

UNIHÄIRIÖINEN POTILAS SAIRAANHOITAJAN VASTAANOTOLLA

Tarkistuslista Hyvinkään terveyskeskuksen sairaanhoitajan vastaanotolle

Toiminnallinen opinnäytetyö



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö
Visamäki, hoitotyö

syksy, 2018

Nina Knuutila
Anne Nyfors

Hoitotyön koulutus
Visamäki

Tekijä	Nina Knuuttila & Anne Nyfors	Vuosi 2018
Työn nimi	Unihäiriöinen potilas sairaanhoitajan vastaanotolla	
Työn ohjaajat	Marika Ahonen & Anne Suvitie	

TIIVISTELMÄ

Unella on selkeä yhteys ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen. Nyky-yhteiskuntaa on luonnehdittu univajeiseksi ja nykypäivän työelämän vaatimukset pitkiin ja epäsäännöllisiin työaikoihin edesauttavat unihäiriöiden lisääntymistä. Liian usein unihäiriöinen potilas saa vain unilääkereseptin sen sijaan, että hänen kokonaistilannettaan lähdettäisiin perusteellisemmin kartoittamaan. Kun unettomuuden hoito aloitetaan riittävän nopeasti, estetään sillä unettomuuden kroonistuminen.

Opinnäytetyö oli luonteeltaan toiminnallinen ja sen tavoitteena oli antaa tietoa unihäiriöön vaikuttavista tekijöistä sekä unettomuuden lääkkeettömistä hoitokeinoista. Toiminnallisen opinnäytetyön produktina tuotettiin yhtenäinen tarkistuslista unihäiriöisen potilaan vastaanottotilanteeseen Hyvinkään Kaupungin perusterveydenhuollon sairaanhoitajan vastaanotolle. Tarkistuslista tuli tärkeäksi osaksi isompaa kokonaisuutta, unettoman potilaan hoitopolkua.

Työn teoriaosuudessa avattiin keskeiset käsitteet tutkittuun tietoon ja luotettaviin lähteisiin sekä kirjallisuuteen pohjautuen. Opinnäytetyön teoriaosuuden tavoite oli auttaa sairaanhoitajaa tunnistamaan unihäiriö ja siihen altistavat tekijät sekä saamaan tukea hoitopäätöksiin ohjatessaan potilasta itsehoitoon ja unettomuuden lääkkeettömään hoitovaihtoehtoon. Tarkistuslistan tarkoitus on yhtenäistää sairaanhoitajien vastaanoton toimintamalli unettoman potilaan alkukartoituksen tekemiseksi sekä hänen tilanteeseensa sopivan, laadukkaan ja asianmukaisen hoidon suunnittelemiseksi.

Avainsanat Uni, unihäiriö, unettomuus, unenhuolto, unettomuuden lääkkeetön hoito

Sivut 63 sivua, joista liitteitä 13 sivua

Degree Programme in Nursing
Visamäki

Author	Nina Knuutila & Anne Nyfors	Year 2018
Subject	Sleep Disorder Patient in Nurse Practice	
Supervisors	Marika Ahonen & Anne Suvitie	

ABSTRACT

Sleep has a clear link to human well-being and health. Today's society has been characterized as sleepy and the demands of today's working life for long and irregular working hours contribute to the increase in sleep disorders. Too often patient with a sleep disorder receives just a sleeping pill prescription instead of taking into consideration patient's comprehensive situation. When the treatment of insomnia is started early enough it will prevent insomnia to become chronic.

The thesis was made as a practice based thesis and its purpose was to provide information on affecting factors of the insomnia and its non-pharmacological treatments. The aim of the practice based part was to produce uniform checklist for the nurses who work in Health care center in Hyvinkää. The checklist became an important part of the bigger entity of the sleep disorder patient's treatment path.

In the theoretical part of the study key concepts based on reliable sources and literature were opened. The purpose of the thesis was to help the nurses identify a patient who has a sleeping disorder and understand the reasons which predispose to insomnia. The theoretical part also helped the nurse to make treatment decision and guide the patients themselves to the self-care and give non-medicated treatments options. The aim of the checklist is to make unified working model among the nurses when they are doing early research to the patient with sleeplessness and when they are planning good quality and proper treatment to them.

Keywords sleep, sleep disorder, insomnia, sleep maintenance, non-medicated treatment of insomnia

Pages 63 pages including appendices 13 pages

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	4
3 UNI ILMIÖNÄ.....	5
3.1 Uni	5
3.2 Unen yhteys terveyteen	7
3.3 Unen luontaiset säätelymekanismit.....	9
3.4 Unen vaiheet	12
4 UNIHÄIRIÖ	15
4.1 Primaarinen unettomuus ja sen eri muodot.....	15
4.2 Uni—valverytmin häiriöitä ja muita unettomuutta aiheuttavat tekijät	18
5 UNENHUOLTO.....	20
5.1 Nukkumistottumukset ja nukkumisympäristö	21
5.2 Ravinto, päihteet, lääkkeet ja liikunta.....	24
5.3 Unenhuollon lääkkeettömät menetelmät	26
6 UNIHÄIRIÖN ERI KARTOITUS MENETELMÄ	31
7 OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	32
7.1 Suunnittelu	33
7.2 Tiedon haku	34
7.3 Toteutus.....	38
8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	39
9 POHDINTA.....	40
LÄHTEET.....	45

Liitteet

Liite 1	Esitiedot
Liite 2	Unihäiriöisen potilaan hoidontarpeenarviointi puhelinkontaktissa
Liite 3	UniVäsy kysely
Liite 4	VAS (unettomuus ja päiväaikainen viereys)
Liite 5	Unettomuuden haitta-asteen arvio
Liite 6	Uni-Valve päiväkirja
Liite 7	Unikysely lomake aikuiselle

1 JOHDANTO

Uni on elämälle ja ihmisen palautumiselle välttämätöntä. Nukkuminen on ihmisen perustarve ja se on elimistön normaalia toimintaa. (Partinen & Huovinen, 2007, s. 19) Nukkumisaikaa, jonka jokainen tarvitsee tunteakseen itsensä ja olonsa riittävän virkeäksi kohtaamaan seuraavan päivän haasteet, kutsutaan unen tarpeeksi. Unen tarve on meillä jokaisella erilainen. Unen tarve on yksilöllinen ja siihen vaikuttavat monet seikat. (Partinen & Huutoniemi, 2015, s. 33.) Unen tarve eli unipaine kertyy valveilla olon aikana (Järnefelt & Hublin, 2012a, s. 8).

Unen määrä muuttuu ja vaihtelee ihmisen elämänkaaren aikana. Vauvana nukutaan jopa 18 tuntia vuorokaudessa ja unirakenteen ja unirytmien muutoksien jälkeen ikääntymisen seurauksena nukkuminen vähenee. (Phil & Aronen, 2015, s. 15) Tutkimukset osoittavat, että pitkään jatkuva unen puute on ihmisen terveydelle vaarallista, koska elimistön puolustusmekanismi heikkenee. Ihmistä ei myöskään pysty loputtomasti valvottamaan, vaan hän nukahtaa ennen pitkää. Tutkimuseettisesti ei ole oikein tehdä ihmisen valvottamiskokeita, mutta muutamia tutkimuksia tiedetään, jossa ihmisen pisin valveilla olo jakso on ollut 11 vuorokautta, jonka jälkeen terveys on pettänyt. (Partinen & Huovinen, 2007, s. 18)

Kun mietitään unen ja nukkumisen merkitystä, pitää muistaa evoluutiobiologinen lähestymistapa ja yksi sen keskeisimmistä lähtöajatuksista, että lajin yleisten ominaisuuksien periytyminen on edesauttanut lajin selviytymiseen ja menestymiseen maapallolla. Kulttuurinen evoluutio on rajusti muokannut viimeisen 300 vuoden aikana meidän toimintaympäristöä ja tällä vaikuttanut meidän uni-valverytmiin. Nyky-yhteiskunnassa panostus 24/7 työtahtiin johtaa väijäämättä ihmisen hyvinvoinnin epäedullisiin seurauksiin, kuten pitkittyneen stressin kautta unettomuuteen. (Kajaste & Markkula, 2015, s. 15–20) Tilapäinen unettomuus vaivaa lähes jokaista ihmistä jossain elämän vaiheessa (Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2018). Suomalaisista noin 5–12 % sairastuu pitkäaikaiseen unettomuuteen (Uniklinikka n.d). Unettomuutta sairastavasta aikuisesta 62% :lla on jokin mielenterveyden häiriö, 12 %:lla on unihäiriö, joka ilmenee unettomuutena ja 25 % on terveitä (Thl, n.d).

Unihäiriö voi esiintyä unettomuutena tai fyysisenä oireena. Yleisin unihäiriö on unettomuus (Phil & Aronen, 2012, s. 25; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018). Rajasimme tämän työn käsittelemään unettomuutta, koska muut unihäiriöt vaativat aina lääkärin kannanoton. Unettomuutta määrittäessä tärkein kriteeri on se, että ihminen itse kokee unettomuutta ja se haittaa hänen

toimintakykyä valveilla ollessa jollain lailla. Unettomuus määritellään vaikeudeksi nukahtaa, liian lyhyeksi unen määräksi tai laaduksi. (Kajaste & Markkula, 2015, s. 61; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018) Tilapäinen unettomuus kuuluu normaaliin elämään. Jos unettomuuden hoitoon paneudutaan tarpeeksi nopeasti, voidaan sillä ehkäistä pitkäaikaista unettomuutta. Pitkäaikaisessa unettomuudessa syyt eivät ole yksiselitteisiä, siihen vaikuttavat ihmisen persoonallisuus, elämäntilanne ja tavat. Kyse on monen asian summasta. (Järnefelt, 2012, s. 36; Hublin & Lagersted, 2012a, s. 20; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018)

Unettomuutta potevan potilaan tullessa ensimmäisen kerran sairaanhoitajan vastaanotolle, tulee hänen kanssaan selvittää unettomuuden aiheuttamat vaikutukset terveyteen ja valveilla oloajan toimintakykyyn (Hublin & Lagerstedt, 2012a, s. 21–22). Myös yksilölliset syyt tulee kartoittaa, kuten unettomuudelle altistavat tekijät, laukaisevat tekijät ja ylläpitävät tekijät. Näiden tekijöiden vaikutus unettomuuteen vaikuttavaa yksilöllisesti ja muuttuu ajan kuluessa. (Järnefelt, 2012, s. 36) Usein näihin eri tekijöihin liittyy ihmisen ylivireys, tapa reagoida asioihin voimakkaasti, jännitys ja tapa kehittää toimintatapoja, jotka estävät hyvän nukkumisen (Järnefelt, 2012, s. 36; Phil & Aronen, 2012, s. 26). Unettoman potilaan tutkimiseen kuuluvat potilaan oireet, elämäntottumukset, tavat ja tottumukset, perussairaudet, lääkitykset, fysiologiset mitaukset. Mikäli sairaanhoitajan vastaanotolla ilmenee oireita, joita ei voi hoitaa pelkästään unenhuollolla tai itsehoito keinoilla, niin potilaalle tulee varata aika lääkärin vastaanotolle, jossa lääkäri tekee laaja-alaisen oireiden kartoituksen ja oireita mahdollisesti aiheuttavien sairauksien toteamisen. (Hublin & Lagerstedt, 2012a, s. 23–27)

Pitkään jatkuessa unettomuus vaikuttaa haitallisesti terveyteen ja toimintakykyyn. Unettomuus voi altistaa somaattisille ja psyykkisille sairauksille. Unettomuuden on todettu olevan yhteydessä sydän- ja verisuonisairauksiin, depression, itsemurhiin, infekti- ja onnettomuusalttiuteen, pitkäaikaisiin kipuihin, ikääntyneiden kognition heikkenemiseen ja kaatumisiin. Unettomuuden on todettu lisäävän kuolleisuutta sekä nostavan riskiä joutua työkyvyttömyyseläkkeelle etenkin, jos unettomuuden lisäksi ihminen sairastaa masennusta. Unilääkkeiden käytön on todettu vaikuttavan ihmisen toimintakykyyn vielä 10 h niiden ottamisen jälkeen ja niiden käytön on todettu suurentavan liikenneonnettomuusriskiä. (Partinen & Huovinen, 2007, s. 19–26; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018)

Uni ja unettomuus ovat nyky-yhteiskunnassa ajankohtainen aihe ja niillä on myös kansanterveydellistä merkitystä. Kohtaamme usein vastaanotoillamme unihäiriöisiä potilaita, eikä työpaikallamme ole toistaiseksi yhtenäistä toimintamallia, eikä hoitopolkua heidän hoidontarpeen arviointia varten tai hoitosuunnitelman tekemiseksi. Hyvinkään terveyskeskuksessa on ollut meneillään

VESOTE-hankkeen koulutusohjelma, jonka osa-alueena on uni. Koulutusylilääkärin tekemän jaon perusteella unettomuuden hoitopolut jaettiin lääkkeettömään hoitoon ja lääkkeitä vieroittavaan hoitoon.

Tämä opinnäytetyö on toteutettu toiminnallisena opinnäytetyönä. Työn tavoitteena oli tuoda hoitajien tietoon unihäiriöön vaikuttavia asioita sekä unettomuuden lääkkeettömiä hoitokeinoja. Työn tarkoituksen oli kehittää tarkastuslista sairaanhoitajan vastaanotolle. Terveydenhuoltolaki (2010/1326) 8§ velvoittaa, että terveydenhuollon toiminta on oltava laadukasta, asianmukaisesti toteutettua ja näyttöön perustuvaa ja sen toiminnan tulee koskettaa kaikkia terveydenhuollon työntekijöitä. Teoriaosuuteen pohjautuvan tarkastuslistan tavoite on taata unihäiriöisen potilaan laadukas ja tasavertainen hoito. Opinnäytetyön tuotos, tarkastuslista, toimii osana isompaa kokonaisuutta, unettoman potilaan lääkkeetöntä hoitopolkua.

Sairaanhoitajina kiinnostuksemme heräsi luoda yhtenäinen tarkistuslista osaksi unettoman potilaan hoitopolkua. Lääkkeetön hoitomuoto on Käypä hoito suositusten mukaan näyttöön perustuvaa ja siihen mihin ensisijaisesti tulee pyrkiä. Olemme suorittaneet sairaanhoitajille suunnatun rajatun lääkkeenmäärämisen erikoistumisopinnot ja opiskelun aikana syvensimme tietoa, miten uneen vaikuttavat lääkkeet vaikuttavat ihmiseen farmakodynaamisesti ja farmokokineettisesti. Unettomuuden hoitoon käytettävät lääkkeet aiheuttavat lukuisia sivuvaikutuksia ja yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa. Unettomuuden hoitoon käytettäviin lääkeaineisiin saattaa muodostua lääkeriippuvuus ja toleranssi kasvaa ja annoksia joudutaan suurentamaan, jotta teho säilyisi. Koska ihmisten elämäntilanteen hallinta ei ole pelkästään lääketieteen ongelma, ei sen hoitaminenkaan voi olla pelkästään lääketieteellinen lääkkeen määrääminen.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda hoitajien tietoon unihäiriöön vaikuttavia asioita sekä unettomuuden lääkkeettömiä hoitokeinoja. Työn tarkoituksena oli kehittää uusi käytännön toimintaa yhtenäistävä tarkistuslista unihäiriöisen potilaan kohtaamiseen Hyvinkään terveyskeskuksen sairaanhoitajan vastaanotolla. Lähtökohta on unihäiriöisen potilaan ongelmien kartoittaminen tarkistuslistan avulla ja hoitosuunnitelman tekeminen ja hoitaminen ensisijaisesti lääkkeettömillä vaihtoehtoilla. Lääkkeettömät vaihtoehdot ovat esimerkiksi elintapoihin vaikuttaminen, erilaiset rentoutumismenetelmät tai terapiat.

Opinnäytetyön ohjaavana tekijänä oli terveyskeskuksessa meneillään oleva VESOTE-projekti. VESOTE-hanke on sosiaali- ja terveysministeriön kärkihanke ja sitä hallinnoi UKK-instituutti. Hankkeessa on mukana 10 sairaanhoitopiiriä ja muun muassa Diabetesliitto ja Helsingin Uniklinikka. (UKK-instituutti 2018, Sosiaali- ja terveysministeriö, n.d) VESOTE-hankkeen tavoite on tuottaa laadukasta ja vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuollossa, hyödyntäen jo olemassa olevia moniammatillisia käytänteitä ja kolmatta sektoria. Tavoitteeseen pääsemisen keinoja ovat hoitoketjujen vahvistaminen ja verkostoituminen. Sekä koulutukset ammattilaisille, joissa käydään läpi elintapaohjausta liikunnasta, ravitsemuksesta ja unettomuuden lääkkeettömästä hoidosta. Kehittämistoimenpiteiden tuotoksena syntyy virtuaalinen elintapaohjauksen poliklinikka, missä on ammattilaiselle työkaluja ja menetelmiä elintapaohjaukseen. (UKK-instituutti, 2018)

Projektin yhtenä osa-alueena on uni. Unihäiriöisen potilaan hoitopolkua ei ole aikaisemmin Hyvinkään terveyskeskuksen vastaanotto toimintaan tehty ja VESOTE-projektin myötä tähän nousi mainio tilaisuus ja selkeä tarve työyhteisöstä. Koulutusylilääkärin jaon perusteella projektin uniosio jaettiin unettomuuden lääkkeettömään hoitoon ja lääkkeistä vieroittavaan hoitoon. Koska sairaanhoitajina teemme puhelinkontaktissa hoidontarpeenarviointia vastaanottotyön lisäksi, oli luontevaa valita yhtenäisen tarkistuslistan tekeminen unettoman potilaan hoitopolkuun. Unilääkkeistä vieroittamisen hoitopolun tekeminen jäi lääkäripainotteisen työryhmän tehtäväksi.

Opinnäytetyön toiminnallisen osuuden tuotoksena olevan tarkistuslistan pääpaino ei ole tutkitun tiedon esittelyssä vaan konkreettisesta työelämä tahon tarpeita vastaavassa toiminnan kehittämisessä. Työn teoreettiseen viitekehykseen pohjautuen teimme tarkistuslistan sairaanhoitajalle vastaanoton tueksi unihäiriöisen potilaan kohtaamiseen ja hänen laadukkaan hoidon suunnittelua varten.

Opinnäytetyön ja tarkistuslistan luomisessa noudatettiin Hoitotyön tutkimussäätiön näyttöön perustuvan toiminnan periaatteita. Työn teoreettiseen

osuuteen käytimme luotettavia, asiaan liittyviä tutkimustietoja, vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitosuosituksia. (Hotus, n.d.) Teoriaosuutta varten avasimme työn ydinkäsitteet uni ilmiönä, unen fysiologiset vaikutukset, unihäiriöt ja sen eri ilmenemismuodot, unen huollon ja sen merkityksen lääkkeettömässä hoidossa.

Teoriaosuuden sisällössä sekä tarkistuslistan suunnittelussa olemme myös käyttäneet omaa 30 vuoden kokemustietoa ja ammattitaitoa sairaanhoitajan työstä sekä erikoispätevyttämme rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen pohjalta. Hoitotyön tutkimussäätiön näyttöön perustuva toimintaan pohjautuen tavoitteemme yhtenäistävällä tarkistuslistalla oli taata unihäiriöiselle potilaalle hyvä ja tasalaatuinen hoito sekä pyrkiä estämään sellaisten hoitomenetelmien käyttö, joista potilas ei hyödy tai niistä on jopa hänelle haittaa. Yhtenäisellä käytännöllä pyritään takaamaan myös se, että potilas pääsee sellaiseen hoitoon, jonka tehokkuus on tutkimuksella osoitettu. Kun käytännöt ovat yhtenäiset ja näyttöön perustuvaa, on yksittäisellä työntekijällä paras mahdollisuus saada päätöksen tekemisensä tukemiseksi paras mahdollinen tutkimustieto ja sen hyödyntäminen. (Hotus, n.d.)

3 UNI ILMIÖNÄ

Uni on elämälle ja ihmisen palautumiselle välttämätöntä ja se on elimistön normaalia toimintaa (Partinen & Huovinen, 2007, s. 19). Nukkumisaikaa, jonka jokainen tarvitsee tunteakseen itsensä ja olonsa riittävän virkeäksi kohtamaan seuraavan päivän haasteet, kutsutaan unen tarpeeksi. Unen tarve on meillä jokaisella erilainen ja yksilöllinen ja siihen vaikuttavat monet seikat. (Partinen & Huutoniemi, 2015, s. 33) Tässä kappaleessa tarkastellaan mitä uni on ja mikä on unen merkitys ihmiselle sekä unta sääteleviä mekanismeja.

3.1 Uni

Uni ja nukkuminen on edelleen tutkijoille arvoitus, eikä täydellisesti vielä tiedetä, miksi me nukumme ja mikä on täsmällinen unen merkitys elimistölle. Se mitä tiedetään, on että meidän täytyy nukkua, jotta voisimme elää. Unen yksi tärkeimmistä tehtävistä on hermoston toimintakyvyn ylläpitäminen (Wigren & Stenberg, 2015, s. 151). Aivot tarvitsevat unta, mielellään säännöllistä yöunta, jotta ne voivat toimia normaalisti (Partinen & Huovinen, 2007, s. 18–19). Ihmisen nukkuessa kyky lähettää ja vastaanottaa viestejä ympäröivästä maailmasta on voimakkaasti alentunut.

