



HYVÄ UNI?

Osallistujien kokemuksia unihäiriön kanssa elävien fysioterapiaryhmästä

Anna Hasan
Päivi Koskimäki

Kehittämistehtävä
Joulukuu 2010
Psykofyysisen fysioterapian
erikoistumisopinnot
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ammatilliset erikoistumisopinnot
Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot

HASAN ANNA & KOSKIMÄKI PÄIVI:
Hyvä Uni? Osallistujien kokemuksia unihäiriön kanssa elävien
fysioterapiaryhmästä

Kehittämistehtävä s. 34
Joulukuu 2010

Erilaiset unihäiriöt ovat suomalaisten keskuudessa tänä päivänä hyvin yleisiä. Tutkimusten mukaan jopa 700 000 suomalaista kamppailee jonkinlaisen unihäiriön kanssa päivittäin. Syitä unihäiriöihin etsittäessä törmätään usein taustalla olevaan elimistön pitkittyneeseen stressireaktioon. Syitä pitkittyneeseen stressireaktioon puolestaan voidaan arvella olevan lukuisia. Yleisimpiä ovat elämäntilanteen muutokset, kipua aiheuttavat sairaudet, muut elimelliset sairaudet sekä erilaiset mielenterveyden häiriöt. Ongelma on alkanut näkyä myös fysioterapeutin työssämme, mikä herättikin meidän kiinnostuksemme aihetta kohtaan. Mielestämme on tullut aika pohtia fysioterapian mahdollisuuksia osana unihäiriöiden hoitoa.

Kehittämistehtävämme tarkoituksena oli selvittää minkälaisia kokemuksia ryhmämuotoinen kehotietoisuusharjoittelu antaa unihäiriöiden kanssa eläville. Kokosimme pienryhmän erityyppisistä unihäiriöistä kärsivistä omista yksilöterapia-asiakkaistamme Bodymind Oy:ssä. Tämä Hyvä Uni-ryhmä kokoontui yhteensä kuusi kertaa. Jokaiseen kertaan sisältyi keskusteluosio, informatiivinen osio sekä kehollisiin harjoitteisiin keskittyvä osio. Kokemusten keräämisten varten laadittiin kaksiosainen kyselylomake jonka ryhmäläiset täyttivät ja palauttivat ryhmän toteutuksen jälkeen. Lisäksi toteutimme ryhmän lopuksi ryhmähaastattelun jonka avulla kartoitimme myös osallitujien kokemuksia.

Ryhmäläisten antamien palautteiden perusteella jokainen koki hyötyneensä ryhmän annista jollain tavalla. Vaikka suoraa apua nukkumiseen sinänsä ei tullut esille, koettiin positiivisia muutoksia tapahtuneen suhtautumisessa unihäiriötä kohtaan, yleisessä voinnissa ja kehotietoisuuden lisääntymisessä. Vaikuttavammaksi tekijäksi ryhmän sisältä nousi vertaistuki. Kokemusten ja tuntemusten jakaminen koettiin merkitykselliseksi ja oli tärkeää huomata että ei olekaan yksin ongelmansa kanssa.

Tämän kokeilun perusteella voidaankin todeta että Hyvä Uni-ryhmä toimi sellaisenaan hyvin ja se koettiin hyödyllisenä. Jatkossa onkin tarkoitus toteuttaa sitä säännöllisesti osana Bodymind Oy:n toimintaa.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	4
2 UNIHÄIRIÖT JA NIIDEN ILMENEMINEN	6
2.1 Unettomuus	6
2.2 Päiväsymys, parasomniat ja uni-valverytmin häiriöt	7
3 UNEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ	8
3.1 Stressi ja sen hallinta.....	8
3.2 Elämäntavat.....	9
3.3 Unihygienia.....	10
4 FYSIOTERAPIAN KEINOIN PAREMPAAN UNEEN?.....	12
4.1 Rentoutuminen	12
4.2 Kehotietoisuus	15
4.3 Hengitys.....	16
5 TERAPEUTTINEN RYHMÄ	18
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	20
6.1 Tutkimusryhmä	20
6.2 Tutkimusmenetelmät	20
6.3 Aineistonkeruu ja koonti	21
7 RYHMÄN TOTEUTUS	23
8 TUTKIMUSTULOKSET	26
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	28
LÄHTEET	30

1 JOHDANTO

Uni on aktiivinen tila, joka on tärkeä jokapäiväiselle fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnillemme. Kuitenkin jopa yli miljoona suomalaista kärsii huonolaatuisesta yönestä ja tämän seurauksena alentuneesta päiväaikaisesta vireystasosta. Pitkään jatkuneena uniongelmillä onkin laajoja vaikutuksia, ne heikentävät selvästi elämänlaatua ja yleistä terveydentilaa. Lisäksi ne saattavat aiheuttaa vaaratilanteita esimerkiksi työelämässä tai liikenteessä. Unta häiritsevät usein erilaiset unihäiriöt, jotka vaivaavat arviolta jopa 700 000 suomalaista. Varsinaiset unihäiriöt voidaan jakaa neljään pääryhmään. Näistä selvästi yleisimpiä ovat unettomuutta aiheuttavat häiriöt, joista arvellaan kärsivän jopa 200 000 – 250 000 suomalaista. Muihin harvinaisempiin unihäiriöihin luetaan päiväaikaista väsymystä aiheuttavat häiriöt kuten uniapnea, uni-valverytmin häiriöt kuten aikaerorasitus ja ns. unenaikaiset erityishäiriöt kuten hampaiden narskuttelu. (Huovinen & Partinen 2008, 76 - 82)

Unihäiriöiden taustalta voidaan löytää monenlaisia hyvinkin erilaisia syitä. Koska unettomuus on vaivoista yleisin, olisi erityisesti sen syihin ja seurauksiin mielestämme syytä kiinnittää huomiota. Unettomuuden taustalla näyttäisi selvästi vaikuttavan erilaisista syistä aiheutunut stressi. Stressiä voivat aiheuttaa niin työasiat, elämänmuutokset, informaatio- tai ärsyketulva, ihmissuhdeongelmat, kuin myös esimerkiksi taloudellisiin tai terveydellisiin seikkoihin liittyvä huoliajattelu. Stressi tuo mukanaan voimakkaita kehollisia tuntemuksia, tyypillisesti esimerkiksi jännittyneisyyttä, levottomuutta, huoliajatuksia ja ahdistuneisuutta sekä muita vireystilan säätelyn ongelmia. Stressiin voi liittyä myös muita autonomisen hermoston oireita, kuten sydämen tykytystä, hikoilua ja hengenahdistusta. (Lönqvist 2009, 1, Partinen & Huovinen 2008, 81 – 83)

Stressireaktion pitkittyessä nämä oireet vaikeuttavat unen saantia ja heikentävät unen laatua, jolloin myös rentoutuminen ja palautuminen vaikeutuvat. Nähdäksemme rentoutuminen ja vireystilan laskeminen ovat vastaavasti edellytyksiä hyvälle unelle ja tätä kautta ihmisen hyvinvoinnille.

Usein tästä muodostuu noidankehä, johon unihäiriön kanssa elävän voi olla vaikea löytää apua. Tällä hetkellä unihäiriöiden hoito perustuu pääasiassa lääkehoitoon ja kognitiivisiin menetelmiin, esimerkiksi psykoterapiaan. Fysioterapeutteina mielenkiintomme herättikin kysymys, voisivatko unihäiriöistä kärsivät henkilöt hyötyä kehollisten oireiden paremmasta hallinnasta esimerkiksi kohentuneen kehotietoisuuden avulla? (Partinen & Huovinen 2008, 91)

Halusimme tässä kehittämistehtävässä hyödyntää fysioterapeutteina omaa ammatillista osaamistamme osana unihäiriöiden kanssa elävien hoitoa. Kiinnostuksemme kohdistui erityisesti siihen miten kyseisen ongelman kanssa painivat henkilöt kokisivat kehollisen harjoittelun vertaisryhmässä. Osana kehittämistehtäväämme toteutimme fysioterapeuttisen pienryhmän unihäiriöistä kärsiville ja kokosimme teemoittain heidän omia kokemuksiaan ryhmästä.

2 UNIHÄIRIÖT JA NIIDEN ILMENEMINEN

Unihäiriöluokituksen mukaan unihäiriöt jaetaan neljään pääryhmään: unettomuutta aiheuttaviin, liiallista päiväaikaista väsymystä aiheuttaviin, unenaikaisiin erityishäiriöihin eli parasomnioihin ja uni-valverytmin häiriöihin (Partinen 2009, 1). WHO:n luokitus jakaa unihäiriöt kahteen pääluokkaan: ei-elimellisiin ja elimellisiin. Ei-elimelliset unihäiriöt luokitellaan mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin ja elimelliset unihäiriöt hermoston sairauksiin. (Heikkinen, Henriksson, Lönnqvist, Marttunen & Partonen 2001, 327.)

