



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Kognitiivisten ja toiminnallisten menetelmien käyttö unettomuuden hoidossa

Masalin, Jenni

Venho, Liisa

2012 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Yksikkö

Kognitiivisten ja toiminnallisten menetelmien käyttö unettomuuden hoidossa

Masalin Jenni
Venho Liisa
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2012

Masalin Jenni ja Venho Liisa

Kognitiivisten ja toiminnallisten menetelmien käyttö unettomuuden hoidossa

Vuosi 2012 Sivumäärä 53

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa unikoulu työkäisille unihäiriöistä kärsiville aikuisille. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää unettomuuden lääkkeetöntä hoitoa kognitiivisia ja toiminnallisia menetelmiä hyödyntäen.

Opinnäytetyö tehtiin toiminnallisena opinnäytetyönä, joka sisälsi teoriaperustan ja sen pohjalta toteutetun unikoulun unihäiriöistä kärsiville työkäisille. Unikoulu sisälsi tietoa unesta ja sen merkityksestä sekä unirytmistä. Lisäksi tehtiin hengitys- ja rentoutusharjoituksia sekä unipäiväkirjan täyttöä. Ryhmäläisille annettiin luettavaksi myös alan kirjallisuutta ja artikkeleita.

Unikoulumalli antaa hyvät perustiedot vastaavanlaisten ryhmien perustamiseen sairaanhoitajille. Se tarjoaa uudenlaisen lähestymistavan unettomuuden hoitoon ilman lääkkeitä sekä sairaanhoitajille että unihäiriöisille. Unikoulu herättää unettoman pohtimaan oman unettomuutensa syitä sekä antaa keinoja korjata niitä. Sairaanhoitajille se tarjoaa valmiin mallin potilasohjaukseen ryhmässä unettomuuden hoidossa.

Unikoulun sisältöä arvioitiin puolistrukturoidulla ryhmähaastattelulla. Avoimilla kysymyksillä arvioitiin unikoulun sisältöä, menetelmien käytettävyyttä sekä ryhmän merkitystä unikoulussa. Haastattelu toteutettiin viimeisellä kokoontumiskerralla. Yksi ryhmäläisistä oli poissa haastattelukerralla, joten hän vastasi kysymyksiin kirjallisesti sähköpostilla. Haastattelun sisältö analysoitiin sisällönanalyysillä ja vastauksista saatiin luotua kolme yläkategoriaa ja alakategoriat. Niiden pohjalta arvioitiin unikoulun sisältöä sekä saatiin kehittämisehdotuksia.

Valmiin unikoulumallin kehittäminen on tärkeää, koska unettomuuden hoidossa tulisi ensisijaisesti käyttää lääkkeettömiä hoitomuotoja, joiden ohjauksesta ei ole saatavilla valmiita materiaalia sairaanhoitajien työvälineeksi.

Asiasanat: uni, kognitiiviset ja toiminnalliset menetelmät unettomuuden hoidossa, ohjaus hoitotyössä, ryhmäohjaus

Masalin Jenni ja Venho Liisa

Treating insomnia using cognitive and functional methods

Year	2012	Pages	53
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to create a training concept for providing ways of helping insomniacs to help themselves. The aim was to find ways of treating insomnia using exist cognitive and functional methods, without the assistance of sleeping medication.

This thesis is a functional thesis, containing a theoretical framework and based on that, the practical part, the training concept for insomnia. The training concept starts by informing the trainees on sleep in general, its importance to the human body, and the typical sleeping patterns. The theoretical part is followed by teaching the trainees breathing and relaxation techniques, and also introducing the trainees to the using of a sleeping diary. The trainees are also given articles and literature on sleeping and on insomnia.

The training concept provides all the basic skills necessary for all nurses to act as trainers for similar groups. It also provides a new approach for both the nurses and the insomniacs in treating the condition without medication. The training provides the trainees the tools to investigate the reasons for and causes of their insomnia, enabling the trainees to start working on the actual reasons for their condition. The concept also provides a ready-made toolkit any nurse can use in facilitating their own group of insomniacs.

The content of the training was evaluated using a semi-structured group interview. Open questions were used to evaluate the content, the usability of the methods used, and the importance of group work. The interviews were conducted during the last group meeting. One participant was absent then, so (s)he provided his/her responses by e-mail. The responses from the interview were analysed through content analysis. Three upper level categories and their sub-categories were identified from the responses during the analysis. These categories were then used to evaluate the overall content of the training concept, as well as the suggestions for further improvement.

Creating a training concept was important, because insomnia should primarily be treated with other methods than medication, and before the training concept was created, there was no material or information available on these methods for the nurses to use.

Keywords: sleep, cognitive and functional methods, counselling in nursing, group counselling

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön viitekehys.....	7
2.1	Uni	7
2.1.1	Unen merkitys.....	8
2.1.2	Univalverytmi	9
2.1.3	Unen vaiheet	11
2.1.4	Unen määrä	11
2.2	Unettomuus	12
2.2.1	Unettomuutta aiheuttavat häiriöt.....	13
2.2.2	Liiallista päiväaikaista väsymystä aiheuttavat häiriöt	15
2.2.3	Unenaikaiset häiriöt eli parasomniat	17
2.2.4	Uni-valverytmin häiriöt	18
2.3	Unettomuuden lääkkeetön hoito	19
2.3.1	Kognitiiviset menetelmät	19
2.3.2	Toiminnalliset menetelmät.....	20
2.3.2.1	Rentoutuminen	22
2.3.2.2	Unipäiväkirja	23
2.4	Ohjaus hoitotyössä	23
2.5	Ryhmäohjaus hoitotyössä	25
3	Opinnäytetyön tutkimustehtävä, tarkoitus ja tavoite	27
4	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat	27
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	27
4.2	Opinnäytetyön aineiston keruu ja laadullinen analyysi	31
4.2.1	Aineistonkeruumenetelmä.....	31
4.2.2	Laadullinen analyysi	32
5	Toiminnan arviointi	33
5.1	Unikoulu oman unettomuuden ymmärtämisen ja hallinnan lisääjänä	33
5.2	Unikoulu vertaistuen tarjoajana.....	34
5.3	Unikoulun rakenteen ja fyysisten tekijöiden kehittäminen	35
6	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	36
7	Pohdinta	39
	Lähteet.....	41
	Kuviot	44
	Liitteet	45

1 Johdanto

Pitkäaikainen unettomuus on merkittävä taustasy useisiin kansantauteihimme, kuten masennukseen, sydän- ja verisuonitauteihin, ylipainoon ja diabetekseen. Pitkäaikainen unettomuus merkitsee jopa masennuksen veroista riskiä joutua työkyvyttömyyseläkkeelle. Kroonisista uni-vaikeuksista kärsii noin joka kymmenes aikuinen, joten kyseessä on kansanterveydellisestikin merkittävä mutta toistaiseksi suhteellisen vähälle huomiolle jäänyt ongelma. Unettomuuden hoitoon ja ehkäisyyn olisi kuitenkin tarjolla tehokkaita ja jokaisen ulottuvilla olevia keinoja. (Kajaste & Markkula 2011.)

Unettomuuden hoitoon kehitettyjen lääkkeiden ongelmallisten haittavaikutusten vuoksi hoidossa sovelletaan lukuisia lääkkeettömiä menetelmiä, joista ensisijaisina pidetään toiminnallisia ja kognitiivisia hoitomenetelmiä. Niiden tavoitteena on unettomuutta ylläpitävien tekijöiden tunnistaminen ja muuttaminen. Keskeisiä muutoksen kohteita ovat potilaan ajatusmallit ja toimintatavat. Toiminnallisiin ja kognitiivisiin hoitomenetelmiin kuuluvat mm. unihygienian parantaminen, vuoteessa oloajan rajoittaminen, ärsykkeiden hallinta ja rentoutusmenetelmät. (Ahonen & Kivelä 2010; Hublin 2009; Käypähoito 2008.)

Ahosen ja Kivelän (2010) katsauksessa suurin osa tutkimuksista oli toteutettu siten, että toiminnallisiin ja kognitiivisiin hoitomenetelmiin perehtynyt hoitotyöntekijä toimi ryhmien ohjaajana tai yksilöllisessä neuvonnassa. Tätä tapaa noudatettaessa toiminnalliset ja kognitiiviset hoidot soveltuvat hyvin perusterveydenhuoltoon. Ryhmähoitojen on todettu tuottavan enemmän myönteisiä tuloksia objektiivisesti arvioituna, kuin yksilö- tai kotiohjehoitojen. Toiminnallisten ja kognitiiviset hoidot ovat myös edullisempia toteuttaa ryhmätoimintana. Terveyskeskuksissa tulisikin kouluttaa hoitotyöntekijöitä toteuttamaan näitä hoitomuotoja primaarisen unettomuuden ryhmätoimintana yhteistyössä lääkäreiden kanssa. (Ahonen & Kivelä 2010.)

Opinnäytetyö toteutettiin Koulii-hanke ”Parasta arkea 24/7”- pilotissa. Hankkeen tarkoituksena on tuottaa matalan kynnyksen palveluita alueen asukkaiden arjen hyvinvoinnin ja yhteisöllisyyden vahvistamiseksi (Koulii 2012). Ryhmäläiset rekrytoitiin työikäisistä unihäiriöistä kärsivistä lähiseudun asukkaista. Tilat saimme Suurpellon alueen yhteisötilasta. Ryhmä koontui yhteensä viisi kertaa. Kokoontumiskertojen sisältö tuotettiin toiminnallisista ja kognitiivisista menetelmistä, jotka perustuivat sekä tämän päivän hoitosuosituksiin että tutkittuun tietoon.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa toiminnallisena opinnäytetyönä unikoulu työikäisille kognitiivisia ja toiminnallisia menetelmiä hyödyntäen. Tavoitteena on selvittää, mitä mer-

kitystä ryhmähoitoon osallistumisesta ja käytetyistä menetelmistä on unettomuuden hoidossa sekä kehittää unikoulua unettomuuden hoidossa sairaanhoitajan työvälineeksi.

2 Opinnäytetyön viitekehys

2.1 Uni

Uni ja nukkuminen ovat olleet taiteen, tieteen ja uskonnon keskeinen mielenkiinnon kohde jo tuhansia vuosia. Vanhimmat unen merkityksellisyyteen viittaavat kirjalliset todisteet löytyvät yli 4 000 vuoden takaa. Varhaisimmissa kulttuureissa uni miellettiin valveen ja kuoleman väli-tilaksi ja unet viesteiksi, joiden avulla jumalat saattoivat välittää kuolevaisille tahtonsa tai esimerkiksi tietoa tulevasta. Ajatus unien avulla ennustamisesta ei ole vieras omalle kulttuurillemmekaan. (Kajaste & Partinen 2011.)

Käsitys unesta aktiivisen valvetilan vastakohtana, anestesian tai kooman kaltaisena passiivisena olotilana hallitsi eri muodoissa länsimaista ajattelua antiikista aina 1900- luvulle saakka. Esimerkiksi 1900- luvun alussa voimissaan ollut unitoksiiniteoria oletti, että valveen aikana elimistöön kertyy erilaisia uupumusta aiheuttavia, myrkyn kaltaisia aineita, jotka sitten unen aikana huuhtoutuvat pois. Tätä teoriaa tuki muun muassa se, että alkoholin ja oopiumin kaltaiset aineet aiheuttivat unta. Kahvin piristävän vaikutuksen oletettiin johtuvan siitä, että se toimi jonkinlaisena vastamyrkkynä näille toksiineille. (Kajaste & Partinen 2011.)

Tätä teoriaa vastaan sotivat muun muassa Nathaniel Kleitmanin 1920- luvulla tekemät kokeet, joissa kesken unien herätettyjen koehenkilöiden suorituskyky yöllä oli huomattavasti heikompi kuin läpi yön kokonaan valvoneiden koehenkilöiden. Käsitys unesta vain päiväsaikaisen aktiivisuuden puuttumisen tilana pitivät kuitenkin edelleen pintansa aina 1950 -luvulle saakka, jolloin samainen Kleitman oppilaansa kanssa löysi REM- unen eli vilkeunen. Itse asiassa 1900 -luvun *high tech* -menetelmä, aivojen sähköisen toiminnan mittaaminen, näytti aluksi tukevan unen passiivisuusteoriaa, mutta REM-unen keksimisen jälkeen käsitys alkoi nopeasti muuttua, kun havaittiin, että etenkin REM-unen aikana aivot ovat ilmeisen aktiivisia siitä huolimatta, että ihminen on tuolloin ympäristöstään tietämätön ja liikkumaton. (Kajaste & Partinen 2011.)

Vuonna 1968 Rechtschaffen ja Kales julkaisivat luokitusjärjestelmän, joka vakiinnutti unen eri vaiheiden luokittelun aina vuoteen 2007, jolloin American Academy of Sleep Medicine julkaisi uuden päivityksen unen polysomnografisesta luokitusjärjestelmästä. Uni tuli näin kokemusten ja suorien havaintojen sijaan määritellyksi tiettyjen sähköisten mittaustulosten kautta, mikä merkitsi unen ja sen tutkimisen historiassa merkittävää muutosta. Saatiinhan nyt tietoa nukkujan aivotoiminnasta ilman, että hänet täytyi herättää haastateltavaksi. Viime vuosikymme-

nien aikana EEG-pohjaisten menetelmien rinnalle on alkanut nousta muita menetelmiä, kuten aivojen tietokonekuvaukset (PET- ja fMRI) sekä joukko erilaisia immunologisia ja muita biologisia ja kemiallisia tutkimusmenetelmiä, joiden ansiosta tietomme unesta ja sen merkityksistä on viime vuosien aikana lisääntynyt yhä kiihtyvällä tahdilla. (Kajaste & Partinen 2011.)

2.1.1 Unen merkitys

Uni on ihmisen aivotoiminnan tila, jossa tietoinen yhteys olemassa oloon on poikki ja keho lepää. Aivot eivät lepää, vaan ovat aktiivisessa toiminnassa. Unen aikana esimerkiksi päivän aikaiset voimakkaat kokemukset ja tunnetilat kertautuvat ja järjestyvät mielessämme uudelleen. (Partinen & Huovinen 2007.)

Muutamat seikat tukevat vahvasti käsitystä siitä, että uni syystä tai toisesta, on elimistöllemme välttämätöntä. Ensinnäkin kaikki eliöt nukkuvat tai lepäävät, vaikka uni voi saattaa ne vaaraan. Unen määrän homeostaattinen säätely eli se, että elimistö pyrkii pitämään unen määrän vakiona, viittaa myös tärkeään merkitykseen. (Stenberg 2007.)

Unen tehtävää tai tehtäviä koskevia teorioita on viime vuosikymmenten aikana esitetty varsin monia (Hyypä & Kronholm 1998, 49). Aivojen toimintakyvyn palautumiseen liittyy teoria unen merkityksestä. Koska unenpuutteen vaikutukset näkyvät selvimmin aivojen toiminnan häiriöinä, on syytä olettaa, että unen merkitys tavalla tai toisella liittyy juuri aivojen toiminnan ylläpitämiseen. Vilkkaan päivän jälkeen nukahdamme nopeasti, ja syvää unta on enemmän kuin rauhallisen päivän jälkeen. Tämä voidaan tukita niin, että; ”runsas ärsyketulva rasittaa aivoja, jotka vaativat enemmän unta palautuakseen.” (Stenberg 2007.)

Hermosolujen välille syntyy koko ajan uusia yhteyksiä, synapseja, samalla kun entiset vahvistuvat, heikkenevät tai katoavat kokonaan. Yhteyksien synty perustuu siihen, mitä ympäristösämme havaitsemme. Se on myös muistin ja oppimisen ensimmäinen peruste. Yhteyden muodostuminen vaatii energiaa, joten mitä enemmän olemme päivän aikaan joutuneet havaitsemaan asioita, sitä enemmän hermosolujen välisiä yhteyksiä on syntynyt ja sitä enemmän on energiaa kulunut. Valveilla ollessa aivokuori ei pysty lepäämään, sillä jatkuva aistiärsykkeiden virta pommittaa sitä. Unen aikana aivokuori on kytketty irti aistiärsykkeistä, jolloin lepo ja uudistuminen ovat mahdollisia. Tällöin aivot saavat kaikessa rauhassa arvioida, mikä päivän mittaan kerätystä tiedosta on sen arvoista, että se painetaan muistiin. Unen erääksi tehtäväksi onkin esitetty, että sen aikana aivot puhdistetaan tarpeettomasta tiedosta, heikot yhteydet hermosolujen välillä puretaan. (Stenberg 2007.)

Synapsiteorian mukaan tarvitsisimme siis sitä enemmän unta, mitä enemmän aivoja on päivän aikana käytetty. Teoria selittää myös sen, miksi aivot eivät unen aikana ole toimeettomina

vaan ovat päinvastoin ajoittain hyvinkin aktiiviset: tiedon lajitteluun ja jälkikäsitteilyyn, samoin kuin yhteyksien putsaamiseen tarvitaan aktiivista aivotyötä. (Stenberg 2007.)

Tutkimuksen kohteena tällä hetkellä ovat teoriat, joiden mukaan oppiminen hyötyy unesta. Oppiminen on pitkäaikainen tapahtuma, jossa eri vaiheet seuraavat toisiaan ja siihen osallistuu eri aivoalueita. Oppimisen vaiheita ovat: uuden tiedon sisäänotto aivoihin, sen säilöminen työmuistiin ja siitä aikanaan pysyvämuistiin. Uuden tiedon sisäänotto voi tapahtua vain valveilla ollessa ja virkeys edistää oppimista. Muistiin painaminen taas hyötyy unesta. Oppimisteoria voidaan suurelta osin sisällyttää edellä kuvattuun synapsiteoriaan, ja voidaan ajatella, että oppimisen tehostuminen unen vaikutuksesta on pikemminkin unen sivuvaikutus kuin sen syy. (Stenberg 2007.)

Uni on keskeinen mekanismi stressistä toipumisessa. Toipumisen epäonnistuminen johtaa krooniseen univajeeseen ja erilaisiin somaattisiin ja psykiatrisiin sairauksiin. Vielä on epävarmaa, johtuvatko nämä sairaudet pitkittyneen stressireaktion suorista elinvaikutuksista, vai stressiin kytköksissä olevasta unen puutteesta. Nykytiedon perusteella näyttäisi kuitenkin siltä, että unen puutteella on oma, itsenäinen vaikutuksensa stressiin liittyvien sairauksien synnissä. Siksi unen häiriöt tulee tunnistaa mahdollisimman varhain ja niiden asianmukaiseen hoitoon on syytä kiinnittää erityistä huomiota kliinisessä työssä. (Paunio & Porkka-Heiskanen 2008.)

