

# Unitaidot-ryhmä

## Psykofyysisiä keinoja fysioterapeuttiseen kuntoutukseen

LAB-ammattikorkeakoulu

Fysioterapia (AMK), Fysioterapeutin koulutusohjelma

2021

Tea Ahonen

Elina Niinivirta

## Tiivistelmä

Tekijä(t) Ahonen, Tea Niinivirta, Elina	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Valmistumisaika Kesä 2021
	Sivumäärä 43 sivua ja 6 liitesivua	
Työn nimi <b>Unitaidot-ryhmä</b> Psykofyysisiä keinoja fysioterapeuttiseen kuntoutukseen		
Tutkinto Fysioterapia (AMK)		
Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio Helsingin kaupungin psykiatrian ja päihdepalveluiden fysioterapia- ja liikuntapalvelut		
<b>Tiivistelmä</b> <p>Moniin mielenterveysongelmiin kuten masennukseen ja ahdistuneisuushäiriöön sekä päihdeongelmiin liittyy unettomuutta. Unettomuuden taustalla vaikuttaa usein autonomisen hermoston ylivireystila, joka voi olla kognitiivinen, emotionaalinen tai fysiologinen. Tämän hetken suosituksena on, että pitkäkestoista unettomuutta hoidetaan ensisijaisesti lääkkeettömin menetelmin. Fysioterapia tarjoaa mahdollisuuden hoitaa unettomuutta psykofyysisin keinoin.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa psykofyysisen fysioterapian keinoja hyödyntävä kuntoutusryhmä unettomuuden hoitoon. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Helsingin kaupungin psykiatrian ja päihdepalveluiden fysioterapia- ja liikuntapalvelut. Ryhmä toteutettiin maaliskuussa 2021 toimeksiantajan tiloissa. Ryhmän tarkoituksena oli edistää ja tukea Helsingin kaupungin psykiatrian ja päihdehuollon potilaiden unta ja hyvinvointia uuden toimintamuodon avulla.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä, jonka kehittämismallina käytettiin spiraalimallia. Spiraalimallissa suunnittelu, toteutus ja arviointi muodostavat kehän, joka toistuu aina edellisen tullessa päätökseen. Ryhmäkertojen sisältö suunniteltiin tutkimustietoa hyödyntäen, yhteistyössä toimeksiantajan fysioterapeuttien kanssa.</p> <p>Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä luodaan katsaus unettomuushäiriöön ja sen hoidon nykikäytäntöihin, fysiologiaan unettomuuden taustalla sekä unettomuuden ja mielen terveyden yhteyteen. Lisäksi teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään psykofyysisen fysioterapian mahdollisuuksia unettomuuden hoidossa.</p>		
Asiasanat Unettomuus, ylivireys, mielenterveys, psykofyysinen fysioterapia		

## Abstract

Author(s) Ahonen, Tea Niinivirta Elina	Type of Publication Thesis, UAS	Published Summer 2021
	Number of Pages 43 pages and 6 appendix	
Title of Publication <b>Unitaidot Group</b> Psychophysical Physiotherapy Treatment Methods for Rehabilitation		
Name of Degree Bachelor's degree in Physiotherapy (UAS)		
Name, title and organization of the client City of Helsinki Psychiatric and Substance Abuse Special Services, Physiotherapy and Exercise Services		
Abstract <p>Majority of mental health disorders such as depression and anxiety disorder, as well as substance abuse are associated with insomnia. It is often caused by increased alertness of the autonomic nervous system, which can be of cognitive, emotional or physiological nature. Non-pharmacological treatments are recommended for chronic insomnia. Physiotherapy can provide treatment with psychophysical techniques.</p> <p>The aim of the thesis was to plan and implement a rehabilitation group for patients with insomnia by utilizing psychophysical physiotherapy techniques. The thesis was commissioned by City of Helsinki Psychiatric and Substance Abuse Special Services Physiotherapy and Exercise Services.</p> <p>The rehabilitation group was carried out at the client's premises in March 2021. The thesis was carried out as a functional thesis using a spiral model, in which planning, implementation and evaluation take place in cycles. Research was utilized when planning the content of the group sessions in collaboration with the client. The purpose of the study was to promote and support sleep and well-being of the patients at the City of Helsinki Psychiatric and Substance Abuse Special Services with a new functional method.</p> <p>The theoretical framework provides an overview of insomnia and its current treatment practices, the physiology behind insomnia, as well as connection between insomnia and mental health. In addition, the theoretical framework deals with the potential of psychophysical physiotherapy in the treatment of insomnia.</p>		
Keywords Insomnia, physiological arousal, mental health, psychophysical physiotherapy		

## Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Opinnäytetyön lähtökohdat.....	3
2.1	Tavoite ja tarkoitus.....	3
2.2	Toimeksiantaja.....	3
3	Uni ja unettomuus .....	5
3.1	Unen merkitys.....	5
3.2	Unen vaiheet.....	5
3.3	Unettomuushäiriö.....	6
4	Unettomuuden hoito .....	8
4.1	Unettomuuden hoidon nykykäytännöt.....	8
4.2	Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät .....	8
5	Vireystilaa säätelevät mekanismit .....	11
5.1	Keskushermosto ja ääreishermosto.....	11
5.2	Autonomisen hermoston rakenne ja toiminta.....	12
5.3	Autonominen hermosto ja uni .....	14
6	Unettomuus ja mielenterveys .....	16
6.1	Stressi ja unettomuus .....	16
6.2	Ahdistuneisuus ja unettomuus .....	16
6.3	Masennus ja unettomuus.....	17
6.4	Päihteet ja unettomuus .....	18
7	Psykofyysinen fysioterapia ja unettomuus .....	20
7.1	Psykofyysinen fysioterapia.....	20
7.2	Rentoutusmenetelmät.....	21
7.3	Hengitysharjoittelu .....	23
7.4	Tietoisuustaidot.....	24
7.5	Liikeharjoitukset .....	25
8	Menetelmät ja toteutus .....	27
8.1	Menetelmän kuvaus.....	27
8.2	Prosessin kuvaus.....	28
8.3	Tuotos: Unitaidot-ryhmä.....	30
9	Pohdinta .....	33
9.1	Prosessin tarkastelu.....	33
9.2	Eettiset näkökulmat ja luotettavuus .....	34

9.3	Kehittämisehdotukset.....	35
10	Lähteet .....	37

## Liitteet

Liite 1. Suostumuslomake

Liite 2. Alkutietolomake

Liite 3. Kyselylomake

Liite 4. Tutkimuslupapäätös

## 1 Johdanto

Suomessa yksi yleisimmistä syistä työkyvyttömyyseläkkeeseen, ovat mielenterveyden ongelmat (ETK 2016, Malmströmin ym. 2018, 116 mukaan). Usein mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat lisäksi inhimillisiä kriisejä sairastuneelle ja hänen perheelleen. Yleisimpiä mielenterveysongelmia ovat ahdistuneisuus, masennus, univaikeudet ja syömishäiriöt (Malmström ym. 2018, 118). Päihdeongelmaan taas liittyy aina päihtymystarkoitukseen käytetyt kemialliset aineet, kuten laittomat huumausaineet, alkoholi, tupakka, impattavat aineet ja päihdetarkoituksessa käytettävät lääkkeet (Aalto-Setälä, Marttunen, Pelkonen 2003, Malmströmin ym. 2018, 118 mukaan). Päihde- ja mielenterveysongelmat esiintyvät usein samanaikaisesti (Aalto, 2007; Grant & ym., 2004; Kuussaari & Hirschovits-Gerz, 2016, Malmströmin 2018, 118 mukaan). Sen lisäksi unihäiriöt liittyvät tyypillisesti mielenterveys- ja päihdehäiriöihin.

Uni on tärkeä osa mielenterveyttä. Kun unettomuus pitkittyy, ahdistuneisuushäiriön ja päihdeiden väärinkäytön riski kasvaa. Unettomuuden ja mielenterveysongelmien riskitekijöiden vaikutusta voidaan kuvata seuraavasti: 1) unettomuushäiriö, 2) ahdistuneisuushäiriö, 3) päihdehäiriö, 4) masennustila tai niin, että ahdistuneisuushäiriö tulee ensi ja sen jälkeen unettomuushäiriö ja masennustila. Varhainen häiriöiden tunnistaminen ja tehokas hoito voivat jopa ehkäistä seuraavan häiriön ilmaantumisen. (Partonen 2011.)

Unettomuuden hoidon tulee nykysuositusten mukaan olla ensisijaisesti lääkkeetöntä (Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2020; Partinen & Huutoniemi 2020; Järnefelt 2017). Unettomuuden lääkkeetön hoito perustuu psykologisiin ja fysiologisiin ilmiöihin, ihmiseen psykofyysisenä kokonaisuutena. Kaikille unettomuutta selittävälle teoreettisille malleille yhteistä on se, että ne selittävät kehon ja mielen ylivireystilan olevan unettomuuden taustalla (Kajaste 2015a). Psykofyysisen fysioterapian keinoin pyritään rauhoittamaan ylivireää kehoa ja mieltä.

Opinnäytetyön tavoitteena on suunnitella, toteuttaa ja kuvata psykofyysisen fysioterapian menetelmiä hyödyntävä ryhmä unettomuuden hoitoon. Unitaidot-ryhmään osallistui Helsingin kaupungin psykiatrian ja päihdehuollon asiakkaita. Ryhmä toteutettiin yhteistyössä Helsingin kaupungin psykiatrian ja päihdehuollon fysioterapia- ja liikuntapalveluiden kanssa kevättalvella 2021.

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä luodaan katsaus unettomuushäiriöön ja sen hoidon nykykäytäntöihin, fysiologiaan unettomuuden taustalla sekä unettomuuden ja mielenterveyden yhteyteen. Lisäksi teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään psykofyysisen

fysioterapian mahdollisuuksia unettomuuden hoidossa. Aihealueita on rajattu niin, että uni-häiriöistä käsitellään vain unettomuutta. Erialaisten mielialahäiriöiden vaikutuksesta unettomuuteen käsitellään vain ahdistuneisuutta ja masennusta, sekä päihteiden käyttöön liittyvää unettomuutta.

## 2 Opinnäytetyön lähtökohdat

### 2.1 Tavoite ja tarkoitus

Mielenterveys- ja päihdeongelmat esiintyvät usein yhtä aikaa unihäiriöiden kanssa, joista yleisin on unettomuus (Partonen 2011). Helsingin kaupungin psykiatrian ja päihdehuollon fysioterapeutit ovat kliinisessä työssään huomanneet, että myös heidän asiakkailtaan toistuvasti esiintyy unettomuutta. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on suunnitella, toteuttaa ja kuvata psykofyysisen fysioterapian keinoja hyödyntävä ryhmä unettomuuden hoitoon. Ryhmä on tarkoitettu Helsingin kaupungin psykiatrian ja päihdepalveluiden asiakkaille. Toimeksiantajan kanssa yhteistyössä kehitettiin Unitaidot-ryhmä, joka toteutui keuhkotalvella 2021. Ryhmän tarkoituksena oli edistää ja tukea Helsingin kaupungin psykiatrian ja päihdehuollon potilaiden unta ja hyvinvointia uuden toimintamuodon avulla.

Opinnäytetyön tietoperusta luo katsauksen unen merkitykseen, unettomuuteen ja sen hoitoon Suomessa, hermoston anatomiaan ja fysiologiaan unettomuuden taustalla, sekä mielen terveyden ja unettomuuden väliseen suhteeseen. Teoriaosuuden toisessa osassa esitellään psykofyysistä lähestymistapaa fysioterapiassa, sekä sen keinoja unettomuusongelman hoitoon. Teoriaosuuden tarkoitus on tarjota ajankohtaista tietoa yksikön fysioterapeuttien, ryhmän osallistujien ja kaikkien aiheesta kiinnostuneiden käyttöön. Raportin lopusta löytyvät kirjalliset kuvaukset ryhmäkerroista, jotka mahdollistavat ryhmän toteuttamisen ja jatkokehittämisen tulevaisuudessa.

### 2.2 Toimeksiantaja

Helsingin kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelut kuuluvat kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Helsingissä mielenterveys- ja päihdeongelmiin avun saa ensisijaisesti omalta terveysasemalta. Tarvittaessa lääkäri ohjaa potilaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon poliklinikalle. Psykiatrian poliklinikat ovat psykiatriaan erikoistuneita avohoitopaikkoja. (Helsingin kaupunki 2020.) Psykiatrasta avohoittoa tarjotaan Helsingissä Kalasataman, Laakson, Malmin ja Vuosaaren terveys- ja hyvinvointikeskuksissa. Samoissa tiloissa toimii myös Helsingin päihdepoliklinikat. (Helsingin kaupunki 2021a.)

Psykiatrian poliklinikoilta voi saada lähetteen kuntoutusta tukevaan psykofyysiseen fysioterapiaan. Helsingin kaupungin psykiatrian ja päihdepalveluiden psykofyysinen fysioterapia on tarkoitettu yli 18-vuotiaille helsinkiläisille. Yksikkö sijaitsee Auroran sairaala-alueella. (Helsingin kaupunki.)

Helsingin kaupungin tarjoamassa psykofyysisessä fysioterapiassa hoidetaan muun muassa ruumiinkuvan häiriöitä, tunnesäätelyn ongelmia, vaikeutta rentoutua ja ahdistuneisuutta.

Hoitomenetelminä käytetään esimerkiksi liikettä, ruumiillisuutta, kosketusta, ohjausta ja neuvontaa. Yksikössä järjestetään myös erityisliikuntaryhmiä kuntoutujille, joilla on haasteita matalan motivaation tai matalien sosiaalisten taitojensa vuoksi. (Helsingin kaupunki.)

### 3 Uni ja unettomuus

#### 3.1 Unen merkitys

Unen aikana palaudumme sekä fyysisesti että henkisesti. Vaikka kehomme lepää, aivot jatkavat toimimista nukkumisen aikana. Unen aikana käsittelemme tunteita ja tietoa, vaikka emme ole siitä tietoisia. Aivot lajittelevat unen aikana tietoa, joka siirtyy lyhytaikaisesta muistista pitkäkestoiseen muistiin. Hyvä uni toimii oppimisen tukena, ehkäisee stressisairauksia, auttaa normaalipainon ylläpitämisessä ja ylläpitää vastustuskykyä. (Pihl & Aronen 2020.) Nukkuessa aivo-selkäydinneste puhdistaa aivoja huuhtelemalla aivojen soluvälitiloja ja kuljettamalla solujen aineenvaihdunnan kuona-aineita pois. Syvän unen aikana aivojen soluvaurioita korjaantuu, hermosolujen väliset kytkennät vahvistuvat ja tarpeettomat synapsiyhteydet karsiutuvat pois. (THL.)

Unen tarve on yksilöllistä, ihminen tarvitsee unta keskimäärin 7–9 tuntia vuorokaudessa. Unen määrä on riittävää silloin kun ihminen kokee itsensä päivän aikana virkeäksi ja toimintakykyiseksi. Ikä vaikuttaa unen tarpeeseen, ja sillä on vaikutusta myös unirytmiiin. (Pihl & Aronen 2020.)

Liian vähäisellä unella on monia vaikutuksia yksilön elämään. Pitkään jatkuessa unen puute voi aiheuttaa muistihäiriöitä ja keskittymisvaikeuksia, heikentää suorituskykyä, luovuutta ja loogista päättelykykyä. (Pihl & Aronen 2020.) Lisäksi unettomuus voi lisätä riskiä sairastua erilaisiin sairauksiin kuten sydän- ja verisuonitauteihin, tyyppin 2 diabetekseen ja masennukseen. Viime vuosina on saatu myös näyttöä siitä, että unettomuus on degeneratiivisten aivosairauksien riskitekijä. (Partinen & Huutoniemi 2020.)

#### 3.2 Unen vaiheet

Ihminen nukahtaa keskimäärin viidessätoista minuutissa. Uni voidaan jakaa NREM-uneen ja REM-uneen. NREM (Nonrem) -unen kolme vaihetta ovat: kevyen, keskisyvän ja syvän unen vaihe. REM-unta kutsutaan vilkeuneeksi, koska unta nähdään REM unen aikana. Yön aikana on myös aina jonkin aikaa valveaikaa. (Partinen & Huutoniemi, 2019)

Univaiheet vuorottelevat yön aikana NREM vaiheista REM uneen, luoden unisyklin. Unisykli toistuu yön aikana neljästä kuuteen kertaan, riippuen ihmisen luontaisesta unen tarpeesta. Uni kevenee aamua kohden, ja syvän unen jaksot kertyvät unen ensimmäiselle puoliskolle. Vilkeunen vaiheet kertyvät aamun puoliskolle unesta, ja pitenevät aamua kohden, ollen jokaisella syklillä aina pidempiä kuin edellinen. Pisimmillään vilkeunen kesto on kerralla 30 minuuttia. (Partonen, 2017.)

