja kohderyhmä

Toimeksiantajamme on Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä. Opinnäytetyömme tehdään sen alla toimivalle injektioryhmälle, joka sijaitsee lisalmessa. Injektioryhmää ylläpitää psykiatrinen kotikuntoutus, joka kuuluu yhtenä osana psykososiaalisiin kuntoutuspalveluihin. (Korhonen 9.1.2014.)

Ylihoitaja Terttu Korhosen (9.1.2014) mukaan injektioryhmä on kehitetty Mielenterveys- ja päihdehankkeen kautta. Hankkeen tavoitteena on mielenterveys- ja päihdetyön painottaminen avohoitopalveluihin. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää injektioryhmän potilaiden kuntoutumista ja elämänhallintaitoja lääkkeenotolla käydessä ja siihen kuuluvalla seuranta-ajalla. Tarkoituksena on luoda toimintamalli, joka olisi toimiva työntekijöiden käytettäväksi injektioryhmän sisällön suunnittelussa. Opinnäytetyössä meidän oppimistavoitteinamme olivat lisätä tietoisuuttamme skitsofreniapotilaan kuntoutuksesta sekä kehittää ohjaustaitoja psykiatrisen potilaan kohdalla. Opimme myös projektilähtöistä työskentelyä.

Injektioryhmän toiminta on alkanut 15.1.2013. Kaksi hoitajaa ohjaa injektioryhmää Iisalmen terveyskeskuksen tiloissa. Injektioryhmää kutsutaan myös nimellä tiistaitiimi, sillä ryhmä kokoontuu tiistaisin klo 10–15.15. Tällä hetkellä ryhmässä kävijöitä on 8–14, joista kirjataan injektio lääkkeen ottaminen. Suurin osa potilaista sairastaa skitsofreniaa. Injektioryhmän tarkoituksena on, että skitsofreniaa tai muuta psykoosisairautta sairastavat injektiopotilaat löytävät vertaistukea toisistaan ja kohtaamispaikan, jonne heidän on helppo tulla. Samalla he saavat injektio lääkkeen ja he ovat seurannassa sen ajan, joka on lääkkeelle edellytetty seuranta-aika. Ryhmään tuleminen on vapaaehtoista ja paikalle tuleminen on myös mahdollista, vaikka potilaalla ei olisikaan oma pistopäivä. Ryhmän toiminta perustuu psykoedukatiiviseen työmenetelmään. (Hartikainen ym. 2013.)

8 RYHMÄTAPAAMISTEN TOTEUTUS

8.1 Ryhmätapaamisiin valmistautuminen

Ryhmätapaamisten toteutus alkoi työsuunnitelmavaiheessa, jolloin suunnitelimme toiminnalliset sisällöt viiteen eri ryhmätapaamiseen (liite 1). Suunnitelmiamme pohjalta varasimme tarvittavat välineet ja materiaalit, jotta toiminnalliset ohjelmat olisi mahdollista toteuttaa (liite 2). Välineitä saimme Savonia-ammattikorkeakoululta, Ylä-Savon SOTE kuntayhtymältä sekä itseltämme ja tuttaviltamme. Kustannusapua tarvitsimme välipalan valmistukseen. Kustannukset maksoi Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä (liite 2). Niitä kertyi yhteensä 5,49 €, johon lukeutui kanta-asiakasalennus. Ryhmätapaamiset toteutuivat viitenä peräkkäisenä tiistapäivänä 1.4.–29.4.2014 välisenä aikana. Ryhmätapaamiset kestivät reilun tunnin joka kerta. Ryhmätapaamisiin osallistui 7–14 potilasta.

Jokaista ryhmätapaamista ennen kokoonnuimme yhdessä valmistautumaan. Valmistautumiseemme kuului ryhmätapaamisen suunnitelman ja tavoitteiden läpikäyminen, välineiden hakeminen sekä muistiinpanojen tekeminen teoritiedosta sekä toimintaohjelmista. Kirjoitimme paperille ylös myös jumppaohjelman ja käsienpesuohjeen. Koska emme voineet tietää osallistujamäärää etukäteen, meidän piti soveltaa toiminnan toteutusta paikan päällä. Tämän huomioimme muun muassa valmistautumisessa, sillä emme tehneet liian tarkkoja suunnitelmia.

Liikunta- ja ravitsemusaiheisissa ryhmätapaamisissa keskusteluotteemme pohjautui skitsofrenialähtöisyyteen. Injektioryhmän hoitajien toiveesta myöhemmissä ryhmätapaamisissa toimme asioita esiin yleisesti mielenterveyden näkökulmasta. Syyksi tähän he kertoivat, että ryhmässä on muitakin kuin skitsofreniapotilaita sekä he kokivat skitsofrenialähtöisyyden leimaavaksi. Hoitajien toivetta kunnioittaen käytimme ryhmätapaamisissa vain sellaista tietoa, joka soveltui yleisesti mielenterveyspotilaisiin. Tieto, jota toimme keskusteluissa esiin, pohjautui opinnäytetyössämme käytettyihin lähteisiin. Tiedot käsittelivät skitsofrenian ja mielenterveyssairauden tuomia riskitekijöitä terveyteen liittyen sekä kuinka niitä voi ennaltaehkäistä tai minimoida omilla valinnoilla, kuten ravitsemuksella, liikunnalla sekä riittävällä levolla.

Jokaisen ryhmätapaamisen lopussa keräsimme palautetta. Ensimmäisessä ryhmätapaamisessa keräsimme palautteen niin, että istuimme piirissä ja jokainen potilas sai vuorotellen kertoa omia ajatuksia onnistumisista ja kehittämiskohteista. Lopuista nel-

jästä ryhmätapaamisesta keräsimme palautteet suullisesti pienryhmissä. Potilaat tulivat 2–4 hengen ryhmissä sivuun pöydän ääreen meidän kanssa istumaan. Jotta potilaat osasivat antaa palautetta, teimme tarkentavia kysymyksiä: Mikä oli järjestämässämme toiminnassa onnistunutta? Mistä pidit? Missä onnistuimme ohjaajina? Mikä oli hyvää sinun omassa toiminnassasi? Missä onnistuit? Mitkä ovat kehitettäviä asioita meidän järjestämässä toiminnassa? Mitä kehitettävää näet ohjauksessamme? Mitä kehitettävää näet omassa toiminnassasi? Kirjoitimme tulostetuille Plus Delta -pohjille palautteet (liite 3). Pystyimme osan palautteista kirjoittamaan sanasta sanaan.

8.2 Ensimmäinen ryhmätapaaminen

Ensimmäinen ryhmätapaaminen toteutui 1.4.2014, kun saimme Ylä-Savon SOTE kuntayhtymältä viranhaltijapäätöksen (liite 4). Toiminnan pitämiseen aikaa kului noin 65 minuuttia. Ryhmätapaamisen aloitimme nimiesittelykierroksella, johon osallistui myös yksi sairaanhoitaja. Me esittelimme itsemme ja kerroimme, miksi olimme siellä. Keskustelimme ryhmänsäännöistä suullisesti. Esitimme toiveena, että toiminnan aikana vältettäisiin muiden asioiden hoitamista. Tarkensimme, että vessa- ja tupakkatautot hoidettaisiin toiminta-ajan ulkopuolella. Puhuimme myös puhelimen käytöstä, että toiminnan aikana ei ole kohteliasta hoitaa omia puheluita. Toiminnan alkuvaiheessa yksi kävi injektioilla, joten pientä liikkuvuutta oli. Laitoimme ryhmähuoneen pöydälle ryhmätapaamisista taulukon, jossa kerrottiin lyhyesti tapaamisten aiheet ja ajankohdat. Kerroimme ryhmäläisille, että kaikki, mitä tehdään, on vapaaehtoista.