Vaikka nukkuessamme pääsemme irti kuormittavista ajatuksista ja kuvainnolliseksi sanottuna yhteys ympäristöön katkeaa, se ei tarkoita sitä, että aivo-

toimintamme loppuisi unen aikana. Päinvastoin, unen aikana aivot toimivat aktiivisesti. Aivot käsittelevät ja lajittelevat tietoa tapahtuneista ja opituista asioita. (Stenberg, 2007, s. 14—17; Paunio & Porkka-Heiskanen, 2008, s. 695; Wigren & Stenberg, 2015, s. 151)

Partisen ja muiden unitutkijoiden mukaan unella on aivoja elvyttävä vaikutus ja energiavarastoja täydentävä vaikutus. Unen aikana aivot latautuvat ja virkistyvät ja koko elimistö toipuu päivän rasituksista. Syvän unen aikana eri aivo alueiden aineenvaihdunta kiihtyy, jonka seurauksena valveaikana kertyneet kuona-aineet poistuvat aivoista. Aivojen aineenvaihdunnasta huolehtii glymfaattinen järjestelmä, joka on pelkistetysti sanottuna aivo-selkäydinnesteen sisäänvirtausta, akvaporinikanavien toimintaa ja soluvälitilanesteen ulosvirtausta. (Partinen, 2007, s. 19; Wigren & Stenberg, 2015; Huutoniemi, 2015, s. 7—10; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018; Sallinen, 2013, s. 2253; Paunio & Tuisku & Korhonen, 2015, s. 55)

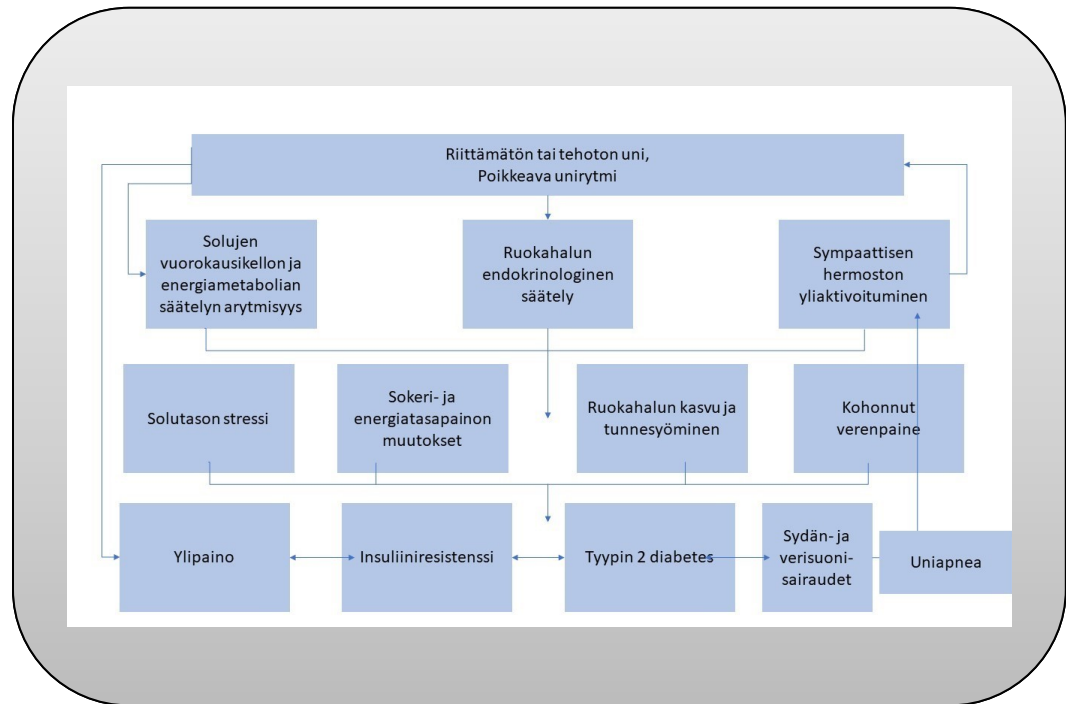
Unen aikana myös muistijäljet aktivoituvat uudelleen ja niitä analysoidaan, jonka jälkeen uskotaan muistijälkien siirtyvän lyhytkestoisesta muistista pitkäkestoiseen muistiin. Uni tukee ja vahvistaa valveajan oppimisen oppimisjälkiä ja muistijälkiä. Unen aikana raivataan lisää tilaa uusien asioiden oppimiselle. (Partinen, 2007, s. 19; Wigren & Stenberg, 2015; Huutoniemi, 2015, s. 7—10; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018; Sallinen, 2013, s. 2253; Paunio & Tuisku & Korhonen, 2015, s. 55) Sanonta ”Yöllä ihminen lataa akkujaan” perustuu unen aikaiseen aivojen glykokeenivarastojen täyttymiseen. Partisen ja Huovisen mukaan ihmiskehon kokonaispainosta aivot ovat vain noin kolme prosenttia, mutta käyttävät 20—25 prosenttia kokonaisenergiasta. (Partinen & Huovinen, 2011, s. 53)

Unen aikana elimistössä tapahtuu monenlaisia muutoksia; verenpaine ja kehon lämpötila laskevat, hengitys hidastuu, pulssi harvenee ja lihakset rentoutuvat. Aivokuoren sähkötoiminta hidastuu, hormonien ja välittäjäaineiden määrä muuttuu. Sympaattinen hermosto vähentää toimintaansa, kun taas parasympaattinen hermosto aktivoituu. (Stenberg, 2015, s. 25—26) Nukkuessa myös soluvauriot korjaantuvat ja aivosolujen välille muodostuu uusia kytköksiä sekä energian kulutuksen minimoimiseksi turhat ja tarpeettomat kytkökset katkeavat. Tämä prosessi on merkityksellinen oppimisen ja muistin kannalta. Kuume ja tulehdustila voi myös parantua unen aikana, koska aivot antavat käskyjä elimistölle korjata päivän aikana mahdollisesti syntyneet hapetusvauriot luonnonmukaisesti. Yksi parhaimmista antioksidanteista on uni. (Partinen, 2007, s. 10—11; Sallinen, 2013, s. 2253—2254; Wigren & Stenberg, 2015)

3.2 Unen yhteys terveyteen

Näkökulma, joka parhaiten avaa unen merkitystä, on tarkastella sitä, millaisia haittoja liian vähäinen uni aiheuttaa elimistölle (Partinen, 2007, s. 19). Unen merkitys elimistölle tulee ymmärtää ja uniongelmat tulee osata tunnistaa varhaisessa vaiheessa, jotta unihäiriöisen potilaan asianmukainen hoito ei viivästyisi (Paunio & Porkka-Heiskanen, 2008; Paunio ym. 2015). On tärkeää, että nukumme hyvää unta, sillä pitkään jatkunut univaje vaikuttaa muun muassa mielialan laskemiseen, keskittymiskyvyn heikkenemiseen ja onnettomuusrisien kasvuun. Pitkittänyt univajeen on myös huomattu heikentävän elimistön puolustusmekanismeja ja vastustuskykyä. (Partinen & Huovinen, 2007, s. 19–26) Unen puute altistaa myös metabolisille sairauksille, 2 tyypin diabetekselle, keskivartalolihavuudelle, rasva-aineenvaihdunnan häiriöille ja kohonneelle verenpaineelle (Haaramo, 2014, s. 12; Paunio & Porkka-Heiskanen, 2008, s.698; Paunio & Tuisku & Korhonen, 2015, s. 55; Ollila, H. & Kronholm, E. & Paunio, T. 2011) ja vakavimpia liitännäisvaikutteita on suurentunut riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin ja aivoveritulppaan (Partinen & Huovinen, 2007, s. 19–26; Ollila ym. 2011).

Jos unen pituus poikkeaa 7–8 tunnista tai vuorokausirytmä on poikkeava, riski sairastua aineenvaihdunta sairauksiin on suurentunut. Epäsäännöllinen ja vaihteleva vuorokausirytmä siirtää valon saantia ja syömistottumuksia ilta- ja yöuniksi. Iltaruokailu johtaa ylipainon kehittymiseen, joka taas omalta osaltaan heikentää glukoosinsietoa ja lisää insuliiniresistenssiä. Edellä mainittujen lisäksi, jos potilaalla on poikkeavat rasva-arvot ja kohonnut verenpaine puhutaan metabolisesta oireyhtymästä (MBO). Hoitamaton insuliiniresistenssi johtaa tyypin 2 diabeteksen, mutta MBO:lla on katsottu olevan yhteyksiä myös Alzheimerin tautiin, masennukseen sekä uniapneaan. Metabolinen oireyhtymä on myös yksi sydän- ja verisuonitautien riskitekijä. Kuviossa 1 havainnollistetaan unen laadun ja poikkeavan vuorokausirytmän vaikutuksia elimistön toimintaan. (Ollila ym., 2011; Aho, 2016, 11, 21)



Kuvio 1. Vapaasti muotoiltu kuvio unihäiriön vaikutus elimistön toimintaan (Suomen Lääkärilehti, 36/2011, s. 2574).

Aineenvaihduntasairauksille on tyypillistä nostaa tulehdusmerkkiaineita, kuten CRP:tä (c-reaktiivinen proteeiini) ja IL:ja (interleukiinit). Vastaavasti muutokset tulehdusparametreissa on mahdollisesti sen mekanismin osatekijä, jolla univaje voidaan liittää metaboliseen oireyhtymään ja muihin aineenvaihduntasairauksiin. Uni- ja vuorokausirytm'i ovat tiivis pari ja metabolisen oireyhtymän yhteys niihin ei ole pelkästään yksisuuntainen. Aineenvaihdunnan häiriöiden aiheuttamat kiputilat tai masennus aiheuttavat unihäiriöitä ja vastaavasti heikentävät unen laatua ja määrää. Unella on keskeinen merkitys niin somaattisiin kuin psykiatriisiinkin sairauksiin ja unen puutteella on vaikutusta stressiin ja stressiin liittyvien sairauksien synnyssä. (Ollila ym. 2011; Paunio & Porkka-Heiskanen, 2008; Paunio ym. 2015; Aho, 2016)

Nyky-yhteiskunnan ympärivuorokautisesti toimiva yhteiskunta on johtanut ihmisten stressin lisääntymiseen. Fysiologinen stressireaktion osa on vireys tason lisääntyminen, jolloin saadaan valppautta ja reaktiivisuutta niitä vaativiin tilanteisiin. Vireys tason vaihteluihin osallistuu useampi välittäjäaine, hormonit ja niiden hajoamistuotteet. Stressireaktiosta toivutaan unen avulla. Pitkäaikaisessa stressitilassa aivojen vireyttä ja valvetilaa ylläpitävien molekyylien

määrä pysyy suurena, jolloin unta edistävät molekyylit eivät pysty unta lisäämään. Tällöin päädytään krooniseen stressiin ja siitä aiheutuneeseen vähäiseen uneen ja vaikeuteen pysyä unessa. Pitkittynyt stressi onkin yksi tärkeimmistä unihäiriöihin johtaneista syistä, varsinkin työikäisillä. (Paunio & Porkka-Heiskanen, 2008, s. 696)

Univajeella on kytköksiä myös psyykkisiin sairauksiin. Unella ja psyykkisillä sairauksilla on keskenään vastavuoroinen vaikutus. Osittain unen puute altistaa psyyken sairauksille ja toisaalta kaikkiin psyykkisiin sairauksiin liittyy unen muutoksia. Unitutkimuksissa yleisimmin ja pysyvimmin nousee esiin unen ja mielialan yhteys. Yhden valvotun yön jälkeen mieliala on jo alavireinen. Unen heikolla laadulla on todettu olevan vaikutusta myöhemmin todettavaan masennukseen ja sen myötä jopa työkyvyttömyyseläkkeelle joutumiselle. (Haaramo, 2014, s.12; Paunio & Porkka-Heiskanen, 2008; Paunio ym. 2015)

Depressiopotilailla on todettu unen rakenteellisia muutoksia ja nukahtamisen vaikeutta. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan uniongelmat liittyvät uni-valverytmin häiriintymiseen ja heidän hoitoonsa käytetyt lääkeaineet vaikuttavat sirkadiaanisen rytmiin. Skitsofreniapotilailla unihäiriöt ovat tyypillisemmin nukahtamisen vaikeuksia ja yöllisiä heräämisiä. Persoonallisuus- ja ahdistuneisuushäiriö potilailla syvän unen määrä on lisääntynyt ja heillä saattaa olla myös nukahtamisvaikeuksia tai yöllisiä paniikkikohtauksia. Traumaattisen elämäntapahtuman pitkittyessä ahdistuneisuusoireilu voi johtaa traumaperäiseen stressiin, jolloin painajaisunet vahvistavat elimistön vireystilaa ja siten häiritsevät nukkumista. (Paunio & Porkka-Heiskanen, 2008; Paunio ym. 2015)

3.3 Unen luontaiset säätelymekanismit

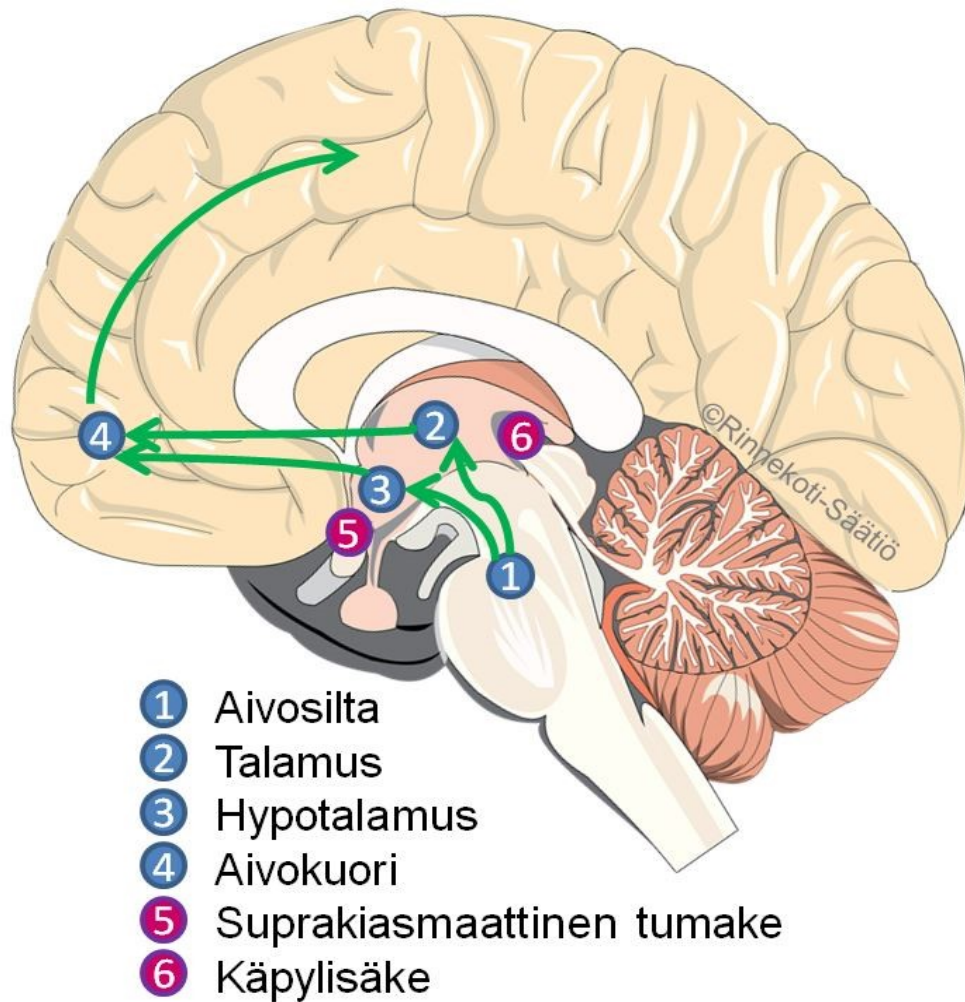
Erilaiset rytmit ohjaavat ja rytmittävät elämäämme. Aivojemme pohjaosassa, näköhermoristin yläpuolella, sijaitseva pikkuruinen soluryhmä, jota kutsutaan biologiseksi tai sisäiseksi kelloksemme, on tätä rytmiä ohjaava ja hallinnoiva tekijä. (Stenberg, 2007, s. 54; Partonen, 2015) Vuorokauden aikana ihmisen vireystila vaihtelee ja unen tarve on hyvin yksilöllinen. Unen tarpeeseen ja määrään vaikuttaa ikä, perimä ja aktiivisuus. On todettu, että ihminen nukkuu keskimäärin kolmasosan elämästään eli noin kahdeksan tuntia vuorokaudessa. (Partinen & Huovinen, 2007, s. 23) Unen luontaisiin säätelymekanismeihin kuuluvat homeostaattinen, sirkadiaaninen säätely ja vireystilan säätely (Vuorokausirythmi ja unen säätely: Käypä hoito -suositus 2015; Paunio & Porkka-Heiskanen, 2008, s. 695–696; Ollila ym. 2011).

Sisäinen kello eli suprakiasmaattinen tumake, SCN, ohjaa kehon monia eri prosesseja kuten esimerkiksi hormonieritystä, kuukautiskiertoa, kehon lämpöti-

laa, verenpainetta ja virtsantuotantoa, aineenvaihduntaa, solukiertoa ja immuunivastetta sekä vireystilaa ja uni jaksoja. Nämä toiminnot ovat kytköksissä sisäiseen vuorokausirytmiiimme. (Partonen, 2015; Kajaste & Markkula, 2015; Partonen & Stenberg, 2017; Jeding, 2011, s. 3; Porkka-Heiskanen & Stenberg, 2008; Paunio, ym. 2015, s. 55–56) Homeostaasilla Kajasteen ja Markkulan mukaan tarkoitetaan pyrkimystä tasapainotilan ylläpitämiseen elimistössä. Esimerkiksi jano havahduttaa meidät nestetasapainon korjaamiseen ja vähäisen nukkumisen seurauksena syntyneen univajeen elimistö pyrkii korjaamaan korvausunella. (Kajaste & Markkula, 2015, s. 26) Unen homeostaattisella säätelyllä tarkoitetaan valveilla olon ja unipaineen sopusuhtaista tasapainotilaa (Kajaste & Markkula, 2015, s. 27; Ollila ym. 2011). Unipaineella taas tarkoitetaan valveaikana kerättyä unen tarvetta. Mitä enemmän ihminen valvoo tai valveaikana kokee räsytystä, sitä enemmän unen tarve kasvaa. THL:n (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) mukaan on arvioitu, että 16–17 tunnin valveillaoloaika vaatii 7–8 tuntia unta, jotta uni–valve -rytmin homeostaattinen tasapaino säilyy. (Järnefelt & Hublin, 2012a, s. 8; Vuorokausirytmii ja unen säätely: Käypä hoito -suositus 2015; Ollila ym. 2011)

Yksi ihmisen tärkeimmistä rytmeistä on sirkadiaaninen rytmi. Sana tulee latinankielestä, jossa *circa* tarkoittaa noin ja *dies* tarkoittaa päivää. Tämä rytmi on aina säädelyt ja tulee aina säätelämään meidän elämäämme vaikuttamalla esimerkiksi siihen, milloin meillä on nälkä, mikä on kehomme lämpötila ja mikä on hormonien määrä ja taso verenkierrössämme, mutta kaikkein parhaiten rytmi näkyy tavoissamme nukkua. (Hedensjö, 2014, s. 42) Sirkadiaanisen säätelyn mukaan ihminen nukkuu yöllä ja valveaika osuu valoisaan päiväaikaan. Ihmisen sisäinen kello, eli suprakiasmaattinen tumake (SCN) säätelää sirkadiaanista rytmiä. Koska SCN säätelää muitakin sisäisiä kellojamme, tulee uni-valve-rytmin olla säännöllistä, jotta kaikki eri rytmit ja kellot toimivat synkronoidusti ja toisiaan tukien. (Järnefelt & Hublin, 2012a, s. 9; Vuorokausirytmii ja unen säätely: Käypä hoito -suositus 2015; Paunio, ym. 2015, s. 56; Ollila ym. 2011)

Valo on keskuskellomme tahdistuksen lähde. Valo siirtyy silmän retinohypotalaamisen radaston kautta verkkokalvolta suprakiasmaattiseen tumakkeeseen ja sieltä tiettyjen välivaiheiden kautta käpylisäkkeeseen. Käpylisäke, joka on pimeä- eli unihormonin, melatoniinin tuotantolaitos, signaalin saadessaan jarruttaa melatoniinin tuotantoa. (Kajaste & Markkula, 2015, s. 24; Paunio & Porkka-Heiskanen, 2008) Kuvassa 2 on merkitty univalverytmin säätelyyn osallistuvien tärkeiden alueiden sijainnit aivoissa ja vihreällä nuolella on kuvattu heräämiseen liittyvää tiedonsiirtoa eri aivoalueiden välillä.



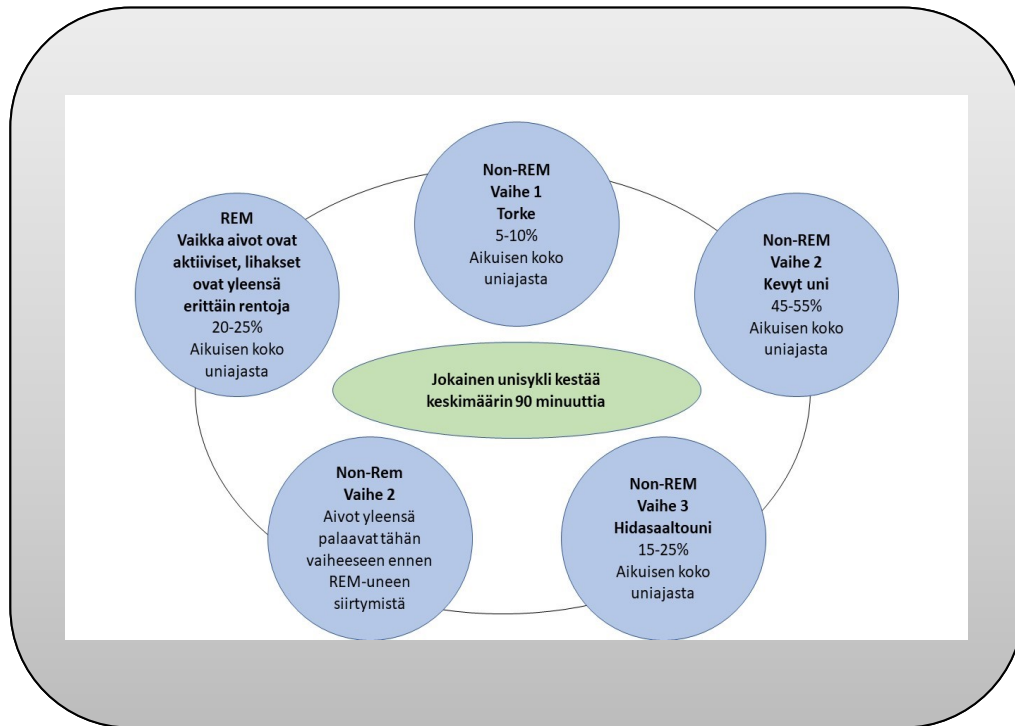
Kuva 1. Uni-valverytmin rytmittäjät (Rinnekoti-Säätiö, n.d.).