### 3.3 Unettomuushäiriö

Unihäiriöistä tavallisin on unettomuus, josta kärsivät sadat miljoonat ihmiset ympäri maailmaa. Unettomuus tarkoittaa vaikeuksia nukahtamisessa, unessa pysymisessä tai molempia. Yksittäisinä öinä esiintyvä unettomuus johtuu usein elintavoista, stressistä tai aikaero-rasituksesta. Lyhytaikainen, alle kuukauden kestävä unettomuus voi liittyä elämäntilanteen muutoksiin tai huoliin, kuten suruun. Yli kuukauden jatkuneen, kroonistuneen unettomuuden taustalla on yleensä mielenterveyden häiriö, päihderiippuvuus ja harvemmin lääkkeiden haittavaikutukset tai jokin elimellinen sairaus. (Unettomuus: Käypä hoito –suositus, 2020.)

Unettomuutta esiintyy usein muiden somaattisten tai psykologisten sairauksien yhteydessä. Suositusten mukaan unettomuuden taustalla olevat mahdolliset sairaudet tulee hoitaa asianmukaisella tavalla. Jopa 40 %:lla unettomuuspotilaista on samanaikainen mielenterveyden häiriö tai päihteiden väärinkäyttö. Nykyisin kuitenkin suositellaan, että erityisesti pitkäkestoinen unettomuus hoidetaan itsenäisenä patologisena tilana. (Unettomuus: Käypä hoito –suositus, 2020.)

Altistavia tekijöitä unettomuudelle ovat esimerkiksi henkilön hermoston taipumus ylivilpityteen ja ahdistusherkyys (Järnefelt 2017). Laukaisevia tekijöitä yleensä ovat stressaavaksi koetut elämäntilanteet, joka voivat olla luonteeltaan psykologisia, psykososiaalisia, fyysisiä tai ympäristön aiheuttamia. Laukaisevien tekijöiden seurauksena vireystaso nousee ja uni häiriintyy. (Unettomuus: Käypä hoito –suositus, 2020; Järnefelt 2017.)

Tilapäisestä unettomuudesta puhutaan, kun unettomuus kestää vain muutamia päiviä tai korkeintaan kolme kuukautta ja tilanne korjaantuu hiljalleen, kun stressitekijä poistuu (Järnefelt 2017). Noin 30 %:lla aikuisväestöstä esiintyy tilapäistä unettomuutta. Tilapäinen unettomuus voi muuttua pitkäaikaiseksi, jos henkilölle muodostuu unettomuutta ylläpitäviä tekijöitä, kuten unettomuutta ylläpitäviä käyttäytymismalleja tai huolitulkintoja. (Järnefelt 2017.) Aikuisista 5–10 %:lla voidaan diagnosoida varsinainen unettomuushäiriö. Diagnostiset kriteerit täyttyvät, jos unettomuusjakson kesto on yli kolme kuukautta ja unettomuutta ilmenee vähintään kolmena yönä viikossa. (Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2020.)

Pitkäaikaista unettomuutta voidaan selittää usealla toisiaan tukevalla teoreettisella mallilla, mutta yhteistä kaikille malleille on se, että ne esittävät aivojen ja hermoston ylivilpitystilanteen olevan unettomuuden taustalla (Kajaste 2015b). Ylivilpitystilanteita voi olla kognitiivinen, emotionaalinen tai fysiologinen. Kognitiivisen mallin mukaan unettomuuden laukaisee jokin elämänmuutokseen tai stressitekijään liittyvä huoli, joka nostaa vireystasoa. Jos unettomuus ei helpota elämänmuutoksen käsittelyn myötä, ajatellaan, että huoli on voinut siirtyä itse

uneen ja unettomuuteen. Tällöin nukkumiseen voi liittyä suorituspaineita ja unettomuuden pelkoa. (Järnefelt ym. 2011, 4.)

Toinen teoria yhdistää unettomuuden vahvemmin neurofysiologisiin tekijöihin. Unettomuuteen liittyvän ylivireyden ajatellaan liittyvän stressin säätelyjärjestelmän yliaktiivisuuteen. Fysiologisesti stressin säätelyjärjestelmään kuuluvat hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaisakseli (HPA-akseli) sekä autonominen hermosto. (Järnefelt ym. 2011, 4.)

## 4 Unettomuuden hoito

### 4.1 Unettomuuden hoidon nykykäytännöt

Suosittelujen mukaan unettomuuden hoidon tulisi ensisijaisesti olla lääkkeetöntä (Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2020; Partinen & Huutoniemi 2020; Järnefelt 2020). Lääkehoito voi olla tukemassa lääkkeetöntä hoitoa, mutta pysyvät tulokset saadaan muilla hoidoilla (Partinen & Huutoniemi 2020, 112). Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät ja terapia ovat tutkitusti tehokkain hoitomuoto pitkäkestoiseen unettomuuteen. Lääkehoitoa tulisi harkita vasta, jos käyttäytymisterapeuttiset menetelmät eivät tehoa tai terapiaa ei ole saatavilla. Lyhytaikaiseen hoitoon jotkin antidepressantit ja bentsodiatsepiinit ovat ilmeisesti tehokkaita. Antihistamiinien, antipsykoottisten lääkkeiden tai melatoniinin käyttöä ei voida suositella unettomuuden hoitoon. Kaikki unilääkkeet voivat aiheuttaa toleranssia ja riippuvuutta jo suhteellisen lyhyellä käyttöajalla. (Riemann ym. 2017; Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2020.)

Unettomuuden lääkkeetön hoito tähtää unettomuutta ylläpitävien tekijöiden ymmärtämiseen ja vaikutukset näyttäisivät olevan pysyviä. Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä tarkoitetaan interventioita, joissa tutkitaan, miten unettomuus vaikuttaa potilaan ajatus- ja toimintamalleihin, mitä vaikutuksia niillä on uneen ja nukkumiseen ja miten terapiassa opitut ajattelun ja käyttäytymisen muutokset vaikuttavat potilaan uneen. Menetelmillä pyritään vaikuttamaan unettomuutta ylläpitäviin tekijöihin sekä katkaisemaan unettomuuden kognitiivinen noidankehä. Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät ja kognitiivinen psykoterapia ovat eri asioita. Perusterveydenhuollon työntekijät oppivat täydennyskoulutuksella käyttämään kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä ja osa unettomista hyötyy jo suhteellisen vähäisestä hoidosta. (Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2020.)

### 4.2 Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät

Järnefeltin tutkimuskatsauksen (2017) mukaan psykologisista hoitomenetelmistä hyötyy 70–80 % unettomuuspotilaista. Kognitiivisen käyttäytymisterapian mallin mukaan unettomuuden noidankehä muodostuu haitallisista nukkumistottumuksista, haitallisista huoli- ja ajatuksista, emotionaalisesta, kognitiivisesta ja fyysisestä ylivireydestä, sekä näiden seurauksena mielialan laskusta ja elämänlaadun heikkenemisestä (Kuva 1, sivu 10). Noidankehän purkamiseen käytetään unenhuoltoa, käyttäytymisterapiaa, tietoisien läsnäolon menetelmiä sekä rentoutusmenetelmiä.

Käyttäytymisterapeuttisia menetelmiä ovat esimerkiksi vuoteessa vietetyn ajan rajaaminen vain todelliseen nukuttuun aikaan ja uniärsykkeiden hallintamenetelmät. Uniärsykkeiden hallintamenetelmiin kuuluu esimerkiksi hyvän sänky-uni-assosiaation kehittäminen siten, että vuoteesta nousee joka aamu samaan aikaan, sänkyyn mennään vain uneliaana ja sieltä poistutaan, jos unta ei kahdessakymmenessä minuutissa ole saatu. Unenhuollon ohjaus on ehkä yleisin hoitomenetelmä perusterveydenhuollossa, mutta ei ole tutkimusten perusteella itsenäisenä hoitona riittävä. Unenhuollon ohjaus arvioidaan kuitenkin tärkeäksi osaksi unettomuuden kokonaisuhoitoa. Ohjauksessa kerrotaan nukkumiseen liittyvistä elintavoista, nukkumisympäristön vaikutuksesta sekä esimerkiksi unirytmien säännöllisyyden merkityksestä. (Järnefelt 2017.)

Tietoisuustaitojen sekä rentoutusmenetelmien käyttö perustuu unettomuuteen liittyvän ylivireän autonomisen hermoston rauhoittamiseen. Kireän mielen, sekä kireiden lihasten rentouttaminen on tärkeää, koska ne estävät unen saannin. Tietoisuustaitojen harjoittelussa keskeistä on myös hyväksyvä suhtautuminen nykyhetkessä esiintyvään uniongelmaan ja sen osatekijöihin. Erilaisia menetelmiä ylivireystilan säätelyyn ovat esimerkiksi progressiivinen lihasrentoutus, mielikuvarentoutus ja meditaatioon pohjautuvat harjoitteet. Terapiassa lisäksi tutkitaan potilaan tapaa käsitellä huolia ja opetellaan luopumaan liiasta yrittämisestä unen saannin suhteen. Näiden tarkoituksena on vähentää psykologista ylivireyttä, joka johtuu murehtimisesta ja ahdistuksesta. (Järnefelt 2017; Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2020.)

### **Unettomuuden kognitiivinen noidankehä**

Stressi ja asioiden murehtiminen johtavat helposti unettomuuden noidankehään. Unettomuus alkaa tavallisesti vireystilaa nostavalla tapahtumalla. Hermoston ylivireystila johtaa erilaisiin uniongelmiin kuten vaikeuteen saada unta, unen säilyttämisen ongelmiin ja virkistämättömyyteen. Uniongelmistä seuraa lisää huolestuneisuutta ja stressiä, joka aiheuttaa lisää hermostollista ylivireyttä, jolloin nukahtaminen vaikeutuu entisestään (Kuva 1). (Mielenterveystalo.)



Kuva 1. Unettomuuden kognitiivinen noidankehä (Mielenterveystalo)

Unettoman on vaikea saada unta, koska ajatukset pyörivät päässä ja mieli on levoton. Henkilöstä voi tuntua, ettei nukkuisi koko yön aikana ollenkaan ja yöllä havahtuu herkästi hereille. Mitä enemmän vuoteessa viettää unettomana aikaa ja mitä enemmän yrittää saada unta, sen hankalammaksi nukkuminen käy. Hermoston vireystaso nousee ja tunnetilat vaihtelevat avuttomuuden, ahdistuksen ja vihaisuuden välillä, joka edelleen hankaloittaa unen saamista. Unettomuus nousee elämän keskipisteeksi ja alkaa säädellä ihmisen päiväaikaista toimintaa, esimerkiksi “En voi tavata ystäviäni illalla, koska sitten en saa unta” tai “Minun on nukahtettava kello 22, muuten en saa tarpeeksi unta”. (Mielenterveystalo.)

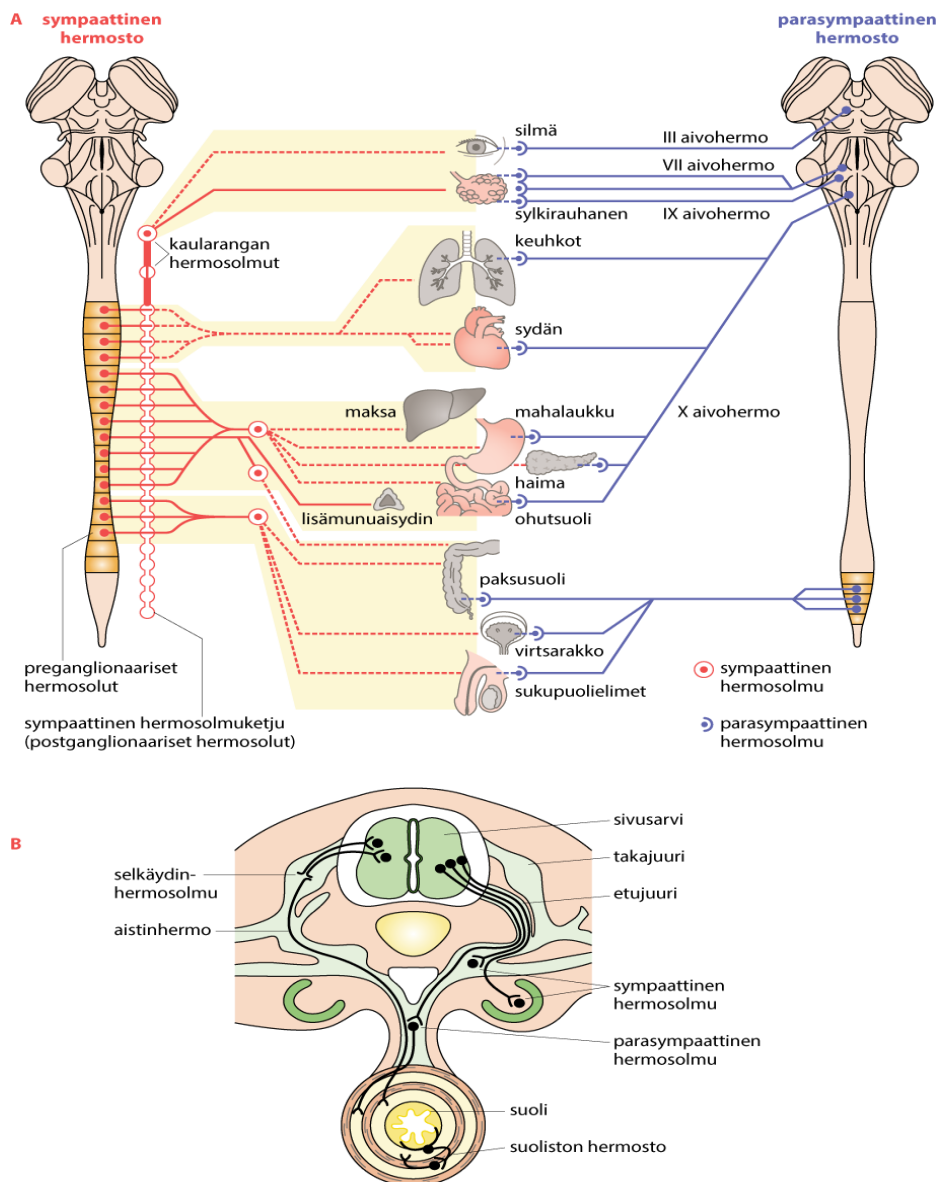
Tällaisiin ajatusmalleihin liittyy hyvin usein myös pelon tunne. Pelko terveydentilasta, jaksamisesta ja selviämisestä. Ihmisen pelätessä aivojen mantelitumake (amyglada) aktivoituu, joka aiheuttaa sympaattisen hermoston aktivoitumisen. Sympaattisen hermoston aktivoitumisesta seuraa fyysiset oireet, muun muassa sydämen sykkeen kohoamista, pinnallista hengitystä ja tuntemuksia rintakehässä. Pelko ja sen aiheuttama kehon stressireaktio estää tehokkaasti unensaannin. (Partinen & Huutoniemi 2020.)

## 5 Vireystilaa säätelevät mekanismit

### 5.1 Keskushermosto ja ääreishermosto

Hermosto jaetaan rakenteellisesti kahteen osaan, keskushermostoon ja ääreishermostoon. Keskushermostoon kuuluvat aivot ja selkäydin, ääreishermosto muodostuu selkäydinhermoista ja autonomisesta hermostosta. Toiminnallisesti myös aivohermot voidaan laskea kuuluvan ääreishermostoon, sillä myös ne sisältävät motorisia, sensorisia ja autonomisia hermoja kuten ääreishermostokin. (Soinila 2015.) Selkäydinhermot muodostuvat etujuuresta, joka koostuu motorisista viejähaarakkeista ja takajuuresta, joka koostuu sensorisista viejähaarakkeista. Yhdessä taka- ja etujuuri työntyvät nikamien välisistä juuriaukosta muodostaen selkäydinhermot (Kuva 2, s.12). Ääreishermosto ja selkäydin muodostavat yhdessä toiminnallisen kokonaisuuden, johon kuuluvat somaattinen-motorinen, somaattinen-sensorinen, viskeraalinen-motorinen ja viskeraalinen-sensorinen osa. (Soinila 2014.)