Toiminnan aiheena oli liikunta. Aloitimme toiminnan ryhtiharjoituksella, jonka toteutimme suunnitelman mukaisesti. Ryhtiharjoituksesta siirryimme tuolijumppaan. Tuolijumppa sujui muuten suunnitelman mukaisesti, mutta liikkeiden toistoja ei laskettu. Potilaat saivat tehdä jumppaliikkeitä oman jaksamisen mukaan meidän ohjatessa heitä. Jumpan aikana oli vilkas keskustelu. Jumpan jälkeen jatkoimme keskustelua istuen piirissä. Kerroimme opinnäytetyössämme käytettyjen lähteiden pohjalta liikunnan tuomista hyödyistä ja vaikutuksista fyysiseen terveyteen. Toimme esille, miten liikunta voi helpottaa myös skitsofrenian oireita. Kysyimme potilailta heidän kokemuksiaan liikunnan hyödyistä, ja saimmekin herätettyä aktiivisen keskustelun aiheesta. Potilaat kertoivat omista liikuntaharrastuksistaan sekä liikkumistottumuksistaan avoimesti, ja he toivat ilmi oma-aloitteisesti kehittämiskohteita liikuntatottumuksissaan. He myös toivat esiin kokemuksiaan liikunnan tuomista hyödyistä. Keskustelussa korostui hyötyliikunnan merkitys potilaille. Koimme, että keskustelun aikana vallitsi positiivinen ilmapiiri, mutta hieman jännittyneisyyttä oli havaittavissa puolin ja toisin. Seuraavaksi olikin vuorossa liikuntasuunnitelman tekeminen. Jaoimme potilaille paperit ja lyijyky-

nät. Ohjasimme heitä kirjoittamaan paperille tavoitteita, mitä liikuntaa aikovat lisätä elämäänsä ja miten he sitä toteuttavat. Jokainen potilas ryhtyi tekemään omaa liikuntasuunnitelmaansa aktiivisesti. Liikuntasuunnitelmien valmistuttua jokainen potilas halusi kertoa omasta suunnitelmastaan kaikkien kuullen. Suunnitelmien läpikäyminen herätti myös keskustelua. Ryhmäläiset kommentoivat toistensa suunnitelmia ja antoivat toisilleen vinkkejä liikunnan lisäämiseksi. He saivat pitää suunnitelmapaperit itsellään, joten heidän on mahdollista palata aiheeseen myöhemmin.

8.3 Toinen ryhmätapaaminen

Toinen ryhmätapaaminen järjestettiin 8.4.2014. Aikaa kului noin 70 minuuttia. Ryhmätapaamisen aiheena oli ravitseminen ja käsihygieniat. Ryhmätapaamisen alussa kokoontuimme piiriin istumaan. Huomasimme, että ryhmässä oli meille uusia kasvoja, joten teimme nimikierroksen uudelleen. Tähän ryhmätapaamiseen osallistui 14 potilasta ja näin ollen se oli myös osallistujamäärältään suurin järjestetyistä ryhmätapaamisista.

Kerroimme ravitsemuksen tärkeydestä skitsofreniaa sairastavalle ihmiselle opinnäytetyössä käytettyjen lähteiden mukaisesti. Lisäksi kerroimme myös ravitsemussuosituksista. Ravitsemussuosituksista yritimme herättää keskustelua kysymällä, mistä ruoasta saa eri ravintoaineita. Kyselimme myös heidän ravitsemustottumuksistaan, mihin jokainen sai vastata oman halukkuuden mukaan. Osa potilaista toi esiin ajatuksiaan terveellisestä ravitsemuksesta: millaista rasvaa on hyvä käyttää ruoanlaitossa, kalatuotteiden viikoittaisesta saantisuosituksista sekä pikaruogan epäterveellisyydestä.

Keskustelun jälkeen aloitimme toiminnan. Ennen välipalan valmistamista näytimme ryhmäläisille mallin, kuinka oikeaoppinen saippuakäsienpesu toteutuu Eviran (2013) ohjeiden mukaisesti. Teimme niin, että toinen meistä kertoi ohjeet ääneen ja toinen näytti mallia. Seuraavaksi he saivat pestä käsiä kahdessa eri pisteessä niin, että kummassakin pisteessä oli ohjaaja. Toinen meistä jäi ohjeistamaan käsien pesua, toinen aloitti ohjaamisen välipalan valmistuksessa. Saimme yhdestä sairaanhoitajasta avustajan toiselle käsienpesupisteelle. Yksi potilaista reagoi käsienpesuharjoitukseen poistumalla paikalta. Välipalan valmistuksessa ohjasimme ryhmäläisiä kuorimaan ja pilkkomaan hedelmiä ja kasviksia. Välipalan teossa heräsi keskustelua potilaiden kesken mieliruoista ja ruoanvalmistukseen liittyvistä asioista. Aineksina olivat appelsiini, omena, porkkana ja kurkku, jotka Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä maksoi. Jokainen sai kuoria ja pilkkoa pienen osan aineksista. Osa potilaista kertoi tykkävänsä

käsillä tekemisestä, joten tämä toiminta oli mieluisaa. Leikkuu- ja kuorintavälineet saimme Ylä-Savon SOTE Kuntayhtymän keskuskeittiöltä lainaan ryhmätapaamisen ajaksi. Potilaat keskustelivat vapaasti toiminnan aikana. Lopulta kaikki pilkotut kasvikset ja hedelmät jaettiin ryhmäläisten kesken ja he saivat istua nojatuoleissa ja syödä välipalaa keskustellen vapaasti toistensa kanssa. Ryhmätapaamisen aikana koimme tunnelman levottomaksi. Ryhmässä esiintyi erilaisia ilmiöitä, kuten ärtymystä ja hämmästyttäviä toimintoja, ohjausta ja muita jäseniä kohtaan. Ryhmätapaamisessa huomasimme olleemme itse kovan paineen alla. Olimme selkeästi väsyneitä toiminnan jälkeen.

8.4 Kolmas ryhmätapaaminen

Kolmas ryhmätapaaminen järjestettiin 15.4.2014 ja aikaa kului noin 65 minuuttia. Ryhmätapaamisen tavoitteena oli keskustella unen ja levon merkityksestä ihmisen hyvinvoinnille. Tavoite täyttyi hyvin, sillä saimme käytyä keskustellen läpi tärkeäksi näkemämme asiat unesta ja levosta. Potilaat kertoivat henkilökohtaisia kokemuksia riittävän levon merkityksestä omassa elämässään. He toivat myös esiin, mitä merkkejä univajeesta he olivat itsessään tunnistaneet elämänsä varrella. Ennen rentoutusharjoituksen aloittamista kävimme myös läpi ryhmässä, miten rentoutuminen vaikuttaa ihmisen elintoimintoihin.

Keskustelun jälkeen pidimme rentoutusharjoituksen, jonka löysimme Oiva-hyvinvointiohjelman Internetsivustolta (Oiva 2014). Rentoutusäänitteiden nimi on *Pitkä rentoutus*, jonka toistimme omalta tietokoneelta. Käytössä meillä oli oma internetyhteys. Lainasimme Savonia-ammattikorkeakoulusta jumppamattoja, jotka soveltuivat hyvin rentoutusmatoiksi. Potilailla oli myös mahdollisuus rentoutua istuen nojatuolissa. Suurin osa potilaista valitsi nojatuolin. Moni potilaista oli rentoutuksen aikana silmät auki, vaikka rentoutusäänitteessä kehoitettiin kuuntelijoita sulkemaan silmänsä. Potilaat kokivat kuitenkin saavuttaneensa rentoutumisen tason. Osa potilaista puhui rentoutuksen aikana, mikä aiheutti häiriötä.

8.5 Neljäs ryhmätapaaminen

Neljännessä ryhmätapaamisessa, 22.4.2014, keskustelimme potilaiden kanssa heidän tupakoinnistaan ja sen vähentämisestä. Ryhmätapaaminen kesti noin 65 minuuttia. Tavoitteena oli lopettamisen motivaation nostattaminen. Tulostimme suunnitelmasta motivaatiokysymykset, jotka voivat edistää tupakoinnin lopettamista. Kysymykset leikkasimme erillisiksi lapuiksi ja numeroimme ne yhdestä kymmeneen. Ky-

symykset jaoimme tasan potilaiden kesken. Kävimme kysymykset vuorotellen läpi niin, että keskustelun aloitus tuli potilaan ääneen lukemasta kysymyksestä. Keskustelun lomassa annoimme heille käytännön vinkkejä, kuinka tupakoinnin vähentäminen onnistuu. Toisaalta meidän osallistuminen keskusteluun oli hyvin vähäistä, sillä lähes tulkoon kaikki olivat entisiä tupakoitsijoita, joten he olivat hyviä kokemusasiantuntijoita tupakka-aiheisiin kysymyksiin liittyen. Motivaatiokysymykset eivät herättäneet ainoastaan keskustelua, vaan keskustelua syntyi myös henkilökohtaisista ajatuksista ja kokemuksista lopettamisen suhteen. Suurin osa asioista, joita suunnittelimme teorian näkökulmasta kertoa, tulivat potilaiden kanssa keskustellessa esiin. Potilaista osa oli hyvin perehtynyt aiheeseen, joten teoreettista faktatietoa tuli myös potilaiden puolelta esiin. Ryhmässä oli tupakoimattomia enemmän kuin tupakoitsijoita.

8.6 Viides ryhmätapaaminen

Viimeisessä eli viidennessä ryhmätapaamisessa, 22.4.2014, aiheena oli askartelu. Aikaa käytimme noin 60 minuuttia. Potilaat askartelivat omat huoneentaulut, jotka kuvastavat heidän elämänsä sillä hetkellä. Annoimme heille kartongit, joille he liimasivat lehdistä leikkaamiaan kuvia ja tekstejä liittyen aiempien ryhmätapaamisten aiheisiin. He myös piirsivät ja kirjoittivat kartongille. Välineet askarteluun saimme Savonia-ammattikorkeakoulusta.