Melatoniinin tarkoitus on viestiä elimistölle yön pituus. Pimeys piiskaa käpylisäkettä tuottamaan melatoniinia, jolloin ihmisen kehon lämpötila laskee ja viireystila laskee ja ihminen kokee itsensä väsyneeksi ja valmiiksi nukahtamaan. Stressihormonin eli kortisolin määrällä on myös huomattu olevan selkeä vuorokausirytmä. Kortisolin määrä on suurimmillaan aamuisin noin klo 06.00 ja siitä hormonin määrä verenkierrossa vähitellen vähenee ollen vähäisintä kello 24–03 välillä. Kello 06–09 aamupäivällä kortisolitasossa on huomattu olevan nopea ja selkeä nousu. Yksi tärkeimmistä kortisolin tehtävistä on tulehdusreaktioiden hillitseminen, mutta taas jatkuvasti liian suuri kortisolipitoisuus saattaa tuhota aivosoluja. Alkuyön syvän unen aikana kasvuhormonin erityis on suurimmillaan. Riittävän syvän unen saanti on edellytys lapsen fyysiselle kasvulle, mutta myös runsaasti treenaavat urheilijat tarvitsevat paljon unta. (Partinen & Huovinen, 2011, s. 65–72)

Ihmisen vireystilan säätelyjärjestelmä on monien eri mekanismien aikaan saamien uusien mekanismien vaikutuksia toinen toisiinsa. Valon ja muun muassa liikunnan lisäksi vireystilan säätelyyn osallistuu keskenään vuorovaikutuksessa olevat viisi keskeistä välittäjäainetta radastoa sekä niiden toimintaa hillitsevä GABA-välitteinen järjestelmä. Noradrenaliini-, serotoniini-, dopamiini-, histamiini- ja astetyylikoliinijärjestelmien ollessa aktiivisia, ihminen on valveilla ja samaan aikaan GABA-välitteiset toiminnot ovat vähäisiä. Säätelyjärjestelmien toiminnan ymmärtäminen on tärkeää unihäiriöiden lääkityksen kannalta. (Kajaste & Markkula, 2015, s. 32–33; Vuorokausirytmien ja unen säätely: Käypä hoito -suositus 2015; Porkka-Heiskanen & Stenberg, 2008) Unen ajoittuminen tiettyyn vuorokauden aikaan on noin puoliksi perimän määräämä ja yksilöllistä. Toiseen puoleen vaikuttaa ympäristön vaikutukset ja ikä. Puhutaan myös aamuihmisistä ja iltaihmisistä. Aamuihmiset heräävät aikaisin aamulla ja väsyvät aikaisin illalla, kun taas iltaihmiset valvovat iltaisin pitkään nukkuen myös aamuin pitkään. Ihmisten yksilöllinen nukkumisrytmi ja -tapa tulee ymmärtää unihäiriöiden selvittelyssä. (Partinen & Huovinen, 2007, s. 51)

3.4 Unen vaiheet

Uni ei ole läpi yön samanlaista, vaan se vaihtelee ja normaali uni koostuu univalverytmistä, jotka voidaan kuvailla vaiheittain. Näitä unen eri vaiheita ovat Rechtschaffen-Kalesin uniluokituksen mukaan REM -uni ja NREM-uni (non-REM-uni). Unisykli muodostuu eri univaiheiden läpikäymisestä ensimmäisen NREM-jakson alusta REM-unijakson loppuun. Unisykli toistuu siis normaalin nukkumisen aikana useasti. (Kajaste & Markkula, 2015, s. 22) NREM-uni eli ei-REM -uni, käsittää kolme eri unen syvyyttä, jotka ovat torke (S1/N1), kevyt uni (S2/N2) ja syvä uni (S3/S4/N3). REM -uni, jota myös kutsutaan vilkeuneksi tai paradoksaaliseksi uneksi, on täysin toisenlainen univaihe. (Kajaste & Markkula, 2015, s. 22) Kuvio 2 havainnollistaa unisykliä.



Kuvio 2. Vapaasti muotoiltu kuvio unisyklistä (Kahvi ja terveys, n.d.).

Ennen univaiheiden käynnistymistä on nukahdettava, johon yleensä kuluu noin 15 minuuttia. Tämän jälkeen seuraa viisi eri univaihetta. Normaalisti nukahtamista seuraa pinnallinen S1/N1 vaiheen kevyt uni, torke. Tämä vaihe kestää muutamista sekunneista muutama minuutteihin ja on hyvin kevyttä, pinnallista ja joskus ihminen ei edes koe nukkuvansa. Torke-unen tyypillinen piirre on hitaat aaltoilevat silmänliikkeet ja unet ovat lähinnä kuvia tai katkelmia ajatuksista. (Partinen & Huovinen, 2007, s. 36)

Muutaman minuutin kuluttua S1/N1 vaiheesta ihminen vaipuu 20 minuutiksi kevyeen S2/N2 uneen, jolloin nähdään jo heikkoja unia, lihasjännitys lievenee ja lihakset rentoutuvat (Partinen & Huovinen, 2007, s. 36). S3/N3/S4-vaihe seuraa kevyttä S2/N2-unta. 10 minuutin kestoisen S3/N3-unen aikana elimistössä tapahtuu fysiologisia muutoksia kuten pulssin hidastuminen, sekä verenpaineessa että kehon lämpötilassa huomataan laskua. S3/N3 syvän unen aikana nähtyjä unia ei muisteta. (Partinen & Huovinen, 2007, s. 36–37)

S4/N3-uni eli syvä-NREM-uni eli perusuni kestää arvioiden mukaan noin 55 minuuttia ja ihmisen herättäminen tässä vaiheessa on vaikeaa. Tässä unen vaiheessa ihmisen elintoiminnot alenevat edelleen ja ihminen nukkuu lähes liikkumatta ja hengittää hyvin tasaisesti sykkeen ollessa hyvin rauhallinen. Unia, joita mahdollisesti tässä vaiheessa nähdään, ei myöskään muisteta. (Partinen & Huovinen, 2007, s. 37)

Syvän unen vaiheet katsotaan olevan juuri sitä virkistäväntä ja elimistön aineenvaihduntaan ja palautumiseen vaikuttavaa unta. Syvän unen aikana aivot nukkuvat vaikka samaan aikaan tapahtuukin myös opiskeluun ja asioiden oppimiseen ja pitkäkestoiseen muistiin liittyviä tapahtumia eli painetaan asiat pysyvään muistiin. Syvän unen määrään vaikuttaa muun muassa valveajan fyysinen rasitus. (Partinen & Huovinen, 2007, s. 37—41; Sallinen, 2013)

Syvä-uni-vaiheen jälkeen on REM -unen vuoro. Lyhenne REM tulee englannin kielen sanoista Rapid Eye Movements eli nopeat silmänliikkeet. Tätä unta voidaan myös kutsua vilkeuneksi tai paradoksaaliseksi uneksi tai desynkronoiduksi uneksi sekä unen näkemisen vaiheeksi. REM -uni jakso alkaa noin 90 minuuttia nukahtamisesta ja unen kestoksi on arvioitu 10—15 minuuttia. REM -unta on todettu esiintyvän suhteellisesti enemmän aamuyöllä. (Partinen & Huovinen, 2007, s. 37—38)

REM -unen aikana aivokuori on yhtä aktiivinen kuin valveilla ollessa (Stenberg, 2007, s. 19) mutta poikkijuovaisten lihasten jänteisyys on alhaisimmillaan. Lihakset niskasta alaspäin ovat lamautuneet kuten halvauksessa, poikkeuksena tahdosta riippumattomat lihakset kuten esimerkiksi hengityslihakset. Myös ei-tahdonalaisen eli autonomisen hermoston säätelytoiminta ei toimi, mikä taas johtaa sydämen rytmin epäsäännöllisyyteen, verenpaineen heittelyyn, hengityksen epäsäännöllisyyteen sekä lämpötilan heittelemiseen. Tätä tilannetta, aamuöistä REM -unen jaksoa, on mietitty selitykseksi aamuöisiin sydänkuolemiin. (Stenberg, 2007, s. 26—27)

REM -unella on katsottu olevan myös tärkeä osa muistiin ja oppimiseen liittyvissä tapahtumissa. REM-jakson aikana taltioidaan opitut taidot, omaksutut tavat ja strategiat taitomuistiin eli proseduraaliseen muistiin. Myös tunne muisti liittyy REM-uneen ja tämän vuoksi REM-uni on tärkeä osa henkiseen elämään ja mielenterveyteen, joihin juurikin eloisien unien näkeminen liittyy. (Partinen & Huovinen, 2007, s. 38—40; Sallinen, 2013) REM-jakson aikana aivojen verenkierto on vilkkaampaa kuin NREM-unen aikana samoin myös aivojen hapenkulutus ja hiilidioksidin tuotto on suurempaa. Sekä naisilla että miehillä on todettu olevan REM -unen aikana seksuaalisia tuntemuksia. Voidaankin siis todeta, että REM -unijakso on aivojen kannalta hyvin aktiivista aikaa. (Partinen & Huovinen, 2007, s. 38)

Syvä-uni ja REM -uni siis vuorottelevat noin puolentoista tunnin välein neljästä viiteen kertaan yön aikana. Toisin sanoen REM -uni muuttuu mahdollisen lyhyen havahtumisen tai kevyen unen kautta jälleen S2/N2 / S3-uneksi. Normaalisti uni kevenee aamua kohden ja on täysin normaalia, että nukkuja havahtuu tai herää hetkellisesti, mutta jatkaa nukkumista ongelmitta. Aamulla nukkuja ei edes muista yöllisiä mikroheräämisiään. (Phil & Aronen, 2015, s. 18) Tutkimukset osoittavat, että yön ensimmäinen unisykli on noin 70—100 minuutin mittainen ja normaalisti tähän kohtaan sijoittuu myös ensimmäinen pisin,

20—40 minuutin, syvän unen jakso. Jos yöuni on normaalia, silloin lähes kaikki syvän unen jaksot sijoittuvat yön ensimmäiselle puoliskolle. Myöhemmät unisyklit ovat hieman pidempiä, 90—120 minuutin mittaisia. Tällöin siis REM-jaksot yön toisella puoliskolla pitenevät aamua kohden ja NREM-vaiheet muodostuvat pääsääntöisesti torkkeesta ja kevyestä unesta. (Kajaste & Markkula, 2015, s. 22) Prosentuaalisesti nukkuminen koostuu 5 % torkkeesta, suurin piirtein puolet, 50 %, on kevyttä unta ja noin 10-20 % on syvää unta. REM-unta on noin 20—25% nukkumastamme ajasta. (Kajaste & Markkula, 2015, s. 22)

4 UNIHÄIRIÖ

Monet eri syyt voivat häiritä herkästi untamme. Iän myötä syyt myös muuttuvat. Jos unettomuuden oireet jatkuvat pitkään ja toistuvat usein, aiheuttavat ne toimintakyvyn heikentymistä päivisin. Unettomuus voi esiintyä yöllisenä heräilyinä, liian aikaisena heräilyinä, uneliaisuutena, väsymyksenä tai liikauni suutena. (Partonen, 2014) Unettomuus voidaan määritellä primaarisesti tai sekundaarisesti. Välillä erotusdiagnostiikka voi olla vaikeaa, mikä on syy ja mikä on seuraus. Sekundaarinen unettomuus tarkoittaa jonkun ulkoisen tekijän tai sairauden aiheuttamaa unettomuutta. Primaarinen unettomuus on ei-elimellistä ja se voidaan jakaa kolmeen alatyyppeihin. Primaarinen unettomuus voi olla toiminnallista, paradoksaalista tai idiopaattista. (Partinen & Markkula & Kajaste, 2011, s. 266) Unihäiriö voi esiintyä muutenkin kuin unettomuutena, tällöin puhutaan uni—valverytmin häiriöstä, parasomniasta tai hyper somniasta (Kajaste & Markkula, 2015 s. 50). Tässä kappaleessa tarkastelemme lähemmin primaarista unettomuutta ja sen eri muotoja, uni-valverytmin häiriöitä, uniapneaa ja levottomia jalkoja.

4.1 Primaarinen unettomuus ja sen eri muodot

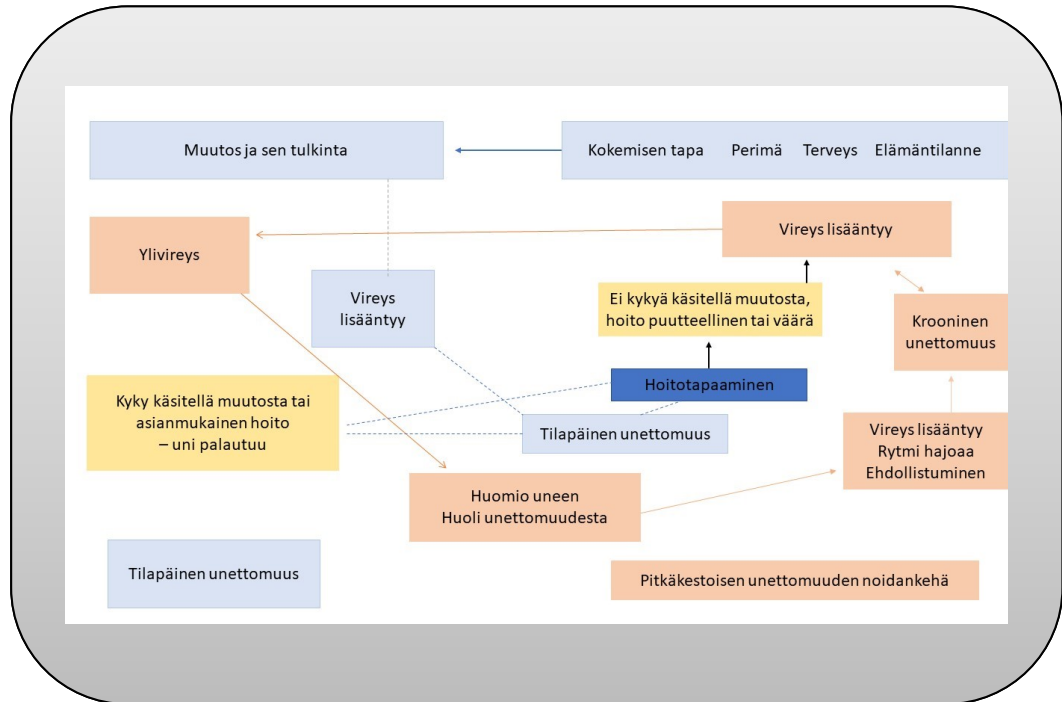
Partisen ym., (2011, s.267) mukaan primaarisen unettomuuden diagnostisia kriteerejä (DSM IV-/ICSD-2) on neljä.

1. Unihäiriö ilmenee nukahtamisvaikeutena, vaikeutena pysyä unessa tai virkistämättömänä yönä (non-resoratiivinen uni).
2. Unettomuutta on ollut vähintään kolmena yön viikossa vähintään kuukauden ajan.
3. Unen häiriintyminen (tai siihen liittyvä päiväaikainen uupumus/väsymys) aiheuttaa merkittävän haitan tai se vaikeuttaa merkittävästi selviytymistä arkielämän toiminnoissa.

4. Syynä ei ole ensisijaisesti mikään elimellinen eikä psykiatrinen sairaus, muu unihäiriö (uniapnea, levottomat jalat, tms.) eikä lääkkeiden tai muiden aineiden käyttö.

Primaarinen unettomuuden muotoja voivat olla sopeutumishäiriö, toiminnallinen eli psykofysiologinen unettomuus, idiopaattinen unettomuus, paradoksaalinen unettomuus eli unen virhearviointi ja unen huolenpidon ongelma. (Partinen, ym. 2011, s. 267). Sopeutumishäiriön eli tilapäisen unettomuuden laukaisee yleensä jokin tunne-elämään liittyvä ongelma, elämäntilanteessa tapahtunut muutos, johon ihminen reagoi tunteilla voimakkaasti ja nämä tunteet estävät unen tulon (Hublin, 2016; Kajaste & Markkula, 2015, s. 68–69; Partinen, ym. 2011, s. 267). Tällöin ihmisellä on yleensä määriteltävissä oleva stressitekijä, joka voi olla elinympäristön aiheuttama tai ihmissuhteista johtuva, psykologinen, psykososiaalinen tai fyysisten oireiden aiheuttama. Unettomuuden muoto ei ole kuitenkaan elimellinen. Unettomuus poistuu yleensä, kun stressitekijät poistuvat. Tilapäinen unettomuus esiintyy alle kolme kuukautta, yleensä päiviä tai viikkoja. (Kajaste & Markkula, 2015, s. 68–69; Partinen, ym. 2011, s. 267)

Unettomuus voi kehittyä toiminnalliseksi eli psykofysiologiseksi, lievän ahdistuksen ja jännityksen synnyttämän ylivireystilan takia, jossa unettomuus on luonnollinen reagoititapa elämäntilanteen muutokseen. (Hublin, 2016; Kajaste, 2015c). Unettomuus on yleensä opittua, ehdollistumisen aiheuttamaa (Partinen, ym. 2011, s. 267). Toiminnalliselle unettomuudelle altistavat persoonallisuuspiirteet, toimintatavat ja herkkäuniisuus (Hublin, 2016). Unettomuuden voi laukaista stressi tai ylimääräinen paine töissä tai vapaa ajalla ja ongelmiin voimakkaasti reagoiminen ja niiden käsittelemättä jättäminen (Hublin, 2016; Kajaste, 2015c). Unettomuutta voi ylläpitää muuttuneet nukkumistavat, lisääntynyt kahvin juominen, liian aikaisin nukkumaan meneminen ja liian kauan vuoteessa oleminen (Hublin, 2016). Toiminnallinen unettomuus on yleisin pitkäaikaisen unettomuuden syy, jossa oireet kestävät yli kuukauden ja yli kolmena päivänä viikossa (Partinen ym. 2011, s. 267). Pitkäaikaisessa unettomuudessa on jo havaittavissa uni-valvejärjestelmän mekanismeissa neurobiologisia poikkeavuuksia (Kajaste, 2015c). Kuvio 3 havainnollistaa kroonisen toiminnallisen unettomuuden kehittymisen ja siihen vaikuttavat altistavat ja ylläpitävät tekijät (altistavat tekijät merkitty sinisellä, ylläpitävät punaisella).



Kuvio 3. Vapaasti muotoiltu kuvio unettomuushäiriön kehittymisestä (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2015)

Lapsuus tai nuoruusiässä voi alkaa harvinainen idiopaattinen unettomuuden muoto. Unettomuuden muoto on keskushermostoperäinen, joka ei selity muilla sairauksilla, lääkityksillä eikä ulkoisilla tekijöillä. (Partinen, ym. 2011, s. 267) Paradoksaalinen unettomuus eli unen virhearviointi on pseudounettomuutta, jossa ihminen kärsii unettomuudesta, vaikka objektiivisissa tutkimuksissa unen pituus ja laatu ovat viitearvoissa (Partinen ym. 2011, s. 267).

Viimeisenä muotona on unen huolenpidon ongelma. Tällöin ihmisen elämäntavat, kuten epäsäännöllinen unirytm, liiallinen passiivisuus päiväaikaan, liian pitkien päiväunien nukkuminen ja piristävien tai unta heikentävien juominen nauttiminen liian myöhään aiheuttavat ongelmia nukkumisessa. (Partinen, ym. 2011, s. 267)

4.2 Uni—valverytmin häiriöitä ja muita unettomuutta aiheuttavat tekijät

Unettomuutta voi aiheuttaa psyykkiset sairaudet, elimelliset syyt, kronobiologiset syyt ja eräät lääkeaineet. Psyykkisiä syitä ovat masennus, psykoosi, ahdistus ja maniat. Neurologiasyitä voivat olla Parkinsonin tauti, Lewyn kappaletauti, Alzheimerin tauti, ADHD, aivovamman- tai aivoinfarktin jälkitila. Elimellistä unettomuutta voi aiheuttaa mm. vaihdevuosisoireet, diabetes, kipu, levottomat jalat, hengenahdistusta aiheuttavat sairaudet ja uniapnea. Lääkeaineista unettomuutta voi aiheuttaa muun muassa masennuslääkkeet, epilepsialääkkeet, keskushermostostimulantit, tulehduskipulääkkeet ja Parkinsonlääkkeet. (Hublin, 2016; Partinen. ym. 2011, s. 269; Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2018)

Uni—valverytmin häiriöitä voivat aiheuttaa ympäristötekijät, kuten vuorotyö, aikaerorasitus, viivästynyt- tai aikaistunut unijakso tai alkoholin, huumeiden tai lääkkeiden aiheuttama univalve-rytminhäiriö (Hublin, 2016; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018; Paunio, ym. 2015, s. 61). Näille häiriöille on tyypillistä, että ihmisen sisäinen kello elää eri tahdissa valon ja pimeyden kanssa (Kajaste & Markkula, 2015, s. 55; Partonen, 2016, s. 1; Partonen & Stenberg, 2017). Sisäisen kellon pidempi aikaisen häiriötilan jatkuessa ja tähän yhdistetyn univelan johdosta lisääntyy riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin, imukudossyöpään, masennukseen ja se altistaa ylipainoon (Ollila, ym. 2011, Partonen & Stenberg, 2017). Seuraavaksi käsitellään tarkemmin aikaistunutta unirytmää, viivästynyttä unirytmää, vuorotyön aiheuttamaa unettomuutta ja aikaero unettomuutta.