Vireystilaa säätelee hermoverkosto, joka nousee aivorungosta talamukseen ja sieltä aina aivokuorelle asti. Vireyttä ylläpitävä hermoverkko aktivoituu herkästi erilaisista ulkoisista ärsykkeistä, kuten kipu tai valon aistiminen. Talamus säätelee myös unta siten, että tarpeettomat aistiärsykkeet eivät pääse ylös aivokuorelle asti. Unijärjestelmä käynnistyy ja sammuttaa valvejärjestelmän silloin kun vireystilaa ylläpitävät ärsykkeet väistyvät, unipainetta on kertynyt riittävästi ja sisäiset vuorokausikellot ovat nukahtamiselle otollisessa vaiheessa. (Partonen ym. 2020, 2470-2471.)



Kuva 2. Sympaattinen ja parasympaattinen hermosto (Salminen 2015)

## 5.2 Autonomisen hermoston rakenne ja toiminta

Autonominen hermosto muodostuu sympaattisesta (ortosympaattinen) ja parasympaattisesta (vagaalisesta) osasta sekä suoliston (enteerisestä) hermostosta (Partinen & Huutoniemi 2020). Autonominen hermosto säätelee sisäelinten, rauhasien ja sileälihasten toimintaa tuomalla tietoa elimistä keskushermoston säätelykeskuksiin aivo- ja selkäydinhermojen kautta (Salminen 2015). Selkäytimen ja kohde-elimen välillä on yksi synapsi. Tämä synapsi sijaitsee autonomisen hermon solmukkeessa eli gangliossa ja tämä muodostaa hermoraatan preganglionaarisen ja postganglionaarisen osan (Kuva 2). (Piepponen 2018.)

Joissakin elimissä on vain sympaattinen tai parasympaattinen hermotus, mutta usein kuitenkin parasympaattinen ja sympaattinen hermosto hermottavat samaa kohde-elintä, jolloin

niillä yleensä on vastakkainen vaikutus toisiinsa nähden. Elimissä, joita hermottaa vain toinen autonomisen hermoston osa, voi impulssin vaikutus olla joko kiihdyttävä tai estävä. (Sand ym. 2016, 106, 141.)

Sympaattiset hermorungot (soomat) sijaitsevat molemmin puolin selkärankaa rintarangan nikamien T1 ja lannerangan L2 välisellä alueella. Kummassakin ketjussa on 21-22 hermosolua. Nämä preganglionaariset hermosolut synapsoivat jokainen useamman postganglionaarisen hermosolun kanssa, jotka ovat yhteydessä kohde-eliimiin. (Kuva 2, s. 12) Tämän vuoksi sympaattisen hermoston aktiivisuus vaikuttaa useisiin kohde-eliimiin. Näiden 21-22:n sympaattisen hermosolun lisäksi selkärangan etupuolella vatsaontelossa on kolme hermosolua. Vatsanpuoleisista hermosoluista lähtee sympaattisia hermosyitä vatsan puolella oleviin elimiin. Vatsanpuolen punoksista ylin on sisuspunos, ja se sijaitsee aivan pallean alapuolella. (Sand ym. 2016, 135-138.) Noradrenaliini on sympaattisen hermoston tärkein välittäjäaine (Partinen & Huutoniemi 2020).

Parasympaattisen hermoston preganglionaariset hermosolut sijaitsevat kahdella alueella keskushermostossa, aivorungossa ja selkäytimen ristijaokkeessa. Aivorungosta parasympaattiset hermosolut lähettävät viejähaarakkeet (aksonit) neljään aivohermoon. Kolme näistä muodostaa pään alueelle neljä hermosolmua, suurin osa parasympaattisista hermosyistä kulkee kiertäjähieron kautta. Lantion seudun sisäelinten hermotus tapahtuu selkäydin jaokkeiden S2- S4 selkäydinhermojen mukana. Parasympaattiset hermosolut sijaitsevat aivan kohde elimen lähellä eikä niiden välillä ole keskinäisiä yhteyksiä. (Salminen 2015; Sand ym. 2016, 139.) Kiertäjähermo (nervus vagus) joka on kymmenes aivohermo, on tärkein parasympaattisista hermoista. Parasympaattisen hermoston tärkein hermovälittäjäaine on asetyylikoliini. (Partinen & Huutoniemi 2020.)

Suoliston hermosto muodostaa suurimman osan autonomista hermostoa (Salminen 2015; Sand ym. 2016, 139). Lihaksista, rauhasista, paikallisista hermoista, keskushermostosta sekä välittäjä aineista muodostuu yhdessä maha-suolikanavan toimintaa säätelevä järjestelmä. Kiertäjähieron vaikutus alue on paksusuolen keskiosaan saakka, ja se hallitsee vatsan ja suoliston toimintaa. (Pesonen 2018.)

Useimmiten autonomisen hermoston säätelyn alaisena oleviin elimiin tulee hermosyitä sekä sympaattisesta että parasympaattisesta hermostosta, tällöin niillä on vastakkaiset vaikutukset kohde-eliimiin. Elimissä, joita hermottaa vain toinen autonomisen hermoston osa, voi impulssin vaikutus olla joko kiihdyttävä tai estävä. Sympaattinen hermosto aktivoituu kriisin uhatessa, ja sen toimintaa voidaan kuvata hyvin pelko-, puolustus- ja pakoreaktiona. Vaa- ratilanteeksi arvioidussa tilanteessa pelko saa aikaan sympaattisen hermoston maksimaa-

lisen aktivoitumisen ja se alkaa valmistaa kehoa mahdolliseen taisteluun. Sydämen pumpausteho paranee, ihon ja sisäelinten verisuonet supistuvat ja lihasten verisuonet laajenevat, jotta veri pääsee tehokkaasti virtaamaan lihaksiin. Keuhkoputket laajenevat, jotta elimistö saa happea nopeammin ja kehon energian saanti tehostuu, jolloin happi ja energia virtaavat nopeammin lihaksiin. Aivorungon aivoverkosto aktivoituu ja vireystila virittäytyy äärimmilleen. (Sand ym. 2016, 106, 141.) Parasymptaattisen hermoston aktivoituminen vaikuttaa kehon useimmissa elimissä päinvastaisesti. Sydämen rytmi hidastuu, verenpaine laskee, keuhkoputket supistuvat ja vireystila laskee. Parasymptaattisen ja symptaattisen hermoston välillä tulisi vallita tasapaino (symptovagaalinen tasapaino). (Partinen & Huutoniemi 2020.)

### 5.3 Autonominen hermosto ja uni

Vireystila on keskeinen unen ja valvetilan säätelijä (Kajaste 2015b). Kiihdyttävät, huomiota vaativat tapahtumat nostavat vireystasoa ja saavat meidät toimimaan. Illalla, kun valmistaudumme nukkumaan, alhaisempi vireystaso ja rauhallinen olo helpottavat nukahtamista (Ogden & Fisher 2016, 155). Symptaattinen (ortosymptaattinen) autonomisen hermoston osa vastaa vireystilan nostamisesta, kun taas vastavaikuttajapari, parasymptaattinen (vagaalinen) hermoston osa vastaa rauhoittumisesta ja levosta. Näiden kahden hermoston osan tulisi olla tasapainossa toisiinsa nähden. (Partinen & Huutoniemi 2020.)

Nukkuessamme syvää unta, hallitsevana hermojärjestelmänä on parasymptaattinen hermosto. Syvän unen aikana keho elpyy, vireystila on matala ja pulssi ja verenpaine laskevat. Unettomuudesta kärsivillä symptaattinen hermosto on usein yliaktiivisena ja tätä tilaa kutsutaan sympatikotoniaksi. Evoluution näkökulmasta on ollut hyödyllisempää, että vaaran uhattessa ihminen herää herkästi ja on valmis taistelemaan tai pakenemaan, kuin nukahtamaan nopeasti ja nukkumaan syvää unta. (Partonen ym. 2020, 2470.) Mikäli sympatikotonia on päällä yölläkin, ihminen heräilee herkästi ja yöuni jää kevyeksi, eikä ole elvyttävää (Partinen & Huutoniemi 2020).

Autonominen hermosto arvioi jatkuvasti tilanteen turvallisuutta tai turvattomuutta. Havainnointi on automaattista ja sen seurauksena syntyy tilanteeseen sopiva vireystila. Kun tilanne havainnoidaan turvalliseksi, vireystilamme pysyy säätelykykymme rajoissa, mutta jos tilanne koetaan vaaralliseksi, aktivoituu symptaattinen hermosto. (Ogden & Fisher, 156–157.)

Vireystila vaihtelee vuorokauden aikana sen mukaan mitä meiltä missäkin tilanteessa vaaditaan. Vireystila on korkeammalla aktiivisissa toimissa ja matalammalla kun rentoudumme.

Vireystilaa voidaan kuvata sietoikkunan käsitteellä, jossa sietoikkunalla tarkoitetaan henkilölle ominaista optimaalista vireystilan aluetta. Sietoikkunan sisälle sijoittuvat optimaalinen vireystila sekä kohonnut- ja alhainen vireystila. Sietoikkunan ulkopuolella ovat hallitsemattomat vireystilat, ylivireys- ja alivireystila. (Ogden & Fisher 2016, 155–157.) Traumatisoituneilla ihmisillä sietoikkuna on kapeampi, sillä trauman jälkeen hermosto on ylivirittyneessä tilassa ja pienikin pettymys tai muu harmi vie helposti ihmisen optimaalisen alueen ulkopuolelle (Myllyviita 2020).

## 6 Unettomuus ja mielenterveys

### 6.1 Stressi ja unettomuus

Stressi on fysiologinen vaste ympäristön asettamiin haasteisiin (Pryce & Fuchs 2017). Unettomuutta esiintyy usein stressin yhteydessä ja unettomuus on myös yksi stressin oireista. Stressiin liittyviä unettomuusjaksoja kokee kolmannes aikuisväestöstä vuosittain. Jos unettomuus jatkuu, vaikka sen laukaissut stressitekijä poistuu, puhutaan psykofysiologisesta unettomuudesta. Se tarkoittaa, että huoli unettomuudesta ja sen seurauksista aiheuttaa stressiä ja sitä kautta unettomuutta. Tällaisessa tilanteessa unettomuudesta itsessään on tullut stressitekijä. (Härmä & Sallinen 2000.)

Viinamäen ym. (2012) mukaan stressin mekanismina toimii hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaisakseli eli HPA-akseli ja autonominen hermosto. Lisämunuaisissa vapautuvat glykokortikoidit, ovat stressihormoneja, joita keskushermosto säätelee HPA-akselin avulla. Glukokortikoidien tehtävänä on säädellä elimistön vastetta stressiin. Unenpuute ja unettomuus saattavat lisätä myös itsessään stressihormonien erittymistä. Stressihormonit verenkierrossa vaikuttavat uneen vaikeuttaen nukahtamista ja kasvattaen pinnallisen unen määrää (Härmä & Sallinen 2000).

Stressi on psykofysiologista, eli tapahtuu mielen ja kehon yhteisvaikutuksesta. Mikä tahansa myönteinen tai kielteinen muutos yksilön elämässä voi aiheuttaa stressiä. Mikään ärsyke ei sinänsä stressaa, vaan reaktion voimakkuus riippuu yksilön ominaisuuksista. (Mattila 2018.) Morin, Rodrigue ja Ivers (2003) tutkivat stressin vaikutusta unettomuuteen. Tutkimuksessa havaittiin, että huonosti nukkuvat ihmiset kokivat päivittäiset pienetkin stressaavat tapahtumat stressaavampina kuin hyvin nukkuvat. Unettomat myös kokivat elämänsä yleisesti stressaavammaksi. Tulokset viittaavat siihen, että unettomuudelle altistaa ennemminkin puutteet stressin arviointi- ja hallintakyvyissä, kuin stressaavien tilanteiden määrä yksilön elämässä.

Stressin ja unen suhde vaikuttaa siis molempiin suuntiin. Stressi huonontaa unen laatua, mutta unettomuus myös itsessään aktivoi stressivasteet (Viinamäki ym. 2012). Voidaan kuitenkin päätellä, että stressin lievitys on myös tehokasta hoitoa unettomuuteen. Muun muassa kaikki psykoterapeuttiset hoitomuodot ja psykofyysinen fysioterapia pyrkivät vaikuttamaan ihmisen kykyyn hallita stressiä.

### 6.2 Ahdistuneisuus ja unettomuus

Useisiin psykiatriisiin sairauksiin liittyy unettomuutta. Tutkimusten mukaan lähes 65 %:lla unettomuuspotilaista on yhtäaikainen masennus- tai ahdistuneisuushäiriö (Ohayon ym.

1998, Järnefeltin 2017 mukaan). Unettomuuden hoitaminen parantaa hoitotuloksia ja elämänlaatua. Mielialahäiriöt kuten ahdistuneisuus ja tuskaisuus ovat neuroottisia oireita, joita moni kokee elämänsä aikana. Myös erilaiset ajattelu- ja käytöshäiriöt sekä hermoston välittämät somaattiset oireet kuten paniikkihäiriölle tyypilliset oireet, ovat yleisiä elämistä haittaavia oireita ilman varsinaista mielenterveyden sairautta. (Korpi 2018.)

Erilaiset fobiat, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö sekä traumaperäinen stressireaktio luetaan kuuluviksi ahdistuneisuushäiriöihin (Korpi 2018). Ahdistuneisuushäiriön yksi keskeinen oire on unettomuus, toisaalta unettomuudesta voi kärsiä niin ahdistuneisuushäiriöstä kuin muustakin mielenterveysongelmasta kärsivä henkilö (Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2020).

Aivot tarkkailevat alati tilanteen turvallisuutta tai turvattomuutta, ja pienikin vihje ahdistavasta tilanteesta saattaa ehdollistua aivoissa. Vihje ahdistavasta tilanteesta vahvistaa hermoverkkoja mantelitimakkeessa (amyglada), etuaivokuorella ja hippokampuksessa. Tieto ympäristön vaaroista ja uhista siirtyy suoraan mantelitimakkeeseen, ja lisäksi sinne siirtyy jatkuvasti, mutta hitaammin tietoa talamuksesta ja aivokuorelta. Mantelitimakkeen GABAergisiä soluja sisältävät hermosoluverkot aktivoivat lopulta hypotalamuksen ja aivoringon alueet. Tästä seuraa elimistön stressireaktioiden aktivoituminen. (Korpi 2018.)

Hypotalamus säätelee unta, vaikuttamalla käpyrauhan melatoniinin eritykseen. Hypotalamuksen lisäksi unen säätelyyn osallistuu etuaivotumake. Yhdessä ne säätelevät unta päälle ja pois. Hereillä oloa ylläpitävät hypotalamuksen oreksiinitumake, joka toimii stimuloivana ja unta estävänä sekä basaali etuaivotumake, joka säätelee unipainetta adenosiinin kertymisen avulla. Keskiaivojen ja aivosillan nousevat radat ylläpitävät osaltaan hereillä oloa. (Korpi 2018.)

Kun mantelitimake ja kehon stressireaktiot ovat pitkäaikaisesti aktivoituneena, seurauksena on unihäiriöitä. Ahdistuksen aiheuttama aivojen aktiivisuus estää unta edistävien hermoverkostojen aktiivisuuden, kun elimistö on jatkuvasti valmiina pakenemaan ja taistelemaan. (Korpi 2018.) Unettomuudesta kärsivä tuntee usein ahdistusta ja häpeää kyvyttömyydestään nukkua hyviä yöunia. Jo sänkyyn meno saattaa laukaista ahdistusreaktion, ja tulevan päivän haasteet lisäävät stressiä entisestään (Kuva 1, s. 10) (Mielenterveystalo.)

### 6.3 Masennus ja unettomuus

Yleisin psyykinen syy pitkäaikaisen unettomuuden taustalla on masennus. Unettomuuden ja masennuksen yhteyden on todettu olevan kaksisuuntainen, mutta vahvin näyttö on siitä, että unettomuus edeltää masennuksen kehittymistä (Järnefelt 2017.) Jos uniongelman syy on masennus, hoito aloitetaan ensin siitä. Psykiatrisilla potilailla, esimerkiksi masentuneilla,

voidaan käyttää väsyttäviä psyykelääkkeitä illalla annosteltuna. Pitkäaikaiseen unettomuuteen myös psykiatrisilla potilailla tehoa parhaiten lääkkeettömät hoitomenetelmät. (Unettomuus: Käypä hoito -suositus, 2020.)

Masentuneen aivojen toiminnassa ilmenee häiriöitä, vaikka aivojen rakenne yleensä on normaali. Etuaivokuori ja pihtipoimu toimivat aliteholla, manteliumakkeen toiminta taas on kiihtynyttä. Manteliumake on keskeinen alue aivoissa tunnekokemusten ja pelon kannalta ja sen reagoitiherkkyys on masentuneella usein lisääntynyt. (Froloff 2015; Melartin & Iso-metsä 2009.)