Potilaat lähtivät innokkaasti askartelemaan omia huoneentaulujaan. Istuimme ison pöydän ääressä ringissä. Kaikki potilaat osallistuivat askarteluun. Osa potilaista tarvitsi ohjausta ja kannustusta huoneentaulun tekemiseen. Yritimme antaa ohjausta kaikille sitä tarvitseville kuitenkin liikaa puuttumatta työn sisältöön. Potilailla oli aikaa hyvin tehdä työtä oman tahdin mukaan, sillä ryhmätapaamisessa emme palautteen keräämisen lisäksi tehneet mitään muuta. Jokainen potilas sai huoneentaulun askarrettua loppuun asti. Osa potilaista kertoi omasta huoneentaulustaan meille ohjaajille.

9 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN ARVIOINTI

9.1 Ryhmätapaamisten arviointi

Annoimme potilaille tietoa teoreettisen viitekehiksemme pohjalta joka ryhmätapaamisessa lukuun ottamatta viidettä askarteluaiheista ryhmätapaamista. Keskustelua heräsi hyvin jokaisesta aihealueesta. Koimme jokaisen potilaan olleen aktiivinen vähintäänkin kuuntelijana. Keskusteluaiheina olivat siis liikunta, ravitseminen, lepo ja tupakointi. Aiheet olivat käytännönläheisiä potilaille. Tavoitteenamme oli tässä opinnäytetyössä kehittää potilaiden elämänhallintataitoja. Tupakointi ei sillä ryhmäkokooppaamalla ollut tavoitteenmukainen, sillä potilaista vähemmistö oli tupakoitsijoita. Koimme, että motivoivat kysymykset tupakoinnin vähentämiseen tai lopettamiseen olivat turhia. Kuitenkin keskustelua heräsi, sillä sen sijaan useammalla ei-tupakoivilla potilaalla oli tupakointitaustaa. Osalla potilaista oli paljon teoreettista tietämystä tupakoinnista ja saimmekin palautetta omasta teoriatiedostamme. Potilaat myös vertailivat omia kokemuksiaan. Tupakoiville potilaille ryhmän keskustelun kuunteleminen oli varmasti merkityksellistä.

Ryhmässä olleita potilaita yhdisti psyykinen sairaus ja injektiohoito. Huomasimme, että potilaat pitivät toisiaan tärkeinä. He kannustivat ja tukivat toisiaan. Ryhmätapaamisten keskusteluissa potilaat saivat toisiltaan vertaistukea. Keskustelut kehittivät antoisammiksi, kun luottamus ryhmässä olleita ihmisiä kohtaan syntyi. Ryhmässä oli myös aktiivisia kuuntelijoita, jotka eivät tuoneet omia mielipiteitään esiin. Mielestämme myös tällaisten ryhmän jäsenien läsnäolo oli tärkeää, sillä uskomme heidän saaneen uusia ajatuksia keskusteluista.

Koimme, että liikunnalliset toimintamenetelmät olivat sopivia kohderyhmälle. Pääasiassa jokainen potilas lähti aktiivisesti mukaan toimintaan. Jokainen sai kirjoitettua tavoitteet liikkumisen suhteen ja osallistui jumppaan omien rajojen mukaan. Saamme palautteen mukaan liikunta-aiheisessa ryhmätapaamisessa jokaiselle potilaalle oli jotain mieluista – osa piti enemmän keskustelusta, osa taas jumpasta. Potilaat toivovat jatkossa tällaista toimintaa lisää.

Ravitseminen- ja käsihygieniain aiheisen ryhmätapaamisen koimme tärkeäksi kyseiselle kohderyhmälle jo pelkästään skitsofrenian ja sen lääkehoidon tuomien vaikutusten vuoksi. Käsi- ja pesuharjoitus ja ruoanlaittaminen olivat haasteellisia toteuttaa, kun potilaiden lukumäärä oli niin suuri.

Ryhmätapaamisissa meillä oli käytössä keskustelun lisäksi myös muita toiminnallisia menetelmiä. Niitä olivat jumppa, ryhtiharjoitus, liikuntasuunnitelman tekeminen, ruoanlaitto, käsienpesu, rentoutus ja askartelu. Koemme, että toiminnalliset menetelmät tukevat tavoitettamme kehittää potilaiden elämännhallintataitoja. Taitojen myötä potilaiden kuntoutuminen edistyy. Toiminnot olivat käytännönläheisiä ja arkielämään liitettäviä. Ne tukevat ja edistävät potilaiden terveyttä ja peruselämäntaitojen oppimista. Tästä esimerkkinä hygienian muistaminen ruoanlaitossa, jonka suhteen kohderyhmämme potilailla voi olla vaikeuksia. Toiminnalliset menetelmät sopivat hyvin kohderyhmälle, sillä saamamme palautteen mukaan potilaat ajattelevat oppivansa itse tekemällä. Askartelutapaamisessa potilailla oli hyvä mahdollisuus luovaan tekemiseen sekä tunteiden ja ajatusten ilmaisemiseen nonverbaalisesti.

Kirjoitimme opinnäytetyön ryhmätapaamisten lomassa arviointipäiväkirjaa. Arviointipäiväkirjan tavoitteena oli toimia arvioinnin tukena. Arviointipäiväkirjasta oli hyötyä, kun muistelimme ryhmätapaamisia jälkikäteen. Olimme kirjoittaneet ajatuksia ja tunteita ylös, joita heräsi tapaamisten aikana ja jälkeen.

Ensimmäisessä ryhmätapaamisessa käytimme Plus Delta -palautemallia niin, että kysyimme palautetta potilailta piirissä istuen. Kaikki saivat vuorotellen kertoa onnistuneet ja kehitettävät asiat kaikkien kuullen. Totesimme palautteen keräämisen näin suuressa ryhmässä olevan potilaille vaikeaa. Neljässä viimeisessä ryhmätapaamisessa toteutimme palautteen keräämisen pienissä, 2–4 hengen ryhmissä. Tällä menetelmällä potilaat antoivat palautetta paremmin ja saimmekin kerättyä palautetta runsaasti. Koimme, että loppua kohden potilaat uskalsivat antaa enemmän palautetta. Ryhmätapaamisten edetessä jännittyneisyys puolin ja toisin väheni välillämme.

Potilailta saatu palaute oli pääasiassa positiivista. He kokivat, että ryhmätapaamiset olivat hyödyllisiä. He saivat uutta tietoa ryhmätapaamisten aiheista. He kokivat hyväksi, että heille tullaan kertomaan asioista. Yhteinen toiminta koettiin piristäväksi asiaksi arkeen. Toimintaa kaivattiin jatkossa myös injektoryhmän sisällöksi. Kehitettäviä asioita tuli myös esiin. Ajanpuute oli yksi keskeinen palautteen kohde, sillä potilaat olisivat halunneet laajemmin tietoa eri asioista. Toisinaan ryhmässä vallinnut kiireinen ilmapiiri häiritsi potilaita. Tiedonantoa olisimme potilaiden mukaan voineet tukea kirjallisella materiaalilla, kuten esimerkiksi oppailla.

9.2 Ohjauksen arviointi

Lähdimme jokaiseen ryhmätapaamiseen iloisella ja avoimella asenteella. Tärkeiksi piirteiksi ohjauksessa koimme ymmärtäväisen ja empaattisen otteen potilaiden kanssa. Tavoitteenamme oli ohjata ryhmää niin, että potilaat eivät tunteneet meidän olevan yläpuolella toimiva auktoriteetti. Tällä tavoin koimme pääsevämme yhteistyöhön sujuvammin potilaiden kanssa. Lisäksi tarkoituksenamme oli tehdä ryhmätapaamisiin suunnitelmat, jotka eivät olleet liian tarkkoja. Näin suunnitelmat pystyivät elämään toteutusvaiheessa ja mukautuivat ryhmässä olleiden tilanteiden mukaan. Potilas kommentoi meidän ohjauksen onnistumista seuraavasti:

minusta oli hienoo se, olitte rauhallisia, vaikka häiriötekijöitä oli, ei kovaa kannanottoa, vaan rennon lepposasti

Koemme hyväksi asiaksi, että kävimme tutustumassa ryhmään ennen ryhmätapaamisten aloittamista. Keskustelimme silloin heidän kanssaan arkisista asioista, tutustuimme toisiimme, kerroimme keitä me olemme ja mitä tulemme tekemään. Tutustumiskäynneillä saimme myös kuulla potilaiden toiveita ryhmätapaamisten sisältöä varten. Näin saimme tehtyä ryhmätapaamisten suunnitelmat, jotka palvelivat heidän odotuksiaan.