Aikaistunutta unirytmää esiintyy usein vanhuksilla ja masentuneilla (Hublin & Lauerma & Järnefelt, 2011, s. 287; Partonen, 2016, s. 1). Aikaistuneessa unirytmässä elimistön biologisen kellon vuorokausirytmä on aikaistunut sosiaaliseen rytmiin verrattuna (Partinen & Huovinen, 2011, s. 62). Elimistön vireys heijastuu kehon lämpötilan mukaan. Normaalisti kehon lämpötila on puolen päivän aikaan maksimissaan, mutta aikuistuneessa unirytmässä maksimi saavutetaan huomattavasti aikaisemmin. Tällöin aikuisen ihmisen vireys alkaa laskemaan jo kello 18—19 ja hän tuntee olonsa väsyneeksi. Ihmisen sisäinen lämpötila ja vireys alkavat nousemaan varhain aamuyöllä. Eli tällöin ihminen menee nukkumaan varhain illalla ja herää aikaisin aamulla. (Partinen & Huovinen, 2011, s. 62)

Viivästyneessä unirytmässä nukahtaminen ei onnistu haluttuna kellon aikana illalla. Nukahtaminen tapahtuu selvästi myöhässä tavoitellusta nukahtamisajasta usein vasta lähempänä aamuyötä. Heräämisen vaikeus haluttuna kellon aikana on vaikeaa. Jos ihminen saa nukkua tarpeeksi pitkään aamulla, ei hän koe olevansa väsynyt.

Nukahtamisen jälkeen ei yleensä ole ongelmia pysyä unessa. Iltaisin tapahtuva virikkeellinen toiminta siirtää nukkumaan menemistä ja lyhyiden yönien takia univaje kroonistuu. Tyypillisesti oireita esiintyy murrosikäisillä ja nuorilla aikuisilla. Tämä on hyvä esimerkki sirkadiaanisen uni-valverytmin häiriöstä. (Pesonen & Kuula & Urrila, 2017; Partinen & Huovinen, 2011, s. 63)

Vuorotyö voi aiheuttaa ihmiselle erilaisia oireita, kuten uni-valverytmin häiriintymistä, josta seuraa unettomuus, unen laatu huononee ja päivisin on poikkeavaa väsymystä. Nämä oireet poistuvat, jos henkilö voi noudattaa normaalia univalverytmiä. (Hublin & Lauerma & Järnefelt, 2011, s.286; Partonen, 2012; Paunio, ym. 2015) Myös terveydentilan muutokset vaikuttavat sopeutumiseen, kuten erilaiset vatsaoireet, uneen liittyvät muut häiriöt, psykiatriset oireet ja lääkkeiden tai päihteiden väärin käyttö. Sopeutumista helpottaa ihmisen joustava, ulospäinsuuntautunut ja aktiivinen persoonallisuus, terveelliset elämäntavat ja oman elämän hyvä hallinta. (Järnefelt & Hublin, 2012, s. 135) Vuorotyön aiheuttamista ongelmista naiset kärsivät enemmän. Myös ikä vaikuttaa, koska ikääntyessä ihmisen vuorokausirytmii muuttuu yleensä aamutyypiseksi. Aamutyypisen ihmisen on helppoa herätä aikaisin aamulla ja he sopeutuvat yleensä helpommin aamuvuoroihin. Iltaihmiset sopeutuvat usein vuorotyöhön paremmin kuin aamuihmiset. Jos ihminen pystyy nukkumaan hyvin vuorojen välillä niin vuorotyö ei ole välttämättä suuri terveysriski. (Järnefelt & Hublin, 2012, s. 135; Partonen, 2012; Paunio ym. 2015) Hyvällä työvuoro suunnittelulla voidaan vaikuttaa vuorotyöhön sopeutumista. Työvuorojen oikea kiertosuunta (aamu, ilta yö), säännöllisyys ja pituus ovat merkittäviä tekijöitä. Myös vapaapäivien jaksotus vaikuttaa sopeutumiseen. (Järnefelt & Hublin, 2012, s. 135; Paunio ym. 2015)

Aikavyöhykkeeltä toiselle matkustaessa seurauksena on aikaerorasitus, jolloin ihmisen sisäinen kello rasittuu (Partonen, 2015a). Ihmisen homestaattiset rytmit ja sisäiset hormonirytmii eivät vaihdu kelloa kääntämällä. Oireita tulee helpoimmin matkustaessa lännestä itään, koska sisäisen kellon on helpompi jättää käyntiään. (Partinen & Huovinen, 2011, s. 63—64; Partonen, 2016, s. 3) Oireena voi olla unettomuutta, päiväväsymystä, ärtyneisyyttä, pääkipua ja heikkouden tunnetta (Partinen & Huovinen, 2011, s. 63—64; Partonen, 2015a).

Kronobiologisia syitä voi olla kaamosunettomuus, uniapnea, levottomat jalat oireyhtymä, yölliset jaksoittaiset raajaliikehäiriöt, parasomniat, sisäsyntyisesti epäsäännöllinen uni-valverytmi tai vapaasti juokseva hypertyktemeraalinen uni-valverytmi (Hublin, 2016; Markkula & Lamusuo, 2017). Seuraavaksi käsitellään tarkemmin kahta yleisintä kronobiologista oireilua uniapneaa ja levottomia jalkoja.

Obstruktiivinen uniapnea johtuu ylähengitysteiden unenaikaisesta ahtautumisesta, jolloin hengitysilmavirtaus rajoittuu tai estyy (Uniapnea: Käypä hoito -suositus 2017). Uniapnea aiheuttaa usein elämänlaadun huononemista, päiväväsymistä ja häiriintynyttä yöunta. Oireena se aiheuttaa öisin äänekästä ja katkonaista kuorsausta, yöllisiä hengityskatkoksia, levotonta unta, yöhikoilua, lisääntynyttä virtsaamisen tarvetta, närästystä ja unettomuutta. Päivisin oireena on väsymystä, pakko nukahtelua, mielialan vaihtelua, keskittymiskyvyn ja muistin vaikeuksia ja pääkipua. (Uniapnea: Käypä hoito -suositus 2017; Partinen & Markkula & Kajaste, 2011, s. 276; Saunamäki, & Kilpinen & Schwenson & Tulppo & Himanen, 2017) Hoitamattomana uniapnea lisää sydän- ja verisuonisairauksien riskiä, sympaattisen hermoston aktiivisuutta, kognitiivisen toiminnan ja muistin häiriötä, tapaturmavaaraa, terveydenhuollonpalveluiden käyttö lisääntyy ja ennen aikainen kuolleisuus lisääntyy. (Uniapnea: Käypä hoito -suositus 2017; Partinen & Markkula & Kajaste, 2011, s. 281—282; Saunamäki, ym. 2017)

Levottomat jalat -oireyhtymä on sensorimotorinen neurologinen häiriö, joka oireilee usein levossa ja nukkumaan mennessä, tällöin jalkoihin tai käsiin tulee epämiellyttävää tuntemusta ja pakkoa niiden liikutteluun. Oireiden kesto voi olla minuuteista tunteihin. Usein oire haittaa unen saantia ja unessa pysymistä. Oire liittyy hermoston dopamiinijärjestelmän toimintaan ja perintätokijöillä on merkitystä jonkin verran. Nuoremmilla oire voi liittyä raskauteen tai raudanpuuteanemiaan. Oireilu on tavallisempaa aikuisilla ja esiintyvyys kasvaa iän myötä. Jotkin lääkkeet, kuten serotoniinin takaisinoton estäjät, beetasalpaajat, trisykliset masennuslääkkeet, sedatoivat antihistamiinit ja alkoholi ja kahvi voivat lisätä tai aiheuttaa oireilua. (Saarelma, 2018a; Partinen & Markkula & Kajaste, 2011, s. 289)

5 UNENHUOLTO

Jokaisella on elämänsä aikana joskus nukahtamiseen ja nukkumiseen liittyviä vaikeuksia. Uni on herkkä mittari ja vaikeuksien heijastaja. Uneen vaikuttavat niin terveyden heilahtelut kuin muut elämän ongelmat. Unihäiriöiden hoitaminen lähtee ensisijaisesti käsittämällä ja kartoittamalla unihäiriöihin johtaneet syyt. Kun unihäiriö on oire, eikä ole vielä itsenäinen ongelma, tulee hoitotoimet kohdistaa itse ongelmaan ei oireeseen. Jos Unettomuuden taustalla on jokin sairaus, tulee se hoitaa asianmukaisesti Käypä hoitosuositusten mukaisesti, eikä hoito saa jäädä vain unilääkkeen määräämiseksi. (Partonen, 2014, s. 46)

Unihäiriöitä tulisikin lähestyä unihygieniaohjeista ja unenhuollosta käsin. Unenhuolto käsitteellä tarkoitetaan terveelliseen uneen ja voimaannuttu-

maan uneen liittyviä tekijöitä, joita ovat nukkumistottumukset, nukkumisympäristö ja elintavat. Unihygienian ylläpitämisen tavoitteena on hyvä nukkuminen. Tavoite on saavutettavissa, kun potilas saa hyvän ohjauksen, kannustuksen ja motivoinnin terveellisten elintapojen noudattamiseen, nukahtamista estävien tottumusten välttämiseen ja nukahtamista helpottavien toimintojen opetteluun. Tässä kappaleessa käydään tarkemmin läpi unenhuoltoa. (Partonen, 2014, s. 46; Paunio ym. 2015, s. 62)

5.1 Nukkumistottumukset ja nukkumisympäristö

Unen huollolla, nukkumisympäristöllä ja nukkumistottumuksilla pystymme vaikuttamaan siihen, miten nukumme. Pitkäaikaisessa unettomuudessa se ei yksin riitä, mutta on yksi tärkeä osa unen huoltoa. Unen huollon tavoitteena on tukea nukahtamista, unessa pysymistä ja palauttaa sekaisin oleva unirytm. Tavoitteeseen pääsemisen keinoja ovat unirytmien säännöllistäminen, unen tuhoa haittaavien ärsykkeiden vähentäminen, rentoutuminen, rauhoittuminen ja riittävä palautuminen päivän askareista. Uni-rituaalit ja nukkumisympäristön muuttaminen otolliseksi nukkumiselle ovat myös tärkeitä nukkumiseen vaikuttavia tekijöitä. (Kajaste & Markkula, 2015, s. 97; Kajaste, 2015b; Järnefelt, 2012c, s. 72; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018) Seuraavaksi käsittelemme yllä mainittuja asiota.

Pyri rauhoittumaan paria tuntia aikaisemmin. Nukahtamista viivästyttää kaikenlainen vireystasoa nostava toiminta. Nukkumisolosuhteet tulee luoda otolliseksi nukkumiselle. Rauhallinen, viileä, pimennetty makuuhuone parantaa unen laatua ja auttaa nukahtamaan. (Järnefelt, 2012c, s. 80; Kajaste, 2015b; Partinen & Huovinen, 2011, s. 140; Phil & Aronen, 2012, s. 104–106; Huttunen 2017, s. 2) Mene sänkyyn vasta silloin, kun olosi on uninen (Huttunen, 2017, s. 2; Kajaste, 2015b; Phil & Aronen, 2012, s. 114). Liiallinen nukahtamisen yrittäminen, johtaa helposti turhautumisen ja epäonnistumisen kokemukseen, joka puolestaan nostaa vireystilaa ja edelleen vaikeuttaa nukahtamista. Ennen nukahtamista on syytä tehdä jotain, millä saa ajatukset pois nukahtamisen yrittämisestä. Keskittyminen esimerkiksi omaan hengitykseen, mielikuvaan jostain mukavasta toiminnasta, rentoutumiseen tai lukeminen hetken aikaa. (Kajaste & Markkula, 2015, s. 96; Kajaste 2015b; Järnefelt, 2012c, s. 82)

Sängystä kannattaa nousta joka aamu samaan aikaan, piittaamatta siitä kuinka kauan on nukkunut edellisenä yönä. Valo auttaa heräämisessä. Jos työ, opiskelu tai vapaa-ajan rytmiin on mahdollista vaikuttaa niin ylösnouseminen kannattaa rytmittää aamu- tai iltatyypillisyyden mukaan. Vapaapäivinä unirytmisiä kannattaa siirtää korkeitaan tunnilla. (Kajaste & Markkula, 2015, 98; Järnefelt, 2012c, s. 75; Unettomuus: Käypä Hoito -suositus 2018)

Päivän toiminnot kannattaa rytmittää niin, että työlle tai opiskelulle, aterioille ja vapaa-ajalle on oma aikansa. Huolehdi terveellisistä elämäntavoista. Liiku ja rentoudu riittävästi niin, että vireytesi pysyy sopivana. Huolehdi mieltä painavat asiat päivällä. Nuku lyhyet (maximissaan 10-20 minuuttia) päiväunet alkuiltapäivästä, jos ne eivät vaikuta yöneesi. (Järnefelt, 2012c, s. 76-79; Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2018; Kajaste & Markkula, 2015, s. 89–95) Alla oleva luettelo havainnollistaa yllä mainitut asiat.

Aamu

- ◆ Nouse joka aamu suunnilleen samaan aikaan
- ◆ Älä jää loikoilemaa sänkyyn
- ◆ Valo auttaa heräämään

Päivä

- ◆ Rytmitä päivän toiminnot; työ, ateriat ja vapaa-aika
- ◆ Harrasta liikuntaa sopiva määrä
- ◆ Pidä vireyttä yllä ja rentoudu riittävästi
- ◆ Elämäntavat; nikotiini, alkoholi, huumeet, kofeiini
- ◆ Syö säännöllisesti ja terveellisesti
- ◆ Käsittele huolet päivällä
- ◆ Jos päiväunet eivät häiritse yöuntaasi, nuku ne alkuiltapäivällä, maksimissaan 10-20 minuuttia

Ilta & yö

- ◆ Rauhoitu 2 tuntia ennen nukkumaan menoa
- ◆ Vältä vireys tasoa nostavaa toimintaan
- ◆ Luo otolliset nukkumisolosuhteet, rauhallinen, viileä, pimennetty makuuhuone
- ◆ Mene sänkyyn vasta kun tunnet itsesi väsyneeksi
- ◆ Ennen nukahtamista tee jotain millä saat pois ajatukset päivän askareista
- ◆ Älä yritä nukahtaa väkisin
- ◆ Jos uni ei tule 15 minuutissa niin nouse ylös tekemään joitain muuta
- ◆ Älä seuraa kelloa, laita kello pois makuuhuoneesta

Uniärsykkeiden hallintaa tulee käyttää silloin, jos sänky—uni -assosiaatio on huono. Tällöin sänkyyn ja nukkumiseen on liitetty muitakin kuin nukkuminen. Sängyssä vireystasoa nostava toiminta, kuten television katsominen, syöminen, työn tekeminen tai aikaa viettäminen ovat assosiaation kannalta huonoja asioita. Tällöin sänky yhdistetään valvomiseen ja tuskaisuuteen. Tähän liittyy myös unettomuudesta murehtiminen, unen liiallinen yrittäminen ja kellon seuraaminen. (Kajaste & Markkula, 2015, s. 97; Järnefelt, 2012c, s. 72; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018) Hyvässä sänky—uni -assosiaatiossa makuuhuone ja nukkuminen ovat ehdollistuneet nukkumiseen ja sitä kautta helpottavat nukahtamista (Järnefelt, 2012c, s. 72). Sängyssä olon rajoittamisella pyritään hyvään sänky—uni -assosiaatioon ja näin vahvistamaan unta. Sängyssä oloaika tulisi olla suunnilleen samanlainen kuin ennen unettomuuden alkua. Pyritään välttämään sängyssä turhaan oleskelua, ollaan siellä vain unen tarvitsema aika. Liiallinen oleskelu sängyssä voi ylläpitää unettomuusongelmaa ja se tekee usein unesta kevyttä ja katkonaista. (Kajaste & Markkula, 2015, s. 99; Järnefelt, 2012c, s. 82; Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2018) Kuviossa 4 verrataan hyvää ja huonoa sänky—uni -assosiaatioita.



Kuva 2. Sänky-uni -assosiaatio (Järnefelt 2012, s. 73)

5.2 Ravinto, päihteet, lääkkeet ja liikunta

Unettomuudelle altistavia ja unettomuutta ylläpitäviä tekijöitä voidaan todeta samanaikaisesti. Perimä ja jokaisen oma elämänhistoria muovaa meistä yksilöitä. Se, miten yksilö tulkitsee elämän tilannettaan ja unettomuuden merkitystä, vaikuttaa siihen, miten hän unettomuutensa kokee. Joskus elämäntilanne voi olla niin vaikea, että ajatuskin nukkumisesta on haastava. Mielessä voi pyöriä muun muassa työhön ja työpaikkaan liittyvät ongelmat, toimeentuloon liittyvät ongelmat, ihmissuhdeongelmat, asumiseen ja perheeseen liittyvät ongelmat tai pelko omasta jaksamisesta ja terveydentilasta. Toimintakyvyn heikkeneminen voidaan kokea pelottavaksi ja joskus jopa häpeälliseksi asiaksi. (Kajaste & Markkula, 2015, s. 77–80) Sairauksiin, joihin liittyy unettomuutta, on lueteltu kappaleessa 4.2.

Elintavat, kuten esimerkiksi ravinto, lepo ja liikunta ovat tärkeimpiä hyvinvointiimme vaikuttavia asioita. Tärkeätä on aterioiden säännöllisyys ja monipuolisuus. Liian vähäinen tai liiallinen syöminen voi aiheuttaa rikkonaisen unen lisäksi paleluherkkyyden ja myös hermostuneisuuden. Vireyden kannalta huomio tulee kiinnittää hiilihydraatteihin. Suositeltavaa on, että ravinnossa olisi niukalti tai ei ollenkaan nopeasti imeytyviä hiilihydraatteja. Nämä hiilihydraatit saavat aikaan nopean verensokeripitoisuuden nousun, jolloin ihminen tuntee virkistyvänsä. Insuliini ja insuliinin vasta-aine vaikuttavat vireystilan lisäksi myös REM -uneen ja syvään uneen. Rasvainen ja mausteinen ruoka sekä alkoholi, kahvi ja jälkiruoat saattavat valvottaa, eikä uni täydellä vatsalla ole hyvää. Iltapalan tulee olla kevyt mutta ravitseva. (Huutoniemi & Partinen, 2015, s. 126–137; Stenberg, 2007, s. 86–87; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018; Paunio ym. 2015)

Adenosiini on yksi väsymystä ja nukahtamista välittävä aine aivoissa ja sillä on merkitystä ihmisen uni–valverytmin säätelyssä. Kofeiini on taas keskushermostoon vaikutuksensa antava piriste, joka estää adenosiinin vaikutuksen haakeutumalla samaan reseptoriin. Kofeiini toimii adenosiinin antagonistina, vastavaikuttajana, jolloin hermosolu jatkaa aktiivisena, eikä ihminen tunne itseään väsyneeksi, vaan valvominen voi jatkua. Tulee myös muistaa, että jotkut lääkkeet sisältävä kofeiinia tai hidastavat kofeiinin poistumista elimistöstä. Kofeiinin vaikutus alkaa 30–60 minuutissa nauttimisesta ja vaikutus kestää noin 4–20 tuntia. Kofeiinin vaikutuksen keston ja puoliintumisaikaan vaikuttaa ihmisen aineenvaihdunta ja herkkyys. Kofeiinin käyttö ei vähennä unen tarvetta ja kofeiinillakin on vaikutusta unen eri vaiheisiin, varsinkin syvää unta vähentäen ja ajankohtaa siirtäen. (Huutoniemi & Partinen, 2015, s. 132–133; Phill & Aronen, 2015, s. 93–95; Kajaste & Markkula, 2015, s. 91–95; Järnefelt, 2012c, s. 77; Porkka -Heiskanen & Stenberg, 2008)

Koska uni-valverytmiä säädellään aivoissa välttämättömien välityksellä, on ravinnon vitamiineilla, mineraaleilla ja hivenaineilla oma osuutensa tässäkin sää-

telymekanismeissa. Rauta on keskushermoston toiminnalle välttämätön mineraali ja riittävä kudosraudan taso takaa serotoniinin ja dopamiini reseptorien toiminnan sekä GABA-järjestelmän toiminnan. Kuparia tarvitaan taas raudan imeytymisen eri vaiheissa ja punasolujen rakennusaineiksi ja niiden toiminnan takaamiseksi. Sinkki on osallisena keskushermoston toiminnassa ja aineenvaihdunta tapahtumissa sekä useiden entsyymien toiminnoissa. Noradrenaliinin eritykseen vaikuttaa tyramiini, jota myös stressihormoniksi kutsutaan. C-vitamiinin saanti edesauttaa muun muassa raudan imeytymistä ja D-vitamiinin puutteella on todettu olevan vaikutuksia muun muassa erilaisiin keskushermostoperäisiin sairauksiin. (Huutoniemi & Partinen, 2015, s. 133—137; Pihl & Aronen, 2015, s. 95)

Monityydyttymättömien rasvahappojen merkitys on tärkeää hermosolun toiminnalle ja myeliinitupen rakenteelle. Rasvahapot DHA (dokoheksaanihappo) ja sen aisapari EPA (eikosapentaenihappo) hienosäätävät hermosolujen liitoskohdissa eli synapseissa välittäjäaineiden reaktioita sekä toimivat rakennusaineina hermokalvoissa. (Huutoniemi & Partinen, 2015, s. 135—136)

Nikotiini ja amfetamiini vaikuttavat kofeiinin tapaan piristävästi. Kofeiinin estäessä adnosiinin toimintaa, amfetamiini puolestaan kiihdyttää valvejärjestelmää. Nikotiini taas vaikuttaa asetyylikoliinijärjestelmän nikotiinireseptorien kautta suurentaen hetkellisesti eri välittäjäaineiden pitoisuuksia, kuten esimerkiksi mielihyväradastossa dopamiinia. Dopamiini yhdessä nikotiinin kanssa saa ihmisessä aikaan hetkellisen virkistymisen ja mielihyvän tunteen. Alkoholilla on vastaavasti päinvastainen, rauhoittava, vaikutus. Alkoholilla vaikuttaa GABA-järjestelmään ja unen luonnollisiin vaiheisiin. Alkoholilla vaikeuttaa syvässä unessa pysymistä, vähentää REM-unta ja aiheuttaa heräilyjä. On syytä muistaa myös alkoholin lamauttava vaikutus lihaksistoon ja hyvinkin pienet määrät voivat pahentaa tai aiheuttaa hengityskatkoksia etenkin uniapnea potilailla. (Kajaste & Markkula, 2015, s. 94—95; Pihl & Aronen, 2015, s. 94—95; Järnefelt, 2012c, s. 77—78; Porkka-Heiskanen & Stenberg, 2008)

Unenhuollon peruseriaatteisiin kuuluu myös huomioida ihmisen kokonaislääkitys, sillä useat eri lääkkeet altistavat unettomuudelle ja lääkkeiden yhteisvaikutuksilla on suuri merkitys. Kappaleessa 4.2 mainittujen lääkeryhmien lisäksi voidaan vielä nostaa esiin tunnetuimpia lääkeaineryhmiä kuten statiinit, osa astman hoitoon käytettävistä lääkkeistä, dementiaalääkkeet, steroidit ja tyroksiini. Nämäkään ei vielä tee listaa täydelliseksi. (Huutoniemi & Partinen, 2015, s. 89; Porkka-Heiskanen & Stenberg, 2008) Myös unilääkkeiden äkillinen lopettaminen voi johtaa vakavaan rebound- eli kimmovaste-ilmiöön (Partinen & Huovinen, 2007, s. 89).

