

Kuntouttavan ryhmätoiminnan kehittäminen –psykoedukaatio työvälineenä

Eija Hyvönen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2014

Sosiaalialan koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) Hyvönen, Eija	Julkaisun laji Toiminnallinen opinnäytetyö	Päivämäärä 09.05.2014
	Sivumäärä 47	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Kuntouttavan ryhmätoiminnan kehittäminen –psykoedukaatio työvälineenä		
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Ketola, Tuija		
Toimeksiantaja(t) Mikeva Oy		
Tiivistelmä <p>Kuntouttavan ryhmätoiminnan kehittäminen -psykoedukaatio työvälineenä on toiminnallinen opinnäytetyö. Se tilajana toimi Mikeva Oy. Tarkoituksena oli kehittää Kanavakodin ryhmätoimintaa kuntoutuksen ja laadun näkökulmasta.</p> <p>Opinnäytetyössä tutkittiin, toimiiko psykologian tohtori Kati Aho-Mustosen (2009) kehittämä skitsofreniapotilaan psykoedukaatiivisen mallin mukainen ryhmätoiminta Kanavakodissa. Skitsofreniaa sairastavan kuntoutujan psykoedukaatio toteutettiin kahdeksan kerran suljettuna ryhmänä. Siihen osallistui neljä kuntoutujaa. Ohjaajina toimi Kanavakodin ohjaaja, sekä vastaava ohjaaja.</p> <p>Kuntoutujien arviot ryhmästä olivat kolmen kuntoutujan arvion mukaan kannustavia, heistä kaksi koki suoranaisesti hyötynneen ryhmästä. Yksi kuntoutuja ei kokenut saaneensa ryhmästä mitään hyötyä, eikä haittaa.</p> <p>Ohjaajien näkökulmasta ryhmä näyttäytyi kuntoutuksessa positiivisena. Jopa kuntoutuja, joka ei omasta mielestä saanut mitään hyötyä ryhmästä, palasi yksilökeskusteluissa ryhmän aiheisiin. Ohjaajien arvion mukaan psykoedukaatio on Kanavakodissa toimiva työväline. Tavoitteena on tulevaisuudessa rakentaa psykoedukaatio ongelmapelaajille, sekä kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsiville.</p> <p>Psykoedukaatio on erittäin toimiva työväline myös muihin Mikeva Oy:n yksiköihin. Sen hyödynnettävyys perustuu selkeään kurssirunkoon sekä muuteltavuuteen juuri siihen yksikköön, missä toimitaan.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Psykoedukaatio, kehittäminen, kuntoutus		
Muut tiedot		



Author(s) Hyvönen, Eija	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 09052014
	Pages 47	Language English
		Permission for web publication (X)
Title The development of rehabilitative group activities, psycho-education as a tool.		
Degree Programme Social Services		
Tutor(s) Ketola, Tuija		
Assigned by Mikeva Oy		
Summary <p>This thesis was a functional thesis and it was assigned by Mikeva Ltd. The purpose was to develop the Kanavakoti group activities from the perspective of rehabilitation and quality. The thesis investigated whether the psycho-educational schizophrenia patients' group activity model developed by Kati Aho-Mustonen, PhD in Psychology, in 2009 could be applied to Kanavakoti.</p> <p>The psycho-education of schizophrenic rehabilitees was carried out eight times in a closed group. It was attended by four rehabilitees. The instructors were the supervisor of Kanavakoti and the supervisor in charge.</p> <p>Three rehabilitees saw this model as motivational, and two of them stated that they had greatly benefitted from the group activities. One rehabilitee estimated that he had neither benefitted nor suffered from the group activities.</p> <p>The supervisors' views of the group were positive. Even the rehabilitee, who had not seen the group beneficial, returned to the group topics while having individual discussions. According to the supervisors, psycho-education was a functional tool for Kanavakoti. The purpose in the future is to use psycho-education with people who have bipolar disorders as well as with obsessive gamblers.</p> <p>Psycho-education is a very effective tool also for the other units of Mikeva. The usability of psycho-education is based on a clear course content. It can also be modified for the particular unit where the activities will be held.</p>		
Keywords Psycho-education, development, rehabilitation		
Other information		

Sisällys

1	Johdanto	2
2	Palvelukoti Väisänen Oy.....	3
2.1	Kanavakodin hoitomuodot	5
3	Psykoedukaatio	6
3.1	Lähtökohdat	7
3.2	Tavoitteet ja toteutus	8
3.3	Kurssi –ohjelma.....	10
4	Psykoedukaation toteutus Kanavakodissa.....	18
4.1	Perustelut psykoedukaation valinnalle.....	18
4.2	Toteutus	20
5	Arviointi.....	25
5.1	Arviointi kuntoutujan näkökulmasta	26
5.2	Arviointi työntekijän näkökulmasta.....	28
5.3	Oma arvioni.....	33
5.4	Kehittämisehdotukset.....	35
6	Johtopäätökset ja pohdinta	36
6.1	Kehittämisprosessi	36
6.2	Pohdinta.....	40
	LÄHTEET	45

Taulukot

Taulukko 1. Alkuarviointi.....	26
Taulukko 2. Loppuarviointi.....	27
Taulukko 3. Toimintaoppimisen prosessi.....	40

1 Johdanto

Nykyajan työelämän vaatimukset edellyttävät jatkuvaa oman osaamisen varmistamista, jonka vuoksi uusien työmenetelmien omaksuminen on välttämätöntä. Työyhteisöillä on kasvava paine kehittää omia toimintamallejaan paremmin vastaamaan sekä asiakkaiden, että työyhteisön tarpeita. Työyhteisön kehittymisen kannalta on tärkeää löytää keinot, joilla sitoutetaan työntekijät kehittämään omaa toimintaansa. Tämän takia olisi tärkeää saada oppimisesta ja erilaisista prosesseista luontevia ja mielekkäitä. Oikein valituilla menetelmillä saadaan työhyvinvointia, laatua sekä vaikuttavuutta parannetuksi.

Esimiehillä ja työyhteisöillä tulee olla yhteinen näkemys uuden menetelmän hyödyllisyydestä ja vaikuttavuudesta. Työelämässä tapahtuvien muutosten myötä johtajien toimenkuva on muuttunut autoritäärisestä johtamisesta työyhteisöä valmentavaan ja osallistavaan johtamistyyliin. Muutosjohtamisen osaaminen on muodostunut ydinosaamiseksi. ”Oppijan tavoitteena työssä oppimisessa on tulla käytännön osaajaksi” (Grönfors, 2010, 17-20).

Opinnäytetyössä toteutan psykologian tohtorin Kati Aho-Mustosen (2009) kehittämän psykoedukatiivisen mallin mukaisesti kurssimuotoisen ryhmätoiminnan. Psykoedukaatiosta ei ole tarkkaa suomenkielistä käännöstä, mutta tässä työssä sillä tarkoitetaan koulutuksellista potilastyötä. Työparinani toimii Kanavakodin ohjaaja. Kyseessä on toiminnallinen opinnäytetyö, jossa arvioin mallin toimivuutta kuntoutujien ja ohjaajien näkökulmasta.

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli arvioida uuden työmenetelmän toimivuutta ja vaikuttavuutta työpaikassani Kanavakodilla. Työni aiheen valitsin siksi, että työyhteisössäni oli jo pitkään etsitty uusia työmuotoja, joiden avulla saadaan kuntoutujien elämänlaatu kohenemaan sekä saada kehitettyä ryhmätoiminnot

tarkoituksenmukaisemmiksi. Innostuin kyseisestä menetelmästä osallistuttuani aihetta käsittelevään koulutukseen keväällä 2013.

2 Palvelukoti Väisänen Oy

Palvelukoti Väisänen Oy on vuonna 1989 perustettu sosiaalialan asumispalveluja tuottava yksikkö. Kanavakodin omistaa Palvelukoti Väisänen Oy ja se on Mikeva Oy:n tytäryhtiö. Yritys on yksityinen sosiaalialan yritys, joka tuottaa kuntouttavaa asumispalvelua mielenterveysongelmista kärsiville ihmisille. Psykkisten ongelmien lisäksi osalla kuntoutujista on jokin riippuvuus, mm. läheis-, päihde- tai peliriippuvuus. (Kanavakoti 2014, 2)

Kanavakoti tuottaa 12 h kuntouttavaa palveluasumista. Eräs keskeisimmistä hoitomuodoista ovat erilaisilla teemoilla toimivat ryhmät. Toiminnan alkaessa 10.5.2012 Kanavakodilla toimi kaksi ryhmää päivässä, toinen ryhmistä oli keskusteluryhmä, toinen toiminnallinen ryhmä. Näin toimittiin puolitoista vuotta, jolloin työyhteisössä huomattiin, että ryhmätoiminnot olivat jäsentymättömiä ja sekavia.

Kanavakodin ryhmätoimintojen kehittämisprojekti on toimijoiden itsensä määrittelemä. Projektin tavoitteet on kehitetty yhdessä koko työyhteisön kanssa. Kuntoutujien lähtökohdasta psykoedukaatio on hyväksytty skitsofreniaa sairastavien Käypähoito suosituksiin (Duodecim n.d). Asiantuntijat ovat todenneet sen palvelevan skitsofreniaa sairastavien hoito ja kuntoutumista. Toiminnan tavoitteena on laadukas mielenterveystyö. Opinnäytetyöni osalta päätepisteenä on psykoedukaation kokeileminen skitsofreniaa sairastaville ryhmätoimintona ja siitä saamieni tulosten perusteella pohtia Kanavakodin asukkaiden ryhmien kehittämistä paremmin kuntoutujien tarpeita vastaavaksi.

Vuodenvaihteessa 2011 - 2012 Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä tuli toive, että palvelukodit profiloituisivat johonkin osaamisalueeseen. Siihen saakka Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella toimineet palvelukodit tarjosivat palveluja samalla konseptilla, muutamaa poikkeusta lukuunottamatta. Sairaanhoitopiirillä oli tavoitteena saada palvelukodit erikoistumaan omaan osaamisalueeseensa ja sitä kautta parantaa kuntoutujan sijoittumista juuri sellaiseen palvelukotiin, mikä vastaisi hänen tarpeitaan.

Edellä mainitusta syystä Mikevassa katsottiin tarpeelliseksi ja tarkoituksenmukaiseksi muuttaa Kanavakodin toiminta ympärivuorokautisesta 24/7 hoivasta 12h palvelukodiksi. Mikevalla oli Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella Ruuhikoti Lievestuoreella, joka tarjosi 24/7 hoivaa mielenterveys- ja päihdekuntoutujille, joten näillä muutoksilla Mikeva pystyi tarjoamaan portaittaista kuntoutusta.

Kanavakodin uudenlainen toiminta aloitettiin toukokuussa 2012. Henkilökunta oli tätä ennen valikoitunut Kanavakodin kehittämistyöhön motivoituneista henkilöistä. He olivat maallaneet yhteisen mielikuvan täydellisestä palvelukodista, minkä perusteella toimintaa alettiin kehittää ja rakentamaan kokonaisvaltaista kuntoutuksen tuotetta.

Tätä opinnäytteen kehitystyötä on edeltänyt henkilökunnan osaamisen tunnistaminen ja henkilökohtaista osaamista täydentävät koulutukset. Näitä ovat olleet psykiatrisen hoidon erikoisammattitutkinto, päihdetyön koulutus, motivoivan haastattelun koulutus, depressiokoulu työpaikan sisäisenä koulutuksena, sekä ongelmapelaamiseen liittyvä koulutus. Kanavakodissa on kehitetty myös kurssimuotoinen ”Kotia kohti” – ryhmä, sekä saattaen kotiin ajatuksella toteutettava kotikuntoutus. Tällä hetkellä Kanavakodin henkilökuntaan kuuluu kuusi ohjaajaa, koulutukseltaan sairaanhoitaja ja lähihoitajia, yhteisöpedagogi, sekä vastaavana ohjaajana toimiva sosiaalialan ohjaaja.

2.1 Kanavakodin hoitomuodot

Kanavakodin hoitomuodot kehittyneet ensimmäisen 1,5 vuoden aikana ja ne on avattu toimintakertomuksessa vuodelle 2014. Ne sisältyvät myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kanssa laadittuun palvelusopimukseen. Kuntoutujaa hoitavat elementit koostuvat kuntoutussuunnitelmasta, yksilökeskusteluista, yhteisohoidosta, terapeuttisesta toiminnasta, työtoiminnasta sekä hoitokontaktista psykiatriselle poliklinikalle.

Kuntoutussuunnitelma laaditaan kolmen kuukauden välein, yhdessä kuntoutujan, omaohjaajan, omaisen ja hoitavan tahon kanssa. Se auttaa hahmottamaan omaa elämää kokonaisvaltaisesti ja samalla auttaa näkemään kuntoutumisessa tapahtuneet pienet askeleet. Kuntoutuksessa tapahtuvan notkahduksen hetkellä voi palata esimerkiksi vanhoihin kuntoutussuunnitelmiin ja ohjata kuntoutujaa huomaamaan millainen kuntoutujan lähtötilanne on ollut.

Kuntoutuja ja omaohjaaja käyvät säännöllisesti yksilökeskusteluja. Aiheita ovat muun muassa ajankohtaiset asiat kuntoutumisessa, tunteista, sairaudesta ynnä muista asioista. Sellaisten kuntoutujien kanssa jotka eivät pysty osallistumaan ryhmiin, käydään yksilökeskusteluna esimerkiksi depressiokoulua. Yksilökeskustelun tavoitteena on motivoida, voimaannuttaa ja tukea kuntoutujaa.

Kanavakodissa on yhteisohoidon elementtejä, mutta aivan puhtaasti yhteisöhoito ei toteudu. Palvelukodissa ei esimerkiksi viedä sääntörikkomuksia yhteisön käsiteltäväksi. Yhteisohoidon elementtejä Kanavakodissa on yhteisökokoukset kerran viikossa ja yhteisön vastualueet.