Erityisesti psyykkisissä sairauksissa näkyy unen ja sairauden vastavuoroinen keskinäinen vaikutus; on syytä olettaa, että unen puute altistaa psyyken sairauksille, ja toisaalta kaikkiin psyykkisiin sairauksiin liittyy unen muutoksia. On mahdollista, että sairaus ja unen muutokset ruokkivat toisiaan muodostaen pahenevien oireiden noidankehän. (Paunio & Porkka-Heiskanen 2008).

2.1.2 Univalverytmi

Selviytymisen kannalta on ilmeisesti ollut olennaista, että sopeutuminen valon ja pimeyden vaihteluun perustuu rytmiin eikä pelkkään ympäröivän valon määrään. Tällaista rytmiä kutsutaan sirkadiseksi rytmiksi. Ihmisellä tämä säätely tapahtuu hypotalamuksessa sijaitsevan suprakiasmaattisen tumakkeen keskuskellon sekä eri elimissä sijaitsevien paikalliskellojen avulla. Keskuskellomme saa tahdistuksen valosta, joka retinohypotalaamisen radaston kautta välittyy aluksi silmän verkkokalvolta suprakiasmaattiseen tumakkeeseen, ja sieltä edelleen tiettyjen välivaiheiden kautta käpylisäkkeeseen. Käpylisäkkeessä valon aiheuttama signaali jarruttaa melatoniinin eli pimeähormonin tuotantoa, mikä puolestaan toimii signaalina eri järjestelmille ja auttaa asettamaan sisäisen tahdistuksen kohdalleen. Sisäisen keskuskellomme vakaus

riippuu pitkälti perintötekijöistä, ja osalla ihmisiä sisäinen ajastus häiriintyy nopeasti ilman ulkopuolista tahdistusta. (Kajaste & Markkula 2011.)

Ihmisillä on erilaiset uni- valverytmit. Tämä johtuu vuorokausirytmien yksilöllisestä ruumiinlämmönvaihtelusta, mikä lienee ainakin osittain geneettisesti määräytyvää. Tämä näkyy selkeästi esimerkiksi ruumiin sisäisen lämpötilan vuorokausirytmisissä. Aamuvirkuilla ruumiinlämmön huippu sattuu iltapäivällä noin tuntia aikaisemmin kuin iltavirkuilla. Aamuvirkut tuntevat itsensä levänneiksi ja hyvinvoiviksi aamusta lähtien. He heräävät aikaisin ja menevät aikaisin nukkumaan. Vastaavasti illanvirkkujen on vaikea nousta aamulla vuoteesta ja heidän on helppo valvoa illalla myöhään, minkä he myös mielellään tekevät. Heidän työkykynsä on parhaimmillaan iltapäivällä tai illalla. (Hyypä & Kronholm 1998.)

Unen homeostaattisella säätelyllä tarkoitetaan sitä, että mitä pidemmän ajanjakson olemme yhtäjaksoisesti valveilla, sitä voimakkaammaksi käy unipaine eli pyrkimys nukahtaa. Unen aikana tämä unipaine vähenee. Unipaine muodostuu todennäköisesti hyvin monesta osatekijästä, mutta yksi selkeästi osoitettu *unihiekan* ainesosa näyttäisi olevan adensiini- niminen aine, jota kertyy aivoihin ja muualle elimistöön solujen aineenvaihdunnan jätteenä. Solut nimittäin käyttävät toimintansa polttoaineena adensiinitrifosfaattia, jossa yhdessä adensiini- molekyylissä on kiinni kolme fosforimolekyyliä. Näiden molekyylien irrotessa yksi kerrallaan solun aineenvaihdunnassa vapautuu energiaa. Lopulta solu siirtää jäljelle jääneen adensiinin ulkopuolelleen. Aivojen etuosien alapinnalla olevien kolinergisten solujen solukalvolla ovat adensiinireseptorit välittävät adensiinin vaikutuksen siten, että kun *unihiekkana* toimivaa adensiinia on kertynyt riittävästi vaikutuskohtaan (ja muut unen edellytykset, kuten sirkadinen rytmi ja ihmisen toiminta, mahdollistavat nukahtamisen), solujen aktiivisuus vähenee nopeasti ja ne menevät unen tilaan. (Kajaste & Markkula 2011.)

Univalverytmiämme säätelää siis sekä sirkadinen että homeostaattinen prosessi. Näitä prosesseja näyttäisi olevan useampia. Käytännössä toimiva yksinkertaistus eri hypoteeseista voisi olla useampia tekijöitä sisältävän ”pysy hereillä”- signaalin” ja valvomisen aiheuttaman unipaineen vuorovaikutus. Jos vireystilaamme säätelisi yksinomaan homeostaattinen järjestelmä, olisimme unipaineen kertymisen takia käytännössä puolet päivästä kutakuinkin toimintakyvyttömiä, eli unen ja valveen vaihtelun rajavyöhyke olisi tarpeettoman leveä. Pelkästään sirkadisen järjestelmän varassa tapahtuva säätely olisi puolestaan liian jäykkä ja heikentäisi liiaksi ihmisen kykyä sopeutua ympäristöönsä. (Kajaste & Markkula 2011.)

Tämän vuoksi on varsin ymmärrettävää, että evoluutio on suosinut järjestelmää, jossa eri olosuhteet, kuten elimistön rasittuneisuus ja mahdolliset uhkatekijät, voidaan huomioida. Ihmisellä onkin mahdollisuus ottaa sirkadisen ja homeostaattisen säätelyn muodostama automaatiohjaus ainakin osittain manuaaliseen hallintaan, mikä tekee systeemistä varsin sopeutuvan

ja jonka avulla saadaan turvattua riittävä suorituskyky ilman, että koneistoa altistetaan turhaan kiinnileikkaamisen vaaralle. (Kajaste & Markkula 2011.)

2.1.3 Unen vaiheet

Uni jakautuu kahteen osaan; REM -uni (Rapid Eye Movement eli nopeiden silmänliikkeiden uni) ja non-REM-uni (NREM), jotka jaetaan neljään syvyyssluokkaan, joista kahta kutsutaan varsinaiseksi syväksi uneksi. Syvän unen vaihe on juuri sitä virkistävää unta, joka auttaa elimistötämme palautumaan valveen rasituksesta. (Stenberg, 2007.)

REM- univaihe taas on toisenlainen. Silloin aivokuori muuttuu yhtä aktiiviseksi kuin ihmisen ollessa valveilla, mutta lihakset lamaantuvat kuten halvauksessa. Poikkeuksen tekevät esimerkiksi hengitysilhakset ja silmiä liikuttavat lihakset. Nämä univaiheet vuorottelevat yön kuluessa muodostaen unisyklejä, joissa siirrytään kevyemmistä univaiheista syvempiin, siitä REM- uneen ja taas uudestaan kevyeen uneen. Unisykliin lukumäärä, ajoitus ja rakenne ovat yksilöllisiä, mutta kullakin nukkujalla on samanlaisia syklejä yöstä toiseen. Eräs keskeinen unen laatua kuvaava seikka onkin sen rakenteen eheys, eli unisykliin vaihtelu ilman heräämisiä. Jos unisykliin rakenne särkyä, unen virkistävyys vähenee. (Stenberg 2007.)

Normaalisti yönestä noin 5 % on torkkumista, osapuulleen puolet kevyttä unta, noin 10-20% on syvää unta ja noin neljännes REM- unta. Yön ensimmäinen REM- jakso seuraa NREM- unta noin puolentoista tunnin kuluttua nukahtamisesta ja on kestoltaan tavallisesti muutamien minuuttien mittainen. Yön ensimmäinen unisykli on keskimäärin 70 - 100 minuutin mittainen ja myöhemmät noin 90 - 120 minuutin mittaisia. Normaalisti yöunen pisin, noin 20 - 40 minuutin mittainen syvän unen jakso sijoittuu ensimmäiseen unisykliin, ja normaalin yöunen aikana lähes kaikki syvän unen jaksot sijoittuvat yön ensimmäiselle puoliskolle. REM- jaksot pitenevät aamua kohden ja yön toisella puoliskolla niiden väliset NREM -vaiheet muodostuvat pääsääntöisesti torkkumisesta ja kevyestä unesta. Yön aikana esiintyy normaalisti myös useita hyvin lyhyitä mikroheräämisiä, joita nukkuja ei kuitenkaan tule rekisteröineeksi eikä yleensä muista niitä enää aamulla. (Kajaste & Markkula 2011.)

2.1.4 Unen määrä

Unen tarve - se määrä unta, jonka vuorokaudessa tarvitsemme - on geenien määräämää ja yksilöllinen vaihtelu on suuri; joku tarvitsee yhdeksän tuntia siinä missä toinen selviää kuudella tunnilla yössä. Aikuisten keskimääräinen unentarve on noin seitsemän ja puoli tuntia, mutta keskiarvo ei kerro yhden tietyn ihmisen tarvitseman unen määrästä. Voimme vaikuttaa unemme pituuteen; jos on tarvetta valvoa pitkään, pystymme sen tekemään, mutta seuraava

unijakso on sitten normaalia pidempi. Pitkän päälle unen tarve asettuu geeniemme sanelemaan mittaan. (Stenberg 2007.)

Eri tutkimuksissa asia määritellään hieman eri tavoin, mutta erilaiset terveydelliset riskit ja kuolemanvaaran lisääntyminen näyttäisivät merkittävästi lisääntyvän vasta säännöllisesti alle viisi tai yli kymmenen tuntia nukkuvilla. Useissa tutkimuksissa on varsin yhtäpitävästi tullut esille kuolemanriskin lisääntyminen unen pituusjakauman ääripäissä. On kuitenkin tärkeätä muistaa, että kyseessä on korrelaatio, ei osoitettu syy-seuraussuhde, ja on varsin oletettavaa, että hyvin suurta osaa selittävät erilaiset sairaudet ja muut tekijät, jotka ovat syynä myös unen pituuteen. Vähän tai paljon nukkuminen ei siis sinänsä ole välttämättä vaarallista. (Kajaste & Markkula 2011.)

Eräät tutkijat ovat korostaneet, että pikemminkin unen laatu kuin unen pituus sinänsä on voimakkaammin yhteydessä heikentyneeseen terveydentilaan ja sen muutoksiin. Useat suomalaiset tutkimukset ovat vahvistaneet huonon unenlaadun yhteyden terveysvaaroihin. (Hyypä & Kronholm 1998.)

2.2 Unettomuus

Unta häiritsevät erilaiset unihäiriöt. Unettomuus on näistä häiriöistä yleisin. Suomalaistutkimuksen mukaan unettomuus vaivaa jo yli miljoonaa suomalaista; määrä on jopa kaksi kertaa suurempi meillä kuin muissa Euroopan maissa. Unettomuuden vuoksi elämänhalu vähenee, perhe-elämä häiriintyy ja päiväväsytys haittaa merkittävästi työntekoa. Arvellaan, että unettomuudesta on tullut 2000-luvulla työikäisten painajainen. (Partinen & Huovinen 2011; Partinen & Huovinen 2007; Käypähoito 2008.)

Unettomuus ilmenee tai se koetaan vaikeutena nukahtaa iltaisin, vaikeutena pysyä unessa tai liian aikaisena heräämisenä. Unettomuus voi olla kestoiltaan tilapäistä tai jatkuvaa. Henkilön katsotaan kärsivän unettomuudesta, jos hän kärsii unen saamisen tai unessa pysymisen vaikeudesta vähintään kolmena yönä viikossa. Normaalisti ihminen nukahtaa noin puolessa tunnissa ja on yön aikana hereillä vajaat puoli tuntia. Unettomuus on yleisempää naisilla kuin miehillä. Iän mukana unettomuus yleistyy sekä miehillä että naisilla, yli 65-vuotiaista 5 % kärsii unettomuudesta. (Huttunen 2011; Partinen et al 1991; Partinen & Huovinen 2011; Käypähoito 2008.)

Jokainen kärsii jonkinlaisesta unettomuudesta elämänsä aikana. Tällöin kyseessä on tilapäinen unettomuus, joka kestää useimmiten alle kaksi viikkoa. Lyhyt kestoinen unettomuus taas määritellään käypähoitosuosituksen (2008) mukaisesti kestäväksi 2-12 viikkoa ja pitkäkestoiseksi unettomuudeksi eli kroonisesta unettomuudesta (5-12 % aikuisväestöstä) puhutaan kun

unettomuus on kestänyt yli kolme kuukautta. Pitkäkestoinen unettomuus on tärkeä hoitaa, sillä se heikentää toimintakykyä, sekä altistaa ruumiillisille ja psyykkisille sairauksille. Esimerkiksi keskivartalolihavuuden riski lisääntyy suomalaisessa väestössä jopa 1,2- 2,3 - kertaiseksi unettomuuden pitkittyessä. Unettomuus lisää myös tapaturmien riskiä; muun muassa unettomuudesta johtuva väsymys on taustatekijänä kolmasosassa liikenneonnettomuuksista. Lisäksi unettomuus pitkittyessään huonontaa elämänlaatua. (Käypähoito 2008; Riikola & Partinen 2008; Partinen & Huovinen 2007.)

Kansainvälisiä ICSD- ja DSM-luokitteluja myötäilevän yleisen käytännön mukaisesti unihäiriöt voi karkeasti jakaa itse primäärisiin unen häiriöihin eli dyssomnioihin, unenaikaisiin erityishäiriöihin eli parasomnioihin, sekä sekundäärisiin psykiatristen tai muiden sairauksien, lääkkeiden, päihteiden tai muiden syiden aiheuttamiin unihäiriöihin. (Kajaste & Markkula 2011.) Suomalaisen käypähoito-suosituksen (2008) mukaan unihäiriöt luokitellaan unettomuuteen, unenaikaisiin hengityshäiriöihin, keskushermostoperäiseen poikkeavaan väsymykseen, uni-valverytmin häiriöihin, unenaikaisiin liikehäiriöihin ja erityishäiriöihin (parasomnia) sekä muihin sairauksiin liittyviin unihäiriöihin. Tässä opinnäytetyössä keskitytään enimmäkseen käypähoitosuosituksen mukaiseen unettomuuteen, johon sisällytetään myös uni-valverytmin häiriöt. (Käypähoito 2008; Kajaste & Markkula 2011.)

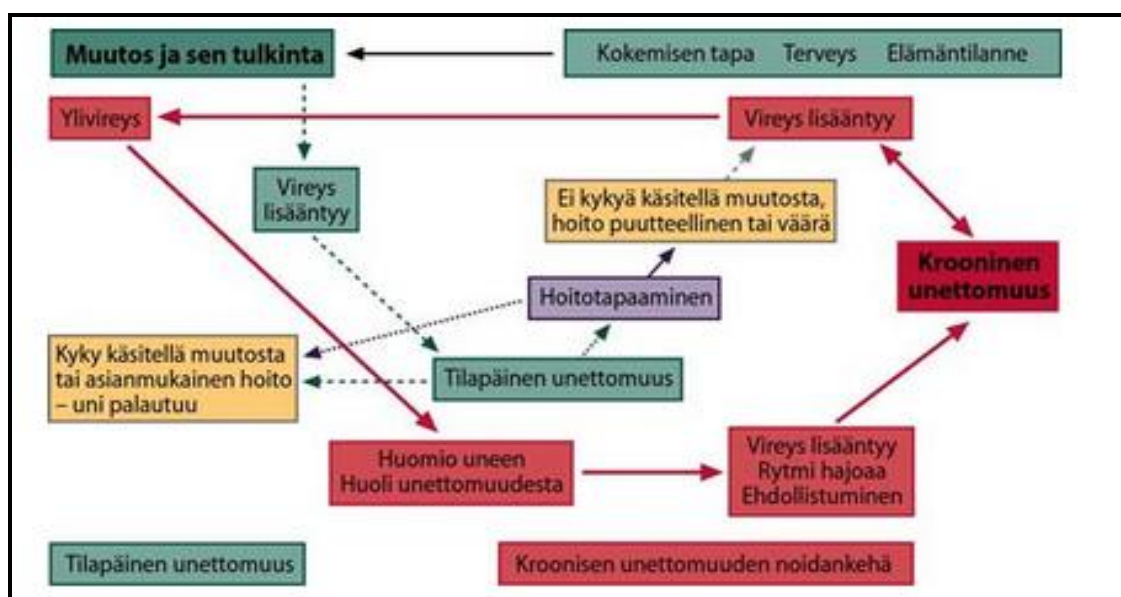
Unettomuus on oire, ei sairaus. Oireen taustalla on aina jokin syy, joka on syytä selvittää. (Partinen et al 1991, 38; Kivelä 2007,32; Partinen & Huovinen 2007, 81.) Taustalla voi olla useita tekijöitä: elämäntilanne tai sen muutokset, kiire, vuorotyö ja epätyypilliset työajat, informaatiotulvan lisääntyminen, huonot nukkumistottumukset ja olosuhteet, aikavyöhykkeiden ylitykset, persoonallisuustekijät, huolet tai sairaus. (Käypähoito 2008; Partinen & Huovinen 2007; Partinen et al 1991; Kivelä 2007.)

Käypähoito-luokittelun (2008) mukaisesti unihäiriöt voidaan jakaa pääryhmittäin: unettomuuteen, unenaikaisiin hengityshäiriöihin, keskushermostoperäiseen poikkeavaan väsymykseen, uni-valverytmin häiriöihin, unenaikaisiin liikehäiriöihin ja erityishäiriöihin (parasomnia) sekä muihin sairauksiin liittyviin unihäiriöihin, jotka saattavat aiheuttaa unettomuutta tai ovat tekijöitä unettomuuden synnyssä. Alan kirjallisuudessa, ammattilaisten tutkimana, unihäiriöt voidaan jakaa edellisestä poiketen neljään ryhmään; unettomuutta aiheuttavat häiriöt, liiallista päiväaikaista väsymystä aiheuttavat häiriöt, unenaikaiset häiriöt eli parasomniat ja uni-valverytmin häiriöt. (Käypähoito 2008; Partinen & Huovinen 2011.; Partinen & Huovinen 2007; Partinen et al 1991.)

2.2.1 Unettomuutta aiheuttavat häiriöt

Unettomuutta aiheuttavista häiriöistä yleisin on toiminnallinen unettomuus. Krooninen toiminnallinen unettomuus kehittyy monien tekijöiden vuorovaikutuksesta. (Käypähoito 2008). Partinen ja Huovinen (2007) kuvaa toiminnallisen unettomuuden ”voimakkaaksi reagoiiksi johonkin, niin että uni häiriintyy”.