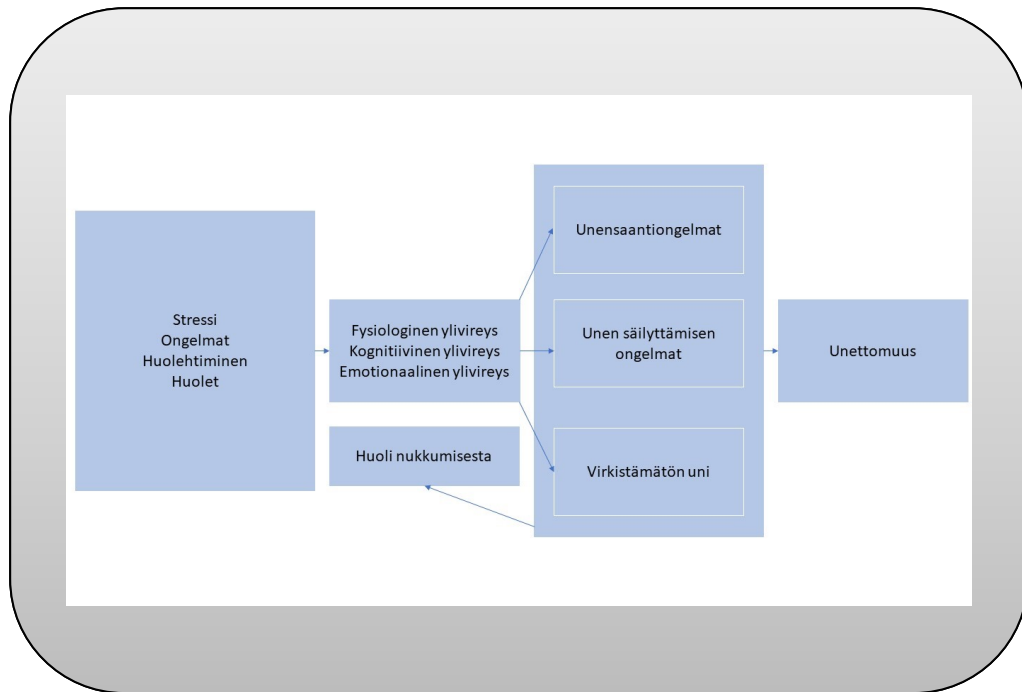
Liikunnan vaikuttavuudesta uneen on tehty useita tutkimuksia. Säännöllinen liikunta vaikuttaa positiivisesti uneen ja mielenterveyteen ja näin ehkäisee

unihäiriöitä. Liikunta voi helpottaa unen tuloa, parantaa unen laatua, lisätä syvän unen määrää ja näin lisätä päiväaikaista vireyttä. Liikkumisen säännöllisyys on tärkeää. (Kukkonen-Harjula, 2015; Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2018; Phil & Aronen, 2012) Aikaisemmin raskasta liikuntaa ei suositeltu muutamaan tuntiin ennen nukkumista (Phil & Aronen, 2012). Uusimman suosituksen mukaan myöhään illalla harrastettu raskas liikunta voi jopa edistää nukkumista (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018). Aikuisten liikuntasuositukset käsittävät reipasta kestävyysliikuntaa 150 minuuttia viikossa tai rasittavampaa liikuntaa 75 minuuttia viikossa. Tämän lisäksi kahdesti viikossa suositellaan lihaskuntoliikuntaa. (Liikunta: Käypä hoito -suositus 2016)

5.3 Unenhuollon lääkkeettömät menetelmät

Unenhuollon pyrkimys on tukea nukahtamista ja unessa pysymistä. Hyvällä aktiivisella päivävireydellä voidaan saada aikaan laadukas yöuni. Hyvään uneen ei liene oikotietä vaan siihen pääseminen vaatii pitkäjänteisyyttä, kärsivällisyyttä ja aktiivista elämänmuutosta. Itsehoito unettomuudessa perustuu siihen, että tunnustaa itselleen unen tärkeyden ja välttämättömyyden. Tämän jälkeen on mahdollista lähteä tutkimaan omaa nukkumistaan ja parantaa sitä järjestelmällisesti ja yksilöllisesti. Ihminen on unensa nukkumatti ja ajankäyttönsä herra. Stressitön elämä ja rentouden oppiminen ovat unettomuuden itsehoidon tukipilareita. Myös terve itsekkyys on valttia. (Partinen & Huovinen 2007, s. 176–177, 225) Tilapäisessä unihäiriössä usein itsehoito ja -apu on riittävä, mutta pitkään jatkuneessa tilanteessa on järkevää kääntyä ammattiauttajan puoleen (Hyyppä & Kronholm, 1988, s. 192–193).

Ihmisen vireystilan säätelymekanismit ovat pelkistäen sanottuna autonomisen hermoston toimintaa, sympaattisen ja parasympaattisen hermoston vuoropuhelua. Sympaattisen hermoston toiminta mielletään ”taistele tai pakene”-tilanteeseen ja sen toiminnan voi aktivoida esimerkiksi stressi tai voimakas tunnetila. Vastaavasti parasympaattisen hermoston vallitessa ihminen palautuu ja rentoutuu. Jos sympaattinen hermosto on koko ajan aktiivinen, ihmisen vireystila nousee entisestään ja voidaan puhua ylivireydestä, joka voi ilmetä niin tunnetasolla, ajatuksissa kuin käyttäytymisessäkin. Kaikki edellä mainitut vaikuttavat toinen toisiinsa ja voivat muodostaa noidankehän, joka johtaa unettomuuteen tai ylläpitää pitkäkestoista unettomuutta. Rentoutuminen voi katkaista tämän noidankehän. (Järnefelt, 2012c, 84–86; Huutoniemi & Partinen, 2015, s. 50–56; Kajaste 2015c; Porkka-Heiskanen & Stenberg, 2008) Kuviossa 4 havainnollistetaan unettomuuden noidankehää.



Kuvio 4. Muunneltu kuvio unettomuuden noidankehästä (Mielenterveystalo, n.d.).

Fysiologisesti rentoutumisella pyritään aktivoimaan parasympaattista hermostoa painottamalla sympaattisen hermoston toimintaa parasympaattiseen suuntaan. Fyysisissä rentoutusmenetelmissä keskitytään lihasten rentoutamiseen muun muassa progressiivisen menetelmän kautta, jossa systemaattisesti vuoroin jännitetään ja rentoutetaan lihaksia. Psykologisesti ajateltuna rentoutumisen painopiste keskittyy ”periksi antamisen” ja ”antaa mennä” -asenteisiin ja tämä rentoutuminen onnistuu parhaiten, jos ihminen pystyy hetkellisesti päästämään irti hallinnan tarpeesta. Mieleen painottuvissa menetelmissä käytetään erilaisia suggestioita, mielikuvia ja visualisointiharjoituksia, jotka vaikuttavat tunteiden ja ajatusten kautta koko kehoon. Usein käytetään myös näiden menetelmien yhdistelmiä. (Järnefelt, 2012c, 84–86; Huu-toniemi & Partinen, 2015, s. 50–56; Kajaste, 2015c)

Mindfulness –rentoutuminen tarkoittaa tietoisuustaito- ja läsnäoloharjoituksia, jossa ollaan tietoisesti läsnä nykyhetkessä. Tarkoitus on havainnoida omia ajatuksia ja tunteita, niiden annetaan olla ja niistä päästetään irti. Mindfulness -harjoituksia voidaan harjoittaa yhdistettynä fyysiseen ja/tai psyykkiseen rentoutumiseen tai sitä voi suorittaa pelkästään. Kaiken kaikkiaan rentoutuminen on kokonaisvaltainen kokemus ja tapahtuma, jolla on todettu olevan useita positiivisia vaikutuksia. Ihminen saa rentoutumisen myötä lisää stres-

sinsietokykyä, keskittymiskykyä ja itseymmärrystä sekä nopeutta niin fyysiseen kuin psyykkiseen palautumiseen ja näistä positiivisista vaikutuksista on myös apua unettomuudessa. (Järnefelt, 2015c, 84—86; Huutoniemi & Partinen, 2015, s. 50—56; Kajaste, 2015c)

Kajasteen näytönastekatsauksen (2015d) mukaan hypnoosin vaikutusta unettomuuden hoidossa on tutkittu niukasti. Tehdyissä tutkimuksissa hypnoosilla saatu tulos todennäköisesti vastaa tavanomaisella rentoutuksella saatua tulosta. Sillä saattaa kuitenkin olla hiukan paremmat pitkäkestoiset vaikutukset kuin progressiivisella rentoutuksella. (Kajaste, 2015d; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018) Junnilan (2014) ja Saarelman (2018) mukaan akupunktiolla ei voi hoitaa unettomuutta, mutta muiden sairauksien hoito akupunktiolla usein helpottaa unta.

Kajaste (2015e) käy läpi näytönastetutkimuksessa itsehoidon vaikutusta unettomuuden oireisiin. Itsehoidolla tarkoitetaan tässä kirjallisuutta ja internet pohjaisia ohjelmia. Morenin työryhmän tutkimuksessa tutkittiin yli 10-vuotta unettomuutta sairastanutta ihmistä. Hoito muodostui kognitiivis—behavioralisesta terapiasta ja verrokkiryhmä sai tämän lisäksi unipäiväkirjaan perustuvan automatisoidun palautteen. Internettiä käyttävän ryhmän unitehokkuus, heräily ja virkistyneisyys paranivat verrokkiryhmään verrattuna. Tämän tutkimuksen sovellettavuus suomalaiseen väestöön on hyvä. (Kajaste, 2015e) Muissa tutkimuksissa sovellettavuus todettiin suomalaiseen väestöön koh-taiseksi.

Tutkimusten mukaan hyvin tehty internetpohjainen itsehoito -materiaali on hyödyllistä. Noin puolella tutkittavista tulokset olivat kohtalaisia, heidän käyttäessä jotain multimedia tai kirjallista ohjeistusta. Jotta ohjeistukset soveltuisivat laajemmalle joukolle, täytyisi niistä kehittää helpompia versioita. (Kajaste 2015e; Unettomuus: Käypä Hoito -suositus 2018) Australiassa tehdyssä vertaisarvioidussa tutkimuksessa tutkittiin unettomuudesta kärsiville nuorille suunnattua interpohjaista kognitiivista behavioraalista terapiaa. Tutkimuksen tuloksena todettiin nuorten nukahtamisen helpottuneen ja nukkumisen olevan pitkäkestoisempaa kuin ei terapiaa saavilla. (Werner-Seidler, Johnston, Christensen, 2018) Tällä hetkellä on saatavilla valtakunnallinen nettiversio unettomuuden itsehoitoon Terveyskylän Mielenterveystalon alla. Terveyskylän ohjeet on tehty yhteistyössä asiantuntijoiden ja potilaiden kanssa. (Mielenterveystalo n.d)

Unettomuushäiriöiden ensisijaisena terapiamuotona pidetään kognitiivis-behavioraalista terapia menetelmää (Järnefelt & Salin & Hublin, 2012; Kajaste, 2015b). Psykologisilla hoitomuodoilla voidaan hoitaa unettomuutta, Kajasteen vuonna 2015a tekemän näytönaste katsauksen mukaan 70—80 % primarisesta unettomuudesta kärsivistä hyötynee hoidosta. Hoitomuotojen etuna on hoidon tuloksen pysyvyys ja sivuvaikutusten vähyyys. Hoitoa voivat

antaa lyhyen koulutuksen jälkeen perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon hoitajat. Pidempi kestoisen vaikean unettomuuden hoidossa tarvitaan moniammatillista hoitoa ja tukea (Järnefelt, 2017, s. 1; Järnefelt & Salin & Hublin, 2012; Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2018)

Kognitiivisella terapiamuodolla ongelmia käsitteellistetään eli tehdään ne ymmärrettäväksi ja muokattavaksi ja pyritään ymmärtämään ongelmat kognitiivisen mallin mukaan. Kognitiolla tieto prosessoidaan niin, että potilas ymmärtää taustalla olevat keskeiset tekijät, kuten mielikuvat, uskomukset, ajatukset, asenteet, opitun tiedon ja tunteet ja näiden kaikkien väliset suhteet. (Holmberg & Kähkönen, 2016; Järnefelt, 2012d, s.104; Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2018) Terapiassa pyritään löytämään potilaan menneiden tapahtumien ja toimintamallien yhteys unettomuuteen ja sitä mikä ohjaa laukaisevia tekijöitä ja niiden seurauksia (Holmberg & Kähkönen, 2016; Kajaste, 2015b; Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2018). Terapian myötä opitaan uusia toimintamalleja ja nämä vaikuttavat hyvinvointiin ja nukkumiseen (Kajaste, 2015b; Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2018).

Kognitiivisen käyttäytymisterapian mallissa unettomuutta pitää yllä noidankehä, johon kuuluvat käyttäytymistä ja kognitiota ohjaavat tekijät sekä yliviireys ja unettomuus. Unettomuuden hoidossa käytetään yleensä kognitiivista käyttäytymisterapiaa ryhmä- tai yksilöhoitona ja tyypillisesti tapaamisia on 4-6. (Järnefelt, 2017; Kajaste, 2015b) Kirjallista työskentelyä käytetään usein ajatusten jäsentämiseen ja työstämiseen. Tällöin omia ajatuksia pystyy tarkastelemaan konkreettisemmin oman mielen ulkopuolella. (Järnefelt, 2017) Erityisesti huolet kannattaa kirjata hyvissä ajoin ennen nukkumaan menoa. Tällöin mietitään mikä on huoli, joka mieltä vaivaa, huolen merkitys ja ratkaisukeinot. Interventiolla yritetään löytämään ne tekijät, jotka ylläpitävät potilaan unettomuuden noidankehää ja yritetään katkaista ne. Toisinaan riittää potilaan unettomuuteen paneutuminen, jos unettomuus johtuu fyysisestä- tai psyykkisestä sairaudesta. Tällöin terapia muotoinen hoito ei ole riittävä. Ajoittain psyykkisissä- ja fyysisissä sairauksissa voi syntyä unettomuuden noidankehä, joka ei hoidu vain kyseistä sairautta hoitamalla. Usein unettomuuden hyvä hoito parantaa taustalla olevan sairauden ennustetta. (Kajaste, 2015b)

Järnefeltin (2017) mukaan kognitiivinen käyttäytymisterapia perustuu unettomuutta ylläpitävien ajatusten ja tekijöiden kartoittamiseen ja käsittelemiseen

1. Unettomuutta ylläpitävät haitalliset ajatukset, kuten uneen liittyvät vääristyneet ja epärealistiset oletukset, huolehtiminen huonosti nukutun yön seurauksista ja unen puutteesta
2. Haitalliset elämäntavat ja nukkumistottumukset: unettomuutta lisäävät elintavat; päihteet, piristeet, liikkumattomuus ja huonot nukkumisolosuhteet, epäsäännöllinen unirytmitys ja pitkät päiväunet, hereillä ollessa vuoteessa oleminen ja huono sänky-uni-mielleyhtymä, rauhoittumiskeinojen puute
3. Fysiologinen, emotionaalinen ja kognitiivinen ylivireystila
4. Unettomuuden aiheuttamat seuraukset voivat olla elämänlaadun ja suorituskyvyn alenemista, yleistä uupumusta, mielialan laskua, jopa masennusta.

Kognitiivisessa menetelmässä haitalliset ajatukset tulee ensimmäiseksi tunnistaa, koska ja millaisissa tilanteissa niitä tulee. Seuraavaksi näitä ajatuksia aletaan käsittelemään ja tehdään ajatusmallien uudelleenarvioimista. Tämän jälkeen luodaan vaihtoehtoisia ajatusmalleja, jos aikaisemmin jokin asia esimerkiksi nukkumaton yö pelotti jo ennalta, niin uudessa ajatusmallissa ajatellaan, että kyllä minä jotenkin sen seuraavan päivän pystyn toimimaan, vaikka olen nukkunutkin huonosti. Kun näitä vaihtoehtoisia ajatusmalleja on löytynyt, alkaa potilas niitä soveltamaan käytännössä, tarkoituksena näillä on päästä tavoitteeseen, esimerkiksi rentoutumaan ja näin nukahtaminen helpottuu. (Järnefelt, 2017; Kajaste, 2015b)

6 UNIHÄIRIÖN ERI KARTOITUS MENETELMÄ

Unihäiriötä potevan potilaan ollessa yhteydessä sairaanhoitajaan puhelimitse tai paikan päällä vastaanotolla, voi unihäiriön vaikeusasteen selvittää alustavasti muutamalla kysymyksellä. Opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää ja suunnitella nämä kysymykset tuohon tilanteeseen. Vastauksen perusteella annetaan aika sairaanhoitajan vastaanotolle tai potilas ohjataan lääkärille tai muun asiantuntijan vastaanotolle. Jos varsinaista unihäiriötä ei ole tai se on lievänä ja hallittavissa, voi potilaan puhelimesta ohjata tutustumaan Mielenterveys-talon unettomuus sivuille tai Uniliiton sivuille saamaan tukea ja varmistusta itsehoitomenetelmiin.

Sairaanhoitajan vastaanotolla unihäiriöisen potilaan ensikohtaamisessa on tarkoitus kartoittaa unihäiriön vaikutus hänen terveyteen ja toimintakykyyn. Oleellista on myös selvittää unettomuuden taustalla olevat mekanismit, altistavat, laukaisevat ja ylläpitävät syyt sekä tehdä potilaan oireiden kartoitus. Tärkeää on anamneesin perusteella ymmärtää mahdollisten perussairauksien vaikutus unihäiriöön. Opinnäytetyön tuotoksena räätälöimme tarkistuslistan sairaanhoitajan vastaanottotilanteen tueksi ja avuksi, jotta kaikki tarpeellinen tieto tulee huomioon otettuna potilasta haastattellessa. Jos kyseessä on unihäiriöön liitettävä sairaus, jota ei vielä ole diagnosoitu, tulee potilas ohjata lääkärin vastaanotolle. (Hublin & Lagerstedt, 2012a, s. 20–23)

Unettomuuden aiheuttamia terveysvaikutuksia ja toimintakyvyn vaikutuksia selvitetessä kysytään valvellaoloajan voinnin muutoksia. Muutoksia mielialassa, psyykkisiä oireita, fyysisiä oireita, kognition ongelmia ja tämän hetkistä toimintakykyä ja työkykyä. (Hublin & Lagerstedt, 2012a, s. 21–22) Nämä edellä mainitut asiat on myös huomioon otettu hoitajan tarkastuslistassa

Yksilöllisiin syihin kuuluvat altistavat, laukaisevat ja ylläpitävät tekijät. Näiden tekijöiden vaikutus ihmisen unettomuuteen vaikuttavaa yksilöllisesti ja muuttuu ajan kuluessa. (Järnefelt, 2012, s. 36) Unettomuudelle altistavat tekijät vaikuttavat ihmisen fysiologisen unen säätelyn häiriöherkkyyteen. Tällöin ihminen on yleensä herkkä- ja huonouninen ja usein on ollut sitä jo ennen varsinaisen unettomuuden alkua. Persoonaltaan nämä ihmiset ovat taipuvaisia masentuneisuuteen, ahdistukseen ja neuroottisuuteen, he ovat ylittämättömiä täydellisyyden tavoittelijoita.

Ikääntyminen ja vuorotyö voivat myös altistaa unettomuudelle. Unettomuuden alkuun liittyy yleensä erilaisia laukaisevia tekijöitä, kuten elämänmuutos, kriisi, stressi tai somaattinen tai psyykinen sairastuminen. Jos näitä elämän poikkeustilanteita ei kyetä ratkaisemaan tai ihminen ei sopeudu niihin eikä saa

apua niiden hoitamiseen niin ylivireys ja unettomuus saattavat pitkittyä. Toisinaan ihminen saa unettomuuden aiheuttaneet syyt selvitettyä, mutta unettomuus jatkuu siitä huolimatta.

Unettomuutta voi ylläpitää vääristyneet nukkumistottumukset ja epäsäännöllinen unirytmii eli huono sänky—uni -assosiaatio. Toisaalta ihminen voi muurehtia ennakkoon nukkuuko hän hyvin ja miten pärjää seuraavan päivän väsyneenä. Myös elämäntapojen muutokset, kuten kofeiinin tai päihteiden lisääntynyt käyttö voivat vaikuttaa ylläpitävinä tekijöinä. (Järnefelt, 2012b, s. 36—37; Phil & Aronen, 2012, s. 26)

Unihäiriöisen potilaan tutkimisen ja kartoituksen jälkeen potilaalle annetaan kotiin täytettäväksi alla olevat kyselyt, jotka löytyvät työn lopusta liitteinä.

