

Avaimia arkeen

Psykoedukaatioryhmän suunnittelu ja
toteutus Päijät-Hämeen keskussairaalan
psykiatrian osasto 6:lle

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Syksy 2016
Tiiu Halinen
Ida Peltonen

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

HALINEN, TIJU
PELTONEN IDA:

Avaimet arkeen
Psykoedukaatioryhmän suunnittelu
ja toteutus Päijät- Hämeen
keskussairaalan psykiatrian osasto
6:lle

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 33 sivua, 26 liitesivua

Syksy 2016

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli antaa prosessipsykooseista kärsiville tietoa heidän sairaudestaan ja näin parantaa heidän elämänlaatuaan sekä arjessa selviytymistä. Tarkoituksena oli myös vahvistaa psykoedukaatioryhmän merkitystä osana osaston hoitotyötä.

Tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa ryhmätoiminnan malli psykoedukaatiosta Päijät-Hämeen keskussairaalan psykiatrian osasto 6:lle. Malli antaa selkeän rungon hoitajille psykoedukaatioryhmän toteuttamiseen. Tämän toiminnallisen opinnäytetyön toimeksianto saatiin psykiatrian osasto 6:lta.

Opinnäytetyön teoriaosassa on kuvattu prosessipsykoosisairauksia, ryhmiä mielenterveyshoitotyössä ja psykoedukaatiota. Psykoedukaatio on merkittävä osa prosessipsykoosisairauksien hoidon kokonaisuutta.

Suunniteltu ryhmätoiminnan malli psykoedukaatiosta esiteltiin psykiatrian osasto 6:lla huhtikuussa 2016. Ryhmä toteutettiin kesä-heinäkuussa 2016. Palautetta ryhmätoiminnan mallista saatiin suullisesti osasto 6:n hoitohenkilökunnalta ja palautelomakkeella ryhmän jäseniltä. Ryhmästä saatiin hyvää ja rakentavaa palautetta. Ryhmätoiminnan mallia muokattiin palautteen perusteella.

Tulevaisuudessa ryhmätoiminnan mallia voisi kehittää, kun ryhmää on toteutettu useamman kerran. Moniammatillisuus ryhmässä toteutuisi, kun ryhmässä olisi mukana myös lääkäri ja sosiaalityöntekijä.

Jatkotutkimuksena ryhmän jäsenille voisi teettää haastattelun muutaman kuukauden kuluttua ryhmästä. Tutkimustulosten perusteella ryhmäläisille voisi järjestää tiivistetyn uusintaryhmän psykoedukaatiosta.

Asiasanat: skitsofrenia, mielenterveyshoitotyö, psykoedukaatio

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

HALINEN, TIJU
PELTONEN, IDA:

Keys for everyday life
The planning and implementation of
psychoeducation group for Päijät-
Häme Central Hospital ward number
6

Bachelor's Thesis in Registered Nursing, 33 pages, 26 pages of
appendices

Autumn 2016

ABSTRACT

The purpose of this study was to give information to the people suffering from processpsychosis and thus improve their quality of life and survivability in everyday life. The aim was also to strengthen the psychoeducation group's role as a part of the treatment practices in the ward.

The goal was to design and implement a model of psychoeducation group activities for the Päijät-Häme Central Hospital Ward number 6. The model gives a clear frame for the Registered nurses to implement the psychoeducation group. The assignment for this functional thesis was received from the Psychiatry Ward 6.

The theoretical part of the thesis describes the processpsychosis illnesses, groups in the field of mental health nursing and psychoeducation. Psychoeducation is a main character in the entity of processpsychosis illnesses and their treatment.

The designed model of the group activities of psychoeducation was first presented to the Psychiatry Ward 6 in April 2016. The group was carried out in June-July 2016. The feedback from the model of group activities was received orally from the staff of Ward 6 and from the members of the group the feedback was received on a feedback form. The feedback received was good and constructive. The model of the group's activities was modified based on the feedback.

In the future the model of the group's activities could be developed by carrying out the group more than once. Multiprofessionality in the group would be fulfilled if there was also a doctor and a social worker included. As follow-up research, the members of the group could be interviewed in a few months after the group assignment. And based on the test result a new summary group of the psychoeducation could be organized.

Key words: schizophrenia, mental health nursing, psychoeducation

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	PROSESSIPSYKOOSISAIRAUDET	3
2.1	Skitsofrenia	5
2.2	Skitsoaffektiivinen häiriö	6
2.3	Harhaluuloisuushäiriö	7
2.4	Lyhytkestoinen psykoottinen häiriö	8
2.5	Määrittämätön psykoottinen häiriö	9
3	PSYKOEDUKAATIO OSANA MIELENTERVEYSTYÖTÄ	10
3.1	Ryhmät mielenterveystyössä	10
3.2	Psykoedukaatio	11
3.3	Ryhmänohjaaja psykoedukaatiossa	13
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	15
5	TOIMEKSIANTAJA	16
6	OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS	17
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	17
6.2	Tiedonhaku	17
6.3	Opinnäytetyön eteneminen	18
6.4	Ryhmätoiminnan malli psykoedukaatiosta	21
7	POHDINTA JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET	23
7.1	Pohdinta	23
7.2	Eettisyys ja luotettavuus	25
7.3	Jatkotutkimus- ja kehittämisaiheet	27
	LÄHTEET	29
	LIITTEET	34

1 JOHDANTO

Psykoosi on vakava mielenterveyden häiriö, johon liittyy ympäristön virheellistä havainnointia ja tulkintaa. Henkilö ei osaa erottaa todellisuutta harhoista. Psykoottiset oireet ovat myös monimuotoisia ja sairaus aiheuttaa usein toimintakyvyn laskua, tunne-elämän ongelmia sekä eristäytymistä. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 146; Tsola & Anastassiou-Hadjicharalambous 2012, 1 - 2; Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri, Schubert 2013, 191.) Sairaus puhkeaa usein nuorena, johtaa sairaalahoitoon, tila kroonistuu, eikä työelämään palaaminen onnistu. Psykoosisairauksilla on merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen vaikutus. (Eskola & Karila 2007, 65.)

Virginia Hendersson on määrittellyt 1950-luvulla kolme hoitotyön pääosa-alueita. Osa-alueet ovat vieläkin samat, tosin tutkimustiedon kautta hoitotyön tieto on selkeytynyt ja sitä on enemmän. Hoitotyön pääosa-alueet ovat asiakkaiden/potilaiden sekä heidän omaisten tukeminen ja auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen sekä tukeminen muuttuvissa elämäntilanteissa ja niihin sopeutumisessa. (Lauri 2007, 16 - 17.) Henderssonin määrittelemät hoitotyön pääosa-alueet ovat lähtokohtana opinnäytetyössä ja sen toteutuksessa.

Psykoosin hoidon kokonaisuuteen kuuluvat lääkehoito, psykoterapia, psykososiaalinen kuntoutus sekä työllisyyden tukeminen. Tärkeänä osana psykoosipotilaan hoitoa on myös psykoedukaatio. Hoidon pyrkimys on oireiden lievittäminen, psykoosien ehkäisy ja sairastuneen elämänlaadun parantaminen. (Suvisaari, Isohanni, Kiesepä, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2014, 165; Skitsofrenia 2015.)

Psykoedukaatio on opetuksellinen menetelmä, jossa sairastuneelle annetaan tietoa oireista, hoidosta, sairauden kanssa selviytymisestä ja kuntoutumisesta. Psykoedukaation avulla voidaan vähentää sairaalahoitoa ja lyhentää sen kestoa sekä parantaa sairastuneiden henkilöiden ja heidän omaistensa selviytymistä sairauden kanssa. (Lähteenlahti 2008; Kuhanen ym. 2013, 95.) Yksi mielenterveystyön tavoitteista on auttaa sairastunutta

ymmärtämään ja kehittämään itseään (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2014, 21). Näin psykoedukaatio edistää mielenterveystyön tavoitteiden toteutumista.

Toiminnallinen opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Päijät-Hämeen keskussairaalan Psykiatrian osasto 6:n ja siellä työskentelevän apulaisosastonhoitajan kanssa. Ehdotus psykoedukaatioryhmästä saatiin toimeksiantajalta, koska osastolla oli siihen tarve. Opinnäytetyö on siis työelämälähtöinen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella selkeä ja toimiva ryhmätoiminnan malli osaston käyttöön, jota työntekijöiden on helppo toteuttaa valmiin rungon ja materiaalin avulla. Ryhmä koostuu seitsemästä tapaamiskerrasta, joiden aiheet ovat: tutustuminen ja sosiaalinen verkosto, stressi ja sen hallinta, psykoosit ja skitsofrenia, lääkehoito ja muut hoitomuodot, päihteet, varo-oireet sekä niiden hallintakeinot ja ryhmän päätyminen ja palautteen anto.

2 PROSESSIPSYKOOSISAIRAUDET

Psykooseihin kuuluvat muun muassa skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö ja lyhytkestoinen psykoottinen häiriö (Heiskanen ym. 2006, 146; Tsola & Anastassiou-Hadjicharalambous 2012, 2). Sharma-Arponen (2010) lisää vielä psykoosisairauksiin määrittämättömän psykoottisen häiriön ja käyttää näillä psykooseilla nimeä prosessipsykoosisairaudet.

Psykoosissa sairastunut tulkitsee sekä havainnoi ympäristöään virheellisesti. Sairastunut ei osaa erottaa todellisuutta harhoista. Psykoottisiin oireisiin luokitellaan aistiharhat, harhaluulot, puheen häiriöt, erikoinen käytös, tunne-elämän muutokset sekä ajattelun ja muistin heikkeneminen. Sairauteen saattaa kuulua myös ahdistusta, uniongelmia ja suhteettomia pelkoja. Pitkään sairastavilla psykoosi aiheuttaa toimintakyvyn laskua, tunne-elämän köyhtymistä ja eristäytymistä. (Heiskanen ym. 2006, 146; Tsola & Anastassiou-Hadjicharalambous 2012, 1 - 2; Kuhanen ym. 2013, 191.)

Psykoosisairaudet alkavat usein nuorena, johtavat sairaalahoitoon, tila kroonistuu ja näiden seurauksena työelämään palaaminen ei enää onnistu. Psykoosisairauksilla on merkittävä kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen vaikutus. Se on suurempi kuin muilla mielenterveyshäiriöillä, vaikka psykoosit eivät ole yleisimpiä mielenterveydenhäiriöitä. (Eskola & Karila 2007, 65.)

Psykoosiin ja skitsofreniaan sairastuminen voidaan käsittää haavoittuvuusstressimallin avulla. Mallin mukaan henkilöillä, joilla on perinnöllinen tai varhaiskehityksessä saatu alttius sairastumisen syntyyn, voi puhjeta psykoottisia oireita. (Kuhanen ym. 2013, 191; Skitsofrenia 2015.) Lisäksi henkilön sisäiset ja ulkoiset stressitekijät vaikuttavat psykoottisten oireiden puhkeamiseen (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2010, 617; Kuhanen ym. 2013, 191). Tällaisia stressitekijöitä voivat olla elämänmuutokset, kuten muutto tai opiskeluiden aloittaminen. Tutkimukset osoittavat, että myös huumausaineiden käyttö voi altistaa sairastumiselle

psykoosiin. (Kuhanen ym. 2013, 191; Skitsofrenia 2015.) Esimerkiksi vuonna 2010 Suomessa diagnosoitiin 10127 prosessipsykoosisairautta, joista skitsofreniatapauksia oli 5096, skitsoaffektivista häiriötä 1478, harhaluuloisuushäiriötä 966, lyhytkestoista psykoottista häiriötä 638 ja määrittämätöntä psykoottista häiriötä 1949 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012).

Psykoosiin sairastuneilla on usein lieviä psykoosia edeltäneitä varo-oireita. On tärkeää tunnistaa oireet ajoissa, että hoidon aloitus ei viivästy. Näin myös sairauden ennustetta voidaan parantaa. (Kuhanen ym. 2013, 192; Skitsofrenia 2015.) Varo-oireita ovat esimerkiksi mielialan muutokset, mielihyvän kokemisen vaikeus, aggressiivisuus, epäsosiaalisuus, epänormaalit ajatukset ja teot sekä erilaiset somaattiset vaivat. Psykoosi voi puhjeta myös vähäisillä ennakko-oireilla tai ilman niitä. (Sharma-Arponen 2010; Suvisaari ym. 2014, 164 - 165.)

Psykoosiin sairastuneet henkilöt kokevat psykoosin vaikuttavan kokonaisvaltaisesti ja hallitsemattomasti. Sairastuneet kertovat psykoosin muuttavan sairastuneen itsensä lisäksi heitä ympäröivää tilaa. Psykoosi aiheuttaa hallinnan menettämisen tunnetta, ja sen sairastuneet sekä heidän omaisensa kokevat pelottavana. (Koivisto 2003; Kilcku 2008.) Psykoosiin sairastuneilla on tarve tietää, mitä heille on tapahtumassa ja mitä sairaudesta seuraa (Aho-Mustonen 2011, 82).

Psykoosin hoito tulee sen syystä riippumatta toteuttaa yksilöllisesti arvioituna. Hoidossa on mukana moniammatillinen työryhmä. Keskeistä psykoosien hoidossa on nopea hoidon aloitus ja lääkehoidon merkitys. (Sharma-Arponen 2010; Skitsofrenia 2015.) Ilman asianmukaisesti tuotettua lääkehoitoa, muu hoito on harvoin mahdollista toteuttaa. Psykoosien hoidossa psykoedukaatio on osana hoidon kokonaisuutta. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni, Hakola 2008, 50 - 51; Sharma-Arponen 2010.)

2.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on mielenterveyden häiriö, joka luokitellaan psykoosiksi. Se on pitkäkestoinen, monialainen ja vakava sairaus, johon liittyy toimintakyvyn laskua sekä todellisuuden hämärtymistä. Se laskee sairastuneen elämänlaatua ja aiheuttaa sairastuneen omaisille kärsimystä. (Viertiö 2011,19; Suvisaari ym. 2014, 137.) Skitsofrenian aiheuttamat yhteiskunnalliset kustannukset eivät ole vain taloudellisia, vaan myös psykologisia ja sosiaalisia. Sairauteen liittyy korkeampi kuolleisuus, joka johtuu itsemurhariskistä, lisääntyneestä alkoholin käytöstä, myrkytyksistä, epäterveellisistä elämäntavoista sekä hoitoon liittyvistä tekijöistä. Esimerkiksi useat psykoosilääkkeet aiheuttavat painonnousua ja aineenvaihdunnan muutoksia. (Lepola ym. 2008, 37; Suvisaari ym. 2014, 151.) Riski kuolleisuuteen on kuitenkin korkeampi niillä potilailla, jotka eivät käytä psykoosilääkitystä (Suvisaari ym. 2014, 151).

Skitsofrenia on jaettu eri luokkiin tyypillisten oireiden mukaan. Paranoidiselle skitsofrenialle on tyypillistä aistiharhat, epäluuloisuus, ennalta-arvaamattomuus ja pelokas käytös. Muita skitsofrenian alakategorioita ovat esimerkiksi hebefreeninen ja erilaistumaton skitsofrenia. (Lepola ym. 2008, 47; Kuhanen ym. 2013, 192.)