Kognitiivisen näkemyksen sekä kolmen unettomuustyyppin mukaan voidaan erottaa unettomuudelle altistavat, sen laukaisevat ja sitä ylläpitävät tekijät (Käypähoito 2008; Partinen & Huovinen 2007.)



Kuvio 1. Kroonisen toiminnallisen unettomuuden kehittyminen ja siihen vaikuttavat altistavat ja ylläpitävät tekijät (Käypähoito 2008.)

Kyvyttömyydellä käsitellä ja säädellä tunteita näyttäisi olevan keskeinen osuus kroonisessa unettomuudessa. Unettomat ihmiset näyttävät stressaantuvan erittäin herkästi. Kyseessä ei ole niinkään painetekijöiden laatu ja määrä kuin kyky tunnistaa ja käsitellä emootioita. Toiminnallinen unettomuus alkaa yleensä jostain elämäntilanteen muutoksesta, johon on luonnollista reagoida unettomuudella. Tilapäinen unettomuus kroonistuu helposti, jos unettomuus alkaa aiheuttaa huolta, esimerkiksi ihminen kokee että ei saa unta ja saattaa heräillä öisin, kuitenkin nukahtaa hetkeksi television ääreen, mutta vuoteeseen mentyyään ei saa unta. Lisäksi samainen henkilö saattaa nukkua kotoa poissa ollessaan paremmin. Tällaisessa unettomuudessa on kyseessä eräänlainen negatiivinen ehdollistuminen nukahtamiseen omassa vuoteessa. Vireystila on unen ja valveen välisen tasapainon keskeinen säätelijä, ja liiallinen vireys on unen este. Vireyttä lisäävät liiallinen psyykinen tai fyysinen aktiivisuus, ongelmien huomiotta jättäminen päivällä, jolloin ne tunkeutuvat mieleen yöllä, huoli unesta ja uni-valvetrytmin rikkoutuminen. Tällöin muodostuu noidankehä, jossa unen yrittäminen vain pa-

hentaa tilannetta. Unettomuutta ylläpitävistä tekijöistä keskeisin on ylivireystila ja sen jatkuminen itseään ruokkivana kehänä. (Käypähoito 2008; Partinen & Huovinen 2007.)

Muita häiriöitä unettomuuden synnylle ovat pitkäaikaiset sairaudet kuten sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet, keuhkosairaudet, neurologiset sairaudet, reuma, depressiivisyys, fyysiset vajaatoiminnot, heikoksi koettu terveydentila ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö. Sairauden helpottaessa, vaikka terveydentila kohenee, voi unettomuus jatkua. Naisilla vaihdevuodet liittyvät hormonitoiminnan muutoksiin ja saattavat altistaa unettomuudelle. Tällöin hormonikorvaushoito voi parantaa merkitsevästi unta. Myös huumeet, alkoholi, tupakka ja kofeiinipitoiset juomat (myös kola- ja energiajuomat) voivat lisätä unihäiriöitä. (Käypähoito 2008.)

2.2.2 Liiallista päiväaikaista väsymystä aiheuttavat häiriöt

Primaarisella hypersomnialla eli liikaunisuudella tarkoitetaan vähintään kuukauden jatkunutta tilaa, jolle on tunnusomaista selvästi lisääntynyt unen tarve, jota ei selitä jonkin aineen käyttö, vieroitusoireet tai muu sairaus. Yöuni on hypersomniassa vähintään kahdeksan, yleensä yli kahdentoista tunnin mittainen. Tämän lisäksi hypersomniasta kärsivä saattaa tarvita tuntienkin mittaisia päiväunia. Liikaunisilla unesta herääminen on hankalaa ja se kestää pitkään. Yleinen oire on niin sanottu unihumala, jopa tuntien mittaisen pitkittyneen heräämisvaiheen aikainen tokkura, joka voi muistuttaa vahvaa humalatilaa. Äärimmillään liikauninen voi toimia ikään kuin kävelisi unissaan eli tehdä asioita niitä sen enempää tiedostamatta tai ajattelematta. Yön rakenne on heillä normaali, eli uniapnean tai häiriintyneen yön aiheuttama väsymystä ei lasketa hypersomniaksi. Liikaunisuus on yleistä esimerkiksi epätyypillisessä masennuksessa. (Kajaste & Markkula 2011.)

Psykofysiologinen hypersomnia muistuttaa primaaria hypersomniaa. Valtaosa ihmisistä reagoi ahdistavaan tai stressaavaan tilanteeseen unettomuudella mutta osa ihmisistä päinvastaisella tavalla eli liikaunisuudella. Psykofysiologinen hypersomnia näyttäisi voivan kroonistua samalla tavoin kuin psykofysiologinen insomniakin. Tällaisen tilan erottaminen muista hypersomnioista on hyvin tärkeätä, sillä toisin kuin esimerkiksi narkolepsiassa, psyykkisistä syistä johtuvan hypersomnian oireet eivät suinkaan helpotu (ainakaan pitkäaikaisesti) piristeillä, pikemminkin päinvastoin. (Kajaste & Markkula 2011.)

Lääketieteellisistä liikaunisuustiloista kuuluisin lienee sen harvinaisuudesta huolimatta narkolepsia dramaattisen oirekuvansa ansiosta (Kajaste & Markkula 2011). Narkolepsia on krooninen unihäiriö, jolle on ominaista päivittäin ilmenevä pakonomainen nukahtaminen paikallaan ollessa tai ”unikohtaukset” odottamattomissa tilanteissa, kuten syödessä, kesken puhumisen tai kävellessä. Päivittäin toistuvasti ilmenevä nukahtaminen tapahtuu nopeasti, joskus harvoin

ilman varoittavaa väsymystä. Primaarisesta liikaunisuudesta poiketen narkolepsiassa ilmenevät torkahdukset ovat virkistäviä. Torkahdusta edeltävään väsymykseen voi liittyä muisti- tai oppimisvaikeuksia, hämärätiloja, automaattisia liikkeitä, kaksoiskuvien näkemistä tai näön hämärtymistä. (Huttunen 2011.)

Narkolepsian keskeisiin oireisiin kuuluvat myös hypnagogiset ja hypnapompiset hallusinaatiot, unihalvaukset sekä katapleksiakohtaukset. Hypnagogiset hallusinaatiot ovat nukahtamisvaiheeseen ja hypnapompiset hallusinaatiot heräämisvaiheeseen liittyviä harha-aistimuksia. Ne eivät ole psykoosin oireita, vaan ne ovat mielletävissä väärään aikaan esiintyväksi unennäöksi. (Kajaste & Markkula 2011.)

Toinen narkolepsialle tyypillinen oire on voimakkaisiin tunnetiloihin liittyvä äkillinen lihasjänteyden vähentyminen tai pettäminen eli katapleksia. Lihasjänteyden menetys kestää muutamasta sekunnista joihinkin minuutteihin, ja sen aste vaihtelee lievästä lihasheikkouden tunteesta täydelliseen voimattomuuteen. Joillakin narkolepsiasta kärsivillä näitä katapleksisia kohtauksia ilmenee vain muutama koko elämän aikana, joillakin jopa kymmeniä päivässä. Odottamatta, tiheään ja voimakkaana ilmenevät katapleksiakohtaukset ovat hyvin kiusallisia ja altistavat erilaisille vahingoille. (Huttunen 2011.)

Narkolepsian syytä ei tunneta. Nykykäsityksen valossa narkolepsian syinä arvellaan olevan erilaisten perinnöllisten tekijöiden, infektioiden ja erilaisten toksiinien yhteisvaikutus. Hypokretiini on aivoissa oleva aine, jonka tiedetään säätelevän valveillaoloa ja REM-unta. Hypokretiinin pitoisuus on tavallista alhaisempi narkolepsiaa ja erityisesti katapleksiaa sairastavilla henkilöillä. (Huttunen 2011.)

Unihalvaus eli herääminen ennen REM-unelle tyypillisen lihaslaman loppumista voi olla hyvinkin pelottava mutta sinänsä vaaraton ilmiö. Tila voi kestää minuutteja ja se loppuu itsestään tai johonkin ulkoiseen ärsykkeeseen. Unihalvauksen syynä voivat olla myös epäsäännöllinen uni- valverytmi, univaje ja stressi. (Partinen & Huovinen 2007; Kajaste & Markkula 2011.)

Noin 10:llä prosentilla kuorsaavista henkilöistä esiintyy unenaikaisia hengityskatkoja (niin sanottu obstruktiivinen uniapnea). Tällöin hengitysteiden ahtaudesta johtuva sisäänhengityksen aiheuttama alipaine unen aikana tukkii kokonaan ilman virtaamisen sisäänpäin hetkellisesti. Katkoksen kesto voi olla muutamasta sekunnista jopa yli puoleen minuuttiin. Katkos päättyy usein korahdukseen ja nukkujan havahtumiseen, vaikkei hän aina tietoisesti herääkään. Toistuvien unenaikaisten hengityskatkosten vuoksi uni jää katkonaiseksi, ja tällainen kuorsaaja on aamulla väsynyt. Lisäksi väsymys voi päiväsaikaan olla poikkeuksellisen voimakasta ja johtaa nukahteluun. (Saarelma 2011.)

Uniapnea potilailla esiintyy kuorsauksen, hengityskatkosten ja päiväsaikaisen väsymyksen lisäksi myös muita oireita, kuten ärtyneisyyttä, impotenssia ja muistihäiriöitä. Lisäksi oireisiin voi kuulua monenlaisia elintoiminnan häiriöitä kuten yöhikoilu, lisääntynyt yöllinen virtsaamistarve, yölliset rytmihäiriöt ja impotenssi sekä suun kuivuminen ja aamupäänsärky. (Saarelma 2011.)

Hoitamaton uniapnea lisää kuolleisuutta sydän- ja verisuonisairauksiin 3-6-kertaisesti. Se lisää myös eteisvärinää, aivoinfarkteja, keuhkovaltimoverenpainetautia ja tyypin 2 -diabetesta. Uniapnealla on yhteyttä myös kohonneeseen verenpaineeseen, keskittymis- ja oppimisvaikeuksiin, muistihäiriöihin ja masennukseen. Uniapneasta kärsivä saattaa torkahdella aika ajoin, joten myös riski joutua onnettomuuksiin ja tapaturmiin on suurentunut. (Tarnanen, Anttalainen & Helin-Salmivaara 2010.)

Levottomilla jaloilla (Restless Legs Syndrome, RLS) tarkoitetaan alaraajojen epämiellyttävää tuntemusta, joka pakottaa liikuttelemaan jalkoja, koska liikuttelu helpottaa epämiellyttävää oloa. Potilaat kuvaavat näitä vaivoja kutinaksi, kuumotukseksi, pistelyksi, kirvelyksi, puutumiseksi, poltteluksi, kylmän tunteeksi, muurahaisten kävelyksi tai joskus myös omituiseksi jalkasäryksi. Oireet pahenevat illalla ja yöllä, mutta niitä saattaa esiintyä muulloinkin, esimerkiksi pitkään paikallaan istuessa vaikkapa lentokoneessa tai teatterissa. Oireille on tunnusomaista myös se, että ne ovat pahimmillaan makuuasennossa ja levossa. Raajan liikuttelu, esimerkiksi nouseminen kävelemään, auttaa hetkeksi tuntemuksiin. (Kajaste & Markkula 2011; Partinen & Huovinen 2007; Saarelma 2011.)

Levottomat jalat- oireyhtymä vaivaa yleensä yli 40- vuotiaita, ja sen yleisyys lisääntyy iän myötä. Nuoremmilla se voi joskus liittyä myös raskauteen tai raudan puutteeseen. (Saarelma 2011.) Levottomien jalkojen tarkka syy on vielä osin tuntematon, mutta dopamiiniaineenvaihdunnan osuus on ilmeinen, sillä dopamiinijärjestelmään vaikuttavat lääkkeet auttavat yli 90:ää prosenttia siitä kärsiviä potilaita. (Kajaste & Markkula 2011).

Jopa 10:llä prosentilla suomalaisista on levottomat jalat, tosin monilla vaiva on lievä. Kuitenkin arviolta kolme prosenttia eli jopa 150 000 suomalaista kärsii vaikea-asteisesta RLS:stä, joka vaikuttaa haitallisesti elämänlaatuun ja terveyteen. (Partinen & Huovinen 2011.)

2.2.3 Unenaikaiset häiriöt eli parasomniat

Unenaikaiset erityishäiriöt eli parasomniat voivat olla harmittomia tai hyvinkin harmillisia ja vaikeita. Parasomniat jaetaan neljään pääryhmään sen mukaan, esiintyvätkö ne heräämisvaiheessa, uni-valvetilan vaihdosten aikana, REM-univaiheessa vai ovatko ne univaiheista riippumattomia. Tyypillisiä parasomnioita ovat muun muassa unissa puhuminen, painajaiset, yölliset

kauhukohtaukset, hampaiden narskuttelu (bruksismi), unissakävely, tahaton yökastelu ja REM-unikäyttäytymishäiriö. (Kajaste & Markkula 2011; Partinen & Huovinen 2007.)

2.2.4 Uni-valverytmin häiriöt

Uni-valverytmin häiriöt saattavat aiheuttaa monenlaisia oireita, joille on yhteistä aivojen toiminnan eriasteinen häiriintyminen sekä vaikeudet nukkua toivottuun aikaan. Uni-valverytmin häiriöihin kuuluvat muun muassa vuorotyöhön ja epäsäännöllisiin työaikoihin liittyvät ongelmat, kun oireena on unettomuus tai poikkeava väsymys joka ajallisesti on yhteydessä toistuviin, normaaliin nukkumisaikaan osuviin työaikoihin. (Kajaste & Markkula 2011.)

Aikaerorasitus (jet lag), on viivästynyt unijakso (Delayed Sleep Phase Syndrome, DSPS), jossa uni tulee vasta aamuyöllä, herääminen on vaikeaa, ja jossa vireystaso sen sijaan on korkeimmillaan illalla. Viivästyneessä unijakso-tyypissä henkilön sisäisen kellon säätämät nukahtamisen ja heräämisen ajat ovat siirtyneet eteenpäin. Henkilö saa unen päästä kiinni vasta keskiyön jälkeen tai aamuyöstä, jonka seurauksena hänen on vaikea herätä aamuisin tavalliseen tai työelämän vaatimaan aikaan. Viivästynyt univaihe on etenkin nuorilla varsin yleinen uni-häiriö. Henkilö valvoo tällöin virkeänä aamuyöhön asti, jonka jälkeen hän nukkuu tai nukkuisi pitkään aamupäivään asti. (Huttunen 2010; Partinen & Huovinen 2007.)

Aikaistunut unijakso on häiriö, jossa (Advanced Sleep Phase Syndrome, ASPS) yöuni päättyy liian aikaisin varhaisen nukkumaanmenon vuoksi, eikä uni tule enää uudelleen. Tuloksena on pinnallinen ja katkeileva yöuni. Elimistön endogeenisen biologisen kellon rytmi on aikaistunut sosiaalisen kellon rytmiin verrattuna. Tällöin ihminen on väsynyt illalla jo klo 18- 19 aikaan. Aikaistuneeseen unijaksoon ei kuulu 24 tunnin uni-valverytmi ja epäsäännöllinen uni-valverytmi, koska ne liittyvät epäsäännöllisiin elämäntapoihin liittyvään unettomuuteen. (Huttunen 2010; Partinen & Huovinen 2007.)

Muita unihäiriöiden syitä ovat muun muassa vuodenaikaan liittyvät syyt, kuten esimerkiksi kaamos. Näille kaikille vuodenaikaan liittyville syyille on yhteistä se, että keskuskello on joko sisäisten tai ulkoisten tekijöiden vuoksi eri tahdissa ympäristön (auringonvalon) kanssa. (Kajaste & Markkula 2011; Käypähoito 2008.)

Elimistön sisäinen keskuskello sijaitsee aivojen hypotalamuksen etuosassa. Elimistön keskuskellon sisäsyntyinen jakso on useimmilla ihmisillä jonkin verran yli 24 tuntia, keskimäärin 24 tuntia 10 minuuttia. Keskuskellon pysyminen vuorokauden mukaisena, edellyttää ympäristöstä saatavia säännöllisiä aikamerkkejä. Näistä keskuskelloa tahdistavia aikamerkkejä ovat valon ja pimeän vaihtelu, säännölliset aterioinnit ja nukkumaan menon ja heräämisen ajat. Ilman

näitä ulkoisia tahdistajia keskuskello alkaa jättää, nukahtaminen ja herääminen viivästyvät ja yöunen laatu heikkenee. (Huttunen 2010.)

2.3 Unettomuuden lääkkeetön hoito

Unettomuuden lääkkeetön hoito sisältää nukkumisen sekä unettomuutta ylläpitävien tekijöiden kartoittamista ja toiminnallisia menetelmiä. Kognitiivisilla menetelmillä tarkoitetaan terapioidia, joissa tutkitaan potilaan mielen toimintamallien ja niistä johtuvien toimintatapojen vaikutusta unettomuuteen sekä sitä, miten terapian myötä tulevat muutokset potilaan kokemisen tavassa ja käyttäytymisessä vaikuttavat hyvinvointiin. (Käypähoito 2008.)

Kognitiivisia menetelmiä pidetään ensisijaisina hoitoina, koska ne vaikuttavat unettomuutta ylläpitäviin tekijöihin ja koska niiden teho säilyy hoidon lopettamisen jälkeen. Näillä menetelmillä pyritään vaikuttamaan erityisesti unettomuutta ylläpitäviin tekijöihin ja katkaistaan noidankehä. Perusterveydenhuollon henkilöstö oppii täydennyskoulutuksella käyttämään kognitiivisia menetelmiä ja kognitiiviset hoito-ohjelmat näyttävät soveltuvan perusterveydenhuollon käyttöön. Osa unettomista potilaista näyttäisi hyötyvän jo suhteellisen vähäisestä, mutta hyvin suunnatuista hoidoista. Osa unettomuuden hoitomenetelmistä vaikuttaa potilaan toimintatapoihin. Ne tähtäävät unirytmien säännöllistämiseen, elämäntapamuutoksiin ja nukkumista helpottavien ulkoisten olosuhteiden luomiseen. (Käypähoito 2008.)