Palvelukodissa terapeuttista toimintaa ovat esimerkiksi puutarhan hoito, hevosten hoitaminen (viereisellä talilla, ei omia hevosia), urheilu, kädentaidot, ruoan laitto ja mahdollisimman paljon talon ulkopuolella tapahtuvat harrastukset.

Työtoiminta järjestetään viereisessä Puustellin työkylässä. Hoitopalaverissa määritellään kuntoutujan ja hoitoverkoston kanssa yhdessä, milloin kuntoutuminen on siinä tilanteessa, että työtoiminnan järjestäminen on ajankohtaista ja palvelee kuntoutujaa. Puustellin työtoiminta räätälöidään kuntoutujan tarpeiden mukaisesti esimerkiksi käsityö, puutyö, keittiö tai kiinteistöalan töistä.

Kaikilla Kanavakodin asukkailla on hoitokontakti psykiatriselle poliklinikalle. Varsinaista terapiaa ei ole tällä hetkellä kenelläkään, mutta säännölliset yksilökeskustelut hoitajan ja lääkärin kanssa. Kanavakodissa järjestetään kaksi ryhmää päivässä, joista toinen on toiminnallinen ryhmä ja toinen keskusteluryhmä. Keskusteluryhmä on suljettu ryhmä tietyille kuntoutujille, joten jokaisella kuntoutujalla ei ole joka päivä keskusteluryhmää.

3 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio – termille ei ole suomen kielessä tarkkaa käännöstä, mutta edukaatio voidaan käsittää tarkoittamaan kasvatusta, koulutusta, opetusta, sivistystä tai kasvatusoppia (Hentinen, Iija & Mattila 2009, 151). Useissa teoksissa sillä tarkoitetaan koulutuksellista perhetyötä, mutta tässä opinnäytetyössä sillä tarkoitetaan koulutuksellista potilastyötä. Se on strateginen työkalu potilaan hoidossa, potilaan oman aktiivisen toimijuuden lisäämiseksi ja kuntoutusta edistäväksi. Se on suunniteltu vaikeasti sairaille, matalan kynnyksen ryhmäksi, eikä vaadi erityistä terapiakoulutusta. Ohjaajalta se vaatii inhimillisyyttä ja tietoa skitsofreniasta. Psykoedukaatiossa on elementtejä kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta ja supportiivisesta psykoterapiasta. Sitä käytetään kiinteänä osana skitsofrenian psykososiaalisen hoidon interventiomuodoissa. (Aho-Mustonen 2013.)

3.1 Lähtökohdat

Psykoedukaatiossa kuntoutujalle pyritään välittämään perusviestinä, että skitsofreeniset psykoosit syntyvät, kun biologiset tekijät yhdistyvät psykososiaaliseen stressiin. Tästä syystä sitä pitää hoitaa psykososiaalisin menetelmin ja lääkehoidon avulla. Kuntoutujan voimaannuttaminen ja toivon antaminen on myös hyvin tärkeä viesti. Tietoa tulisi pystyä antamaan siten, että se mahdollistaisi yksilöllisten sairauskokemuksia selittävien mallien syntymisen. Kuntoutujat jakavat toisilleen myös virheellistä tietoa, siksi on tärkeää kertoa oikeaa tietoa ja keskustella, kuinka se näkyy juuri sen kuntoutujan elämässä. Jokaisella skitsofrenia näyttäytyy erilaisena. (Aho-Mustonen 2013.)

Psykoedukatiivisen mallin taustalla on näkemys psykoosin yhteydestä stressiin ja haavoittuvuuteen, joka liittyy psykoedukaation ja stressi-haavoittuvuusmallin toisiinsa. Stressi-haavoittuvuusmalli psykoosia selittävänä tekijänä tarkoittaa yksilön biologista alttiutta sairastua psykoosiin ympäristön aiheuttaman stressin vuorovaikutuksena. Perimmäistä syytä alttiudelle ei vielä tunneta, sen arvellaan liittyvän keskushermoston varhaiseen kehityshäiriöön. Sen mukaan psykoosialttiilla henkilöllä olisi paljon viallisia yhteyksiä, jonka seurauksena keskushermosto olisi altis stressille, eikä siitä syystä pystyisi tulkitsemaan tietoa normaalisti. (Hentinen, Iija, Mattila 2009, 154.)

Yhteinen ymmärrys tutkijoilla on, ettei sairastumiseen tunneta vielä yhtä ainuttakaan syytä. Henkilön biologiset ja henkilökohtaiset ominaisuudet, elämäkokemus ja ympäristön vaikutus ovat syitä, joihin sairastumisen uskotaan perustuvan. ”Joillain ihmisillä on siis alttiutta, erityinen haavoittuvuus reagoida voimakkaaseen tai pitkittyneeseen stressiin sairastumalla psyykkisesti” (Hentinen ym. 2009, 154.)

Psykoedukaation hyödyllisyydestä ja haitallisuudesta on tehty tutkimuksia ja kirjallisuuskatsauksia, mm. Xia, Merinder, Belgamwar: Psychoeducation for

schizophreni, 2011, jossa todettiin psykoedukaation vähentävän lääkevastaisuutta ja pienentävän uusiutunutta sairaalahoidon tarvetta. Lincoln, Wilhelm, Nestoriuc: Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders, kirjallisuuskatsaus 2007, jossa todetaan psykoedukaatiolla olevan hoidon jälkeiseen sairastuvuusriskiin suuri vaikutus, mutta ei sairaudesta saatuun tietoon. Kirjallisuuskatsauksissa todetaan psykoedukaation tehon olleen paras silloin, kun omaiset on saatu mukaan psykoedukaatioryhmään. (Käypähoito n.d.). Aho-Mustonen on puolestaan tutkinut Owens, DG. Cunningham ym. (2001) tutkimuksia psykoedukaation hyödyllisyydestä ja haitallisuudesta on todeten haitallisuuden liittyvän siihen, että psykoedukaatio paransi potilaiden sairautentuntoa, mutta altisti potilaan lisääntyville itsetuhoisille ajatuksille. Tässä tutkimuksessa interventio tarkoitti 15 minuutin videota, jossa potilaille annettiin videon jälkeen tietolappu ja potilaat lähetettiin kotia. Tällainen tiedon kanssa yksin jättäminen ei ole psykoedukaation tarkoitus vaan tarkoituksena on nimenomaan keskustella ja tuoda kuntoutujalle kokemus siitä, että hän on oman elämänsä asiantuntija. (Aho-Mustonen, 2013)

"Ei pidä pelätä täyttää katastrofia ja jättää sen takia kokeilematta"

-Kati Aho-Mustonen 20.3.2013-

3.2 Tavoitteet ja toteutus

Skitsofreniaa sairastaville suunnatussa psykoedukaatiossa tavoitteita ovat muun muassa sairautentunnon ja elämänlaadun parantaminen ja tuoda toipumisen näkökulma esille. Skitsofrenian oireisiin liittyy vahvasti sairautentunnottomuus, siksi on tärkeää puhua sairaudesta sillä nimellä, mitä kuntoutuja siitä käyttää. Sillä hetkellä skitsofrenia ei ole välttämättä se nimi. Tärkeää on saada yhteinen ymmärrys, ja kuntoutujalle ymmärrys siitä, että hänellä on psykoosialttius mikä vaatii jatkuvan lääkehoidon. Mikäli sairautentunto on liian vähäinen, voi se johtaa hoitokielteisyyteen. Liian suuri sairautentunto saattaa puolestaan johtaa toivon menettämiseen ja sitä kautta uhata minäkuvaa. (Aho-Mustonen 2013.)

Skitsofreniaa sairastavien elämänlaatua ei ole tutkittu paljoa, mutta kroonista skitsofreniaa sairastavien kuntoutujien depression on todettu olevan vahvasti yhteydessä kokemaansa elämänlaatuun. Mikäli kuntoutujalla on heikko elämänlaatu, sen heikompi on myös kuntoutuksen tavoite. Välittävällä yhteistyöllä on todettu olevan positiivinen yhteys kuntoutujan elämänlaatuun, samoin itsetunnon rakentamisella. (Aho-Mustonen 2013.)

Kolmas psykoedukaation tavoite, toipumisen näkökulma, on oivallinen näkökulma voimaannuttaa kuntoutujaa saamaan oma sairaus hallintaan ja saavuttamaan hänelle tärkeä tavoite. Keskustelun kääntäminen paranemisesta toipumiseen on siinä avainasemassa (Aho-Mustonen 2013). Skitsofreniasta täydellinen toipuminen on harvinaista, mutta valtaosa kuntoutujista oppii tulemaan toimeen oireiden ja herkkyyden kanssa. Kuntoutus ja hoito ovat tärkeitä elementtejä elämänotteen säilymisessä. (Lepola, Koponen, Leinonen, Isohanni, Joukamaa & Hakola 2002, 45.)

Psykoedukaation tehokas toteutus vaatii, että tieto on paikkaansa pitävää (Aho-Mustonen 2013). Ajankohtainen tieto tulisi pystyä antamaan siten, että kuntoutuja pystyy liittämään sen yksilöllisiin kokemuksiinsa (Hentinen ym. 2009, 151). Se tulee olla myös sellaisessa muodossa että kuulija pystyy ymmärtämään sen. Tästä syystä skitsofreniapotilaan psykoedukaation kurssimateriaali sisältää didaktisen (opetuksellisen) tiedon antamisen, diasarjan jolla vahvistetaan puhuttua tietoa ja jaettavan kirjallisen materiaalin. Siinä on myös kurssin aikana tehtäviä kirjallisia tehtäviä. Kuitenkin pääpaino psykoedukaatiossa on vapaissa keskusteluissa. Osallistujille jaetaan myös henkilökohtaiset kansiot, jotta he voivat kerätä saamansa materiaalin ja siihen pystyy palaamaan kurssin jälkeen. Tiedon tulee olla sellaisessa muodossa, että se huomioi ihmisten yksilölliset uskomukset. (Aho-Mustonen 2013.)

Psykoedukaatio toteutetaan suljettuna ryhmänä. Sitä voi toteuttaa myös yksilökeskusteluina, mikäli kuntoutujan vointi tai muut tekijät niin vaativat. Ryhmän etuna on, että siinä koulutusta on mahdollisuus seurata yleisellä tasolla ja olla esimerkiksi ”kuunteluoppilana” jos ei halua osallistua keskusteluun. Siinä on myös

sosiaalinen- ja vertaistuki, kuntoutuja saattaa saada keskusteluissa mm. käytännön ideoita oireiden hallinnassa, sekä tunteen ettei ole sairauden kanssa yksin. Yksi etu ryhmämuotoisessa psykoedukaatiossa on myös taloudellisuus. Haasteista ryhmään puolestaan asettaa ryhmätilanteiden hallinnan ongelmat ja osallistujien psyykinen vointi. Yksilökeskustelun hyötyinä on henkilökohtaisuus, yksilöllisyys ja keinojen räätälöinti, sekä mahdollisuus edetä voinnin ja tilanteen mukaan. (Aho-Mustonen 2013.)

3.3 Kurssi –ohjelma

Skitsofrenia ja selviytyminen – ohjelma on kahdeksan kerran kurssi. Ennen ryhmän aloittamisista haastatellaan kuntoutuja. Hän saa itse päättää, haluaako osallistua kurssille. Mikäli kuntoutuja haluaa lopettaa kesken kurssin, on tärkeää antaa positiivista palautetta, että hän on jaksanut osallistua. Siten häntä voi yrittää saada mukaan seuraavalle kurssille. (Aho-Mustonen 2013.)

Ryhmään osallistuu kerralla 3-8 kuntoutujaa, ajankohta ja paikka olisi hyvä pysyä samana. Yksi ryhmäkerta on noin 45 minuuttia – 1 tunti, riippuen osallistujien voinnista. Ryhmän voi jakaa myös 16 x 30min, riippuen kontekstista. Toteutuskertoja voi olla viikossa 1-2. Mikäli kuntoutujalle tulee poissaolo, olisi asia hyvä käydä läpi yksilökeskusteluna. (Aho-Mustonen 2013.)

Seuraavassa on jokaiselle kokoontumiskerralle oma aihe:

1. Orientaatiokerta ja tutustuminen
2. Mitä tarkoittaa psykoosi ja skitsofrenia?
3. Erilaiset skitsofreniatyypit, skitsofrenian esiintyvyys ja sairastuminen
4. Skitsofrenian syyt ja stressin vaikutus. Psykoosin varomerkit.
5. Skitsofrenian ennuste ja sairauden pysyvät tai toistuvat oireet. Alkoholi ja huumeet.
6. Skitsofrenian lääkehoito.
7. Psykososiaaliset hoitomuodot, sairauden vaiheet ja lakiin liittyvät asiat.
8. Lopetuskerta. Yhteenvetoa.

Skitsofrenia ja selvitytminen –kurssiohjelman manuaali (Aho-Mustonen, 2009) sisältää tarkan kuvauksen ryhmän kulusta, teoriaperusteet, tarvittavan materiaalin ym. Seuraavassa avaan hieman ryhmäkertoja:

Orientaatio ja tutustuminen

Ensimmäisellä kurssikerralla tarkoituksena on ryhmäyttämisen; ryhmän yleinen esittely ja ryhmäläisten esittely.

Tarkoituksena on ensimmäisellä kerralla tutustua, puhua ryhmän tarkoituksesta ja kerätä niitä kysymyksiä jotka ryhmäläisiä askarruttaa. Ryhmäläisille jaetaan kansiot joihin he voivat kerätä materiaalin, mitä kurssin aikana jaetaan. Osallistujille jaetaan myös kurssiohjelma, johon merkitään ryhmäkertojen päivämäärät.

Ryhmän tarkoituksena on antaa kuntoutujalle ajanmukaista tietoa sairaudestaan, sen oireista, hoidosta ja seurauksista, jotta jokainen voisi itse paremmin ymmärtää tilannettaan, osallistua hoitoonsa ja hahmotella tulevaisuuttaan. Tarkoituksena on siis löytää selviytymiskeinoja, parantaa elämänhallinnan ja elämänlaatua, lisäämällä osallistujien ymmärrystä ja tietoutta sairaudestaan.