2.1 Unettomuus

Unettomuudella tarkoitetaan kyvyttömyyttä nukkua (Heikkinen ym. 2001, 328.) Unettomuudella voidaan tarkoittaa myös tyytymättömyyttä unen pituuteen tai unen laatuun. Unettomuus ilmenee vaikeutena nukahtaa, vaikeutena pysyä unessa tai liian aikaisena heräämisenä. Tämän seurauksena ihminen kärsii väsymyksestä. Normaalisti ihminen nukahtaa noin puolessa tunnissa ja on yön aikana hereillä noin puoli tuntia. Henkilön katsotaan kärsivän unettomuudesta, jos hän kärsii unen saamisen tai unessa pysymisen vaikeudesta vähintään kolmena yönä viikossa. (Huttunen 2009, 1).

Tilapäinen tai alle kuukauden kestävä unettomuus johtuu usein stressistä, huolista, suruista, ahdistuneisuudesta, ympäristön muutoksista tai uni-valverytmin häiriöistä. Suuri osa unettomuudesta liittyy arkielämän erilaisiin rasituksiin, ristiriitoihin tai pelkoihin, mutta silti unettomuudesta kärsivä ei läheskään aina kykene ainakaan lyhyellä aikavälillä korjaamaan näitä unettomuutta ylläpitäviä ongelmia. Krooninen unettomuus on tutkimusten mukaan lisääntynyt yhteiskunnan rakenteen muuttuessa. Syinä ovat mm. jatkuva stressi, kiire, työnkuvan muutokset, epäsäännölliset työajat, tunne-elämän kriisit, huoli henkilökohtaisesta turvallisuudesta, erilaiset mielenterveyden häiriöt, somaattiset sairaudet tai niiden hoidossa käytettävät lääkkeet sekä päihderiippuvuus. (Huttunen 2008, 1; Heikkinen ym. 2001, 328;

Partinen & Huovinen 2008, 19, Hyyppä & Kronholm 2005, 1). Unettomuutta aiheuttavia somaattisia sairauksia ovat mm. dementia, aivojen rappeutumasairaudet, hengitysteiden sairaudet, kipua aiheuttavat sairaudet, diabetes, levottomat jalat ja kilpirauhasen liikatoiminta (Huttunen 2008, 3).

2.2 Päivästä, parasomniat ja uni-valverytmin häiriöt

Hyvän yön antama riittävä päivästä on edellytys hyvälle toimintakyvylle. Univaje aiheuttaa vireyden heikkenemistä eli päivästä. Päivästä voi johtaa tarkkaavaisuuden sekä työ- ja opintosuoritusten heikentymiseen, liikenneonnettomuuksiin, muistihäiriöihin, työtapaturmiin, sosiaalisten suhteiden ongelmiin ja lopulta jopa mielenterveyden häiriöihin. (Hyyppä & Kronholm 2005, 1). Yleisin päivästä aiheuttava elimellinen häiriö on uniapeaoireyhtymä ja toinen tärkeä väsymyksen aiheuttaja on narkolepsia (Partinen 2009, 6.)

Unenaikaisia erityishäiriöitä eli parasomnioita ovat mm. unissapuhuminen, painajaiset, hampaiden narskuttelu, unissakävely, yölliset kauhukohtaukset ja yökastelu Parasomniakohtausten ehkäisyssä etenkin riittävä liikunta on todettu olevan erityisen tärkeää. (Partinen 2009, 6).

Erilaiset uni-valverytmin häiriöt aiheuttavat usein unettomuutta. Unirytmien väliaikaista sekaisin menemistä aiheuttavat mm. vuorotyö ja aikaero matkustaessa. Aikaistuneessa unijaksossa herääminen tapahtuu aamuyöstä, eikä uni enää sen jälkeen tule. Viivästyneessä unijaksossa uni tulee vasta aamuyöllä, ja herääminen aamulla on vaikeaa. Vireystaso on tällöin korkeimmillaan illalla. Iltaihmisillä on aamuihmisiä enemmän unettomuutta. He kokevat, että heidän unentarpeensa on suurempi ja uni-valverytmi on yleensä epäsäännöllisempi kuin aamuihmisillä. Ihmisen uni-valvetahdistusaika on pitempi kuin vuorokausi. Se alkaa jättää, jos sitä ei päivittäin tahdisteta. (Huovinen & Partinen 2008, 50-51).

3 UNEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

3.1 Stressi ja sen hallinta

Stressireaktio saa alkunsa aivojen kuorikerroksesta, kun ihminen tekee arvion vaikeasta tilanteesta. Viesti siitä välittyy tunne-elämän keskuksiin, joissa koetaan mm. huoli, ahdistus ja masennus. Nämä vaikuttavat tahdosta riippumattoman autonomisen hermoston aktivoitumiseen, minkä kautta lisämunuaisen ydinkerros alkaa erittää stressihormoneita. Ihminen on valmis taistelemaan tai pakenemaan. (Vainio 2006, 110–111).

Käytännössä stressillä tarkoitetaan tilannetta, jossa henkilöön kohdistuu haasteita ja vaatimuksia niin paljon, että sopeutumiseen käytettävissä olevat voimavarat ovat tiukoilla tai jopa ylittyvät. Stressitilanne johtaa aktiiviseen sopeutumiseen tasapainon säilyttämiseksi ja palauttamiseksi. Liian voimakas ja ennen kaikkea liian pitkään jatkunut stressi johtaa häiritseviin oireisiin, elintoimintojen haitallisiin muutoksiin ja pahimmillaan sairauksien puhkeamiseen. Ensimmäisiä oireita stressistä tunne-elämän puolella ovat esimerkiksi turhautumisen tunne, ärtyneisyys, väsymys, ahdistuneisuus ja unihäiriöt, etenkin aamuyöstä herääminen ja valvominen sen jälkeen. Myös ruokahalun muutokset ja seksuaalinen haluttomuus saattavat olla stressin aiheuttamia. Stressin aiheuttamat ruumiilliset oireet ovat eri henkilöillä erilaisia, mutta elimistön ns. "stressihormonien" erityksen lisääntymisen myötä sydämen leposyke kiihtyy ja verenpaine nousee. Tämä kuormittaa haitallisesti sydäntä ja verenkiertojärjestelmäämme. Voimakkaasti stressaantuneen henkilön vastustuskyky tartuntataudeille heikkenee, mikä voi johtaa esim. toistuviin tulehduksiin. Niska-hartiaseudussa esiintyy usein lihasjännitystä. Tämä haittaa lihasten verenkiertoa ja hapetusta, josta seurauksena on usein särkyjä. Erilaiset vatsavaivat, mm. ummetus tai ripuli voi olla ruuansulatuskanavan reagointia liialliseen stressiin. (Lönnqvist 2009,1).

Stressin ehkäisyn kannalta keskeistä on yleinen elämänhallinta. Psykkistä kuormittumista säätelee keskeisesti elämän jaksottaminen ja rytmittäminen niin, että voimavarojen palautumiseen on riittävät mahdollisuudet. Palautuminen tapahtuu päivittäin jaksottamalla oikein työn, vapaa-ajan ja levon. Sosiaalisella tuella on tärkeä ennakoiva ja myös stressiä puskuroiva vaikutus stressille herkästi reagoiville. (Lönnqvist 2009, 5).

Stressin vaikutuksia voidaan ehkäistä perusstrategioilla. Jos stressiä aiheuttava tekijä tunnetaan, eliminoidaan se kokonaan tai pyritään välttämään niille altistumista. Esim. työpaineen alla ratkaisuna voi olla loma, sairausloma tai työpaikan vaihto. Suhdetta stressaaville tekijöille voidaan säädellä myös siten, etteivät ulkoiset vaatimukset enää ylitä vastaanottajan voimavaroja. Se tarkoittaa käytännössä sitä, että henkilö oppii sanomaan perustellusti ei ja kyllä itsen kohdistuviin vaatimuksiin. Yksi lähestymistapa stressin hallinnassa on kehittää omia kykyjä kestää paremmin itsen kohdistuvia paineita. Tärkeässä asemassa ovat fyysisestä ja psyykkisestä kunnosta huolehtiminen ja sosiaalisen tukiverkoston vahvistaminen. (Lönnqvist 2009,5).