Skitsofrenian positiivisia oireita ovat harhaluulot, hallusinaatiot, kiihtynyt puhe ja käytös, joka ilmenee ulospäin hajanaisuutena, outoina maneereina. Negatiivisia oireita ovat normaalin toiminnan väheneminen, puheen köyhtyminen ja sujuvuuden väheneminen, tunteiden latistuminen, eristäytyminen, vähentynyt kyky kokea mielihyvää, motivaation puute ja abstraktin ajattelun vaikeus. Runsaat negatiiviset oireet johtavat huonoon sosiaaliseen toimintakykyyn ja pitkiin laitoshoitoihin. (Lepola ym. 2008, 44 - 45; Sharma-Arponen 2010.) Negatiiviset oireet ovat usein pysyviä, ja positiiviset oireet ovat vaihtelevia. Skitsofrenia johtaa usein toistuviin aktiivisiin sairausvaiheisiin, jolloin vallitsevia ovat positiiviset oireet. (Suvisaari ym. 2014, 139 - 140.)

Skitsofrenian hoidossa käytetään psykoosilääkitystä. Lääkityksessä huomioidaan pienin tehokas annos sekä lääkkeen sivuvaikutusten mahdollisimman vähäinen määrä. (Lepola ym. 2008, 49; Skitsofrenia 2015.) Antipsykoottinen lääkehoito tulisi aloittaa mahdollisimman pian, sillä se vaikuttaa henkilöiden hoitoon sitoutumiseen sekä hoitotulokseen. Usein skitsofreniaan sairastuneilla on pysyvä psykoosilääkehoito. (Suvisaari 2014, 138.) Hoidossa on tärkeää myös psykososiaalinen puoli, kuten kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia, psykoedukaatio, psykososiaalinen kuntoutus sekä tuen antaminen työllistymiseen. Hoidon pyrkimys on skitsofrenian oireiden lievittäminen, psykoosien ehkäisy ja sairastuneen elämänlaadun parantaminen. (Suvisaari ym. 2014, 165; Skitsofrenia 2015.)

2.2 Skitsoaffektiivinen häiriö

Skitsoaffektiivinen häiriö on skitsofrenian sekä mielialahäiriön yhdistelmä (Kuhanen ym. 2013, 192; Suvisaari ym. 2014, 203 - 204). Mielialahäiriöt esiintyvät joko yksisuuntaisena tai kaksisuuntaisena mielialahäiriönä, eli joko masennuksena tai masennuksen ja maanisten oireiden vaihteluna (Mielenterveystalo 2016a). Sairaudessa on sekä skitsofrenian, että mielialahäiriön piirteitä, mutta sitä ei luokitella kumpaankaan. Sen olemassa olosta keskustellaan, koska se liittyy vahvasti molempiin mielenterveyshäiriöihin. Sairauteen kuuluu mielialahäiriö- ja psykoosijaksoja joko itsenäisesti tai yhtäaikaisesti, ja niitä voi olla hankala erottaa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä tai psykoottisesta masennuksesta. (Kuhanen ym. 2013, 188; Suvisaari ym. 2014, 203 - 204.) Skitsoaffektiivinen häiriö on skitsofreniaa harvinaisempi, mutta sen sairastumiseen on samanlaiset tekijät kuin skitsofreniassa (Suvisaari ym. 2014, 205 - 206).

Sairauden kulku vaihtelee. Tyypillisessä tapauksessa sairastumisen alkujaksolla hallitsevana ovat harhaluulot ja aistiharhat. Vakava mielialahäiriö voi tämän jälkeen kestää kuukausia. Kun mielialahäiriö on korjaantunut, psykoottisia oireita voi vielä esiintyä. Lääkityksenä käytetään

psykoosilääkkeitä sekä mielialaa tasaavia lääkkeitä. (Suvisaari ym. 2012, 204 - 206.)

2.3 Harhaluuloisuushäiriö

Harhaluuloisuushäiriössä ovat oireina erilaiset harhaluulot ja sairaus on psykoottistasoista. Sairastunut tulkitsee vääristyneesti ulkoisia viestejä ja yhdistää niitä epäloogisesti. Osa harhaluuloista voi olla vainoamiskokemuksia ja osa suuruuskuvitelmia. Häiriöön ei kuulu aistiharhoja eikä tunne-elämän negatiivisia muutoksia. (Kuhanen ym. 2013, 192 - 193; Suvisaari ym. 2014, 206 - 207.) Sairastunut henkilö pitää tiukasti kiinni uskomuksistaan, eikä muuta ajattelutapaansa uskomuksia vastaan puhutusta seikoista huolimatta (Lepola ym. 2008, 54; Suvisaari ym. 2014, 206).

Harhaluuloisuushäiriön diagnosointia voi vaikeuttaa se, että harhaluuloilla voi olla todellisuusperää. Sairautta ei tule diagnosoida ilman selvää näyttöä. (Suvisaari ym. 2014, 207.) Harhaluuloisuushäiriöön sairastuvilla on tavallisesti ennen sairastumistaan rakennepoikkeama persoonallisuudessa, kuten epäluuloinen persoonallisuus. Usein sairastuneilla on luonteenpiirteinä ujoutta, epävarmuutta tai äkkipikaisuutta. (Lepola ym. 2008, 55.) Harhaluuloisuutta aiheuttavat myös keskushermostoon vaikuttavat sairaudet ja kemialliset aineet. Yleisimpiä tällaisia ovat muistisairaudet, Parkinsonin tauti, sekavuustilat, vitamiinin puutokset, alkoholismi ja aineenvaihduntasairaudet. (Kuhanen ym. 2013, 192 - 193; Suvisaari ym. 2014, 207.)

Harhaluuloisuushäiriö on usein melko muuttumaton, pitkäkestoinen ja hiljalleen kehittyvä. Häiriö myös kroonistuu helposti pidempään kestäessään. Pitkissä seurannoissa harhaluuloista noin puolet lievenee tai paranee kokonaan. (Suvisaari ym. 2014, 209.) Skitsofreniaan verrattuna harhaluuloisuushäiriön ennuste on parempi ja sairastuneet tarvitsevat harvemmin sairaalahoitoa, vaikka oireet voivatkin olla hankalia (Lepola ym. 2008, 55; Viertiö 2011, 21).

Hoito perustuu toimivaan hoitosuhteeseen ja ammatillisuuteen. Psykoterapiasta on apua krooniseenkin harhaluuloisuuteen. Erityisesti kognitiivisesta terapiasta ja sen tehokkuudesta on näyttöä. (Suvisaari ym. 2014, 209.) Harhaluuloisuushäiriöön liittyy vahvasti sairautentunnottomuus ja tästä syystä lääkekielteisyys (Lepola ym. 2008, 57). Hoidossa ensisijaisena lääkehoitona käytetään psykoosilääkkeitä (Suvisaari ym. 2014, 209).

2.4 Lyhytkestoinen psykoottinen häiriö

Lyhytkestoisessa psykoottisessa häiriössä psykoottinen jakso on hyvin lyhyt, noin vuorokaudesta kuukauteen. Psykoottisen jakson loputtua sairastuneen toimintakyky palaa täysin ennalleen, eikä merkittäviä oireita jää sairauden jälkeen. (Lepola ym. 2008, 58; Suvisaari ym. 2014, 210; Zielasek & Gaebel 2015, 29 - 30.) Sairaus puhkeaa noin kahdessa viikossa ja se paranee noin kolmessa kuukaudessa. Psykoottinen jakso on ohimenevä, mutta se voi myös uusiutua. Sairauden oireita ovat voimakkaat mielialan vaihtelut, ahdistus ja harhaluulot. Lyhytkestoista psykoottista häiriötä kutsutaan myös akuutiksi ja ohimeneväksi psykoottiseksi häiriöksi. (Suvisaari ym. 2014, 210; Zielasek & Gaebel 2015, 29 - 30.)

Lyhytkestoiset psykoottiset häiriöt ovat harvinaisia (Suvisaari ym. 2014, 210). Sairauden syntyyn vaikuttavat ulkoiset stressitekijät, suuret elämänmuutokset, kuten erot ja menetykset. Akuutissa vaiheessa sairastunut voi tarvita sairaalahoitoa. Lääkityksenä käytetään pieninä annoksina psykoosilääkkeitä ja bentsodiatsepiiniä lyhytaikaisesti ahdistukseen ja unettomuuteen. (Lepola ym. 2008, Suvisaari ym. 2014, 210 - 211.)

2.5 Määrittämätön psykoottinen häiriö

Määrittämättömässä psykoottisessa häiriössä esiintyy psykoosin oireita, mutta ne eivät täytä muiden psykoottisten häiriöiden diagnoosia (Suvisaari ym. 2014, 215; Mielenterveystalo 2016b). Häiriön diagnoosia käytetään hoitotyössä paljon, vaikka sitä olisi hyvä käyttää vain tilanteissa, joissa ei tiedetä täsmällisesti, mihin potilaan oireet liittyvät. Määrittämätöntä psykoottista häiriötä voidaan käyttää esimerkiksi silloin, kun sairastuneella ei ole muita oireita kuin kuuloharha. Sairauden oireet ovat hyvin epätyypillisiä ja vaihtelevia tai tiettyyn kulttuuriin liittyviä, eikä niitä voida lokeroida muihin psykoosisairauksiin. (Lepola ym. 2008, 59; Suvisaari ym. 2014, 215.) Ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneen nuoren yleisin diagnoosi on määrittämätön psykoottinen häiriö (Mäki & Veijola 2012).

3 PSYKOEDUKAATIO OSANA MIELENTERVEYSTYÖTÄ

3.1 Ryhmät mielenterveystyössä

Sairastuminen tuo mukanaan uuden elämäntilanteen, jolloin sairastunut tarvitsee tietoa ja tukea. Hän haluaa tietää, miten sairauden kanssa voi selviytyä ja miten muut selviytyvät. (Mikkonen 2009, 105.) Vertaistuen avulla saa sosiaalisia suhteita ja on mahdollista oppia toisilta henkilöiltä, joilla on sama sairaus. Yleisesti henkilöt, jotka saavat vertaistukea, ovat tyytyväisiä. Sen avulla saa uusia selviytymiskeinoja, ja pelot häviävät. (Mikkonen 2009, 105, 154; Vehviläinen 2014, 79.)

Ryhmätoiminta menetelmänä on yleisesti käytössä terveydenhuollossa. Ryhmä voi antaa osallistujille voimaantumista, jaksamista sekä tukea. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 104.) Ryhmässä voi vaikuttaa omaan hoitoonsa sekä kokea yhteisöllisyyttä (Seppänen 2001, Harju 2005, Mikkosen 2009, 50 mukaan). Jäsenet saavat toisiltaan palautetta ja voivat näin kehittää itseään. Ryhmä motivoi jäseniään suunnittelemaan omaa hoitoaan. Tärkeää ryhmän toiminnassa on tasa-arvo, avoin ilmapiiri sekä vuorovaikutus. (Kuhanen ym. 2013, 110.) Ryhmän avulla saavutetaan erilaisia asioita, kuten toisten huomiointi sekä tukeminen, kokemusten jakaminen, tietojen ja taitojen yhdistäminen ja toivon edistäminen (Kaukkila & Lehtonen 2007, 16; Kuhanen ym. 2013, 116). Skitsofreniaan sairastunut tuo omia tuntemuksia, kokemuksia ja ajatuksia enemmän esille toiminnan avulla (Kyngäs & Henttinen 2009, 167).

Tutustuminen on alkuvaiheessa tärkeää luottamuksen synnyn kannalta. Luottamuksen rakentaminen vie aikaa, ja siihen tulee myös antaa aikaa. Ryhmätoiminnassa on hyvä painottaa salassapitovelvollisuutta sekä selventää ryhmän rajat. Tämä auttaa ryhmäläisiä kokemaan turvallisuuden tunnetta ja luottamusta toisia ryhmäläisiä sekä ryhmän ohjaajaa kohtaan. Kun ryhmäläiset kokevat luottamusta ja turvallisuutta, he osallistuvat paremmin ryhmään. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 63, 68; Kyngäs ym. 2007,

106; Vehviläinen 2014, 82.) Ryhmän toimivuuden kannalta on tärkeää, että ryhmä tapaa säännöllisesti ja riittävän usein (Kyngäs ym. 2007, 106).

Ryhmässä jokaisella tapaamisella on hyvä käydä läpi edelliskerralla käytyjä asioita, koska kertaaminen ja toistaminen auttavat tiedon ymmärtämistä (Kilkku 2008, 134; Kiesepä & Oksanen 2013). Tieto annetaan yksinkertaisessa ja selkeässä muodossa. Tieto tulee myös jakaa pienempiin osiin, jotta varmistetaan sairastuneen tiedon ymmärtäminen. Usein sairastuneen käsitys psykiatrisesta sairaudesta on epäjohdonmukainen, monimuotoinen sekä erilaisista ja eritasoisista lähteistä yhdistetty. (Lähteenlahti 2008.) Sairaus vaikuttaa keskittymiseen, muistiin ja oppimiseen, joten tiedon ymmärtäminen vaatii useita toistoja sekä erilaisia toimintoja (Aho-Mustonen 2011; Kiesepä & Oksanen 2013).

Mielenterveyshoitotyössä käytettävät ryhmät ovat yhteisöllisiä, psykoterapeuttisia tai psykoedukaatiivisia. Ryhmän valintaan vaikuttaa monet asiat, kuten esimerkiksi ryhmän tavoitteet, ryhmäläisten toimintakyky, hoitoaika sekä ryhmän kesto. Myös se, toteutetaanko ryhmä avohoidossa, sairaalassa tai kuntoutusyksikössä, vaikuttaa siihen, millainen ryhmä on. (Kuhanen ym. 2013, 113.)

3.2 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio on opetuksellinen menetelmä, jossa sairastuneelle annetaan tietoa oireista, hoidosta, sairauden kanssa selviytymisestä ja kuntoutumisesta (Lähteenlahti 2008; Kuhanen ym. 2013, 95).

Psykoedukaatio on alkanut perhekeskeisenä työskentelytapana. Sen tavoitteet ja tarkoitus on yhdistetty lääketieteeseen ja potilasohjaukseen. 1970-luvulta asti on ymmärretty potilaslähtöinen lähestymistapa ja sairaudesta ja sen hoidosta kertomisen tärkeys potilaalle. (Aho-Mustonen 2011, 24.)

Psykoedukaation avulla halutaan vaikuttaa sairauden kulkuun ja siinä tärkeää on keskittyä nykyisyyteen sekä tulevaisuuteen (Kuhanen ym. 2013, 93 - 95; Suvisaari ym. 2014, 187). Sairastuminen aiheuttaa pelkoa,

syällisyyttä ja ahdistusta. Näitä tunteita käsitellään psykoedukaatiossa sekä mietitään keinoja tunteiden hallintaan. Menetelmän avulla pyritään myös oikaisemaan virheellisiä ja haitallisia uskomuksia skitsofreniasta. (Lähteenlahti 2008.)

Psykoedukaatio on kuntoutuksen yksi muoto, ja sitä voidaan toteuttaa monin eri tavoin (Lähteenlahti 2008). Psykoedukaatio voi tapahtua yksilö-, perhe- tai ryhmätapaamisina sekä yhdistämällä useita perheitä. Kun psykoedukaatiota käytetään ryhmätyöskentelynä, osallistuvat saavat vertaistukea, sekä mahdollisuuden jakaa tietoa ja kokemuksia. (Kuhanen ym. 2013, 94; Suvisaari ym. 2014, 187.) Psykoedukaatiossa voidaan käyttää erilaisia tapoja, kuten ryhmässä työskentelyä, keskusteluja, tehtäviä, tiedollisia opetushetkiä sekä tapoja, joissa hyödynnetään useampaa aistia (Jokinen & Räsänen 2000, Rissasen 2007, 67 mukaan).