Avoimet keskustelut tarjoavat ryhmässä merkittävän osan. Niissä ketään ei pakoteta puhumaan tai tekemään sellaista mitä eivät halua. Kuntoutujalla on mahdollisuus kysyä mitä vain diagnoosistaan, hoidostaan, syistä, ennusteista ym. Näin jokaisella on mahdollisuus saada itselleen sellaista tietoa mikä itseään kiinnostaa.

Ensimmäisellä kerralla on tarkoitus laatia ryhmään säännöt. Ne laaditaan kaikkien osallistujien kanssa yhdessä, mutta ohjaaja voi ehdottaa joitain hyväksi kokemiaan sääntöjä. Osallistujille jaetaan myös alkuarviointilomake, sen avulla nähdään kuinka tärkeäksi ryhmäläiset kokevat ryhmän ja vastaako se heidän toiveitaan.

Ryhmän päätteeksi jaetaan paperia jotta osallistujat voivat nimettömänä palauttaa askarruttavia kysymyksiä.

Mitä tarkoittaa psykoosi ja skitsofrenia?

Toisen ryhmäkerran tavoitteena on saada kuntoutujille käsitys skitsofrenia diagnosoista ja psykoosista. Ryhmäkerta aloitetaan toivottamalla tervetulleiksi ja keräämällä kysymyslaput edellisestä kerrasta. Keskustellaan ryhmän nimestä ja tehdään asiasta päätös.

Opetus aloitetaan käymällä läpi mitä skitsofrenia ei ole: tahallista huonoa käytöstä, merkki moraalittomuudesta, rangaistus synneistä, kirous, merkki vähemmän älykkästä ihmisestä, ei tarkoita jakautunutta persoonallisuutta ym. Seuraavaksi kerrotaan *mitä skitsofrenia on: ”monimuotoinen psyykkinen sairaus, jota pidetään aivoperäisenä, keskushermoston kehittymiseen liittyvänä häiriönä ja joka ilmenee mm. ajattelun häiriönä, harhaluuloina, hallusinaatioina, sekä muutoksina tunteissa ja käyttäytymisessä.”* (Aho-Mustonen, 2009). Ajatellaan, että skitsofrenia puhkeaa sisäisen tai ulkoisen stressin vaikutuksesta sille alttiilla henkilöllä. Alttiuteen vaikuttaa useita tekijöitä, perinnöllisiä, sosiaalisia ja biologisia, joten yksittäistä tapahtumaa tai ihmistä ei voi syyttää sairauden puhkeamisesta. Liiallinen alkoholin tai huumeiden käyttö tai keskushermostovamma voivat myös laukaista sairauden sille alttiilla henkilöllä.

Psykoosista keskustellessa kerrotaan sen olevan yläkäsite monille sairauksille. Siihen liittyy todellisuudentajun pettäminen ja harhat. Psykoosissa ihmisen on vaikea erottaa oman mielen tapahtumat ympäristön tapahtumista. Psykoosista voi toipua. Skitsofrenia diagnosoista aletaan puhua psykoosin oireiden kestäneenä 1-6 kuukautta, riippuen määritelmästä.

Toisella ryhmäkerralla keskustellaan myös harhaluuloista ja hallusinaatioista, mitä ne tarkoittavat, sekä keskustellaan ajattelun, tunteiden ja käyttäytymisen vaikeuksista. Lopuksi jaetaan välitehtävä Mitä skitsofrenia on? ja pyydetään täyttämään se seuraavalle ryhmäkerralle. Kuntoutujille jaetaan myös artikkeli, joka käsittelee skitsofreniapotilaiden kokemia oireita, sekä skitsofrenian ominaispiirteitä –paperi ja kirjallisuuslista.

Skitsofreniatyypit, skitsofrenian esiintyvyys ja sairastuminen

Kolmannella kerralla keskustellaan diagnoosin teosta, skitsofreniatyypeistä, esiintyvyydestä ja perinnöllisyydestä.

Ryhmäkerta on tarkoitus aloittaa keskustelemalla edellisellä kerralla jaetusta artikkelista ja kerätä kysymyksiä jos niitä on tullut mieleen lisää. Tämän jälkeen aletaan käsittelemään ryhmäkerran aihetta. Diagnoosin teosta pääsanoma on, ettei skitsofreniaan ole olemassa yhtä ainutta testiä jonka tekemällä saataisiin selville sairastaako ihminen skitsofreniaa vai ei. Diagnoosin tekoa varten tietoa kerätään monesta eri paikasta, potilaalta saatu tieto, lääkärin tutkimukset ja havainnot, omaisten ja viranomaisten havainnot, hoitohenkilökunnan raportit ja psykologiset testit. Diagnoosin tekemisessä erehdytään todella harvoin.

Erilaiset skitsofreniatyyppejä on monia, yleisimpiä kuitenkin paranoidinen skitsofrenia, hebefreeninen skitsofrenia, katatoninen skitsofrenia, erilaistumaton skitsofrenia ja jäännös skitsofrenia. Ryhmäkerralla kerrotaan eri tyyppien yleisimmistä oireista mutta painotetaan, että nykyään ei puhuta enää yhdestä ainoasta sairaudesta vaan ryhmänä sairauksia, koska oireetkin vaihtelevat paljon. Yhdistävänä piirteenä toimii psykoosi.

Tämän kerran yksi teema on skitsofrenian esiintyvyys ja perinnöllisyys. Skitsofreniaan sairastuu yksi ihminen sadasta jossain elämän vaiheessa. Suomen väkimäärällä tämä tarkoittaa 50 000 suomalaista skitsofreniaan sairastunutta. Miehet sairastuvat yleensä 20 – 28 vuotiaana ja naiset 24-32 –vuotiaana. Kuitenkin miehillä ja naisilla on todettu skitsofreniaa yhtä paljon. Mikäli vanhemmista toinen sairastaa skitsofreniaa, on lapsella 10% mahdollisuus sairastua skitsofreniaan. Mikäli molemmilla vanhemmilla on skitsofrenia, kasvaa sairastumisriski 40%. Sisaruksien sairastaessa toisella sisaruksella on 10 - 15 % mahdollisuus sairastua, identtisten kaksosten tilanteessa 30 – 45%. Vaikka sairaudella on periytymistäipumus, ei periytyminen ole millään tavalla itsestään selvää.

Lopuksi jaetaan tehtävä: Kuinka yleistä skitsofrenia on, annetaan skitsofrenia, mielen sairaus-artikkeli, sekä skitsofrenian diagnosointi –lehtinen kansioon liitettäväksi.

Skitsofrenian syyt ja stressin vaikutus. Psykoosin varomerkit.

Neljännellä ryhmäkerralla on tarkoitus puhua eri teorioista skitsofrenian synnystä, stressi-haavoittuvuus –mallista, stressistä ja varomerkeistä.

Aloitetaan ryhmä toivottamalla tervetulleeksi ja keskustelemalla edellisellä kerralla jaetusta artikkelista. Tämän jälkeen siirrytään puhumaan skitsofrenian syistä ja teorioista, joilla syntyä on pyritty selittämään. Geneettisen teorian pohjalta ajatellessa ei enää uskota löydettävän yhtä ainutta geeniä mikä aiheuttaisi skitsofrenia, vaan monien geenien yhteisvaikutus joiden perusteella ihminen voi olla alttiimpi sairastumaan skitsofreniaan. Biokemiallisen teorian, ns.

Dopamiinihypoteesin mukaan skitsofreniaa sairastavalla saattaa olla liian vähäistä tai liian aktiivista dopamiiniaineenvaihduntaa, teoriaa ei kuitenkaan tunneta. Kun tasapaino ei ole kunnossa, tiedonkulku aivoissa häiriintyy ja siitä voi seurata skitsofrenialle tyypillisiä oireita. Lääkityksen teho tukee tätä teoriaa. Lääkityksen tarkoituksena on normalisoida dopamiini-välittäjäaineen toimintaa aivoissa ja siten parantaa ihmisen stressisietokykyä kun aivojen toiminta ei häiriinny niin helposti stressin vaikutuksesta.

Haavoittuvuus-stressi-teorian lähtökohta ajatus on, että joillain ihmisillä on jo syntyessään alttius sairastua skitsofreniaan. Biologinen eroavaisuus muihin nähden viittaa biologisiin tekijöihin, esim. perinnöllisyyteen ja toisaalta vaikeisiin kasvuolosuhteisiin lapsuudessa ja nuoruudessa. Jotta skitsofrenia puhkeaa, täytyy elämään olla liittynyt stressiä. Toiset tarvitsevat sitä enemmän kuin toiset. Psykoosia edeltävät stressitekijät siis ylittävät henkilön sen hetkisen kestokyvyn.

Keskustelussa stressistä tuodaan esille miten psykoosialttiilla ihmisellä stressisietokyky on alhaisempi kuin ihmisellä, jolla alttiutta ei ole. Tämä on tärkeää ymmärtää, koska stressi voi laukaista myös psykoosijakson uusiutumisen.

Skitsofrenian ennuste ja sairauden pysyvät tai toistuvat oireet. Alkoholi ja huumeet.

Viidennellä kerralla keskustellaan skitsofrenian ennusteesta ja käsitellään sairauden pysyviä tai toistuvia oireita, sekä alkoholin ja huumeiden vaikutuksesta skitsofrenian syntyyn ja psykoosien uusiutumisiin.

Skitsofrenian kulkua potilailla pyritään ennustamaan, samoin sairauden tulosta ja toipumismahdollisuuksia. Tauti kulkee yleensä altomaisina, ajoittaisina sairausjaksoina. Sairastuneet voidaan jakaa yleistäen neljään ryhmään taudinkulun perusteella. 1) 22% potilaista, yksi sairastumisjakso, ei uusiudu, toipuminen täydellistä. 2) 35% sairaus uusii epäsäännöllisin väliajoin, sairastumisjaksojen väliillä toipuminen täydellistä, eli psykoosivaiheiden välillä ei ole psykoosioireita. 3) 8% sairaus uusii epäsäännöllisin välein, sairausjaksojen välillä ilmenee jossain määrin pysyviä oireita mutta niiden määrä ei lisääny. 4) 35% sairaus uusii epäsäännöllisin välein ja jaksojen välissä ilmenee jossain määrin pysyviä oireita ja ne myös välillä lisääntyvät ajan mittaan.

Ryhmäläisiä kannustetaan toiveikkuuteen ja kerrotaan että hoitomuodoilla voidaan auttaa selviytymään. Lääkkeiden ottamatta jättäminen kaksinkertaistaa riskin joutua takaisin sairaalaan.

Ryhmässä käydään läpi psykoosin vaikutusta toimintakykyyn. Pysyväksi oireeksi kutsutaan sellaisia oireita, joita ilmenee sairausjaksojen välillä lääkityksestä huolimatta. Yleisimmin ne ovat kuulohallusinaatioita tai epätavallisia ajatuksia. Näistä keskustellaan ryhmässä ja pohditaan kuinka kukin on selviytynyt niistä.

Alkoholi ja huumeet ovat erityisen vaarallisia skitsofreniaa sairastavalle koska ne vaikuttavat keskushermostoon ja niihin aivoissa tietoa välittäviin kemiallisiin aineisiin. Skitsofreniaa sairastavalla ne ovat jo valmiiksi epätasapainossa. Ne saattavat myös pahentaa oireita, lääkkeiden sivuvaikutuksia ym.

Psykoottisia tiloja aiheuttavia huumeita on paljon. Huumepsykoosi ja skitsofrenialle tyypillinen psykoosi saattaa olla vaikea erottaa toisistaan, mutta sairaalahoidossa jäljille päästään huumeiden käytön lopettamisen jälkeen. Käytön aikana voi olla ongelmallista tietää, mikä oireista liittyy mihinkin.

Ryhmän lopuksi jaetaan osallistujille artikkeleita, sekä tehtävämoniste aiheena sairauden hallintakeinot.

Skitsofrenian lääkehoito

Ryhmän aluksi käydään läpi sairauden hallintakeinot –lomake ja kerrotaan seuraavan kahden kerran käsiteltävän hoitoa ja kuntoutusta.

Skitsofreniassa hoidon tavoitteena on poistaa ja lievittää psykooseja, estää uusien syntymistä, sekä parantaa toimintakykyä ja elämänlaatua.

Skitsofrenian hoidossa lääkitystä pidetään ensisijaisena hoitomuotona, niiden tehtävänä on vähentää tai poistaa psykoosijakson uusiutumisen mahdollisuutta. Lääkityksellä pyritään tasapainottamaan aivotoimintaa ja parantamaan ihmisen kykyä kestää stressiä. Muut hoitomuodot tähtäävät elämänhallintaan ja kykyyn välttää stressiä.

Ryhmässä käydään läpi antipsykoottiset lääkkeet eli neuroleptit, keskustellaan ryhmässä olevien lääkityksestä mikäli he haluavat. Keskustellaan myös sivuvaikutuksista ja keinoista vähentää niitä oman toiminnan kautta ja kuinka niiden kanssa voi yrittää tulla toimeen. Käydään läpi myös psykoosin uusiutumisriski lääkityksen kanssa ja ilman lääkitystä. Mikäli vointi kuitenkin heikkenee lääkityksen aikana, johtuu se useimmiten stressistä. Silloin lääkäri voi esim. nostaa lääkitystä väliaikaisesta. Ryhmässä on tärkeää keskustella myös lääkkeiden ottamisesta.

Ryhmän päätteeksi jaetaan kotitehtävä Mitä hyötyä on antipsykoottisten lääkkeiden käytöstä? ja jaetaan artikkeli.

Skitsofrenian psykososiaaliset hoitomuodot, sairauden vaiheet ja lakiin liittyvät asiat.

Ryhmän aluksi keskustellaan viime kerralla jaetusta artikkelista, mikäli joku haluaa. Tämän jälkeen siirrytään ryhmän aiheeseen sairauden eri vaiheet, sekä muut skitsofrenian hoitomuodot lääkehoidon lisäksi. Kati Aho –Mustonen painottaa manuaalissaan että tarkoituksena tutustuttaa potilaat sairauden eri vaiheisiin hyvin

herkästi, opastaa heitä saavuttamaan selviytymiskeinoja, ei masentaa.