Stressin hallinnassa keskeisessä asemassa nähdään rentoutumistaidot. Rentoutumisen aikaansaamat positiiviset vaikutukset stressin hallinnassa onkin helppo ymmärtää, kun tiedetään, että sen vaikutukset kulkevat kehossa samaa reittiä kuin stressireaktiot. Rentoutuminen aikaansaa stressin vastakohtaisia reaktioita, esimerkiksi alentaa veren laktaattipitoisuutta ja verenpainetta, rauhoittaa hengitystä ja sydämen toimintaa. (Kataja 2003, 24, 172.)

3.2 Elämäntavat

Liikunnalla ja ravinnolla on suuri merkitys ihmisen terveydelle. Liikunnan parantavista vaikutuksista aivojen suorituskykyyn ja vireystasoon on runsaasti positiivisia tutkimustuloksia. Iltaliikunta edesauttaa nukahtamista ja parantaa yöunta. Toinen suositeltava ajankohta on aamu. Aivojen vireystilan parantamiseksi ruuan laadulla ja ruokailuajan kohdilla on merkitystä. Aamupala käynnistää elimistön aineenvaihdunnan, lounaan tulisi olla kevyt ja

vihannesvoittoinen, raskas, paljon kaloreita sisältävä lounas ja makeiden jälkiruokien syöminen väsyttää. Illallinen on aivotyöntekijöille päivän pääateria. Illallinen olisi hyvä nauttia klo 18- 19 jälkeen. Silloin ateria voi sisältää hiilihydraatteja makeiden jälkiruokien muodossa, koska niiden on todettu helpottavan nukahtamista. Kahvi, tee, kola- ja energiajuomat aiheuttavat ylivireyttä, joten niiden liiallista nauttimista tulisi välttää. (Huovinen & Partinen 2008, 192- 195).

Muita suosituksia unitutkijan ohjeiden mukaan on suosia kala- ja vihannesruokia, hapanmaitotuotteita ja kohtuullinen punaviinin juonti sen sisältämien mineraalien, flavonoidien ja resveratrolin vuoksi. Aivojen kannalta terveellisen ruokavalion peruselementteihin kuuluu rasvainen kala, eriväriset kasvikset, suolan kohtuullinen käyttö, sillä sen liiallinen käyttö nostaa verenpainetta, vähemmän nopeasti imeytyviä hiilihydraatteja, kuten valkoista leipää. Yleensäkin hitaasti imeytyvien hiilihydraattien määrä saisi olla suhteellisen suuri, esim. kokojyvätuotteet. Teollisesti pitkälle käsiteltyjen hiilihydraattien ja niistä valmistettävien ruokien syömistä tulisi välttää, koska niiden sisältämä suojaravinnetaso suhteessa energian saantiin on vähäinen. (Huovinen & Partinen 2008, 196- 197).

Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan tupakointi vaikuttaa haitallisesti unen rakenteeseen. Tutkimuksen mukaan tupakoitsijat nukahtavat noin viisi minuuttia hitaammin ja nukkuvat noin 14 minuuttia vähemmän kuin tupakoimattomat. Tupakoivilla on myös kevyttä unta enemmän kuin syvää unta. (Huovinen & Partinen 2008, 195).

3.3 Unihygienia

Unihäiriöiden hoidossa kannattaa noudattaa hyvää unihygieniaa, mikä tarkoittaa erilaisia toimenpiteitä hyvän unen edistämiseksi. Unettomuudesta kärsivän kannattaa välttää alkoholin nauttimista noin kaksi tuntia ennen nukkumaanmenoa. Kahvin tai muiden kofeiinipitoisten juomien juontia ei tulisi nauttia klo 16:n jälkeen. Tupakkaa tai nikotiinia sisältäviä tuotteita ei tulisi

nauttia nukkumaanmenoa edeltävien 4 tunnin aikana. Liikuntaa suositellaan harrastamaan säännöllisesti, mutta raskaan rasituksen jälkeen ja nukkumaanmenon välissä pitäisi olla 2- 3 tuntia aikaa. Hiilihydraattipitoinen ateria ennen nukkumaanmenoa voi helpottaa nukahtamista. Makuuhuoneen tulisi olla mahdollisimman mukava. Unen kannalta paras on viileähkö huone, missä lämpötila on n. 17 – 21 astetta. Myös valoisuus ja meluisuus tulisi eliminoida mahdollisimman hyvin. Vuoteen, tyynyjen ja peiton tulisi olla miellyttäviä. (Heikkinen ym., 2001, 332; Huttunen 2009, 2).

Ärsykehallinnan kannalta hyviä toimenpiteitä ovat nukkumaan menon välttäminen ennen kuin on unelias tai väsynyt. Vuodetta ei tulisi käyttää muuhun kuin nukkumiseen ja jos uni ei tule 15 – 30 minuutissa, kannattaa nousta ylös ja mennä takaisin vuoteeseen vasta kun tuntee itsensä taas väsyneeksi. Univaikeuksista kärsivien kannattaa pyrkiä nousemaan sängystä ylös aina samaan aikaan ja välttämään päiväunia. (Heikkinen ym. 2001, 332; Huttunen 2009, 2).

Jokailtainen rentouttava rituaali ennen nukkumaanmenoa, esim. lämmin suihku tai kylpy, musiikin kuuntelu tai hengitysharjoitukset voivat auttaa rentoutumisessa ja laukaista lihasjännityksiä tai katkaista kehäajattelua. Unettomuuden itsehoidon kannalta on myös tärkeää, että ei pelkää unettomuutta. Jos yrittää pakottaa itsensä saamaan unta, sitä vaikeampaa unen saanti yleensä on. Jokaöinen unettomuus on siis elimistölle erittäin kuluttavaa. Tällöin kanssaihminen neuvot unettomuuden hyväksymisestä tai heidän erilaiset ohjeensa ovat vain omiaan lisäämään unettomuudesta kärsivien huonommuuden tunnetta ja unettomuutta. (Huttunen 2009, 3).

4 FYSIOTERAPIAN KEINOIN PAREMPAAN UNEEN?

Unihäiriöiden taustalla näyttäisi siis usein olevan elimistön stressitila, jonkinlainen psyykinen tai fyysinen ylikuormitus tai vireystilan säätelyn häiriö. Toisaalta nämä voivat olla osaltaan myös unihäiriön seurauksia. Niin tai näin, pitkään jatkunut unihäiriö vaikuttaa aina henkilön toimintakykyä alentavasti. Kipu- ja jännitystilat, mielialan lasku, väsymys, vireystilan ja kognitiivisten toimintojen lasku sekä esimerkiksi sosiaalinen eristäytyminen kuluttavat kohtuuttomasti unihäiriön kanssa elävän ihmisen voimavaroja.

Psykofyysisen fysioterapian lähtökohtana on tukea ihmisen kokonaisvaltaista toimintakykyä ja voimavaroja. Tästä näkökulmasta toimintakykyyn ja voimavaroihin kuuluvat niin psyykkiset, fyysiset kuin sosiaalisetkin osa-alueet. Ihminen pyritään kohtaamaan kokonaisuutena ja hänen voimavarojaan pyritään löytämään ja tukemaan mahdollisimman monipuolisesti. (Psykofyysinen fysioterapia 2008). Myös fysioterapia tarjoaa siis keinoja unihäiriöön liittyvien ongelmien helpottamiseen. Näitä ovat muun muassa rentoutuminen, kehotietoisuuden lisääntyminen ja hengityksen tiedostaminen.

4.1 Rentoutuminen

Rentoutumisella tarkoitetaan useimmiten lihasjännityksen poistamista. Käytännössä tällä tarkoitetaan supistuneen lyhentyneen lihassyyn palauttamista sen normaaliin lepopituuteen. Toisaalta rentoutumisella on myös tärkeä psyykinen ulottuvuus. Rentoudella voidaan nähdä kolme tavoitetta. Sen avulla voidaan ennaltaehkäistä kehon stressille herkimpiä elimiä tarpeettomalta rasitukselta ja stressiperäisiltä sairauksilta. Hoitokeinona se toimii stressin lievittäjänä vähentämällä esim. paniikkia, lihasjännitystä ja päänsärkyä. Rentoutuminen voi olla myös välttämätön arjen selviytymiskeino, sillä se toimii mielen rauhoittajana ja ajatusten selkiyttäjänä. (Payne 2005, 3-4.) Rentoutumisharjoittelun lähtökohtana ei ole pelkkä keho, vaan kokonaisvaltainen lähestymistapa ihmiseen. Sen tavoitteena voidaankin pitää

kehon omien voimavarojen löytämistä ja hyödyntämistä. (Everett, Dennis & Ricketts 1995, 190.)