Psykoedukaatio on yksinkertainen, edullinen ja merkittävä hoitomuoto (Kuntoutusportti 2012; Morokuma, Shimodera, Fujita, Hashizume, Kamimura, Kawamura, Nishida, Furukawa, Inoue 2013). Psykoedukaatio on yleisesti käytetty, koska sen toimivuudesta on näyttöä ja psykoedukaatiota voi antaa hoitohenkilökunnan henkilö ilman syvempää koulutusta (Aho-Mustonen 2011, 75 - 80; Morokuma ym. 2013).

Psykoedukaation avulla voidaan vähentää sairaalahoitoa ja lyhentää sen kestoja sekä kohentaa sairastuneiden henkilöiden ja heidän omaistensa selviytymistä sairauden kanssa (Berg & Johansson 2003, 10, 16; Lähteenlahti 2008; Kuhanen ym. 2013, 95). Psykoedukaatio parantaa myös lääkemyönteisyyttä (Aho-Mustonen 2011, 78; Morokuma ym. 2013). Psykoedukaatiota on myös hyvä antaa henkilölle, joka ei tunnista sairauttaan, koska se edistää sairauden käsittelemistä ja näin sen hyväksymistä (Berg & Johansson 2003, 10, 16; Hotti 2004, 11).

Psykoedukaatiolla voidaan lisätä ryhmän jäsenen tietoa sekä parantaa hänen käsitystään sairaudesta ja siihen liittyvästä hoidosta. Lisääntyneen tiedon sekä oivalluksien takia sairastunut selviää paremmin, mikä parantaa sairaudesta toipumista. Psykoedukaatiolla ei voi täysin ehkäistä

sairauden uusiutumista, mutta se on silti tehokas hoitomuoto. (Xia, Merinder & Belgamwar 2011.)

Tutkimuksessa (Cunningham Owens, Carroll, Fattah, Clyde, Coffey & Johnstone 2001) todetaan, että psykoedukaatiolla saadaan hyviä vaikutuksia, kun potilas saa tietoa sairaudestaan. Lisääntynyt tieto kuitenkin lisää toivottomuutta ja itsemurhariskiä. Kun sairastuneelle annetaan lisää tietoa, on tärkeää antaa myös tukea ja ymmärrystä. Näin voidaan ehkäistä mahdollisia negatiivisia vaikutuksia. (Brichwood 1995, Kiesepän & Oksasen 2013 mukaan.)

3.3 Ryhmänohjaaja psykoedukaatiossa

Hyvä ryhmänohjaaja on luotettava, avoin, empaattinen, tasa-arvoa edistävä, motivoiva, kekseliäs, huumorintajuinen sekä ohjaa ryhmää selkeästi kohti päämääriä. Ryhmänohjaajan tulee miettiä selvät tavoitteet ryhmälle ja kertoa ne selkeästi, jolloin ryhmäläiset voivat pohtia niitä. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 59; Kerkkänen 2014, 8.)

Ryhmänohjaaja antaa tietoa sairaudesta, keskustelee sairauteen liittyvistä asioista ja miettii ryhmän kanssa erilaisia menetelmiä tilanteiden selvittämiseksi. Ohjaaja myös kannustaa ja motivoi ryhmäläisiä, antaa palautetta, tukee avoimuuteen ja tuo esille myönteisiä asioita sekä toivoa. (Berg & Johansson 2003, 28.)

Ryhmänohjaajan tulee huomioida ryhmäläisten tarpeita sekä toimintaa. Kuunteleminen, tiedon kertominen ja sen kertaaminen, selittäminen sekä yhteenvetojen tekeminen ovat ryhmän vetäjän tärkeitä tehtäviä. Empaattinen suhtautuminen auttaa huomiomaan ryhmäläisten tarpeita. Ohjaajan tulee tukea ryhmäläisiä avoimeen vuorovaikutukseen kannustamisen, rajoittamisen sekä yhteistyösuhteiden luomisen kautta. Ohjaajan tulee näyttää mallia, kuinka toimia, ja se edistää jäsenten osallistumista ryhmän toimintaan. (Kyngäs ym. 2007, 107 - 109; Kuhanen ym. 2013, 120.)

Ohjauksen tavoitteena on lisätä ryhmäläisen aloitekykyä ja parantaa siten elämän hallintaa (Kyngäs ym. 2007, 25). Ryhmäläinen joutuu tekemään töitä itse, mutta ohjaaja tukee. Tällä tavoin toimimalla psykoedukaatio onnistuu. (Rissanen 2007, 86.)

Ryhmässä voi olla kaksi ryhmänohjaajaa, ja näin toiminta on yhteisöllisempää. Ohjauksen jakaminen voi olla kuitenkin vaikeaa. Ohjaajien on ymmärrettävä yhteinen tehtävä ja kyettävä toimimaan yhdessä muuttuvissa tilanteissa. (Vehviläinen 2014, 85.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on antaa prosessipsykoosisairauksista kärsiville tietoa heidän sairaudestaan ja näin parantaa heidän elämänlaatuaan sekä arjessa selviytymistä. Tarkoituksena on myös vahvistaa psykoedukaatioryhmän merkitystä osana osaston hoitotyötä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa ryhmätoiminnan malli psykoedukaatiosta Päijät-Hämeen keskussairaalan psykiatrian osasto 6:lle. Malli antaa selkeän rungon hoitajille psykoedukaatioryhmän toteuttamiseen. Tavoitteena oli myös laatia materiaali ryhmää varten osastolle.

5 TOIMEKSIANTAJA

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. Toimeksiantajan edustajana toimii Päijät-Hämeen Keskussairaalan psykiatrinen osasto 6 ja siellä apulaisosastonhoitaja.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä on kuntien omistama julkinen organisaatio. Omistajakuntia ovat Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Iitti, Kärkölä, Lahti, Myrskylä, Orimattila, Padasjoki, Pukkila ja Sysmä. Yhtymän toimintaan kuuluu sosiaali- ja terveydenhuolto sekä ympäristöterveydenhuolto. Vuonna 2015 Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän liikevaihto oli 410 miljoonaa ja se on maakunnan suurin alan toimija ja työnantaja. Henkilöstöä yhtymässä on yli 4 200. (Yhtymä 2016.)

Psykiatrian osasto 6 on psykiatrian suljettu kuntoutusosasto. Osastolla on 16 potilaspaiikkaa ja osastolla hoidetaan psykoottisista oireista kärsiviä aikuisia potilaita. Osastolle saapuu akuuttihoidon jälkeen vastaanotoilta siirtyviä potilaita jatkohoitoon, ja osa potilaista tulee sovitusti avohoidon läheteiden perusteella. Osastolla hoidetaan myös valtion mielisairaaloista jatkokuntoutukseen tulevia potilaita. Psykiatrian osasto 6:n henkilöstö tarjoaa yksilöllistä tiedollista ja toiminnallista kuntoutusta, joka pyrkii potilaan toimintakyvyn ylläpitämiseen ja sairaudentunnon kehittymiseen. Toiminnan perustana on myös laadukas lääkehoito, ryhmätyöskentely, yhteistyö potilaan omaisten kanssa sekä sairaalasta ulospäin suuntautuva toiminta. (Psykiatrian osasto 6 2016.)

6 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö tarkoittaa tuotosta, jota voidaan hyödyntää käytännön työssä. Se voi olla käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus, joka on mahdollista toteuttaa esimerkiksi kirjana, kansiona, oppaana, kotisivuina tai näyttelynä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää, että siinä yhdistyvät toiminnallinen tuotos ja siihen liittyvä raportointi. Opinnäytetyöstä tulee selvittää mitä, miksi ja miten työ on tehty, millainen prosessi työ on ollut sekä millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin on tultu. Toiminnallisen opinnäytetyön tulee olla työelämälähtöinen ja käytäntöön soveltuva. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9 - 10, 65.)

Toiminnallisen opinnäytetyön raportissa kuvataan opinnäytetyön prosessin vaiheita, ja siinä tekijä arvioi myös omaa oppimistaan. Raportin tulee täyttää tutkimusviestinnän vaatimukset, ja tämä tapahtuu perustelemalla opinnäytetyössä tehdyt väittämät. Tekstin tulee olla johdonmukaista ja yhteinäistä. Opinnäytetyön tuotoksen tarkoituksena on koskettaa kohderyhmää, ja sen teksti voi olla erilainen kuin kirjallisessa raportissa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65 - 66.)

Opinnäytetyömme on toiminnallinen, koska sitä voidaan hyödyntää työelämässä. Teoriatieto on toiminnan perustana. Työssämme teoria ja toiminta ovat johdonmukaiset, selkeät ja yhteneväiset keskenään. Opinnäytetyömme on perusteltu useasta eri näkökulmasta. Toiminnallinen tuotoksemme on ryhmätoiminnan malli, joka täyttää toiminnallisen työn edellytykset.

6.2 Tiedonhaku

Aloitimme tiedonhaun tutustumalla yleisesti psykoosisairauksiin ja psykoedukatioon. Luettuamme Suvisaaren ym. (2014) teoriaa ja kuultuamme psykiatrian osasto 6:n apulaisosastonhoitajan toiveita aiheen

rajauksesta, mietimme opinnäytetyöhön avainsanat. Ne ovat skitsofrenia, mielenterveyshoitotyö ja psykoedukaatio.

Perehdyimme opinnäytetyössämme psykoosisairauksiin ja psykoedukaatioon. Myös ryhmä sekä psykoedukaatioryhmän ohjaus ovat merkittävänä osana teoriaa. Käytimme tiedonhaun apuna Lahden Ammattikorkeakoulun tiedonhankintaklinikkaa. Haimme teoriatietoa opinnäytetyötämme varten MASTO-finnan, Medicin, Melindan ja EBSCO:n tietokannoista. Lisäksi haimme tietoa eri yliopistojen sivuilta ja Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen sivuilta. Saimme myös Psykiatrian osasto 6:lta materiaalia sekä ohjeita aiheen rajaukseen. Rajasimme psykoosisairaudet apulaisosastonhoitajan ohjeen mukaan prosessipsykoosisairauksiin.

Pyrimme käyttämään opinnäytetyössämme luotettavia lähteitä, joissa tieto on mahdollisimman tuoretta ja hyvin tutkittua. Käytimme muutamaa yli kymmenen vuotta vanhaa lähdetä, mutta verrattuamme tietoa tuoreempien tutkimusten kanssa päädyimme siihen tulokseen, että tieto on edelleen luotettavaa. Rajasimme muita psykoosisairauksia käsittelevät aiheet pois. Käytimme lähteinä tietoa, joka oli joko suomeksi tai englanniksi.

6.3 Opinnäytetyön eteneminen

Opinnäytetyön aihe valikoitui loppuvuodesta 2015. Olimme puhelimitse yhteydessä Päijät-Hämeen keskussairaalan psykiatrian osasto 6:n apulaisosastonhoitajan kanssa. Marraskuussa kävimme tapaamassa apulaisosastonhoitajaa, joka ehdotti meille kahta aihetta opinnäytetyöksi. Aiheet olivat musiikkiryhmä ja psykoedukaatioryhmä. Valitsimme psykoedukaatioryhmän, koska sen avulla voidaan edistää yksilön terveyttä sekä arjessa selviytymistä. Koimme myös psykoedukaatioryhmän suunnittelun tukevan oppimistamme paremmin. Toimeksiantosopimus on opinnäytetyömme liitteenä. (LIITE 1.)

Keväällä 2016 perehdyimme teoriatietoon aiheesta. Olimme yhteydessä apulaissastonhoitajaan, joka esitti toiveen, että psykoedukaatioryhmässä

käsitellään prosessipsykoosisairauksia. Hän myös antoi ohjeen ryhmän jäsenten määrälle, joka olisi kolmesta neljään henkilöä. 27.4.2016 pidimme osasto 6:lla suunnitelmaseminaarin. Saimme suunnittelemaamme ryhmästä palautetta. Palautteen antoon osallistuivat osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja sekä osaston työntekijöitä. Osastolta saimme palautetta ajanhallinnasta toista tapaamiskertaa koskien sekä kysymyksen, miten toimia, jos ryhmässä on sairaudentunnoton. Sairaudentunnottomankin on tutkitusti hyvä saada tietoa sairaudestaan (Berg & Johansson 2003, 10, 16; Hotti 2004, 11). Meillä ei ollut tarvetta muokata malliamme osaston antaman palautteen takia.

Kesällä 2016 toinen opinnäytetyöntekijöistä toteutti ryhmän ollessaan työsuhteessa osasto 6:lla. Seitsemän ryhmätapaamiskertaa toteutettiin kesä-heinäkuussa torstaisin klo. 14-14.45. Joka tapaamiskerralta saimme suullista palautetta toiselta ryhmän ohjaajalta. Viimeisellä tapaamiskerralla saimme ryhmäläisiltä sekä kirjallista että suullista palautetta. Palautteen pohjalta muokkasimme ryhmätoiminnan mallia. Esittelimme 29.9.2016 palautteen pohjalta muokatun mallin psykoedukaatiosta osasto 6:lla. Teoriaosuuksien kokoamista jatkoimme loppuvuoteen saakka. Esittelimme opinnäytetyömme Lahden ammattikorkeakoulussa 21.10.2016 sairaanhoitajille suunnatulla oppitunnilla, jonka aiheena oli päihde- ja mielenterveyshäiriön osaaminen.

Opinnäytetyötä tehdessä on pidetty tiiviisti yhteyttä osasto 6:n ja ohjaavan opettajan kanssa. Ryhmän teossa on kysytty hoitajien ja opettajan mielipidettä ja korjauksia tehty palautteen pohjalta. Suunnittelemaamme ryhmää varten tietoa on kerätty kirjallisuudesta sekä osasto 6 apulaisosastonhoitajalta. Toimintamallin mukainen ryhmä käytössä psykiatrian osasto 6:lla.

Ryhmäläiset antoivat kirjallisen palautteen ryhmästä nimettömänä. Ryhmäläisten mielestä ryhmä oli rauhallinen ja ilmapiiri hyvä. Ryhmäläiset kokivat saaneensa vertaistukea ja tietoa sairaudesta sekä siihen liittyvistä asioista. Kehitysehdotuksena ryhmäläiset halusivat tietää tarkemmin, mitä psykoedukaatio tarkoittaa. Lisäksi toivottiin, että ryhmässä olisi joka kerta

samat ohjaajat, ja että ryhmä järjestettäisiin tiivimmässä aikataulussa. Ryhmäläiset kokivat saaneensa hyötyä ryhmästä. He saivat uusia näkökulmia, uutta tietoa ja ryhmässä käsiteltiin hankaliakin aiheita. Ryhmän ohjaaja sai positiivista palautetta rauhallisuudesta, ammattimaisuudesta sekä osallistumisesta keskusteluun ja tehtävien tekoon.