Sairaudenkulku etenee yleensä kolmen erilaisen vaiheen kautta. Ei ole kuitenkaan olemassa kahta samanlaista ihmistä eikä sairaudenkulkua. Vaiheet ovat varhainen vaihe, aktiivinen vaihe ja jäännösvaihe. Käydään näihin vaiheisiin liittyvät piirteet läpi ja keskustellaan aiheesta. Seuraavaksi pohditaan eri kuntoutusmuotoja ja miksi niitä tarvitaan.

Kuntoutumisen osa-alueet Aho-Mustosen (2009)manuaalissa ovat kyky selvitä arjen tilanteista ja tehtävistä, kyky olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa, sekä solmia ja ylläpitää ihmissuhteita. Myös kyky ratkaista elämän arkisia ongelmatilanteita ja kyky toimia omassa elinympäristössä ovat tärkeitä. Näiden lisäksi pysyvien oireiden hallinta ja varomerkkien tunnistaminen ja psykoosin uusiutumisen ehkäiseminen kuuluu kuntoutukseen.

Skitsofrenian hoitomuodot lääkehoidon lisäksi ovat

- hoitosuunnitelma ja hoitokeskustelut
- hoitosuhde (omaohjaajakeskustelut)
- yhteisöhoito
- toimintaterapiat
- luovat terapiat
- psykoterapia
- ryhmät

Nämä käsitteet avataan ryhmän aikana ja keskustellaan erilaisista kokemuksista ja mitä kuntoutujat ovat niistä saaneet. Lopuksi käydään läpi mitkä lait toimintaa ohjaa ja mistä saada apua sairaalan ulkopuolella. Materiaaleina jaetaan diat ja artikkeli tehokkaampaa apua skitsofrenian hoitoon.

Lopetuskerta

Viimeisen ryhmäkerta voidaan aloittaa tiedustelemalla, haluaako joku keskustella viime kerran aiheesta. Tarkoituksena on kerrata opittuja asioita ja esittää vielä kysymyksiä, mikäli sellaisia on noussut mieleen. Myös palautteen saaminen on kehittämisen vuoksi tärkeää.

Viimeisellä kerralla kerrataan opittua ja painotetaan vielä että skitsofrenia on sairaus muiden joukossa. Se ei ole itse aiheutettu sairaus ja se saadaan hoitotasapainoon lääkityksellä melko hyvin. Siihen sairastuu myös älyllisiltä kyvyiltään hyvin erilaisia ihmisiä ja se on monen tekijän summa. Siihen liittyy kuormittuminen elämän taitekohdissa.

Viimeisellä kerralla jaetaan vielä artikkeli: Toivoton tapaus kuntoutui tutkijaksi. Siinä kerrotaan skitsofreniasta kuntoutuneesta tutkija Päivi Rissasesta. Tärkeää on saada kuntoutujalle tunne omasta pärjäämisestä ja toivoa tulevaisuuteen. Lopuksi jaetaan osallistumistodistukset ja kiitetään osallistumisesta.

4 Psykoedukaation toteutus Kanavakodissa

Kanavakodin asukkaiden suurin yksittäinen sairaus on skitsofrenia. Tällä hetkellä 14:sta asukkaasta seitsemän sairastaa skitsofreniaa. Skitsofrenian käypähoitosuosituksen mukaan psykoedukaation yhdistäminen muihin hoitomuotoihin, vähentää psykoosien uusiutumista ja tarvetta sairaalahoitoon. Käypähoitosuosituksessa kerrotaan koulutuksellisen terapian kuuluvan jokaisen skitsofreniapotilaan hyvään hoitoon (Duodecim n.d.).

4.1 Perustelut psykoedukaation valinnalle

Psykoedukaatiossa kuntoutujille jaetaan tietoa heidän sairaudestaan ja sen hoidosta. Suuri paino toiminnassa on ryhmällä. Kuullessaan toisten kuntoutujien kokemuksia esimerkiksi harhoista, hän saattaa löytää myös omia keinoja niistä selviytymiseen. Näin vertaistuki toteutuu ja saattaa antaa kuntoutujalle toivoa omasta selviytymisestään. (Aho-Mustonen, 2013.)

Skitsofrenia näyttäytyy jokaisella hieman erilaisena, tästä syystä ryhmän yksi tarkoitus on tuoda esille kuntoutujan henkilökohtainen kokemus sairaudesta, sekä auttaa häntä itseään tunnistamaan alkavan psykoosin varomerkkejä. Myös toimintasuunnitelman laatiminen alkavan psykoosin varalta on tärkeä. (Aho-Mustonen, 2013.)

Psykoedukaatiota on mielestäni tärkeää toteuttaa palvelukodissa kaikkien skitsofreniaa sairastavien mielenterveystuntoutujien kanssa, vaikka he olisivat käyneet ryhmän jo aiemmin. Kerralla vastaan otettavan tiedon määrä on hyvin rajallinen. Kuntoutujan elämäntilanne on saattanut aiemmassa elämänvaiheessa olla myös sellainen, ettei tietoa ole pystynyt ottamaan vastaan. Tieto on saattanut myös muuttua, koska skitsofrenian syntyä ei tunneta kunnolla vieläkään ja sitä tutkitaan paljon. Toinen syy on, että uudessa hoitopaikassa ei välttämättä tiedetä mitkä tiedot hän on edellisessä hoitopaikassa saanut.

1980 – luvun mielenterveyspotilaan hoidossa ei välttämättä kuunneltu potilaan tahtoa, vaan annettiin lääkkeitä esimerkiksi jugurttiin sotkettuna, tästä syystä hän ei välttämättä hyväksy lääkitystään vielä tänäkään päivänä. Nykyään laki potilaan itsemääräämisoikeudesta on kunnioitettu ja käytännössä toteutuva laki. Jotta mielenterveystuntoutuja voi tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä, on hänen omattava tietyt tiedot. Kuntoutujaa on hyvin vaikea motivoida esimerkiksi klotsapiini lääkitykseen, jos hänen kokemuksensa lääkkeestä on kuolan valuminen suusta ympäri vuorokauden, verikokeet kerran kuussa, painonnousu ja pakkoliikkeet. Kun hänelle kerrotaan psykoedukaatiossa, mitä hyötyä lääkityksestä on, eli psykoosijaksojen pysyminen pois tai jos jakso kuitenkin tulee, sen lyhentymisen ja helpottumisen, hänen sitoutuneisuutensa lääkehoitoon saattaa kasvaa. Kuntoutuja tekee kuitenkin itse päätöksensä. Vaikka hänen päätöksensä olisi kieltäytyä lääkähoidosta, on se silti jollain tasolla tietoinen päätös. Hän on tietoinen siihen

liittyvistä riskeistä ja lääkärin mahdollisuudesta puuttua siihen. Tilannetta kuitenkin vaikeuttaa, että skitsofrenian oireisiin kuuluu sairaudentunnottomuus.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittää potilaan itsemääräämisoikeuden seuraavalla tavalla: Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (L 17.8.1992/785.)

4.2 Toteutus

Toteutimme psykoedukaatio ryhmän kahdeksan kerran suljettuna ryhmänä. Ryhmän kokoonpano säilyi siis samana koko kuukauden ajan. Ryhmässä kuntoutujille annettiin tietoa, käytettiin erilaisia kyselylomakkeita ja vapaita keskusteluja. Ryhmässä jaettiin myös kirjallisia tehtäviä ja materiaalia jokaisen omaan kansioon, mihin pystyy palaamaan jälkikäteen. Sovimme työparin kanssa ryhmän kestävän 45 minuuttia, koska osallistujista ainakin yhdellä vaikeuksia keskittyä pidemmän aikaa.

Ensimmäinen ryhmäkerta 19.11.2013 klo 14.30 – 15.15

Ensimmäisen kerran tavoitteena oli ryhmäytyminen. Esittelimme itsemme vaikka olimme toisillemme tuttuja. Saimme hieman toisenlaista näkökantaa toisiimme, kun jokainen kertoi lähellä sydäntä olevan asian. Kävimme läpi miksi tällainen ryhmä on järjestetty, mitkä ovat ryhmän tavoitteet ja teimme yhdessä ryhmälle säännöt. Ryhmän nimeksi päätettiin Toipilaat sankarit.

Toipilaat sankarit ryhmän säännöiksi muodostui luottamuksellinen ilmapiiri, kaikki mitä ryhmässä puhutaan, jää ryhmään. Ryhmässä annetaan kaikkien puhua ja arvostetaan toisten mielipiteitä. Vaikka ryhmässä kerrottaisiin kuinka hulluja juttuja,

kenelläkään ei ole lupaa nauraa toiselle, sekä kunnioitetaan kaikkia ryhmän jäseniä olemalla ajoissa paikalla. Lopuksi jaettiin välitehtävä ja alkuarviointilomake.

Ryhmän jälkeen pyysin työpariani täyttämään palautekyselyn. Aiheena oli kokemuksellisen toiminnan kautta oppiminen. Työparini koki olevansa motivoitunut ryhmän ohjaamiseen ja ryhmädynamiikan sekä ryhmän motivaation havainnoimiseen. Työparini koki hallitsevansa tiedollisen taustan ja osaavansa soveltaa sitä ryhmän tarpeisiin. Työpari koki että jokainen haki oman paikkansa ryhmässä. Positiivisena ajatuksena hän näki kahden kuntoutujan aktiivisuuden. Negatiivisia tunteita herätti hänen oman roolinsa sijoittuminen ryhmään. Seuraavalle kerralle työparini toivoi osaavansa tarttua asioihin ja puhuvan enemmän. Uusia ajatuksia seuraavalle ryhmäkerralle heräsi tilan suhteen kuntoutujien toiveesta. Jatkossa emme voi olla yläkerrassa. Seuraavalle kerralle jäi myös ajatus luottamuksellisuudesta muistuttamisesta, sekä ajoissa paikalle saapumisesta.

Työparillani oli hieman pelkoja ensimmäistä ryhmäkertaa kohtaan, kuten tulisivatko kaikki paikalle tai poistuisivatko kuntoutujat kesken ryhmän. Näin ei käynyt, ryhmä toteutui hyvin ja siitä tuli kuntoutujilta positiivista palautetta.

Toinen ryhmäkerta 20.11. klo 14.30 – 15.15

Toinen ryhmäistunto järjestettiin viriketiloissa. Osallistujat tulivat ajoissa kansiot mukanaan ja hyvin innostuneesti. Ryhmäaiheena oli mitä tarkoittaa psykoosi ja skitsofrenia? Osallistujat keskustelivat aiheesta aktiivisesti kertoen omia kokemuksiaan. 45 minuutin aika loppui ja kolme asukasta puhuivat vielä. Yksi asukas koki, ettei pysty keskittymään enempää ja hänelle annettiin lupa poistua. Kun kaikki olivat saaneet käyttää puheenvuorot loppuun, lopetimme ryhmän. Kuntoutujat kokivat ryhmäkerran hyväksi, asia oli sellaista minkä kanssa elävät päivittäin.

Ohjaajan kokemus ryhmästä oli yhtenevä ensimmäisen kerran kanssa. Hän koki olleensa motivoitunut ja hallitsevansa asiasisällön. Häntä harmitti, ettei osannut omasta mielestään tuoda osaamistaan tarpeeksi ryhmään. Seuraavaa kertaa ajatellen

sovimme, että ohjaajaparini puhuu jumittumisesta. Hän on omaohjaajana työskennellyt asian kanssa paljon.

Positiivisia tunteita ryhmässä herätti kuntoutujien huomaavaisuus toisiaan kohtaan. He käyttivät puheen vuoroja lähes saman verran, kun yksi koki puhuvansa liikaa, hän sanoi vieressä istuvalle, että nyt on sinun vuorosi puhua. Muutenkin ryhmähenki oli erittäin hyvä ja lämminhenkinen.

Kolmas ryhmäkerta 25.11 klo 9.00 – 09.45

Kolmas ryhmä oli aamulla. Kuntoutujat olivat jotenkin unisia sen suhteen eikä keskustelu ollut aluksi kovin luontevaa. Aiheena ryhmässä oli erilaiset skitsofreniatyypit, skitsofrenian esiintyvyys ja sairastuminen. Alkuopetuksen jälkeen kuntoutujat heräsivät keskustelemaan, mitä skitsofreniatyyppiä ryhmään osallistuvat kuntoutujat sairastivat. He kertoivat hyvin tarkasti, miten kokevat sairauden elämässään.

Työparini koki olevan motivoitunut ryhmänohjaukseen ja ryhmään. Hän koki sen tärkeänä osana työtään. Hän koki, että olisi parempi antaa ryhmän alussa asukkaille selkeä informaatio päivän eri aiheista kokonaisuudessaan, jotta sen jälkeen olisi enemmän keskusteluaikaa. Positiivisia tunteita hänessä herätti se että oli keskustellut kuntoutujien kanssa tilanteeseen jumittumisesta. Hän toivoi seuraavalle ryhmäkerralle, että minä ohjaajana sovittaisin roolini paremmin yhteen hänen roolinsa kanssa ja ohjaajien välillä olisi vahvempi luottamus.

Neljäs ryhmäkerta 2.12. klo 14.30 – 15.15

Neljännellä ryhmäkerralla aiheena olivat skitsofrenian syyt ja stressin vaikutus, sekä psykoosin varomerkit. Ryhmä oli hyvin puhelias ja keskittynyt aiheeseen. Kuntoutujat pystyivät tunnistamaan hyvin heidän elämänsä stressitekijät sairastumista edeltävänä tekijänä.

Ohjaajaparini koki olevansa motivoitunut ryhmään ja hallitsevansa tiedollisen osaamisen. Palautteessa hän toivoi kuntoutujilta enemmän panostamista kotitehtäviin. Ryhmä herätti hänessä positiivisia ja negatiivisia tunteita. Positiivisia

tunteita sai aikaan kuntoutujien luottamus ohjaajiin ja toisiinsa. He uskalsivat heittäytyä rohkeasti kertomaan elämäntarinoita. He kertoivat avoimesti myös sairastumista edeltävistä vaiheista. Haastavana ohjaajaparini koki rajaamistilanteet, esimerkiksi kuntoutujan puhussa toisen päälle. Seuraavalle ryhmäkerralle hän toivoo roolien vielä selkeämpää yhteensovittamista.