Raja psykoterapeuttisin keinoin tehtävän unettomuuden hoidon ja varsinaisen psykoterapian välillä on liukuva. Jos unettomuus liittyy psykiatriisiin häiriöihin, kuten ahdistukseen, masennukseen, persoonallisuushäiriöihin tai psykooseihin, tarvitaan usein varsinaista psykoterapiaa osana hoitoa. Mikäli taas kyseessä on toiminnallinen unettomuus, joka on kehittynyt erilaisten oppimisprosessien kautta, uneen liittyvät hoitokeinot tuovat yleensä riittävän avun. Tavallimmat kognitiivis-behavioraaliset hoitokeinot ovat unen huolto, rentoutuminen ja kognitiiviset keinot. (Kajaste & Markkula 2011.)

2.3.1 Kognitiiviset menetelmät

Kognitiivisten menetelmien käyttö perustuu siihen, että monet kognitiivisen ja emotionaalisen aineksen prosessointitavat tuottavat unen estävää, kiihtynyttä vireystilaa. Kognitioiden ja emotioiden tutkiminen ja niiden joustavuuden ja adaptiivisuuden lisääminen on keskeinen osa unettomuuden kognitiivista hoitoa. Koska monenlaiset kognitiivisen prosessoinnin tavat aiheuttavat unettomuutta, on myös erilaisia tapoja, joilla näitä voi lievittää. (Kajaste & Markkula 2011.)

Kognitiivisia menetelmiä käytettäessä keskitytään selvittämään yksityiskohtaisesti, mitä tapahtuu silloin, kun ihminen ei kykene nukahtamaan illalla, tai yöllä herättyään. Nukkumista voivat häiritä työhuolet, perhehuolet ja etenkin unettomuuden synnyttämä epätoivo. Monet unettomat eivät tunnista muita huolia kuin ahdistuksen unettomuudesta ja sen seurauksista. Tämä ahdistus riittää yksinäänkin kehittämään voimakkaan mielenkuohun. Varsinkin vanhempien ihmisten mieleen hiipii yöllä esimerkiksi huoli terveydestä, jos itsellä tai läheisillä on vakavia sairauksia. Oireita on hyvää tarkkailla kun huoli kasvaa. (Kajaste & Markkula 2011.)

Kognitiivisia menetelmiä unettomuuden hoidossa ovat mustavalkoisuuden tutkiminen, tosiasioiden tutkiminen, skaaloittaminen, nuoli alas-tekniikka, haitta-hyöty-analyysi, huolten käsittely ja kirjoittaminen. Keskittyneen tekemisen menetelmiä ovat suomalainen zen ja askartelu. Mielen rauhoittamisen menetelmiä taas zen ja uni, sekä pelkosysteemin rauhoittaminen. (Kajaste & Markkula 2011.)

2.3.2 Toiminnalliset menetelmät

Toiminnallisiin menetelmiin luetaan vuorokausirytmiiä palauttavat menetelmät (unen huolto), erilaiset unen rajoittamisen menetelmät (uniärsykkeiden hallinta, unen rajoittaminen ja unen aikatauluttaminen) sekä päivän rytmittäminen (vuorokauden jakaminen osiin). (Kajaste & Markkula 2011.)

Unen huollossa pyritään poistamaan erilaisia toimintahäiriöitä ja kitkaa aiheuttavia tekijöitä, kuten huoltotoimenpiteissä yleensäkin. Unen huollossa korostetaan rytmin merkitystä vuorokauden ympäri. Lukuisa joukko rytmisiä ilmiöitä tapahtuu koko ajan elimistössämme. Ne voivat tukea ja vahvistaa toisiaan tai sitten ne voivat olla ristiriidassa keskenään. (Kajaste & Markkula 2011.)

Joihinkin elimistön rytmeihin voimme vaikuttaa suoraan omalla toiminnallamme: voimme nousta vuoteesta samaan, elämäolosuhteisiimme sopivaan aikaan ja voimme mennä vuoteeseen aikaan, joka antaa meille mahdollisuuden nukkua riittävästi. Elämän rytmisyydellä vahvistetaan unen rytmisyyttä. Säännöllisesti elävät ihmiset tekevät näin luonnostaan, mutta muilla rytmin tietoinen huolto on hyödyksi: aamulla ulos, koska valo tahdistaa silloin parhaiten päivärytmiiä; säännölliset ruokailuajat; jos päivätorkut ovat tullakseen, ne on hyvä pitää lyhyinä ja samaan aikaan toistuvina. (Kajaste & Markkula 2011.)

Elämäntapoja tarkasteltaessa kannattaa kiinnittää huomio nautintoaineisiin. Tutkimuksissa on todettu, että tupakoitsijoilla on huomattavasti enemmän nukahtamisen ja unessa pysymisen vaikeuksia kuin tupakoimattomilla. Jos ei pysty lopettamaan tupakointia, olisi tärkeää edes pyrkiä vähentämään tupakointia ennen nukkumaan menoa ja lopettaa yöllinen tupakoin-

ti, sillä jos yöllä nousee polttamaan, on uni entistä katkonaisempaa. (Kajaste & Markkula 2011.)

Kahvi, tee, kaakao, tumma suklaa ja kolajuomat sisältävät kofeiinia ja muita ksantiineja, jotka kaikki toimivat elimistössämme stimulantteina, eli niillä on piristävä vaikutus. Kofeiinin vaikutus vaihtelee yksilöllisesti ja sen toleranssi eli sietokyky alkaa kasvaa jo muutaman päivän säännöllisen käytön jälkeen. Kofeiinin vaikutuksen ajatellaan välittyvän adenosiinivaikutuksen ehkäisemisen kautta. Adenosiini on yksi väsymystä aivoissa välittävistä aineista ja sitä muodostuu aina, kun solut käyttävät energiaa. Adenosiini on myös nukahtamisen kannalta keskeinen välittäjäaine. (Kajaste & Markkula 2011.)

Alkoholi aktivoi keskushermostossa muun muassa GABA-, kannabinoidi- ja opiaattijärjestelmien toimintaa. Niin sanotun mielihyväratoihin kohdistuvan vaikutuksen ajatellaan liittyvän sen vuosituhantisen suosion ohella myös riippuvuuden kehittymisen riskiin. Alkoholi voi joillakin toimia pieninä määrinä jopa piristävästi, mutta yleisimmin pieni annos illalla vaikuttaa siten, että uni tulee nopeammin, NREM-unen määrä lisääntyy ja REM-unen määrä vähenee yön ensimmäisinä tunteina. Alkoholin poistuttua elimistöstä uni kuitenkin voi pinnallistua, REM-unen määrä lisääntyä, painajaiset ja unennäkö lisääntyä sekä sympaattisen hermoston aktiivisuus kasvaa. Tämä ilmiö tulee esille etenkin vähänkin runsaamman alkoholin käytön yhteydessä. (Kajaste & Markkula 2011.)

Liikunta on hyvä ajoittaa myöhäiseen iltapäivään tai aikaiseen iltaan. Ripeä liikunta kiihdyttää aineenvaihduntaa ja siten piristää. Hyväkuntoisilla ihmisillä liikunta parantaa unta. Huonokuntoisten kannattaa varoa liiallista rasitusta ja parantaa kuntoa vähitellen. Paras liikunta-aika on myöhäinen iltapäivä tai alkuiltä, tällöin liikunnan kiihdyttämä aineenvaihdunta rauhoittuu ja keho viilenee, mikä edistää unta. (Kajaste & Markkula 2011.)

Rituaalit valmistavat meitä uneen. Kannattaa miettiä, mitkä ovat omat iltarituaalit. Tavallinen iltarituaali voisi olla esimerkiksi iltapala, kymmenen uutiset, iltatoimet, hyvänyön suukko, seksiä tai muuta mukavaa, mukavan uniasennon ottaminen ja mahdollinen nukahtaminen. (Kajaste & Markkula 2011.)

Uniärsykkeiden hallinta ja vuoteessa olon rajoittaminen ovat hyvin tutkittuja ja monissa maissa suosittuja menetelmiä. Ne ovat myös vaativia ja monien mielestä stressaaviakin menetelmiä. Unen pituutta seurataan koko ajan unipäiväkirjan avulla, ja sen perusteella sitten lyhennetään tai pidennetään vuoteessa olo-aikaa tietyn kaavan mukaan. Huolimatta siitä, että niistä on paljon tutkimustietoa etenkin yhdysvalloista, on kirjoittajien oma kokemus se, etteivät nämä menetelmät käytännössä loppuen lopuksi sovellu monellekaan unettomalle. Joidenkin tutkimusten mukaan ne lisäävät kyllä jonkin verran unta ja vähentävät yöllistä valvomista,

mutta ne eivät paranna elämänlaatua. Tässäkin saattaa siis olla kyse näkökulmasta eli siitä, onko tärkeämpi hoitaa laboratoriossa kehitettyjä muuttujia vai potilasta. Yleensä riittää, että on vuoteessa säännöllisesti saman ajan, kuin silloin kun on nukkunut hyvin. Perusteena tälle on, että hyvin nukkuessaan ihminen noudattaa omaa luontaista rytmiään. (Kajaste & Markkula 2011.)

Vuorokauden jakaminen erilaisiin toimiin luo perustaa hyvinvoinnille. Tarvitsemme vuorokauden aktiivista tekemistä, rentoa oloa, rentoa tekemistä ja lepoa. Täsmällisiä lukuja ei ole, mutta noin kahdeksan tunnin yöuni on tavallisin ja työpäivän mitta on samoin noin kahdeksan tuntia. Jos työmatkoihin kuluu pari tuntia, jää vuorokaudesta kuutisen tuntia kotitöihin sekä passiiviseen ja aktiiviseen virkistäytymiseen. Tasapainoinen päivä ei ole liian kireä mutta ei liian passiivinenkaan. Vuorokauden tulisi sisältää aktiivista päiväaikaista toimintaa, liikuntaa kunnan ja terveydentilan mukaan ja rentoutumista sekä unta. (Kajaste & Markkula 2011.)

2.3.2.1 Rentoutuminen

Univireyden tasaaminen on tärkeää, koska mielen ja ruumiin liiallinen aktiivisuus on unettomuuden keskeisin syy. Unettoman mieli ei pysty rauhoittumaan, vaan on kuin Duracell-pupu, jonka rummun päristys kiihtyy ärsykkeestä. On tärkeää rauhoittaa mieli, ruumis ja ympäristö. Mistä näistä aloitetaan, riippuu siitä, mikä on unettomuuden keskeisin syy. Mieli voi olla ylivirkeä, kun ruumis on rauhallinen ja päinvastoin. (Kajaste & Markkula 2011.)

Tahdonalainen hengittäminen rauhoittaa autonomista hermostoa. Hengitystekniikoita on monenlaisia. Usein hengitystekniikoiden käytössä opetellaan ensimmäisenä syvähengittäminen. (Kajaste & Markkula 2011.)

Hengitysharjoituksia voi tehdä missä tahansa muiden huomaamatta. Mindfulness- harjoituksissa hengitystä ei pyritä muuttamaan, vaan annetaan mielen keskittyä hengitykseen. Mielessään voi sanoa erilaisia sanoja, kuten sisään ja ulos, samalla kun pyrkii pitämään mielensä rauhallisena ja keskittyneenä hengitykseen. Aina kun mieli alkaa harhailla omille teilleen, mikä tapahtuu lähes aina ja yllättävän nopeasti, se palautetaan rauhallisesti hengityksen seuraamiseen ottamatta tätä keskittymisen herpaantumista epäonnistumisena vaan harjoitukseen luonnostaan kuuluvana asiana. Samalla kun palautetaan mieli taas takaisin hengitykseen, pannaan merkille, minne mieli pyrki siitä harhautumaan, mutta ei yritetä tehdä sille asialle sillä hetkellä mitään. Mielen harhailun kohteet voivat olla itselle tärkeitä asioita, joihin on syytä paneutua sopivana ajankohtana, esimerkiksi päivällä. (Kajaste & Markkula 2011.)

Rentoutumista voidaan pitää suoranaishana ilosanomana terveydestään huolestuneelle unettomalle. Vaikka se ei toisikaan unta, vaikuttaa se elimistöön melkein samalla lailla kuin uni.

Sympaattisen hermoston toiminta vähenee, parasympaattisen voimistuu ja stressaantuneiden kudosten aineenvaihdunta normalisoituu. Rentoutuneessa elimistössä välittäjäainejärjestelmät löytävät helpommin tasapainon ja muun muassa oksitosiinin, jota kutsutaan myös rakkaus hormoniksi, erityis lisääntyy. Oksitosiini vaimentaa stressiakselin toimintaa, nostaa kipukynnystä, lievittää ahdistusta ja aktivoi aivojen omien morfiinien eli opioidien toimintaa. Kaiken lisäksi näitä hyviä muutoksia voi saada aikaan erilaisin aktiivisin, tietoisin ja harjoiteltavissa olevin rentoutumismenetelmin. Tällaisia ovat progressiivinen rentoutuminen, autogeeninen rentoutuminen, erilaiset hengitykseen perustuvat rentoutumiset ja keskittyneen mielen (mindfulnessin, hyväksyvän tietoisin läsnäolon) tekniikat. Myös meditaatio tuottaa lähes samanlaisen tuloksen. Sen sijaan television katsominen, kirjan lukeminen, lasi viiniä tai muut passiivisen rentoutumisen muodot eivät tuota näitä hyviä fysiologisia muutoksia. Rentoutuminen on taitolaji, jossa voi oppia koko ajan paremmaksi harjoittelemalla. Lisäksi jo rentoutumisen harjoittelu itsessään auttaa vähentämään unettomuuden haittoja, mikä tekee rentoutumisen harjoittelemisesta haitta- hyötysuhteeltaan melkein pä ylyvoimaisen hoitokeinon, verrattiinpa sitä mihin tahansa. (Kajaste & Markkula 2011.)

2.3.2.2 Unipäiväkirja

Unettomuuden jatkuessa pitkään yksi tärkeimmistä menetelmistä on pitää uni-valve päiväkirjaa. Päiväkirjan tarkoituksena on selvittää unettomuuteen johtavia syitä sekä suunnitella unettomuuden hoitoa. Päiväkirjaa tulee pitää vähintään kahden viikon ajan, jotta tietoa kertyy tarpeeksi. Nukkumispäiväkirjan eli uni-valvepäiväkirjoja löytyy erilaisia ja niitä voidaan räätälöidä erilaisiin tarkoituksiin. (Partinen & Huovinen 2011; Partinen & Huovinen 2007.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään Unettomuuden käypähoitosuosituksen (2008) mukaista potilaan nukkumispäiväkirjaa, sen helppouden ja yksinkertaisuuden vuoksi. Päiväkirjan tarkoituksena on auttaa ryhmäläisiä ymmärtämään ohjaajan avulla oman vuorokausirytmien rakennetta ja löytämään mahdolliset ratkaisut sen muuttamiseksi. Univalvepäiväkirja on tämän opinnäytetyön liitteenä (1.). (Käypähoito 2008.)

2.4 Ohjaus hoitotyössä

Ohjaus on terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan välistä toimintaa, joka on tavoitteellista ja aktiivista. Toiminta tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa ja on sidoksissa sekä ammattilaisen että asiakkaan taustatekijöihin. Ohjauksen sisältö määräytyy tarkemmin toiminnalle asetetuista yhteisistä tavoitteista, joiden tulee olla realistisia, konkreettisia, muuttuvia ja mitattavissa olevia sekä kontekstiin sopivia. Ohjauksen tavoitteena on edistää ohjattavan tunteiden, asenteiden ja käyttäytymisen muutosta, oppimista, voimaantumista, itseohjautuvuuden vahvistumista, sosiaalisten suhteiden muuttamista, selviytymistä, tervey-

den edistämistä, elämänlaadun parantamista ja kansantaloudellisia säästöjä. (Kaila & Kuivalainen 2007; Kyngäs & Hentinen 2009; Kääriäinen & Kyngäs 2005a; Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008.)

Ohjauksen aikana ohjaaja keskustelee ohjattavan kanssa tavoitteellisesti tämän tilanteesta, ja oppimiseen liittyvistä asioista. Mikäli ohjauksen tavoitteena on saavuttaa aktiivista merkitystä, tavoitteellista ongelmanratkaisua ja selviytymistä sekä kokemusten reflektointia ja niistä oppimista, voidaan ohjausta pitää prosessina. Ohjauksen etenemiseen vaikuttavat ohjaukselle määritetyt tavoitteet ja ohjauksen sisältö. Ohjauksen sisältöön vaikuttavat ohjattavan tietojen ja taitojen oppiminen sekä psykososiaalisen tuen antaminen. Tarkoitus ohjausprosessissa on tukea ja auttaa ohjattavaa niin, että tämä pystyy itsenäisesti käsittelemään omaa tilannettaan, ratkaisemaan ongelmiaan, etsimään ja löytämään erilaisia tapoja toimia. (Kyngäs & Hentinen 2009; Kääriäinen & Kyngäs 2005a; Kääriäinen & Kyngäs 2005b.)

Ohjausprosessiin liittyy niin ohjattavan kuin ohjaajankin oppimista. Opetus on tarkoituksellista vuorovaikutusta, jossa tavoitteena on saada potilas oppimaan hänelle opetettu asia. (Kyngäs & Hentinen 2009; Uusikylä & Atjonen 2005). Ohjauksen avulla pyritään auttamaan ohjattavaa oppimaan tehokkaat tavat käsitellä hyvinvointiin liittyviä asioita, jotta hänen on mahdollista saavuttaa asetetut tavoitteet. Jotta ohjattava pystyy muuttamaan, on hänen omaksettava uusia tapoja, joiden mukaan toimia, havainnoida, tuntea ja ajatella eri tilanteissa. Myös ohjaajan on opittava havaitsemaan se, miten prosessin eri osat vaikuttavat juuri kyseisessä tilanteessa toisiinsa, jotta ohjauksella voidaan tukea voimaantumisen ja itseohjautuvuuden kasvua. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a.)

Ohjaajan ja ohjattavan fyysinen, kielellinen ja ajatteluun sekä tunteisiin liittyvä kaksisuuntainen vuorovaikutus on avainasemassa ohjauksessa. Tämän kaksisuuntaisen vuorovaikutuksen avulla sekä ohjaaja sekä ohjattava pystyvät rakentamaan toimivan ohjaussuhteen välilleen. Ohjaussuhdetta voidaan pitää parhaana mahdollisena, mikäli ohjaaja sekä ohjattava molemmat toimivat toisilleen tasavertaisena työparina. Tällaisessa yhteistyösuhteessa ohjaaja ja ohjattava suunnittelevat yhdessä ohjauksen sisällön ja siihen liittyvän prosessin niin, että ohjauksen tavoitteet saavutetaan. Ohjauksen aikana ohjaaja ja ohjattava yhdessä selkiyttävät ohjattavan tilannetta niin, että ohjattava pystyy itse muodostamaan omat menettelytapansa ongelmien ratkaisemiseksi. (Kyngäs & Hentinen 2009; Kääriäinen & Kyngäs 2005a.)