Taidot elintoimintojen ja mielen rauhoittamiseen ovat kaikilla olemassa ja säännöllisellä harjoittelulla jokainen voi niihin vaikuttaa. Rentoutumisesta on apua sekä lihasten että mielen kireyksiä laukaisemisessa, voimien keräämisessä ja nukahtamisen helpottamisessa. (Katajainen, Lipponen & Litovaara 2003, 52–53.) Rentoutuminen on kuitenkin hyvin yksilöllistä. Se voi toteutua sekä aktiivisissa toiminnoissa, kuten liikkuessa, että passiivisemmissä menetelmissä, kuten erilaisissa tietoisuus- ja hiljentymisharjoituksissa. (Katajainen ym. 2003, 52–53.)

Rentoutuminen on ahdistuneisuuden vastakohta. Rentoutumisen merkitystä stressin hallinnassa on tutkittu varsin paljon ja tulokset näyttävät rentoutumisella olevan positiivisia vaikutuksia sekä stressin hallintaan että sen ennaltaehkäisyyn. Rentoutumisen tarkoitus on lähes aina estää kroonisen stressin syntyä. (Kataja 2003, 172.)

Rentoutuminen on tajunnan tilojen vaihtelua ja vaikuttaa ihmiseen solutasolta alkaen. Lindhin (1998) mukaan aivojen vireystason laskiessa aivojen järjestelmät alkavat tulkitsemaan kokemuksia tunteiden ehdoilla, jolloin älyllinen tulkinta vähenee. Rentoutuessa miellyttävässä ympäristössä toiminta leviää nopeasti koko ihmiseen: autonomiseen hermostoon, ääreishermostoon, sisäeritysjärjestelmään ja immuunijärjestelmään. Parasymptaattinen hermosto rauhoittaa symptaattisen hermoston ylikerroksia, ja kehoon erittyy muun muassa endorfiinia, kehon omaa "hyvänolon hormonia". (Kataja 2003, 172.)

Rentoutumisen fysiologiset teoriat perustuvat siis autonomiseen hermostoon, hormonitoiminnan muutoksiin sekä muutoksiin tahdonalaisen lihaksiston toiminnassa. Autonomisen hermoston parasymptaattisen osan aktivaatio lisääntyy suhteellisesti rentoutumisen myötä. Vastaavasti stressitilassa aktiivisesti toiminut symptaattinen hermoston osa vähentää aktivaatiotaan. Parasymptaattinen hermosto tuottaa asetyylikoliinia, minkä seurauksena aiemmin aktivoituneet elimet saavuttavat lepotilan. Stressitilan aikana lihaksisto on kauttaaltaan jännittyneessä tilassa. Rentoutuessa muutokset lihaksissa

viittaavat juuri luustolihaslujen säikeiden pidentymiseen. Lihasten jännitystilojen laukaiseminen rauhoittaa myös mieltä. Neuromuskulaarinen järjestelmä toimii näin välittäjänä stressin ja ahdistuksen helpottamisessa. (Payne 1995, 4-6.) Keskushermostossa sijaitseva limbinen järjestelmä selittää rentoutumisen kokemisen psykofyysisenä kokonaisuutena. Limbiseen järjestelmään kuuluva hypotalamaus, joka on myös autonomisen hermoston ylin keskus, kytkee tunteet ja fyysiset reaktiot toisiinsa. Tämän vuoksi ajatellaan että erilaiset tunteet ja tunnetilat voivat aiheuttaa fysiologisia reaktioita. (Bjälje, Haug, Sand, Sjaastad, Toverud 2005, 82.)

Rentoutumisen yleisiä fysiologisia vaikutuksia ovat hengitysfrekvenssin eli hengitystiheyden rauhoittuminen, verenpaineen aleneminen, sydämen lyöntitiheyden hidastuminen, ihon lämpötilan nouseminen ääreisverenkierron vilkastuessa sekä vaikutukset unen laatuun. Näillä kaikilla on positiivinen vaikutus rentoutujan terveyteen. Lisäksi fysioterapian kannalta merkittävänä vaikutuksena voidaan nähdä rentoutumisen kivun kokemista vähentävä vaikutus sekä kroonisessa kivussa lihasjännityksiä laukaiseva vaikutus ja tätä kautta kiputuntemusten väheneminen. (Leppänen, Aho, Harju & Gockel 2000, 8.)

Rentoutumisen harjoittelulle asetettavat tavoitteet pohjautuvat rentoutumisen fysiologisiin ja psykologisiin vaikutuksiin ja ne asetetaan aina rentoutujan sen hetkisen tilanteen ja tarpeiden mukaan. Fysioterapiassa rentoutumisella on usein terapeuttinen tavoite, jolla pyritään kehittämään rentoutujan omia voimavaroja. Yleisesti rentoutumisen tavoitteena voi olla fyysisen palautumisen nopeuttaminen, unenlaadun parantaminen, univajeen hoito, stressin hallinta, luovuuden lisääntyminen ja keskittymiskyvyn parantaminen. (Kataja 2003, 35, 45.) Näiden lisäksi psykofyysisessä fysioterapiassa voidaan käyttää rentoutumista kehotietoisuuden ja kehonhallinnan kohentamisessa (Immonen-Orpana 2008) sekä somaattisten häiriöiden, riippuvuuksien ja traumaattisten kokemusten hoidossa. Rentoutumisen tavoitteena voi olla kuntoutumisprosessin nopeuttaminen terapiassa ja itsehoidossa muiden terapioiden lisänä. (Kataja 2003, 43-45.)

4.2 Kehotietoisuus

Kehotietoisuudella tarkoitamme tässä yhteydessä sitä ymmärrystä, joka ihmisellä on itsestään ja omasta kehostaan. Kehotietoisuus-käsitteellä tarkoitamme sitä, missä määrin yksilö tiedostaa omaa kehoaan, sen rakenteita, niiden merkitystä ja toimintaa, sekä näiden rakenteiden vuorovaikutusta ympäristön kanssa. Kehotietoisuus sisältää henkilön elämyksen, kokemuksen ja käsityksen omasta kehostaan. Tähän kuuluvat esimerkiksi tietoisuus kehon rajoista, mittasuhteista ja ulottuvuuksista. Lisäksi siihen liittyy jonkinlainen ymmärrys kehonliikkeiden synnystä sekä aistihavainnot kehon asennosta ja toimintamekanismeista. Kehotietoisuus sisältää myös emotionaalisen ja henkisen elementin. Katsomme kehotietoisuuteen sisältyvän keskeisesti henkilön ymmärryksen ja kokemuksen siitä, miten emootiot näkyvät hänen kehossaan. Henkilö voi esimerkiksi tiedostaa punastuvansa, pidättävänsä hengitystä tai jännittyvänsä tietynlaisessa tilanteessa. Myös ihmisen käsitys omasta suorituskyvystään, nivelten liikkuvuudesta ja lihasvoimistaan on osa kehotietoisuutta. (Roxendal 1987, 28 - 29.)

Keskeinen ajatuksemme on, että ihmisen oman kehotietoisuuden lisääntyessä, esimerkiksi hänen huomattessaan lihaskivun olevan peräisin lihasten jännittämisestä, hänellä herää tarve muuttaa käyttäytymistään tai toimintamalliaan. Tämä tarkoittaa, että hän osaa entistä paremmin lukea kehonsa ruumiillisia merkkejä ja kieleltöntä käyttäytymistä. Uskomme että henkilön oppiessa hallitsemaan tunteitaan ja käyttämään tietoisesti kehoaan tarkoituksenmukaisesti, hänen on mahdollista saavuttaa parempaa kehon hallintaa. Lisääntynyt kehon hallinta antaa edelleen mahdollisuuksia kokea uusia kehollisia elämyksiä ja myös syventää näitä elämyksiä.

Kehotietoisuusharjoittelussa keskeistä on tasapainoinen asento, hengityksen ja liikkumisen vapaus sekä henkinen läsnäolo toiminnoissa. Harjoitteet pyrkivät lisäämään ihmisen tietoisuutta kehon suhteesta alustaan, kehon keskilinjasta ja kehon liikekeskuksesta. Oikean hengitystavan tiedostaminen ja omaksuminen ovat myös keskeisiä tavoitteita. Samoin korostetaan liikkeiden sujuvuutta ja pehmeää suoritustapaa eli ”virtausta”. Lisäksi kehotietoisuutta harjoitetaan huomioimalla oman kehon tuntemuksia eri asennoissa ja kehon kuormittumista

liikkumisessa. Tarkoituksena on että kehoa opittaisiin käyttämään mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ja tietoisesti. Harjoituksissa keskitytään viemään tietoisuutta siihen, mitä kehossa harjoittelun aikana tapahtuu. Näin harjoitetaan samalla myös henkistä läsnäoloa. (Roxendal & Winberg 2002, 52–62, Roxendal 1981, 31.)