Viides ryhmäkerta 10.12. klo 14.30 – 15.15

Ryhmä kokoontui sovitusti, mutta joutui vaihtamaan paikkaa ryhmäläisen tapaturman vuoksi. Käsittelimme skitsofrenian ennustetta ja sairauden pysyviä oireita. Sivusimme myös alkoholia ja huumeita. Keskustellessa sairaudenkulusta, kuntoutujat löysivät helposti, mihin ryhmään kuuluivat. Pysyvistä oireista saatiin myös hyvää keskustelua, kuntoutujat kertoivat omakohtaisia kokemuksiaan minkä keinon ovat kokeneen auttavan heitä. Myös alkoholi ja huumeet aiheuttivat keskustelua. Ryhmässä osa ei kokenut skitsofrenian ja huumeiden välillä olevan yhteyttä millään asteella, tutkimuksista huolimatta. Keskustelimme vielä huumausainepsykoosin ja skitsofrenian oireista.

Ohjaajan kokemuksen mukaan ryhmä oli hyvin esivalmisteltu, materiaalit oli monistettu ja hän oli syventynyt aiheeseen. Positiivisia tunteita ryhmästä ohjaajaparillani aiheutti, että tällä kerralla ohjaajat vaihtelivat enemmän puhevastuuta. Molemmat ottivat vastuun ryhmän toiminnasta. Palautteessaan pari koki myös ryhmän aktiivisuuden herättävän positiivisia tunteita, samoin ryhmän sisällä vallitsevan huumorin. Negatiivisena hän koki ajan rajallisuuden, 45 minuutin ajalle käsiteltävää tietoa oli liikaa. Toisaalta ryhmäläiset eivät pysty pidempään keskittymään aiheeseen.

Kuudes ryhmäkerta 12.12 klo 09.00 – 09.45

Tämän ryhmäkerran aiheena oli skitsofrenian lääkehoito. Ryhmän aluksi kävimme edellisen kerran artikkelin läpi, se ei aiheuttanut kovin suurta keskustelua. Kuntoutujat kokivat että lääkityksiasiaa on käyty paljon läpi mm. dosetin jaon yhteydessä ja heillä oli asiasta jo valmiiksi paljon tietoa. Eniten keskustelua aiheutti

Leponex – lääkitys. Siitä oli kolmella neljästä kokemusta. Kuntoutujat pitivät siihen liittyviä laboratoriokokeita raskaina, mutta totesivat hyödyn olevan suurempi. Lääkehoidon hyödyksi he kokivat sen, että ovat pärjänneet 12 h palvelukodissa ja muutto itsenäiseen asumiseen saattaa olla joskus mahdollista.

Ryhmän aihe oli hyvin tuttu myös ohjaajalle. Hän koki, ettei aiheeseen tarvinnut etukäteispanostusta paljoa ja aiheesta puhuminen tuntui luontevalta. Tällä ryhmäkerralla ei tullut suuria oivalluksia tai pettymyksiäkään. Positiivisena ohjaaja koki kuntoutujien aktiivisen keskustelun ja aiheeseen tempautumisen. Samoin ohjaajaparin luonteva roolijako synnytti positiivisia tunteita.

Seitsemäs ryhmä 16.12. klo 14.30 – 15.15

Tällä kerralla ryhmän aiheena olivat skitsofrenian psykososiaaliset hoitomuodot, sairauden vaiheet ja lakiin liittyvät asiat. Edellisellä kerralla jaetusta artikkelista kukaan ei halunnut sen enempää keskustella ja siirryimme ryhmän aiheeseen. Keskustelimme sairauden vaiheista, kuntoutujat kertoivat mielellään miten heidän vaiheet näyttäytyivät ja tuntuivat. Jatkoimme keskustelua muista hoitomuodoista. Avasimme jokaisen kuntoutusmuodon ja keskustelimme niistä. Siitä syntyi hyvin innokasta keskustelua, kuntoutujat kokivat hyväksi kuntoutukseksi mm. yksilökeskustelut, työtoiminnan ja psykiatrisen hoitokontaktin. Yhteisöhoito ja siihen mm. liittyvät yhteisön vastuualueet ja siivous eivät saaneet kannatusta hoitomuotona. He kokivat sen ohjaajien laiskuutena siivoukselle, samoin säästötoimena. Tämä herätti hyvää keskustelua miksi näitä tehdään. Ei ”ajan tappamiseksi” tai ohjaajien laiskuuden vuoksi vaan, että asukas löytäisi itsestään uusia voimavaroja ja saisi päihteistä / pelaamisesta vapautuvalle ajalle muuta mielihyvää antavaa toimintaa, jotta retkahduksen todennäköisyys pienenesi.

Kuntoutujat pohtivat millaisia hoitomuotoja he ovat käyttäneet. Tehtävä oli heille vaikea. Kun he pääsivät asiaan kiinni, niin heiltä nousi jopa uusia, innovatiivisia kuntoutusmuotoja. Keskustelu avasi heidät pohtimaan myös Kanavakodin toimintaa, ja miettimään miksi palvelukodissa toimitaan tietyllä tavalla. Tämä oli hyvää pohdintaa ja antoi perusteita myös sille, miksi tietyt asiat ovat tärkeitä.

Ohjaaja koki ryhmän aiheuttaneen positiivisia tunteita siitä, että kuntoutujat innostuivat pohtimaan. Heidän mielenkiinto omaa kuntoutumista kohtaan kasvoi silminnähden. Haastavana hän koki yhden asukkaan, joka halusi puhua juomisaikaisista ahdistavista kokemuksista ja häntä piti rajata ryhmän aikana useasti. Tämä ryhmäkerta toi ohjaajalle uskoa omaan työhönsä.

Lopetuskerta 17.12. klo 14.30 – 15.15

Viimeisellä kerralla asukkaat saivat todistuksen osallistumisestaan ja keskusteltiin ryhmän tarkoituksesta ja hyödyllisyydestä. Kuntoutujat kokivat, ettei aivan uutta tietoa ole juurikaan saaneet, mutta kokivat silti hyötyvänsä. Heidän kommentteja oli mm; kiva jutella sairaudesta sellaisten kanssa jotka ymmärtävät (vertaistuki), ovat saaneet käytännön apua psykoosin tunnistamiseen, heillä on ylpeä olo itsestään, että ovat jaksaneet kahdeksan kertaa olla ryhmässä 45 min. Yksi koki, ettei minkäänlaista hyötyä, osallistui koska pyydettiin mukaan ryhmään. Hänelle kerrottiin, että hänen osallistumisensa ryhmään on silti ollut tärkeää, hänen käyttämistään puheenvuoroista on saattanut hyötyä joku toinen.

Ohjaaja piti viimeisen kerran kahvittelua ja rennompaa yhdessäoloa mukavana ympäristönä kerrata opittua ja koettua. Aiemmilla kerroilla käsiteltävää asiaa oli ollut niin paljon, että ohjaaja koki aikatauluttoman kerran täydentävän kurssia ja myös kuntoutujien oli helpompi tuoda ajatuksiaan esille. Tämä ryhmäkerta herätti pelkästään positiivisia tunteita.

5 Arviointi

Arvioin psykoedukaatio –prosessia aktiivisen osallistuvan havainnoinnin avulla. Siinä tutkija toimii aktiivisena toimijana esimerkiksi kehittämisprosessissa ja havainnoi toisten käyttäytymistä. Havainnointi ei rajoitu pelkästään puhuttuun kommunikaatioon, vaan siinä havainnoidaan myös ilmeitä, eleitä ja liikkeitä. Reflektointi puolestaan tapahtui päiväkirjan avulla. Reflektointi tarkoittaa oman

toiminnan kriittistä tarkasteltua. Se ei saa keskittyä projektin loppuun, vaan sitä olisi tapahduttava aina (Saarinen-Kauppinen ja Puusniekka 2006.). Arviointi perustuu myös kuntoutujille ja työparille jaettuun kyselylomakkeeseen.

5.1 Arviointi kuntoutujan näkökulmasta

Kuntoutujille jaettiin kurssin alussa ja lopussa kyselylomake. Ne olivat valmiina Aho-Mustosen (2009) laatimassa psykoedukaation manuaalissa. Alkukyselyyn vastasi vain yksi kuntoutuja. Kyselylomakkeen aiheista keskusteltiin ensimmäisellä kerralla. Kolme kuntoutujaa kertoi olevansa motivoitu ryhmään, yksi osallistui ohjaajien pyynnöstä.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kuinka tyytyväinen arvioit olevasi ryhmään osallistumisesta jälkeinpäin?									x
Kuinka mielenkiintoiseksi arvioit ryhmäkokemuksen muodostuvan?									x
Kuinka paljon sinua tulevaisuudessa hyödyttäviä asioita odotat oppivasi ryhmässä?									x
Kuinka tyytyväinen arvioit olevasi ryhmän vetäjiin jälkeinpäin?									x
Kuinka motivoitunut olet tällä hetkellä osallistumaan ryhmään?									x

Taulukko 1. Alkuarviointi. 1= en yhtään, 10= hyvin paljon

Loppuarviointi

Kuntoutujille viimeisellä kerralla jaetun kyselylomakkeen täytti kaksi. He kokivat olleensa melko tyytyväisiä ryhmään, samoin aiheen olleen mielenkiintoinen. Mielipiteitä jakoi tiedon hyödyllisyys, toinen koki tiedon olevan jonkin verran hyödyllistä, toinen erittäin hyödyllistä. Molemmat uskoivat ryhmän olevan hyödyllinen pitkällä tähtäimellä. Molemmat myös suosittelisivat ryhmää toisille

skitsofreniaa sairastaville. Eniten hajontaa mielipiteissä tuli tyytyväisyydestä ryhmänvetäjiin, toinen oli hyvin tyytyväinen, toinen ei ollut tyytyväinen. Avoimiin kysymyksiin emme saaneet yhtään vastausta.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kuinka tyytyväinen olet ryhmään?							x		x
Koitko aiheen mielenkiintoiseksi?							x		x
Saitko sellaista tietoa josta voisi olla sinulle hyötyä?					x				x
Suosittelisitko tätä ryhmää muille ihmisille, joilla on skitsofrenia?								x	x
Kuinka hyödylliseksi arvioit tämän ryhmäkokemuksen pitkällä tähtäimellä?							x	x	
Kuinka tyytyväinen olet ryhmänvetäjiin?				x					x

Taulukko 2. Loppuarviointi. 1= en yhtään, 10= hyvin paljon

Mikä oli mielestäsi parasta ryhmässä? –

Mikä oli mielestäsi huonointa ryhmässä? Oliko jotain, mistä et pitänyt? -

Olisiko jotain aihetta pitänyt mielestäsi käsitellä ryhmässä enemmän tai tarkemmin? Mitä aihetta? -

Käsiteltiinkö joitain asioita mielestäsi liikaa? Olisiko joitain asioita voinut jättää pois, jos aikaa olisi ollut käsitellä vain tärkeimpiä aiheita? –

Kuntoutujien ja ohjaajien yhteenvedossa oli mielenkiintoista huomata, kuinka ristiin arviot menivät. Kun kuntoutuja kertoi, ettei hänelle ollut mitään hyötyä ryhmästä, ohjaajat olivat huomanneet paljon positiivisia asioita tapahtuneeksi ryhmän aikana. Kun taas kuntoutuja koki, että ryhmästä oli hänelle paljon apua ja koki saaneensa paljon, ohjaajilla oli haasteita nähdä positiivisia vaikutuksia. Tärkeimmäksi seikaksi arvioimme ohjaajaparini kanssa, että ketään ei harmittanut ryhmään osallistuminen, kukaan ei kokenut siitä koituneen haittaa ja neljästä kaksi koki hyötывänsä. Toisaalta taas kahdella ryhmäläisistä ohjaajat olivat huomanneet positiivisia muutoksia, vaikka itse kuntoutujat eivät sitä nähneet. Kuntoutujien osalta psykoedukaation yleiseksi tavoitteiksi oli nostettu sairaudentunnon parantaminen, elämänlaadun parantaminen ja tuoda toipumisen näkökulma esille.

5.2 Arviointi työntekijän näkökulmasta

Havainnoin ohjaajaparini psykoedukaatiomenetelmän kokemuksellista oppimista kyselylomakkeen ja keskustelujen avulla. Parini täytti jokaisen ryhmäkerran jälkeen lomakkeen ja samalla pidimme pienen keskusteluhetken, jossa teimme yhteenvedon ryhmästä. Kyselylomake pohjautui Kolbin kokemuksellisen oppimisen teoriaan, jota pidetään kokemuksellisen oppimisen teoreettikkona.

Kolbin teoriassa oppimisen ajatellaan olevan sykleissä tapahtuvaa, jatkuvasti kehittyvä, syvenevä oppimisprosessi. Sen mukaan kokemuksellisen oppimisen sykli alkaa kokemuksella, jota seuraa reflektointi, jonka jälkeen puolestaan käsitteellistämisen vaihe ja viimeisenä aktiivinen kokeilu. (Itä-Suomen yliopisto n.d.)

1. Motivaatio: Koitko olevasi motivoitunut ryhmän ohjaamiseen?

Oppimisprosessin liikkeelle saamiseksi oppija tarvitsee motivaation. Itseohjautuva opiskelija omaa sisäistä motivaatiota (Itä-Suomen yliopisto n.d.). Motivaatio käsitetään tunnetilana, joka ohjaa käyttäytymistämme, sitä ei voi ulkopuolelta käskää. Sitoutumisen ja saavuttamisen aikaansaamiseksi tarvitaan motivaatiota, kyvykkyyks tulee innostuksen myötä. Sitä kautta henkilö ottaa käyttöönsä laajasti kykynsä ja saa aikaan parempia tuloksia (Kontiainen, Skyttä 2010, 41.) Aikuisilla myös motivaatio uuden oppimiselle kasvaa sen myötä, miten nopeasti käytettävää tietoa on. Uuden oppiminen helpottuu, kun on tietoa mihin uutta tietoa liittyy (Rauste-von Wright, von Wright & Soini 2003, 78-79).