Masennus on usein seurausta stressin säätelyn epäonnistumisesta. Masentuneilla esiintyykin usein HPA-akselin yli- tai alitoimintaa ja kortisolin erityis on useimmiten lisääntynyttä. (Viinamäki ym. 2012.) Melartinin mukaan (2015) mukaan pitkään jatkunut stressi ja korkeat stressihormonipitoisuudet (kortisoli) voivat vaurioittaa hippokampusta.

Uni ja vuorokausi rytmi ovat masennuksessa usein häiriintyneet (Balbo ym. 2010, Viinamäen ym. mukaan 2012). Masennuksen ollessa lievää, uni ongelmat ilmenevät usein heräilyinä heti nukahtamisen jälkeen. Jos masentunut herää aamuyöstä eikä enää saa nukkua viittaa tämä vaikeaan masennustilaan. Masentuneella yöunen rakenne on myös selvästi muuttunut verrattuna terveeseen henkilöön. Masentuneilla ilmenee myös liikaunisuutta, mutta tällöin uni on kevyttä eikä se virkistä kuten normaali uni. (Partonen 2017.)

Unettomuus aiheuttaa mielialan laskua, mikä on normaalia. Masennuksesta kärsivä helposti tulkitsee kuitenkin huonon nukkumisen aiheuttaman mielialan laskun masennuksen pahentumiseksi. Masennuksesta toipunut henkilö taas yhdistää mahdollisen unettomuusjakson sairauteensa ja voi huolestua sen uusiutumismahdollisuudesta. Tällaiset kielteiset ajattelumallit voivat alkaa myrkyttämään mieltä. Kielteisiä ajatusmalleja voi oppia tunnistamaan ja muokkaamaan. Hyödyllistä hoitoa masennuksesta kärsiville unettomille, kuten kaikille unettomille, ovat tietoisien läsnäolon keinot (mindfulness). (Pihl & Aronen 2020.)

#### 6.4 Päähteet ja unettomuus

Suomalaistutkimuksen mukaan jo yksi annos alkoholia heikentää unen palauttavaa vaikutusta. Alkoholin käyttö, annosmääristä riippuen, nostaa sympaattisen hermoston aktiivisuutta ja heikentää parasympaattisen hermoston säätelyä, vaikuttaen näin unenaikaiseen palautumiseen. (Pietilä ym. 2018.) Pieni annos alkoholia ennen nukkumanmenoa saattaa auttaa nukahtamisessa, mutta huonontaa unenaikaista hengitystä ja voi aiheuttaa uniapne-oita (Partinen & Huutoniemi 2019). Alkoholin käyttö illalla vaikuttaa uneen heikentämällä unen laatua ja lamaamalla keskushermoston toimintaa. Alkoholin rentouttava ja unettava vaikutus vähenee, mikäli alkoholia nautitaan säännöllisesti. Vaikka rentoutumista ei enää

tapautuisi pienellä alkoholi määrällä, alkoholin keskushermostoa lamaava vaikutus kuitenkin säilyy. Siirtyessä suurempiin annoksiin, haittavaikutukset siis lisääntyvät. REM unen määrä vähenee alkoholin vaikutuksesta. Kun yön aikana alkoholi pitoisuus laskee, lisääntyy REM unen määrä ja siihen voi liittyä painajaisia, hikoilua ja levottomuutta. Jos alkoholia nauttinut henkilö herää aamuyöstä, saattaa nukahtaminen olla vaikeaa. (Holopainen 2006, Partisen & Huutoniemen mukaan 2017.)

Reipas alkoholin käyttö aiheuttaa seuraavana päivänä vieroitusoireena ahdistuneisuutta, josta seurauksena voi olla unettomuutta (Holopainen 2006, Partisen & Huutoniemen mukaan 2017). Noin puolella alkoholista riippuvaisista esiintyykin unettomuutta. Vaikka alkoholiriippuvainen lopettaisi juomisen, voi unettomuus olla haittana useita kuukausia tai jopa vuosia juomisen lopettamisen jälkeen. (Unettomuus: Käypä hoito -suositus, 2020; Partinen & Huutoniemi 2019.) Alkoholin runsas käyttö vaurioittaa aivojen unen ja valveen säätelykeskusta, ja vaurioiden korjaantuminen vie aikaa (Holopainen 2006, Partisen & Huutoniemen mukaan 2017).

Alkoholin lisäksi muut päihteet kuten huumausaineet tai lääkkeiden väärinkäyttö aiheuttavat unettomuutta. Unettomuus kuitenkin itsessään myös altistaa päihteiden väärinkäytölle, sekä mahdollisesti ahdistuneisuushäiriöille. (Huttunen 2018, Partosen 2021 mukaan.)

## 7 Psykofyysinen fysioterapia ja unettomuus

### 7.1 Psykofyysinen fysioterapia

Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan terveys ei ole pelkästään jonkin sairauden tai vanhuudenheikkouden puutetta vaan se käsittää ihmisen koko fyysisen, psykologisen ja sosiaalisen ulottuvuuden (Probst & Skjaerven 2018, 3). Biopsykososiaalinen lähestymistapa tarkoittaa kuntoutuksessa sitä, että perinteisen fyysisen ulottuvuuden lisäksi kuntoutuksessa on vähintään yksi toinen psykologinen, sosiaalinen tai ammatillinen ulottuvuus (Härkönen ym. 2016, 9). Fysioterapeuttien tulisi, erityisesti mielenterveyspuolella, hyödyntää biopsykososiaalista mallia edistääkseen ja ylläpitääkseen potilaiden kokonaisvaltaista hyvinvointia (Gard & Skjaerven 2018, 14). Psykofyysistä tai biopsykososiaalista lähestymistapaa suositellaan sovellettavaksi enemmän kaikkeen fysioterapiaan rajaamatta sitä pelkästään mielenterveystyöhön.

Psykofyysinen fysioterapia on viitekehys ja lähestymistapa, jossa taustalla vaikuttaa käsitys ihmisestä fyysisen ja psyykkisen puolen erottamattomana kokonaisuutena. Psykofyysisen fysioterapian ovat kehittäneet yhteistyössä fysioterapeutit, psykologit ja psykiatrit. Suomeen suuntaus levisi 1980-luvulla. Alkujaan psykofyysisen fysioterapian käsite on kehitelty Ruotsissa ja Norjassa. (Kauranen 2018, 522.)

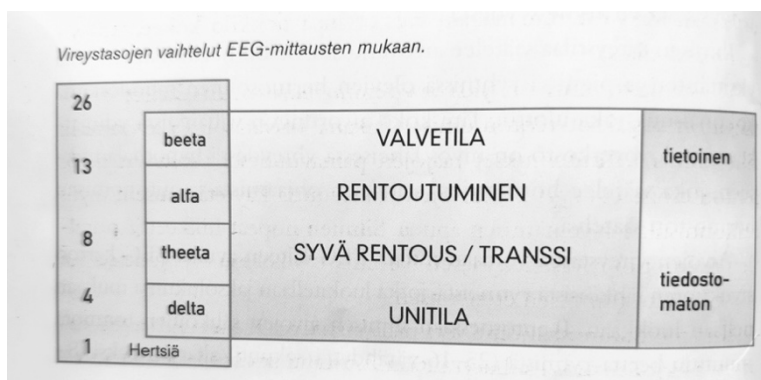
Termiä psykofyysinen fysioterapia ei juurikaan käytetä Skandinavian ulkopuolella, vaan yleisemmin lähestymistapaa kuvataan biopsykososiaalisena mallina. Malli on käytössä laajalti muun muassa lääketieteen eri aloilla. Myös ICF-luokitus on biopsykososiaalinen malli, joka pyrkii kuntoutujan toimintakyvyn edellytyksien kokonaisvaltaiseen huomioimiseen. (Gard & Skjaerven 2018, 15; Härkönen ym. 2016, 9.)

Keskeistä psykofyysisessä fysioterapiassa on kehon ja mielen yhteys, asiakkaan ja terapeutin vuorovaikutus, sekä asiakkaan kokemuksellinen oppiminen. Psykofyysistä fysioterapeuttista lähestymistapaa voidaan käyttää hyvin monenlaisten asiakasryhmien kanssa. Tyypillisesti lähestymistapaa on käytetty stressin tai ylikuormituksen oireista kärsivien asiakkaiden kuntoutuksessa, unettomuuteen tai muuhun mielenterveyteen liittyvien ongelmien kuntoutuksessa (esimerkiksi syömishäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, masennus, skitsofrenia, post-traumaattinen stressioireisto), neurologisessa kuntoutuksessa, vaikeasti vammaisten henkilöiden kuntoutuksessa, kroonistuneiden kipupotilaiden tai autismin kirjoon kuuluvien kehityshäiriöiden hoidossa. Psykofyysistä fysioterapiaa toteutetaan sekä yksilötyönä että ryhmämuotoisena. (Härkönen ym. 2016, 7–8.)

Unettomuuden hoito psykofyysisessä fysioterapiassa keskittyy autonomisen hermoston viireystilan säätelyyn. Aikaisemmissa kappaleissa on selitetty hermoston viireystilaan vaikuttavia tekijöitä. Unettomuus voi aiheuttaa psyykkisen, emotionaalisen sekä fysiologisen ylivireystilan, jolloin unensaanti on lähes mahdotonta. Parasympaattista hermostoa aktivoivilla, kehon rentoutumiseen ja mielen rauhoittumiseen tähtäävillä harjoitteilla pyritään katkaisemaan unettomuuden noidankehä. Lisäksi asiakkaiden kuntoutuksessa voidaan soveltaa psykoedukaatiota ja keskustella unenhuoltoon liittyvistä asioista, elämäntilanteesta ja arjesta yleensä. Tietoisuustaitoharjoituksilla pyritään tunnistamaan unettomuuden aiheuttamia haitallisia ajatusmalleja ja muuttamaan suhtautumista niihin vähemmän stressaavaksi.

## 7.2 Rentoutusmenetelmät

Rentoutuminen on mielen ja kehon rauhoittumista. Rentoutuessamme aivojen viireystila laskee beeta-, alfa- tai theeta tasoille ja aivot alkavat tulkita kokemusta tunteiden ehdoilla äyllisen tulkinnan sijaan. (Lindh, 1998, Katajan 2003, 26 mukaan.) Alfa tilassa olomme on turvallinen ja tunnemme mielihyvää, theeta tilassa rentoutuminen syventyy ja tilaa voidaankin kutsua transsi- tai hypnoositilaksi. Unessa viireystila laskee edelleen delta tasolle (Kuvio 1). (Kataja 2003, 30.) Rentoutuminen leviää hermojärjestelmän, ääreishermoston, sisäeritysjärjestelmän ja immuunijärjestelmän kautta koko kehoon (Lindh 1998, Katajan 2003, 26 mukaan). Rentoutuessa stressihormonien taso laskee ja mielihyvää tuottavien hormoniyhdisteiden määrä kasvaa, ääreisverenkierto lisääntyy ja verisuonet laajenevat, jolloin verenkierto lihaksissa lisääntyy ja lihaksissa voi tuntua lämmön tunnetta. Hengitystiheys, verenväri ja sydämen lyöntitiheys laskevat. (Suomen mielenterveys.)



Kuvio 1. Aivojen viireystasojen vaihtelut EEG-mittausten mukaan. (Kataja 2003, 30)

Hermoston ollessa pitkään ylivirittyneessä tilassa, seurauksena on henkistä ja fyysistä pahoinvointia; stressiä, loppuun palamista ja psykosomaattista oireilua. Ylivireystila heikentää

luonnollista palautumista ja levon määrä voi jäädä vähäiseksi. Rentoutumisella tavoitellaankin autonomisen hermoston tasapainottumista, jolloin sympaattinen hermosto vaimenee, ja parasympaattinen aktivoituu. (Kataja 2003, 23, 26) Rentoutumisella voidaan helpottaa tilapäisesti kuormittavaa tilannetta tai univajetta ja se tehostaa kehon palautumista, sillä rentoutumisella on samanlaisia vaikutuksia kuin unellakin (Suomen mielenterveys; Partinen & Huutoniemi 2020).

Rentoutuminen voi olla aluksi haastavaa, ja sitä voi joutua harjoittelemaan. Erilaisia rentoutumismenetelmiä ovat mm. progressiivinen rentoutuminen, autogeeninen rentoutus ja hengitysharjoitukset. (Partinen & Huutoniemi 2020.) Progressiivisessa rentoutuksessa (Jacobsonin menetelmä) lihakset vuoroin jännitetään ja vuoroin rentoutetaan. Menetelmää kutsutaan myös nimellä jännitä- rentouta menetelmä, ja tavoitteena siinä on oppia tunnistamaan ero jännittyneen ja rentoutuneen tilan välillä. Autogeeninen rentoutus (Schultzin menetelmä) perustuu tietoisuuden keskittämisen yhteen toimintoon kerrallaan, esimerkiksi hengitykseen. Tavoitteena on oppia saavuttamaan kehon ja mielen rentous itesesuggestiivisesti. (Kauranen 2018, 525.) Hengitysharjoitukset ovat yksi tapa harjoitella olemisen ja hellittämisen taitoa. Psykofyysisten hengitysharjoitusten tavoitteena on tarkoituksenmukainen, luonnollinen hengitys sekä hengityksen havainnoinnin oppiminen eri tilanteissa. (Martin ym. 2014, 208-209.) Katajan (2003, 68) mukaan liikunta kuuluu aktiivisiin rentoutumismenetelmiin. On yksilöllistä mitkä lajit henkilö kokee rentouttavaksi, jokainen voi itse määritellä itselleen mieleiset rentouttavaksi koetut lajit.

### **Painopeitto**

Painopeittoa, eli tavallista täkkiä painavampaa peittoa, käytetään tavallisesti nukkumiseen. Sen kerrotaan lievittävän levottomuutta, ahdistuneisuutta ja lisäävän turvan tunnetta. Meta-analyysissä (2020) tutkittiin painopeiton vaikutuksia toimintaterapiassa. Tutkimuksen mukaan painopeitto voi olla hyödyllinen terapeuttinen työkalu ahdistuneisuuden hoidossa, mutta unettomuuden hoitoon ei ole vielä riittävästi tutkimusnäyttöä. Tutkimustieto painopeitoista on saatavilla vielä hyvin vähän. (Eron ym. 2020.)

### **Piikkimatto**

Piikkimattoa tai akupunktiomattoa (needle stimulation pad) on käytetty perinteisesti kivun lievitykseen, ahdistuksen ja stressin hallintaan ja unettomuuden hoitoon. Piikkimaton vaikutus perustuu akupainantaan, joka kuuluu perinteisen kiinalaisen lääketieteen menetelmiin. Coelhon (2020) artikkeli nostaa esiin tutkimuksia piikkimaton toimivuudesta eri käyttötarkoituksiin. Artikkeli toteaa tutkimustietoa piikkimaton vaikutuksista unettomuuteen olevan liian vähän ja näyttö sen vaikuttavuudesta rajallista. Tutkimusten mukaan piikkimatto

on kuitenkin edullinen, turvallinen ja helppokäyttöinen itsehoitoväline. Auroran sairaalan fysioterapeutit kertovat kokemuksen puhuvan piikkimaton käytön puolesta, potilaiden ahdistus- ja unettomuusongelmien hoidossa.

### 7.3 Hengitysharjoittelu

Hengityksen säätelyjärjestelmä toimii kehossa automaattisesti. Kun ihminen hengittää optimaalisesti, hengityksen nopeus ja syvyys vaihtelee tarkasti löytäen aina vähiten energiaa kuluttavan hengitystavan. Hengityksen säätelyyn vaikuttaa kuitenkin myös mieli ja tunteet, jotka voivat tulkita tilanteen uhkaavaksi ja näin fyysisten tarpeiden mukainen hengitys voi kärsiä. (Martin ym. 2014, 52.)

Keuhkoihin tulee autonomisen hermoston säikeitä parasympaattisesta, sekä sympaattisesta osasta keskushermostoa. Autonomiseen hengityksen säätelyyn voidaan vaikuttaa tietoisesti, mutta hengitystä ei voi täysin ottaa kontrolliin. Hengitystä kiihdyttämällä voidaan lisätä sympaattisen hermoston aktiiviteettia, jolloin muun muassa sydämen syke kiihtyy. Pitkään jatkuessaan tarpeettoman syvä ja keuhkojen yläosilla tapahtuva hengitystyylillä voi aiheuttaa fysiologisen hyperventilaation. Vastaavasti parasympaattisen hermoston ja tarkemmin kiertäjähermon etujuosteen toimintaa voidaan aktivoida rauhoittamalla tietoisesti hengitystä. (Martin ym. 2014, 56.)