Onnistunut ohjaus herättää ohjattavan mielenkiinnon opittavaa asiaa kohtaan, ja motivoi ohjattavaa ottamaan vastuun itsensä hoitamisesta. Jotta ohjattava ymmärtää hänelle annetut ohjeet, edellytetään ohjaajalta kykyä johtaa ohjausprosessia, taitoa kuunnella ja havainnoida ohjattavaa sekä kykyä tasavertaiseen keskusteluun. Ohjauksen aikana pyritään käsiteltävää asiaa syventämään ja sitä kautta sisäistämään, mikä auttaa ohjattavaa luottamaan omiin Ky-

kyhinsä. Ohjauksen lopuksi tulee arvioida ohjattavan oppimista, josta ohjattava saa ohjaajalta rakentavaa palautetta. (Tampereen ammattiopisto 2006.)

2.5 Ryhmäohjaus hoitotyössä

Ryhmäohjaus on yksi taloudellisin ja tehokkain ohjausmenetelmä terveydenhuollossa. Ryhmäohjauksessa voidaan jakaa tietoa terveydestä, sairauteen liittyvistä asioista sekä antaa opetusta ja yleistä ohjausta suuremmalle ryhmälle. Ryhmäohjauksen tavoitteet laaditaan ryhmän tarpeen ja ryhmän tavoitteen mukaan. Ryhmän tavoitteena voi olla painonhallinta, sairauden ehkäisykeinot ja terveyttä edistävät ohjeet. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007.)

Ryhmäohjauksen prosessissa sairaanhoitaja arvioi ja tunnistaa ryhmän vuorovaikutuksen, huolehtii laadukkaasta ohjaamisesta ja käyttää omaa tietoa ja osaamista ryhmäohjauksessa. Sairanhoitaja selvittää ryhmän fyysiset ja psyykkiset rajat ja sopii niistä ryhmän kanssa. Fyysisiä rajoja voivat olla tila ja aikataulu. Psyykkiset rajat taas määrittelevät sen, millainen toiminta on hyväksyttävää ja millaiset ovat ryhmän normit. Selkeät rajat vahvistavat ja helpottavat vuorovaikutusta. (Kyngäs et al. 2007.)

Kansainvälisesti yhteisölliset ryhmät ovat tulleet käyttöön 1950-luvulla ja Suomessa 1960-70-luvulla. Periaatteina olivat toiminnalliset vuorovaikutussuhteet potilaiden ja henkilökunnan välillä sekä aktiivinen osallistuminen demokraattiseen päätöksentekoon ja hoitoon. Lähtökohdiana olivat yhteiset tavoitteet, jotka luotiin ja tarkistettiin ryhmässä. Keskeisinä periaatteina olivat avoimuus ja sallivuus. Ryhmien kautta pyrittiin myös perinteisten hoitaja-potilasroolien muuttamiseen jakamalla potilaille erilaisia vastuutehtäviä yhteisössä ja ryhmässä. Yhteisölliset ryhmät jaettiin suurryhmiin ja pienryhmiin. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri, & Schubert 2010.)

Ryhmien tarkoituksena edelleen on aiheen ja tavoitteiden mukaisesti yhdessä toimien miettiä erilaisia ratkaisumahdollisuuksia ongelmiinsa, arvioida omia toimintatapojaan, esimerkiksi kuunnellen muiden tekemiä ratkaisuja. Hoidolliset tekijät ryhmässä Kuhasen et al. (2010) mukaan ovat ryhmään kuuluminen, avautuminen ja hyväksyntä, samankaltaisuuden kokeminen ja erilaisuuden jakaminen, toisen auttaminen ja toivon löytäminen sekä tiedon jakaminen. (Kuhanen et al. 2010.)

Työskentelymuodoiksi valitaan ne menetelmät, jotka ryhmän sisällölliseen tarkoitukseen sopivat; ne voivat olla, muun muassa keskustelua, vertaistukea, erilaisia tehtäviä ja toiminnallisia vaihtoehtoja. (Tuomisto 2007.) Ryhmä muodostetaan samasta aihe alueesta kiinnostuneista asiakkaista, toiminta alueen toimijoista (Kuhanen et al. 2010; Tuomisto 2007).

Pienryhmä muodostuu 2-4 henkilöstä. Osallistujilla on joko sama ongelma tai rinnakkainen ongelma. Pienryhmän etuna on vertaistuen mahdollisuus ja asioiden yhteinen käsittely. (Tuomisto 2007.)

Vertaisryhmällä tarkoitetaan ryhmää, jossa kaikilla jäsenillä on omakohtaista kokemusta ryhmässä käsiteltävästä aiheesta. Vertaisryhmässä keskitytään nykyisyyden ja tulevaisuuden käsittelyyn. Keskustelun tarkoituksena on löytää asioita ja tekijöitä, jotka helpottavat arkielämässä selviytymistä. Muutos vaatii aina myös asenteiden muutosta. Ryhmä voi helpottaa ja tukea jäsenten muutosprosessissa. Ryhmässä voidaan myös konkreettisesti harjoitella joitakin uusia taitoja ja keskustella sitten harjoitustilanteissa kokemuksista. (Kuhanen et al. 2010.)

Jokaisessa ryhmässä on kehitysvaiheet, jotka ohjaajien tulee tunnistaa. Alkava - muotoutuva eli *forming* - kuohuntavaihe eli *storming* - yhdenmukaisuusvaihe eli *norming* - yhteisöllisyyden kausi eli *performing* - ryhmän lopetus eli *adjourning*. Tärkeää on, että ohjaajat havainnoivat ja eläytyvät siihen, mitä ryhmässä tapahtuu. (Kuhanen et al. 2010.)

Koheesioon eli yhteenkuuluvuuden tunteeseen on kiinnitettävä huomiota sekä ryhmän alussa että lopussa. Tunnetta lisäävät alussa jäsenten tasapuolinen osallistuminen ryhmässä, yhteisten tehtävien ja harjoitusten tekeminen, ongelmien avoin käsittely sekä palautteen pyytäminen ja antaminen. Ryhmä vaikuttaa ryhmäläisiin merkittävästi, kun nämä muodostavat omaa identiteettiään ja arvioivat uudelleen omia arvojaan. Ryhmässä koettu arvostus lisää yksilön omanarvontuntoa. Tästäkin syystä on tärkeää että loppuvaiheessa koheesiota on pyrittävä vähentämään ja tuettava osallistujien irtautumista ryhmästä. (Kuhanen et al. 2010.)

Ryhmässä omaksutaan erilaisia rooleja, jotka ylläpitävät, edistävät tai häiritsevät ryhmän kehitystä ja saattavat vaihtuakin ryhmän kehitysvaiheiden myötä. Ryhmäläisten roolit tulee tilanteen mukaan ottaa tarkasteluun ryhmässä ja pohtia yhdessä niiden merkitystä. (Kuhanen et al. 2010.)

Ryhmänohjaajan taidot voidaan jakaa reaktio-, vuorovaikutus- ja toimintataidoksi. Reaktiotaitoja tarvitaan havainnointiin ja tarpeiden ja toiminnan ymmärtämiseen, ja siihen kuuluu kuuntelu, tiedon jakaminen, toistaminen, selventäminen ja kokoaminen. Edellytyksenä on empatiakyky eli herkkyyttä tuntee ja havaita, mitä ryhmässä tapahtuu, ja kykyä reagoida viesteihin tilanteen mukaisella tavalla. Vuorovaikutustaitoja ovat tukeminen, rajoittaminen ja yksimielisyyden ja työskentely-yhteyden rakentaminen. Näiden taitojen avulla ohjaaja tukee ryhmäläisiä vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutustaidot ovat ryhmän ohjaamisen ydintä. Toimintataitoja ovat välittömyys, kysyminen, tavoitteiden asettaminen ja mallin antaminen. Näiden taitojen avulla ohjaaja rohkaisee ryhmän jäseniä osallistumaan, ilmaisemaan itseään ja käsittelemään

vaikeita kokemuksia ja tunteita. Ryhmänohjaajan taitoja voidaan peilata ryhmän hoitaviin tekijöihin, sillä ryhmänohjaaja luo tilan niiden toteutumiseksi. Ryhmänohjaajan ei tarvitse olla asiantuntija, vaan aiheeseen perehtynyt. (Kuhanen et al. 2010.)

3 Opinnäytetyön tutkimustehtävä, tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa unikoulu työkäisille unihäiriöistä kärsiville aikuisille. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää unettomuuden lääkkeetöntä hoitoa kognitiivisia ja toiminnallisia menetelmiä hyödyntäen.

Unikoulun tavoitteena on tuoda tietoa ryhmäläisille unettomuuden lääkkeettömästä hoidosta ja tarjota uudenlaisia lähestymistapoja unettomuuden hoitoon.

Tutkimustehtävänä opinnäytetyössä on kehittää kognitiivisia ja toiminnallisia menetelmiä hyödyntävää ryhmämuotoista unikoulumallia sairaanhoitajien työvälineeksi.

4 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Tunnusomaista toiminnalliselle opinnäytetyölle, niin kuin myös tälle opinnäytetyölle on toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus, jolla pyrittiin saavuttamaan välitöntä ja käytännöllistä hyötyä sekä muutoksien toteutumista (Heikkinen 2001; Jary & Jary 1991). Tämän toimintatutkimuksen avulla oli tarkoitus kehittää potilasohjaus-materiaalia, jota sairaanhoitajat voivat hyödyntää unihäiriöiden lääkkeettömässä hoidossa. (Heikkinen 2001.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön prosessissa voidaan erottaa seuraavat neljä vaihetta: Perehtyminen aiheeseen, suunnitelman laadinta, tutkimuksen toteutus ja lopuksi tutkimuslauseen laadinta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009.) Seuraavissa kappaleissa avataan tämän opinnäytetyön prosessia vaihe vaiheelta.

Aiheen valinta opinnäytetyöhön syntyi pääasiassa kiinnostuksesta unettomuuden lääkkeettömiin hoitomuotoihin. Työelämässä oli havaittavissa puutos tämän kaltaisesta toiminnasta joten oli tarvetta tuottaa tietoa sairaanhoitajille unettomuuden lääkkeettömästä hoidosta ryhmänohjauksessa. Vaikka unettomuuden hoidossa ei suositella unilääkkeiden käyttöä ensisijaisena keinona (Käypähoito 2008), ei tarjolla kuitenkaan ole lääkkeettömiä hoitomuotoja ryhmässä. Koska perusterveydenhuollossa sairaanhoitajille ei ole tarjolla tietoa kognitiivisista ja toiminnallisista menetelmistä unettomuuden hoidossa ja tämänkaltaisten ryhmien ohjauksen sisällöstä ja vaikuttavuudesta tuli tämä tutkimus tarpeeseen. (Hirsjärvi et al. 2009.)

Lopullinen aihepiiri ja tehtäväalueen valinta - unettomuus ja sen lääkkeetön hoito, muotoutui samanaikaisesti aiempiin tutkimuksiin ja teorioihin perehtyessä. Löydettiin käsitteet ja saatiin selkeytetyksi mitä ollaan tekemässä. Ideoinnissa käytettiin apuna kysymyksiä: Millaista tietoa tarvitaan? Miksi tämä tieto on tarpeellista unikoulun onnistumiseksi? Missä tai kenellä tämä tieto olisi saatavissa ja millä tavalla tai miten? (Vilka & Airaksinen 2003; Hirsjärvi et al. 2009.)

Tutkimussuunnitelmaa laadittaessa mietittiin tarkemmin itse tutkimuskohdetta - mitä ja miten, eli unikoulua ja miten se toteutetaan. Tutkimusmenetelmäksi valittiin sekä toiminnallinen että kvalitatiivinen. (Hirsjärvi et al. 2009.) Tutkimukselliseen selvitykseen kuuluu idean eli tässä opinnäytetyössä unikoulun toteutustavan esittäminen. Toteutustapa tarkoittaa sekä keinoja, joilla unikoulun sisällön materiaali hankittiin, että keinoja, joilla unikoulun visuaalinen ilme toteutettiin. Tiedon keräämisen keinot ovat samat kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä. (Vilka & Airaksinen 2003.) Lopullinen ryhmän sisältö suunniteltiin teoriaan pohjautuen. (Hirsjärvi et al. 2009.)

Tutkimusongelman täsmentämisessä käytettiin apuna kysymystä mitä halutaan tutkia. Tämän opinnäytetyön tavoitteena haluttiin tutkia ryhmäläisten kokemuksia unikoulusta. Työn vaiheet aikataulutettiin opinnäytetyön valmistumiseksi.

Suunnitteluvaiheessa suunniteltiin muutokseen tähtäävää toimintaa, kartoitettiin millaiselle aineistolle on tarvetta (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1998.) Unikoululle sovittiin tässä vaiheessa hanke, johon se liitettiin. Hankkeen alta suunniteltiin unikoululle tila, ajankohta sekä rekrytoitiin ryhmäläiset. Unikoulu suunniteltiin ensisijaisesti Suurpellon alueella asuville työikäisille unihäiriöpotilaille ja fyysiset tilat saimme Suurpellon asukasyhdistyksen kerhotilasta. Ryhmäläisiä rekrytoitiin Suurpellon asukastapahtumissa, jakamalla ilmoituksia (Liite 2.) lähialueilla sekä julkaistiin rekrytointi- ilmoitus alueen Internet sivustolla osoitteessa (<http://www.suurpelto.fi/asuminen/ajankohtaista/410/article.html>). (Hirsjärvi et al. 2009.) Koska suurimmat kansantaloudelliset kustannukset aiheutuvat työikäisten unettomuudesta, koettiin tärkeimpänä kehittää toimintaa tälle kohderyhmälle (Kajaste & Markkula 2011).

Prosessointivaiheen aikana käsiteltiin ja tiedostettiin esille tulleet ongelmat sekä selvitettiin kohderyhmän muutoshalukkuus. Mikäli kohderyhmä ei tiedosta tai hyväksy ongelmaa, ei ole mahdollista saada aikaan muutosta. (Paunonen & Vehviläinen -Julkunen 1998.) Kohderyhmäksi päätettiin unihäiriöiset työikäiset. Käytännön toteutusta ajatellen tuli huomioida osallistujien mahdollisuus kulkea omatoimisesti tilaan, jossa unikoulu fyysisesti pidettiin. Laadittiin aikataulu ryhmän toteutumiseksi. Tutkimussuunnitelma täsmentyi jo toiminnallisen osuuden

edetessä, koska toiminnallinen osuus kertoo osin miten seuraavaksi edetään (Vilkkä & Airaksinen 2003; Hirsjärvi et al. 2009.)

Opinnäytetyönä pilotoitiin unikoulu, joka tukee unihäiriöpotilaiden lääkkeetöntä hoitoa. Unikoulu tarjoaa tietoa kognitiivisista ja toiminnallisista menetelmistä unihäiriöiden hoidossa sekä potilaille että sairaanhoitajille. Tavoitteena oli herättää unihäiriöpotilaita pohtimaan ja hoitamaan unettomuuden taustalla olevia syitä. Tavoitteena oli myös antaa sairaanhoitajille työvälineitä uniryhmien vetämisestä ja sisällöstä.

Toteuttamisvaiheessa toiminta suunnattiin uudelleen ja asetettiin tavoitteet, joihin pyrittiin. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1998.) Unikoulu toteutettiin keväällä 2012. Kokoontumiskertoja oli yhteensä viisi ja viimeisellä kerralla toteutettiin teemoitettu ryhmähaastattelu. Unikoulun sisältö oli tuotettu valmiiksi teorian pohjalta.

Unikoulun lähtökohtana oli kehittää unettomuuden lääkkeetöntä hoitoa. Tavoitteena oli käyttää kognitiivisia ja toiminnallisia menetelmiä, joilla tutkitusti on saatu hyviä ja pitkäaikaisia tuloksia unettomuuden hoidossa. Tavoitteena oli myös suunnitella sisältö sellaiseksi, ettei tilalle tai välineistölle asetettaisi suuria vaatimuksia. Näin ollen unikoulu olisi helppo toteuttaa mahdollisimman monenlaisissa ympäristöissä, ilman suuria investointeja. (Hirsjärvi et al. 2009.)