Joka ryhmätapaamiskerralla toinen ohjaaja oli eri henkilö ja jokainen antoi suullista palautetta ryhmästä. Näin saimme usealta henkilöltä mielipiteen ryhmän onnistumisesta ja kehittämissuhteita ryhmää koskien. Hyvää palautetta annettiin ryhmäkertojen sisältöjen suunnittelusta, useiden aistien käytöstä sekä siitä, miten nämä asiat tukivat ryhmäläisten ymmärtämistä. Lisäksi positiivista palautetta saatiin ryhmän toiminnallisuudesta ja yhdessä tekemisestä. Kotitehtävät koettiin myös hyvin suunnitelluiksi ja tarpeellisiksi, koska ne johdattelivat seuraavaan aiheeseen. Muistiinpanot joka tapaamiskerralla olivat hyviä, sillä ne tukivat ryhmäläisten muistamista.

Ryhmäläisten valintaa tulisi miettiä tarkemmin. Toteutetussa ryhmässä oli ensimmäisellä tapaamiskerralla potilas, jonka toimintakyky ei ollut riittävä ryhmään. Työntekijät antoivat hyvää palautetta ryhmänohjaajalle rauhallisuudesta, selkeästä ulosannista ja tasa-arvoisesta kohtelusta kaikkia ryhmäläisiä kohtaan. Ensimmäisen ryhmätapaamiskerran jälkeen ryhmänohjaaja sai palautetta, että tarvitsee vielä lisävarmuutta.

Hyödynsimme palautetta työssämme monella eri tavalla. Lisäsimme ensimmäiseen tapaamiskertaan tietoa mitä psykoedukaatio tarkoittaa. Annoimme myös osastolle tietoa potilaiden toiveesta, että olisi hyvä, jos ohjaajat olisivat joka tapaamiskerralla samat ja ryhmä toteutettaisiin tiivimmässä aikataulussa. Myös ryhmän jäsenten valintaa tulisi miettiä paremmin.

6.4 Ryhmätoiminnan malli psykoedukaatiosta

Aloitimme psykoedukaatioryhmän suunnittelun perehtymällä teorian tietoon psykoedukaatiosta ja tutustumalla psykiatrian osasto 6:n käytössä olleisiin psykoedukaatioryhmän malleihin. Nämä mallit eivät ole osastolla enää käytössä, koska ne eivät ole osastolle soveltuvia. Osastolla käytössä olleista malleista saimme kuitenkin muutamia ideoita. Toisella opinnäytetyöntekijöistä oli aikaisempaa kokemusta psykoedukaatioryhmän toteuttamisesta. Ryhmän mallia suunnitellessamme olemme yhdistäneet teoriaa, jo valmiita psykoedukaatioryhmän malleja sekä kokemusta.

Ryhmätoiminnan mallimme koostuu seitsemästä tapaamisesta, joiden aiheet ovat: tutustuminen ja sosiaalinen verkosto, stressi ja sen hallinta, prosessipsykoosisairaudet, lääkehoito ja muut hoitomuodot, päihteet, varo-oireet sekä niiden hallintakeinot ja ryhmän päättymisen ja palautteen anto. Tarkempi kuvaus ryhmätoiminnan mallistamme löytyy opinnäytetyön liitteestä. (LIITE 2.) Hotin (2004) tutkimuksen mukaan psykiatriset potilaat haluavat tietää sairaudestaan, sen syistä ja riskitekijöistä, sairauteen liittyvistä pahentavista ja parantavista tekijöistä sekä siitä, miten päihteet vaikuttavat sairauteen ja lääkityksestä.

Kansanterveydellisesti psykoedukaatio on merkittävä keino vaikuttaa sairauden kanssa elämiseen. Psykoedukaation avulla voidaan edistää yksilön, perheen ja yhteiskunnan etua. (Xia ym. 2011; Kuntoutusportti 2012.) Näin ryhmätoiminnan avulla voidaan pyrkiä muuttamaan samalla sekä sairastuneen että hänen läheistensä asenteita, ja tätä kautta vaikuttaa myös yhteiskunnan tasolla käsityksiin ja asenteisiin prosessipsykoosisairauksista. Ihmisillä on prosessipsykoosisairauksista väärää tietoa. Väärä tieto aiheuttaa ennakkoasenteita ja lisää sairastuneen tuntemaa leimautumista ja häpeää (Parpola 2013, 281). Haluamme opinnäytetyöllämme oikaista väärää tietoa.

Ryhmäytymisen avulla luodaan avoin, turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri. Kiesepä & Oksanen (2013) vittaavat tutkimuksessaan Brichwoodiin (1995), joka korostaa tuen ja ymmärryksen tärkeyttä

sairastuneelle uutta tietoa annettaessa. Näin voidaan ehkäistä mahdollisia negatiivisia vaikutuksia. Tähän tutkimukseen pohjautuen suunnittemassamme ryhmässä on paljon tilaa avoimelle keskustelulle ja ryhmä on potilaslähtöinen. Ryhmässä saa tukea myös toisilta ryhmäläisiltä.

Sosiaalinen verkosto on yleinen työkalu mielenterveystyössä, ja sen avulla saadaan tietoa potilaan läheisistä, jotka voidaan mahdollisesti saada mukaan potilaan hoitoon. Stressiä käsitellään, koska se altistaa sairastumiselle ja pahentaa sairauden oireita. (Kuhanen ym. 2013, 199.) Prosessipsykoosisairauksista annetaan tietoa oireista sekä sairauden hoidosta sekä käsitellään uskomuksia sairauteen liittyen, jotta voidaan oikaista väärää tietoa. Lääkehoito on osa sairauden hoitoa, ja sen avulla voidaan vaikuttaa sairauden oireisiin, niiden uusiutumiseen sekä voidaan estää psykoosin uusiutuminen. Sairastuneet käyttävät usein päihteitä, ja päihteet lisäävät sairauden oireita. Varo-oireita käsitellään sen takia, että sairastuneet voisivat tunnistaa uusivan psykoosin varo-oireet sekä estää sen etenemisen psykoosiin. Ryhmän lopussa on tärkeää kerrata ryhmäkertojen aiheet sekä antaa ja ottaa palautetta vastaan. Onnistunut ryhmä lopetetaan yhdessä.

7 POHDINTA JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

7.1 Pohdinta

Toteutimme opinnäytetyön suunnitelman ja loppuraportin aikataulun mukaisesti. Pysyimme hyvin rajatuissa aiheissa. Ryhmätoiminnan mallista tuli selkeä, tutkittuun teoretietoon pohjautuva ja osaston tarpeita vastaava. Tapaamiskertojen aiheet muodostivat toimivan kokonaisuuden.

Opinnäytetyön prosessi alkoi saatuaamme aiheen psykiatrian osasto 6:n apulaisosastonhoitajalta. Aloimme lukea teoretietoa psykoedukaatiosta. Ryhmätoiminnan mallia suunnittelimme kuukauden ajan tiiviisti keväällä 2016. Esittelimme ryhmätoiminnan mallin psykoedukaatiosta psykiatrian osasto 6:lla huhtikuussa 2016. Toinen meistä opinnäytetyön tekijöistä toteutti ryhmän kesä-heinäkuussa 2016, ja toinen etsi ja perehtyi teoretietoon aiheesta. Tiedon keräämiseen käytettiin paljon aikaa. Opinnäytetyötä olemme tehneet lähes koko vuoden 2016.

Toteutimme ryhmätoiminnan mallin psykoedukaatiosta seitsemän kerran ryhmätapaamisina. Ryhmässä oli kaksi ryhmänohjaajaa. Toinen ohjaajista oli opinnäytetyöntekijä ja toinen oli yksi osaston hoitohenkilökunnan jäsen, joka vaihtui joka kerralla. Vastuu ryhmän toiminnasta oli opinnäytetyöntekijällä. Osaston hoitohenkilökunnan jäsen toimi ryhmässä tarkkailijana. Saimme usealta henkilöltä mielipiteen ryhmän onnistumisesta ja kehittämisehdotuksia ryhmätoiminnan mallista. Ryhmän jäsenet sen sijaan kokivat huonona asiana, että toinen ryhmänohjaaja vaihtui joka tapaamiskerralla. Pohdimme, olisimmeko saaneet niin monipuolista palautetta, jos toinen ryhmän ohjaaja olisi ollut joka kerralla sama. Silloin yksi hoitohenkilökunnan jäsen olisi saanut kokonaiskuvan ryhmästä. Osaston tilanteen takia tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista. Ryhmätoiminnan mallia toteutettiin ensimmäisen kerran, ja sen kehittämisen kannalta oli tärkeää saada monen eri henkilön mielipide ryhmästä.

Toteuttamassamme ryhmässä oli neljä jäsentä. Ryhmän kokoonpano kuitenkin muuttui muutaman kerran ryhmän toteutuksen aikana. Yksi ryhmän jäsen liittyi ryhmään toisesta tapaamiskerrasta lähtien, mutta hän joutui jättämään ryhmän kesken huonon toimintakyvyn takia. Ryhmässä oli myös toinen jäsen, joka jätti ryhmän, koska hänen hoito osastolla päättyi. Neljännen tapaamiskerran jälkeen ryhmässä oli enää kaksi jäsentä.

Ryhmässämme tietoa annettiin sekä suullisesti että kirjallisesti. Ryhmäläiset tekivät oma-aloitteisesti muistiinpanoja tapaamiskerroilla. He toimivat hyvin yhteistyössä toistensa kanssa ja keskustelivat eri aiheista. Jokaisen tapaamiskerran lopuksi ryhmän jäsenille annettiin kotitehtävä seuraavan kerran aiheeseen liittyen. Jokainen ryhmäläinen sai osastolta oman kansion ryhmään liittyvää materiaalia varten. Jokainen tapaamiskerta kesti 45 minuuttia. Aika oli sopiva ryhmäläisten keskittymiskyvyn kannalta. Tavallisesti myös osaston muiden ryhmien tapaamiskerrat kestävät saman ajan. Ryhmän jäsenet kokivat osan kotitehtävistä vaikeiksi ja he tarvitsivat hoitajilta tehtävien tekoon apua. He eivät osanneet sanoa, mikä tehtävissä oli vaikeaa. Ryhmän jäsenet tekivät kotitehtävät kuitenkin tunnollisesti.

Ryhmässämme ryhmän jäsenten vaihtuvuus oli suurta, joten heidän valintaa tulee jatkossa miettiä tarkemmin. Vaihtuvuus voi aiheuttaa ryhmäläisissä epävarmuuden ja turvattomuuden tunteita. Lisäksi ryhmän jäsenten psyykkiseen kuntoon tulee kiinnittää huomiota. Huonon toimintakyvyn omaava ryhmäläinen voi häiritä muiden jäsenten keskittymistä. Huolimatta ryhmän jäsenten vaihtuvuudesta, ryhmässä säilyi luottamus, avoimuus sekä turvallisuus. Ryhmän ohjaajana toimineen opinnäytetyöntekijän mielestä ryhmä toimi sujuvasti huolimatta ryhmän kokoonpanon muutoksista.

Jokainen ryhmätapaamiskerran aihe herätti ryhmän jäsenissä paljon keskustelua, ja ryhmäläiset olivat kiinnostuneita aiheista. Lääkehoito, psykoosin oireet ja varo-oireet olivat aiheita, jotka aiheuttivat eniten keskustelua. Lisäksi näistä aiheista ryhmäläisillä oli eniten kysymyksiä. Vaikka ryhmän jäsenet kokivat aihe-alueet vaikeiksi, he osasivat suhtautua

asioihin myös huumorilla. Ryhmän jäsenet kokivat saavansa tukea toisiltaan.

Olemme tyytyväisiä suunnittelemaamme ryhmätoiminnan malliin psykoedukaatiosta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli antaa prosessipsykoosisairauksista kärsiville tietoa heidän sairaudestaan ja parantaa heidän elämänlaatuaan. Lisäksi tarkoituksena oli vahvistaa psykoedukaatioryhmän merkitystä osana osaston hoitotyötä. Tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa ryhmätoiminnan malli psykoedukaatiosta psykiatrian osasto 6:lle ja laatia ryhmää varten materiaali.

Suunnittelemaamme malli onnistui, koska saimme aikaan ryhmässä keskustelua ja annoimme tietoa. Lisäksi ryhmän jäsenet kokivat saaneensa tarpeellista tietoa ja vertaistukea. Näiden asioiden avulla paransimme ryhmäläisten elämänlaatua ja arjessa selviytymistä, ja näin annoimme heille avaimia arkeen. Ryhmätoiminnan malli on käytössä psykiatrian osasto 6:lla. Olemme saavuttaneet opinnäytetyössämme asetetut tavoitteet.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Ihmistieteisiin liittyvät eettiset periaatteet on jaettu kolmeen osaluueeseen: tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, vahingoittamisen välttämiseen ja yksityisyyteen sekä tietosuojaan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 4). Toiminnallinen opinnäytetyö tulee toteuttaa noudattamalla tutkimuseettisiä ohjeistuksia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23).

Tieteellinen tutkimus on eettisesti luotettavaa, kun sen tekemisessä on huomioitu hyvä tieteellinen käytäntö. Lainsäädäntö määrittelee hyvälle tieteelliselle käytännölle rajat. Hyvään tieteelliseen käytäntöön liittyvät rehellisyys ja tarkkuus tutkimustyössä, eettisesti hyvien tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointikeinojen käyttäminen, muiden tutkimusten kunnioitus ja lähteiden oikeellisuus sekä viittaustekniikka. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Opinnäytetyötä tehdessämme huomioimme eettisyyttä monella eri tavalla opinnäytetyön alusta saakka. Opinnäytetyö on tehty psykiatrian osasto 6:den kanssa yhteistyössä, joten se vastaa heidän arvojaan ja eettistä toimintaansa. Olimme osaston apulaisosastonhoitajan kanssa yhteydessä siitä, mitä ryhmän tulisi sisältää ja mille potilasryhmälle psykoedukaatio rajataan. Ryhmän sisältöä olemme suunnitelleet yhdessä ja olemme kysyneet näkökulmia mielenterveystyön ammattilaisilta. Ryhmään osallistuminen oli täysin vapaaehtoista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 6 §; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009). Ryhmään osallistuneiden henkilöllisyys ei tule esille. Potilaan itsemääräämisoikeus on näin huomioitu opinnäytetyössämme. Ryhmään suunnitellessamme päädyimme siihen, että toinen opinnäytetyöntekijöistä toteuttaa ryhmän osastolla, koska hän oli työsuhteessa osastolla kesällä 2016. Näin toimien ryhmään osallistuneiden yksityisyys ei vaarantunut ja salassapitovelvollisuus toteutui.

Potilaan on oikeus saada tietoa terveydentilastaan ja sen hoidosta, kuten Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa (785/1992, 5 §). Suunnittelemassamme ryhmässä annetaan potilalle tietoa heidän sairaudestaan ja sen hoidosta, joten ryhmä on lain hengen mukainen. Laki myös velvoittaa antamaan tietoa jo varhaisessa vaiheessa.

Ryhmän kaikki materiaalit ovat meidän suunnittelemiämme, joten näin toteutuu eettisyys tekijänoikeuden suhteen. Teoriatietoa varten olemme käyttäneet suomenkielisiä ja englanninkielisiä lähteitä. Työssä on verrattu eri lähteitä ja näin saatu luotettavampaa tietoa. Englanninkielisiä lähteitä käytettäessä olemme varmistaneet lähteen sisällön sekä sen sopivuuden opinnäytetyöhömmme. Raportissa on selkeästi merkitty lähteet sekä omat näkemykset. Käytettyjä lähteitä on pohdittu lähdekriittisyyden kannalta. Olemme huomioineet lähteen julkaisuvuoden, lähteen tekijän sekä lähteen laadun. Opinnäytetyössä on käytetty muutamaa yli kymmenen vuotta vanhaa lähdetä, mutta olemme verranneet vanhempaa ja uutta tietoa keskenään ja ne tukevat toisiaan vieläkin.