Hyperventilaatiotilassa ihminen haukkoo happea sisään yli aineenvaihdunnallisesti tarpeen. Hyperventilaatio on normaali kehon reaktio valmistautuessa kovaan fyysiseen ponnistukseen (taistele tai pakene –reaktio), mutta tulee epätarkoituksenmukaiseksi, jos tällaista ponnistelua ei ole tulossa. Esimerkiksi voimakkaat tunteet, kuten ahdistus, voivat laukaista hyperventilaation. Sen seurauksena muun muassa veren hiilidioksidipitoisuus laskee ja pH-arvo nousee. Soluihin tulevan hapen määrä vähenee huonontuneen verenkierron lisäksi siksi, että soluhengitystä tapahtuu vähemmän, kun elimistön pH on emäksinen. Solut siis kärsivät hapenpuutteesta, vaikka veressä happea on riittävästi. Tällöin lisähengittäminen ja hapen haukkominen sisään vain pahentaa solujen hapenpuutetta. Henkilöiden, jotka saavat hyperventilaatio-oireita on todettu hengittävän normaalitilassa enemmän rintakehän yläosalla kuin pallealla. Krooniseen hyperventilaatio-tilaan vaaditaan vain 10 prosentin liikahengitys, joka voi olla seurausta sympaattisen hermoston yliaktiivisuudesta esimerkiksi stressin tai ahdistuksen vuoksi. (Martin ym. 2014, 54–58.)

On normaalia, että keho reagoi tunteisiin hengitysmuutoksilla, mutta hengityksen kuuluu myös palautua takaisin tasaiseksi ärsykkeen lakatessa vaikuttamasta. Psykofyysisessä fysioterapiassa hengitysharjoittelun päämääränä on luonnollinen ja tarkoituksen mukaan

muokkautuva hengitys. Tarkoitus on lisätä tietoisuutta siitä, miten hengitys muuttuu eri tilanteissa. Näitä voivat olla esimerkiksi kehon ja mielen sisäiset muutokset, tunteet, ajatukset, tuntemukset tai ulkoiset tekijät, kuten ihmisten välinen vuorovaikutus. Mitä herkemmin ihminen tiedostaa mielensä tapahtumia, havainnoi kehon tuntemuksia ja mitä tottuneempi ihminen on palauttamaan oman hengitysrhythmiänsä, sitä luontevampaa hengitykseen vaikuttaminen on. Hengitysharjoittelun avulla voidaan koittaa hyväksyä se, mihin ihminen ei voi itse vaikuttaa ja tunnistaa sen, mitä voi itse säädellä. (Martin ym. 2014, 208–209.)

Valmiiksi ahdistuneena ja väsyneenä tarkkaan määriteltyjen hengitysharjoitusten tekeminen voi vain lisätä oireilua. Hyväksyvän tietoisien läsnäolon periaatteiden mukaisesti tarkoituksena on vain havainnoida ja tulla tietoiseksi oman hengittämisen muutoksista. Näin voidaan saada yhteys muutoksen aiheuttaneisiin ajatuksiin ja tunteisiin ja niiden psyykkinen työstäminen mahdollistuu. (Martin ym. 2014, 22–23.)

#### 7.4 Tietoisuustaidot

Tietoisuustaitojen harjoittelu on laajalti käytössä mielenterveystyössä. Näyttöä sen vaikuttavuudesta löytyy muun muassa stressiperäisten häiriöiden, ahdistuneisuuden ja masennuksen hoitoon (Fjorback ym. 2011). Vaikka tietoisuustaitojen hyödyntäminen perustuu vahvasti tutkittuun tietoon, trendisana *mindfulness* saattaa aiheuttaa joissain kuulijoissa vastustusta. Vaihtoehtoisia ilmaisuja kuvaamaan menetelmää ovat esimerkiksi hyväksyvä havainnointi tai keskittymiskyvyn harjoittaminen. Harjoittelun perimmäinen ajatus on opetella hyväksyvästi havainnoimaan tunteita, ajatuksia ja kehon tuntemuksia ja vain vastaanottaa se, mikä on tullakseen. (Pietikäinen 2021.)

Unettomuuteen liittyy usein vahvoja tunnetiloja, kuten ahdistuneisuutta, avuttomuutta, turhautuneisuutta tai jopa pelkoa. Lisäksi huoliajatukset liittyen muun muassa seuraavan päivän suoriutumiseen ja unettomuuden pitkäaikaisiin terveysvaikutuksiin syventävät unettomuuden noidankehää. Tietoinen läsnäolo tähtää tunteiden ja ajatusten vallan vähentämiseen: ”Sinä et ole yhtä kuin tunteesi ja ajatuksesi, ne ovat vain tunteita ja ajatuksia.” Harjoittelun myötä voi oppia ottamaan etäisyyttä omiin ajatuksiinsa, tunteisiinsa tai tuntemuksiinsa, jolloin ne usein menettävät merkitystään. (Mielenterveystalo.)

Asioiden objektiivisen tarkastelun lisäksi tietoisien läsnäolon ytimessä on asioiden hyväksyminen sellaisena kuin ne ovat (Hayes, Follette & Linehan 2004, Pihlin & Arosen 2020 mukaan). Tietoisien läsnäolon harjoittelulla tähdätään mielen vapauttamiseen liiasta yrittämisestä esimerkiksi unen saannin suhteen. Harjoittelulla pyritään vähentämään mielen pakonomaista kamppailua ”sen mikä on” ja ”sen minkä pitäisi olla” välillä. (Pihl & Aronen 2020.)

Unettomuuden kognitiivisen noidankehän mukaisesti liiallinen unen saamisen yrittäminen toimii tarkoitustaan vastaan, nostaa sympaattisen hermoston aktiivisuutta, jolloin unen saaminen vaikeutuu (Mielenterveystalo). Pakonomaisen yrittämisen muutos lähtee oman olotilan huomaamisesta ja tiedostamisesta (Pihl & Aronen 2020). Tietoisuustaitojen ja hyväksyvän tietoisien läsnäolon harjoitukset auttavat näiden haitallisten ajatusten tunnistamisessa. Tunnistamisen myötä voidaan harjoitella muuttamaan suhtautumista huoliajatuksiin vähemmän stressaavaksi. Lisäksi itsemyötätuntoa kehittävät harjoitukset toimivat usein unettomille, koska suhtautuminen itseä kohtaan voi olla hyvinkin ankaraa. (Partinen & Huu-toniemi 2020, 124–125.)

### **Maadoitusharjoitus**

“Jalat maassa” -tyyppinen henkilö mielletään usein vakaaksi, lujaksi ja itsevarmaksi. Sen sijaan ahdistunut tai järkyttynyt ihminen voi kokea ikään kuin kosketuksen maahan katoavan ja energian suuntautuvan kehossa ylöspäin. Arkikielellä voidaan sanoa, että kokemus vie meiltä “jalat alta”. Silloin häviää turvallinen perusta, joka toimii tukena elämässä ja vuorovaikutussuhteissa ihmisten kanssa (Odgen & Fisher 2015, 218–221). Vaikeus luottaa omaan kehoon ja sen tukipintaan voi näkyä myös ylimääräisenä kannatteluna, jolloin mieli ja keho ovat jatkuvasti valmiustilassa, valmiina toimimaan. Kaikki kehon tiedostamiseen ja painovoiman tunnistamiseen tähtäävät harjoitukset tasapainottavat elimistöä ja vahvistavat minäkokemusta. (Martin ym. 2014, 236.)

Martinin ym. (2014, 220–221) mukaan kokemukset liiallisesta itsensä kannattelusta voivat näkyä muun muassa uniongelmina ja vaikeuksina nukahtaa. Oireilua voi helpottaa tietoisuus siitä, mitä itsessä tapahtuu ja maan vetovoiman tiedostaminen eli yhteyden luominen maahan. Psykofyysisessä fysioterapiassa maadoittumista voidaan harjoitella esimerkiksi kiinnittämällä huomiota sääriin, jalkateriin ja tukipintaan. Harjoitus tehdään yleensä seisten, mutta sen voi toteuttaa myös istuen tai maaten. Olennaista on havainnoida kosketuspintaa tukevaan alustaan.

### **7.5 Liikeharjoitukset**

Kiertäjähermo on kehon pisin hermo ja se kuljettaa viestejä suolistosta aivorunkoon asti. Tätä parasympaattista hermoa aktivoimalla voidaan estää sympaattisen hermoston toimintaa ja rauhoittaa näin kehoa ja mieltä. Kiertäjähermoa aktivoivia liikkeitä ovat mm. rangan kiertoliikkeet, joissa kiertäjähermo saa venytystä, sekä hengitysharjoitukset. Kiertoliike vaikuttaa myös palleaan ja sisäelimiin, joita myös kiertäjähermo hermottaa. (Peltoniemi, Stammer 2020.)

Wang ym. (2019) toteuttivat kirjallisuuskatsauksen, jossa tutkittiin meditaatioharjoittelun, tai chin, qigongin ja joogan vaikutuksia unettomuuteen. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset oli toteutettu vuosien 2004 ja 2018 välisenä aikana, ja niitä oli tarkastelussa mukana yhteensä 49 kappaletta, osallistujia näissä oli yhteensä 4506. Tutkittavat olivat terveitä aikuisia ja interventiot kestivät 4–12 viikkoa. Kirjallisuuskatsauksessa todettiin edellä mainittujen lajien vaikuttavan tilastollisesti merkittävästi vähentämällä vaikeaa unettomuutta sekä vaikuttavan positiivisesti unen laatua parantamalla. Unipäiväkirjan avulla tai objektiivisilla mittareilla mitattuina unen indekseissä ei havaittu merkittäviä muutoksia. Edellä mainitut lajit voivat olla tutkimuksen mukaan tehokkaita unettomuuden hoidossa ja unen laadun parantamisessa terveillä henkilöillä, mutta jatkotutkimuksia tarvitaan vielä.

## 8 Menetelmät ja toteutus

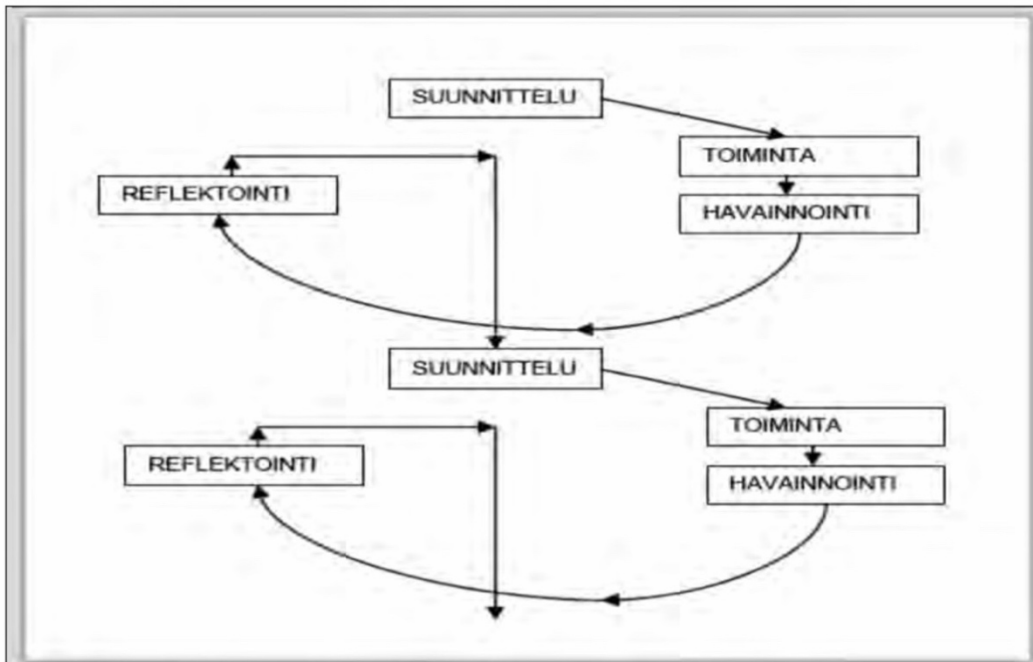
### 8.1 Menetelmän kuvaus

Tämän opinnäytetyön prosessi on toiminnallinen, ja sitä voidaan kuvata kehittämistoimintana. Toiminnallisen opinnäytetyön tunnuspiirteitä ovat muun muassa konkreettinen tuotos, suunnitelmallisuus, ainutkertaisuus sekä sen hyöty ja käytettävyys. (Salonen 2013, 13.) Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu kahdesta osasta, jotka ovat tuotos ja prosessin raportointi eli opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö perustuu tutkittuun tietoon, joka erottaa toiminnallisen opinnäytetyön projektityöstä antaen sille tutkimuksellisen näkökulman. (Airaksinen 2010; Salonen 2013, 12-13.) Opinnäytetyön toteutustavaksi valittiin toiminnallinen opinnäytetyö sen konkreettisuuden ja käytännönläheisyyden vuoksi.

Opinnäytetyön kirjallinen osuus esittelee unettomuushäiriön taustalla olevaa hermoston anatomiaa ja fysiologiaa, mielenterveyden ja unettomuushäiriön välistä suhdetta sekä psykofyysisen fysioterapian keinoja unettomuuden hoidossa. Opinnäytetyön tuotoksena syntyi unettomuuden lääkkeettömiä, psykofyysisiä hoitomenetelmiä hyödyntävä Unitaidot-ryhmä.

Ryhmäkertojen sisältöjen suunnittelussa käytettiin aineistonkeruumenetelminä havainnointia ja muistiinpanoja. Tutkimuksessa käytettiin osallista havainnointia. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkija on itse osa havainnoimaansa ympäristöä ja hänellä on siinä oma pysyvä rooli, tutkijan roolin lisäksi. (Paalumäki & Vähämäki 2020.)

Opinnäytetyössä käytettiin kehittämismallina spiraalia, jossa tuotoksen kehittäminen kuvataan jatkuvana syklinä, spiraalina. Spiraalimallissa suunnittelu, toteutus ja arviointi muodostavat kehän, joka toistuu aina edellisen tullessa päätökseen. Opinnäytetyöprosessissa jokaisen ryhmäkerran jälkeen tehdyt havainnot ja toiminta refleктоitiin, jonka pohjalta suunniteltiin seuraava toteutus (Kuvio 3, s. 28).



Kuvio 3. Spiraalimalli opinnäytetyön etenemiseen (Salonen 2013)

## 8.2 Prosessin kuvaus

Opinnäytetyöprosessi (Kuvio 4, sivu 30) alkoi tammikuussa 2020 yhteydenotolla toimeksiantajaan sähköpostitse. Ensimmäinen tapaaminen järjestettiin syyskuussa ja toinen joulukuussa 2020. Idea opinnäytetyön aiheesta tuli toimeksiantajalta. Unettomuuteen keskittyvälle ryhmälle oli kysyntää, koska unihäiriöt ovat yleisiä psykiatrian ja päihdepalveluiden asiakkailla. Ryhmäkuvaus ja ryhmän nimi suunniteltiin syyskuussa 2020. Sen perusteella toimeksiantaja valikoi sopivat osallistujat. Jo ryhmäkuvauksesta kävi ilmi, että Unitaidot-ryhmä on osa opiskelijoiden opinnäytetyötä

Joulukuussa 2020 valmistui opinnäytetyösuunnitelma, joka esiteltiin toimeksiantajalle ja ohjaajalle. Tiedonhakuun käytettiin laajasti eri tietokantoja, kuten Google Scholar, Pubmed ja Pedro. Aineisto koostui aiheesta koskevasta kirjallisuudesta, tieteellisistä tutkimuksista ja artikkeleista. Lähdemateriaalina käytettiin muun muassa unitutkijoiden Markku Partisen ja Timo Partosen kirjallisuutta sekä tutkimuksia autonomisen hermoston yhteydestä uneen, unihäiriöistä ja mielenterveyden yhteydestä unettomuuteen.

Tutkimustietoa aihepiireistä oli vaihtelevasti saatavilla. Psykofyysisen fysioterapian menetelmistä unettomuuden hoitoon löytyi vain vähän tutkittua tietoa. Toisaalta, koska psykofyysinen fysioterapia on yhdistelmä laajalti eri menetelmiä, tutkimuksia esimerkiksi hengitysharjoittelun, tietoisuustaitojen ja liikeharjoittelun vaikutuksista uneen ja unettomuuteen oli saatavilla.