Toimintaa pitäessämme jouduimme välillä puuttumaan ryhmän toimintaa häiritseviin tilanteisiin, kuten potilaan levottomaan käyttäytymiseen. Siihen saimme tukea myös injektior ryhmää ohjaavilta hoitajilta. Ryhmän hallitseminen oli välillä haastavaa ryhmän koon vaihtelevuuden vuoksi. Koimme myös kohderyhmän haastavaksi. Aiempaa kokemusta ryhmätoiminnan pitämisestä olimme saaneet mielenterveys- ja päihdehoitotyön harjoittelusta. Kokemuksen vähyyks näkyi meissä, muun muassa itsevarmuudessamme. Teoriatiedon esiintuominen käytännössä oli haastavaa. Potilailta tulleet yllättävät kysymykset aiheuttivat meissä hämmennystä. Koimme kuitenkin, että osaamisemme mielenterveyspotilaiden ohjauksessa kehittyi ryhmätapaamisten edetessä. Saimme ryhmätapaamisten myötä itsellemme myös rohkeutta toimia ryhmän ohjaajina ja ryhmän hallintataitoimme kehittyivät. Yksi potilas antoi meille seuraavanlaista kehitettävää palautetta ohjaukseen:

-- joskus otteen ottaminen tärkeää, jos alkaa hajoamaan ote

Koimme opinnäytetyömme teoreettisen viitekehyksen pääosin riittäväksi. Ryhmätapaamisten toteuttamisessa tarvitsemamme tietoperusta oli riittävä. Teoreettisesti olimme saaneet riittävästi tietoa psykoedukaatiosta ohjausmenetelmänä, mutta käy-

tännössä tarvitsemme siihen harjoitusta. Ohjaajana olemisesta ja mielenterveysryhmän kohtaamisesta olisimme kaivanneet lisää teoreettista tietoa toteutusvaiheessa.

9.3 Arvioinnissa esiin tulleet ongelmakohdat

Ryhmätapaamisissa haasteena oli potilaiden terveydentila. Tällä tarkoitamme, että potilaiden sairaudet näkyivät heidän kyvyssään osallistua toimintaan. Osa potilaista kykeni toiminnallisen prosessin edetessä paremmin osallistumaan toimintaan. Esimerkiksi potilas, jonka psyykkinen vointi vaikutti osallistumiseen merkittävästi ryhmätapaamisten alussa, pystyi suoriutumaan alusta loppuun asti huoneentaulun askartelemisessa. Se oli mielestämme yksi suuri merkki onnistumisesta koko opinnäytetyöprosessissa.

Toiminnan järjestämisessä tuli esiin myös haasteita. Aikaa oli varattu tietty määrä yhteen ryhmätapaamiseen kerrallaan, mutta usein aika ylittyi. Tämän vuoksi jouduimme kiristämään tahtia, jotta kaikki suunnitellut toiminnot ehdittiin toteuttaa. Tämä loi omanlaisen haasteen ryhmätapaamisiin muun muassa aiheuttamalla paineen tuntua ryhmän ilmapiirissä. Rajallinen aika ei sopinut kaikille potilaille, sillä osalla potilaista tekemiseen sisälle pääseminen vaati aikaa enemmän.

Kehitettäväksi asiaksi ryhmätapaamisissa koemme myös ryhmän jatkuvuuden puuttumisen. Teimme liikuntasuunnitelmia yhdessä potilaiden kanssa, motivoimme heitä tupakoinnin vähentämiseen ja lopettamiseen, mutta meillä ei ole mahdollisuutta seurata potilaiden edistymistä ja kuntoutumista. Pohdimme, että motivaatio omasta terveydentilasta huolehtimiseen voi vähentyä, jos potilaalla ei ole ketään kelle kertoa, miten hän on saanut tavoitteensa edistymään. Jos toimintaa jatkettaisiin tietyin väliajoin saman ryhmän kanssa, heidän kanssaan voitaisiin ottaa asioita uudelleen esille. Näiden näkökulmien vuoksi meidän on hankala arvioida, olemmeko todella edistäneet potilaiden elämänhallintataitoja sekä kuntoutumista. Tämä myös olennaisesti vaikuttaa siihen, että emme tiedä, onko opinnäytetyömme palvellut riittävän hyvin toimeksiantajaa.

10 POHDINTA

10.1 Eettisyys ja luotettavuus

Olemme opinnäytetyömme toteutuksessa koko ajan muistaneet potilaan itsemääräämisoikeuden. Olemme siten myös kertoneet potilaille, että heidän ei ole pakko osallistua toimintaan tai keskusteluun, jos he eivät halua. Olemme motivoineet heitä osallistumaan, mutta emme mielestämme ole tehneet siitä vaatimusta.

Emme ole missään vaiheessa kirjanneet ylös nimiä tai muita henkilökohtaisia asioita, joten anonymiteetti on suojattu. Olemme myös jättäneet lopulliseen opinnäytetyöhön kirjaamatta palautteet, jotka ovat olleet henkilökohtaisiin asioihin tai persoonaan viittaavia, vaikka eivät suoraan paljastakaan mitään. Palautteet aiomme hävittää silppurilla Savonia-ammattikorkeakoulussa, kun olemme varmoja, ettemme enää niitä tarvitse. Lääkkeistä, joita potilaat käyvät injektioyhmässä ottamassa, emme ole keskustelleet potilaiden tai työntekijöiden kanssa. Koemme, ettei opinnäytetyömme toteutuksesta ollut injektioyhmäläisille haittaa eettisestä näkökulmasta.

Palautteenkeruumenetelmänä Plus Delta -malli oli aluksi haastava kohderyhmälle. Keräsimme ensimmäisen palautteen koko ryhmältä niin, että he saivat vuorotellen kertoa ajatuksistaan. Niin palautteenkeruu oli lähes epäonnistunut, kun vertaa myöhemmin kerättyihin palautteisiin. Kaikilla muilla ryhmätapaamisilla keräsimme palautteen 2–3 hengen ryhmissä. Näin saimme hyvin ja luotettavasti kuulla heidän tunteuksiaan. Myös säännöllisesti ryhmässä käyvät potilaat alkoivat luottaa meihin, kun tulimme tutuiksi puolin ja toisin. Kirjoitimme rehellisesti ylös kaikki asiat, jotka tulivat esiin. Osa palautekeskusteluissa tulleista asioista eivät olleet aiheeseen liittyviä, joten jätimme ne kirjoittamatta arviointipäiväkirjassa. Tässäkin asiassa sairauden-tila vaikutti suuresti saamamme palautteen laatuun.

Arviointipäiväkirjaa kirjoitimme joka kerta injektioyhmän jälkeen. Näin muistimme hyvin tuoreeltaan omat kokemuksemme sekä palautteet, jotka saimme. Lisäksi tukena oli paperille ylöskirjoitetut palautteet. Arviointipäiväkirjastamme kirjoitimme tulosten tarkastelua, joten asiat on kirjoitettu myöhemminkin niin kuin ne ovat.

Kävimme kaksi kertaa tutustumassa injektioyhmään ennen toteutuksen aloittamista. Siitä huolimatta toteutustavat olivat toisinaan haastavia käytännössä toteuttaa, sillä ryhmän koko vaihteli joka ryhmätapaamisella ja meille tuli uusia potilaita lähes joka

kerralla ryhmään mukaan. Paikalla oli seitsemästä viiteentoista. Kukaan ei tiennyt, montako potilasta osallistuu ryhmään minäkin päivänä, joten emme pystyneet varautumaan etukäteen. Koimme, että keskustelu isossa ryhmässä ei sovellu kyseisen kohderyhmän kanssa kovin hyvin, jos joillakin on sairauden tilassa huono kausi meillä. Sairaudentilat vaikuttavat suuresti heidän pystyvyyteen osallistua ryhmään. Huomasimme, että yhden potilaan levottomuus aiheuttaa koko ryhmätunnelmaan levottomuutta.

Koimme, että toiminnan järjestäminen kahden henkilön ohjattavana on haastavaa, jos ryhmässä kävijöitä on yli 10. Toisaalta, tupakointiaiheinen keskustelu toimi hyvin yli 10 henkilön ryhmässä kahden henkilön ohjaamana. Tässä tapauksessa kaikki potilaat olivat kykeneviä ryhmäkeskusteluun. Myös askarteluaiheinen ryhmätapaaminen pienessä alle 10 henkilön ryhmässä oli onnistunutta, sillä jokainen sai tilaa tehdä omaa tuotostaan ja aikaa olimme varanneet hyvin. Aikaa olisi voinut olla muilla toimintakerroilla enemmän, sillä aikataulumme oli toisinaan tiukka ja sen vuoksi kiireentuntu saattoi potilaille välittyä. Kokemamme perusteella kiire voi myös lisätä levottomuutta ryhmässä.