Opinnäytetyö on luotettava, koska se vastaa osasto 6:n tarpeita ja tukee heidän toteuttamaa kuntoutusta. Ryhmätoiminnan malli soveltuu myös muiden yksiköiden käyttöön, jossa hoidetaan prosessipsykooseihin sairastuneita. Malli on monipuolinen, eettisesti toteutettu, pohjautuu hoitotieteelliseen ja näyttöön perustuvaan tietoon. Teoriatieto on näin luotettavaa. Ryhmän runko on selkeä ja siinä on selkeät ohjeet ryhmän vetäjälle. Suunnittelemamme rungon avulla kuka vain hoitaja, jolla on työkokemusta prosessipsykoosiin sairastuneista, voi toteuttaa ryhmän. Ryhmässä huomioidaan, miten sairaus vaikuttaa sairastuneen elämään kokonaisvaltaisesti. Esimerkiksi jokaiselta kerralta ryhmäläiset saivat muistiinpanot jotka tukevat heidän muistiaan, koska heidän muistinsa saattaa olla sairauden myötä huonontunut.

Suunnittelemamme ryhmän luotettavuutta lisää se, että ryhmä on toteutettu kertaalleen ja muokattu sopivammaksi osastolle palautteen perusteella. Psykiatrian osasto 6 toteuttaa ryhmän uudelleen syksyn 2016 aikana, jolloin ryhmätoiminnan mallin jatkokehittäminen on mahdollista.

Ryhmäläiset saivat osastolta kansiot, joissa oli kaikki ryhmään liittyvä materiaali, jotta he voivat palata aiheisiin itsenäisesti tai perheen kanssa. Käsitelimme ryhmässä vaikeita asioita, ja kaikki aiheet eivät välttämättä jääneet mieleen, joten näihin aiheisiin heillä on mahdollisuus palata uudestaan. Materiaalien avulla heillä on luotettavaa tietoa sairaudestaan. Sen avulla he voivat käsitellä omaa sairastumistaan ja näin hyväksyä sen osaksi elämää. Sairauden hyväksyminen parantaa toimintakykyä, edistää minäkuvaa sekä auttaa hallitsemaan omaa sairautta, mikä parantaa elämänlaatua.

7.3 Jatkotutkimus- ja kehittämisaiheet

Suunnittelemamme ryhmä on toteutettu kerran kesällä 2016. Osaston hoitohenkilökunta koki ryhmän toimivaksi sekä yhteneväiseksi osaston toimintoihin. Hoitohenkilökunnan mielestä ryhmän sisältö ja toimintatavat olivat sopivia prosessipsykoosisairaille. Ryhmän toimivuutta voidaan arvioida ryhmäläisten palautteen perusteella sekä ryhmän ohjaajien

kokemusten perusteella. Ryhmäläisten valintaa tulisi miettiä monesta eri näkökulmasta. On pohdittava, kuka tarvitsee psykoedukaatiota ja hyötyy siitä. Ryhmäläisen toimintakyvyn tulee olla riittävä ryhmään.

Toimintamallia voisi kehittää, kun ryhmää on kokeiltu useamman kerran. Jokaiselta kerralta tulisi varmasti uusia ideoita ja parannuksia, koska jokaisella ryhmällä on eri potilaat ja eri ohjaajat. Jatkossa ryhmässä voisi olla kerta, jolloin lääkäri kertoisi psykoosilääkkeistä ja vastaisi ryhmäläisten kysymyksiin. Myös sosiaalityöntekijä voisi kertoa ryhmäläisille taloudellisista asioista. Kuten Hotin (2004) tutkimuksen mukaan psykiatriset potilaat haluavat tietää sosiaalisista eduistaan. Moniammatillisuus ryhmässä toteutuisi, kun mukana olisi myös lääkäri ja sosiaalityöntekijä.

Jatkotutkimuksena ryhmäläisiä voisi haastatella muutaman kuukauden kuluttua ryhmän loppumisen jälkeen siitä, mitä heille jäi ryhmästä mieleen ja mistä he toivoisivat vielä lisää tietoa. Tutkimustulosten perusteella ryhmäläisille voisi järjestää myös tiivistetyn uusintaryhmän psykoedukaatiosta. Tällöin voitaisiin paneutua vielä sellaisiin aiheisiin, joista he kokevat tarvitsevansa lisää tietoa. Aho-Mustonen (2011) kertoo tutkimuksessaan, että yksi ryhmäläinen koki ymmärtäneensä tietoa paremmin, kun aikaa oli kulunut ryhmätapaamisista. Jatkohaastattelussa voitaisiin kysyä myös ryhmäläisten elämänlaadusta, sairauden oireista ja itsetunnosta. Aho-Mustonen (2011) kertoo, että hänen psykoedukaatioryhmänsä jälkeen ryhmäläiset kokivat muutoksia näissä aihealueissa. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista nähdä, onko toteuttamamme ryhmä aiheuttanut ryhmäläisille vastaavia muutoksia.

LÄHTEET

- Aho-Mustonen, K. 2011. Group psychoeducation for forensic long-term patients with schizophrenia. University of Eastern Finland Joensuu. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Education, Humanities, and Theology 10 [viitattu: 26.10.2016.] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0303-7/urn_isbn_978-952-61-0303-7.pdf
- Berg, L. & Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja. Helsinki: Profami oy.
- Cunningham Owens, D.G., Carroll, A., Fattah, S., Clyde, Z., Coffey, I., & Johnstone, E.C. 2001. A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic outpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, 362–369.
- Eskola, J. & Karila, A. (toim.) 2007. Mielekäs Suomi – Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki: Edita 2007.
- Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Suomen mielenterveysseura. Helsinki: SMS-Tuotanto oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hotti, A. 2004. Mitä psykiatrinen potilas haluaa tietää? Tutkimus skitsofreniaan sairastuneiden tiedon saannista ja tarpeista. Psykiatrian klinikka. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto [viitattu 28.10.2016]. Saatavissa: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/5809/C212.pdf?sequence=1>
- Kaukkila, V. & Lehtonen, E. 2007. Ryhmästä enemmän -käsikirja ryhmänohjaajan taitoja tarvitsevalle. Suomen mielenterveysseura. Helsinki: SMS-tuotanto oy.

Kerkkänen, H. (toim.) 2014. Puhutaan kotoutumisesta. Ryhmänohjaajan opas. Helsinki: Väestöliitto. Oy Fram ab.

Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Duodecim [viitattu 24.3.2016]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11273.pdf>

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian toimialue. Väitöskirja.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2014. Minä mielenterveystyöntekijänä. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Oulun Yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Psykiatrian klinikka. Väitöskirja.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuntoutusportti. 2012. Psykoedukaatio -käsite, käyttö ja vaikuttavuus [viitattu 28.10.2016]. Saatavissa: <https://kuntoutusportti.fi/psykoedukaatio-%C2%96-kasite-kaytto-ja-vaikuttavuus/>

Kyngäs, H. & Henttinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Isohanni, M., Joukamaa, M. & Hakola, P. 2008. Psykiatria. Helsinki: WSOY.

Lähteenlahti, Y. 2008. Psykoedukaatio psykiatrisessa kuntoutuksessa [viitattu 31.3.2016]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kun00176&p_haku=Psykoedukaatio%20psykiatrisessa%20kuntoutuksessa

Mielenterveystalo. 2016a. Mielialahäiriöt [viitattu 6.11.2016]. Saatavissa:

<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosietietohaku/F30-39/Pages/default.aspx>

Mielenterveystalo. 2016b. Määrittämätön ei-elimellinen psykoottinen häiriö [viitattu 30.10.2016]. Saatavissa:

<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosietietohaku/F20-29/Pages/F29.aspx>

Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopisto.

Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. Väitöskirja.

Morokuma, I., Shimodera, S., Fujita, H., Hashizume, H., Kamimura, N., Kawamura, A., Nishida, A., Furukawa, T. & Inoue, S. 2013.

Psychoeducation for major depressive disorders: A randomised controlled trial. [viitattu: 24.10.2016]. Saatavissa:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178113002771>

Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus. (toim.). 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim 2010.

Mäki, P. & Veijola, J. 2012. Nuoren ensipsykoosi. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim [viitattu 26.10.2016]. Saatavissa:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo10025

Parpola, A. 2013. Toivo / Häpeä. Helsinki: Suomen Psykiatriyhdistys 2013.

Psykiatrian osasto 6. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät [viitattu 21.8.2016.] Saatavissa:
<http://www.phsotey.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/vuodeosastot/psykiatrian-osastot/1971-2/psykiatrian-osasto-6/>

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Sharma-Arponen, M. 2010. Psykoosi ja päihteet. Powerpoint-esitys. Päijät-Hämeen keskussairaala psykiatrian osasto 6.

Skitsofrenia. 2015. Duodecim, Käypähoito-suositus [viitattu 25.10.2016]. Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi35050>

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepää, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2014. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 11., uudistettu painos, 136-220.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Psykiatrinen erikoissairaanhoidon tilastoraportti 2010. Tilastoraportti [viitattu: 25.10.2016]. Saatavissa:
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2012/Tr03_12.pdf

Tsola, M-E. & Anastassiou-Hadjicharalambous, X. 2012. Psychosis. Nova Science Publishers, Inc [viitattu: 24.10.2016]. Saatavissa Lahden ammattikorkeakoulun sisäisin tunnuksin:
<http://site.ebrary.com.aineistot.lamk.fi/lib/lamk/reader.action?docID=10677585&ppg=13>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi [viitattu 30.10.2016]. Saatavissa:
<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [viitattu: 30.10.2016].

Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vehviläinen, S. 2014. Ohjaustyön opas. Helsinki: Gaudeamus 2014.

Viertö, S. 2011. Functional limitations and quality of life in schizophrenia and other psychotic disorders. National Institute for Health and Welfare [viitattu: 24.10.2016]. Saatavissa:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26233/function.pdf?sequence=1>

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Xia, J., Merinder, L. & Belgamwar, M. 2011. Psychoeducation for schizophrenia. Schizophr Bull [viitattu: 24.10.2016]. Saatavissa:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004189/>

Yhtymä. 2016. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä [viitattu: 21.8.2016]. Saatavissa: <http://www.phsotey.fi/fi/yhtyma/>

Zielasek, J. & Gaebel, W. 2015. Brief reactive psychoses. Teoksessa: Bhugra, D. & Mahli, G. Troublesome Disguises: Managing Challenging Disorders in Psychiatry [viitattu: 26.10.2016.] Saatavissa:

https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=IJ1EBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA27&dq=Brief+Reactive+Psychosis&ots=VHqA_jvndb&sig=cdT0cOp1uzCU_-

[Ekan5PEbX0a7l&redir_esc=y#v=onepage&q=Brief%20Reactive%20Psychosis&f=false](https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=IJ1EBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA27&dq=Brief+Reactive+Psychosis&ots=VHqA_jvndb&sig=cdT0cOp1uzCU_-Ekan5PEbX0a7l&redir_esc=y#v=onepage&q=Brief%20Reactive%20Psychosis&f=false)

LIITTEET

LIITE 1

TOIMEKSIANTOSOPIMUS

LAMK Lahden ammattikorkeakoulu
Lahti University of Applied Sciences

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS (TKI opintopisteet)

TOIMEKSIANTAJA	
Toimeksiantaja	Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä, Psykiatrian osasto
Toimeksiantajan yhteyshenkilö	Sari Särkkä 6
Lähiosoite	Keskussairaalankatu 7
Postinumero ja -toimipaikka	15850 Lahti
Y-tunnus	0215606-8
Toimipisteen kotikunta	Lahti
Puhelin	0447195169
Sähköposti	sari.sarkka@phsotey.fi
OPINNÄYTETYÖN TEKIJÄT	
Nimi/nimet ja tunnukset/tunnukset	Tiia Halinen 1400259, Ida Peltonen 1400247
Ryhmätunnus/-tunnukset	08SH14KE, 08SH14SE
Koulutusala ja koulutus tai pääaine	Sairaanhoidtaja, hoitotyön sv
Puhelin/puhelimet	
Sähköposti/postit	@student.lamk.fi
OHJAAJA	
Ohjaava opettaja	Helena Sillanpää
Puhelin	0505265929
Sähköposti	helena.sillanpaa@lamk.fi
Koulutusala	Hoitotyö, sosiaali- ja terveysala
OPINNÄYTETYÖ	
Opinnäytetyön nimi	Avaimia Arkeen Psykoedukaatioryhmän suunnitelma ja toteutus Päijät-Hämeen keskussairaalan Psykiatrian osastolle
Opinnäytetyön tavoite	Suunnitella ja toteuttaa ryhmätoiminnan malli psykoedukaatiosta.

SOPIMUS TOIMEKSIANNOSTA

- Työelämä maksaa opinnäytetyön tekemisestä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle
- Työelämän edustajat ohjaavat aktiivisesti opinnäytetyön tekemistä
- Työyhteisö hyödyntää tuloksia toiminnassaan
- Opinnäytetyöt ovat julkisia asiakirjoja;
salassa pidettävä materiaali poistetaan toimeksiantajan pyynnöstä ennen julkaisua
- Opiskelija toimittaa toimeksiantajalle erillisen raportin opinnäytetyöstä

Muut selvitykset opinnäytetyön kustannuksista, tekijänoikeuksista, aikataulusta ja muista erikseen sovitusta yksityiskohdista voidaan liittää tämän sopimuksen liitteeksi.

Liitteitä yhteensä ____ sivua.

- Toimeksiantajan tietoja ei saa tallentaa ammattikorkeakoulun yritysrekisteriin.

Tällä sopimuksella toimeksiantaja ja opiskelija sopivat, että opiskelija suorittaa opinnäytetyöksi määritellyn tutkimuksen tai kehittämistyön toimeksiantajalle.

Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön opinnäytetyön tekemiseen tarpeelliset tiedot ja antamaan tarvittavaa asiantuntijaohjausta.

ALLEKIRJOITUKSET

OPISKELIJA	
Paikka ja päiväys	23.11.2016
Allekirjoitus ja nimenselvitys	Taru Halonen Tiina Halinen
OPISKELIJA	
Paikka ja päiväys	23.11.2016
Allekirjoitus ja nimenselvitys	Jaa Tomi Ida Peltonen
OHJAAJA	
Paikka ja päiväys	1 20
Allekirjoitus ja nimenselvitys	Helena Sillanpää Helena Sillanpää
TOIMEKSIANTAJA	
Paikka ja päiväys	23.11.2016 LAHTI
Allekirjoitus ja nimenselvitys	Sari Särcen Sari Särcen

Tätä sopimusta on tehty kaksi (2) samansisällöistä kappaletta, joista yksi toimitetaan ammattikorkeakoulun opintotoimistoon tilastointia ja arkistointia varten ja yksi jää toimeksiantajalle.

Kopio sopimuksesta toimitetaan ohjaavalle opettajalle ja jokaiselle opinnäytetyön tekijälle. Sopimuksen kappaleista vastaavat opinnäytetyön tekijä/tekijät.