Unitaidot-ryhmän ensimmäisen ryhmäkerran pilotointi pidettiin toimeksiantajan fysioterapeuteille tammikuun lopussa 2021. Fysioterapeutit antoivat tärkeää palautetta liittyen ohjaukseen ja sisältöön. Palautetta hyödynnettiin ensimmäisen ryhmäkerran suunnitteluun ja ohjauksen reflektointiin. Palautteen perusteella ryhmä onnistui tavoitteessaan eli osallistujat rentoutuivat ryhmäkerran aikana. Ohjausta annettiin muun muassa äänenkäytöstä ja sanavalinnoista. Lisäksi annettiin käytännön neuvoja ryhmän toteuttamiseen.

Tutkimuslupahakemus (Liite 4) laitettiin vireille tammikuussa 2021. Hakemusta täydennettiin helmikuun aikana tietosuojailmoituksella ja vaikutustenarviointilomakkeella. Lupahakemus hyväksyttiin maaliskuun alussa ennen Unitaidot-ryhmän aloitusta. Helmikuun aikana valmisteltiin suostumusasiakirja (Liite 1), alkutietolomake (Liite 2) ja kyselylomake (Liite 3) osallistujille.

Unitaidot-ryhmä kokoontui maaliskuun 2021 aikana viisi kertaa. Ryhmäkerrasta tehdyt havainnot ja osallistujien palaute kirjattiin muistiinpanoihin. Reflektoinnin jälkeen suunniteltiin seuraavan ryhmäkerran sisältö. Jokaisella kerralla harjoitteet poikkesivat hieman edellisistä. Tavoitteena oli, että jokainen osallistuja löytäisi itselleen sopivan tavan rauhoittaa omaa oloaan. Toisaalta ryhmäkertojen rakenne ja harjoitteet haluttiin pitää tarpeeksi muuttamattomina, jotta toiston kautta osallistujat voisivat huomata edistymisensä.

Ensimmäisellä ryhmäkerralla osallistujille jaettiin suostumuslomake ja alkutietolomake. Lisäksi täytettiin anonymisti kyselylomake, joka sisälsi avoimia kysymyksiä ja VAS-janan koskien osallistujan uniongelmaa. Lomakkeelle osallistujat saivat antaa toivomuksia ryhmäkertojen sisällöstä. Kyselylomakkeen tiedot siirrettiin heti sähköiseen muotoon, ja vastauksia hyödynnettiin sisällön suunnittelussa.

Viimeisellä ryhmäkerralla osallistujilta pyydettiin palautetta. Palautteen sai antaa nimettömänä kirjallisesti tai sanallisesti suoraan ohjaajille. Palautetta varten ei ollut ennalta määrättyjä kysymyksiä, vaan osallistujat saivat kertoa ajatuksistaan vapaamuotoisesti.

Opinnäytetyöraporttia valmisteltiin huhti-toukokuussa. Kesäkuun alussa valmis opinnäytetyö esitellään, jonka jälkeen viimeistelty työ lähetetään toimeksiantajalle julkaisemista varten. Valmis opinnäytetyö julkaistaan Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan henkilökunnan intrasivuilla sekä Theseus-tietokannassa. Kypsyysnäyte opinnäytetyöstä kirjoitetaan tiedotteen muotoon mahdollisille tuleville toteutuksille, ryhmän osallistujille ja terveydenhuollon ammattihenkilöille, jotka kirjoittavat osallistujien lähetteet ryhmään.

#### Tammikuu 2020

- Yhteydeotto toimeksiantajaan sähköpostitse

#### Syys- Lokakuu 2020

- Ensimmäinen tapaaminen toimeksiantajan kanssa
- Ryhmäkuvauksen ja nimen laatiminen
- Tietoperustan kerääminen

#### Joulukuu 2020

- Toimen tapaaminen toimeksiantajan kanssa
- Opinnäytetyö suunnitelman valmistuminen ja esittely

#### Tammikuu 2021

- Tietoperustan kirjoittaminen
- Ensimmäisen ryhmäkerran pilotointi toimeksiantajan fysioterapeuteille
- Tutkimuslupahakemuksen hakuprosessin aloitus

#### Helmikuu 2021

- Tutkimuslupahakemusta täydennettiin tietosuojailmoituksella, vaikutustenarviointilomakella, alkutietolomakkeella ja suostumusasiakirjalla
- Sopivien harjoitteiden etsiminen ja kokeilu

#### Maaliskuu 2021

- Tutkimuslupahakemus myönnetty
- Unitaidot-ryhmän toteutus

#### Huhtikuu 2021

- Opinnäytetyöraportin valmistelua

#### Toukokuu 2021

- Opinnäytetyöraportin valmistelua
- Kielenhuoltopaja
- Opinnäytetyön palautus kielenhuoltoa varten

#### Kesäkuu 2021

- Opinnäytetyön palautus arvioitavaksi
- Opinnäytetyön esittely
- Viimeistely opinnäytetyö lähetetään toimeksiantajalle
- Kypsyysnäytteen valmistelu eli tiedote ja esittely Unitaidot-ryhmästä mahdollisille tuleville toteutuksille, osallistujille ja ammattilaisille, jotka kirjoittavat lähetteet ryhmään

### Kuvio 4. Opinnäytetyöprosessi

#### 8.3 Tuotos: Unitaidot-ryhmä

Unitaidot-ryhmä toteutettiin Helsingin kaupungin fysioterapia- ja liikuntapalveluiden tiloissa Auroran sairaala-alueella kevättalvella 2021. Ryhmä kokoontui yhteensä viisi kertaa. Ryhmään osallistui viisi palveluiden asiakasta ja kaksi ohjaajaa. Ryhmässä pääpaino oli toiminnallisilla harjoitteilla eli kokemuksellisella oppimisella, joka on keskeinen osa psykofyysistä fysioterapiaa (Härkönen ym. 2016, 7). Ryhmäkerrat sisälsivät lisäksi psykoedukaatiota sekä vapaata kokemusten vaihtoa ja keskustelua. Psykoedukaatiolla eli psyko-opetuksella tar-

koitetaan opetuksellista hoitomenetelmää, jossa potilaalle tarjotaan tietoa (Kieseppä & Oksanen 2013). Toiminnallisilla harjoitteilla pyrittiin rauhoittamaan ylivireää mieltä ja kehoa, ja harjoiteltiin vireystilan säätelyä. Ryhmän suunnittelussa harjoitteiden valintakriteereiksi nousivat 1) harjoitteiden monipuolisuus, jotta jokainen osallistuja löytäisi ryhmän aikana itselleen sopivan tavan rauhoittaa oloaan ja 2) siirrettävyys kotiympäristöön. Psykoedukaatio-osuudessa käsiteltiin esimerkiksi autonomista hermostoa ja sen toimintaa, tietoisuustaitoja ja hengitystä. Tarkemmat kuvaukset ryhmäkerroista löytyvät seuraavalta sivulta (Kuvio 5).

Martinin (2019) mukaan ryhmätoiminnalla tarkoitetaan tietylle kohderyhmälle suunniteltua ryhmää. Suljettua ryhmää pidetään toimivimpana tapana. Unitaidot-ryhmä alkoi ja loppui kaikilla samanaikaisesti, eli se kyseessä oli suljettu ryhmä. Ryhmän tehtäviä ovat tuen ja tiedon antaminen, harjoittelu ja muutoksessa tukeminen. Lyhyessä ryhmässä, joka kokoontuu 5–12 kertaa ei välttämättä vielä saada aikaan jonkin asian muuttumista. Lyhyessä ryhmässä muutosprosessi saadaan kuitenkin alkuun ja osallistujille muodostuu selkeämpi kuva ongelmastaan, tieto lisääntyy ja asia konkretisoituu.

Ohjaajan tehtävä on tukea ryhmää prosessissaan ja luoda turvallinen ilmapiiri kehittymiselle ja vuorovaikutukselle ryhmäläisten kesken sekä ohjaajien ja ryhmän välillä. Parhaimmillaan ryhmässä minäkuva vahvistuu, itsestä huolehtiminen ja kyky ottaa vastuuta itsestä paranee. Ryhmäläinen saattaa huomata, että ongelman kanssa pystyykin elämään ja oireilu lievittyy. (Martin, 2019.)

Ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa tärkeä osatekijä on vertaistuki. Vertaistuki vähentää yksinäisyyden tunnetta ja luo yhteenkuuluvuuden tunnetta, kun kaikilla on taustalla sama ongelma. Ryhmässä tapahtuu myös vuorovaikutuksellista oppimista, joka on tärkeä terapeuttinen tekijä. (Skjaerven ym. 2018, 92–93.) Toive vertaistuesta nousi useammalta osallistujalta. Ryhmän edetessä osallistujat keskustelivat vapaasti unettomuusongelmastaan, jolloin ryhmässä annettiin tilaa keskustelulle ja kokemusten vaihdolle. Keskeinen ajatus ryhmässä olikin, että ryhmäläiset itse ovat oman unettomuutensa asiantuntijoita.

Jokainen ryhmätunti sisälsi teeman, jota valitut harjoitteet ja psykoedukaatio noudattivat (Kuvio 5). Kaikkia ryhmäkertoja yhdisti ajatus siitä, että ryhmässä *ei tarvitse suorittaa, saa olla vain*. Psykoedukaation tarkoituksena oli jakaa tietoa osallistujille ja yhdistää harjoitukset tietoperustaan. Kaikilla tunneilla osallistujilla oli mahdollisuus käyttää painopeittoa tai piikkimattoa rentoutusharjoitusten aikana.

## Pilottitunti - Teemojen esittely

- Maadoitusharjoitus seisten
- Kehon rajausharjoitus piikkipallolla tai sivellen/ taputellen
- Jännitys-hellitysharjoitus
- Itsemyötätuntoharjoitus
- Psykoedukaatio: aiheiden esittely

## 1. Ryhmäkerta- Teemana hellittäminen ja itsemyötätunto

- Maadoitusharjoitus seisten
- Kehon rajausharjoitus piikkipallolla / käsillä taputellen istuma-asennossa
- Psykoedukaatio ja harjoitus: ajatuskehien katkaisu fyysisillä harjoitteilla tai pysäytyssanalla
- Jännitys-hellitysharjoitus
- Itsemyötätuntoharjoitus

## 2. Ryhmäkerta- Teemana autonominen hermosto

- Maadoitusharjoitus seisten
- Psykoedukaatio: autonominen hermosto ja vireystila
- Kehon rajat piirtäen mielikuvissa piirtäen makuuasennossa
- Parasympaattista hermostoa aktivoivaa liikettä
- Kehon viestien kuuntelu -harjoitus
- Ääniharjoitus: vokaalien käyttö aktivoimaan parasympaattista hermostoa

## 3. Ryhmätunti- Teemaana hengitys

- Maadoitusharjoitus seisten
- Psykoedukaatio: hengitys
- Pulloon puhallus -harjoitus uloshengityksen pidentämiseen
- Kehon rajat -harjoitus makuulla
- Jännitys-hellitysharjoitus (eri voimakkuuksilla 1-2-3)

## 4. Ryhmätunti - Teemana tietoinen läsnäolo

- Maadoitusharjoitus seisten
- Psykoedukaatio: tietoinen läsnäolo
- Aistien terävöittämissarjoitus
- Kehon rajat -harjoitus makuulla: Ensin jännitetään koko toinen puoli kehosta, toinen puoli rentona - sama toisinpäin.
- Koko kehon hellitysharjoitus lihasryhmä kerrallaan
- Hengitysharjoitus, jossa laiskasti huomion suuntaaminen hengitykseen: sisäänhengitys kevyttä, viileää ja vaaleaa, uloshengityksellä hellitetään (taustalla meren aallot -musiikki).

## 5. Ryhmätunti - Teemana liike

- Maadoitusharjoitus seisten
- Psykoedukaatio: parasympaattinen hermosto ja liike
- Liikeharjoituksia kiertäjähermoa aktivoimaan (kiertoliikettä yhdistettynä hengitykseen)
- Jännitys-hellitysharjoitus

Kuvio 5. Ryhmäkertojen kuvaukset

## 9 Pohdinta

### 9.1 Prosessin tarkastelu

Unettomuudesta kärsii joka kolmas aikuinen jossain elämänsä vaiheessa. Jopa 10 %:lla aikuisväestöstä diagnosoidaan unettomuushäiriö. Univaje vaikuttaa psyykkiseen ja fyysiseen toimintakykyyn ehkä enemmän kuin mikään toinen yksittäinen terveyden osatekijä. Työskennellessämme Helsingin kaupungin psykiatrian ja päihdehuollon potilaiden kanssa saimme huomata, että kroonisessa unettomuudessa kyse on hyvin laajasta ilmiöstä, jota harvoin yksittäisellä menetelmällä, välineellä tai lääkkeellä onnistutaan hoitamaan.

Ryhmän haasteena oli sitoutuminen ryhmään, tai sen puutteellisuus. Ryhmän koko oli koronaepidemiatilanteesta johtuen pieni, joten muutamankin osallistujan jääminen pois ryhmäkerralta muutti ryhmädynamiikkaa. Vaikka ryhmässä toimittiin valtakunnallisten suositusten ja rajoitusten mukaan, ryhmätoiminnassa käyminen saattoi tuntua arveluttavalta haastavan epidemiatilanteen aikana. Toisaalta valtaosa ryhmäläisistä sitoutui aina ilmoittamaan poisjääntinsä ryhmäkerralta, joka osaltaan osoittaa ryhmään sitoutumista.

Ohjaajien joustavuutta testattiin tilanteessa, kun ryhmäkerralle pääsi vain yksi osallistuja. Valmis suunnitelma oli suunniteltu ryhmälle, josta yksilöllinen ohjaus monesti hieman poikkea. Toisaalta yhdelle osallistujalle voitiin jakaa juuri hänen tarpeisiinsa sopivaa tietoa. Yksin tullut osallistuja oli myös itse halukkaampi keskustelemaan tilanteestaan ja näin ollen tuntui helpommalta etsiä ratkaisuja yhdessä osallistujan kanssa. Ryhmäläiseen pääsi myös tutustumaan paremmin. Ryhmäkerrasta kehittyi ajatus siitä, että jokaiselle ryhmäläiselle tarjottaisiin mahdollisuus yksilökäyntiin ohjaajien kanssa ennen varsinaista ryhmäterapiaa. Se antaisi mahdollisuuden yksilöidympään ohjaukseen ryhmässä ja mahdollisesti vauhdittaisi ryhmäytymistä, kun ohjaaja olisi ryhmäläisille jo tuttu.

Toimeksiantajan tuki oli läpi prosessin korvaamaton apu. Ryhmän toteutus sijoittui neljän kuukauden harjoittelujaksolle toimeksiantajan yksikköön. Fysioterapeuteilta saatu henkilökohtainen ohjaus ja neuvonta tuki ryhmän suunnittelua ja toteutusta. Psykofyysisestä fysioterapiasta on toistaiseksi melko vähän tutkimustietoa, eikä fysioterapeutin ammattitutkinto sisällä syventävää perehtymistä psykofyysiseen fysioterapiaan käytännön tasolla. Siksi harjoitteet, joita ryhmässä tehtiin, sovellettiin suurelta osin kentällä työskentelevien fysioterapeuttien esimerkistä.

Palautetta osallistujilta saatiin yhteensä kolmelta aktiivisimmalta osallistujalta. Osallistajat olivat pääosin tyytyväisiä ryhmään ja kokivat oppineensa uusia harjoitteita itsensä rauhoittamiseen. Suosituja aiheita olivat autonomisen hermoston toiminta ja vireystilan säätely.

Ryhmäläiset kertoivat ymmärtävänsä paremmin fysiologiaa unettomuuden taustalla ja miten siihen voi itse vaikuttaa. Jokainen osallistuja tuntui löytäneen itselleen toimivan tavan rauhoittaa oloaan. Jotkut osallistujat kokivat, että unettomuusongelma on osa isompaa ongelmaa, jolloin hyöty ryhmästä tuntui vähäisemmältä.

## 9.2 Eettiset näkökulmat ja luotettavuus

Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksessa huolehditaan asianmukaisesta viittauskäytännöstä lähdemateriaaleja hyödynnettäessä. Lähdemateriaalia tulee tarkastella kriittisesti. Lähdemateriaali on tieteelliseen näyttöön perustuvaa, noudattaen hyvää fysioterapiakäytäntöä (Suomen fysioterapeutit 2014). Opinnäytetyön toiminnallinen osuus perustuu suunnitelmaan ja tehty työ raportoidaan vaatimusten edellyttämällä tavalla. Vaikka toiminnallinen opinnäytetyö ei ole tutkimus, vaan kehittämistoimintaa, tässä kappaleessa puhutaan yleisesti tutkimuksesta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta.)