4.3 Hengitys

Luonnollinen, vapaa, rauhallinen ja syvä hengitys voi olla avain rauhoittumiseen, oman kehon kuunteluun ja voimavarojen löytämiseen. Hengitysharjoitukset ovat keino vahvistaa kehotietoisuutta ja tulla tietoisemmaksi omasta hengityksestä, tunteista ja voimavaroista. Hyvä ja oikea hengitys on näin ollen tärkeää myös rentoutuessa. (Kataja 2003, 54–56.)

Hengityksessä tarkkailtavia ominaisuuksia ovat muun muassa rytmin säännöllisyys, hengityksen vaiheet, sekä hengitysliikkeen sijainti. Esimerkiksi ihmisen ollessa epävarma, hänen hengityksestään tulee helposti pinnallista, epäsäännöllistä ja hengitysliike voidaan havaita usein rintakehän yläosissa. Vastaavasti rentoutuneessa tilanteessa hengitys on vapaata, sen rytmi on säännöllinen ja virtaava liike havaitaan pallean seudussa. Vapautunut hengitys vaatii vain vähän lihastyötä. Tämän perusteella voidaankin ajatella että hengitystä tiedostamalla sekä hengitykseen vaikuttamalla, esimerkiksi hengitysrytmin muuttamalla harjoittelemalla ja siihen keskittymällä voidaan vaikuttaa henkilön tunnemaailmaan, vähentää pelko- ja ahdistustiloja sekä edesauttaa myös psyykkistä toimintakykyä. (Thornquist & Bunkan 1991, 24–27.)

Bunkanin mukaan optimaalinen lepo hengitys on hidasta ja säännöllistä. Siinä hengitysliike alkaa kehon keskeltä ja leviää vapaasti sekä ylös- että alaspäin. Uloshengitys tapahtuu passiivisesti ilman lihastyötä keuhkojen painuessa kasaan. Pallealihaksen vastaa ensisijaisesti hengitysliikkeestä kaikissa tilanteissa. Sen supistuessa sisäänhengityksen aikana rintakehän alaosa laajenee ja lihas työntää vatsaontelossa sijaitsevia sisäelimiä alaspäin. Tämän seurauksena hengitysliike näkyy vatsan alueella. Selän puolella liikettä ei juuri havaita, mutta

se voidaan tuntea. Parhaassa tapauksessa hengitys mukautuu välittömästi muutokseen tunnetiloissa ja kehon fyysisiin tarpeisiin. (Thornquist & Bunkan 1991, 43–44.)

5 TERAPEUTTINEN RYHMÄ

Terapeuttisessa ryhmässä voidaan nähdä joukko tekijöitä joita pidetään hoitavina ja terapeuttisina ominaisuuksina. Ryhmä, jossa välitetään ja huolehditaan toisista, tarjoaa mahdollisuuden tulla kuulluksi ja jakaa kokemuksia. Vuorovaikutukseen kannustamalla ja vuorovaikutusta tukemalla voidaan ryhmässä edesauttaa henkilön omaa sisäisen voiman tunnetta eli voimaantumisen kokemusta. Yksilö kokee tulevansa paremmin ymmärretyksi kun kaikilla osallistujilla on lähtökohtaisesti samanlainen tilanne. Kun ryhmän jäsenet elävät samantapaisten ongelmien kanssa, ei kukaan ole yksin ongelmansa kanssa, vaan ryhmän jäsen voi tuntea itsensä edes hetkellisesti samanlaiseksi kuin muut. Muiden ryhmäläisten hyväksyntä ja ymmärrys helpottavat avautumista, joka vapauttaa mahdollisista häpeän- tai syyllisyydentunteista. Jo sinänsä johonkin ryhmään kuuluminen on tärkeää, esimerkiksi elämäntilanteessa jossa muu sosiaalinen vuorovaikutus puuttuu. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 202-204.)

Terapeuttiseksi ryhmäksi suositellaan yleisesti ottaen pienryhmää, jollaiseksi mielletään 5-12 henkilön ryhmä. Tavallisesti terapiaryhmät ovat niin kutsuttuja suljettuja ryhmiä, jotka eivät ota käynnistymisensä jälkeen uusia jäseniä ja jotka kokoontuvat aina ennalta määrätyn jakson ajan. Suljettu ryhmä luo ryhmään tärkeää pysyvyyden tunnetta ja edistää näin ryhmän kiinteytymistä. (Niemistö 2007, 57–61.) Monet terapiaryhmät kokoontuvatkin tasaisen säännöllisesti. Näin toistuvasta tapaamisesta tulee elämää rytmittävä ja ryhdistävä tekijä (Niemistö 2007, 50–55). Jo pelkkä tieto terapeuttisen ryhmän olemassaolosta ja tulevasta ryhmän tapaamisesta voi kannustaa jaksamaan arjessa (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 202–204).

Terapeuttinen ryhmä, niin kuin useimmat tavoitteelliset ryhmät, tarvitsee fyysisesti suljetun näkö- ja äänieristetyin tilan jossa ryhmä ei tule häiriityksi. On tärkeää, että ryhmän jäsenet tuntevat olonsa turvalliseksi ja kokevat yksityisyytensä suojatuksi ulkopuolisilta. Turvallisuuden tunne edesauttaa terapeuttiselle ryhmälle tärkeän luottamuksen syntyä. Tähän liittyy käsitteenä

myös aika. Täsmällisyys on mielekkään ja turvallisen ryhmätoiminnan ehto. Sovituista aikarajoista lipsuminen aiheuttaa helposti epävarmuutta ja kaoottisuutta jotka hajottavat ryhmää. Samoin ryhmän kesto ja sen kokoontumistiheys tulee olla etukäteen sovittu, kaikkien tiedossa ja niistä tulee pitää kiinni. Tämä kaikki tähtää ryhmään sitoutumiseen ja ryhmän kiinteytymiseen. (Niemistö 2007, 50 – 55.)

Yleisinä ryhmän tunnusmerkkeinä voidaan nähdä tarkoitus, tietty ryhmäkoko, yhteiset säännöt, vuorovaikutus, jäsenten roolit, johtajuus sekä työnjako (Niemistö 2007, 16–17). Ryhmä muodostuu yksilöistä jotka ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Ryhmän jäsenet ovat tietoisia toistensa läsnäolosta, tuntevat kuuluvansa ryhmään ja omaavat yhteisen päämäärän. Ryhmäläiset myös toimivat yhdessä sovittulla tavalla (Pakarinen & Roti 1996, 140). Ryhmän jäsenten tietoisuus ryhmän tavoitteesta on mielekkään ryhmätyöskentelyn lähtökohta. Selkeä päämäärä helpottaa motivoitumista ja ryhmään sitoutumista. On eduksi jos terapeutin ryhmän jäsenet ovat itse tietoisesti hakeutuneet ryhmään ja sopineet itse osallistumisestaan siihen (Niemistö 2007, 37). Ryhmän jäsenten omia voimavaroja, osaamista ja sitoutumista voidaan usein edistää sillä että jäsenet otetaan mukaan muovaamaan ryhmän tavoitetta omien kiinnostuksiensa mukaisesti (Jauhiainen & Eskola 1994, 81).

Ryhmän jäsenillä on yleensä paljon tietoa ja kokemusta käsiteltävästä aiheesta. Erityisen tärkeää ja hyödyllistä on kokemusperäinen tiedon jakaminen. Tunne siitä, että voi itse auttaa toista samantapaisessa tilanteessa elävää, on tärkeä itsetuntoa kohottava tekijä. Auttajan rooli voi myös lisätä tunnetta oman elämän hallinnasta ja selviämisestä. Ryhmän jäsenet voivat olla eri vaiheissa oman ongelmansa kanssa esimerkiksi toipumisen tai kuntoutumisen osalta. Tällöin muiden kokemukset ja hyviksi havaitut selviytymiskeinot ovat arvokasta ja toivoa herättävää tietoa. Myös muiden ryhmäläisten edistyminen luo uskoa ja toivoa omien ongelmien kanssa selviytymiseen. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 202–204.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusryhmä

Tutkimusryhmä koostui viidestä unihäiriön kanssa elävästä työikäisestä henkilöstä. Ryhmäläiset koottiin Bodymindissa aiemmin yksilöterapiassa käyneistä asiakkaista, joiden fysioterapeutit arvioivat mahdollisesti hyötyvän ryhmämuotoisesta terapiasta. Ryhmään osallistuvat saivat kirjallisen kutsun ryhmään postitse (LIITE1). Kaikilla ryhmäläisillä oli jonkinlainen pitkään jatkunut unihäiriöksi luokiteltu ongelma, johon he olivat kokeilleet erilaisia hoitomuotoja, kuten lääkitystä ja keskusteluapua. Osa osallistujista oli ryhmän toteutuessa sairaslomalla unihäiriön tai siihen liittyvien ongelmien kuten työuupumuksen vuoksi, yksi osallistuja oli palannut töihin ja yksi ryhmäläinen oli työkyvyttömyyseläkkeellä. Ryhmäläiset, joista neljä oli naisia ja yksi mies, olivat toisilleen ennalta tuntemattomia.