Päivitetty 21.4.2015

AVAIMIA ARKEEN

PSYKOEDUKAATIORYHMÄ

PÄIJÄT-HÄMEEN KESKUSSAIRAALAN PSYKIATRIAN

OSASTO 6:LLE

Avaimia arkeen on ryhmätoiminnan malli psykoedukaatioon. Malli koostuu seitsemästä tapaamisesta, joiden aiheet ovat: tutustuminen ja sosiaalinen verkosto, stressi ja sen hallinta, prosessipsykoosisairaudet, lääkehoito ja muut hoitomuodot, päihteet, varo-oireet sekä niiden hallintakeinot ja ryhmän päättymisen ja palautteen anto. Mallin avulla ryhmän ohjaajalla on selkeä runko ryhmän toteuttamiseen. Liitetiedostoina on mukana ryhmään tarvittava materiaali. Ryhmätoiminnan malli on suunniteltu 3-4 henkilölle.

1. Ensimmäinen ryhmätapaaminen

Ensimmäisellä ryhmäkerralla on tarkoitus saada ryhmäläisiä ryhmäytymään. Ryhmän ohjaaja antaa jokaiselle ryhmäläiselle tulostetun kurssiohjelman, jossa kerrotaan jokaisen tapaamisen pääsisältö, sekä päivämäärä, sekä aika, jolloin ryhmä kokoontuu. (LIITE 3). Tässä vaiheessa ryhmän jäsenet voivat esittää kysymyksiä ryhmään liittyen. Ryhmässä annetaan tilaa avoimelle keskustelulle, mutta ketään ei pakoteta osallistumaan. Tärkeää on myös kertoa ryhmän olevan luottamuksellinen ja että jokaista ryhmäläistä koskee vaitiolovelvollisuus (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 115). Ryhmässä sovitaan yhteiset säännöt ja se, miten ryhmässä toimitaan. Ryhmän tärkeitä sääntöjä ovat muille tilan antaminen, hyvän ilmapiirin luominen, ryhmään keskittyminen sekä muiden kuunteleminen. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 105.) Ryhmän ohjaaja kertoo ryhmän jäsenille, mitä psykoedukaatio tarkoittaa.

Psykoedukaatio on opetuksellinen menetelmä, jossa sairastuneelle annetaan tietoa psykoosisairauden oireista, hoidosta, sairauden kanssa selviytymisestä ja kuntoutumisesta (Lähteenlahti 2008; Kuhanen ym. 2013, 95). Psykoedukaatiossa voidaan käyttää erilaisia tapoja, kuten ryhmässä työskentelyä, keskusteluja, tehtäviä, tiedollisia opetushetkiä ja kirjallista tietoa (Jokinen & Räsänen 2000, Rissasen 2007, 67 mukaan). Psykoedukaatiolla voidaan vaikuttaa sairauden hyväksymiseen osaksi elämää (Kuhanen ym. 2013, 199). Ryhmän aikana käydään läpi

virheellisiä uskomuksia sairaudesta ja annetaan oikeaa tietoa (Lähteenlahti 2008).

Tutustuminen ryhmän alkuvaiheessa tapahtuu siten, että jokainen kertoo vuorollaan nimensä ja yhden asian josta pitää. Ryhmäläiset voivat myös kertoa odotuksiaan ryhmästä. Jokaiselle ryhmäläiselle jaetaan oma tulostettu sosiaalisen verkoston kartta. (LIITE 4). Ryhmän ohjaaja kertoo, mitä ja miten karttaan on tarkoitus piirtää.

Verkostokartta on ympyrä, joka on jaettu viiteen osaan: suku, perhe, työ/koulu, viranomaiset ja muut tärkeät ihmiset. Keskellä ympyrää on henkilö itse. Tärkeimmät henkilöt piirretään kartalla lähimmäksi. Karttaan piirrettyjen henkilöiden välille voi piirtää viivoja kuvaamaan heidän välistä suhdettaan. (Kuhanen ym. 2013, 98; Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2014, 66 - 67.) Ryhmäläisille annetaan aikaa karttojen tekoon ja myös hyvä työskentelyrauha.

Ryhmän ohjaaja voi kysyä myös lisäkysymyksiä verkostokartoista, esimerkiksi: Ketkä ovat sinulle läheisimpiä? Keneltä saat apua? Haluatko muutosta johonkin ihmissuhteeseesi? (Berg & Johansson 2003, 19.) Ryhmän ohjaaja käy verkostokarttoja yleisesti läpi. Ryhmäläisten ei tarvitse esitellä omia karttojaan ryhmässä.

Verkostokartan tavoitteena on kartoittaa ryhmäläisen lähipiiriä ja niitä ihmisiä, jotka hän mieltää kuuluvan hänen verkostoonsa. Verkostokartan avulla löydetään voimavaroja ja näin edistetään sairaudesta selviytymistä (Berg & Johansson 2003, 19; Kuhanen ym. 2013, 98; Kiviniemi ym. 2014, 66 - 67.) Tavoitteena on myös saada karttaan merkittäjä henkilöitä osallistumaan omaisensa hoitoon mahdollisuuksien mukaan, ja sen on tutkittu parantavan hoidon tulosta (Berg & Johansson 2003, 19). On myös mahdollista, että verkostokarttaan tulee merkittävä hyvin vähän henkilöitä. Silloin on tärkeää esittää jatkokysymyksiä kartasta, jotta henkilö voi miettiä ihmissuhteitaan ja miten voisi muuttaa suhteita. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos 2016a.)

Jokaiselle ryhmäläiselle annetaan ensimmäisen ryhmätapaamiskerran lopussa kotitehtävä. (LIITE 5), jota on tarkoitus miettiä ennen seuraavaa kertaa. Tehtävänä on miettiä, millaiset asiat voivat aiheuttaa stressiä ja miten sitä voi vähentää.

Aho-Mustosen (2011) toteuttamassa psykoedukaatioryhmässä ryhmäläiset kokivat kirjallisen materiaalin hyväksi, koska ryhmässä tuli niin paljon uutta tietoa. Näin jokainen voi palata käsiteltäviin asioihin uudestaan, ja se tukee muistamista. Suunnittelemassamme ryhmässä ryhmäläiset saavat myös kirjallista materiaalia jokaiselta tapaamiskerralta.

2. Toinen ryhmätapaaminen

Ryhmätapaamisen alussa käydään läpi edellisen kerran aihetta sekä kotitehtävä lyhyesti. Ryhmän ohjaaja kysyy, miten ryhmän jäsenet kokevat stressin. Tämän jälkeen ryhmässä keskustellaan siitä, mitä stressi on.

Stressi ilmenee fyysisesti vireystilan kohoamisella, sydämen sykkeen ja verenpaineen nousemisella, hengityksen kiihtymisellä ja lihasten jännittymisellä (Mielenterveysseura 2016). Stressin fyysisiä merkkejä ovat lisäksi käsien vapina, puristava tunne rinnassa, hengitysvaikeudet, pää- ja hartiasärky sekä erilaiset raajojen puutumistunteet. Psykkisiä merkkejä stressistä ovat pelokas ja hämmentynyt olo, tunne hallinnan menettämisestä sekä stressiä aiheuttavien asioiden jatkuva ajattelu. (Elgie, Amerongen, Byrne, D'Arienzo, Hickey, Lamberg, McCrae, Sappia 2004, 34.)

Jokaiselle ryhmäläiselle jaetaan oma tulostettu haavoittuvuus-stressimalli. (LIITE 6). Ryhmän ohjaaja kertoo, mitä mallilla tarkoitetaan. Stressinhallintakeinoja käydään yhdessä läpi. Jokaiselta ryhmäläiseltä kysytään joku stressinhallintakeino ja ne kirjoitetaan ylös isolle paperille. Ryhmän ohjaaja kirjoittaa paperin ryhmätapaamisen jälkeen puhtaaksi ja antaa seuraavalla kerralla jokaiselle oman tulostetun paperin muistiinpanoksi.

Haavoittuvuus-stressimallin käytöstä on koettu olevan merkitystä käsiteltäessä mielenterveysongelmia. Mallissa selitetään psyykkisille sairauksille olevan altistavia tekijöitä, kuten perinnöllisyys tai miten suhtautua stressiin. Altistavien tekijöiden, riittämättömien suojaiteijöiden ja kuormittavan stressin yhteisvaikutus lisää riskiä sairastua psyykkiseen sairauteen. Haavoittuvuuskyynnys eli stressikokemus ja sen vaikutus ovat yksilöllisiä. Ympäristön aiheuttama stressi voi vaikuttaa sairauden puhkeamiseen. Suojaiteijat vaikuttavat ehkäisevästi stressin syntyyn. Suojaiteijat ovat henkilökohtaisia selviytymiskeinoja, joilla voidaan hallita stressiä. Mallin tarkoitus on auttaa sairastunutta sekä hänen läheisiään käsittelemään sairastumista. Näin sairautta voidaan myös selittää paremmin. Mallin avulla voidaan hahmottaa sairastumisen aikana olevia stressiteijöitä, jotta niitä voidaan jatkossa huomioida. Suojaiteijat voivat myös vahvistaa kuntoutumista. Mallista on myös hoitajalle apua ymmärtämään sairastuneen kokonaistilannetta. (Kieseppä & Oksanen 2013; Kuhanen ym. 2013, 98.) Rissanen (2007) lisää, että haavoittuvuus-stressimallin avulla voidaan löytää jokaisen ryhmäläisen yksilölliset altistavat tekijät, jotta voidaan ehkäistä sairauden uusiutumista.

Stressinhallintakeinoja ovat esimerkiksi säännöllinen ruokailu, lepo, liikunta, ihmissuhteiden ylläpito, tavoitteiden asettaminen, tunteista puhuminen ja omasta jaksamisesta huolehtiminen (Mielenterveysseura 2016). Lisäksi hyviä keinoja lievittää stressiä ovat piirtäminen, kirjoittaminen, musiikin kuuntelu, lukeminen, yhden asian tekeminen kerrallaan, päiväohjelmien tekeminen ja rentoutuminen (Elgie ym. 2004, 33). Myös lääkehoidon avulla voidaan lievittää stressiä (Rissanen 2007, 34). Tutkimusten mukaan sairaus uusiutuu helpommin, jos ei käsitellä suojaavia tekijöitä ja keskustella niistä (Kuhanen 2013, 199).

Kolmatta ryhmätapaamista varten annetaan kotitehtäväksi ryhmäläisille miettiä, mitä itse tietää omasta sairaudestaan. (LIITE 5).

3. Kolmas ryhmätapaaminen

Tapaamisen alussa käydään läpi edelliskerran aihetta lyhyesti läpi. Kotitehtävää käydään läpi koko tapaamisen ajan. Kolmannen tapaamiskerran tarkoituksena on käsitellä prosessipsykooseja sairauksina sekä sitä, mitä oireita niihin liittyy. Ryhmän jäsenten ei tarvitse yksitellen kertoa omasta sairaudestaan, vaan aihetta käydään läpi yhteisesti.

Prosessipsykooseiksi luokitellaan skitsofrenia, akuutti ohimenevä psykoottinen häiriö, määrittämätön psykoottinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö sekä skitsoaffektiivinen häiriö (Sharma-Arponen 2010). Ryhmän ohjaaja kertoo aluksi sairauksien oireista, ja sen jälkeen ryhmän jäsenet voivat kertoa, tunnistavatko he itsessään näitä oireita. Ryhmän ohjaaja mainitsee yhden oireen kerrallaan, ja ryhmäläiset voivat kertoa omia näkemyksiään ja kokemuksiaan. Tällä kerralla käydään myös läpi uskomuksia eli myyttejä sairauteen liittyen. Ryhmän ohjaaja antaa jokaiselle muistilistan skitsofrenian oireista.

Psykoosissa sairastunut tulkitsee sekä havainnoi ympäristöään virheellisesti. Sairastunut ei osaa erottaa todellisuutta ja epätodellisuutta toisistaan. Psykoottisiin oireisiin luokitellaan aistiharhat, harhaluulot, puheen häiriöt, erikoinen käytös, tunne-elämän muutokset sekä ajattelun ja muistin heikkeneminen. Sairauteen saattaa kuulua myös ahdistusta, uniongelmia ja suhteettomia pelkoja. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 146; Kuhanen ym. 2013, 191.)

Skitsofrenia on mielenterveyden häiriö, joka luokitellaan psykoosiksi. Se on pitkäkestoinen, monialainen ja vakava sairaus, johon liittyy toimintakyvyn laskua sekä todellisuuden hämärtymistä. Sairauteen ei ole mitään yksittäistä syytä. Siihen vaikuttaa moni asia ja kaikkia ei vielä tunneta. (Viertö 2011, 19; Suvisaari, Isohanni, Kiesepää, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2014, 137.)

Skitsofrenian positiivisia oireita ovat harhaluulot, hallusinaatiot, kiihtynyt puhe ja käytös, joka ilmenee ulospäin hajanaisuutena, outoina

maneereina. Negatiivisina oireina ovat normaalin toiminnan väheneminen, puheen köyhtyminen ja sujuvuuden väheneminen, tunteiden latistuminen, eristäytyminen, vähentynyt kyky kokea mielihyvää, motivaation puute ja abstraktin ajattelun vaikeus. Runsaat negatiiviset oireet johtavat huonoon sosiaaliseen toimintakykyyn ja pitkiin laitoshoitoihin. (Lepola, Koponen, Leinonen, Isohanni, Joukamaa & Hakola 2008, 44 - 45; Sharma-Arponen 2010.) Negatiiviset oireet ovat usein pysyviä, toisin kuin positiiviset oireet, jotka ovat vaihtelevia. Skitsofrenia johtaa usein toistuviin aktiivisiin sairausvaiheisiin, jolloin vallitsevia ovat positiiviset oireet. (Suvisaari ym. 2014, 140.)

Skitsoaffektiivinen häiriö on skitsofrenian sekä mielialahäiriön yhdistelmä. Sairaudessa on molempia häiriön piirteitä, mutta sitä ei luokitella kumpaankaan. Sen olemassaolosta keskustellaan, koska se liittyy vahvasti molempiin mielenterveyshäiriöihin. Sairauteen kuuluu mielialahäiriö- ja psykoosijaksoja. Skitsoaffektiivinen häiriö on skitsofreniaa harvinaisempi, mutta sen sairastumiseen on samanlaiset tekijät kuin skitsofreniassa. Lääkityksenä käytetään psykoosilääkkeitä sekä mielialaa tasaavia lääkkeitä. (Kuhanen ym. 2013, 191 - 192; Suvisaari ym. 2014, 203 - 206.)

Harhaluuloisuushäiriössä on oireina erilaiset harhaluulot ja sairaus on psykoottistasoista. Sairastunut tulkitsee vääristyneesti ulkoisia viestejä ja yhdistää niitä epäloogisesti. Häiriöön ei kuulu aistiharhoja eikä tunne-elämän negatiivisia muutoksia. Sairaus kehittyy hitaasti ja lääkityksenä käytetään psykoosilääkkeitä. (Kuhanen ym. 2013, 192 - 193; Suvisaari ym. 2014, 206 - 207.)