Luotettavuutta pitämäämme toimintaan lisää se, että emme odottaneet asioiden menevän jollakin tietyllä tavalla. Lähdimme pitämään toimintaa niin sanotusti vapain mielin. Kaikki ilmiöt ryhmässä tulivat spontaanisti ja emme ohjanneet potilaiden ajatuksia meille edullisempaan suuntaan.

Käyttämiemme lähteiden luotettavuutta voi osittain kyseenalaistaa, koska käytösämme on ollut useita yli viisi vuotta vanhoja lähteitä. Työhömmme sopivia lähteitä oli joidenkin aiheiden kohdalla vaikeaa löytää, kuten sanojen selityksiin oli haastava saada lähettä. Tällöin jouduimme ottamaan sen lähteen, mikä vaikutti luotettavimmalta. Pääasiassa lähteemme ovat näyttöön perustuvia ja olemme käyttäneet paljon tutkimuksia.

10.2 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyössämme parityöskentelymme on ollut onnistunutta. Olemme pystyneet tukemaan toisiamme kirjoittamisen suhteen. Asiaa auttaa myös se, että tunnemme toisemme hyvin, joten toisen motivoiminen kirjoitusurakkaan on ollut kenties helpompaa. Ymmärsimme toistemme näkökulmia hyvin ja yhteinen näkemys aiheesta löytyi helposti. Koemme olleemme joustavia toistemme suhteen. Välttyimme myös erimielisyyksiltä koko prosessin ajan, sillä molempien ajatuksille on ollut tilaa. Toteutus oli

mukavaa yhdessä tekemistä ja kävimme läpi jälkipuintia ryhmätapaamisten jälkeen. Koemme, että tämä työ olisi ollut liian iso yhdelle ihmiselle. Kolmannen tekijän saaminen tähän opinnäytetyöhön olisi ollut välillä tarpeen. Hän olisi voinut olla esimerkiksi sosionomiopiskelija, joka olisi voinut tuoda syventävää tietoa ryhmästä sekä ryhmän ohjaamisesta.

Saimme aiheen opinnäytetyöhön keväällä 2013. Orientoitumisvaihe meillä kesti lähes puoli vuotta. Koemme, että tarvitsimme aikaa inspiraation löytymiselle, sillä meille annettiin niin sanotusti vapaat kädet toiminnan suunnittelun suhteen. Myös ilman kyseistä pohdinta-aikaa emme olisi tehneet tällaista työtä. Työsuunnitelmaa aloimme kirjoittaa marraskuussa 2013. Helmikuussa 2014 esitimme työsuunnitelman ja saimme sen aika pian sen jälkeen hyväksytyksi. Luvat opinnäytetyöllemme saimme maaliskuun lopussa, joten ensimmäisen ryhmätapaamisen järjestimme huhtikuun alussa. Huhtikuussa pidimme myös kaikki muut ryhmätapaamiset peräkkäisinä tiistai-päivinä. Ryhmätapaamisten ohella olemme kirjoittaneet arviointipäiväkirjaa. Toukokuusta alkaen jatkoimme työtämme kirjoittamalla toteutuksen raporttia, arviointia ja pohdintaa. Niiden työstäminen jatkui vielä syksyllä niin, että lokakuussa pääsemme esittämään ja viimeistelemään opinnäytetyön.

Opinnäytetyömme aikataulu oli meille sopiva. Joustava aikataulu ja mielenkiintoinen opinnäytetyöaiheemme on antanut meille motivaatiota tehdä tätä työtä. Haasteena on ollut löytää yhteistä aikaa opinnäytetyön kirjoittamiseen töiden ja muiden koulutehtävien vuoksi. Myös inspiraation löytyminen alussa oli haaste, sillä emme tienneet, miten rupeamme työtä rakentamaan. Meillä oli paljon ideoita, jotka eivät kuitenkaan kantaneet pidemmälle. Aihe oli alkuun laaja, joten rajaaminen potilaslähtöiseksi auttoi asiaa – ja myöhemmin päätimme, että kirjoitamme vain skitsofreniaa sairastavan näkökulmasta työn rajaamisen vuoksi. Ryhmässä oli muitakin kuin skitsofreniaa sairastavia, joten haasteena oli tuoda asioita esiin niin, että ne eivät luokittele ketään. Meillä oli jokaisessa tapaamisessa keskusteluhetki, jossa kävimme teoreettisesti ai-hetta läpi. Teoriatiedon esiintuominen oli haasteellista, sillä emme tienneet ryhmässä käyvän muitakin kuin skitsofreniapotilaita. Injektioryhmän työntekijöiden avulla löysimme keinon, kuinka tuoda tietoa esiin korostamatta skitsofreniaa. Ryhmän koon vaihtelu toi oman haasteensa, sillä se vaikutti valmistautumiseen. Haasteena koimme myös kokemuksen puutteen; kuinka tuoda tietoa esiin aroista aiheista, kuten ylipainosta, potilaille leimaamatta tai lannistamatta heitä.

10.3 Ammatillinen kehittyminen

Koemme kehittyneemme ammatillisesti opinnäytetyöprosessin aikana. Tietämyksemme skitsofreniapotilaan hoitoon liittyvistä asioista syventyi niin työsuunnitelma- vaiheessa kuin myös toteuttaessamme toimintaamme. Skitsofreniaan tutustuminen on hyvä, sillä uskomme hoitavamme tulevaisuudessa skitsofreniapotilaita.

Olemme saaneet käytännön kokemusta työskentelystä mielenterveyspotilaiden kanssa ryhmässä. Olemme harjaantuneet mielenterveyspotilaan ohjaamisessa. Tiedämme nyt toiminnan ja keskustelun ohjaamiseen liittyviä haasteita, joista meillä on nyt kokemusta. Haasteeksi koimme esimerkiksi jokaisen ryhmän jäsenen itsensä ilmaisun mahdollistamisen.

Olemme kehittyneet havainnoimaan mielenterveyspotilasta ja hänen kykyään ottaa tietoa ja ohjausta vastaan. Mielenterveyspotilaat voivat tarvita paljon kannustusta ja tukea toimintaan osallistumisessa. Lisäksi koemme omien keskustelutaitojemme kehittyneen. Opinnäytetyö antoi varmuutta työskennellä mielenterveyspotilaiden kanssa.

10.4 Jatkotutkimukset ja kehittämisideat

Opinnäytetyömme toteutettiin toiminnallisena, joten siihen ei liittynyt mitään tutkimuksellista osiota. Pohdimme, että jossain vaiheessa olisi ajankohtaista tehdä tilannekatsaus, kuinka lisälmen injektiryhmässä psykososiaalinen hoito ja toiminnalliset menettelmät ovat toimineet potilaiden kuntouttamisessa. Toiminnan kehittämisestä voisi tehdä työntekijöiden sekä ryhmäläisten näkökulmasta tutkimuksen. Olisi myös mielenkiintoista joskus nähdä tutkimus siitä, kuinka arkea tukevat ryhmätapaamiset kuntouttavat skitsofreniapotilaita.

Palautteiden perusteella toimintaa haluttaisiin jatkaa ja niin ajatella mekin. Potilailta tuli esiin toiveita aiheista, mistä voisi toiminnallista ohjelmaa heille järjestää. Koemme, että injektiryhmää ohjaavat työntekijät tai ammattikorkeakouluopiskelijat voisivat jatkaa toiminnan järjestämistä injektiryhmälle. Suosittelemme vähintään kolmea ohjaajaa toiminnasta riippuen. Lisäksi aikaa olisi hyvä varata riittävästi, jotta kaikki potilaat tulisi kohdattua yksilöllisesti. Tällaisilla muutoksilla voisi päästä parempaan tulokseen ryhmätoiminnan onnistumisessa.