6.2 Tutkimusmenetelmät

Kehittämistehtävässämme käytimme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusotetta, koska tarkoituksenamme on kuvailla ja kartoittaa ihmisten kokemuksia. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa kuvataan kokonaisvaltaisesti tutkittavaa kohdetta. Aineistoa kerätään luonnollisissa tilanteissa, jossa tutkija luottaa enemmän omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin kohderyhmän kanssa kuin mittausvälineellä saamaansa tietoon. Tutkimusmetodeja valittaessa suositaan kohderyhmän näkökulmaa esiintuvia menetelmiä, kuten teemahaastattelua, osallistuvaa havainnointia, ryhmähaastattelua tai erilaisten dokumenttien analysointia. Kohderyhmän valinnan tulee olla tarkoituksenmukaista tutkittavaan ilmiöön nähden. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on tarkastella aineistoa monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. Tutkija ei päättä mikä on tärkeää, vaan tutkija pyrkii kuvaamaan aineistolähtöisesti tutkittavaa ilmiötä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157,

160.) Tutkija myös luottaa enemmän omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittavien kanssa, kuin mittausvälineillä hankittavaan tietoon. (Hirsjärvi ym. 2007, 155.)

6.3 Aineistonkeruu ja koonti

Työhömmme liittyi toiminnallinen osuus, jonka arvioinnissa käytimme apuna ryhmäteemahaastattelua ja strukturoitua haastattelulomaketta. Aineiston analyysissä käytettiin sisällönanalyysiä ja teemoittelua.

Haastattelu valitaan tutkimusmenetelmäksi usein silloin, kun halutaan korostaa ihmisen subjektiivisuutta tutkimustilanteessa. Haastattelussa ihmiselle tarjotaan mahdollisuus tuoda vapaasti esille itseään koskevia asioita ja olla aktiivinen osapuoli (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35). Haastattelu muistuttaa hyvin paljon keskustelua ja siinä käytetään avoimia kysymyksiä, joiden vastausten perusteella haastattelija pyrkii syventämään tietoa ja esittää jatkokysymyksiä. Tietojen keruu voi olla niin lähellä tavanomaista keskustelua, että osapuolet eivät ajattele varsinaisesti osallistuvansa haastatteluun. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 45–46.)

Kehittämistehtävässämme käytimme puolistrukturoitua teemahaastattelua. Teemahaastattelussa aihepiirit suunnitellaan ennalta, mutta tarkkoja kysymyksiä ei ole. Ominaista teemahaastattelussa on se, että haastateltavien tiedetään kokeneen tietyn tilanteen, kuten tässä ryhmään osallistumisen. Haastattelija tai tutkija analysoi ilmiötä tai tilannetta, jonka perusteella hän laatii haastattelurungon, johon haastateltavat vastaavat omin kokemuksin. (Hirsjärvi ym. 2007, 203) Ryhmässä oli keskeistä herätellä osallistujien omaa ajattelua harjoitteiden toimivuudesta ja etenkin kehotietoisuutta harjoitettaessa on tärkeää miettiä harjoitteiden herättämiä tunteita ja ajatuksia. Sen vuoksi ryhmähaastattelun katsottiin sopivan hyvin yhdeksi aineistonkeruun menetelmäksi.

Koska tutussakin ryhmätilanteessa arkojen asioiden esiintuominen suullisesti voi olla vaikeaa, halusimme antaa osallistujille mahdollisuuden jäsenellä

kokemuksiaan myös kirjallisesti. Tätä tarkoitusta varten laadimme kyselylomakkeen, joka sisälsi avoimia kysymyksiä tutkittavasta aiheesta.

7 RYHMÄN TOTEUTUS

Hyvä uni-ryhmä kokoontui yhteensä kuusi kertaa kevään 2010 aikana. Ryhmä tapasi kerran viikossa ja yksi toteutus oli kestoaltaan puolitoista tuntia. Kokoontumispaikkana oli kaikille osallistujille ennalta tuttu Bodymind Oy:n ryhmätila. Tapaamiset ajoittuivat iltaan, jolloin tila oli rauhoitettu ainoastaan ryhmän käyttöön. Rauhallisen tilan katsottiin olevan tärkeä tekijä miellyttävän tunnelman ja harjoitteluympäristön luomisessa. Tärkeää oli myös kiireetön ilmapiiri, jonka tarkoituksena oli johdatella ryhmäläiset rauhoittumaan arjen keskellä itseään koskevan aiheen pariin.

Rauhalliseen tilaan oli ryhmän alkaessa valmiiksi aseteltuna jokaiselle ryhmäläiselle oma alusta, tyyny ja huopa. Ryhmäläiset valitsivat itse omat paikkansa, jotka myöhemmin vakiintuivat. Osallistujille oli aina tarjolla teetä ja maistiaisia erilaisista terveysvaikutteisista tuotteista kuten esimerkiksi pähkinöistä, raakakaakaosuklaasta ja kuivatuista marjoista.

Jokaisen tapaamiskerran rakenne oli samanlainen. Aluksi kukin ryhmäläinen kertoi kuulumisensa, sekä joitakin kokemuksia tai tunnelmia edelliseltä kerralta. Jokaisella kerralla oli oma uneen liittyvä teema, joka kerrottiin ryhmäläisille. Tämän jälkeen osallistujat kertoivat omia kokemuksiaan ja ajatuksiaan aiheesta. Ohjaajat olivat valmistelleet kulloisestakin aiheesta tietopaketin ja kirjallisen yhteenvedon ryhmän jäsenille. Lisäksi ryhmäläisillä oli käytössään vihot, joihin heidän oli mahdollista kirjata omia muistiinpanojaan, huomioitaan ja kysymyksiään. Osallistujat saivat myös halutessaan täytettäväkseen unipäiväkirja-lomakkeen, jonka avulla heidän oli mahdollista seurata omaa nukkumistaan. Loppuaika käytettiin erilaisiin teemaan liittyviin kehollisiin harjoitteisiin sekä niiden herättämien tuntemusten ja kokemusten jakamiseen.

Ensimmäisellä kerralla sekä ryhmäläiset että ohjaajat esittelivät itsensä ja tutustuivat toisiinsa. Ohjaajat kertoivat ryhmän sisällöstä ja johdattelivat aiheeseen lyhyellä teoriaosuudella. Ryhmäläiset saivat kertoa omia kokemuksia unihäiriöstä ja sen vaikutuksista elämään. Keskusteluista nousi esille terveysongelmat, kuten painonnousu, korkea verenpaine ja kolesteroli sekä sokeriaineenvaihdunnan häiriöt. Vaikutuksia on ollut myös elämänhallintaan, sosiaalisiin suhteisiin ja kognitiivisiin toimintoihin kuten keskittymiskykyyn ja muistiin. Lähes kaikki toivat esille mielialan laskun ja huoliajattelun lisääntymisen. Ryhmäläisten toiveita ja tavoitteita ryhmälle olivat vertaistuki, rentoutumisen oppiminen ja uudet kokemukset sekä tietoisuuden lisääntyminen ja tässä ja nyt olemisen oppiminen. Lopuksi tehtiin seisten kehontuntemusharjoituksia sekä hengityksen tasausliikkeitä.

Toisella tapaamiskerralla käsiteltävänä aiheena oli stressi ja sen vaikutus uneen. Ryhmäläisille selvitettiin info-osiossa stressi fysiologisena ilmiönä, josta he saivat monisteen. Osallistujat toivat omia kokemuksia stressistä esiin kuvailemalla tilaa sanoilla kiire, paniikki, hässäkkätilanne, ylivuototila, lamaantuminen, väsymys, aikaansaamattomuus, levottomuus sekä pitää mennä ja tehdä. Stressin syiksi ryhmäläiset kertoivat vastuullisen työn, perhehuolet, taloudellisen huolen, terveysongelmat, väkivallan uhan, vaikean lapsuuden sekä pitkään jatkuneen henkisen kuormitustilan. Harjoitusosiossa käytiin läpi hengityksen kuuntelua ja havainnointia sekä liikkeen yhdistämistä hengitykseen. Kaikki harjoitukset tehtiin selinmakuulla.