- ◆ Unipäiväkirja,
- ◆ UniVäsy-kysely,
- ◆ VAS mittari (unettomuus ja päiväaikainen vireys),
- ◆ BNSQ-FIN unikyselylomake.

Näiden jälkeen pyritään varaamaan uusi vastaanottoaika testien läpikäymiseen ja unihygienia ja unenhuolto ohjeiden antamiseen. Valitettavasti usein uuden tapaamisen järjestäminen on haasteellista hoitajien vähäisten vastaanottoaikojen vuoksi, mitkä tulee jakaa tasapuolisesti myös muille potilasryhmille tai määrääaikaiskontrollien suorittamiseksi.

Jos unettomuus on jo pitkäaikaista tai unihäiriön syy on jokin muu kuin unettomuus, tulee potilaalle varata aika lääkärin tarkempaa tutkimusta varten. (Hublin & Lagerstedt, 2012a, s. 20—27; Unettomuus: Käypä hoito –suositus 2018)

7 OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Tällä toiminnallisella opinnäytetyöllä tavoitellaan työelämälähtöistä käytännön toiminnan uudelleen ohjeistamista (Vilkkä & Airaksinen, 2003, s. 9—10). Toiminnallisen opinnäytetyön ensimmäisen vaihe on aiheen ideointi. Aiheen tulisi olla itseään kiinnostava ja motivoiva. Työelämässä jo olevien hoitajien on hyvä harkita aihetta, joka palvelee nykyistä työnantajaa. Aiheen ideoinnin jälkeen tehdään toimintasuunnitelma, jolla selvennetään aiheen toimivuus ja lupaus työn loppuun saattamisesta.

Toimintasuunnitelmasta tulee ensimmäiseksi selvittää mitä, miten ja miksi toimitaan. Toimintasuunnitelma tulee aloittaa omien tietojen, taitojen ja valmiuksien kartoittamisesta kyseistä aiheesta. Toiseksi tulee kartoittaa aiheen

kohderyhmä ja tarpeellisuus juuri tälle kohderyhmälle ja mitä aiheesta jo tiedetään, aikaisemmat tutkimukset, lähdekirjallisuus ja muut lähteet. Tämän jälkeen tulee aiheen rajaus ja merkitys kohderyhmälle. Kolmanneksi tulee pohtia millä keinoilla tavoitteet voidaan saavuttaa ja mitä materiaali ja tietoa tarvitaan siihen. Tärkeää on myös työn aikataulun suunnitteleminen. (Vilka & Airaksinen, 2003, s. 23–28)

Toiminnallinen opinnäytetyö ei välttämättä sisällä tutkimusta, vaan sen tarkoitus on tuottaa jokin konkreettien tuote. Lähdekritiikkiin tulee kiinnittää erityisesti huomiota, jos tuotoksena on opas, ohjeistus, käsikirja tai tietopaketti. (Vilka & Airaksinen, 2003, s. 51, 53, 56) Alallaan tunnistetun asiantuntijan alkuperäisen ja uuden lähteen käyttö varmistaa luotettavan tiedon hankinnan. Asiantuntijan auktoriteettia ja tunnettavuutta voi arvioida sillä, esiintyykö hän usein alaa koskevien julkaisujen lähdeviitteissä tai lähdeluetteloissa. Tällaisen asiantuntijan julkaisuihin kannattaa tutustua ja käyttää niistä mahdollisimman uusia versioita. (Vilka & Airaksinen, 2003, s. 72–73)

7.1 Suunnittelu

Opinnäytetyön aihetta pohtiessamme halusimme kumpikin tehdä toiminnallisen opinnäytetyön ja mieluiten omalle työpaikallamme. Näin voisimme itse hyödyntää tuotosta työssämme. Kyselimme ja kartoitimme mahdollista aihetta, jota työpaikkamme tarvitsisi. Valittu aihe ei noussut heti kenenkään mieleen, mutta työpaikallamme meneillään olevan Vesote-projektin myötä koulutusylilääkärimme pyysi meitä osallistumaan jossain muodossa unettoman potilaan hoitopolun tekemiseen.

Ensimmäisessä Vesote-tapaamisessa toukokuussa, mihin me osallistuimme, pohdimme ja rajasimme muiden ryhmäläisten kanssa koulutusylilääkärin johdolla, aihealuetta, jota alkaisimme työstämään. Opinnäytetyön tarkoituksena lähtökohtaisesti oli tehdä tarkistuslista, miten uneton potilas kohdataan puhelimesta ja sairaanhoitajan vastaanotolla. Tarkistuslista tulee toimimaan pohjana unettoman potilaan hoitopolkua, jossa unettomalle potilaalle ohjataan ensisijaisesti lääkkeettömät unenhuoltokeinot. Yhtenäisen mallin pohjalta uneton potilas saa tasalaatuista ja hyvää hoitoa terveyskeskuksestamme. Aikaisemmin vastaavaa tarkistuslistaa ei ollut käytettävissä.

Työn aikataulu tuotti omat hankaluutensa. Saimme aiheen toukokuussa 2018. Koulutusylilääkärimme, joka myös toimi työpaikalla opinnäytetyön ohjaajana, toivoi työmme olevan valmis loka—marraskuun vaihteessa. Saimme tietää toukokuun lopulla opintopiirimme ja ohjaavat opettajat. Ensimmäinen opintopiiri tapaaminen oli vasta elokuun toiseksi viimeisellä viikolla. Eli tätä aikaisemmin emme saaneet koulun suunnalta minkäänlaista apua työn suhteen. Tekevinä, osaavina ja aikaansaavina sairaanhoitajina me emme tästä kuitenkaan hätkähtäneet, vaan aloimme itsenäisesti paneutumaan aiheeseen. Luimme toistamiseen Hirsimäen ja kumppaneiden (2009) tekemän Tutki ja Kirjoita-kirjan, jonka pohjalta aloimme työstää opinnäytetyötämme.

Aloitimme työn tekemisen aiheen rajauksesta. Rajasimme aiheen koskemaan 18—65 vuotiaita, joilla ei ole ajankohtaista vaikeaa perussairautta. Jos olisimme laajentaneet työmme koskemaan myös lapsia, nuoria, ikäihmisiä ja jotain vaikeaa sairautta sairastavaa, niin työn sisältö ja teoreettinen viitekehys olisi laajentunut liiaksi ja sen hahmottaminen ja käsitteleminen olisi ollut haastavaa. Toki tiedostimme, että vastaanotollamme tulee olemaan myös kyseisiä ryhmiä edustavia potilaita, mutta perusperiaatteet ovat kuitenkin samat unettoman potilaan kohtaamisessa. Tekemiämme ohjeita pystyy hyvin muovamaan kyseisiin ryhmiin kuuluvien kanssa.

Meillä oli työn aloitus vaiheessa käytettävissä naapurikunnassa käytössä oleva vastaavanlainen tarkistuslista, josta oli tarkoitus räätälöidä meidän terveyskeskukseen hyvin toimiva ja meidän tarpeita palveleva tarkistuslista. Toimeksiannon yhteydessä koulutusylilääkärimme halusi meidän tekevän tarkistuslistasta selkeämmän ja toimivamman sekä laativan kysymykset, joita hoitajat käyttävät tehdessään hoidontarpeenarviointia unettomalle potilaalle puhelimessa. Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt tarkistuslista on osa isompaa kokonaisuutta, unettoman potilaan hoitopolkua. Teoreettisen viitekehysten avainsanojen miettiminen oli suhteellisen helppoa. Koska käsittelemme unettomuutta ja sen lääkkeitöntä hoitoa niin avainsanoiksi muodostui: uni, uni-häiriö, unettomuus, unenhuolto, unettomuuden lääkkeetön hoito.

7.2 Tiedon haku

Aiheen rajauksen jälkeen kävimme ensin kaupungin kirjastossa ja sieltä löysimme useamman teoksen, joissa unta, unettomuutta ja unenhuoltoa käsiteltiin. Nämä luettuamme teimme tiedonhakuja eri hakusanoilla eri tietokannoista. Tietokannoista etsittiin artikkeleita, vertaisarvioituja artikkeleita, tutkimuksia ja/tai julkaisuja. Hakuja tehtäessä, kun käytimme useampaa hakusanaa yhtä aikaa, tuolloin tietokannoista ei juurikaan osumia löytynyt. Tämän vuoksi jouduimme tekemään haut yksittäisillä hakusanoilla ja etsimään lähde-materiaalit näiden onnistuneiden hakujen pohjalta. Yksittäisten hakusanojen

käyttö antoi useita osumia niin suomenkielisinä kuin englanninkielisinä. Ongelmaksi kuitenkin muodostui se, että useat tutkimukset ovat tehty jonkin tietyn erityisryhmän näkökulmasta.

Suomessa on muutamia unettomuuteen, unihäiriöön ja niiden hoitoon perehtynyttä asiantuntijaa. He ovat tehneet yksin ja myös yhdessä julkaisuja, tieteellisiä tutkimuksia, katsauksia ja artikkeleita sekä väitöskirjoja. He ovat myös kirjoittaneet useita kirjoja unettomuudesta sekä unettomuuden lääkkeettömästä hoidosta. Näitä kirjoja lainasimme kirjastosta ja käytimme myös lähdemateriaalina. Nämä kirjat ja teokset nousivat myös osumiksi esimerkiksi googlescholarin tietokannasta, kun hakusanana oli uni tai unettomuus. Koska näiden suomalaisten unitutkijoiden katsauksista ja tieteellisistä tutkimuksista on tehty muun muassa Käypä hoito suosituksia, pidimme lähdemateriaaleja hyvin luotettavina.

Aikaisempia tutkimuksia toimintamallista ja sen käyttämisestä sairaanhoitajan vastaanotolle unettoman potilaan kohtaamisessa ei tietokannoista löytynyt. Useita AMK-tasoisia opinnäytetöitä löytyi unettomuudesta ja osassa niistä käsiteltiin myös lääkkeettömiä hoitomuotoja.

Luimme näitä opinnäytetöitä ja hyödynsimme lukemamme perusteella nousseita ideoita myös omassa työssämme, vaikka varsinaisesti emme niitä valittuina lähdemateriaaleina käyttäneet. Löysimme unesta ja unettomuuden hoitamisesta muutaman väitöskirjan, mutta väitöskirjan laaja sisältö ei kaikilta osin vastannut meidän opinnäytetyön sisällöllistä tarvetta, jolloin hylkäsimme myös ne löytyneet väitöskirjat lähdemateriaaleista.

Teimme tiedonhakuja useamman kerran, yksin ja yhdessä. Tietohakuja tehtiin HAMK:n finnan kautta eri tietokannoista, kuten Käypä hoito -suositukset, Terveysportti, PubMed, JBI, Cinahl ja Medic sekä googlescholar. Lisäksi manuaalista tiedonhakuja ratamo—sivustojen kautta. Kun haku tuotti saman lähteen useammasta tietokannasta, merkitsimme lähteen otetuksi ensimmäiseen tietokanta hakuun. Lisämateriaalia opinnäytetyön teoriapohjaan ja tarkistuslistan tekemiseksi saatiin vielä VESOTE-työryhmän käyttämistä tiedostoista. Viimeisellä yhteisesti tehdyllä hakukerralla emme enää löytäneet uusia osumia. Tietokanta hakujen jälkeen kävimme vielä kaupunkimme kirjastossa informaatikon luona, mutta hänenkään antamalla hakusanoilla ja ohjeistuksella ei löytynyt uusia hakutuloksia tai uutta lähdemateriaalia.

Hakusanoina käytimme uni, unettomuus, unenhuolto sekä unettomuuden lääkkeetön hoito. Englanninkieliset hakusanat olivat insomnia, insomniac, sleep maintenace, sleep disorder, “not medicine treatment of insomnia” sekä non-pharmacological treatment of insomnia, sleep hygiene. Hakutuloksia rajattiin vuosiin 2010-2018 sekä aikuisiin, perusterveisiin ihmisiin. Osa valituista kirjastosta haetuista asiantuntijoiden tekemistä kirjoista on aikaisemmilta

vuosilta kuin mitä tehty vuosilukurajaus on tehty rajaamaan artikkeleita ja julkaisuja.

Ilman rajoituksia hakutuloksia tuli todella runsaasti ja rajausten jälkeen hakusumat vähenivät. Hakutuloksista valitsimme otsikon ja tiivistelmän perusteella sopivimmat, mutta näitäkään kaikkia emme välttämättä hyödyntäneet työssämme. Tulimme lukeneeksi paljon lähdemateriaalia, ja niiden käyttö ja hyödynnettävyys varmistui vasta niiden lukemisen jälkeen. Terveysportista tehdyissä hauissa käyttämämme hakusanojen jälkeen haku antoi ensisijaiset ja toissijaiset haut ja näin löytyi useita artikkeleita ja katsauksia, jotka olivat julkaistu Duodecimissa ja Suomen lääkirilehdessä. Osa katsauksista oli myös vertaisarvioituja. Usein kävi myös niin, että mielenkiintoisen artikkelin tai muun lähteen löydettyämme ja sitä lukiessamme tuli ajaututtua erinäisten klikkausten jälkeen seuraavaan ja sitä seuraavaan artikkeliin. Nämä lähdemateriaalit olemme liittäneet manuaalisen haun tuloksiin.

Kirjasto käynnin ja hakujen perusteella löytyi 16 kappaletta uneen, unettomuuteen ja unettomuuden lääkkeettömään hoitoon liittyvää kirjaa/teosta. Haasteen tiedonhaussa asetti muun muassa Medicissä se, että löytyneet haut, valinnat ja osumat eivät olleet vapaasti käytettävissä tai luettavissa. Osa löytyneistä artikkeleista oli luettavissa vain maksullisen tilauksen jälkeen, jolloin päätimme luopua näistä lähdemateriaaleista. Osasta löytyneistä artikkeleista ei myöskään täysin käynyt ilmi olivatko ne vertaisarvioituja.

Unettomuuden lääkkeettömästä hoidosta löytyi myös kansainvälisiä tutkimuksia. Suurin osa julkaisuista oli saatavilla vain lyhennettyinä versioina tai pelkkä abstrakti osuus tai ne oli juurikin kohdistettu johonkin tiettyyn erityisryhmään kuten syöpäsairaat tai ADHD lapset. Hakutulokset eivät myöskään johtaneet muuttuneisiin hakutuloksiin, käytti niin suomenkielisen tai englanninkielisen hakusanan yhteydessä lyhennystä ja tähti (*) merkkiä. Taulukko yksi havainnollistaa tiedonhaun. Mainittakoon, että mikäli käytetyllä hakusalla tai sanyhdistelmällä ei osumia tullut, emme ole niitä taulukkoon erikseen merkinneet.

Taulukko 1. Tiedonhaku

TIETOKANTA	HAKUSANAT	RAJAUKSET	TULOS	VALITTU
MEDIC	unettomuus or "unettomuuden lääkkeetön hoito"and unenhuolto	2010-2018	44	8
	uni or unihäiriö or unettomuus	2010-2018	43	0
	insomnia or "not medicin treatment of insomnia"and sleep disoder	2010-2018	13	1
	insomnia or sleep meintenence or insominac	2010-2018	104	1
	insomia and sleep maintenance or non-pharmacological treatment of insomina	2010-2018, väitöskirjat	577	0
GOOGLESCHOLAR	unettomuuden lääkkeetön hoito + unettomuus	2010-2018	380	0
RATAMO	unettomuus		39	5
	uni		794	2
TERVEYSPORTTI	unettomuus		99	7
lääkäriin tietokanta	unettomuus ja itsehoito		31	1
JBI	insomnia	2013-2018	130	0
	sleep maintenance	2013-2018	5	0
	sleep hygiene	2013-2018	18	0
MANUAALINEN HAKU				41

7.3 Toteutus

Tiedon haun jälkeen aloitimme työn toteutuksen. Jaoimme työmme teoreettisen viitekehyksen kolmeen osaan, uni ilmiönä, unihäiriöt ja unettomuuden lääkkeetön hoito. Aloitimme tekemään teoriaosuutta kesällä työnohessa ja kesälomalla. Jatkoimme työn työstämistä omatoimisesti yhdessä pitkälle syksyyn. Työn tekemiseen meni parinkolmen kuukauden aikana lähes kaikki viikonloput ja usein myös arki-illat. Työn tekemistä hankaloitti hieman se, että toinen meistä vaihtoi työpaikkaa kesän alussa. Jatkossa kaikki ajatusten vaihto työn tiimoilta tapahtui vapaa-ajalla. Alusta lähtien teimme työtä vain vapaa-ajalla työn ohessa. Kommentit työstä ja ohjaus työn tekemiseen tapahtui jatkossa vain toisen työpaikalla. Aikataulujen sopimattomuuden takia vain toinen pystyi osallistumaan ohjaustapaamisiin. Onneksi kommentit tulivat kerroksi omilla tapaamisilla, joita oli lähes viikoittain.

Tapaamisilla työstimme tekemäämme tekstiä ja suunnittelimme tulevaa. Jaoimme teoreettisen viitekehyksen tekemisen siten, että toinen teki pääosin uneen liittyvät asiat ja toinen unettomuuteen liittyvät asiat. Unenhuolto osuuden teimme yhdessä, tasapuolisesti. Osa unenhuollon osuuksista ja kappaleista syntyi omista intresseistä ja innostuksesta. Työn toiminnallisen osuuden teimme yhteistyössä alusta asti. Tuotos syntyi teoriapohjaan perustuen ja kehittelimme tarkistuslistan kysymykset siten, että niiden vastausten kirjaaminen on sujuvaa ja rakenteellista.

Ilman ohjausta työn tekeminen tuntui ajoittain epäselvältä ja haasteelliselta. Uni ja unettomuus osuus olivat selkeitä, mutta työn rakenteen tekeminen tuotti alussa ongelmia. Näin jälkikäteen voidaan todeta, että Viikkaan ja Airaksisen kirjan, Toiminnallinen opinnäytetyö, olisi kannattanut lukea jo siinä vaiheessa, kun luki Tutki ja kirjoita kirjaa. Näin työn rakennekin olisi selkeytynyt ennen työn aloitusta. Unen huollon avaamisessa jouduimme jo hieman enemmän pohtimaan ja tutkimaan, mitä kappaleen tulee sisältää. Kirjoja, tutkimuksia, katsauksia ja artikkeleita lukiessa kappaleen sisältö tarkentui pikkuhiljaa meille ja saimme sen hyvin avattua.

Ensimmäisessä opintopiirissä ja tiedon haun työpajassa saimme vinkkejä, miten työtämme kannattaa lähteä parantamaan. Tällöin saimme vihdoin lainaan kirjan Toiminallinen opinnäytetyö ja työn rakenne alkoi selkiytymään vielä paremmin.

Työn teoreettiseen viitekehykseen pohjautuen teimme tarkistuslistan sairaanhoitajalle vastaanoton tueksi unihäiriöisen potilaan kohtaamiseen ja hänen laadukkaan hoidon suunnittelua varten.

Tarkistuslistasta poimimme Unettomuus: Käypä hoito –suositusta hyödyntäen kolme kartoitettavaa kysymystä, jotka suunniteltiin ja suunnattiin puhelimen kontaktissa hoidontarpeen arvioinnin avuksi ja ohjaaviksi tekijöiksi. Opinnäytetyön tuotoksena tehty tarkistuslista tuli osaksi isompaa kokonaisuutta, unettoman potilaan hoitopolkua.

8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyötä tehdessä keskityimme myös eettisyyteen ja luotettavuuteen. Työn eteneminen sujui rehellisyyden ja avoimuuden nimissä. Käytetyt lähteet ovat merkitty ja viitattu asianmukaisesti ja tunnollisesti. Lähteiden käytössä kunnioitimme teoksen alkuperäisiä tekijöitä ja lähdemerkinnöistä pystyy tarvittaessa löytämään käytetyn aineiston. (Vilka & Airaksinen, 2003; Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012) Eettisyys näkyy työn huolellisessa ja tarkassa suunnittelussa. Luotettavuuden kriteerinä toimi muun muassa lähdemateriaalina käytettyjen aineistojen tutkittu tieto, ajankohtaisuus, ikä sekä vaikuttaviksi todetut hoitokäytännöt. Näiden varaan työn teoreettinen viitekehys pohjaa.

Jo ennen lähdeaineiston valintaa, arvioimme tietolähteiden tunnettavuutta, tuoreutta ja luotettavuutta. Rajasimme tiedonhaun lähdemateriaalin vuosien 2010–2018 välille. Tällöin voitiin varmistua siitä, että nopeasti kehittyvän tiedon ja tutkimusten pohjalta kuitenkin löytyy aiheeseen aikaisemmin tehtyjen tutkimusten kestävä tieto. Useissa tietohauissa osumat kohdistuivat samoihin asiantuntijoihin ja tekijöihin, mikä puolestaan lisäsi lähdemateriaalin auktoriteettia ja luotettavuutta, mutta kertoi samalla siitä, ettei valitsemaamme aiheetta olla vielä paljoa tutkittu. (Vilka & Airaksinen, 2003, s. 72–73) Työssä esitetyt asiat on koottu kuitenkin useammasta samaa aiheetta käsittelevistä ja toisiaan tukevista lähteistä, mikä myös lisää työn luotettavuutta.

Työn tekijöinä meidän vastuulla oli noudattaa hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Puolueettomasti, tarkasti ja huolellisesti suoritimme tiedonhaun eri tietokannoista ja lähdemateriaalien valinnassa olimme kriittisiä. Opinnäytetyöhön liittyvän päätöksenteon tasapuolisuus oli tärkeää, koska teimme opinnäytetyön parityönä. Toistemme kuunteleminen, arvostaminen ja yhteisesti sovitussa pysyminen tavoitteiden saavuttamiseksi lisäsi työn eettisyyttä ja sisällön luotettavuutta. Sujuvalla, luotettavalla sekä tiiviillä yhteistyöllä työn tilaajan kanssa oli kokonaisuudessaan opinnäytetyön luotettavuuteen ja eettisyyteen suuri vaikutus ja merkitys.