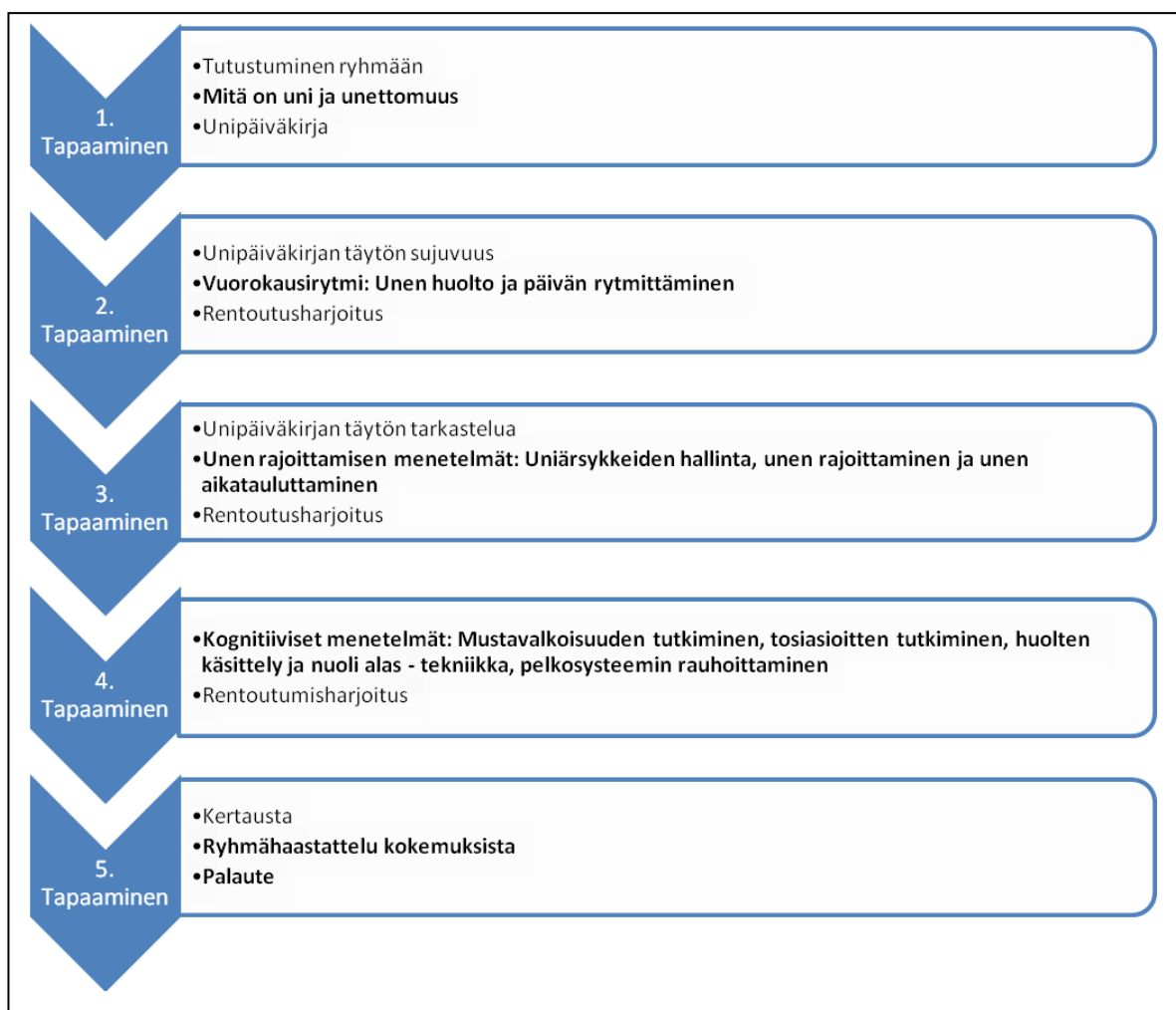
Unikouluun osallistui neljä (4) unihäiriöstä kärsivää työelämässä olevaa aikuista. Ryhmä oli suljettu. Vaitiolovelvollisuutta korostettiin ryhmän alussa, jotta luottamuksellisuus vahvistuisi heti alusta alkaen. Ryhmä kokoontui Suurpellon Klariksentien kerhotilassa. Ohjaajia oli aina kaksi. Vaatimuksena osallistumiselle oli vapaaehtoisuus ja sitoutuminen. Ryhmäkertoja oli viisi, etukäteen sovitun aikataulun mukaisesti. Kokoontumiskertojen kesto oli 1,5 - 2 tuntia kerrallaan. Ryhmän tavoitteena oli saada tukea toisten kokemuksista, saada tietoa unettomuudesta ja sen itsehoidosta, tunnistaa siihen liittyviä oireita ja saada uusia selviytymiskeinoja. Unikoulun toteutuksen sisältö on opinnäytetyön liitteenä (3.). Tutkimusaineiston keruu toteutettiin ryhmän viimeisellä tapaamiskerralla toukokuussa, aineiston analysointi ja tulkinta kesä- ja heinäkuun aikana. (Hirsjärvi et al. 2009.)

Unikoulu sisälsi tietoa unesta, unettomuudesta, unen huollosta sekä kognitiivisista menetelmistä ja toiminnallisista harjoitteista. Kerättiin teorian tietoa menetelmistä ja valikoitiin niistä ne, jotka sopivat yleisesti unettomuuden hoitoon. Unikoulun runko suunniteltiin valmiiksi huomioimaan mahdollisimman monenlaiset unihäiriöt.

Toiminnalliset harjoitukset suunniteltiin tilaan sopiviksi sekä siten, ettei ryhmäläisten tarvinnut huomioida vaatetustaan osallistuessaan ryhmään. Kerhotilassa oli valmiina tuolit eikä har-

joituksia varten tarvittu muita apuvälineitä ryhmäläisiä ajatellen. Osaan harjoituksista otettiin mukaan musiikkia. Näillä kerroilla oli mukana kannettava tietokone ja rentoutusmusiikkia sisältävä CD- levy.

Tukimateriaalit eli ohjauksessa käytetyt artikkelit aiheista sekä unipäiväkirjat, tulostettiin ryhmäläisille. Ryhmäläisille ei aiheutunut kustannuksia osallistumisesta.



Kuvio 2. Unikoulun toteutus ja sen sisältö.

Prosessin viimeinen vaihe oli tutkimusselosteen laadinta eli opinnäytetyön raportti. Kirjallisessa raportissa on selostettu työ johdonmukaisesti vaiheittain. Toiminta ja tehdyt ratkaisut pystytään perustelemaan teoriaan pohjautuvina. Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä on sovellettu teorian tietoa luovasti todelliseen ongelmaan. Työn tulosten tarkastelussa pidettiin mielessä työn tavoite. Raportissa on arvioitu myös työn luotettavuutta ja eettisyyttä kattavasti. Tulosten käyttökelpoisuus todelliseen työelämään on huomioitu. (Rovaniemen amk 2011; Laurea amk 2011; Hirsjärvi et al. 2009.)

4.2 Opinnäytetyön aineiston keruu ja laadullinen analyysi

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää, jonka lähtökohdiana on todellisen elämän kuvaaminen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi et al. 2009.) Tämän opinnäytetyön tavoitteena on ilmiön kokonaisvaltainen ymmärtäminen, eli unettomuuden hoito toiminnallisin ja kognitiivisin menetelmin ryhmässä. Lähtökohtana oli pyrkiä vastaamaan kysymyksiin mitä, miten ja miksi, jolloin vastaajan on helpompi kuvailla ja selittää ajatuksiaan ja näkemyksiään kysyttäessä vastaajalta tämän kokemuksista. (Vilkka & Airaksinen 2003; Hirsjärvi et al. 2009.)

4.2.1 Aineistonkeruumenetelmä

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin puolistrukturoitu teemahaastattelu. Teemahaastattelun tavoitteena on kerätä tietoa teemasta ja selvittää mitä ryhmäläiset ajattelevat, tuntevat, kokevat tai uskovat. Lisäksi teemoja miettiessä tulee muistaa tutkimusongelma, johon ollaan vastatusta hakemassa. Teemoiksi valittiin tutkimusongelman mukaisesti käytetyt menetelmät, ryhmän merkitys sekä unikoulun kehittäminen. (Hirsjärvi et al. 2009.)

Teemojen alle kerättiin valmiita avoimia kysymyksiä, joihin haastateltavat vastasivat vapaasti omin sanoin. Avoimien kysymysten etuna on sellaisen informaation saaminen, jota ei välttämättä muuten olisi osattu kysyä. Vastaavasti huonona puolena on runsas materiaali, joka saattaa sisältää myös paljon turhaa tietoa. (Vuorela 2005.)

Haastattelu sopii tutkimusmenetelmäksi silloin, kun pyritään kuvaamaan yksilöiden asioille antamia merkityksiä, ja kun tavoitteena on kuvata heidän kokemuksiaan. Teemahaastattelu oli tässä tutkimuksessa sopivin siksi, että siten sekä tutkijalla että tutkittavilla oli haastattelutilanteessa mahdollisuus tehdä lisäkysymyksiä ja täsmennyksiä kysytyihin asioihin. (Hirsjärvi & Hurme 2006.)

Ryhmähaastattelu toteutettiin viimeisellä kokoontumiskerralla, jolla varmistettiin että mahdollisimman moni ryhmäläisistä oli paikalla. Näin myös haastatteluajankohta oli ryhmäläisillä tiedossa jo ryhmän aloittaessa. Valmiiksi teemoitetulla ryhmähaastattelulla saatiin kerättyä tietoa kaikilta ryhmäläisiltä yhtä aikaa, joka osaltaan nopeutti arviointia. (Hirsjärvi & Hurme 2006; Vuorela 2005.) Yksi ryhmäläisistä estyi tulemaan paikalle, mutta hän vastasi essee-muodossa kolmeen (3) kysymykseen: Kuvaile kokemuksia käytetyistä menetelmistä, kokemuksia ryhmästä sekä miten kehittäisit unikoulua.

Haastattelun paikkana oli Klariksentien kerhohuone, jossa unikoulu on pidetty ja ajankohdaksi sovittiin viimeinen tapaamiskerta 24.5.2012. klo 18- 19. Haastateltaville kerrottiin ensimmäisellä tapaamiskerralla haastattelun toteutussuunnitelmasta eli paikka, aika ja haastattelumenetelmä, sekä aineiston tallennukseen liittyvät asiat. Myös tutkimuksen tarkoitus oli haastateltavilla tiedossa. Ennen sovittua haastattelun aloittamista osallistujille annettiin saatekirje, jossa kirjallisesti oli vielä kerrottu tutkimuksen tarkoituksesta. Saatteen ohessa pyysimme haastatteluluvat kirjallisina.

Haastattelutilanteeseen ja mahdollisiin ongelmiin valmistauduttiin käyttämällä kahta nauhuri ja testaamalla molempien toimivuus haastattelutilassa etukäteen. Puheen kuuluvuus varmistettiin testaamalla nauhureiden sijoituspaikkoja haastattelupöydän äärellä ennen varsinaista haastattelua. Ryhmäläisten vähäisen lukumäärän vuoksi, ei ollut vaikeuksia litteroidessa tunnistaa puhujaa. (Hirsjärvi & Hurme 2006; Vuorela 2005.)

Haastattelu aloitettiin kertomalla hiukan johdantona tutkimuksen tarkoituksesta ja miksi haastateltavat on valittu. Kysymykset esitettiin teemoittain ja jokainen haastateltava huomioidtiin tasapuolisesti. Haastattelijat huolehtivat, että jokainen haastateltava saa puheenvuoron jokaiseen kysymykseen. Lopuksi tehtiin yhteenveto käsitellyistä asioista ja tarvittaessa asioita selvennettiin, jotta ne varmasti tulivat ymmärretyiksi. Haastattelun päätteeksi varmistimme luvan ottaa yhteyttä tarvittaessa haastateltaviin. (Vuorela 2005.)

Kysymysten asettelu vaikuttaa paljon haastattelun tuloksiin. Menetelmissä, joissa kysymykset on valmiiksi muotoiltu, mietittiin erityisen paljon ennakkoon kysymysten muotoa ja asetteluja. Kysymykset olivat lyhyitä, sillä pitkiä kysymyksiä on vaikea muistaa. Kaksiosaisia kysymyksiä pyrittiin välttämään, varsinkin sellaisia, joissa kysytään kahta eri asiaa kerralla. Kysymyksissä pyrittiin käyttämään ymmärrettävää kieltä, jolla vältettiin haastateltavien väärinymmärtämistä. Ennen haastattelua varmistettiin että kysymykset olivat avoimia kysymyksiä yhdessä opettajan kanssa. Näin välttyttiin tutkittavan johdattelulta sekä haastattelijan oman mielipiteen välittymiseltä haastateltaville. (Vuorela 2005.)

4.2.2 Laadullinen analyysi

Perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä, on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysia pidetään paitsi yksittäisenä metodina myös väljänä teoreettisena viitekehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sen avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta. (Tuomi & Sarajärvi 2003.)

Aineistoa pelkistettäessä litteroidusta haastatteluaineistosta karsittiin tutkimukselle epäolennainen aineisto pois. Sen jälkeen pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia ku-

vaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittaneet käsitteet ryhmiteltiin ja yhdistettiin luokaksi, joka nimettiin sisältöä kuvaavalla käsitteellä (Tuomi & Sarajärvi 2003). Alaluokkia saatiin yhteensä yksitoista (11) jotka yhdistettiin kolmeksi (3) yläluokaksi. Abstrahoinnissa muodostettiin yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. Teoriaa ja johtopäätöksiä verrattiin koko ajan alkuperäisaineistoon teoriaa muodostettaessa. (Tuomi & Sarajärvi 2003.)

Liitteenä on kuvattu pelkistämisen prosessi alkuperäisilmauksista, sekä luokkien muodostaminen. Tuloksissa on kuvattu yläluokat pääotsikkoina ja alaluokat käsitelty omina kappaleinaan otsoimatta. Johtopäätösten tekemisessä on pyritty ymmärtämään, mitä asiat tutkittaville merkitsevät. Tutkittavia on siis pyritty ymmärtämään heidän omasta näkökulmastaan analyysin kaikissa vaiheissa. (Tuominen & Sarajärvi 2003.)

5 Toiminnan arviointi

Tutkimus ei ole valmis vielä silloin, kun tulokset on analysoitu. Tuloksia ei pitäisi jättää lukijan eteen jakaumina ja korrelaatioina vaan niitä olisi selitettävä ja tulkittava. Tulkinnalla tarkoitetaan sitä, että tutkija pohtii analyysin tuloksia ja tekee niistä omia johtopäätöksiä. Tulkinta on myös aineiston analyysissä esiin nousevien merkitysten selkiyttämistä ja pohdintaa. (Hirsjärvi et al. 2009.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa kognitiivisten ja toiminnallisten menetelmien käytöstä ryhmäohjauksessa sairaanhoitajille. Aineistolähtöisen analyysin perusteella kuvattiin unikouluun osallistuneiden kokemuksia menetelmästä, ryhmänmerkityksestä sekä kehittämisehdotuksia unikoululle. Opinnäytetyön tulokset ovat yleistettävissä ja siirrettävissä potilasohjaukseen. Niitä voidaan hyödyntää unettomuuden lääkkeettömässä hoidossa ryhmä- ja yksilöohjauksessa. Lisäksi kehittämisehdotukset antavat tietoa seikoista, jotka on hyvä ottaa huomioon unihäiriöpotilaan ohjauksessa.

5.1 Unikoulu oman unettomuuden ymmärtämisen ja hallinnan lisääjänä

Unikouluun osallistuneet kokivat saaneensa uutta ja hyödyllistä tietoa unesta ja sen rakenteista. Uuden tiedon pohjalta he olivat pohtineet omaa unettomuuttaan sekä asenteitaan. He kertoivat myös hyödyntäneensä tietoa muun muassa nukahtamisessa. Tiedonsaanti oli auttanut osallistujia lähestymään ongelmaa uudella tavalla ja antanut heille valmiuksia hoitaa itse omaa unettomuuttaan.

”Jäin pohtimaan omaa unettomuuttani, olenko oikeasti uneton vai vain vähäinen.”

”Olen miettinyt omaa uniryhtiäni ja siihen vaikuttamista.”

”Olen oppinut huomioimaan 90 minuutin unisyklin käytännössä ja osaan hyödyntää sitä nukahtamisessa.”

Tutkimukseen osallistuneet kertoivat oppineensa tunnistamaan stressin vaikutuksen unettomuutensa osatekijänä ja olivat oppineet keinoja sen hallitsemiseen. Erilaiset rentoutumismenetelmät ja erityisesti hengitysharjoitukset koettiin hyödyllisiksi, tosin vaikeasti opittaviksi. Stressi nukahtamisesta ja nukkumisesta oli luonut kielteisiä ajattelumalleja itsestä. Ryhmäläiset olivat oppineet tiedostamaan kielteisiä ajattelumalleja ja saaneet keinoja niihin vaikuttamiseen. Oman ajattelun muuttaminen oli onnistunut tiedon saannin myötä.

”En suhtaudu itseeni enää niin tuomitsevasti, jos en saakaan unta.”

”Olen huomionut pelkosysteemin vaikutuksen omassa unettomuudessaani.”

”Olen havainnut kielteisen ajattelumallin liittyen nukkumiseen.”

”Olen koittanut jättää negatiivisten asioiden pohtimisen vähemmälle ja keskittynyt positiivisiin asioihin.”

”Unettomuuden syyn tunnistaminen auttaa sen hoidossa.”

Ryhmäläiset olivat kärsineet uniongelmaansa jo vuosia ja saaneet tietoa unenhuollosta. Niitä menetelmiä he olivat jo itsenäisesti toteuttaneet ja kokivat nyt saaneensa vahvistusta omalle toiminnalleen. Tosin ryhmäläiset kokivat, ettei toiminnallisista menetelmistä irrallisena ollut heille ollut juurikaan hyötyä. Liitettynä muuhun tietoon ne ymmärrettiin uudella tavalla. Samalla vahvistuksen saaminen omalle toiminnalle tuntui hyvälle.

”Sain vahvistusta aiemmin oppimilleni asioille.”

”Sain varmistusta sille, että olen toiminut oikein unettomuuteni hoidossa ja vahvistusta aiemmin opitulle.”

5.2 Unikoulu vertaistuen tarjoajana

Tutkimukseen osallistuneet kokivat hyväksi mahdollisuuden jakaa keskenään ryhmässä kokemuksiaan ja omia keinojaan. Omasta ongelmasta puhuminen ja muiden kokemusten kuuntelu koettiin antoisana ja vahvistavana. Omia keinoja unettomuuden hoidossa vaihdettiin myös runsaasti. Asiantuntijana oleminen vahvisti ryhmäläisten oman ongelman hallinnan tunnetta

ja antoi uusia näkökulmia aiheeseen. Ryhmässä jaettujen kokemusten avulla osallistujat saivat peilata omia ongelmiaan toisten kokemuksiin. Sen koettiin auttavan oman ongelman suhteuttamisessa.

”Oman ongelman jakaminen muiden samasta ongelmasta kärsivien kanssa on ollut antoisaa.”

”On ollut hyvä saada kuulla muiden omia keinoja.”

”On ollut erilaista keskustella sellaisten ihmisten kanssa joilla on sama ongelma. En ole ennen saanut kokea sitä.”

”Olen saanut peilattua omaa uniongelmaani muiden kokemuksiin.”

5.3 Unikoulun rakenteen ja fyysisten tekijöiden kehittäminen

Unikoulun kehittämiseen osallistujat vastasivat innostuneesti. Toisaalta nykyiseen malliin oltiin tyytyväisiä ja sen tarpeellisuudesta oltiin yksimielisiä. Rentoutumismenetelmien oppiminen koettiin haastavaksi ja niitä toivottiinkin lisää. Lisäksi toivottiin harjoittelumateriaalia kirjallisessa muodossa.

Kevääseen osunut ajankohta koettiin huonoksi, koska silloin jokainen oli virkeimmillään. Unettomuuden todettiin tulevan kausina ja syksy ja talvi mainittiin pahimmaksi ajaksi unettomuudessa. Ryhmän aloittamista toivottiin syys-lokakuulle. Kevääseen osui myös pyhäpäivä, joka rikkoi viikkorytmin ja tauko kokoontumisissa koettiin huonoksi.

Asioiden prosessointi ja harjoitusten oppiminen vaativat aikaa ja sen vuoksi toivottiin muutama kerran lisäystä ryhmän kokonaisuuteen. Kokoontumiskerran kesto 1,5- 2 h oltiin tyytyväisiä.