Kolmannen kerran teemana oli fyysinen aktiivisuus, vireystilat, aktiivisuuden säätely ja näiden merkitys nukkumiseen. Tällä kerralla osallistujat tarkastelivat omaa fyysistä aktiivisuuttaan, liikuntatottumuksiaan, sekä omia kokemuksiaan näiden yhteydestä uneen. Tieto-osiossa käytiin läpi liikunnan fysiologisia ja hormonaalisia vaikutusmekanismeja, sekä tutkittuja seikkoja liikkumisen laadun, määrän ja ajoituksen yhteydestä vireystilaan, mielialaan ja tätä kautta uneen. Tämän kerran harjoitteet koostuivat erilaisista rytmin, voiman ja nopeuden säätelyharjoitteista, joiden tarkoituksena oli herättää ryhmäläinen kokemaan omia kehollisia tuntemuksiaan. Apuna käytettiin isoja jumppapalloja.

Neljännellä tapaamiskerralla käsiteltiin unihygieniaan liittyviä asioita. Tieto-osiossa käytiin läpi yleiset unihygieniaohjeet, sekä keskusteltiin niiden noudattamisesta ja ryhmään osallistuvien omista kokemuksista ja tavoista. Kehollisina harjoituksina oli erilaisia nivelten liikeratoja avaavia harjoitteita kylkimakuulla, selinmakuulla ja vatsamakuulla. Lisäksi käytiin käytännössä läpi mukavia nukkuma-asentoja.

Viidennen kokoontumisen teemana käsiteltiin ravinnon ja elämäntapojen vaikutusta nukkumiseen ja laajemmin terveyteen ja hyvinvointiin. Keskustelussa käytiin läpi ruokailutottumuksia ja nautintoaineiden käyttöä, joista ryhmäläiset kertoivat huomioita omien tottumuksensa osalta. Tieto-osio sisälsi tutkittua tietoa ravinnon ja ruokailutottumusten mahdollisista hyödyllisistä vaikutuksista uneen ja terveyteen. Lisäksi käsiteltiin nautintoaineiden vaikutusmekanismeja sekä ruoan laadun, määrän ja ruokailun ajoituksen vaikutuksista. Kehollinen osio aloitettiin kehon skannauksella selinmakuulla ja käymällä läpi alustasuhdetta. Pääpaino harjoituksissa oli helppossa tekemisessä kokeilemalla erilaisia voimansäätelyharjoituksia.

Viimeisellä tapaamiskerralla kerrattiin eri aihealueita, sekä tehtiin yhteenvetoa ryhmän aikaisista kokemuksista. Ryhmän osallistujat toivat kukin esiin harjoitteita, joita toivoivat kerrattavan. Osallistujille jaettiin palautekaavakkeet kotona täytettäväksi ja palautettavaksi postitse ohjaajille. Lopuksi rauhoituttiin vatsamakuulla kuumien kivien alla, minkä aikana ohjaajat kiersivät vielä henkilökohtaisesti kyselemässä tuntemuksia.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Ryhmään osallistuneiden vastauksissa nousi esiin hyvin samankaltaisia ajatuksia ja kokemuksia, joita olemme koonneet seuraavassa teemoittain. Ryhmäläisten kokemuksissa keskeisimmiksi teemoiksi nousivat vertaistuen merkitys, keholliset kokemukset, uuden oppiminen sekä ohjaajien osaaminen, empaattisuus ja innostunut suhtautuminen aiheeseen. Lisäksi ryhmäläiset kertoivat kokemuksiaan ryhmän käytännön toteutukseen liittyen.

Ryhmään osallistuneiden vastausten mukaan osallistujat kokivat ryhmän koon sopivaksi. Pieni ryhmä koettiin turvalliseksi ympäristöksi, jossa kaikille oli tilaa ja hiljaisempikin uskalsi puhua. Myös kokoontumisten lukumäärä koettiin sopivaksi, samoin sen ajallinen kesto. Molemmat olisivat ryhmäläisten mukaan voineet olla myös pidempiä. Osallistujat kokivat vastauksissaan myös ryhmän kokoontumistilat tarkoituksenmukaisiksi. Ilmapiiriä kuvailtiin hyväksi, lämpimäksi ja sallivaksi. Osallistujien mielestä se, että ryhmässä oli kaksi ohjaajaa, osoittautui hyväksi toimintamalliksi. Ryhmäläiset kokivat henkilökohtaisen huomioimisen ja yksilöllisen ohjauksen harjoituksissa erittäin tärkeänä. Ohjaajien rento ote sekä huumori, kiinnostuneisuus ja aito innostus aiheeseen, sekä asiantuntijuus ja empaattisuus koettiin myös tärkeiksi tekijöiksi ryhmän onnistumisessa.

Aihealueet ja jaettu tieto koettiin tärkeiksi ja tarkoituksenmukaisiksi sekä ajatuksia ja keskustelua herättäviksi. Ryhmäläiset kokivat tärkeiksi myös oman kokemusperäisen tiedon ja henkilökohtaisten kokemusten jakamisen. Jatkoa ajatellen osa ryhmäläisistä koki että joitakin aihealueita voisi myös käsitellä tarkemmin ja tietoa pilkkoa pienempiin kokonaisuuksiin. Ryhmään osallistuneet kokivat että aihepiirit oli valittu kattavasti ja että keskeisimmät unihäiriöön fysioterapian kannalta liittyvät teemat tulivat käsitellyiksi. Ohjaaminen koettiin asiantuntevaksi ja ryhmäläisten kokemuksissa tärkeäksi tekijäksi nousi ohjaajien aito kiinnostus käsiteltävää aihetta kohtaan. Kokemuksissa korostui myös ohjaajien välisen yhteistyön, läsnäolon ja vuorovaikutuksen merkitys. Rauhallinen ohjaustyyli ja suhtautuminen koettiin myös tärkeänä tekijänä.

Sekä haastattelun että kyselylomakkeiden perusteella keholliset harjoitteet koettiin Hyvä Uni-ryhmän parhaaksi anniksi. Niitä kuvailtiin muun muassa tehokkaiksi, tarpeellisiksi ja toimiviksi sekä ennen kaikkea uusia kehollisia kokemuksia herättäviksi. Kokemukset harjoituksista olivat positiivisia ja ryhmäläiset kokivat löytäneensä yhteyttä kehon ja mielen välille. Osallistujat totesivat kehotietoisuusharjoittelun vaativan kuitenkin ohjausta ja harjoittelua. Ryhmään osallistuneet kertoivat tehneensä paljon havaintoja omasta hengityksestään sekä kokemastaan rentoutumisesta. Lisäksi he toivat sekä haastattelussa että kyselylomakkeissa esiin saaneensa harjoituksissa itselleen tärkeitä irtipäästämisen kokemuksia ja fyysistä vapautumisen tunnetta. Keholliset harjoitteet herättivät myös monenlaisia, voimakkaitakin tunnereaktioita. Tästä esimerkkinä on yhden ryhmäläisen kokemus: ”Kuumien kivien alla meinasi päästi itku.” Toinen ryhmään osallistunut kirjoitti: ”Odotus toteutui! Opin hengittämään niin että alaselän lihaksissa tuntui.” Lähes kaikki osallistujat kokivat saaneensa uusia keinoja rentoutumiseen. Positiiviset kokemukset kannustivat ja aktivoivat harjoittelemaan myös kotona ja osallistumaan ryhmämuotoiseen harjoitteluun jatkossakin.

Kaikkien ryhmään osallistuneiden kokemuksissa vaikuttavimmaksi tekijäksi nousi kuitenkin vertaistuki. Vertaistuen ja jakamisen koettiin helpottavan huomattavasti omaa oloa ja moni totesi huomanneensa vasta ryhmässä että ei olekaan yksin ongelmansa kanssa. Vertaistuki ja ryhmän asenne osoittautui paljon merkittävämmäksi kuin ryhmäläiset olivat osanneet odottaa. Toisille tärkeää oli myös se, että ylipäättään oli uskaltanut osallistumaan ryhmään. Osallistujat kokivat että ryhmän sisäinen salliva ja avoin ilmapiiri olivat edellytyksiä vertaistuelle ja terapeuttisen ryhmän muodostumiselle. Säännöllisten kokoontumisten koettiin rytmittävän arkea, niitä odotettiin ja ne osoittautuivat tärkeäksi osaksi viikkoa. Avoin ilmapiiri toi osalle osallistujista mukanaan myös hämmentäviä kokemuksia. Toisen paha olo tai vaikeaan elämäntilanteeseen liittyvät ongelmat koettiin myös haasteellisiksi. Ne herättivät ryhmäläisten keskuudessa avuttomuuden tunnetta, kun ei löytänyt sanoja toisen pahan olon tukemiseksi.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Ryhmään osallistuneiden kokemusten perusteella voidaan todeta, että kaikki ryhmäläiset kokivat hyötynsä Hyvä Uni – ryhmästä tavalla tai toisella. Vaikka ryhmään osallistuneet eivät tuoneet kokemuksissaan esiin saaneensa varsinaista apua nukkumiseen, kokivat he suhtautumisensa unihäiriöön muuttuneen, vointinsa kohentuneen ja ennen kaikkea kehotietoisuuden lisääntyneen. Ryhmäläiset kokivat, että parempi kehotietoisuus toi mukanaan lisääntyntä hallinnan tunnetta ja käytännön keinoja unihäiriöiden oireiden hallintaan. Lisäksi he kokivat saaneensa keinoja hallita stressiä ja sen aiheuttamia reaktioita, kuten ylivireystilan säätelyä.