LÄHTEET

- Bengston, M. 2006. Types of schizophrenia [verkkajulkaisu]. Psych central [viitattu 7.1.2014]. Saatavissa: <http://psychcentral.com/lib/types-of-schizophrenia/000714/2>
- Bruijn, T. 2006. Käytännön psykoedukaatiota psykoosipotilaan perheelle *Suomen Lääkärilehti* [verkkolehti]. 41/2006, vsk 61 [viitattu 12.12.2013]. Saatavissa: <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=31562&GUID=%7B4D44BB90-72A5-4B6C-A6FC-04F249D7CB76%7D>
- Evira. 2012. Käsihygieniä [verkkajulkaisu]. Elintarviketurvallisuusvirasto Evira [viitattu 3.2.2014]. Saatavissa: <http://www.evira.fi/portal/fi/elintarvikkeet/hygieniaosaaminen/tietopaketti/henkilokohtainen+hygieniä/käsihygieniä/>
- Evira. 2013. Käsien pesu selkokielellä [verkkajulkaisu]. Elintarviketurvallisuusvirasto Evira [viitattu 3.2.2014]. Saatavissa: <http://www.evira.fi/portal/fi/elintarvikkeet/tietoa+elintarvikkeista/kasittely+ja+sailyttaminen/käsienpesu/käsienpesu+selkokielellä/>
- Hartikainen, R., Pöyhönen, E. & Remes, P. 2013. Psykiatrinen kotikuntoutusryhmä. Iisalmi 11.11.2013. Haastattelu.
- Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä, L. & Rusi-Pyykönen, M. 2011. *Toiminnan voimaa Toimintaterapia käytännössä*. Helsinki: Edita Prima.
- Hintikka, J., Liuska, A., & Sorvaniemi, M. 2006. Pitkävaikutteiset psykoosilääkeinjektiot – menneisyyttä vai tätä päivää? *Suomen lääkäri-lehti* [verkkolehti]. 14/2006 vsk 61 [viitattu 2.3.2014]. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/ezproxy.savonia-amk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2006/SLL142006-1601.pdf>
- Hirvonen, E., Johansson, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M. & Renfors T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- HS. 2013. Suomalaisten geenilöydös paljasti skitsofrenian ja nikotiiniriippuvuuden yhteyksiä [digilehti]. *Helsingin Sanomat* 13.8.2013 [viitattu 5.2.2014]. Saatavissa: <http://www.hs.fi/tiede/a1376357520627>
- Huttunen, M. 2008. *Lääkkeet mielen hoidossa*. 2. painos. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.
- Iivonen, K. 2006. Prochaskan ja DiClementen vaihe- ja prosessimallin soveltaminen ryhmäohjauksessa [verkkajulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 5.2.2014]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00268
- Iowa State University. 2011. PLUS/DELTA Classroom Assessment Technique [verkkajulkaisu]. Iowa State University [viitattu 3.2.2014]. Saatavissa: http://www.celt.iastate.edu/teaching/plus_delta.html
- Isohanni, M., Kiesepää, T., Koponen, H., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2011. Skitsofrenia. Teoksessa Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. 9. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

- Itä-Suomen yliopisto. s.a. Motivaatiopuntari [verkkosivu]. Itä-Suomen yliopisto [viitattu 4.2.2014]. Saatavissa: <http://www.uef.fi/fi/tupakkakoulutus/6.-motivaatiopuntari>
- Kanerva, A., Kuhanen, C., Oittinen, P., Schubert, C. & Seuri, T. 2010. *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kanerva, A., Kuhanen, C., Oittinen, P., Schubert, C. & Seuri, T. 2012. *Mielenterveyshoitotyö*. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kauranen, A. 2009. Tuhoavat voimat ryhmässä. Teoksessa Lindroos, H. & Ulrika Segercrantz (toim.). *Yksilöksi ryhmässä*. Helsinki: Hakapaino, 143-152.
- Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa [verkkajulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 7.1.2014]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia-amk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo11273&p_haku=psykoedukaatio
- Kiiltomäki, A., Noppari, E. & Pesonen, A. 2007. *Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kiviniemi, L., Läksy, M., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. *Minä mielenterveystyön tekijänä*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kopakkala, A. 2011. *Porukka, jengi, tiimi : ryhmädynamiikka ja siihen vaikuttaminen*. 3. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Korhonen, Terttu 2014. Ylihoitaja. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä. Iisalmi 9.1.2014. Haastattelu.
- Koskenvuo, M. & Mattila, K. 2009. Terveiden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet [verkkajulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim. [viitattu 7.1.2013]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00001
- Käypä hoito -suositus. Liikunta (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012 (viitattu 2.2.2014). Saatavilla Internetissä: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075?hakusan a=liikunta>
- Käypä hoito -suositus. Skitsofrenia (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psy-kiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 14.12.2013). Saatavilla Internetissä: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050#R217>
- Lader, M. 1995. What is relapse in schizophrenia? [verkkajulkaisu]. NCBI [viitattu 2.3.2014]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7622834>
- Laukkala, T., Riikola, T. & Salokangas, R. 2013. Skitsofrenia [verkkajulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 7.1.2013]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00031&p_haku=skitsofrenia
- Lehtinen, V. & Taipale, V. 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito [verkkajulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 9.1.2014]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054

- Leinonen, E. s.a. Psykiatriset hoitomuodot [verkkojulkaisu]. Kandidaattikustannus Oy [viitattu 9.1.2014]. Saatavissa: http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Psykiatriset_hoitomuodot
- Lähteenlahti, Y. 2008a. Psykoosisairaudet ja kuntoutus [verkkojulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 4.1.2013]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia-amk.fi:2048/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=kun00173&p_haku=psykiatrinen%20kuntoutus
- Lähteenlahti, Y. 2008b. Psykoosit. Teoksessa Rissanen P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.). *Kuntoutus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 191–209.
- Lähteenlahti, Y. 2008c. Skitsofreniasairauksien oirekuvasta [verkkojulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 4.1.2013]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia-amk.fi:2048/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=kun00173&p_haku=psykiatrinen%20kuntoutus
- Lönnqvist, J. 2005. *Mielenterveyden ongelmat* [verkkosivu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 12.12.2013]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00028
- Mielekäs päivä tm Elämäniloa liikunnasta [DVD]. Lilly.
- Mielenterveyden keskusliitto. 2006. *Liikunta ja mielenterveys* [verkkokirja]. Kehitys Oy [viitattu 2.2.2014]. Saatavissa: <http://www.mtkl.fi/@Bin/285221/Liikunta+ja+mielenterveys+netti.pdf>
- Mielenterveyslaki L 1990/1116. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 7.1.2014]. Saatavissa: [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search\[type\]=pika&search\[pika\]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search[type]=pika&search[pika]=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista)
- Mielenterveystalo. s.a.a.) Stigma eli häpeäleima [verkkojulkaisu]. Mielenterveystalo [viitattu 30.10.2014]. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/Stigma.aspx>
- Mielenterveystalo. s.a.b.) Psykososiaaliset hoidot [verkkojulkaisu]. Mielenterveystalo [viitattu 7.9.2014]. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/Psykososiaalisethoidot.aspx>
- Mäki, O. 2009. Teknologia viriketoiminnan apuna [verkkodokumentti]. TAMK [viitattu 4.2.2014]. Saatavissa: http://www.tamk.fi/web/aip.nsf/ttais_Outi_Maki.pdf
- NIH. 2009. What is schizophrenia? [verkkojulkaisu]. National Institute of Mental Health [viitattu 3.2.2014]. Saatavissa: http://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia/index.shtml?utm_source=wordtwit&utm_medium=social&utm_campaign=wordtwit
- Niskanen, L. 2011. Skitsofrenia ja sydänsairaudet [verkkojulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 3.2.2014]. Saatavissa: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00417
- Nordling, E. & Toivio, T. 2009. *Mielenterveyden psykologia*. Tampere: Esa print.
- Oiva. 2014. Pitkä rentoutus [verkkojulkaisu]. Oivamieli [viitattu 3.2.104]. Saatavissa: http://oivamieli.fi/test/pitka_rentoutus.php

- Oksanen, J. 2013. Terveyskäyttäytymisen ohjanta skitsofreniapotilailla. Näytönastekatsaus (online). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki (viitattu 3.2.2014). Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnut/nak07929>
- Perälä, J. 2013. Epidemiology of Psychotic Disorders [verkkojulkaisu]. Helsingin yliopisto. Psykiatrian laitos. Väitöskirja [viitattu 12.12.2014]. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104356/URN_ISBN_978-952-245-826-1.pdf?sequence=1
- Riikonen, E. 2008. Mielenterveysongelmat. Teoksessa Rissanen P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.). *Kuntoutus*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 158–166.
- Rissanen, P. 2008. Tearpiaa vai kuntoutusta? Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.). *Kuntoutus*. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 673–682.
- Salokangas, R. K. R. 2009. Skitsofreniapotilaan somaattiset sairaudet [verkkojulkaisu]. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [viitattu 3.2.2014]. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo97889
- Suomen Mielenterveysseura. 2009. *Hyvinvoinnin lähteillä* [verkkokirja]. PunaMusta Oy [viitattu 3.2.2014]. Saatavissa: <http://www.mielenterveysseura.fi/files/276/hyvinvoinninOPAS15.9.pdf>
- TAYS. 2013. Liikunta ja psyykinen hyvinvointi [verkkojulkaisu]. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä [viitattu 2.2.2014]. Saatavissa: <http://liikumielihyvaksi.fi/wp-content/uploads/2013/09/liikunta-ja-psyyykinen-hyvinvointi-potilasohjeet.pdf>
- THL. s.a. Motivaatiopuntari [verkkosivu]. Itä-Suomen Yliopisto [viitattu 4.2.2014]. Saatavissa: <http://www.uef.fi/fi/tupakkakoulutus/6.-motivaatiopuntari>
- THL. 2012. Hilmo Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2013 Määrittelyt ja ohjeistus [verkkodokumentti]. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 2.9.2014]. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90865/URN_ISBN_978-952-245-725-7.pdf?sequence=1
- THL. 2013a. Keskeisiä käsitteitä neuvontapalveluista ja kotikäynneiltä [verkkosivu]. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 8.1.2014]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/lait/kasitteet
- THL. 2013b. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2011 [verkkosivu]. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 14.12.2013]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/erikoissairaanhoito/psykiatrinen
- THL. 2014a. Tupakoinnin lopettaminen parantaa terveyttä [verkkojulkaisu]. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 4.2.2014]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/tupakointi/tupakoinnin_lopettaminen
- THL. 2014b. Tupakoinnin terveyshaitat [verkkojulkaisu]. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 4.2.2014]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/tupakointi/tupakoinnin_terveyshaitat