Ryhmämuotoista ohjausta pidettiin parhaana vaihtoehtona, mutta lisäksi toivottiin mahdollisuutta yksilökeskusteluun. Oman yksilöllisen ongelman huomioimista toivottiin saatavan sillä tavoin lisää. Toisaalta ajateltiin myös, ettei kaikista asioista välttämättä halua kertoa ryhmässä ja silloin yksilökeskustelu olisi tarpeellista.

Fyysistä tilaa, jossa unikoulu pidettiin, ei koettu soveltuvaksi tämänkaltaiseen toimintaan. Tilan toivottiin olevan suljetumpi, intiimimpi ja rauhallisempi. Rentoutumisharjoitusten toteuttamiseen tulisi myös olla mahdollisuus olla makuulla lattialla. Tilan sijainti koettiin syrjäi-

seksi, tosin kaikki osallistujat tulivat omilla autoilla. Julkisen liikenteen varassa osallistuminen olisi ollut mahdotonta.

”Koin hengitysharjoitukset vaikeina ja olisin toivonut että niitä olisi harjoitettu enemmän.”

”Vuodenajalla on merkitystä unettomuudessa ja merkitystä unikoulun ajan- kohdalle.”

”Unikoulu voisi olla kestoaltaan pidempiaikainen.”

”Rauhallinen tila helpottaisi keskittymistä.”

Vastauksista nousi esille myös potilasohjaukseen ja ryhmänohjaukseen liittyviä asioita, joita haastattelussa ei erikseen kysytty.

”E erityisen positiivista oli ymmärtävä, ei tuomitseva eikä yksipuolinen suhtautuminen uniongelman kanssa kamppailevan henkilön problematiikkaan...”

”..ja vuorotellen täs on aina puheltu ja ihan sopivissa määrin...”

Opinnäytetyön tuloksena voidaan todeta unettomuuden hoidon ryhmässä - kognitiivisia ja toiminnallisia menetelmiä hyödyntäen, olevan vaikuttava hoitomuoto ja edullisesti toteutettavissa. Unikoulusta saadut hyödyt ryhmäläisten kokemina ovat vastaavia potilasohjauksen tavoitteiden kanssa. Sairaanhoidajan koulutuksessa saadut potilasohjauksen ja ryhmänohjaustaidot, tieto unettomuudesta ja unikoulussa käytetyistä menetelmistä sekä tästä opinnäytetyöstä nousseista kehitysehdotuksista auttavat ryhmän perustamisessa. Tarvetta ja kiinnostusta vastaaville ryhmille on selkeästi olemassa.

6 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Etiikka kuvaa ja perustelee hyviä ja oikeita tapoja elää ja toimia. Se koostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista, jotka koskevat hyvää ja pahaa, oikeaa ja väärää. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä, jonka tarkoituksena on varmistaa tieteellisen tutkimuksen eettinen hyväksyttävyyden ja tutkimustulosten uskottavuus. (ETENE 2001; Hirsjärvi et al. 2009; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

Opinnäytetyönprosessissa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Eettisyyttä tarkastellaan valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan asettaman päämäärän mukaisesti terveyden edistämiseksi, sairauksien ehkäisyksi ja hoitamiseksi sekä kärsimyksen lie-

vittämiseksi. Keskeisintä tutkimus prosessissa on ollut ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojelu ja terveyden edistäminen, sillä tutkimus kohdistuu ihmisen henkilökohtaisiin kokemuksiin. (ETENE 2001.)

Opinnäytetyön tekijältä vaaditaan aitoa kiinnostusta tutkimusta kohtaan ja aihetta miettiessä tulee muistaa että tutkimus aiheen valinta on itsessään eettinen valinta. Opinnäytetyön tekijät halusivat kiinnittää huomioita unettomuuden lääkkeettömään hoitoon, koska unettomuus on yhä enenevässä määrin kasvava vaiva yhteiskunnassamme ja unettomuuden hoito taas on supistunut lääkinnällisiin menetelmiin. Unettomuuden kognitiiviset ja toiminnalliset menetelmät ovat eettisesti ihmistä kunnioittavaa, halutaanhan menetelmällä edistää, ehkäistä ja ylläpitää ihmisen terveyttä. Näin ajatellen tutkimus saa myös yhteiskunnallisen merkittävyyden arvokkaasta terveyden edistämisestä. (Heikkilä 2010; Hirsjärvi et al. 2009; Metsämuuronen 2001.)

Tutkimuksen viitekehys on koottu uusimmista tutkimustiedoista ja kirjallisuudesta alan asiantuntijoiden tekeminä. Käytetty aineisto on julkaistu 2000- luvulla, eivätkä ne ole ristiriidassa Käypä Hoito- suosituksen kanssa. Hakuprosessissa on käytetty Nelli- tietokantaa ja hakuehtoina työn keskeisiä käsitteitä. Lähdeluettelon ja lähdeviitteiden teossa on oltu erityisen huolellisia ja ilmaisuissa on käytetty alkuperäisilmauksia.

Tutkimusprosessi ja sen kiinnostavuus, on motivoinut että vaatinut useita työskentelytunteja sekä viitekehystä, prosessin toimintaosuutta että analyysia työstäessä. Haluttiin olla tunnollisia ja rehellisiä, tehdä työ huolellisesti, jotta tutkimuksesta saataisiin aito teoria muodostetuksi ja jotta se voisi palvella tulevia kollegojakin omassa työssään tulevaisuudessa. Lisäksi haluttiin aidosti selvittää ja kokea ryhmähoidon merkittävyys unettomuuden hoidossa. (Hirsjärvi et al. 2009; ETENE 2001; Heikkilä 2010.)

Tutkittavien ihmisarvoa haluttiin kunnioittaa koko prosessin ajan. Tutkimukseen osallistuvan vapaaehtoisuus osallistua tutkimukseen huomioitiin, tutkittaville annettiin tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja menettelytavoista, ja heiltä saatiin tähän tietoon perustuva suostumus. Vaikka ryhmäläinen olisi kieltäytynyt osallistumasta tutkimukseen tai halunnut keskeyttää sen, se ei olisi vaikuttanut ryhmäläisten kohteluun negatiivisesti. Yksi ryhmäläisistä ei päässyt osallistumaan haastatteluun ja hän vastasi kysymyksiin kirjallisesti. Luottamuksellisten tietojen salassapidosta huolehdittiin ryhmäläisten anonyymiteetillä, kenenkään tutkittavista ei tarvinnut kertoa kuka on ja mitä tekee, vaan ryhmässä olo perustui vapaaehtoisuuteen, aitoon ja avoimeen luottamukseen ryhmäläisten ja tutkijoiden keskuudessa. Vaitiolovelvollisuudesta muistutettiin ryhmätapaamisen ensimmäisellä kerralla. Myös aineiston käyttö, säilytys ja hävittäminen on huomioitu ihmisarvoa kunnioittaen. (Heikkilä 2010; ETENE 2001.)

Tutkimusmenetelmän valinta lähtee tutkittavasta kohteesta. Laadullisen tutkimusmenetelmän tavoitteena on mielenkiinnon kiinnittyminen ainutkertaiseen ja ainutkertaisen avulla yleisen ymmärryksen lisääntyminen ihmisten kokemusten kautta. Yleistettävyyden ehtona on tulkintojen kestävyys ja syvyys. Tutkimuksen voidaan sanoa olevan pätevä, yleistettävä, kun tutkimustulokset nousevat tematisoidusta kokonaisuudesta. Tulokset asetetaan siihen sosiaaliin ja kulttuuriseen rajaan, josta tutkimus rajattiin. (Heikkilä 2010; Hirsjärvi et al. 2009.)

Raportoinnissa ja tutkimuksen toteutuksessa eettisyys ja luotettavuus on huomioitu selostamalla tarkasti tutkimuksen eteneminen vaihe vaiheelta - aiheen valinnasta toiminnan suunnitelmaan sekä haastattelusta tulosten analysointiin. Tutkimuksessa käytetyt menetelmät on haluttu kuvata ja avata lukijalle yksityiskohtaisesti kertomalla miten on tehty ja miten on päädytty saatuihin tuloksiin. Luokkien muodostus on tämän opinnäytetyön liitteenä (5.). sisältö on opinnäytetyön liitteenä (3.). Aineiston tuottamisen olosuhteet on kerrottu selvästi ja totuudenmukaisesti. (Heikkilä 2010; Hirsjärvi et al. 2009; Metsämuuronen 2001.)

Haastattelun haasteena oli tutkijoiden ensi kokemus puolistrukturoidusta ryhmähaastattelusta. Koska tutkimustieto hankitaan tutkijan ja tutkittavan välisen dialogin välillä, oli haasteellista saada ryhmäläisiltä riittävästi vastauksia ja tarkennuksia. Litterointia eli puhtaaksi kirjoittamista, käytettiin tutkimuksessa haastateltavien kokonaisvaltaiseen ymmärtämiseen. Puhtaaksi kirjoittaminen ja tekstin lukeminen useampaan otteeseen pelkistyksien saamiseksi auttoi ymmärtämään tutkittavien kokemuksia. (Metsämuuronen 2001.)

Tutkimuksen voidaan sanoa olevan luotettava, koska tutkimuskohde (ryhmäläiset) ja tulkittu materiaali (haastattelut) ovat yhteensopivia eikä teorian muodostukseen ole vaikuttaneet epäolennaiset tai satunnaiset tekijät. Haastattelu oli suunniteltua, siinä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua ja haastattelu oli päämäärähakuista. Ryhmäläisiltä haluttiin kerätä tietoja - näiden kokemuksia unikoulusta. (Metsämuuronen 2001; Heikkilä 2010.)

Luotettavuuteen kuuluu myös uskottavuus ja siirrettävyys, eli miten onnistutaan tarkastelemaan tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä ja miten hyvin aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Tässä keskeisimmäksi muodostui aineiston analyysissä luokittelujen teko, luokittelu käsityksistä niiden merkityksien perusteella. Raportissa kuvataan erilaiset merkitykset ja kokoamalla ne yläluokiksi. Vaikeutena oli kuitenkin niukka haastattelumateriaali. (Hirsjärvi et al. 2009; Metsämuuronen 2001.)

Tulosten tulkintaan, joka vaatii tutkijalta kykyä punnita vastauksia ja saattaa niitä myös teoreettisen tarkastelun tasolle, pätee sama tarkkuuden vaatimus. Raportissa tutkijat ovat perustelleet tulkintansa sekä mihin päätelmät perustuvat. Tässä lukijaa on autettu rikastuttamalla tutkimusselostetta muun muassa suorilla haastatteluotteilla. (Hirsjärvi et al. 2009.)

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tuloksena syntyi lisää tietoa unettomuuden lääkkeettömästä hoidosta. Kognitiivisten ja toiminnallisten menetelmien käyttö ryhmäohjauksessa oli myös vaikuttavaa ja tuloksellista. Tämän kaltaisen ryhmän ohjaaminen onnistuu hyvin sairaanhoitajilta ja opinnäytetyöstä saa hyvät perustiedot sitä varten. Teoriaosuudessa on avattuna oleelliset tiedot ryhmän perustamiseen ja ohjaukseen. Tuloksista on hyödynnettävissä helposti esiin tulleet kehittämisehdotukset. Tämän kaltaiselle ohjaukselle on tarvetta työelämässä sairaanhoitajien työvälineenä sekä ryhmille on tarvetta unettomuuden hoidossa.

Raporttia työstettäessä selkiytyi mielikuva siitä, miten suunnitelma olisi ollut helpommin rakennettavissa, etenkin täsmennettäessä teoreettista viitekehystä. On helpompi tehdä suunnitelmaa, jos kokonaisuus on hahmoteltuna.

Työ on ollut pitkä prosessi. Turhautumista ja epätoivoa on tullut monessakin käänteessä. Mielikkäin osuus oli kuitenkin toteuttaa itse ryhmää ja huomata kuinka tarpeellinen tämä tutkimus oli. Mielenkiinnon lisäksi tämä tarpeellisuus motivoi saamaan työtä eteenpäin ja antoi merkityksen puristaa projekti loppuun saakka.

Harmittamaan jäi ajan puute. Ryhmien sisällöt olisi haluttu suunnitella paremmin, ennakoitavat valmistella paremmin, sekä miettiä tapaamiskertojen sisältö tarkemmin etukäteen. Valitettavasti kaikkeen ei riittänyt rahkeita. Näin myös itse tapaamiskertojen sisältö jäi suurimmaksi osaksi käsin kirjoitetun materiaalin varaan.

Opinnäytetyön raporttia kirjoittaessa otoksen niukkuus asetti omat haasteensa, jotka olisi voitu huomioida jo suunnitelmaa tehtäessä ja aineistonkeruu-menetelmää valittaessa. Laadullinen aineiston analyysi tuotti omat haasteensa. Haastattelua suunniteltaessa kysymysten tarkempi strukturointi olisi tuottanut enemmän tutkimuksellisesti oleellista tietoa ja helpottanut luokittelujen tekemisessä. Monta asiaa avautui vasta raporttia työstettäessä. Alkuinnostuksessa keskityttiin ainoastaan teoriaosuuden kokoamiseen ja unikoulun sisällön suunnittelemiseen. Tutkimuksen tekemisen teoria jäi vähemmälle huomiolle ja se kostautui raporttia työstettäessä. Toisaalta näin kantapäänkin kautta voi asioita oppia. Haasteena oli myös ymmärtää puhtaasti laadullinen tutkimusprosessi, sillä toiminnallinen osuus asetti myös omat haasteensa saada raportista loogista, sillä ei oltu varmoja onko toiminnallista vai laadullista opinnäytetyötä.

Ryhmäohjaus oli ensimmäinen kerta meille molemmille. Teoriatiedon hyödyntäminen antoi mahdollisuuden tarkastella omaa toimintaa ryhmää ohjattaessa. Kehittyminen on ollut oival-

lusten kautta oppimista. Ryhmän kehitysvaiheet muun muassa oli ryhmässä hyvin huomattavissa, samoin se, miten ryhmäläisistä muodostui yksi kokonainen ryhmä joka halusi luottaa toisiinsa yhä enemmän. Työn tuloksista nousi esille myös ohjauksen ja ryhmäohjauksen taidot. Ryhmän alkaessa opinnäytetyön tekijät olivat epävarmoja omista ohjaustaidoistaan mutta tulokset kertoivat onnistuneesta ohjauksessa.

Opinnäytetyö on ehdottomasti osoittanut sekä toimivuutensa että tarpeellisuutensa. Kehittämisehdotuksena Unikoulun sisältöä voisi muokata tuloksista nousseiden ehdotusten pohjalta ja ryhmänkokoa suurentaa. Myös muunneltavuus virtuaalimaailmaan ei ole mikään este, vaan mahdollisuus edelleen tavoittaa yhä useampi ihminen. Tällä hetkellä e- palveluiden tuottaminen ja kehittäminen on sairaanhoitajille ajankohtainen haaste. Myös perusterveyden huoltoon konsepti on hyvin vietävissä. Ryhmäohjauksessa sekä e- palveluna tuotettuna Unikoulu olisi hyvin edullinen hoitomuoto unettomuuteen. Tämä opinnäytetyö osoittaa, että unikoulun perustamiseksi ei tarvita erillistä koulutusta menetelmistä. Sairaanhoitaja voi itsenäisestikin hankkia perustiedot kognitiivisista ja toiminnallisista menetelmistä ja hyödyntää niitä ryhmässä toteutetussa potilasohjauksessa. Jatkotutkimusehdotuksena olisi e- palveluna toteutetun Unikoulun toimivuus ja tuloksellisuus sekä sairaanhoitajien kokemus mallin käytettävyydestä.

Lähteet

- Ahonen, S. & Kivelä, S-L. 2010. Toiminnallisten ja kognitiivisten hoitomenetelmien vaikutukset iäkkäiden primaariseen unettomuuteen. *Duodecim* 2010;126:794-802.
- Heikkilä, K. 2010. Eettisyys ja luotettavuus kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Laurea ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi. Espoo. Luentomateriaali Optima. Laurea Otaniemi. Viitattu 7.5.12.
- Heikkinen, H. L. T. 2001. Toimintatutkimus - Toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme H. 2006. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino kustannus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009 15.painos. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, M. 2011. Nukahtelusairaus. Lääkärikirja *Duodecim*. Viitattu 1.3.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00399
- Huttunen, M. 2010. Univalverytmin häiriöt. Lääkärikirja *Duodecim*. Viitattu 2.3.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00535
- Hyyppä, M.T. & Kronholm, E. 1998. Uni ja Vire. Turku: Kansaneläkelaitos.
- Jary, D. & Jary, J. 1991. *Collins Dictionary of Sociology*. Glasgow: Harper Collins Publishers.
- Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2007. Potilasohjaus vaikuttavammaksi. *Terveystieteiden aikakauslehti*. Impakti 06, 21.
- Jukarainen, N., Lautaporras, E., & Vironen J. 2011. Ohjelehtinen unettomuuden lääkkeellisestä ja lääkkeettömästä hoidosta kotihoidon työntekijöille yhteistyössä Tapiolan apteekin kanssa. Laurea ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi. Espoo. Opinnäytetyö.
- Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45, 121 - 135.
- Kajaanin AMK. 2012. Opinnäytetyöpakki. Luettu 6.5.2012. <http://193.167.122.14/Opari/ontTukiTarkoitus.aspx>
- Kajaste, S. & Markkula, J. 2011. Hyvää yötä - apua univaikeuksiin. Kirjapaja: Helsinki.
- Kasvio N. 2011. Toiminnallinen opinnäytetyö uniapneapotilaan lihaskuntoharjoittelu- oppaan tuottamisesta. Laurea Ammattikorkeakoulu. Laurea Otaniemi. Espoo. Opinnäytetyö.
- Kiura, E. 2007. Aikuisten kroonisen unettomuuden ilmeneminen ja hoito. Alkuperäinen julkaisija AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality. *Yhdysvallat, 2005. Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults*. Viitattu 10.2.2012. <http://lib.stakes.fi/ohtanen/tarkastele.aspx?id=164>
- Kiura, E. 2007. Kroonisen väsymysoireyhtymän/myalgisen enkefalopatian (KVO/ME) diagnostiikka ja hoito. Suomennus ja tiivistelmäalkuperäisestä julkaisusta: NOKC - Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. 2006. *Diagnosis and treatment of chronic fatigue syndrome /myalgic encephalopathy (CFS/ME)* Luettu 5.3.2012. <http://lib.stakes.fi/ohtanen/tarkastele.aspx?id=379>
- Kivelä, S-L. 2007. Voimavaroja unesta, hyvä uni iäkkäänä. Vammala: Kirjapaja.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010, Mielenterveyshoitotyö, 110-120. Helsinki: WSOYpro.