Opinnäytetyöhön kuuluvaa Unitaidot-ryhmää oli tarkoitus pitää kymmenen kertaa viiden sijasta, mutta tutkimuslupaprosessi Helsingin kaupungilta otti oletettua enemmän aikaa. Tutkimuslupahakemusta täydennettiin tietosuojalomakkeella ja vaikutustenarviointilomakkeella, koska käsiteltiin niin kutsuttuja erityisiä henkilötietoryhmiä (Helsingin kaupunki 2021b). Kyselylomakkeelle ryhmän osallistuja voivat vastata arkaluonteisia terveystietojaan, joten vaikutustenarviointilomake oli tarpeen ja allekirjoitus suostumuslomakkeelle on henkilötieto, joka vaatii aina tietosuojalomakkeen EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen ja sitä täydentävän tietosuojalain (1050/2018) nojalla. Vaikutustenarvioinnissa tutkimuksesta vastaavat henkilöt arvioivat henkilötietojen käsittelyä, mahdollisia riskejä sekä tarvittavia toimenpiteitä, joilla riskeihin puututaan (Tietosuojavaltuutetun toimisto).

Opinnäytetyötä varten myönnettiin tutkimuslupa 1.3.2021 alkaen. Ryhmäläisten suostumus pyydettiin kirjallisena suostumuslomakkeelle. Suostumuslomakkeella pyydetään eettisten periaatteiden mukaisesti osallistujien tietoon perustuva suostumus. Suostumuslomakkeella kerrottiin osallistujan oikeudesta peruuttaa suostumuksensa milloin vain, eikä sen kuulu vaikuttaa osallistujan oikeuteen jatkaa ryhmässä. Näin varmistetaan osallistumisen vapaaehtoisuus. (Jyväskylän yliopisto 2021.)

Tutkimusluvan ehtojen mukaisesti sähköinen tutkimusraportti toimitetaan sosiaali- ja terveystoimialan käyttöön. Valmis tutkimus on henkilökunnan käytettävissä sosiaali- ja terveystoimialan intrasivuilla. Avoimen tieteen ja tutkimuksen käytäntöjen mukaisesti opinnäytetyö on julkista tietoa, joka julkaistaan Theseus-tietokannassa.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene Ry:n (2018, 6) mukaan opinnäytetyö on ennen kaikkea opiskelijan oppimisprosessi, joka kehittää opiskelijan asiantuntijuutta ja työelämätaitoja. Toiminnallinen opinnäytetyöprosessi syvensi ammatillista osaamista psykofyysiseen fysioterapiaa, kehitti tiedonhakutaitoja ja tiedon hyödyntämistä sekä tuki ammatillista kehitystä. Tutkimuslupahakemus liitteineen osoittautui yllättävän monivaiheiseksi ja aikaa vieväksi prosessiksi, joka toisaalta syvensi ymmärrystä tutkimusta koskevaan lainsäädäntöön.

### 9.3 Kehittämisehdotukset

Unitaidot-ryhmä toteutui viisi kertaa, viikon välein, suunnitellun kymmenen kerran sijaan. Tämän vuoksi ryhmäkertojen sisältöjä tiivistettiin, jotta tärkeimmät teemat saatiin esiteltä. Ryhmän harjoitteet olivat suurimmalle osalle osallistujista uusia. Tämän vuoksi ryhmäkertoja tulisikin olla kymmenen, jotta osallistujilla on mahdollisuus sisäistää ryhmässä opitut asiat paremmin.

Yhden ryhmäkerran kesto oli yksi tunti ja 30 minuuttia. Jatkossa sopiva aika voisi olla yksi tunti ja 15 minuuttia, koska Unitaidot-ryhmästä saadun kokemuksen mukaan tämä riitti suunnitellun sisällön läpikäymiseen.

Vallitseva koronaepidemiatilanne vaikutti ryhmäkokoon. Ryhmään oli mahdollista ottaa vain viisi osallistujaa, vaikka tavallisesti toimeksiantajan ryhmissä on keskimäärin kymmenen osallistujaa. Ryhmän pieni koko tuki ryhmäytymistä. Lisäksi ryhmäytymistä edisti osallistujien jakama yhteinen ongelma, unettomuus. Osallistujat jakoivat ryhmässä toisilleen vinkkejään hyviksi havaitusta keinoista unettomuusongelman hoidossa. Toisaalta monilla mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkailta on toimeksiantajan mukaan toisinaan haasteita hoitoon sitoutumisessa, joka näkyi myös Unitaidot-ryhmässä. Joinain kertoina paikalle saapui vain yksi osallistuja. Suuremmassa kymmenen osallistujan ryhmässä yksittäisten osallistujien poissaolot eivät välttämättä olisi vaikuttaneet ryhmädynamiikkaan yhtä paljon kuin pienemmässä ryhmässä. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaiden ja potilaiden ryhmään sitoutuminen voisi olla tarpeellinen jatkotutkimuksen aihe.

Yksi sitoutumista lisäävä keino voisi olla yksilökäynti ryhmän ohjaajan kanssa ennen varsinaisen ryhmän alkua. Sillä voidaan rakentaa luottamuksen ja turvallisuuden tunnetta, mikä todennäköisesti lisää ryhmään sitoutumista. Yksilökäynnillä ohjaaja pääsee tutustumaan ryhmäläiseen ennalta, joka helpottaa yksilöllisten tarpeiden huomioimista ryhmänohjaustilanteessa.

Tulevaisuudessa osallistujat hyötyisivät oppaasta, johon on koottu ryhmässä opittuja psykofyysisiä keinoja unettomuuden hoitoon. Lisäksi olisi kiinnostavaa tutkia näiden keinojen vaikuttavuutta osallistujien unettomuuteen.

## 10 Lähteet

- Airaksinen, T. 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö tekstinä. Viitattu 3.5.2021. Saatavissa: <https://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-ont-tekstina-2010>
- Arene. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorienneuvosto. Viitattu 9.5.2021. Saatavissa: [http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene\\_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?\\_t=1526903222](http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?_t=1526903222)
- Coelho, S. 2020. Does an acupuncture mat work? Medical News Today. Viitattu 7.4.2021. Saatavissa: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/acupressure-mat>
- Eron K., Kohnert L., Watters A., Logan C., Weisner-Rose M. & Mehler P.S. 2020. Weighted Blanket Use. A Systematic Review. Tutkimusartikkeli. American Journal of Occupational Therapy 74. Viitattu 17.4.2020. Saatavissa: <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.037358>
- Fjorback, LO., Arendt, M., Ørnbøl, E., Fink, P. & Walach, H. 2011, 'Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy - a systematic review of randomized controlled trials', Acta Psychiatrica Scandinavica 124(2). Viitattu 16.5.2021. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21534932/>
- Froloff, L. 2015. Masennuksen paikka aivoissa. Yle. Viitattu: 3.5.2021. Saatavissa: <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2008/11/04/masennuksen-paikka-aivoissa>
- Gard, G. & Skjaerven, L. 2018. From biomedical to more biopsychosocial models in physiotherapy in mental health. M. Probst & L.H. Skjaerven (Toim.) Physiotherapy in mental health and psychiatry: A scientific and clinical based approach. Edinburgh: Elsevier.
- Helsingin kaupunki. Psykofyysinen fysioterapia (Fysioterapia ja liikuntapalvelut). Viitattu 25.4.2021. Saatavissa: <https://www.hel.fi/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/hallinto/palvelut/palvelukuvaus?id=3458>
- Helsingin kaupunki 2020. Mielenterveys- ja päihdepalvelut terveysasemilla. Viitattu 25.4.2020. Saatavissa: <https://www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/terveysasemat/>
- Helsingin kaupunki 2021a. Psykiatrian poliklinikat. Viitattu 25.4.2021. Saatavissa: <https://www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/psykiatriset-palvelut/poliklinikat/>
- Helsingin kaupunki 2021b. Tutkimusluvut. Viitattu 28.5.2021. Saatavissa: <https://www.hel.fi/sote/fi/paatoksenteko/tutkimus/tutkimusluvut/tutkimusluvut>

Härkönen, U., Matinheikki-Kokko, K., Muhonen, M. & Sipari, S. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kelan tutkimus. Työpapereita 97/2016. Kela. Viitattu: 22.3.2021. Saatavissa:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164282/Tyopapereita97.pdf?sequence=1>

Härmä M. & Sallinen M. 2000. Univaje terveystriskinä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim Nro 20/ 2000. Viitattu 3.5.2021. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo91829>

Jyväskylän yliopisto 2021. Lausuntopyyntö liite. Viitattu 27.5.2021. Saatavilla: <https://www.jyu.fi/fi/tutkimus/tutkimuspalvelut/tutkimushallinto/tutkimusetiikan-tukipalvelut/ihmistieteiden-eettinen-toimikunta/tee-lausuntopyynto/lausuntopyynto-liitteet/tutkittavien-osallistumissuostumuslomake>

Järnefelt, H. 2017. Psykologiset hoitomuodot tehoavat unettomuuteen. Lääkärilehti. Nro 12/2017. Viitattu 11.12.2020. Saatavissa: [https://www.researchgate.net/publication/316627374\\_Psykologiset\\_hoitomuodot\\_tehoavat\\_unettomuuteen](https://www.researchgate.net/publication/316627374_Psykologiset_hoitomuodot_tehoavat_unettomuuteen)

Järnefelt H., Akila R., Hirvonen A., Hyvärinen H-K., Kajaste S., Keskinen U., Lagerstedt R., Leivategija T., Lindholm H., Rosenström E., Sallinen M., Savolainen A., Virkkala J., Vuori M. & Hublin C. 2011. Unettomuuden arviointi ja hoito työterveyshuollossa. Tutkimushankkeen n:o 108332 loppuraportti Työsuojelurahastolle. Työympäristötutkimuksen raporttisarja nro 59. Työterveyslaitos: Helsinki. Viitattu 4.5.2021. Saatavissa:

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134977/Unettomuuden%20arviointi%20ja%20hoito%20ty%C3%B6terveyshuollossa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kajaste, S. 2015a. Unettomuutta selittäviä teoreettisia malleja. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu: 4.5.2021. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix02230>

Kajaste, S. 2015b. Unettomuushäiriön kehittyminen. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 21.2.2021. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix02231>

Kauranen, K. 2018. Fysioterapeutin käsikirja. Helsinki. Sanoma Pro.

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

Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Nro 20/2013. Viitattu: 4.5.2021. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo11273>

Korpi, E. 2018. Ahdistuneisuus ja unihäiriöt. Teoksessa Ruskoaho, H., Hakkola, J., Huupponen, R., Kantele, A., Korpi, E., Moilanen, E., Piepponen, P., Savontaus, E., Tenhunen, O. & Vähäkangas, K. (Toim.) Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 11.3.2021. Saatavissa: [https://www.oppiportti.fi/op/lft00119/do?p\\_haku=ahdistuneisuus#q=ahdistuneisuus](https://www.oppiportti.fi/op/lft00119/do?p_haku=ahdistuneisuus#q=ahdistuneisuus)

Malmström T., Leskelä R.-L., Lindh M., Kajova M., Niemelä P., Rissanen A. & Salmisaari T. 2018. Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus – tieto muutostyön tukena. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 7/2018. Valtioneuvoston kanslia 2018. Viitattu 10.5.2021. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160569/7-2018-Kuntoutusjarjestelman%20kokonaisuudistus.pdf>

Martin, M. 2019. Ryhmätoiminta voimavarana. Teoksessa Kunttu, K., Komulainen, A., Makkonen, K. & Pynnönen, P. (toim) Opiskeluterveys. Kustannus oy Duodecim. Viitattu 22.5.2021. Saatavissa: [https://www.oppiportti.fi/op/ote00036/do?p\\_haku=ryhmaterapia#q=ryhmaterapia](https://www.oppiportti.fi/op/ote00036/do?p_haku=ryhmaterapia#q=ryhmaterapia)

Martin, M., Seppä M., Lehtinen, P. & Törö. T. 2014. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere. Mediapinta.

Mattila A S. 2018. Stressi. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 3.5.2021. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00976>

Melartin, T. 2015. Masennus vaikuttaa aivojen toimintaan ja rakenteeseen. Masennus. Oikealla hoidolla toimintakykyinen arki. Oy H. Lundbeck.Ab. Viitattu 3.5.2021. Saatavissa: <https://masennusinfo.fi/masennus/masennus-vaikuttaa-aivojen-toimintaan-ja-rakenteeseen/>

Melartin, T. & Isometsä, E. 2009. Miksi ihminen masentuu? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Nro 16/2009. Viitattu: 3.5.2021. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo98252>

Mielenterveystalo.fi. Unettomuuden kognitiivinen noidankehä. Viitattu 20.3.2021. Saatavissa:[https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/unettomuuden\\_omahoito/Pages/unettomuuden\\_omahoito\\_1\\_mita\\_unetto\\_muus\\_on.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/unettomuuden_omahoito/Pages/unettomuuden_omahoito_1_mita_unetto_muus_on.aspx)

Morin, C. M., Rodrigue, S., & Ivers, H. 2003. Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosomatic Medicine*, 65(2). Viitattu 3.5.2021. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12651993/>

Myllyviita, K. 2020. Häpeän hoito. E-kirja. Duodecim. BookBeat.

Ogden, P. & Fisher J. 2016. Sensomotorinen psykoterapia. Keinoja trauman ja kiintymyssuhdevaurioiden hoitoon. Traumaterapiakeskus Ry.

Paalumäki, A. & Vähämäki, M. 2020. Havainnointi organisaatiotutkimuksessa. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (Toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. E-kirja. Gaudeamus. BookBeat.

Partinen, M. & Huutoniemi, A. 2017. Alkoholi ja Uni. A-Klinikasäätiö. Viitattu 23.2.2021. Saatavissa: <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholi-ja-uni>

Partinen, M. & Huutoniemi, A. 2019. Uniterveyskirja: Nuku hyvin, voi hyvin. E-kirja. Docendo. BookBeat.

Partinen, M. & Huutoniemi, A. 2020. Nuku hyvin. E-kirja. Docendo. BookBeat.

Partonen T. 2011. Uniongelmat mielenterveydenhäiriöiden riskitekijöinä ja oireena. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine Nro. 48/2011 Viitattu 10.5.2021. Saatavissa:

[https://thl.fi/documents/974282/1449788/Partonen\\_Timo\\_Uniongelmat+mielenterveyden.pdf/11b28b36-afbb-4b72-843b-d76db5fed8a5](https://thl.fi/documents/974282/1449788/Partonen_Timo_Uniongelmat+mielenterveyden.pdf/11b28b36-afbb-4b72-843b-d76db5fed8a5)

Partonen, T. 2017. Unettomuus ja masennus. Teoksessa Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M. & Tuulari, J. (Toim.) Masennus. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 3.5.2021. Saatavissa: <https://www.oppoportti.fi/op/msn00053/do>

Partonen, T. 2021. Unettomuus. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 23.4.2021. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00534>

Partonen, T. & Lauerma, H. 2019. Unettomuus. Teoksessa Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M. & Partonen, T. (Toim.) Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 3.5.2021. Saatavissa: [www.oppoportti.fi/op/pkr01406](http://www.oppoportti.fi/op/pkr01406)

Partonen, T., Tuisku, K., Nikolakaros G. & Partinen M. 2020. Mistä unettomuushäiriössä on kyse? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2020/ Nro.136. Viitattu 4.5.2021. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15894.pdf>

Peltoniemi, T. & Stammeier, J. 2020. Tärkein aivohermosi saattaa olla avain kehosi ja mielesi terveyteen. Yle. Viitattu 8.4.2021. Saatavissa: <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2020/12/12/tarkein-aivohermosi-on-avain-kehosi-ja-mielesi-terveyteen-voit-herattaa-sen-jo>

Pesonen, U. 2018. Teoksessa Ruskoaho, H., Hakkola, J., Huupponen, R., Kantele, A., Korpi, E., Moilanen, E., Piepponen, P., Savontaus, E., Tenhunen, O. & Vähäkangas, K. (Toim.) Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 11.3.2021. Saatavissa:

[https://www.oppiporssi.fi/op/lft00213/do?p\\_haku=suoliston%20hermosto#q=suoliston%20hermosto](https://www.oppiporssi.fi/op/lft00213/do?p_haku=suoliston%20hermosto#q=suoliston%20hermosto)

Pihl S. & Aronen, A-M. 2020. Unentaidot. Löydä uni ilman lääkkeitä. E-kirja. Duodecim. BookBeat.