9 POHDINTA

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö syntyi työelämän tarpeesta. Hyvinkään kaupungin perusterveydenhuollon vastaanotoilla oli vuoden 2017 syksystä asti pyörinyt Vesote-projekti. Projektin yhtenä osa-alueena on uni. Projektin pohjalta vastaanotollemme on tarkoitus tehdä unettoman potilaan hoitopolku, jollaista meillä ei vielä ollut.

Vesote -projektiin osallistuvien suuresta työmäärästä johtuen, koulutusylilääkärimme tarjosi meille lopputyön aiheita projektin yhdestä osa-alueesta, unesta. Kokonaisen unettoman potilaan hoitopolun tekeminen olisi vienyt aikaa enemmän kuin 15 opintopistettä. Päädyimme siihen, että kehitteisimme yhtenäisen tarkistuslistan sairaanhoitajien vastaanotolle unettoman potilaan kartoittamiseksi ja ajanvaraukseen hoidontarpeenarviointia varten. Opinnäytetyön ja tarkistuslistan valmistuttua toinen meistä jatkaa unettoman potilaan hoitopolun kehittämistä ja loppuun viemistä yhdessä Vesote-projektin sairaanhoitajien ja lääkäreiden kanssa. Hoitopolkuun tullaan vielä kehittämään lääkkeitä vieroittamisen osio.

Työmme teoriapohja koostui unesta, unettomuudesta ja unenhuollosta eli lääkkeettömästä hoidosta. Valitsemamme teoreettinen viitekehys osoittautui toimivaksi. Unen, unen vaiheiden ja unen säätely mekanismien aukaisemisen myötä ymmärsimme unen eri osa-alueiden merkityksen ihmisen terveydelle. Laitimamme tarkistuslistan kysymyksillä kartoitetaan unettomaan potilaan kokonaistilannetta ja ohjataan lääkkeettömään hoitoon. Täten on tärkeää ymmärtää ja tietää mitä uni on ja mikä on sen merkitys ihmiselle. Oleellista on tunnistaa erilaiset unihäiriöt ja miten unettomuutta voidaan hoitaa lääkkeettömästi. Hoitajat saavat koulutuksen terveellisten elämäntapojen ohjaamiseen ja neuvontaan. Tämän työn myötä löysimme kuitenkin uusia näkökulmia muun muassa ravinnon merkityksestä ihmisen uneen ja sen laatuun.

Työn edetessä opimme, mitä haittoja vähäinen uni voi aiheuttaa ihmiselle ja mikä on unen vaikutus eri sairauksien synnyssä. Psykkisten sairauksien ja unen keskinäinen vastavuoroinen suhde on tärkeä ymmärtää. Nyky-yhteiskunnan vaatimukset ja kiireinen elämäntyö johtanee ihmisten stressin lisääntymiseen ja esimerkiksi iltapainotteiseen syömiseen. Nämä voivat johtaa mielen terveysongelmiin ja ylipainoon, jotka väijäämättä aiheuttavat ongelmia nukkumiseen. Unihäiriö käsittää uneen ja nukkumiseen liittyvät ongelmat.

Unihäiriöistä avasimme yleisimmät, kuten unettomuuden, uni—valverytmin häiriöt, uniapnean ja levottomat jalat. Edellä mainittujen unihäiriötilojen teoriaosuuden pohjalta muodostimme tarkistuslistaan kysymyksen, jolla kartoitetaan potilaan omaa mielikuvaa unesta ja sen laadusta. Avaavamme unihäiriöt ovat yleisimpiä unihäiriön muotoja, joita työssämme kohtaamme. Emme

katsovat aiheelliseksi lähteä avaamaan kaikkia unihäiriön muotoja, koska tällöin työn rajaaminen olisi ollut haasteellista ja työ itsessään olisi laajentunut liikaa. Työn toinen rajaus koski ikäjakaumaa, 18–65 vuotiaisiin, joka tilaajan mielestä saattaa vaikuttaa joidenkin tekijöiden alihuomiointiin, kuten muistisairaat. Kuitenkin teoriaosuus on hyvä yleiskatsaus tavallisista unihäiriöistä, niihin puuttumisesta ja niiden kartoittamisesta. Listatut asiat pätevät myös ikääntyneempiin terveyskeskuksessa asioiviin ja on hyvin hyödynnettävissä myös heidän erityispiirteet huomioiden. Lisäksi edellä mainittuun palautteeseen koulutusylilääkärin mielestä opinnäytetyötä voidaan soveltuvin osin käyttää henkilöstön koulutustilanteissa.

Unenhuoltoa käsitelimme siitä näkökulmasta, miten sen määrittelemät ohjeet vaikuttavat viitekehyksessä käsiteltyihin ja avattuihin unihäiriöihin. Unenhuollossa avasimme nukkumisympäristön, nukkumistottumusten ja elintapojen sekä käytössä olevien lääkkeiden vaikutukset nukkumiseen. Unen huollon tavoitteena on tukea nukahtamista, unessa pysymistä ja palauttaa sekaisin oleva unirytmitys ja näin voimistaa hyvää sänky—uni -assosiaatiota. Unenhuolto osuutta avatessa saimme käsityksen siitä, minkälaiset elintavat vaikuttavat uneen ja miten ja miksi ne voivat aiheuttaa unettomuutta. Yleisten suosituksen mukaiset elintavat myötävaikuttivat hyvän unen ylläpitämiseen. Tähän teoriapohjaan perustuen pidimme oleellisena muodostamamme tarkistuslistan kysymykset terveydentilasta ja terveystottumuksista.

Unenhuollon lääkkeettömiä metodeja valitsimme työhön tutkitun tiedon pohjalta. Metodit perustuivat suurelta osin mielen ja kehon erilaisiin rentoutumismenetelmiin. Internet pohjaiset itsehoito menetelmät todettiin myös hyödyllisiksi. Terapia muodoista unettomuushäiriöiden ensisijaisena terapiamuotona pidetään kognitiivis-behavioraalista -terapia menetelmää. Esimerkiksi primaarisen unettomuuden hoitona kognitiivis-behavioraalista terapiasta on todettu potilaiden saavan noin 70 % hyödyn unettomuuden hoitamiseksi ja tilanteen parantamiseksi. Lääkkeettömällä hoito keinoilla pyritään unettomuuden noidankehän katkaisemiseen ja uusien toimintamallien oppimiseen. Tutkimuksissa selvisi, että unettomuuden lääkkeetönhoito ei sovi yksinään pitkäaikaisesta unettomuudesta potevalle, mutta on hyvä lisä muulle hoidolle.

Tarkistuslistan kysymykset pohjautuivat työn teoriaosuudessa käsitellyille ja avatuille avainsanoille. Kysymyksiensä pohjalta sairaanhoitajan on helpompi kartoittaa tasalaatuisesti potilaan unihäiriön vaikutus terveyteen ja toimintakykyyn. Tarkistuslistan mukaan hoitaja pystyy kartoittamaan unettomuuden taustalla olevat mekanismit sekä altistavat, laukaisevat ja ylläpitävät tekijät. Anamneesin pohjalta selviää potilaan perussairaudet ja lääkitys, joilla molemmilla on vaikutukset unettomuuteen.

Näyttöön ja tutkittuun tietoon perustuva teoriaosuus toimii vankkana pohjana ja perusteena jokaiselle tarkistuslistan kysymykselle.

Tarkistuslistan implementointi, juurruttaminen, päivittäiseen toimintatapaan työyhteisössä alkaa lopullisesti unettoman potilaan hoitopolun valmistuttua kokonaisuudessaan. Tällä hetkellä tarkistuslista on kertaalleen tullut jo testattua kollegan toimesta. Saadun palautteen mukaan lista loi selkeän rungon vastaanottotilanteeseen sekä kysymykset olivat toimivia ja kirjaaminen oli helppoa. Potilas ohjautui lääkärin vastaanotolle hoitajan käynnin jälkeen. Lääkärin antaman palautteen mukaan potilas oli tarkistuslistan ansioista kattavasti haastateltu ja ongelmat kartoitettu sekä käyntiteksti oli sujuvaa ja rakenteellisesti kirjattua.

Tiedonhaku osoittautui paikoitellen melko haasteelliseksi, hankalaksi ja työlääksi. Lainasimme kirjastosta 16 kirjaa, jotka on koko lailla kannesta kanteen luettu. Tämän jälkeen, kun aiheeseen saimme lisävalistusta ja mielenkiinto heräsi, etsimme tietoa eri tietokannoista erilaisilla hakusanoilla ja niiden yhdistelmillä. Jotkut tietokannat tuottivat sopivia ja käyttökelpoisia osumia. Usein lähdemateriaalia lukiessa sähköisessä muodossa, huomasimme ”eksyneen” aloitusta artikkelista jopa kolmen tai neljän lisäsivuston pyörteisiin. Usein hakutulosten osumat olivat liitettynä tai olivat tehty johonkin erityisryhmään, sairautteen ja/tai ikäryhmään kohdistuen. Koska olimme ajatelleet ja rajanneet työn periaatteessa perusterveelle aikuisväestölle, sulki tämä monta lähdemateriaalia pois laskuista. Toisaalta hakutulosten vähyys osoitti meille sen, että aihetta ei ole vielä paljon tutkittu etenkin perusterveen aikuisen ihmisen näkökulmasta.

Työmme aihe, unettomuuden lääkkeetön hoito on kuitenkin suuntaus, johon olemme terveydenhuollossa menossa. Kertoohan tästä sekin, että tämä kuuluu sosiaali- ja terveysministeriön tämän hetkiseen kärkihankkeeseen. Työntekeminen ajankohtaisesta aiheesta oli mielenkiintoista ja tieto siitä, että itse pääsee toteuttamaan ja hyödyntämään työn produktia käytännön työssä lisäksi motivaatio entisestään. Loppuseminaarissa työn tilaajan tiloissa kollega totesi, että työmme oli nostattanut useita uusia näkökulmia esiin, joita hän ei aikaisemmin ollut osannut yhdistää unettomuuteen.

Käytimme työssämme paljon Suomessa tehtyä lääketieteellistä ja hoitotieteellistä tutkimusta. Kiinnitimme huomiota tutkimusten, julkaisujen, artikkelien, katsausten ja kirjojen tekijöihin, ajankohtaisuuteen ja luotettavuuteen. Otimme mukaan myös muutamia kansainvälisiä tutkimuksia tueksi työmme tuloksille. Päädyimme käyttämään suurimmaksi osaksi Suomessa tehtyjä tutkimuksia, koska tällöin pystyimme luottamaan siihen, että tulokset ovat käytettävissä ja vertailukelpoisia meidän olosuhteissa.

Jos tutkimus on tehty toisella puolella maapalloa, ei tuloksen hyödyttävyyden ja vertailukelpoisuuden ole välttämättä hyvä meidän olosuhteisiin. Uneen vaikuttaa niin paljon esimerkiksi se, millä aikavyöhykkeellä elämämme, millainen työ- ja elämän rytmi meillä on.

Työmme tulosten luotettavuutta olisi parantanut se, jos tutkimustuloksia olisi löytynyt enemmän ja useamman asiantuntijan tekemänä. Pidämme kehittämäämme tarkistuslistaa kuitenkin luotettavana, koska se on tämän hetkiseen näyttöön ja tutkittuun tietoon pohjautuvaa. Tarkistuslistasta ja kysymyksistä saattaisi tulla erilainen, jos sen tekisi vaikkapa 20-vuoden kuluttua uudestaan. Lääketiede kehittyy ja muuttuva yhteiskunta vaikuttavat aina ihmisten elämään ja nukkumisen.

Työskentelimme paljon itseohjautuvasti, koska jouduimme aloittamaan teoriapohjan tekemisen ennen ensimmäistä opintopiiriä. Tässä itseohjautuvuudessa meitä auttoi lähes 30 ammattivuotta ja urat sairaanhoitajina erilaisissa työyksiköissä sekä luonteemme toimeliaana, työteliäänä ja aikaansaavina ihmisenä. Ensimmäisessä opintopiirissä saimme palautetta tekemästämme tiedonhausta, joka ei ollut riittävä, eikä sitä oltu työssämme aukaistu ymmärrettävästi. Kuitenkin positiivinen palaute itseohjautuvuudesta ja teoreettisen viitekehityksen tekemisestä oli kannustavaa ja antoi potkua työn eteenpäin viemiseen ja itsemme kehittämiseen. Saatujen vinkkien ja ohjeiden pohjalta teimme tiedonhaun vielä pariin kertaan ja lopulta saimme sen dokumentoitu helposti toistettavaan muotoon.

Opinnäytetyön rakenteen tekemisessä auttoi perehtyminen kirjaan Toiminnallinen opinnäytetyö. Tässä kohtaa voimme todeta, että itseohjautuvuus ei ollut riittänyt työn oikeaoppiseen rakenteen tekemisen perehtymiseen. Täytyy myös muistaa, että meidän sairaanhoitajaksi opiskelemisesta ja koulun penkillä istumisesta on kulunut kohtalaisen monta vuotta. Vaikka olemme opiskelleet 45 opintopistettä rajatun lääkkeen määräämisen sairaanhoitajan erikoispätevyyden, ei siihen koulutukseen liittynyt opinnäytetyön tekemistä.

Opinnäytetyön tekeminen oli ajoittain haastavaa, koska olimme täysipäiväisesti työssä, emme opiskelijoita emmekä opintovapaalla. Saimme kuitenkin hyvin ja tasapuolisesti jaettua tekemämme työt ja yhteiset arviointi hetket. Työn rakenteesta olimme muutamaa pientä poikkeusta lukuun ottamatta samaa mieltä. Yhteiset työntekohetket olivat rakentavia ja työtä eteenpäin vieviä.

Opinnäytetyön alkutaipale ja alkuun pääseminen oli kankeaa, mutta mielenkiintoinen ja ajankohtainen aihe sekä työelämän tarve oli hyvä motivaattori. Pikkuhiljaa valmistunut teoriapohja ja tuotettu teksti antoi lisäpuhtia ja lisäsi mielenkiintoa työ valmiiksi saamiseksi. Välillä niin sanotussa patti tilanteessa ja tyhjiö fiiliksessä tai kaikkensa antaneena, käytimme oppimaamme ohjetta hyväksi eli aamu on iltaa viisaampi ja annoimme aivojemme levätä yön jos toisenkin yli. Luotimme siihen, että aivomme unen aikana poistaa turhan lähde-materiaaliannin ja taltio tarpeellisen tiedon meidän pitkäkestoiseen muistiin.

Koko opinnäytetyöprosessin ajan koimme kehittyvämmä ja oppivamme aiheesta uutta. Mitä lähemmäksi työn valmistuminen tuli sitä helpottuneemmaksi olomme tunsimme. Koska kehittelemämme tarkistuslista otettiin positiivisin palauttein ja odottavin mielin vastaan, antoi se ison kiitoksen. Tarkistuslistan tarpeellisuuden huomasimme vasta, kun se valmistui ja ensimmäisen kerran oli konkreettisesti oikeassa potilastilanteessa käytössä. Tämän jälkeen voimme todeta, ettei lukuisat työntäyteiset tunnit ja epätoivon hetket ole menneet hukkaan. Motivaatio työn jälkeenkin on korkealla, sillä kohta pääsemme tarkistuslistaa myös itse konkreettisesti käyttämään.

LÄHTEET

Aho, V. (2016). *Kuolema korjaa univelat? Effect of cumulative sleep loss on immune functions and lipid metabolism*. Väitöskirja. Dissertationes Scholae Doctoralis Ad Sanitatem Investigandam Universitatis Helsinkiensis 70/2016. Haettu 11.9.2018 osoitteesta <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/167475/Kuolemak.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Haaromo, P. (2014). *Insomnia, ill health and work disability, a longitudinal study among employees*. Haettu 9.9.2018 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-9660-9>

Hedensjö, B. (2014). *Hyvää yötä*. Suomentanut Veli-Pekka Ketola. Helsinki: Art House

Holmström, N & Kähkönen, S. (2016). *Kognitiivinen psykoterapia*. Lääkäriin käsikirja. Haettu 1.8.2018 Terveystietä. Artikkelin tunnus: ykt01388 (035.052)© 2018 Kustannus Oy Duodecim

Hotus, (n.d). Näyttöön perustuva toiminta. Vaikuttavuutta terveydenhuoltoon. Haettu 23.9.2018 osoitteesta <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>

Hublin, C. (2018). *Unettomuus*. Lääkäriin käsikirja. Haettu 15.7.2018 Terveystietä. Artikkelin tunnus: ykt00836 (035.008)© 2018 Kustannus Oy Duodecim

Hublin, C. & Lagerstedt, R. (2012a). Unettomuuden arviointi ja diagnostiikka. Teoksessa H. Järnefelt & C. Hublin (toim.) *Työikäisten unettomuuden hoito*. Tampere: Tammerprint Oy

Hublin, C. & Lauerma, H, & Järnefelt, H. (2011). Muut unihäiriöt. Teoksessa Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P., Vataja, R. (2011). *Kliininen neuropsykiatri*. Helsinki: Duodecim

Huttunen, M. (2017). *Unettomuus*. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 10.9.2017 Terveystietä. Artikkelin tunnus: dlk00534 (019.154)© 2018 Kustannus Oy Duodecim

Huutoniemi, A. & Partinen, M. (2015). *Unen aika*. Helsinki: Auditorium kustannusosakeyhtiö.

Hyyppä, M. & Kronholm, E. (1998). *Uni ja vire*. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Jeding, K. (2011). *29 sivua unettomuutta vastaan*. Suomentaja Jaana-Mirjami Mustavuori. Helsinki: Basam Books Oy.

Junnila, S. (2014). *Akupunktuuri*. Lääkärin käsikirja. Haettu 23.8.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: ykt00496 (020.072)© 2018 Kustannus Oy Duodecim

Järnefelt, H. (2017). Psykologiset hoitomuodot tehoavat unettomuuteen. *Suomen Lääkärilehti*. Haettu 17.8.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: sll45788 (201712776)© 2018 Suomen Lääkäriliitto

Järnefelt, H. (2012a). Unen ABC. Teoksessa H. Järnefelt & C. Hublin (toim.) *Työikäisten unettomuuden hoito*. Tampere: Tammerprint Oy

Järnefelt, H. (2012b). Unettomuuden lääkkeettömän hoidon lähtökohdat. Teoksessa H. Järnefelt & C. Hublin (toim.) *Työikäisten unettomuuden hoito*. Tampere: Tammerprint Oy

Järnefelt, H. (2012c). Psykoedukaatio, unen huolto ja rentoutuminen. Teoksessa H. Järnefelt & C. Hublin (toim.) *Työikäisten unettomuuden hoito*. Tampere: Tammerprint Oy

Järnefelt, H. & Hublin, C (2012d). Kognitiiviset menetelmät. Teoksessa H. Järnefelt & C. Hublin (toim.) *Työikäisten unettomuuden hoito*. Tampere: Tammerprint Oy

Järnefelt, H., Salin, M., Hublin, C. (2012). Unettomuuden lääkkeettömän hoidon koulutus ja käytäntö työterveyshuollossa. *Työterveyslääkäri* 2012;30(1)79-81

Kahvi ja terveys. n.d. Valppaus-kuvio. Haettu 21.9.2018 osoitteesta <http://www.kahvijaterveys.fi/old/henkinen-suorituskyky/kofeiini-ja-uni.html>

Kajaste, S. (2015a). Perusterveydenhuollon käyttöön tarkoitetut kognitiivis-behavioraaliset hoito-ohjelmat. Näytönastekatsaus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 8.8.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: nak06356 (000.000)© 2018 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Kajaste, S. (2015b). Kognitiiviset (CBT, kognitiivis-behavioraaliset menetelmät) pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa. Haettu 9.9.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: nix01074 (000.000)© 2018 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Kajaste, S. (2015c). *Unettomuushäiriön kehittyminen*. Lääkäriseura Duodecim. Haettu 4.7.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: nix02231 (000.000)© 2018 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Kajaste, S. (2015d) *Hypnoosi kroonisen unettomuuden hoitona*. Näytönastekatsaus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 9.9.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: nak06363 (000.000)© 2018 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Kajaste, S. (2015e) *Itsehoito-ohjelmat unettomuushäiriön hoidossa*. Näytönastekatsaus. Artikkelin tunnus: nak08542 (000.000) © 2018 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Kajaste, S. & Markkula, J (2015) *Hyvää yötä. Apua univaikeuksiin*. 3. painos. Helsinki. Soile Kajaste, Juha Markkula ja Kirjapaja.