THL. 2014c. Tupakka 2012 [verkkajulkaisu]. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 17.9.2014]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/tupakka>

Tuulio-Henriksson, A. 2012. Skitsofreniaa sairastavien kuntoutus ja työllistymismahdollisuudet *Kuntoutus* [verkkolehti]. 1/2012 [viitattu 2.3.2014]. Saatavissa: http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2012/tuulio-katsaus.pdf

University of Central Oklahoma. 2010. Plus/delta [verkkodokumentti]. University of Central Oklahoma [viitattu 3.2.2014]. Saatavissa: http://www.uco.edu/academic-affairs/cqi/files/docs/facilitator_tools/plus-delta.pdf

Vahvistamo. 2014. Rentoutuminen [verkkajulkaisu]. Suomen Mielenterveysseura [viitattu 3.2.2014]. Saatavissa: http://www.vahvistamo.fi/etusivu/voi_hyvin/rentoutuminen

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014. *Terveyttä ruoasta Suomalaiset ravitsemussuosituksset 2014* [verkkokirja]. Juvenes Oy [viitattu 3.2.2014]. Saatavissa: http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuosituksset_2014_fi_web.pdf

Vuori, I. 2013. Liikuntaan ohjaaminen kuuluu terveydenhuollon tehtäviin [verkkolehti]. *Suomen Lääkärilehti* 23/2013 vsk 68 [viitattu 1.2.2014]. Saatavissa: <http://liikumielihyvaksi.fi/wp-content/uploads/2013/07/SLL232013-1755-Liikuntaan-ohjaaminen-kuuluu-terveydenhuollon-teht%C3%A4viin.pdf>

Winell, K. 2006. Tupakasta vieroitumisen muutosvaihemalli [verkkajulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 5.2.2014]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ima01316

RYHMÄTAPAAMISTEN SUUNNITELMAT

Käymme tutustumassa kaksi kertaa ennalta ryhmään. Ensimmäisellä tutustumiskäynnillä kysymme potilaiden toiveita ryhmätapaamisten sisällöistä. Toisen tutustumiskäynnin sijoitamme lähelle ryhmätapaamisten aloitusta, sillä aiomme käydä esittelemässä itsemme sekä ryhmätapaamisten sisältöjä.

Ensimmäisen ryhmätapaamisen aloitamme nimikierroksella sekä sovimme ryhmää koskevista säännöistä yhdessä. Lisäksi jaamme potilaille yhteenvedon ryhmätapaamisten ajankohdista sekä niiden sisällöistä. Kerromme, että osallistuminen järjestämäämme toimintaan on vapaaehtoista.

Ensimmäisessä ryhmätapaamisessa on suunnitelmana tehdä ryhtiharjoitus. Harjoituksessa kuvitellaan päälakeen koukku, jota vedetään ylöspäin. Pään asentoa korjataan ja hartioita vedetään taaksepäin. Selkä pidetään suorana. Ryhtiharjoituksen jälkeen, pidämme lyhyen, noin 5-10 minuutin mittaisen jumpan. Jumppaliikkeiden ohjeita löysimme Eli Lilly & Company -yhtiön tuottamasta ”Miehekäs Päivä tm Elämäniloa liikunnasta” –DVD:ltä (taulukko 1).

Liike	Toistot
Hartioiden korviin nosto (istuen)	10
Jalkojen ojennus vuoroliikkein (istuen)	20
Jalkojen ja nilkkojen ravistelu (istuen)	-
Jalkojen venytys: nostetaan vuorotellen jalka polven päälle, selän taivutus eteenpäin (istuen)	2
Selän kiertoliike, kädet suorana alaviistoon (istuen)	10
Rintalihasten venytys: kädet ristiin selän taakse, selän eteenpäin taivutus (istuen)	-
Niskojen venytys sivulta sivulle, pään nosto rintakehän kautta (istuen)	-
Vuorohiihto (seisten)	20
Marssiaskleet (seisten)	20
Koko vartalon ravistelu	-

TAULUKKO 1. Jumppaliikkeet ja niiden toistot.

Lopuksi tarkoituksenamme on kertoa liikunnan tuomista hyödyistä viitaten riskeihin, joita skitsofrenia ja sen lääkitys on heidän elämäänsä tuonut. Liikuntasuosittelun esiintuomisen koemme tärkeäksi. Kohderyhmälle suosittelemme pientä liikunnan lisäystä elämään. He voisivat itse suunnitella, mitä liikuntaa he voisivat lisätä elämäänsä ja miten he sen toteuttaisivat. He voisivat tuoda esiin

ajatuksia siitä, saavatko he ketään tuttua mukaan liikkumaan. Keräämme lopuksi palautteen. Ryhmätapaamisen arvioitu kesto on 60 minuuttia.

Toisen ryhmätapaamisen suunnitelmana on keskustella skitsofrenian tuomista vaikutuksista elimistölle ja pohtia yhdessä ravitsemuksen merkitystä näiden vaikutusten suhteen. Aiomme järjestää keskustelua myös ravitsemussuositusten toteuttamisesta käytännössä. Keskustelutuokion jälkeen aiomme harjoitella käsien saippuapesua. Eviran (2013) mukaan oikeaoppinen käsien saippuapesuohje rakentuu seuraavasti:

- a. Poistetaan sormukset, kellot, rannekorut
- b. Kostutetaan kädet vedellä
- c. Otetaan nestemäistä saippuaa
- d. Hierotaan saippua käsien ja ranteiden joka pinnalle noin 20 sekunnin ajan
- e. Huuhdellaan juoksevan veden alla
- f. Kuivataan kädet puhtaaseen (kertakäyttöiseen) pyyhkeeseen
- g. Suljetaan hana pyyhkeen avulla, niin etteivät kädet osu siihen.

Seuraavaksi valmistamme pientä välipalaa hedelmistä ja kasviksista, joiden kustannusten maksamiseen pyydämme Ylä-Savon SOTE kuntayhtymää mukaan (taulukko 2). Lopuksi pyydämme palautetta tästä ryhmätapaamisesta. Arvioimme ryhmätapaamisen kestoksi 60 minuuttia.

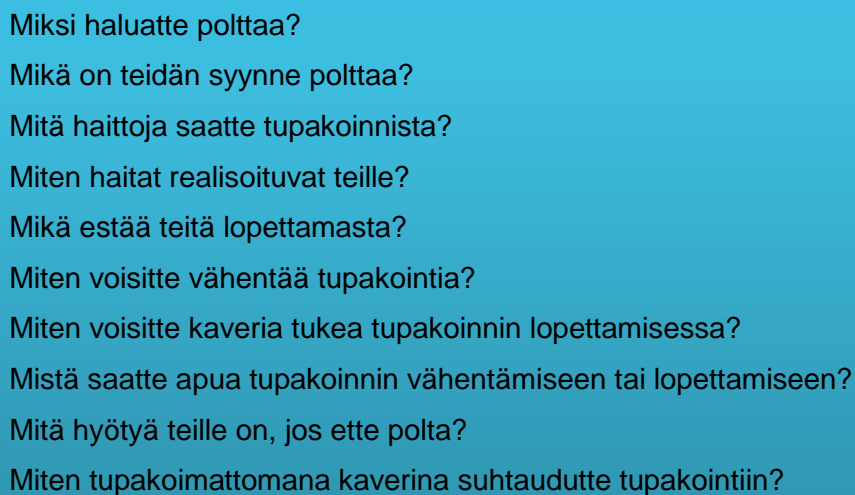
Mitä?	Miksi?	Hinta
Appelsiinit 3 kpl	2. ryhmätapaamisen välipala	2,00 €
Kurkku 1 kpl	2. ryhmätapaamisen välipala	2,00 €
Omenia 5 kpl	2. ryhmätapaamisen välipala	2,00 €
Porkkanapussi, 1kg	2. ryhmätapaamisen välipala	1,00 €
Yhteensä:		7,00 €

TAULUKKO 2. Tarvittavat hedelmät ja kasvikset sekä niiden arvioidut kustannukset.