Piepponen, P. 2018. Teoksessa Ruskoaho, H., Hakkola, J., Huupponen, R., Kantele, A., Korpi, E., Moilanen, E., Piepponen, P., Savontaus, E., Tenhunen, O. & Vähäkangas, K. (Toim.) Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 22.3.2021. Saatavissa:

[https://www.oppiporssi.fi/op/lft00011/do?p\\_haku=autonominen%20hermosto#q=autonominen%20hermosto](https://www.oppiporssi.fi/op/lft00011/do?p_haku=autonominen%20hermosto#q=autonominen%20hermosto)

Pietikäinen, A. 2021. Täydelliset tunnetaidot. Riku Siivosen täydellinen elämä – podcast. Jakso 11. Yle Areena. Viitattu 16.5.2021. Saatavissa: <https://areena.yle.fi/audio/1-50760507>

Pietilä, J., Helander, E., Korhonen, I., Myllymäki, T., Kujala, U. & Lindholm, H. 2018. Acute Effect of Alcohol Intake on Cardiovascular Autonomic Regulation During the First Hours of Sleep in a Large Real-World Sample of Finnish Employees: Observational Study. *MIR Mental Health* 2018/ Vol 5 No 1. Viitattu 22.4.2021. Saatavissa: <https://mental.jmir.org/2018/1/e23>

Probst, M. & Skjaerven, L. 2018. Introduction to physiotherapy in mental health and psychiatry. M. Probst & L.H. Skjaerven (Toim.) *Physiotherapy in mental health and psychiatry: A scientific and clinical based approach*. Edinburgh: Elsevier

Pryce, C. R., & Fuchs, E. 2017. Editorial: Stressors in animals and humans-practical issues and limitations. *Neurobiology of Stress* 2017/ Vol 6 No 1. Viitattu 3.5.2021. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5314438/>

Riemann D., Baglioni C., Bassetti C., Bjorvatn B., Dolenc Groselj L., Ellis J-G., Espie C-A., Garcia-Borreguero D., Gjerstad M., Gonçalves M., Hertenstein E., Jansson-Fröjmark M., Jennum P-J., Leger D., Nissen C., Parrino L., Paunio T., Pevernagie D., Verbraecken J., Weeß H-G., Wichniak A., Zavalko I., Arnardottir E-S., Deleanu O-C., Strazisar B., Zoetmulder M. & Spiegelhalder K. 2017. European guideline for the diagnosis and treatment

of insomnia. Tutkimusartikkeli. Journal of Sleep Research 2017/ Vol 26 No 6. Viitattu 29.4.2021. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28875581/>

Salminen, M. 2015. Autonominen hermosto. Teoksessa Sariola, H., Frilander, M., Heino, T., Jernvall, J., Partanen, J., Sainio, K., Salminen, M., Thesleff, i. & Wartiovaara, K. (toim.) Kehitysbiologia. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 20.3.2021. Saatavissa: [https://www.oppiportti.fi/op/kbi00075/do?p\\_haku=autonominen%20hermosto#q=autonominen%20hermosto](https://www.oppiportti.fi/op/kbi00075/do?p_haku=autonominen%20hermosto#q=autonominen%20hermosto)

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Viitattu 21.4.2020. Saatavissa: [julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf](http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf)

Sand, O., Sjaastad, Ö., Haug, E., Bjälle, J. & Toverund, K. 2016. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. 8-13. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Skjaerven, L.H., Parker, A.R., & Mattsson, M. 2018. Group therapeutic factors for use in physiotherapy in mental health: A core in group physiotherapy. In M. Probst & L.H. Skjaerven (Toim.): Physiotherapy in mental health and psychiatry: A scientific and clinical based approach. Edinburgh: Elsevier.

Soinila, S. 2014. Ääreishermoston rakenne. Teoksessa Soinila, S. & Kaste, M. (Toim.) Neurologia. Duodecim. Oppiportti. Viitattu: 20.3.2021. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/neu00182/do>

Soinila, S. 2015. Kliininen neuroanatomia; johdanto. Teoksessa Soinila, S. & Kaste, M. (toim.) Neurologia. Duodecim. Oppiportti. Viitattu 19.3.2021. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/neu00001/do>

Suomen Fysioterapeutit. 2014. Fysioterapeuttien eettiset ohjeet. Viitattu 20.5.2021. Saatavissa: [https://www.suomenfysioterapeutit.fi/wp-content/uploads/2018/01/Fysioterapeutin\\_Eettiset\\_Ohjeet\\_2014.pdf](https://www.suomenfysioterapeutit.fi/wp-content/uploads/2018/01/Fysioterapeutin_Eettiset_Ohjeet_2014.pdf)

Suomen mielenterveys. Rentoutuminen palauttaa voimia. Viitattu: 7.4.2021. Saatavissa: <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/hyvinvointi/rentoutuminen-palauttaa-voimia>

THL. Uni. Viitattu 20.2.2021. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/uni>

Tietosuojalaki 1050/2018. Saatavissa: <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20181050>

Tietosuojavaltuutetun toimisto. Vaikutustenarviointi. Viitattu 27.5.2021. Saatavissa: <https://tietosuoja.fi/vaikutustenarviointi>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Viitattu 20.5.2021. Saatavissa: <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>

Unettomuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Viitattu 20.2.2021. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50067#K1>

Viinamäki, H., Lehto, SM., Palvimo JJ., Harvima I., Valkonen-Korhonen M., Koivumaa-Honkanen H., Hintikka J., Honkalampi K. & Niskanen L. 2012. Glukokortikoidien yhteys masennuksen syntyyn ja oirekuvaan. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Nro 10/2012. Viitattu 3.5.2021. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo10282>

Wang, X., Li, P., Pan, C., Dai, L., Wu, Y. & Deng, Y. 2019. The Effect of Mind-Body Therapies on Insomnia: A systematic Review and Meta-analysis. Viitattu 20.1.2021. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30894878/>

## Liite 1. Suostumuslomake

### Suostumusasiakirja

Osallistut Helsingin kaupungin psykiatrian ja päihdepalveluiden fysioterapia- ja liikuntapalveluiden tiloissa järjestettävään Unitaidot-ryhmään. Ryhmä kokoontuu yhteensä viisi kertaa 3.3.2021- 31.3.2021. Ryhmä on osa toiminnallista opinnäytetyötä, jota tekevät ryhmän ohjaajat Tea Ahonen ja Elina Niinivirta LAB-ammattikorkeakoulusta.

Aineistot käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömästi, ja niitä säilytetään lukollisessa kaapissa osaston tiloissa, kunnes ne on saatettu raportoitavaan muotoon. Aineiston käsittelyvaiheessa kaikki tunnistetiedot on poistettu. Henkilötiedot pysyvät anonyymeinä läpi koko prosessin, henkilötietoja tai nimiä ei kerätä edes aineistonkeruuvaiheessa. Mitään tietoja osallistujista ei luovuteta eteenpäin.

Keräämme tietoa kyselylomakkeella ja havainnoimalla ryhmää tuntien aikana. Havainnointia käytämme työkaluna, jonka pohjalta pyrimme kehittämään ryhmää jokaisen kerran jälkeen. Osallistujat vastaavat ryhmän ensimmäisellä ja viimeisellä tapaamiskerralla avoimiin kysymyksiin, jotka liittyvät unettomuuteen ja siitä aiheutuvaan haittaan. Lomakkeisiin vastataan paperille kirjoittaen, anonyymisti.

Kerätty, taltioitu tieto hävitetään asianmukaisella tavalla Helsingin kaupungin ohjeiden mukaisesti, kun tiedot on saatettu raportoitavaa muotoon. Valmis raportti on luettavissa Theseus-tietokannasta sen valmistuttua osoitteesta: <https://www.theseus.fi/>.

Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoisesta ja sen voi keskeyttää koska tahansa. Unitaidot-ryhmään voi siis osallistua, vaikka ei haluaisi olla osana projektia. Keskeyttäminen ei ole esteenä ryhmässä jatkamiselle, mutta ilmoitathan asiasta ohjaajille.

Tietojen säilytyksestä ja hävityksestä vastaavat:

Tea Ahonen, puh. 0419210223; [Tea.Ahonen@student.lab.fi](mailto:Tea.Ahonen@student.lab.fi)  
Elina Niinivirta, puh. 0504656750; [Elina.Niinivirta@student.lab.fi](mailto:Elina.Niinivirta@student.lab.fi)

Helsingissä 1.3.2021

Annan suostumukseni osallistumisesta opinnäytetyöhön:

---

## Liite 2. Alkutietolomake

### **Lämpimästi tervetuloa Unitaidot-ryhmään!**

Ryhmässä keskitytään erityisesti unettomuuteen liittyvän ahdistuksen helpottamiseen ja haetaan lääkkeettömiä keinoja unettomuuden hoitoon. Ryhmä kokoontuu keskiviikkoisin klo. 10:30- 12:00 yhteensä 5 kertaa. Ryhmään ilmoittautuminen on sitova. Jos et pääse paikalle, peruutukset fysioterapian toimiston numeroon: **09 310 65646**.

Ryhmässä opetellaan kuuntelemaan omaa kehoa ja sitä kautta rentoutumaan arjessa. Kehon rentouttamista harjoitellaan päivällä, jotta se onnistuu myös nukkumaan mentäessä. Muista, että vaikka et saisikaan unta, kyky rentouttaa ja rauhoittaa kehosi ja mielesi tuottaa melkein samoja terveysvaikutuksia kuin nukkuminen. Voit siis jättää huolehtimisen siitä, että unettomuus vaikuttaa haitallisesti terveyteesi.

Unitaidot-ryhmän ovat suunnitelleet LAB ammattikorkeakoulun fysioterapiaopiskelijat Tea Ahonen ja Elina Niinivirta osana lopputyötään. He toimivat myös ryhmän ohjaajina. Lopputyön tarkoituksena on hakea keinoja unettomuuden hoitoon. Ryhmä on täysin luottamuksellinen ja osallistujien anonymiteetti säilyy läpi prosessin.

### **Ryhmä kokoontuu:**

**Ke 3.3.2021 klo. 10.30-12.00**

**ke 10.3.2021 klo. 10.30-12.00**

**ke 17.3.2021 klo. 10.30-12.00**

**ke 24.3.2021 klo. 10.30-12.00**

**ke 31.3.2021 klo. 10.30-12.00**

## Liite 3. Kyselylomake

### Kyselylomake

1. Mitkä asiat tällä hetkellä vaikuttavat uniongelmaasi?

2. Miten unettomuus vaikuttaa arkeesi?

3. Kuinka huolestunut / ahdistunut olet tämänhetkisen uniongelmasi vuoksi?

En ollenkaan    0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10    Erittäin paljon

4. Mitä toivoisit ryhmältä? (Vapaa sana)

## Liite 4. Tutkimuslupapäätös



**Helsingin kaupunki**  
 Sosiaali- ja terveystoimiala  
 Terveys- ja päihdepalvelut -palvelukokonaisuus  
 Psykiatria- ja päihdepalvelut

**Pöytäkirjanote**

1 (3)

01.03.2021

Psykiatria- ja päihdepalvelujen johtaja



**10 §**  
**Tutkimuslupa tutkimukseen "Ryhmämuotoisen psykofyysisen fysioterapian keinoja unettomuuden hoitoon"**

HEL 2021-001737 T 13 02 01

**Päätös**

Psykiatria- ja päihdepalvelujen johtaja myönsi tutkimusluvan Elina Nii-nivirran tutkimukselle "Ryhmämuotoisen psykofyysisen fysioterapian keinoja unettomuuden hoitoon" (amk). Yhteyshenkilö on osastonhoitaja Leena Slup. Tutkimuslupa on voimassa 31.12.2021 saakka.

Tutkimuslupaan sovelletaan seuraavia ehtoja:

Tutkimusraportista ei saa olla tunnistettavissa tutkimukseen osallistuneita henkilöitä.

Tutkimuksesta ei tule koitua kustannuksia sosiaali- ja terveystoimelle.

Tutkija sitoutuu noudattamaan EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen, tietosuoja-lain 1050/2018 sekä muun voimassa olevan lainsäädännön tutkijalle asettamia vaatimuksia.

Tutkija saapuu pyydettyä maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia Helsingin sosiaali- ja terveystoimeen.

Sähköinen tutkimusraportti tai sen osoite toimitetaan sosiaali- ja terveystoimialan käyttöön osoitteella: tutkimusluvut.sote@hel.fi. Valmiit tutkimukset ovat henkilökunnan käytettävissä sosiaali- ja terveystoimen intrasivuilla.

**Päätöksen perustelut**

Opinnäytetyön tavoitteena on ryhmämuotoisen Unitaidot-ryhmän kehittäminen. Toiminnallinen opinnäytetyö keskittyy esittelemään erilaisia lääkkeettömiä hoitokeinoja unettomuuteen ja siihen liittyvän ahdistuksen hallintaan. Ryhmässä (n. viisi osallistujaa) käytetään psykofyysisen

**Postiosoite**  
 PL 6000  
 00099 HELSINGIN KAUPUNKI  
 sosiaaliterveys@hel.fi

**Käyntiosoite**  
 Toinen linja 4 A  
 Helsinki 53  
 www.hel.fi/sote

**Puhelin**  
 +358 9 310 5015  
**Faksi**  
 +358 9 310 42504

**Y-tunnus**  
 0201256-6

**Tilinro**  
 FI1880001200052430  
**Alv.nro**  
 FI02012566

Liite 4 jatkuu...

**Helsingin kaupunki**

Sosiaali- ja terveystoimiala  
Terveys- ja päihdepalvelut -palvelukokonaisuus  
Psykiatria- ja päihdepalvelut

**Pöytäkirjanote**

01.03.2021

2 (3)

Psykiatria- ja päihdepalvelujen johtaja

fysioterapian keinoja. Ryhmiin osallistujat rekrytoidaan yhteyshenkilön kautta. Osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistujat allekirjoittavat kirjallisen suostumuksen. Osallistujia havainnoidaan ja heiltä kysytään kirjallista palautetta ryhmistä. Kyselyissä ei kysytä henkilötietoja. Opin- näytetyön aineisto säilytetään lukitussa tilassa ja hävitetään opinnäyte- työn valmistuttua.

Sosiaali- ja terveyslautakunnan päätöksen 8.5.2018 § 134 mukaan so- siaalihuollon asiakirjojen ja terveydenhuollon potilasasiakirjojen anta- misesta päättää psykiatria- ja päihdepalvelujen johtaja (psykiatria- ja päihdepalveluja koskevat tutkimusluvut).

## Lisätiedot

Taija Puranen, erityissuunnittelija, puhelin: 310 21352  
taija.puranen(a)hel.fi

**Liitteet**

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Tutkimuslupahakemus  |
| 2 | Tutkimuslupahakemus, tutkimussuunitelma  |
| 3 | Tutkimuslupahakemus, liite, infokirje  |
| 4 | Tutkimuslupahakemus, liite, suostumusasiakirja   |
| 5 | Tutkimuslupahakemus 16.2.2021, täydennys 21.2.2021, liitteet, tieto-<br>suojailmoitus ym |
| 6 | Tutkimuslupahakemus 16.2.2021, täydennys 21.2.2021                                       |

**Muutoksenhaku**

Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja terveyslautakunta

**Otteet**

<b>Ote</b>	<b>Otteen liitteet</b>
Hakija	Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja terveys- lautakunta
Yhteyshenkilö	Liite 1 Liite 2 Liite 3 Liite 4 Liite 5 Liite 6

Pöytäkirjanote on lähetetty asianosaiselle 1.3.2021.

Mikko Tamminen

**Postiosoite**  
PL 6000  
00099 HELSINGIN KAUPUNKI  
sosiaaliterveys@hel.fi

**Käyntiosoite**  
Toinen linja 4 A  
Helsinki 53  
www.hel.fi/sote

**Puhelin**  
+358 9 310 5015  
**Faksi**  
+358 9 310 42504

**Y-tunnus**  
0201256-6

**Tilinro**  
FI1880001200052430  
**Alv.nro**  
FI02012566

Liite 4 jatkuu...



**Helsingin kaupunki**

Sosiaali- ja terveystoimiala  
Terveys- ja päihdepalvelut -palvelukokonaisuus  
Psykiatria- ja päihdepalvelut

**Pöytäkirjanote**

01.03.2021

3 (3)

Psykiatria- ja päihdepalvelujen johtaja

psykiatria- ja päihdepalvelujen  
johtaja

---

**Postiosoite**  
PL 6000  
00099 HELSINGIN KAUPUNKI  
sosiaaliterveys@hel.fi

**Käyntiosoite**  
Toinen linja 4 A  
Helsinki 53  
www.hel.fi/sote

**Puhelin**  
+358 9 310 5015  
**Faksi**  
+358 9 310 42504

**Y-tunnus**  
0201256-6

**Tilinro**  
FI1880001200052430  
**Alv.nro**  
FI02012566