Työparini tunsivat olevansa kyselyn perusteella motivoitunut ryhmän ohjaamiseen. Tähän vaikutti luultavasti se, että hän oli itse hakeutunut ryhmää ohjaamaan. Ryhmän ohjaaminen antoi työhön uutta sisältöä, ammatillisen kasvun näkökulmasta ohjaaja sai avaimet alkaa rakentamaan seuraavaa ryhmää. Ohjaaja ei saanut ohjaamisesta rahallista palkintoa, mutta puolestaan palautetta niin työyhteisöltä kuin kuntoutujiltakin. Uskon hänen myös kokeneen työnsä merkitykselliseksi. Kontiainen ja Skyttä (2010) kertovat kirjassaan että motivaatioon vaikuttaa työn sisällön merkitys, toimintavapaus, osallistumismahdollisuus, kykyjen

käyttömahdollisuus, kiihokkeet, onnistumispalkinnot, aikaansaaminen ja onnistuminen, tunnustus, palaute tuloksista, haasteellisuus ja vaihtelevuus, vastuu ja työn merkitys, tavoitteiden kiinnostavuus, mahdollisuus toteuttaa itseään ja samaistuminen itseään suurempaan. Uskon nämä kaikkien olleen merkittäviä osatekijöitä ohjaajaparin motivaatioon ja toteutuneen, pois lukien viimeinen.

Haasteita motivaation säilymiseen tuli ajan puutteesta. Jokainen ryhmäkerta vaati valmistelua reilun puolituntia, koska tulostettavaa materiaalia oli aika paljon. Hän kuitenkin säilytti motivaationsa kurssin läpi yhtä vakaana ja siten polku uuden työskentelytavan oppimiselle aukesi.

2. Tiedon ymmärtäminen: Koetko ymmärtäväsi / hallitsevasi tämän kertaisen ryhmän tiedollisen taustan?

Kognitiivisen teorian mukaan ihminen oppii vain sen minkä ymmärtää. Saman teorian mukaan oppimiseen vaikuttaa enemmän oppija ja hänen piirteet kuin opettaja ja opetus. Tärkeintä on, että oppija tunnistaa oman osaamisensa ja myös mitä ei osaa, siten hän osaa hakea tietoa siihen mitä ei koe osaavansa. (Rauste-vonWright & vonWright 1997, 128.) Kokemuksellisessa oppimisessa on oleellista ilmiön ymmärtäminen ja käsitteellistäminen, jotta se voidaan liittää sopivaan teoriaan (Kupias, 2002, 16).

Tiedon ymmärtämisessä ei ollut haasteita, koska tieto oli tuttua. Kaksi kertaa ryhmän aikana kuntoutujat antoivat sellaisia kysymyksiä, ettei kummallakaan ohjaajalla ollut tietoa asiasta. Ohjaajaparini tarttui heti haasteeseen ja oli hyvin motivoitunut myös itse oppimaan hakemistaan asioista uutta. Uutta asiaa edusti psykoedukaation kurssirakenne. Tarkoituksena oli sen tiedon juurruttaminen työparilleni ja siten kehittää Kanavakodin ryhmätoimintaa. Kurssirakenne oli ohjaajaparini mielestä selkeä ja käyttökelpoinen. Hän kokee että sen perusteella uusia ryhmiä on hyvä alkaa rakentamaan. Tämä tuli ilmi ryhmäkertojen jälkeen pidetyissä palautekeskusteluista.

3. Soveltaminen: Tunnetko, että osaat soveltaa hallitsemaasi teoriaa ryhmän tarpeisiin?

Skeeman käsite on keskeinen käsite kognitiivisessa oppimisenäkemyksessä. Lyhyesti skeemaa määritellään siten, että se on tiettyä ilmiötä koskevan aiemman tiedon ja kokemusten muokkaama ennakkokäsitys, joka ohjaa havaitsemista ja uuden informaation vastaanottoa tästä ilmiöstä. Skeema ei ole muuttumaton vaan uusi tieto muokkaa ja muuttaa puolestaan skeemaa jatkuvana prosessina (Itä-Suomen yliopisto n.d.).

Parini koki osaavansa soveltaa tietoa ryhmän tarpeisiin. Ennen kurssin alkua hänellä oli hieman epävarmuutta kuinka ryhmädynamiikka toimii, samoin kuinka kuntoutujan huono psyykinen vointi vaikuttaa tiedon käsittelyyn. Skeema (tiettyä ilmiötä koskevan aiemman tiedon ja kokemusten muokkaama ennakkokäsitys) siis muuttui kurssin edetessä.

4. Reflektointi: Koetko ryhmän onnistuneet ennako-odotuksiin nähden?

Kolbin teorian mukaan kokemuksellisen oppimisen keskeinen käsite on reflektointi. Siinä oppija tutkii tietojaan ja kokemuksiaan syventääkseen ymmärrystään. Kun reflektointi on onnistunut, auttaa se oppijaa toimimaan aiemmin ongelmalliseksi kokemassaan tilanteessa uudella tavalla. Vaikka kokemuksellisen oppimisen lähtökohtana pidetään omakohtaista kokemusta, se yksistään ei opeta. Tarvitaan tietoista havainnointia ja pohtimista. Tarvitaan myös sellaisia kokemuksia, ettei se suju aiemman kokemuksen tuomalla rutiinilla. (Kupias 2002, 16 - 18.)

Pääsääntöisesti ennako-odotukset ryhmäkerroille täyttyivät, niitä oli tiedon siirtäminen kuntoutujalle, vaikka kuntoutujalla olisi psyykinen vointi heikko, samoin ryhmädynamiikan hallitseminen. Osallistujat olivat ohjaajaparille tuttuja ja hän osasi ennakoita tulevia haasteita aiempien ryhmäohjaamisien perusteella. Yhdellä ryhmäkerralla osallistuja poistui kesken ilman ennakoilmoitusta, koska hänellä oli menoja. Tästä oppineena painotimme, että jatkossa jokaisen tulee ilmoittaa poissaolot ennalta ja kuitenkin painotimme läsnäolon tärkeyttä.

Ohjaajaparini koki epävarmuutta omaa osaamistaan kohtaan ryhmän ohjaajana. Tämä näkyi hänessä omasta mielestään välillä sivustaseuraajan roolissa. Tähän ei vaikuttanut tiedollisen taustan puuttuminen, vaan kokemuksen puute keskusteluryhmän ohjaamisessa. Ohjaaja kuitenkin koki päässeensä tavoitteisiin ryhmän onnistumisen suhteen. Ryhmäkertojen tavoitteiksi oli määritelty tiedon jakaminen kuntoutujille sekä hyvän keskustelun aikaansaaminen, jotta kuntoutujien vertaistuki toteutuu.

5. Millaisia positiivisia ajatuksia ryhmä sinussa herätti?

Bouldin teorian mukaan reflektointi voi tapahtua mm. mieleen palauttamalla ja uudelleen kuvaamalla, käymällä läpi tunteita mitä kokemukseen ja oppimiseen on liittynyt ja uudelleen arvioimalla näitä (Itä-Suomen yliopisto n.d.).

Ohjaajaparini reflektoi ryhmäkertojen jälkeen omia tunteitaan, mitä positiivisia ja negatiivisia tunteita ryhmäkerta aiheutti hänessä. Samoin hän pohti, mitä seuraavalla kerralla voisi tehdä toisin ja toiveita työparin suuntaan. Positiivisia ajatuksia herätti manuaali, joka sisälsi selkeää tietoa ja selkeä kurssirunko. Tieto oli helposti saatavilla ja käytettävissä, sitä pystyi täydentämään jo itsellä olemassa olevalla tiedolla. Positiivisia tunteita herätti myös se, että asukkaat lähtivät mukaan keskusteluun, vaikka juuri se oli ollut yksi ennakkopeloista. Positiivisia tunteita synnytti myös huomio siitä, että kuntoutujilla oli erittäin hyvä tietotausta jo valmiiksi.

6. Millaisia negatiivisia ajatuksia ryhmä sinussa herätti?

Negatiivisia tunteita puolestaan herätti se, että yksi kuntoutuja ajoittain aliarvioi toisten kokemuksia, lähinnä silloin kun ei ollut itse motivoitunut keskustelemaan. Häntä rajattiin ja hän lopetti, mutta se söi kuitenkin hyvää ilmapiiriä. Toinen negatiivisia tunteita herättänyt asia oli psyykkiseltä voinniltaan huonon asukaan päälle puhuminen ja keskittymiskyvyttömyys. Häntä tuettiin kertomaan omia

kokemuksiaan silloin kun oli sen aika, mutta teoria osiota käydessä se häiritsi toisten keskittymistä ja siksi piti rajata hienovaraisesti.

7. Mitä tekisit seuraavalla kerralla toisin?

Työkokemuksen karttuessa työntekijälle kertyy paljon tietoa, mitä ei välttämättä pysty täsmentämään mihin tieto perustuu. Sitä kutsutaan hiljaiseksi tiedoksi. Kehittämistoiminnan innovaatio saa usein alkunsa hiljaisesta tiedosta. Toiminta saattaa perustua vaistonvaraisuuteen, mutta olla myös vuorovaikutuksessa käsitteellisen tiedon kanssa. Toiminnan kehittämisellä saadaan aikaan monenlaista tietoa, sen arvioinnissa auttaa tutkimukselliset periaatteet. (Toiko, Rantanen 2009, 40-41.)

Ohjaaja toi seuraavaa ohjauskertaa pohtiessa useasti esille, että haluaisi tuoda omaa osaamistaan paremmin ryhmän tarpeisiin. Tämä tuli esille myös negatiivisia tunteita mittaavassa kysymyksessä. Asiasta keskusteltiin ryhmän jälkeisissä keskusteluissa, mutta tilanteeseen ei kyselylomakkeen perusteella tullut mittavaa parannusta kurssin aikana. Samaan asiaan liittyy myös toive ohjaajaparia kohtaan. Hän toi esille haluavansa selkeän roolijaon parityöskentelyyn. Yhdellä ryhmäkerralla ohjaaja koki sen toimivaksi, mutta muilla kerroilla toiveena esiintyi roolijaon selkeyttäminen.

8. Mitä uusia ajatuksia sinussa heräsi seuraavaa ryhmää tai ohjauskertaa ajatellen?

Kokemuksellisessa oppimisessa reflektiolla tähdätään ilmiöiden teoreettiseen ymmärtämiseen ja parempiin toimintamalleihin (Itä-Suomen yliopisto n.d.).

Kehitysehdotuksina nousi samoja asioita kuin negatiivisia tunteita herättävät asiat ryhmässä. Niitä siis oli tunne ajan loppumisesta ja siitä että oli liian paljon asiaa yhdelle kerralle käsiteltäväksi. Samoin hän koki, että olisi ollut selkeämpää kertoa ryhmän aluksi koko "teoria" osuus, jonka jälkeen loppuaika keskustelua. Nykyisessä manuaalissa oli yksi aihe, jonka jälkeen keskustelua. Aiheita ryhmäkerroille saattoi olla 3-4. Kehittämisideaksi ohjaaja toi myös ajatuksen, että psykoedukaatiota hyödynnetään omassa kotona asuvien kuntoutujien kuntoutuksessa. Tämän voisi

toteuttaa joko yksilökeskusteluna kotikäynnillä tai ryhmämuotoisena Kanavakodissa. Kuntoutuja osallistuisi Kanavakodin ryhmätoimintaan siltä osin.

9. Miten kehittäisit itseäsi ryhmän ohjaajana?

Itsearviointi edistää reflektointia (Itä-Suomen yliopisto n.d.). Työssä pelkkä tekeminen ei myöskään itsestään opeta ketään, tarvitaan myös reflektointia ja kokemusten jakamista työyhteisön kanssa. Oppimista kuvaa suhde itseen, toisiin ja ulkomaailmaan. Työntekijän tulee olla tietoinen itsestään ja omasta kehitymisestään. Hän syventää oppimistaan vuorovaikutuksessa toisten työntekijöiden kanssa. Ulkopuoliset toimijat tuovat oppimiseen puolestaan ulkopuolisia vaikutuksia (Järvinen, Koivisto & Poikela 2002, 103.)

Ohjaajalta nousi jokaisessa palautelomakkeessa ajatus luontevasta ja avoimesta ilmaisusta. Hän toivoo luottavansa itse omaan ilmaisuunsa.

10. Miten toivoisit työparisi kehittyvän ohjaajana?

Parhaat toimintatavat löytääkseen täytyy toiminnassa arvioida monia asioita. Parityöskentelyssä yksi arvioitava asia on yhteistyön sujuvuus (Kontiainen, Skyttä 2010, 125)

Ohjaaja toivoo parityöskentelyyn roolien yhteensovittamista. Hän toivoo minulta luottamusta hänen työpanokseensa.

Psykoedukaatio –kurssin toimivuudesta ohjaaja toi ajatuksiaan esille ryhmien jälkeen pidetyissä keskusteluissa. Hän arvioi psykoedukaation olevan hyvin käyttökelpoinen työväline Kanavakodin ryhmätoimintaan.

5.3 Oma arvioni

Psykoedukation toteutus Kanavakodissa toteutui suunnitelman mukaisesti. Viidestä kuntoutujasta yksi halusi jäädä ryhmästä pois, mutta muuten kokoonpano oli ennalta

suunnitellun mukainen. Yhdellä ryhmäkerralla kuntoutuja poistui kesken ryhmän, muuten poissaoloja ei kurssilla ollut.

Havainnoinnin ryhmien aikana kuntoutujia ja ohjaajaparia. Kirjasin havaintoja päiväkirjaan, missä myös pohdin havaintoja. Monet asiat herättivät ryhmässä pohdintaa, niistä välittyi mielestäni sisäinen voima ja rohkeus. Rohkeus puhua vaikeista asioista, sekä sisäinen voima ja luottamus, että elämä kantaa.