Lyhytkestoisessa psykoottisessa häiriössä psykoottinen jakso on hyvin lyhyt, noin vuorokaudesta kuukauteen. Sairauden syntyyn vaikuttaa ulkoiset stressitekijät, suuret elämänmuutokset, kuten erot ja menetykset. Psykoottisen jakson loputtua sairastuneen toimintakyky palaa ennalleen. Sairauteen liittyy myös mielialan vaihtelut, ahdistus ja harhaluulot.

Psykoottinen jakso on ohimenevä, mutta se voi myös uusiutua. (Lepola ym. 2008, 58; Suvisaari ym. 2014, 210; Zielasek & Gaebel 2015, 29 - 30.)

Määrittämättömässä psykoottisessa häiriössä sairauden puhkeamisen syy on epäselvä. Sairauden oireet ovat hyvin epätyypillisiä ja vaihtelevia. Oireet eivät täytä muiden psykoottisten häiriöiden diagnoosia, koska niihin saattaa liittyä vain yksi psykoottinen oire esimerkiksi kuuloharha. (Lepola 2008, 59; Suvisaari ym. 2014, 215.)

Psykkisiin häiriöihin liittyy paljon uskomuksia, ennakkoasenteita ja virheellistä tietoa. Ympäristö saattaa suhtautua sairastuneisiin tuomitsevasti, ja se aiheuttaa sairastuneelle häpeää sekä arvottomuuden tunnetta. (Heiskanen ym. 2006, 114 - 115; Aho-Mustonen 2011, 1 - 3.)

Ryhmä, jossa käsitellään häpeäleiman romuttamista, voi vaikuttaa positiivisesti ryhmäläisten itsetuntoon ja itsevarmuuteen (Skitsofrenia 2015). Useat tutkimukset osoittavat, että psykiatrinen sairaus on häpeällinen ja se vaikuttaa moniulotteisesti sairastuneen elämään (Aho-Mustonen 2011, 17 - 18.) Suunnittelemassamme ryhmässä annetaan sairastuneille toivoa herättävää ja oikeaa tietoa, sekä tukea, jonka avulla sairastunut saa apua käsitelläkseen häpeää.

Elgie ym. (2004, 18 - 19) on käsitellyt myyttejä liittyen skitsofreniaan. Ryhmässä käsitellään näitä myyttejä:

1. Myytti: Skitsofreniaa ei voi hoitaa.
2. Myytti: Skitsofreniaan sairastuneella on jakautunut persoonallisuus.
3. Myytti: Skitsofrenia on vanhempien syy.
4. Myytti: Skitsofreniaan sairastaneet ovat laiskoja.
5. Myytti: Skitsofreniaan sairastunut ei voi saavuttaa unelmiaan.

Myytti 1: Skitsofrenia on hoidettavissa, ja noin joka neljäs parantuu lähes täysin viidessä vuodessa. Osalla sairastuneista oireita pystytään lievittämään, ja näin elämänlaatu kohenee. (Elgie ym. 2004, 18.)

Myytti 2: Skitsofreniaan ei kuulu jakaantunut persoonallisuus. Vaikka sairaus aiheuttaa hajanaista käytöstä, se ei tarkoita jakaantunutta persoonallisuutta. (Elgie ym. 2004, 18.)

Myytti 3: Skitsofrenian syitä ei täysin tiedetä ja siihen vaikuttavat eri osatekijät (Kuhanen ym. 2013, 257). Skitsofrenia on aivojen sairaus, ja ei tiedetä, miksi aivoissa tapahtuu virheellisiä aistimuksia. Sairastumisesta skitsofreniaan ei voi syyttää ketään. (Elgie ym. 2004, 20.)

Myytti 4: Väsymys ja voimattomuus ovat sairauden oireita, ja myös lääkkeet voivat aiheuttaa väsymystä. Lääkkeiden sivuvaikutuksiin on mahdollista vaikuttaa lääkitystä muuttamalla. (Elgie ym. 2004, 19.)

Myytti 5: Jokainen voi saavuttaa omia unelmiaan skitsofreniasta huolimatta. Esimerkkejä sairastuneista ovat taloustieteilijä ja nobelisti John Nash ja jazztrumpetisti Tom Harrell. (Elgie ym. 2004, 18.)

Ryhmäläisille annetaan kotitehtäväksi ottaa selvälle, mitä lääkkeitä itse käyttää ja miettiä, mitä haittoja ja hyötyjä lääkityksestä on. (LIITE 5).

4. Neljäs ryhmätapaaminen

Ryhmätapaamisen sisältönä on käsitellä prosessipsykoosisairauksien hoitoa sekä lääkityksen haittoja ja hyötyjä. Ryhmänohjaaja ottaa ison paperin ja jakaa sen puoliksi. Toiselle puolelle kirjoitetaan lääkityksen hyödyt ja toiselle haitat. Ryhmän jäsenet voivat kirjoittaa pienille lapuille omia kokemuksiaan lääkityksen hyödyistä ja haitoista ja he laittavat itse laput otsikoiden alle. Sen jälkeen käydään yhdessä läpi lääkityksen haittoja ja hyötyjä sekä mietitään yhdessä mitä ne tarkoittavat.

Ryhmänohjaaja voi lisätä tarvittaessa haittoja ja hyötyjä ja kertoa niistä. Seuraavalle kerralle ryhmän ohjaaja kokoaa muistiinpanot lääkityksen haitoista ja hyödyistä ja tulostaa ne ryhmän jäsenille.

Lääkehoito on keskeinen psykoosisairauden hallintakeino. Lääkityksen vaikutusmekanismeihin, eri lääkkeiden ominaisuuksiin ja mahdollisten haittavaikutusten hallintaan on syytä käyttää riittävästi aikaa erilaisilla oireenhallintakursseilla. (Kieseppä & Oksanen 2013.)

Lääkehoidosta tulee keskustella avoimesti, rehellisesti sekä kuunnella sairastuneen mielipiteitä. Nämä asiat kasvattavat sairastuneen hoitoon sekä lääkehoitoon sitoutumista. (Kuhanen ym. 2013, 296.)

Hoito perustuu nykyään lääkkeiden ja lääkkeettömien hoitojen yhdistelmään. Lääkehoitojen lisäksi käytetään muita hoitomuotoja, joiden tarkoitus on oireiden lievittäminen, sairauden uusiutumisen estäminen sekä omasta elämästä huolehtiminen. Muita hoitoja on erilaiset terapiat, joissa käsitellään sairautta ja sen hoitoa sekä vaikutetaan ajatus- ja käytösvirheisiin sekä käsitellään elämän eri osa-alueita. (Elgie ym. 2004, 44, 56 - 57; Skitsofrenia 2015.)

Lääkehoidon hyötyjä ovat harhaluulojen ja aistiharhojen väheneminen, ahdistuneisuuden ja levottomuuden lievittyminen sekä oireiden uusiutumisen ehkäiseminen. Osa lääkkeistä vaikuttaa myös keskittymistä ja muistia parantaen. Lääkkeiden hyödyistä tiedetään paljon ja ne ovat pitkälle tutkittuja. (Kuhanen ym. 2013, 260 - 263; Suvisaari ym. 2014, 172 - 178.)

Lääkehoidon haittoja ovat vapina, jäykkyys, pakkoliikkeet, painonmuutokset, uneliaisuus, syljen valuminen, ummetus, virtsaamisongelmat, verenpaineen lasku, tunne-elämän latistuminen, seksuaalisuuden muutokset ja levottomuus. Haittavaikutuksiin voidaan vaikuttaa muuttamalla lääkeannosta tai lääkettä. (Kuhanen ym. 2013, 206 - 263; Suvisaari ym. 2014, 178 - 182.)

Ryhmänohjaaja antaa seuraavaa kertaa varten kotitehtäväksi mieltä, mitä päihteet ovat, miten ne vaikuttavat ja mitä päihteitä ryhmän jäsenet mahdollisesti käyttävät. (LIITE 5).

5. Viides ryhmätapaaminen

Ryhmän alussa käydään edelliskerran aihetta lyhyesti läpi ja keskustellaan, jos ryhmäläisillä on herännyt kysymyksiä. Tämän ryhmätapaamisen sisältönä on käsitellä päihteiden vaikutusta sairauteen, lääkitykseen ja hoitoon. Pöydällä on erilaisia lauseita ja sekä otsikot: ”Päihteettömyyden edut” ja ”Päihteiden käytön haitat”. Ryhmäläisten tehtävänä on yhdessä laittaa erilaiset päihteiden käyttöön liittyvät lauseet otsikoiden alle. Sen jälkeen keskustellaan, miksi lauseet ovat tietyn otsikon alla. Ryhmän ohjaajalla on kysymyksiä päihteiden käyttöön liittyen, ja ryhmäläiset vastaavat niihin yhdessä.

Psykoosiin sairastuneilla esiintyy päihteiden käyttöä, ja se on lisääntynyttä verrattuna muuhun väestöön. Usein päihteiden käytön takia sairastuneen lääkitys jää toteuttamatta, ja se heikentää sairastuneen vointia. Päihteiden käyttö myös laskee psykoosilääkkeiden tehoa. (Pirkkola & Sohlman 2005, 7; Kuhanen ym. 2013, 294; Skitsofrenia 2015.) Osa skitsofreniaan sairastuneista yrittää vähentää sairauden aiheuttamia oireita alkoholilla ja huumeilla. Niistä voidaan kokea olevan hyötyä oireiden helpotukseen ja normalisoimaan käytöstä. (Elgen ym. 2004, 39.) Useiden tutkimusten mukaan alkoholi ja huumeet pahentavat kuitenkin sairauden oireita (Elgen ym. 2004, 39; Pirkkola & Sohlman 2005, 7).

Mielenterveystalo (2016a) on käsitellyt päihteettömyyden etuja ja päihteiden käytön haittoja:

”Päihteettömyyden edut” otsikon alle kuuluvat lauseet:

- päihteet eivät häiritse lääkitystä
- sairauden uusiutumiseen pystytään vaikuttamaan tehokkaammin
- muisti säilyy selkeänä
- tasainen mieliala
- ystävien, työpaikan ja asunnon menettämisen riski vähenee
- omasta terveydestä huolehtiminen on helpompaa

”Päihteiden käytön haitat” otsikon alle kuuluvat lauseet:

- psykoottisia oireita saattaa ilmetä tai nykyiset oireet pahentua
- päihteillä ja lääkkeillä voi olla yhteisvaikutuksia
- kyky estää sairauden uusiutumista vähenee
- sairauden hallinta vähenee
- on vaikeaa erottaa sairauden oireita päihteiden vaikutuksesta
- oireet voivat lisääntyä
- ihmissuhteet ja taloudellinen tilanne vaikeutuvat

Päihdyttävät aineet vaikuttavat aivojen toimintaan, mikä saattaa lisätä psykoosin uusiutumista. Päihteet vaikuttavat myös lääkkeiden vaikuttavuuteen sekä näin haittaavat hoitoa ja kuntoutumista. Ihmissuhteet muuttuvat päihteiden käytön seurauksena, ja tämä aiheuttaa myös haittaa läheisille. Päihteiden käyttö lisää stressiä, ja stressi lisää uudelleen sairastumisriskiä. (Mielenterveystalo 2016b.)

Kysymys 1: Mitä hyötyä päihteiden käytöstä voisi olla? – Moni kokee päihteiden käytöstä myönteisiä vaikutuksia, jonka takia päihteitä käytetään. Päihteiden käytöstä koetaan saavan mielihyvää, keino rentoutua, saada nautintoa, stressinhallintaan, unettomuuteen, mielialan korjaamiseen, oireiden helpottamiseen. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 105.)

Kysymys 2: Miten päihteet vaikuttavat mielenterveyteen? – Henkilöillä, jotka käyttävät päihteitä, on enemmän mielenterveysongelmia kuin muilla. Päihteiden käyttö voi aiheuttaa uniongelmia, paniikkituntemuksia, ahdistusta, mielialan muutoksia, itseään vahingoittavaa käytöstä sekä psykooseja. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 105.)

Kysymys 3: Miksi alkoholia käytetään? – Alkoholi parantaa mielialaa, laskee estoja, parantaa vireystilaa, lisää aktiivisuutta (Päihdelinkki 2016).

Kysymys 4: Mitä haittavaikutuksia alkoholilla on? – Alkoholi aiheuttaa pahoinvointia, puhekyvyn alentumista, tapaturma-alttiutta, sekä ajatustoiminnan laskua. Lisäksi kyky reagoida tapahtumiin vähenee. (Päihdelinkki 2016.)

Kysymys 5: Mitä haittoja tupakointi aiheuttaa? – Se nostaa verenpainetta ja sydämen sykettä sekä voi aiheuttaa pahoinvointia ja vähentää suorituskykyä. Pitkäaikaishaittoina tupakoinnista ovat esimerkiksi verenkiertoelimistön sairaudet, aivoinfarkti, syöpätaudit ja krooniset keuhkosairaudet. (Päihdelinkki 2016.)

Kysymys 6: Miten tupakoinnin riippuvuutta voidaan hoitaa? – Sitä voidaan hoitaa nikotiinikorvaushoidolla. Hoitokeinoja on erilaisia, kuten purukumit, laastarit, inhalaattorit, kielenalus- ja imeskelytabletit sekä myös lääkärin määräämät lääkkeet. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015b.)

Kysymys 7: Mitä hyötyä tupakoinnista voisi olla? – Tupakoinnin avulla voi saada sosiaalisia kontakteja ja tupakoivat kokevat yhteenkuuluvuuden tunnetta. Tupakointi helpottaa stressiä ja sen avulla voi säädellä tunteita. Se antaa myös hetkellisen mielihyvätunteen. (Patja 2010.)

Ryhmän ohjaaja antaa kaikille ryhmän jäsenille muistiinpanot päihteisiin liittyvistä kysymyksistä ja vastauksista. Ryhmän jäsenille annetaan kotitehtäväksi pohtia, millainen elämäntilanne heillä oli ennen sairastumistaan. (LIITE 5).

6. Kuudes ryhmätapaaminen

Tapaamisen alussa käydään edelliskerran aihetta läpi lyhyesti. Sisältönä kuudennelle tapaamiselle ovat sairauden varo-oireet, arjessa selviytyminen ja mahdollinen toimintasuunnitelman teko. Ryhmän ohjaaja kertoo tapaamisen alussa sairauteen liittyvistä ennakko-oireista. Jokainen ryhmäläinen saa tulostetun lomakkeen sairauden varo-oireista, ja he saavat rastittaa vaihtoehtoja, joita he ovat itse kokeneet. (LIITE 7). Tämän jälkeen ryhmäläiset voivat miettiä keinoja, miten toimia varo-oireiden ilmaannuttua. Varo-oireiden läpikäynnin yhteydessä muistutetaan ensimmäisellä ryhmätapaamisella tehdystä verkostokartasta ja kehoitetaan näyttämään varo-oireita kartassa oleville henkilöille.

Varo-oireita käsitellään, että sairauden uusiutumiseen voidaan vaikuttaa. Tunnistamalla oireita sairastuneella on mahdollisuus hallita sairautta. (Kuhanen ym. 2013, 200.)

Psykoosin varo-oireiden ja pitkäaikaisoireiden tunnistaminen sekä oireiden hallinta kuuluvat psykoedukaatioon. Usein ryhmänvetäjä kertoo varo-oireista, minkä jälkeen ryhmäläiset voivat miettiä omalta kohdaltaan oireiden ilmaantumista. Vertaistuen avulla on helpompi käsitellä psykoosin oireita. (Kieseppä & Oksanen 2013.)