Koulii 2011. Parasta arkea. Viitattu 20.11.2012.
http://www.koulii.fi/koulii/pilotit/parasta_arkea

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. Oulu & Kuopio: WSOY Oppimateriaalit Oy.

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

Kajaste, S. 2003. Unihäiriöt. Kirjassa Kähkönen S., Karila, I., Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia, 261-273. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus.

Käypähoito-suositus. 2008. Unettomuus. DUODECIM 2008;124(15):1782-94. Viitattu 11.2.2012.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/naytaartikkeli/tunnus/hoi50067>

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005a. Käsitemaalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17 (05), 250 - 258.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005b. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995 - 2002. Hoitotiede 17 (04), 208 - 216.

Laurea ammattikorkeakoulu. 2011. Opinnäytetyöohje. Viitattu 20.3.2012.
www.laureaintra.fi/opinnaytetyoohje

Laurea ammatikorkeakoulu. 2012. Opinnäytetyö. Luettu. 18.9.2012.
https://live.laurea.fi/fi/opiskelijalle/opintojen_toteutus/opinnaytetyo/otaniemi/tyokalupaki/Sivut/default.aspx

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 45, 121 - 135.

Miettinen, T. 2008. Sosiaalisten tilanteiden pelon ryhmähoito - Ryhmäläisten ja vetäjien kokemuksia. Pro gradu - tutkielma, Sosiaalipsykologia, Kuopion yliopisto, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. <http://www.kampus.uku.fi/gradut/2008/3729.pdf>

Metsämuuronen, J. 2001.2. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 2. painos. Metodologia - sarja 4. Viro.

Partinen et al. 1991. Unettomuus ja sen hoito. Kouvola: Recallmed.

Partinen, M. & Huovinen, M. 2007. Terve uni. Helsinki: WSOY.

Partinen, M. & Huovinen M. 2011. Unikoulu aikuiselle: opi selättämään unettomuus. Juva: WSOY.

Paunio, T. & Porkka-Heiskanen, T. 2008. Unen merkitys sairauksien synnyssä. Duodecim 2008, 6, 124, 695 - 701.

Paunonen, M. & Vehviläinen - Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.- 2. painos. Juva: WSOY Kirjapainoyksikkö.

Pietikäinen, A. 2011. Joustava mieli. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Riikola, T. & Partinen, M. 2008. Unettomuus - käypähoito potilasversio. Viitattu 1.3.2012.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/naytaartikkeli/tunnus/khp00075>

- Rovaniemen ammattikorkeakoulu. 2011. Opinnäytetyöopas - word 2007. Viitattu 12.5.2012.
http://www.ramk.fi/fi/Opiskelijalle/Kaytannon_tyokaluja/Lomakkeet_ja_ohjeet.iw3
- Saarelma, O. 2011. Unenaikaiset hengityskatkot (uniapnea). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 1.3.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00712&p_haku=uniapnea
- Stenberg, T. 2007. Hyvää yötä - Kohti parempaa unta. Helsinki: Edita.
- Suomen unihoitajaseura. www.unihoitajat.fi.
- Tampereen ammattiopisto 2006. Tavoitteena potilaan itsehoito. Munuaispotilaan hoitotyö. Viitattu 17.2.2011.
http://koulut.tampere.fi/materiaalit/munuais/aineisto/potilaan_opettaminen_ja_ohjaus.pdf
- Talasma, H. 2009. Moniammatillinen yhteistyö koulujen ja psykiatrisen sairaanhoidon välillä - työntekijöiden kokemuksia ja kehittämisehdotuksia uudesta toimintamallista nuorten vakavien mielenterveysongelmien tunnistuksessa. Pro Gradu. Tampereen Yliopisto.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03689.pdf>
- Tarnanen, K., Brander, P., Anttalainen, U. & Helin-Salmivaara, A. 2010. Uniapnea (obsruktiivinen uniapnea aikuisilla) - käypähoito potilasversio. Viitattu 1.3.2012.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/naytaartikkeli/tunnis/khp00097>
- Tuomi, J. ja Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 6. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Tuomisto, M. T. (toim.). 1997. Käyttäytymisanalyysi ja kognitiivinen käyttäytymisterapia. Tampere: Suomen käyttäytymisanalyysin ja kognitiivisen käyttäytymisterapian yhdistys r.y. Viitattu 24.3.2012. <http://www.kayttaytymisterapia.net/index.html>
- Tutkimusaineistojen tiedonhallinnan käsikirja. 2011. Viitattu 12.4.2012.
<http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/osa3.html#infoE>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Karjalainen, Sakari & Launis, Veikko & Pelkonen, Risto & Pietarinen, Juhani (toim.): *Tutkijan eettiset valinnat*. Helsinki: Gaudeamus. ISBN 951-662-852-4. Viitattu 12.10.2012. <http://www.tenk.fi/>
- Uusikylä, K. & Atjonen, P. 2005. Didaktiikan perusteet. Helsinki: WSOY.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene - julkaisuja 1. Viitattu 12.10.2012. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf. ISBN 952-00-1077-7
- Vilkkä, H. & Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi: Helsinki.
- Vuorela, S. 2005. Haastattelumenetelmät. Ovaska, S., Aula, A. & Majaranta, P. (toim.) Käytettyystutkimuksen menetelmät, 37-52. Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos B-2005-1.

Kuviot

Kuvio 1. Kroonisen toiminnallisen unettomuuden kehittyminen ja siihen vaikuttavat altistavat ja ylläpitävät tekijät. Käypähoito 2008. Viitattu 2.3.2012. Copyright: Unettomuussuosituksen työryhmä @2012 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/.naytaartikkeli/tunnus/imk00381>

Kuvio 2. Unikoulun toteutus ja sen sisältö.

Liitteet

Liite 1 Unipäiväkirja	47
Liite 2 Kutsu ryhmään / Esite	49
Liite 3. Unikoulun sisältö - suunnitelma.....	50
Liite 4. Haastattelulupa	51
Liite 5. Luokkien muodostus	52

Liite 2 Kutsu ryhmään / Esite

Laurea ammattikorkeakoulu Otaniemi
Hoitotyön Opinnäytetyö
Sairaanhoitajaopiskelijat Liisa Venho ja Jenni Masalin

Haemme vapaaehtoisia unettomia ryhmäämme!

**Vaivaako unettomuus? Etkö saa unta, heräiletkö öisin, ahdistaa, koetko nuk-
kuneesi huonosti? Tahdotko kokeilla ryhmäohjauksessa toiminnallisten ja kog-
nitiivisten menetelmien käyttöä unettomuutesi hoidossa?**

- ❖ olet 18 - 65-vuotias perusterve
- ❖ kärsit unettomuudesta
- ❖ haluat kokeilla lääkkeetöntä hoitoa unettomuuteesi

Tarkoituksena on toteuttaa opinnäytetyö- **Toiminnallisten ja kognitiivisten mene-
telmien käyttö unettomuuden hoidossa ryhmäohjauksessa.** Ryhmä on suljettu ja
tarkoitettu ainoastaan etukäteen ilmoittautuneille ja osallisuudesta vahvistuksen
saaneille.

AIKATAULU?

Ryhmä toteutetaan Suurpellon asuinalueella osoitteessa **Klariksentie 1 A,
KERHOTILA.** Ryhmä kokoontuu **TORSTAISIN 19.4., 26.4., 3.5., 10.5., 24.5. klo
18-20.** Osallistujilta edellytämme sitoutumista.

Toteutuksesta laadimme tutkimusraportin. Aineiston keräämme ryhmäläisiltä ryh-
mähaastattelulla viimeisellä osallistumiskerralla, jolla arvioimme kyseisen mene-
telmän käytettävyyttä tulevaisuudessa.

KIINNOSTUITKO?

Kysy lisää tai ilmoittaudu lähettämällä yhteystietosi sähköpostitse jen-
ni.masalin@laurea.fi tai liisa.venho@laurea.fi viimeistään 15.4. Valituille ilmoi-
tamme sähköpostitse viimeistään 16.4.2012.

**Ystävällisesti kutsuen
sairaanhoitajaopiskelijat
Jenni ja Liisa**

Liite 3. Unikoulun sisältö - suunnitelma

1. kerta

Tutustuminen ja tavoitteet
Mitä on uni ja unettomuus
Unipäiväkirja

2. kerta

Miten unipäiväkirjan täyttäminen sujuu?
Vuorokausirytmä: Unen huolto ja päivän rytmittäminen
Rentoutusharjoitus

3. kerta

Unipäiväkirjan täyttämisen seuranta
Erilaiset unen rajoittamisen menetelmät: Uniärsykkeiden hallinta, unen rajoittaminen ja unen aikatauluttaminen
Rentoutusharjoitus

4. kerta

Unipäiväkirjan täyttämisen seuranta
Kognitiiviset menetelmät: Mustavalkoisuuden tutkiminen, tosiasioitten tutkiminen, huolten käsittely ja nuoli alas-tekniikka, pelkosysteemin rauhoittaminen
Rentoutumisharjoitus

5. kerta

Unipäiväkirjan täyttämisen seuranta
Hengitys- ja tietoisuusharjoitukset
Ryhmähaastattelu kokemuksista ja hyödyllisyydestä.
Palaute kehittämisestä; ohjaaja että ryhmän sisällöstä

Materiaalina käytetään lehtiartikkeleita aiheesta, unipäiväkirjaa. Muistamista tuetaan materiaalin lisäksi tietokoneelle tehtävällä koonneilla ryhmäkertojen aikana sekä kertaamisella. Ohjaajat havainnoivat ja arvioivat ryhmäkertojen toteutumista ja pitävät tästä päiväkirjaa. Ryhmähaastattelu toteutetaan viimeisellä kerralla nauhoittaen sanelukoneelle, josta lopullinen tutkiminen suoritetaan.

Liite 4. Haastattelulupa

Opinnäytetyömme aiheena on tutkia toiminnallisten ja kognitiivisten keinojen käyttöä unettomuuden hoidossa aikuisilla. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa toiminnallisten ja kognitiivisten keinojen käytöstä unettomuuden hoidossa ja edistää unettomuuden lääkkeetöntä hoitoa. Työn toteutamme Koulii- hankkeessa, joka toimii tällä hetkellä Espoossa Suurpellon kasvavalla asuinalueella. Alueelle on luotu ”Ihmiset tekevät Suurpellon”- pilotin kautta kohtaamispaikkoja, joihin suunnitellaan yhteistä toimintaa tukemaan yhteisöllisyyttä.

Parasta arkea 24/7 - pilotti puolestaan tuottaa hyvinvointipalveluja asukkaille hyvinvoinnin lisäämiseksi sekä väsymyksen ja uupumuksen ehkäisemiseksi. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on toteuttaa Unikoulu uniongelmiin hoitoon alueella olevassa kohtaamispaikassa. Opinnäytetyö tuottaa samalla tietoa lääkkeettömien keinojen vaikutuksesta uniongelmiin hoidossa sekä tämänkaltaisen palvelun tarpeellisuudesta alueella.

Unikoulun päätteeksi keräämme ryhmäläisiltä aineiston opinnäytetyöhömmä tekemällä teemoitetun ryhmähaastattelun. Pyydämme lupaa haastatteluun sekä tietojen käyttöön tutkimuksessamme.

Lupaamme käsitellä ja säilyttää aineistoa huolellisesti. Emme raportoi millään tavalla tutkimusaineistossa ilmeneviä yksittäisiä ihmisiä koskevia tietoja kenellekään tutkimushankkeen ulkopuoliselle ihmiselle. Raportoinniksi ymmärrämme kaiken viestinnän, virallisen ja epävirallisen, suullisen, sähköisen ja kirjallisen.

Antamanne vastaukset käsitellään tutkimuksessa niin, että henkilöllisyyttä ei yhdistetä antamiinne tietoihin. Annetuista vastauksista muodostettava sähköinen tutkimusaineisto arkistoidaan pysyvästi Yhteiskuntatieteelliseen tietoaarkistoon aihetta koskevan tieteellisen tutkimuksen ja opetuksen käyttöön.

Emme käytä tutkimusaineistosta ilmeneviä tutkittavien, heidän läheistensä tai muiden yksittäisten henkilöiden tietoja heidän vahingokseen, halventamiseksi tai loukkaamiseksi.

Lupaamme olla luovuttamatta ja kopioimatta tutkimusaineistoa tai sen osia kenellekään ulkopuoliselle. Aineistoa tai sen osia luovutamme vain niille tutkimusryhmän jäsenille, jotka voivat osoittaa tehneensä omakohtaisen aineiston käyttöä koskevan vaitiolositoumuksen.

Lupaamme hävittää tutkimuskäytössäni olevan aineiston ja sen kopiot välittömästi, kun tutkimuksen tulosten oikeellisuus on tarkastettu ja tutkimus on päättynyt.

Liite 5. Luokkien muodostus

1. Teema

- Mielenrentoutuminen on oleellinen keino unettomuuden hoidossa.
- Unettomuus vaivaa tiettyinä ajanjaksoina, mutta nyt tiedän muitakin keinoja unettomuuteni hoitoon kuin lääkehoito.
- Olen tunnistanut stressin vaikutuksen ja saanut keinoja sen hallintaan.
- Sain hyvää tietoa unirytmistä ja rentoutumismenetelmistä, erityisesti hengitysharjoituksista.
- Sain uutta tietoa unirytmistä ja unen rakenteesta ja rentoutumismenetelmistä.
- Olen oppinut tunnistamaan stressin vaikutuksen omaan unettomuuteeni ja oppinut keinoja sen hallitsemiseen.
- En enää suhtaudu itseeni niin tuomitsevasti jos en nukukaan.
- Olen havainnut kielteisen ajattelumallin liittyen nukkumiseen.
- Olen huomioinut pelkosysteemin vaikutuksen omassa unettomuudessa.
- Olen koettanut jättää negatiivisten asioiden pohtimisen vähemmälle ja keskittynyt positiivisiin asioihin.
- Unettomuuden syyn tunnistaminen auttaa sen hoidossa.

= Stressin tunnistaminen ja sen hallitseminen

- Sain uutta tietoa unijaksoista ja monista muista uneen liittyvistä asioista.
- Jäin pohtimaan omaa unettomuuttani, olenko oikeasti uneton vai vain vähäinen.
- Olen miettinyt omaa unirytmiani ja siihen vaikuttamista.
- Sain uutta tietoa unirytmistä ja unen rakenteesta ja rentoutumismenetelmistä.
- Sain hyvää tietoa unirytmistä ja rentoutumismenetelmistä, erityisesti hengitysharjoituksista.
- Ymmärrän kivun vaikutuksen unettomuuteeni.
- Huomasin käytännössä tiedon 90 minuutin sykleistä pitävän paikkansa.
- Olen oppinut huomioimaan 90 minuutin syklin käytännössä ja osaan hyödyntää sitä nukahtamisessa.
- Unettomuus vaivaa tiettyinä ajanjaksoina mutta nyt tiedän muitakin keinoja unettomuuteni hoitoon kuin lääkehoito.
- Olen todennut lääkkeettömät hoitomuodot paremmaksi kuin lääkkeiden syönnin.
- Olen käyttänyt unilääkkeitä pitkään ja nyt olen löytänyt toisenlaisen vaihtoehdon unettomuuden hoitoon.
- Olen saanut vaihtoehdon lääkitykselle unettomuuteni hoidossa.

= Tietoa unesta ja siihen vaikuttamisesta.

- Sain varmistusta sille että olen toiminut oikein unettomuuteni hoidossa ja vahvistusta aiemmin opitulle.

- Sain vahvistusta aiemmin oppimilleni asioille.

= Unenhuoltoon vahvistusta aiemmin opitulle.

PÄÄKATEGORIAKSI NOUSEE ”Unikoulu oman unettomuuden ymmärtämisen lisääjänä”.

2. Teema- Ryhmän merkitys

- Olen saanut peilattua omaa uniongelmaani muiden kokemuksiin.
- Olen peilannut omaa ongelmaani muiden ongelmiin ja saanut suhteutettua sitä.
- Oman ongelman jakaminen muiden samasta ongelmasta kärsivien kanssa on ollut antoisaa.

= Oman ongelman peilaaminen

- On mukava puhua sellaisten ihmisten kanssa joilla on sama ongelma.
- On ollut erilaista keskustella sellaisten ihmisten kanssa joilla on sama ongelma, en ole ennen saanut kokea sitä.

= Ongelman jakaminen

- On ollut hyvä saada kuulla muiden erilaisia kokemuksia.
- On hyvä kuulla muiden omia keinoja.
- Koin hyvänä että ryhmässä oli erilaisia ihmisiä.

= Erialaisten selviytymiskeinojen jakaminen

PÄÄKATEGORIAKSI NOUSEE ” Unikoulu vertaistuen tarjoajana”.

3. Teema - Kehittäminen

- Koin hengitysharjoitukset vaikeiksi ja olisin toivonut että niitä olisi harjoiteltu enemmän.
- Erilaisia rentoutusharjoituksia olisi voinut olla enemmän.

= Harjoituksia enemmän.

- Koin läksyt hyvinä ja sisältö oli vaihtelevaa.
- Etukäteen saatu ryhmän sisältö olisi selkiyttänyt kokonaisuutta.
- Kotitehtäviä olisi saanut olla enemmän.
- Seuraava kokoontumiskerta olisi hyvä pohjustaa esim. kirjallisella materiaalilla jolloin asia olisi ollut helpompi sisäistää.

- Kirjallinen materiaali seuraavan kerran aiheesta olisi hyvä saada etukäteen.

= Sisältö strukturoidumpi

- Ryhmän kesto oli riittävä ja asiapitoinen.
- Väliviikko rikkoi kokonaisuutta.
- Unikoulu voisi olla kestoaltaan pidempiaikainen.
- Unikoulun ajankohta ei ollut hyvä keväällä.
- Vuodenajalla on merkitystä unettomuudessa ja merkitystä unikoulun ajankohdalle.
-
- Syksy olisi paras ajankohta unikoululle.

= Unikoulun ajankohta ja kesto

- Toivoisin yksilöllisempää ohjausta erilaisiin uniongelmiin.
- Mahdollisuutta myös yksilöohjaukseen.
- Uniongelmiin erittely yksilöllisemmin.

= Yksilöllisyys

- Rauhallinen tila helpottaisi keskittymistä.

= Tila intiimimpi

PÄÄKATEGORIAKSI NOUSEE ” Unikoulun rakenne ja fyysiset tekijät”.