Ryhmäkerroilla kuntoutujat osallistuivat keskusteluihin aktiivisesti ja avoimesti. He jäivät monesti pohtimaan ryhmässä keskusteltuja asioita ja hakeutuivat yksilökeskusteluihin pohtimaan asioita ohjaajien kanssa. Heidän puheista huokui kunnioitus muita ryhmään osallistuvia kohtaan, he eivät kertoneet ryhmän asioita toisille kuntoutujille. Ryhmään osallistuvia näytti yhdistävän yhteenkuuluvuuden tunne. Päiväkirjasta nousi myös huomio, että sellaiset kuntoutujat jotka hyväksyvät sairautensa, edistyvät kuntoutuksessa. Sellaiset kuntoutujat, jotka eivät ole hyväksyneet sairautta, eivät edisty.

Ryhmän anti ohjaajan näkökannalta katsottuna kuntoutujille oli oman kuntoutusmotivaation nostaminen. Kuntoutujien palautteet mitä kurssista ovat saaneet, eivät olleen kovin positiivisia. Siitä huolimatta koen ryhmän olleen heidän kuntoutumisen kannalta hyödyllinen.

Psykoedukaatio -kurssista minulla ei ollut ennen tämän kurssin ohjaamista minkäänlaista kokemusta. Aho-Mustosen (2009) laatima manuaali oli niin selkeä ja koulutuspäivä hyvin kattava, että se antoi varmuuden ryhmän ohjaamiselle. Kurssin toteuduttua positiivinen mielikuva manuaalista ja kurssirungosta on kasvanut. Arvioin, että kehitysehdotuksien perusteella tehtyjen parannusten myötä Kanavakodin tarpeisiin rakennettu psykoedukaation manuaali tuo palvelukodin ryhmätoimintaan kaivattua struktuuria.

5.4 Kehittämisehdotukset

Psykoedukaatio skitsofreniapotilaan hoidossa oli valmiiksi saatu materiaali. Se oli hyvin kattava ja kuten sen laatijakin (Aho-Mustonen 2013) koulutuksessa sanoi, jokainen käyttää sen osan, minkä kokee palvelevan kyseessä olevaa ohjattavaa ryhmää. Seuraavan ryhmän käynnistyessä olisi hyvä päivittää Kanavakodin käyttöön omannäköinen manuaali. Teoriasisällöksi riittää ehkä puolet nykyisestä. Tällä kurssilla aika loppui joka kerta kesken. Kuntoutujat olivat hyvin tarkkoja, että sovittu 45 minuutin aika ei ylity. Toisaalta he kävivät aktiivista keskustelua, mutta se loppui heti kuin seinään ajan loputtua. Toinen vaihtoehto olisi tehdä 10 - 16 ryhmäkerran kurssi. Manuaalin rakenteessa voisi huomioida myös ohjaajaparini huomion siitä että ensin olisi ”teoria” osuus, jonka jälkeen loppuaika olisi vapaalle keskustelulle. Toisaalta nykyisessä manuaalissa on saatettu ajatella keskittymiskyvyn säilyvän parempana kun teoria ja keskusteluosuus vaihtelevat sujuvasti. Joka tapauksessa tämä on tärkeä pohdittava seikka.

Toinen kehitysehdotus on aikataulutus. Jokaiselle ryhmäkerralle tulisi varata aikaa ohjaajaparille vähintään kaksi tuntia. 40 minuuttia kuluu ryhmän valmisteleamiseen, eli tarvittavien materiaalien kopioimiseen ja aiheeseen orientoitumiseen. 45 min menee itse ryhmän ohjaamiseen ja 35 minuuttia tulisi varata aikaa ryhmäkerran purkamiseen ja kirjaamiseen, mahdollisesti hieman enemmänkin. Tämä syventää ohjaajien parityöskentelyä ja potilastyön havainnointia, mikä on hoitotyön lähtökohta.

Kolmas kehitysehdotus syntyi asukkaiden kokemasta hyödystä ja aiemmista tutkimustuloksista. Aiemmissa tutkimustuloksissa todettiin suurimman hyödyn psykoedukaatiosta saaneen ne ryhmät, jossa psykoedukaatioon osallistui myös kuntoutujan perhe. Tämä olisi luonteva ja hyödyllinen lähestymistapa saada omaiset hoidon tueksi. Se saattaisi synnyttää myös aivan uudenlaisia yhteistyön muotoja.

6 Johtopäätökset ja pohdinta

6.1 Kehittämisprosessi

Kuvaan Kanavakodin kehittämisprosessin Toikon ja Rantasen (2009) esittämällä tavalla, viitenä tehtäväkokonaisuutena. Tehtävät ovat perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja tulosten levittäminen.

Perustelu

Ensimmäinen tehtävä on perustelu. Ennen kuin toimintaa pystytään alkamaan kehittämään, täytyy löytää vastaus kysymykseen miksi jotain pitää kehittää juuri nyt? Siihen voi löytyä vastaus pohtimalla tilannetta ongelman tai tulevaisuuden ihannekuvan avulla. Ongelma toimii monesti tilanteeseen herättäjänä, kun taas visio tulevaisuudesta motivoi ponnistelemaan eteenpäin. Kehittämistoiminnan tavoite pitäisi pystyä perustelemaan mahdollisimman selkeästi, jotta se pysyy projektin edetessä kirkkaana. Perusteluissa tulisi pystyä vastaamaan myös kysymykseen kuinka tavoitteeseen vastataan, mitä tehdään? On todettu, että mitä kirkkaampana tavoite on osallistujilla mielessä, sen parempi mahdollisuus saada tulokset laajempaan tietoisuuteen. (Toiko, Rantanen, 2009, 56-58.)

Keväällä 2013 Kanavakodin toiminnassa, vuosi uuden toiminnan käynnistymisen jälkeen, työyhteisö huomasi ryhmätoiminnan olevan strukturoimatonta. Pohdimme, kuinka saadaan suunniteltua ryhmätoiminta palvelemaan Kanavakodin asukkaita, tuoden myös ohjaajille selkeyttä ryhmätoimintaan. Kehitimme tiimissä vision sellaisesta palvelukodista, jossa on kaikilla hyvä olla, kuten Mikevan arvo on.

Organisointi

Toisena kehittämisprosessin tehtäväkokonaisuutena on organisointi. Siihen sisältyy tavoitteiden hyväksyntä ja virallistaminen. Jotta prosessista saadaan virallinen, tarvitsee se usein esimerkiksi johdon hyväksynnän. Myös yhteistyökumppaneiden informointi ja työyhteisön tiimipalaverit ovat oleellinen osa organisointia.

Organisointivaiheessa tehty toimintasuunnitelma auttaa eri prosessiin osallistujia hahmottamaan esimerkiksi omat alatavoitteet, sekä projektin kulun ja vaiheet. Siinä olisi hyvä määritellä myös resurssit.

Kehittämistoiminnan organisoinnissa määritellään toimijat. Toimijoiksi on tärkeää saada kaikki, joita kehittäminen jollain tavalla koskee. Projektin vastuuhenkilöitä määrittää projektin suuruus. Pieneen, yhden työntekijän henkilökohtaisen työelämän kehittämisprojektiin ei tarvita välttämättä mukaan muita kuin työntekijä itse ja esimies. Suuriin projekteihin saatetaan määrätä ohjausryhmä. Tärkeää on että vastuut ja vastuuhenkilöt on määritelty ja kaikki tietävät oman vastualueensa. (Toikko, Rantanen 2009, 58-59.)

Pohdimme tiimipalaverissa Kanavakodin kuntouttavaa toimintaa ja kirjassimme ongelmakohtia ylös. Yksi merkittävä ongelma oli, ettemme tienneet, kuka kuntoutujista oli osallistunut mihinkin ryhmään. Raporteista oli raskasta lähteä etsimään pitkältä ajalta tietoja, joita tarvittiin mm. kuntoutuspalaverihin. Meidän piti pystyä kuitenkin määrittelemään mitä asioita olimme kuntoutujan kanssa käsitelleet mm. ongelmapelaamiseen liittyen, jotta seuraava ohjaaja tietäisi mistä kuntoutujan kanssa jatkaa. Pohdimme ryhmätoiminnan muuttamista kurssimuotoiseksi. Löysimme käypähoitosuosista psykoedukaation ja päätimme tiimipalaverissa vastuuhenkilöksi minut. Toinen työpari lähti kehittämään toista kurssimuotoista, kotia kohti – ryhmää. Psykoedukaatioon tutustuessani löysin Savonia –ammattikorkeakoulun järjestämän koulutuksen, johon osallistuin 20.3.2013. Tämän jälkeen toin oppimani tiedon jäsennellysti tiimipalaveriin, jossa pohdimme psykoedukaation toimivuutta siinä kontekstissa. Päätimme kokeilla Käypä hoito-suositukseen perustuen ja suunnittelimme aloittavamme toiminnan valmiilla toimintamallilla skitsofreniaa sairastavien kanssa, jonka jälkeen arvioisimme tilannetta ja päättäisimme jatkosta.

Työparikseni psykoedukaatio kurssia ohjaamaan ilmoittautui työyhteisöstämme lähihoitaja, joka on myös suorittanut psykiatrisen hoidon erikoisammattitutkinnon. Hänellä oli pitkä työkokemus psykiatrisesta hoidosta, joten hän omasi hyvät lähtökohdat parikseni kurssin järjestämiseen.

Kanavakodissa on paljon skitsofreniaa sairastavia kuntoutujia. Valitsimme heistä viisi, joiden koimme sillä hetkellä eniten hyötyvän ryhmästä. Kriteereinä käytettiin mm. että skitsofrenia ei ole kovin hyvässä hoitotasapainossa, sekä asukkaalla ei ole menossa muita kurssimuotoisia ryhmiä menossa. Haastattelimme heidät ja neljä oli halukasta aloittamaan kurssin.

Toteutus

Kehittämistoiminnan toteutuksessa tarkoitetaan lähinnä konkreettista tekemistä. Se sisältää myös tekemisen seuranta eli monitorointia. Seuranta tapahtuu erilaisissa työryhmissä. Kehitystulosten kuvaamiseen voidaan käyttää esimerkiksi uuden työtavan kehittämisessä mallinnusta. Siinä työprosessi vaiheistetaan aikajanelle, sekä alatehtävät vastuuhenkilöineen. Näin saadaan ”tuotteistettua” hyvät käytänteet ja siten edistettyä kehitystulosten käytettävyyttä ja siirrettävyyttä. (Toikko & Rantanen, 2009, 60 – 61.)

Ohjasimme Kanavakodissa parini kanssa psykoedukaatiokurssin 19.11. – 17.12.2013. Valmistelimme jokaisen ryhmäkerran ennen ryhmää. Ryhmäkerran päätteeksi työparini täytti laatimani kyselylomakkeen, jonka kävimme yhdessä läpi. Samalla pohdimme ryhmän kulkua, sen onnistumista ja kehityskohteita.

Arviointi

Kehittämistoiminnan suuntaaminen on yksi arviointivaiheen tehtävä, sekä puntaroida aiempia vaiheita. Tässä usein huomataan, että kehittämistoiminnan tavoitteet ja toimintatavat voivat muuttua prosessin edetessä. Tärkein tehtävä kuitenkin tälle vaiheelle on tuottaa tietoa kehitettävästä asiasta. Kuinka on onnistuttu. Hankesuunnitelma toimii yhtenä arvioinnin lähtökohtana, sekä siinä

määritellyt tavoitteet. Arvioinnissa saatu tieto on arvokasta kun näytetään toimiiko asia. Sitä voidaan käyttää päätöksenteon tukena. (Toikko, Rantanen, 2009, 61- 62.)

Psykoedukaatio –kurssi arvioitiin työparin ja kuntoutujien näkökulmasta. Näistä tuloksista tein yhteenvedon. Arvioinnissa pohdimme työparin kanssa projektin onnistuneen, kuten oli suunniteltukin. Prosessi ei muuttunut sen kuluessa mutta aloitus viivästyi yli puolella vuodella. Alkuperäinen aloitusajankohta oli keväällä 2013. Kanavakodin toimintaan tuli silloin toiminnan luonteesta johtuvia vaikeuksia, joten henkilökunnan jaksamisen varmistamiseksi kehittämistoiminta jätettiin hautumaan. Jälkeenpäin arvioidessa siirtäminen oli ratkaisuna oikea. Siitä olisi pitänyt tehdä selkeä päätös siirtää puoli vuotta, sen sijaan siirsimme useasti kuukauden, joten aloittaminen siirtyi yli seitsemän kuukautta.

Tulosten levittäminen

Tulosten levittäminen / juurruttaminen / valtavirtaistaminen, käsitteelle on monta nimeä. Se voidaan käsittää aivan erillisenä omana projektinaan tai kytkettynä samaan kehitysprojektiin. Tulosten levittämisessä auttaa mallinnus tai tuote. Se auttaa ymmärtämään kehitettyä asiaa, mutta myös levittämään. Sille on helpompi määritellä sisältö ja hinta, sekä kohderyhmä. Mallinnuksessa oleellinen osa on tuotteeseen liitetty tarina, mihin tuote on luotu, mitä sillä saavutetaan. Samalla sille saadaan luotua nimi ja paketoitua tarinan mukaiseen formaattiin.

Kanavakodissa psykoedukaation ottaminen meidän käyttöön tulleeksi tuotteeksi on tuonut ”ryhdin” ryhmätoimintaan. Sitä on markkinoitu ja tuotu esille erilaisissa markkinointitilanteissa ja kuntoutujien kuntoutuspalaverissa. Mitä kuntoutuja on siitä saanut ja pystynyt hyödyntämään omaa elämä helpottavana tekijänä. Sitä on myös markkinoitu Mikevan muihin palvelukoteihin mm. vastaavien neljännesvuosipalaverissa, sekä asiakkaille, jotka ovat palvelun ostajia eli kunnille. Olemme hinnoitelleet psykoedukation sisältymään Kanavakodin hoitovuorokausimaksuun, mikä ei ole kilpailijoihin verrattuna halvin, mutta ei myöskään aivan kallein. Yksi merkittävä tuotteistamisen hyöty on ollut se, että

ohjaajat kokevat tekevänsä arvokasta psykiatrissa hoitotyötä ja saavansa tästä toimivan työkalun. Merkittävin hyöty kuitenkin on kuntoutujan kokema apu.