Ryhmän toteutuksen osalta voidaan todeta, että ryhmän toteutus toimi sellaisenaan hyvin, eikä siihen jatkossa ole tämän kokemuksen perusteella tarvetta tehdä suuria muutoksia. Vaikka kyseessä onkin hyvin pienellä joukolla toteutettu tutkimus, eivätkä sen tulokset näin ollen ole yleistettävissä, voidaan kerätyn aineiston perusteella todeta, että ryhmämuotoinen fysioterapia tukee monin tavoin unihäiriön kanssa elämistä. Se näyttäisi tämän kokemuksen perusteella olevan käyttökelpoinen ja hyödyllinen menetelmä unihäiriön aiheuttamien ongelmien hoidossa.

On toki tärkeä huomioida, että tuloksiin ovat saattaneet vaikuttaa myös joukko tekijöitä, joiden merkitystä ei tässä työssä ole tutkimuksen osalta lähdetty käsittelemään tarkemmin. Tällainen tekijä on esimerkiksi se, että kaikki ryhmään osallistuneet olivat meille ohjaajille ennestään tuttuja, mikä osaltaan helpotti vuorovaikutusta. Ryhmän jäsenten luonteva ja nopeakin tutustuminen toisiinsa edesauttoi varmasti vertaistuen kokemista. Mielestämme onnistuimme luomaan tutun ja turvallisen ilmapiirin, jossa osallistuvat kokivat voivansa avautua niin henkisesti kuin kehollisestikin. Tiedostamme myös, että yksittäisten ryhmäläisten oma elämäntilanne ja siinä tapahtuneet ajankohtaiset muutokset, sekä yksilöiden yleinen terveydentila ja henkinen vointi ovat tekijöitä jotka ovat varmasti jossain määrin vaikuttaneet tuloksiin.

Tämän kehittämistehtävän työstäminen on ollut osaltaan vaativa ja kuormittava, mutta myös äärimmäisen antoisa ja opettava kokemus. Kirjallisen osan työstäminen lienee aina jo aikatauluistakin johtuen se ikävin osuus. Käytännön toteutuksen osalta sen sijaan haluamme korostaa sen olleen positiivinen kokemus. Ryhmän ohjaaminen ei osoittautunutkaan raskaaksi, vaan ammensimmekin siitä voimavaroja, onnistumisen kokemuksia sekä vahvistusta omasta osaamisestamme. Myös kirjallisen työn osalta on todettava, että samalla kun se on kuormittanut niin istumalihaksiamme kuin hermojammekin, on sen työstäminen ollut myös mielenkiintoista ja ajatuksia sekä keskusteluja herättävää. Onnistunut ryhmän toteutus ja niin ohjaajien kuin ryhmäläistenkin positiiviset kokemukset auttoivat osaltaan jaksamaan myös tämän osion kehittämistehtävästä.

Ryhmän toteutuksen osalta pohdinnoissamme ovat korostuneet molemmilla paljolti samat asiat. Yhteistyön toisen ohjaajan kanssa koimme erittäin mielekkääksi ja sujuvaksi. Toisen kanssa tuntemusten, kokemusten ja havaintojen purkaminen ryhmän jälkeen oli terapeutista ja voimaannuttavaa. Myös ryhmän sisällön suunnittelussa ja toteutuksessa keskinäinen huumori ja luonteva yhteistyö tuottivat tulosta paremmin kuin asioiden selvittely ja puntaroiminen yksin. Pieni ryhmäkoko oli myös meille ohjaajille tärkeä asia, se mahdollisti jokaisen yksilöllisen huomioimisen ja avustamisen. Ajoittain kun toinen ohjasi harjoitteita, toisella oli mahdollisuus rauhassa havainnoida osallistujia ja arvioida toteutuksen tarkoituksenmukaisuutta. Ryhmätilanteisiin liittyen ainoa varsinainen vaikeus oli ajan rajaaminen. Sekä ohjaajat että ryhmään osallistujat olivat kaikki ajoittain usein aiheesta niin innostuneita, että sovituisia aikatauluista oli vaikea pitää kiinni ja tapaamiset tahtoivat helposti venyä yli suunnitellun ajan.

Olemme kunnianhimoisesti nauttineet myös ajatuksesta, että olemme osaltamme saattaneet avata uuden ”polun” fysioterapian mahdollisuuksiin osana unihäiriön kanssa elävien hoitoa. Onkin äärimmäisen mielenkiintoista nähdä minkälaisia kokemuksia ryhmästä jatkossa saadaan, kun siitä saadaan lisää vertailuaineistoa. Myös jatkossa on ryhmän kehittämisen kannalta tärkeää hyödyntää ryhmään osallistujien kokemuksia, eli koota, analysoida ja vertailla niitä.

LÄHTEET

Bjälle, J.G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Q.V. & Toverud, K.C. 2005. Ihminen - Fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.

Everett, T., Dennis, M. & Ricketts, E. 1995. Physiotherapy in Mental Health. A practical approach. Butterworth-Heinemann LTd. Oxford: Linacre House.

Gockel, M., Lindholm, H., Tuomisto, M., Schildt, J., Kallio, A., Viljanen, A., Räisänen, K., Sarna, S., Kivistö, M., Kalimo, R. & Hurri, H. 2004. Työstressi, uupumus ja koettu työkyky. Mittaaminen ja rentoutuksen vaikutus. Helsinki: Invalidisäätiö.

Heikkinen M., Henriksson M., Lönnqvist J., Marttunen M. & Partonen T. 2001. Psykiatria. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Hirsjärvi & Hurme Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino. 2000

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Tammi.

Huovinen M. & Partinen M. 2008. Terve Uni. Juva: WSOY.

Huttunen M. 2008. Mitä ovat unihäiriöt? Saatavilla www-muodossa www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00072. Luettu 30.7.2010

Hyyppä M. & Kronholm E. 2005. Uni ja lepo. Saatavilla www-muodossa www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00016. Luettu 30.7.2010

Immonen-Orpana, P. 1995. Psykofyysinen fysioterapia. Teoksessa Lintunen, T., Koivumäki, K. & Säilä, H. (toim.) Jalka potkee mieli notkee. Liikunta mielenterveyden tukena. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.

Jauhiainen, R. & Eskola, M. 1994. Ryhmäilmiö. Juva: WSOY.

Kataja, J. 2003. Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki: Edita Prima.

Katajainen, A., Lipponen, K. & Litovaara, A. 2003. Voimavarat käyttöön. Hyvää oloa ja onnellisuutta. Helsinki: Duodecim.

Leppänen, T., Aho, S., Harju, R. & Gockel, M. 2000. Rentoutuminen –avoin ovi jaksamiseen. Helsinki: Kuntoutus orton, Työturvallisuuskeskus.

Lindh, R. 1998. Mielikuvaoppiminen. Juva: WSOY.

Lönnqvist J. 2009. Stressi ja Depressio. Saatavilla [www-muodossa www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00020](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00020). Luettu 30.7.2010

Niemistö, R. 2007. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. Tampere: Tammer-Paino.

Pakarinen, T. & Roti, R. 1996. Ihminen toiminnallisissa ympäristöissään. Tampere: Kirjayhtymä Oy.

Partinen M. 2009. Unihäiriöt. Saatavilla [www-muodossa www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00052](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00052). Luettu 30.7.2010

Payne, R. 2005. Relaxation Techniques. A Practical Handbook for the Health Care Professional. 3. painos. Elsevier.

Roxendal, G. 1987. Ett helhetsperspektiv – sjukgymnastik inför framtiden. Lund: Studentlitteratur.

Roxendal, G., Winberg A. 2003. Levande människa. Basal kroppskänedom för rörelse och vila. Ruotsi: Elanders Gummessons.

Roxendal, G. 1981. Levande människa, kropp och rörelse I terapi. Stockholm: LIC förlag

Thornqvist, E. & Bunkan B. 1991. What is psychomotor psychotherapy? Oslo: Norwegian University Press

Vainio A. 2006. Kivunhallinta. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Juva: WSOY