Suunnittelimme kolmanteen ryhmätapaamiseen toiminnaksi rentoutusharjoitusta. Löysimme Oiva-hyvinvointiohjelman Internetsivuston (Oiva 2014), joka on yhteistyössä Suomen mielenterveysseuran kanssa. Siellä on ”Pitkä rentoutus” -nimellä noin 15 minuutin rentoutusäänite ja ohjeet, miten rentoutuksen voi toteuttaa. Aiomme toistaa rentoutuksen suoraan internetistä omalla tietokoneellamme, johon käytämme omaa internet-yhteyttämme. Käytämme rentoutuksessa ohuita jumppamattoja, jotka saamme Savonia-ammattikorkeakoulusta, Iisalimesta, lainaan. Potilaat voivat valita

maton tai tuolin rentoutumiseen. Rentoutumisen jälkeen kerromme tietoa rentoutumisen ja unen tärkeydestä ihmiselle. Otamme tiedonannossa huomioon myös mielenterveyden näkökulman. Tuomme esiin rentoutumisen positiivisia vaikutuksia ihmismieleen ja kehoon. Keräämme lopuksi palautetta. Arvioimme ryhmätapaamisen kestoksi 60 minuuttia.

Neljännessä ryhmätapaamisessa puhumme ryhmäläisten kanssa heidän tupakoinnistaan ja sen vähentämisestä keskustelun kautta. Tavoitteena on lopettamisen motivaation nostattaminen. Kuviossa 2 on esitelty motivaatiokysymykset, jotka voivat edistää tupakoinnin lopettamista. Aiomme tulostaa kysymykset paperille ja leikata ne omiksi lapuikseen. Aiomme herättää keskustelua kysymysten pohjalta. Potilaat voivat lukea halutessaan kysymykset ääneen. Yritämme huomioida kysymyksissä myös sen, että kaikki ryhmän jäsenet eivät välttämättä polta. Annamme potilaille käytännön vinkkejä, kuinka vähentäminen onnistuu. Kerromme heille, mitä hyötyä heille on lopettamisesta. Arvioimme ryhmätapaamisen kestoksi 45 minuuttia.



Miksi haluatte polttaa?
Mikä on teidän syyne polttaa?
Mitä haittoja saatte tupakoinnista?
Miten haitat realisoituvat teille?
Mikä estää teitä lopettamasta?
Miten voisitte vähentää tupakointia?
Miten voisitte kaveria tukea tupakoinnin lopettamisessa?
Mistä saatte apua tupakoinnin vähentämiseen tai lopettamiseen?
Mitä hyötyä teille on, jos ette polta?
Miten tupakoimattomana kaverina suhtaudutte tupakointiin?

KUVIO 2. Tupakointiin liittyvät motivaatiokysymykset.

Viimeisessä ryhmätapaamisessa ryhmäläiset saavat askarrella omat huoneentaulut, jotka kuvastavat heidän elämäänsä sillä hetkellä. Annamme heille kartongit, joille he saavat liimata lehdistä leikkaamia kuvia liittyen aiempien tapaamiskertojen aiheisiin. He voivat halutessaan myös kirjoittaa ja piirtää kartongille. Huoneentaulut tulevat heille muistoksi yhteisistä tapaamisistamme. Se voi toimia motivaatiolähteenä, minkä he voivat esimerkiksi kiinnittää oman kotinsa seinälle. Askarteluryhmä on viimeinen tapaamisemme ja kysymme silloin ryhmäläisiltä viimeiset palautteet toiminnasta. Arvioimme ryhmätapaamisen kestoksi 45 minuuttia.

Jokaisen ryhmätapaamisen lopussa pyydämme palautteen injektiryhmän potilailta Plus Delta -menetelmää apuna käyttäen. Se on nopea ja helppo työkalu palautteen keräämiseen. (Iowa State University 2011.) Plus Delta -mallia voidaan käyttää yksilöllisesti, mutta myös ryhmäpalautteen keräämiseksi (University of Central Oklahoma 2010). Palautemalli rakentuu niin, että plus-osioon pyydetään kommentteja siitä, mikä onnistui ja mikä oli hyvää ryhmäläisten omassa toiminnassa. Delta osioon pyydetään kehittämiskohteista kommentteja – potilaat voivat arvioida myös omia kehittämiskohteitaan. (Iowa State University 2011.) Olemme rajanneet opinnäytetyömme potilaslähtöiseksi, joten keräämme palautetta vain potilailta. Aiomme kerätä potilaiden palautteet suullisesti joko koko ryhmän kesken tai pienryhmissä. Kirjaamme palautteet itse käsin. Jos hoitajat antavat meille palautetta, otamme sen huomioon toteutuksessa ja arvioinnissamme.

VÄLINEET JA NIIDEN HANKINTA

TAULUKKO 3. Ryhmätapaamisiin tarvittavat välineet, lukumäärät ja hankintatavat.

Tarvittavat välineet ja lukumäärät	Hankintatapa
A4-paperiarkki 10 kpl	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
Kartonki A2 7 kpl	Savonia-ammattikorkeakoulu
Lyijykynä 15 kpl	Savonia-ammattikorkeakoulu
Tussi 10 kpl	Savonia-ammattikorkeakoulu
Kuulakärkikynä 5 kpl	Savonia-ammattikorkeakoulu
Liima 1 kpl	Savonia-ammattikorkeakoulu
Sakset 3 kpl	Savonia-ammattikorkeakoulu
Aikakausilehdet	Koti, tuttavat
Pahvilautanen 14 kpl	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
Hedelmät ja kasvikset	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä (taulukko X)
Leikkuulauta 2 kpl	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
Leikkuuveitsi 2 kpl	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
Kuorintaveitsi 2 kpl	Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
Rentoutusmatto 10 kpl	Savonia-ammattikorkeakoulu
Kannettava tietokone	Koti
Kaiuttimet	Koti
Tulostin ja muste	Savonia-ammattikorkeakoulu
Kopiopaperi 15 kpl	Savonia-ammattikorkeakoulu



TAULUKKO 4. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymältä saadut kustannusavut.

Mitä?	Miksi?	Hinta
Appelsiinit 3 kpl	2. ryhmätapaamisen välipala	1,04€ -0,06€
Kurkku 1 kpl	2. ryhmätapaamisen väli-pala	0,80 € -0,04€
Omenia 5 kpl	2. ryhmätapaamisen väli-pala	2,14€ -0,11€
Porkkanapussi, 1kg	2. ryhmätapaamisen väli-pala	1,32€ -0,07€
Muovikassi	2. ryhmätapaamisen välipalan aineiden kantamiseen	0,19€
Yhteensä:		5,49€

PLUS DELTA -TAULUKKOMALLIPOHJA

Palaute

Päivämäärä:

PLUS 	DELTA 

VIRANHALTIJANPÄÄTÖS

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

25.3.2014

16 § / 2014

55/13.00/2014

Tutkimuslupa - Hanna Nerg ja Henriikka Venäläinen

Selostus asiasta

Valmistelija ja yhteystiedot: Marja Kesti, mielenterveys- ja päihdepalvelujen päällikkö, 044 709 6012,
marja.kesti@ylsasavonsote.fi

Savonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Hanna Nerg ja Henriikka Venäläinen hakevat tutkimuslupaa päättötyölleen, jonka aiheena on "Kuntouttavan toimintamallin luominen lisalmen injektior ryhmälle". Työn tarkoituksena on luoda injektior ryhmän työntekijöiden käyttöön toimintamalli, joka edistää injektior ryhmän potilaiden kuntoutumista ja elämänhallintataitoja. Kohderyhmänä ovat lisalmen injektior ryhmän skitsofreniaa sairastavat potilaat.

Päättötyö julkaistaan Theseus-julkaisuarkistossa ja luovutetaan Ylä-Savon SOTE kuntayhtymälle paperiversiona työn valmistuttua syksyllä 2014.

Päätös

Myönnän tutkimusluvan päättötyötä varten Hanna Nergille ja Henriikka Venäläiselle aiheella "Kuntouttavan toimintamallin luominen lisalmen injektior ryhmälle".

Päätöksen perustelu

Toimintamalli toimii injektior ryhmää ohjaavien työntekijöiden tukena toiminnan sisältöä suunniteltaessa.

Peruste

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hallintosääntö § 46.

Otto-oikeus

Yhtymähallitus

Nähtävilläolo

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Kirjaamo 2.4.2014..

Muutoksenhaku ja
toimielin

Oikaisuvaatimus, Yhtymähallitus


Seija Kärkkäinen
Hyvinvointijohtaja

Tämä asiakirja on allekirjoitettu asianhallintajärjestelmän sähköisellä tunnuksella.