Varo-oireita ovat mielialan muutokset, mielihyvän kokemisen vaikeus, aggressiivisuus, epäsosiaalisuus, eristäytyneisyys, epänormaali ajatus ja teot, keskittymisen, tarkkaavaisuuden ja muistin muutokset, itsetuhoinen käytös, erilaiset somaattiset oireet, vaikeus ylläpitää ihmissuhteita, uneen liittyvät ongelmat, väsymys, huono motivaatio sekä päihteiden käyttö. Psykoottisia oireita voi esiintyä lievempinä ja lyhytjaksoisina. Psykoosi voi puhjeta myös vähäisillä ennakko-oireilla tai ilman niitä. (Sharma-Arponen 2010; Suvisaari ym. 2014, 139, 148.)

Kun varo-oireet on tunnistettu, voidaan miettiä, miten toimia tilanteessa, jossa kyseisiä oireita tulee. Tämä on tärkeää, että sairaus ei uusiutuisi. Hallintakeinot ovat yksilöllisiä ja niitä ovat esimerkiksi lepo, ihmissuhteiden ylläpito, rentoutuminen ja liikunta. (Kieseppä & Oksanen 2013.)

7. Seitsemäs ryhmätapaaminen

Tämä kerta on viimeinen kokoontumiskerta yhdessä. Tarkoituksena on kerrata, mitä asioita kurssilla on käyty läpi. Ryhmän ohjaaja antaa ryhmän jäsenten täytettäväksi palautelomakkeet ryhmän toiminnasta, ja ryhmän vetäjä antaa myös ryhmäläisille palautetta. (LIITE 8).

LÄHTEET

Aho-Mustonen, K. 2011. Group psychoeducation for forensic long-term patients with schizophrenia. University of Eastern Finland Joensuu. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Education, Humanities, and Theology 10 [viitattu: 26.10.2016.] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0303-7/urn_isbn_978-952-61-0303-7.pdf

Berg, L. & Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja. Helsinki: Profami oy.

Elgie, R. Amerongen, APV., Byrne, P., D'Arienzo, S., Hickey, C., Lamberg, M., McCrae, I. & Sappia S. 2004. Löydä tie eteenpäin. Tukea ja ohjeita skitsofreniasta selviytymiseen. Bristol-Myers Squibb Company ja Otsuka Pharmaceuticals Europe Ltd.

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Suomen mielenterveysseura. Helsinki: SMS-Tuotanto oy.

Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Duodecim [viitattu 24.3.2016]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11273.pdf>

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2014. Minä mielenterveystyöntekijänä. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lappalainen-Lehto, R. Romu, M. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteen- Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Isohanni, M., Joukamaa, M. & Hakola, P. 2008. Psykiatria. Helsinki: WSOY.

Lähteenlahti, Y. 2008. Psykoedukaatio psykiatrisessa kuntoutuksessa [viitattu 31.3.2016]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kun00176&p_haku=Psykoedukaatio%20psykiatrisessa%20kuntoutuksessa

Mielenterveysseura. 2016. Stressi kuuluu elämään [viitattu 31.3.2016].

Saatavissa:

<http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/hyvinvointi/stressi-kuuluu-el%C3%A4m%C3%A4%C3%A4n>

Mielenterveystalo. 2016a. Psykoosiopas [viitattu 30.3.2016]. Saatavissa:

<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>

Mielenterveystalo. 2016b. Psykoedukaatio [viitattu 30.3.2016]. Saatavissa:

<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/oireenhallinta.aspx>

Patja, K. 2010. Tupakkariippuvuus. Päihdelinkki [viitattu 24.4.2016].

Saatavissa:

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/tupakka/tupakkariippuvuus>

Pirkkola, S. & Sohlman, B. (toim.) 2005. Mielenterveysatlas. Helsinki: Stakes 2005.

Päihdelinkki. 2016. Alkoholi. A-klinikkasäätiö [viitattu 13.4.2016].

Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/alkoholi>

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Sharma-Arponen, M. 2010. Psykoosi ja päihteet. Powerpoint-esitys. Päijät-Hämeen keskussairaala psykiatrian osasto 6.

Skitsofrenia. 2015. Duodecim, Käypähoito-suositus [viitattu 25.10.2016]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050>

Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2014. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 11., uudistettu painos, 136 - 220.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tupakoinnin lopettaminen. 2015b [viitattu 15.4.2016]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka/tupakoinnin-lopettaminen>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Verkostokartta. 2016a [viitattu 31.3.2016]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyomenetelmat-ja-valineet/tyovalineet/verkostokartta>

Viertö, S. 2011. Functional limitations and quality of life in schizophrenia and other psychotic disorders. National Institute for Health and Welfare [viitattu: 24.10.2016]. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26233/function.pdf?sequence=1>

Zielasek, J. & Gaebel, W. 2015. Brief reactive psychoses. Teoksessa: Bhugra, D. & Mahli, G. Troublesome Disguises: Managing Challenging Disorders in Psychiatry [viitattu: 26.10.2016.] Saatavissa: https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=IJ1EBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA27&dq=Brief+Reactive+Psychosis&ots=VHqA_jvndb&sig=cdT0cOp1uzCU_-

Ekan5PEbX0a7l&redir_esc=y#v=onepage&q=Brief%20Reactive%20Psychosis&f=false

1. 16.6.2016 klo 14.00–14.45

Alkuinfo, tutustuminen ja sosiaalinen verkosto

2. 23.6.2016 klo 14.00–14.45

Stressi ja sen hallinta

3. 30.6.2016 klo 14.00–14.45

Psykoosit ja Skitsofrenia

4. 7.7.2016 klo 14.00–14.45

Lääkehoito ja muut hoitomuodot

5. 14.7.2016 klo 14.00–14-45

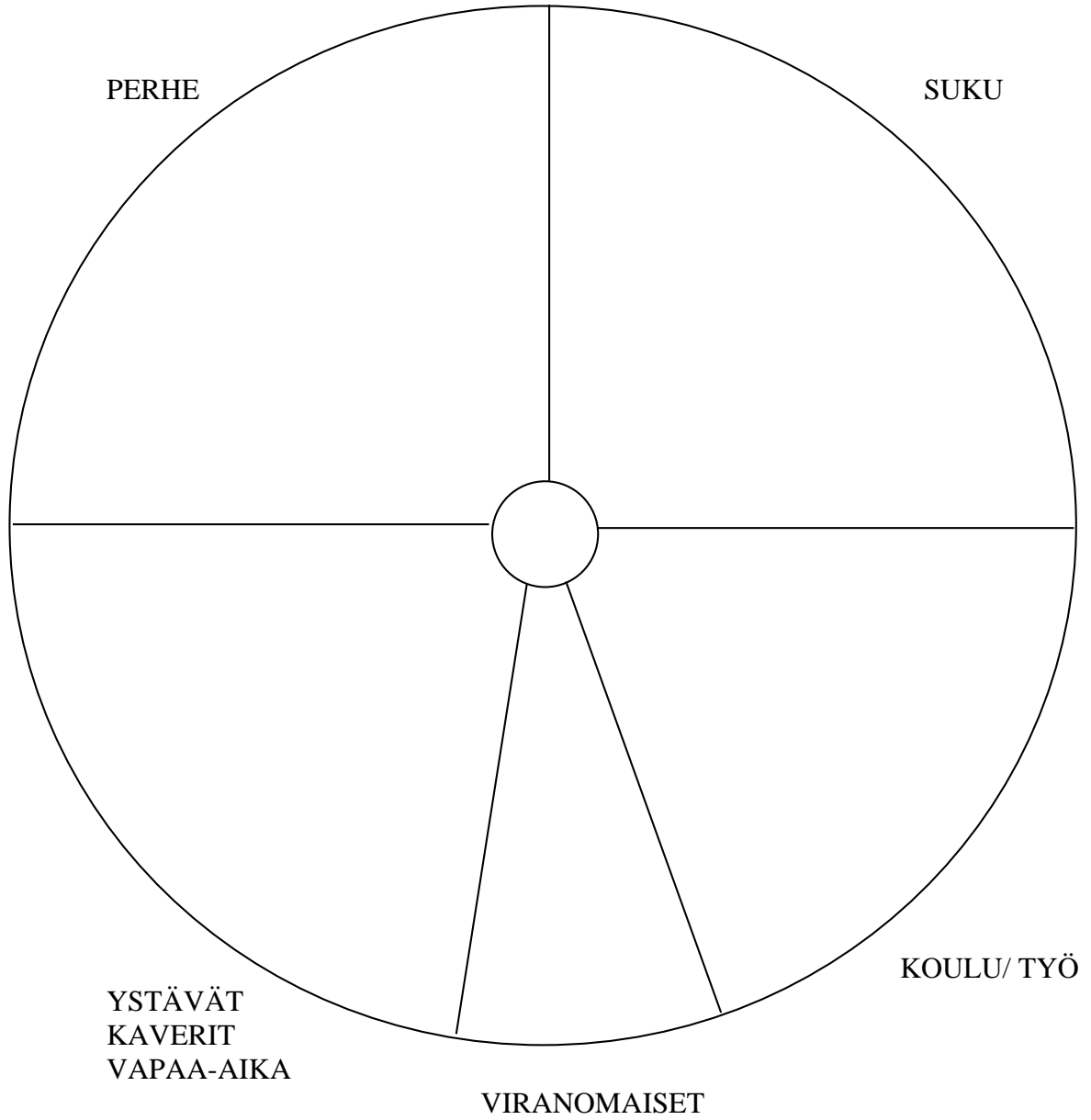
Päihteet

6. 21.7.2016 klo 14.00–14-45

Varo-oireet sekä niiden hallintakeinot

7. 28.7.2016 klo 14.00–14.45

Ryhmän päättyminen ja palaute



○ =nainen

△ = mies

———— = hyvä, kiinteä suhde

----- = hyvä, etäinen suhde

———/——— = epävaka suhde

———/——— = katkennut suhde

←———/———→ = vihamielinen suhde

Tehtävä 1:

Millaiset asiat voivat aiheuttaa stressiä?

Miten stressiä voi vähentää?

Tehtävä 2:

Mitä tiedät sairaudestasi?

Tehtävä 3:

Mitä lääkkeitä käytät?

Mitä haittoja ja hyötyjä lääkityksestäsi on?

Tehtävä 4:

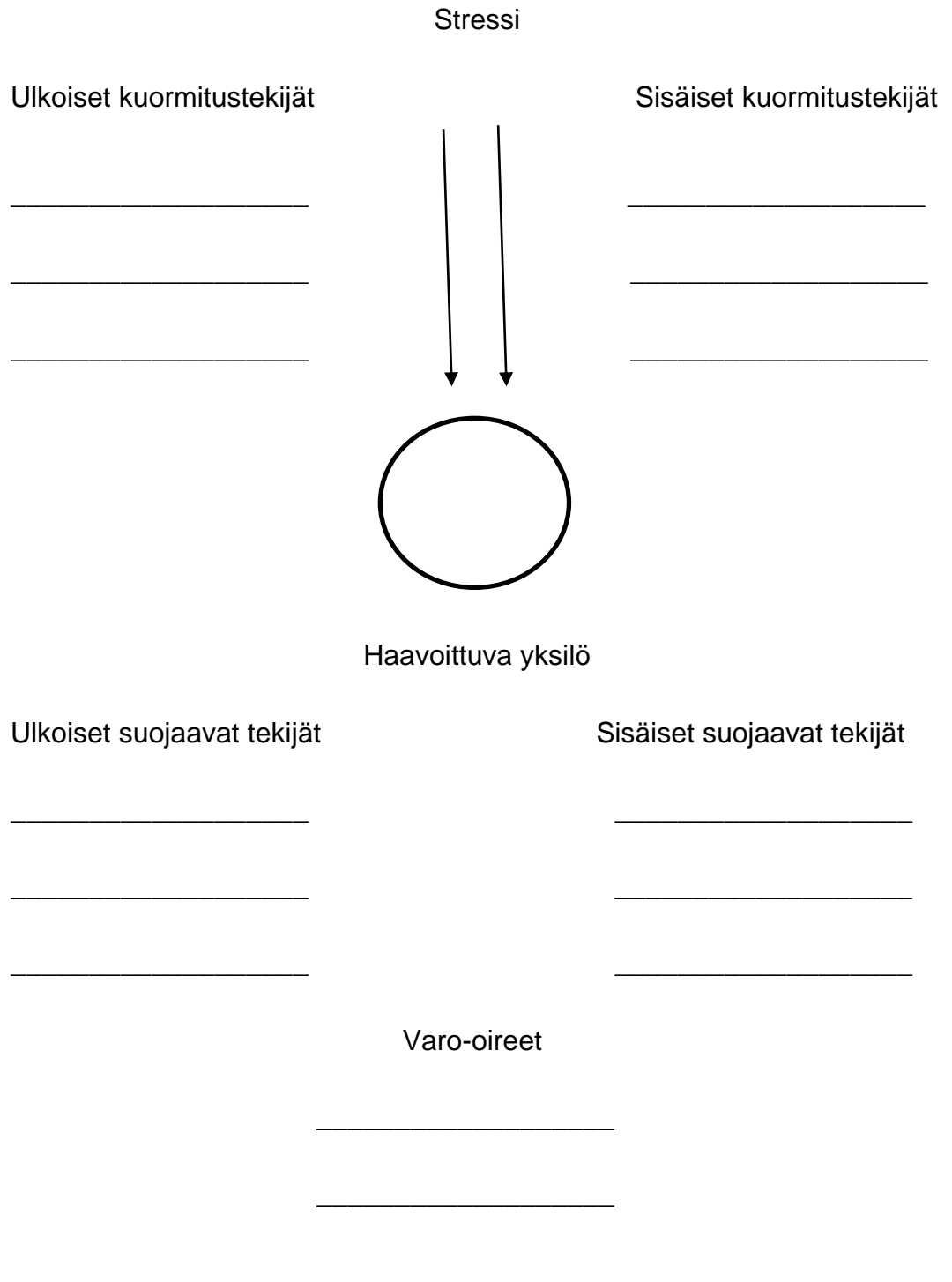
Mitä ovat päihteet?

Mihin päihteet vaikuttavat?

Mitä päihteitä käytät?

Tehtävä 5:

Millanen elämäntilanteesi oli ennen sairastumistasi?



Psykoosi kehittyy, kun stressi ja kuormitus rasittavat psykoosialttiin henkilön sietokykyä ja suojaavia tekijöitä.

Kyllä Ei

Mielialan muutokset		
Mielihyvän kokemisen vaikeus		
Aggressiivisuus		
Epäsosiaalisuus		
Eristäytyneisyys		
Epänormaalit ajatukset ja teot		
Keskittymisen, tarkkaavaisuuden ja muistin muutokset		
Itsetuhoinen käytös		
Erilaiset fyysiset oireet		
Vaikeus ylläpitää ihmissuhteita		
Uneen liittyvät ongelmat		
Väsymys		
Huono motivaatio		
Päihteiden käyttö		

Millaista ryhmässä oli?

Jäikö joku asia epäselväksi? Jos jäi niin mikä?

Mikä oli parasta ryhmässä?

Mitä ryhmässä tulisi jatkossa muuttaa?

Koitko ryhmästä hyötyä?

Mitä hyvää ryhmänvetäjän toiminnassa oli?

Mitä parannettavaa ryhmänvetäjän toiminnassa on?