Prosessin vaihe teoriassa	Prosessi Kanavakodissa
a) Perustelu, miksi kehittämistä tarvitaan?	Ryhmätoiminnasta puuttuu struktuuri, työyhteisö haluaa kehittää toimintaansa ja päätetään kokeilla kurssimuotoisia ryhmiä
b) Organisointi	Löydetään psykoedukaatio hoitomuotona, päätetään käytännön toimet, vastuuhenkilöt
c) Toiminta	Psykoedukaation toteutus 19.11. – 17.12.2013, ryhmäkohtaiset arvioinnit
d) Arviointi	Arvioidaan psykoedukaation toimivuutta tässä kontekstissa työparin ja kuntoutujien näkökulmasta, tehdään tiimissä päätös jatkamisesta
e) Tulosten levittäminen	Psykoedukaatiota myydään osana Kanavakodin toimintaa asiakkaille ja kuntoutujille

Taulukko 3. Toimintaoppimisen prosessi

6.2 Pohdinta

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli arvioida uuden työmenetelmän toimivuutta ja vaikuttavuutta Kanavakodissa. Prosessi lähti liikkeelle palvelukodin toiminnan kannalta keskeisestä tarpeesta. Pohdimme työyhteisössä monia vaihtoehtoja kuntouttavan ryhmätoiminnan kehittämiseksi, mutta arvioimme psykoedukaation vastaavan tarpeitamme.

Opinnäytetyön aloitusvaiheessa ohjaava opettaja pyysi pohtimaan omaa rooliani ohjaajana, toimisinko aktiivisena vai passiivisena osallistuvana havainnoijana. Pohdin molempia vaihtoehtoja, en kuitenkaan pitänyt passiivista havainnointia vaihtoehtona. Perusteena sille oli mm. kustannustehokkuus. Olisin opettanut aiheen

ensin kahdelle ohjaajalle ja havainnoinut heidän toimintaa. Tämä olisi tarkoittanut kustannusvaikutusta myös muuhun hoitotyöhön, ryhmien ajaksi olisi pitänyt palkata lisää henkilökuntaa, koska ryhmä olisi vienyt kolmen ohjaajan työajan. Tästä syystä päädyin toimimaan aktiivisena osallistuvana havainnoijana.

Psykoedukaatio päätettiin aloittaa keväällä 2013. Toiminnassa tuli kuitenkin ennakoimattomia haasteita ja psykoedukaatiota siirrettiin useasti kuukaudella eteenpäin. Toteutus alkoi marraskuussa 2013. Jälkeenpäin ajatellen olisi pitänyt tehdä selkeä päätelmä, ettei keväällä aloitus onnistu, kesäaikana projektin toteuttaminen on hankalaa kesälomien vuoksi, eli napakka aloitus viimeistään syyskuussa. Tässä kompastuin ensimmäisen kerran aktiivisen osallistuvan havainnoijan roolin haasteisiin. Mikäli olisin toiminut passiivisena havainnoijana, olisin todennäköisesti saanut pidettyä esimiehen ja toiminnan johtajan roolista paremmin kiinni. Esimiestyössä toiminnanjohtaminen vaatii välillä selkeitä päätöksiä, mutta itsensä johtaminen on haasteellisempaa.

Kurssi alkoi ja kaikki osallistuvat toimijat olivat toimintaan sitoutuneita ja motivoituneita. Ryhmä toteutettiin kaksi kertaa viikossa, joten kuukauden kestävä kurssi tuntui pitävän toimijat kiireisenä. Uppouduin myös itse projektin toteuttamiseen ja kirjoittamiseen hyvin intensiivisesti. Tästä muodostui minulle aktiivisen osallistuvan havainnoijan toinen kompastuskivi. Työparini oli tuonut esille haluavansa tukea keskusteluryhmän ohjaamiseen, mutta en osannut tarttua siihen oikea-aikaisesti ja tarpeeksi voimakkaasti. Syyn tähän uskon olevan osittain ajan puutteessa, toisaalta myös havainnoinnin kohdistaminen väärin. Keskityin havainnoimaan kuntoutujia, kurssirunkoa ja kuinka helppo ohjaajien on käyttää manuaalia. Havainnoijana minun olisi pitänyt kohdistaa huomiota enemmän työparin puheeseen. Kiinnitin huomioni asian osalta ulkoisiin seikkoihin, hän ohjasi mielestäni ryhmää hyvin ammatillisesti pärjäten esimerkillisesti. Työntekijän motivaation säilymisen kannalta olisi hyvin oleellista tulla kuulluksi (Kontiainen, Skyttä 2010, 41).

Tästä oppineena tulevissa projekteissa pääroolini on passiivisena havainnoijana toimiminen, esimiehenä työntekijöiden tukeminen ja kannustaminen, sekä Kanavakodin toiminnan ohjaaminen oikeaan suuntaan.

Arvioin työparini kanssa psykoedukaation kokonaisuuden hyväksi. Manuaalin materiaali oli muutaman vuoden vanhaa, joten se kaipaa päivitystä. Se oli kuitenkin hyvin kattava ja monipuolinen. Kanavakodin tarpeita vastaamaan täytyy kuitenkin rakentaa oma manuaali, nykyisen avustuksella. Kriteereitä ryhmämateriaalille on, että sen täytyy olla hyvin selkeä. Yhdelle ryhmäkerralle aineistoa ja käsiteltäviä asioita saisi olla sen verran, että sen käsitteleminen vie puolet ryhmäajasta, loppu olisi varattavissa keskustelulle. Ohjaajapari keräisi ja laatisi materiaalin parityönä, jolloin molemmilla olisi yhtä hyvä tietoperusta asialle ja orientaatio. He myös arkistoivat materiaalin selkeästi ja täydentäisivät vielä ryhmän jälkeen, jotta seuraava ohjaajapari pystyisi ottamaan aineiston myöhemmin käyttöönsä. Näin projekti saadaan juurrutettua koko työyhteisöön.

Kanavakodin toiminnan kehittämisen kannalta opinnäytetyön aihe oli tärkeä, koska ryhmätoimintaan täytyi saada struktuuri. Tarkoitukseni oli kokeilla uuden työmenetelmän toimivuutta ja vaikuttavuutta. Koen onnistuneeni tavoitteessa. Vaikka kaikkien kuntoutujien arvioinnit kurssin osalta eivät olleet hyviä, uskon sen liittyvän myös siihen, että aihe oli heille hyvin tuttu ja samoja asioita on käsitelty yksittäisissä keskusteluryhmissä aiemminkin. Koen tämän olevan pelkästään positiivista. Huolestuttavaa olisi ollut jos asiat olisivat olleet täysin vieraita, siinä vaiheessa olisi herännyt huoli omasta toiminnastamme, mitä olemme tehneet 1,5 vuotta. Suurimman hyödyn uskon saavutettavan kun alamme rakentamaan samanlaista ryhmää ongelmapelaamisesta kärsiville kuntoutujille, sekä muihin sellaisiin sairauksiin, joista meillä ei ole paljon tietoa, mutta tilaus tiedolle olemassa.

Uskon myös skitsofreniaa sairastavien kuntoutujien psykoedukaation näyttäytyvän aivan toisenlaisena, mikäli saamme omaiset mukaan toimintaan. Se vaatii heiltä rohkeutta, koska luulen, ettei moni omainen ole välttämättä käynyt

keskusteluryhmissä. Rohkeutta vaaditaan myös ohjaajalta, tuoda esiin oma osaamisensa, sekä myös osaamattomuutensa. Rohkeutta tarvitaan myös kuntoutujalta. Heille saattaa syntyä esimerkiksi epätietoisuutta, saako perheen sisäisiä asioita puhua vieraiden kuullen. Omissa suljetuissa ryhmissä kuntoutujat kokevat olevan ”kotonaan” ja luottavat tiedon jäävän ryhmään. Juuri nämä samaiset tekijät saattavat saada ryhmän aivan uuteen positiiviseen aaltoon. Kun luottamus on puolin ja toisin saavutettu, saatetaan saavuttaa yhdessä aivan uusi yhteistyön taso.

Psykoedukaatioon osallistuvat toimijat osallistuivat kurssiin vapaaehtoisesti. Ohjaajan ilmoittauduttua työparikseni, haastattelimme kuntoutujia ja kerroimme ryhmän tavoitteista. Kerroimme myös, että teen aiheesta opinnäytetyön. Olen opinnäytetyössä pyrkinyt kirjoittamaan ja kertomaan havaintoja anonyymisti, olen myös ryhmäkerroilta ja kuntoutujien arvioinneista karsinut henkilökohtaiset asiat pois, jotta anonyymiys toteutuisi. Työparini osallistui psykoedukaation toteutukseen ja arviointiin omasta halustaan ammatillisen kehittymisen lähtökohdista. Hän on lukenut ja hyväksynyt opinnäytetyön. Työn tilaajana toimi Mikeva Oy. Itä-Suomen palvelujohtaja Anneli Parviainen on lukenut työn ja hyväksynyt sen.

Mikevalla on arvolupaus Hyvä Olla. Lupaus on kohdennettu neljälle taholle. Näitä ovat asukkaiden Hyvä Olla, työntekijän Hyvä Olla, asiakkaan, eli palvelun ostajan Hyvä Olla, sekä yrityksen omistajan Hyvä Olla. Koen opinnäytetyön olevan arvolupauksen mukainen.

Koen opinnäytetyöni lisänneen asukkaiden Hyvä Olla –lupausta. Se on tuonut ryhmään osallistujille lisää arvostuksen tunnetta kokemusasiantuntijana. Heitä on kuunneltu ja tuettu omien kokemusten yhdistymistä teoriaan. Osa on myös suoranaisesti hyötynyt saamastaan tiedosta.

Työntekijöiden Hyvä Olla –lupaus kohdentuu selvimmin työssä jaksamiseen ja työhyvinvointiin. Ohjaajat saavat vaikuttaa oman palvelukodin toiminnan kehittämiseen. He toteuttavat hyväksi suunnittelemaansa psykiatrasta hoitotyötä, joka kestää myös ulkoiset auditoinnit.

Asiakkaiden, tässä tapauksessa palvelun ostajien eli sairaanhoitopiirin Hyvä Olla näkyy laadukkaana ja tuloksellisena hoitotyönä. Psykoedukaation keinoin kuntoutujien hoitajakson aikana saama hyöty saattaa tehostua , palvelulupaukset ja ”tuotteet” ovat läpinäkyviä. Se helpottaa asiakkaan työtä esimerkiksi tarpeenmukaisen palvelukodin etsinnässä kuntoutujalle.

Omistajan näkökantilta Hyvä Olla –lupaus näkyy täysinä asukaspaikkoina ja hyvänä käyttökatteena. Asiakkaiden kanssa käydyissä keskusteluissa on tullut selkeästi esille, että mikäli toiminta saadaan kokonaisvaltaisen vision mukaiseksi, heillä on tarvetta palvelulle.

Mielestäni skitsofreniasta on tärkeä keskustella yhteiskunnallisesti. Se on monien mielessä yhä salaperäinen sairaus, johon liittyy paljon uskomuksia. Toivoisin, että kannabiksen käytön sallittavuuden yhteydessä käytäisiin keskustelua myös skitsofreniasta. Cannabis ei itsessään skitsofreniaa aiheuta, mutta lisää psykoosialttiutta ja yhdessä geneettisen alttiuden ja stressitekijöiden kanssa yhteys on tunnistettu. Tästä lähtökohdasta käsin Yhdysvaltojen tilannetta on mielenkiintoista seurata.

LÄHTEET

Aho-Mustonen, K.2009. Psykoedukaatio skitsofreniapotilaan hoidossa –manuaali.

Viitattu 5.1.2014

Aho-Mustonen, K., 2009. Ryhmäpsykoedukaation vaikuttavuus skitsofrenian hoidossa. Joensuun yliopisto. Verkkojulkaisu. Viitattu 5.5.2014.

Aho-Mustonen, K. 2013. Psykoedukaation käyttö skitsofreniapotilaan hoidossa. Savonia –ammattikorkeakoulu. Koulutuspäivä 20.3.2013.

Grönfors, T. 2010. Työssä oppiminen, -avain tuottavuuteen. Helsingin seudun kauppakamari 2010. Vantaa: Hansaprint Direct Oy.

Hentinen, K; Iija, A; Mattila, E. 2009. Kuuntele minua –mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Hyvönen, E., 2014. Kanavakoti: Toimintasuunnitelma 2014. Viitattu 6.5.2014.

Itä-Suomen yliopisto, N.d. Oppimis- ja ohjauksäityksiä. Viitattu 5.1.2014.

<https://www.uef.fi/fi/aducate/oppimis-ja-ohjauksasityksia#kokemuksellinen>

Järvinen, A., Koivisto, T. & Poikela, E.2002. Oppiminen työssä ja työyhteisössä. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Kupias, P., 2002. Oppia opetusmenetelmistä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kontiainen, J. & Skyttä, A. 2010. Esimiehen mielityö, Prosessoivan johtamisen opas. Imatra: Innotiimi.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 17.8.1992. Finlex-Valtion säädöstietopankki. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 24.1.2014.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search\[type\]=pika](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search[type]=pika)

Lepola, U., Koponen H., Leinonen, E., Isohanni, M., Joukamaa, M., Hakola, P. 2002. Psykiatria. Helsinki: WSOY.

Rauste – von Wright, M., von Wright, J., Soini, T., 2003. Oppiminen ja koulutus. Helsinki: WSOY.

Rauste-vonWright, M., 1997. Opettajana tienhaarassa. Juva: WSOY

Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka A., 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>. (Viitattu 11.5.2014.)

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 14.2.2014). www.kaypahoito.fi

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 20.4.2014). www.kaypahoito.fi
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak02540>

Toiko, T., Rantanen, T., 2009. Kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.