Kukkonen-Harjula, K, (2015). *Liikuntaharjoittelu unettomuuden hoidossa*. Näytönastekatsaus. Haettu 7.9.2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/?term=Kukkonen-Harjula%2C%202015>

Liikunta: Käypä hoito –suositus (2016). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 7.9.2018 osoitteesta www.kaypahoito.fi

Markkula, J & Lamusuo, S. (2017). *Unen erityishäiriöt- miten tutkin, miten hoidan?* Suomen lääkirilehti. Haettu 8.8.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: sll45791 (201712794)© 2018 Suomen Lääkäriliitto

Mielenterveystalo. (n.d). *Omahoito ja oppaat. Unettomuuden omahoito*. Mielenterveystalo. Haettu 24.8.2018 osoitteesta https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/unettomuuden_omahoito/Pages/default.aspx

Ollila, H. & Kronholm, E. & Paunio, T. (2011). *Unen yhteys aineenvaihdunnan häiriöihin*. Suomen Lääkirilehti 36/2011 vsk 66, s. 2573-2578. Haettu 38.9.2018 osoitteesta <https://docplayer.fi/5996369-Unen-yhteys-aineenvaihdunnan-hairioihin.html>

Partinen, M. & Huovinen, M. (2007). *Terve uni*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Partinen, M. & Huovinen, M. (2011). *Unikoulu aikuisille. Opi selättämään unettomuus*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Partonen, M. (2012). Tietoa potilaalle: Epäsäännöllinen työaika ja vuorotyö. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 2.7.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: dlk01013 (032.049)© 2018 Kustannus Oy Duodecim

Partonen, T. (2014). *Unihäiriöiden koko kuva*. Suomen lääkärilehti. Haettu 25.7.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: sll42074 (2014463)© 2018 Suomen Lääkäriliitto

Partonen, T. (2015a). *Aikaerosta johtuvat unen ongelmat*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 5.7.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: nix01064 (000.000)© 2018 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Partonen, T (2015b). *Vuorokausirytmii ja unen säätely*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Käypä hoito. Haettu 5.9.2018 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01062>

Partonen, T. (2016). Tietoa potilaalle: Uni-valverytmin häiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 5.7.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: dlk00535 (019.105)© 2018 Kustannus Oy Duodecim

Partonen, T, Stenberg, T. (2017). *Sisäisen kellon mekanismin ratkaisu toi lääketieteen Nobel-palkinnon*. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Haettu 5.9.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: duo14017 (014.017)© 2018 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Paunio, T, Porkka-Heiskanen, T. (2008). *Unen merkitys sairauksien synnyssä*. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Haettu 5.8.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: duo97135 (097.135)© 2018 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Paunio, T, Tuisku, K, Korhonen, T. (2015). *Sleep, work and mental health*. Haettu 9.9.2018 osoitteesta http://www.psykiatriantutkimussaatio.fi/uploads/files/PF_2015/PF2015_ART5.pdf

Pesonen, A-K., Kuula, L., Urrila, A., (2017). *Viivästyneen unijakson lääkkeettömät hoidot*. Suomen Lääkärilehti. Artikkelin tunnus: sll45789 (201712782) © 2018 Suomen Lääkäriliitto

Phil, S. & Aronen, A-M. (2015). *Unentaidot. Löydä uni ilman lääkkeitä*. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Porkka-Heiskanen, T. & Stenberg, D. (2008). *Unen kemia*. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Haettu Terveysportista. Artikkelin tunnus: duo97022 (097.022) © 2018 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Rinne koti-Säätiö KV-TIETOPANKKI. (n.d.). Uni-valverytmin rytmittäjät. Haettu 21.9.2018 osoitteesta <http://www.kvtietopankki.fi/terveyden-edistaminen/uni-ja-unihairiot/uni-ja-unen-merkitys/unentarve-ja-unirytmii>

Ronkainen, S. & Pehkonen, L. & Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. (2013). *Tutkimuksen voimasanat*. 1.—2. Painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Saarelma, O. (2018a). *Tietoa potilaalle: Levottomat jalat -oireyhtymä*. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 1.7.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: dlk00294 (026.001)© 2018 Kustannus Oy Duodecim

Saarelma, O. (2018b). *Tietoa potilaalle: Akupunktio (akupunktuuri)*. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 30.7.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: dlk00062 (032.132)© 2018 Kustannus Oy Duodecim

Sallinen, M. (2013). *Uni, muisti ja oppiminen*. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 24.8.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: duo11307 (011.307)© 2018 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Saunamäki, T, Kilpinen, R, Schwenson, M, Tulppo, J, Himanen, S-L. (2017). *Uniapnean kognitiiviset vaikutukset ja työkyky*. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Haettu 28.7.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: duo13976 (013.976)© 2018 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

Stenberg, T. (2007). *Hyvää yötä. Kohti parempaa unta*. 1. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy

Sosiaali- ja terveysministeriö. *Elintapaohjauksen vahvistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa ja sen palveluketjuissa*. Haettu 17.9.2018 osoitteesta <https://stm.fi/rahoitettavat-hankkeet>

Synonyymit. (n.d). Haettu 8.9.2018 osoitteesta www.synonyymit.fi

Terveysministeriö. 30.12.2010/1326. Haettu 21.9.2018 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL. (2018) Elintavat ja ravitsemus. Terveys ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 13.6.2018. Haettu 1.10.2018 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/uni/unihairiot>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta ohje 2012. Haettu 29.9.2018 osoitteesta http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Unettomuus: Käypä hoito –suositus (2018) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu osoitteesta 7.9.2018. www.kaypa-hoito.fi

Uniliitto Ry. (n.d). Haettu 3.8.2018 osoitteesta www.uniliitto.fi

Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla): Käypä hoito –suositus (2017). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistyksen ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 8.9.2018 osoitteesta www.kaypahoito.fi

UKK-instituutti. (2018). *Vesote-hanke*. Haettu 17.9.2018 osoitteesta <http://www.ukkinstituutti.fi/vesote>

Vilka, H, Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Jyväskylä; Gummerus Kirjapaino Oy

VitalMed. Helsingin Uniklinikka. (n.d). Unettomuus. Haettu 15.7.2018 osoitteesta <https://www.uniklinikka.fi/unihairiot/unettomuus>

Vuorokausirytmä ja unen säätely: Käypä hoito –suositus (2015). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 15.8.2018 osoitteesta <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01062>

Werner-Seidler, A, Johnston, L, Christensen, H. (2018). *Digitally-delivered cognitive-behavioural therapy for youth insomnia. A systems review*. Black Dog Institute, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia. Haettu osoitteesta 18.10.2018 <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.01.007>

Wigren, H-K. & Stenberg, T. (2015). *Kuinka nukkuminen elvyttää aivojamme?* Suomalainen Lääkärikirja Duodecim. Haettu 22.8.2018 Terveysportista. Artikkelin tunnus: duo12063 (012.063)© 2018 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

ESITIEDOT

- **Ikä**
- **Perussairaudet**
- **Unihäiriön kesto, historia**
 - Aikaisemmat uniongelmat ja niiden hoito
 - Kuinka usein unettomuutta esiintyy
 - Keskeisin ongelma unihäiriössä
- **Elämäntilanne, työ, stressitekijät, mieliala**
 - Haittaako unettomuus sosiaalista elämää tai työelämää
 - Mahdolliset ihmissuhdeongelmat
 - Matala kynnyks
 - Mahdolliset taloudelliset ongelmat
 - sosiaalihojaaja
 - Ahdistuneisuus, masentuneisuus
 - BDI, Cad->matala kynnyks tai lääkäriin vo
- **Oma käsitys unettomuuden syistä ja unen laadusta**
 - Toimintakyky, vireys seuraavana päivänä
 - Psykkiset vaikutukset
 - Muistivaikeudet
 - Fyysiset vaikutukset
 - Levottomat jalat
 - Kuorsaus
 - Sydämen tykytyks
 - Ynnä muuta esille nousevaa

- **Itsehoitometodit ja niiden vaste unettomuuteen**

- Rentoutuminen, Mindfulness
- Terapiat
- Hypnoosi, akupunktio
- Muutokset elämäntapatottumuksissa muun muassa; ravinto, päihteet, liikunta, media-aika, päivärytmin aikataulut

LÄÄKEHOITO

- **Käytössä olevat lääkkeet**

- Luontaistuotteet, melatoniini, nukkumiseen vaikuttavat lääkkeet, yhteisvaikutukset

(HUOMIO: statiinit, astmalääkkeet, dementiaalääkkeet, tyroksiini, kortisoni, tulehduskipulääkkeet, masennuslääkkeet, epilepsialääkkeet, keskushermostostimulantit, Parkinsonin lääkkeet)

STATUS

- **Terveydentila**

- nykytila

- **Fysiologiset mittaukset**

- Paino
- Pituus
- Vyötärönympäryys
- Verenpaine, pulssi

- **Itsehoitometodit ja niiden vaste unettomuuteen**

- Rentoutuminen, Mindfulness
- Terapiat
- Hypnoosi, akupunktio
- Muutokset elämäntapatottumuksissa muun muassa; ravinto, päihteet, liikunta, media-aika, päivärytmin aikataulutus

LÄÄKEHOITO

- **Käytössä olevat lääkkeet**

- Luontaistuotteet, melatoniini, nukkumiseen vaikuttavat lääkeaineet, yhteisvaikutukset

(HUOMIO: statiinit, astmalääkkeet, dementialääkkeet, tyroksiini, kortisoni, tulehduskipulääkkeet, masennuslääkkeet, epilepsialääkkeet, keskushermostostimulantit, Parkinsonin lääkkeet)

STATUS

- **Terveydentila**

- nykytila

- **Fysiologiset mittaukset**

- Paino
- Pituus
- Vyötärönympäryys
- Verenpaine, pulssi

TERVEYTEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

- **Terveystottumukset/terveyteen vaikuttavat tekijät**
 - Ravinto
 - Liikunta
 - Alkoholi
 - Tupakka, päihteet
 - Stressinsietokyky

- **Nukkumistottumukset ja olosuhteet**
 - Nukkumaan meno aika, heräämisaika, unen kesto
 - Nukahtamisviive, yölliset heräämiset, vaikeus nukahtaa uudestaan
 - Melu, lämpötila, valaistus, vuodekumppani

UNIHÄIRIÖISEN POTILAAN HOIDONTARPEENARVIOINTI PUHELINKONTAKTISSA

1. Unihäiriön kesto,

- esiintyykö sitä vähintään kolmena päivänä viikossa yli kuukauden ajan?
 - Tilapäinen -> hoitajalle
 - Krooninen/pitkäaikainen -> lääkärille -> hoitajalle

2. Unihäiriön keskeisin ongelma ja sen vaikutus päiväaikaiseen toimintakykyyn?

- Unihäiriöt (levottomat jalat, uniapnea ym. -> lääkäriin
- Unettomuus (nukahtamisen vaikeus, unessa pysymisen vaikeus, yö heräily) -> hoitajalle
- Jos ei päiväaikaista toimintakyvyn heikkenemistä niin ohjataan itsehoitoon

UniVäsy-kysely



Tämä kysely selvittää uniongelmiä ja nukkumisajan esiintymistä. Ole hyvä ja vastaa oheisiin kysymyksiin muistelemalla aina **VIIMEEKSI KULUNUTTA KUUKAUTTA**.

1. Onko sinulla ollut **vaikeuksia nukahtaa**?
 1. Ei koskaan
 2. Harvemmin kuin kerran viikossa
 3. 1 - 2 päivänä viikossa
 4. 3 - 5 päivänä viikossa
 5. Päivittäin tai lähes päivittäin
2. Kuinka usein olet **herännyt vähintään 2 kertaa yöllä nukkuessasi**?
 1. En koskaan
 2. Harvemmin kuin kerran viikossa
 3. 1 - 2 yönä viikossa
 4. 3 - 5 yönä viikossa
 5. Joka yö tai lähes joka yö
3. Kuinka usein olet **herännyt liian aikaisin aamulla** pystymättä enää nukahtamaan uudelleen?
 1. En kertaakaan
 2. Harvemmin kuin kerran viikossa
 3. 1 - 2 päivänä viikossa
 4. 3 - 5 päivänä viikossa
 5. Päivittäin tai lähes päivittäin
4. Onko **unesi/nukkumisesi virkistänyt sinua yleensä viimeksi kuluneen kuukauden aikana**?
 1. Uneni on virkistänyt minua yleensä hyvin (Olen herännyt aina tai lähes aina virkeänä)
 2. Uneni on virkistänyt minua yleensä melko hyvin.
 3. Uneni on virkistänyt minua joskus (Olen ollut melko usein väsynyt herättyäni)
 4. Uneni ei ole usein virkistänyt minua (Olen ollut usein väsynyt herättyäni)
 5. Uneni ei ole virkistänyt minua (Olen ollut lähes aina tai aina väsynyt herättyäni)
5. Oletko tuntenut itsenne **väsyneeksi** päivisin?
 1. En koskaan
 2. Harvemmin kuin kerran viikossa
 3. 1 - 2 päivänä viikossa
 4. 3 - 5 päivänä viikossa
 5. Päivittäin tai lähes päivittäin
 - 6.
6. Kuinka usein **nukut päivän aikana**?
 1. En koskaan
 2. Harvemmin kuin kerran viikossa
 3. 1 - 2 päivänä viikossa
 4. 3 - 5 päivänä viikossa
 5. Päivittäin tai lähes päivittäin
7. **Kuinka monta tuntia nukut keskimäärin ÖISIN?**
Nukun keskimäärin noin _____ tuntia yössä.
8. **Kuinka monta tuntia unta tarvitset** (kuinka monta tuntia nukkuisit jos voisit nukkua niin pitkään kuin haluat)? -
Eli kuinka pitkän unen tarvitset ollaksesi seuraavana päivänä virkeä ja hyvässä työviireessä?
Tarvitsen noin _____ tuntia ja _____ minuuttia unta vuorokaudessa.

Lisää yksi piste jokaisesta tunnista, joka erottaa nukkumasi ajan arvioimastasi unen tarpeesta (Esim. nukuttu aika 6 tuntia, tarve 8 tuntia = 2 tuntia = 2 pistettä).

VAS (unettomuus ja päiväaikainen vireys)

Arvioi seuraavia oireitasi tällä hetkellä (kuluneen viikon aikana) asteikolla 0-10, jossa 0 vastaa pahinta mahdollista tilannetta oireiden suhteen ja 10 parasta mahdollista tilannetta. Vedä arvioimaasi kohtaan poikkiviiva / .

NUKAHTAMISVAIKEUS

0	10
nukahtaminen on erittäin vaikeaa, kestää tunteja	nukahdan helposti

UNESSA PYSYMISEN VAIKEUS (katkonainen yöuni)

0	10
herään useita kertoja yössä	nukun yhtäjaksoisesti koko yön

LIIAN AIKAINEN AAMUÖINEN HERÄÄMINEN

0	10
herään muutaman tunnin ennen kellon soittoa	herään kellon soittoon

PÄIVÄAIKAINEN VIREYS

0	10
olen lähes toimintakyvytön väsymyksestä	olen pirteä ja toimintakykyinen

NIMI

PVM

VAS-kysely käytössä Helsingin Uniklinikalla.

UNETTOMUUDEN HAITTA-ASTEEN ARVIO (ISI; Insomnia Severity Index)

Vastaa alla oleviin kysymyksiin ympyröimällä se vaihtoehto, joka mielestäsi parhaiten vastaa tilannettasi viimeksi kuluneen **kuukauden aikana**.

1. Arvioi univaikeuksiesi VAKAVUUTTA.

	Ei lainkaan	Lievä	Kohtalainen	Vakava	Erittäin
1) Nukahtamisvaikeus	0	1	2	3	4
2) Unessapysymisvaikeus	0	1	2	3	4
3) Liian aikainen herääminen aamulla	0	1	2	3	4

2. Kuinka TYYTYVÄINEN / tyytymätön olet tämänhetkiseen nukkumiseesi?

0 Erittäin tyytyväinen 1 Tyytyväinen 2 En osaa sanoa 3 Tyytymätön 4 Erittäin tyytymätön

3. Missä määrin arvioit nukkumisongelmasi HÄIRITSEVÄN päivittäistä toimintaasi (esim. aiheuttaa väsymystä päivällä, häiritsee suorituskykyäsi, aiheuttaa keskittymis- ja muistamisvaikeuksia, vaikuttaa mielialaan)?

0 Ei häiritse yhtään 1 vain vähän 2 jonkin verran 3 Paljon 4 Häiritsee erittäin paljon

4. Kuinka helposti luulet muiden HUOMAAVAN nukkumisongelmasi heikentäneen elämänlaatuasi?

0 Eivät huomaa lainkaan 1 Juuri ja juuri 2 Melko helposti 3 Helposti 4 Huomaavat erittäin helposti

5. Kuinka HUOLESTUNUT/ ahdistunut olet tämänhetkisen nukkumisongelmasi vuoksi?

0 En ollenkaan 1 Vähän 2 Jonkin verran 3 Paljon 4 Erittäin paljon

Nimi _____

PVM _____

Lähde: Insomnia Severity Index by CM Morin (The Insomnia Severity Index: Psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response/*Sleep*, 2011;34:601-608)

BNSQ/FIN

peruslomake aikuiset

1

BNSQ-FIN₂₀₀₈ unikyselylomake

Tässä lomakkeessa esitetyt kysymykset ovat tärkeitä unihäiriöiden diagnostiikan ja hoidon kannalta. Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin ympäröimällä oikea vaihtoehto ja / tai täydentämällä puuttuvat kohdat KUIVAMUSTEKYNÄLLÄ. Osa kysymyksistä muistuttaa paljon toisiaan. Vastatkaa kuitenkin kaikkiin kysymyksiin. Se on tärkeää unen ja unihäiriöiden kartoittamisen kannalta.

Tämän lomakkeen täyttämispäivämäärä. Tänään on _____. _____. 20 ____.

1. Sukunimi _____ Etunimi _____
(tekstinen) (tekstinen)
- 2a. Syntymäaika ja henkilötunnus _____ - _____ SUKUPUOLI: 0 nainen 1 mies
pv kk vv tunnus
IKÄ: Olen nyt _____-vuotias
- 2b. Siviilisääty
1. Naimisissa 2. Avoliitossa 3. Naimaton 4. Eronnut 5. Leski

NUKKUMISTA JA UNETTOMUUTTA KOSKEVIA KYSYMYKSIÄ

(mieltikää aina **viimeksi kuluneita kolmea kuukautta** paitsi, jos asiaa kysytään lyhyemmältä ajanjaksolta)

3. Onko Teillä ollut **vaikeuksia nukahtaa**?
1. Ei koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
 2. Harvemmin kuin kerran viikossa
 3. 1 - 2 päivänä viikossa
 4. 3 - 5 päivänä viikossa
 5. Päivittäin tai lähes päivittäin
-
4. **Kuinka nopeasti nukahdatte** yleensä käytyänne vuoteeseen (sammuettuanne valot)?
1. Yli 40 minuutissa
 2. 31 - 40 minuutissa
 3. 21 - 30 minuutissa
 4. 10 - 20 minuutissa
 5. Alle 10 minuutissa
5. Kuinka usein olette **herännyt yöllä**?
1. En koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
 2. Harvemmin kuin kerran viikossa
 3. 1 - 2 yönä viikossa
 4. 3 - 5 yönä viikossa
 5. Joka yö tai lähes joka yö
- 5b. Jos heräätte öisin, niin **kuinka monena yönä keskimäärin olette herännyt virtsalle**?
1. En koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
 2. Harvemmin kuin kerran viikossa
 3. 1-2 yönä viikossa
 4. 3 - 5 yönä viikossa
 5. Joka yö tai lähes joka yö
6. Jos heräilette yleensä yöllä, **kuinka monta kertaa yössä olette keskimäärin herännyt**?
1. En yleensä herää öisin
 2. Kerran yössä
 3. Kahdesti yössä
 4. 3 - 4 kertaa yössä
 5. Ainakin 5 kertaa yössä

6b. Kuinka monta kertaa yössä keskimäärin joudutte käymään virtsalla (kuinka monta kertaa yössä keskimäärin olette herännyt virtsahätään viimeksi kuluneen kolmen kuukauden aikana)?

1. En kertaakaan
2. Kerran yössä
3. Kahdesti yössä
4. 3 - 4 kertaa yössä
5. Ainakin 5 kertaa yössä

7. Oletteko käyttänyt reseptillä määrättyjä unilääkkeitä (viimeksi kuluneen 3 kk aikana)?

1. En lainkaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
2. Harvemmin kuin kerran viikossa
3. 1 - 2 päivänä viikossa
4. 3 - 5 päivänä viikossa
5. Päivittäin tai lähes päivittäin

Mitä unilääkkeitä:

8. Oletteko tuntenut itsenne erittäin väsyneeksi aamuisin heräämisen jälkeen?

1. En koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
2. Harvemmin kuin kerran viikossa
3. 1 - 2 päivänä viikossa
4. 3 - 5 päivänä viikossa
5. Päivittäin tai lähes päivittäin

9. Oletteko tuntenut itsenne väsyneeksi päivisin?

1. En koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
2. Harvemmin kuin kerran viikossa
3. 1 - 2 päivänä viikossa
4. 3 - 5 päivänä viikossa
5. Päivittäin tai lähes päivittäin

10. Oletteko tuntenut itsenne uneliaaksi päivisin?

1. En koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
2. Harvemmin kuin kerran viikossa
3. 1 - 2 päivänä viikossa
4. 3 - 5 päivänä viikossa
5. Päivittäin tai lähes päivittäin

11. Oletteko kärsinyt pakonomaisesta nukahtamistaipumuksesta (joutunut taistelemaan nukahtamista vastaan) arki / työpäivinä?

1. En kertaakaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
2. Harvemmin kuin kerran viikossa
3. 1 - 2 päivänä viikossa
4. 3 - 5 päivänä viikossa
5. Päivittäin tai lähes päivittäin

12. Oletteko kärsinyt pakonomaisesta nukahtamistaipumuksesta (joutunut taistelemaan nukahtamista vastaan) vapaa-aikana?

1. En kertaakaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
2. Harvemmin kuin kerran viikossa
3. 1 - 2 päivänä viikossa
4. 3 - 5 päivänä viikossa
5. Päivittäin tai lähes päivittäin

13. Oletteko kärsinyt levottomien jalkojen oireista (viimeksi kuluneiden kolmen kuukauden aikana)?

Levottomilla jaloilla tarkoitetaan pakonomaista jalkojen liikuttelun tarvetta (rauhattomia jalkoja), joka johtuu epämiellyttävistä tuntemuksista (kuumotusta, kylmän tunnetta, kihelmöintiä, ”muura-haisten kävelyä”, omituisia syvää kipua tms.) etenkin jaloissa. Oireet ilmenevät levossa istuessa (kokouksissa, teatterissa, ruokapöydässä, pitkällä lentomatalla, TV:tä katsottaessa) tai maassa (vuoteeseen mentäessä) etenkin iltaisin tai öisin. Epämiellyttävät tuntemukset lievittyvät selvästi liikuteltaessa jalkoja tai kävellessä. Levottomat jalat voi vaikeuttaa nukahtamista. Levottomiin jalkoihin voi liittyä myös yöllistä jalkojen jaksottaista liikehdintää.

1. En kertaakaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
2. Harvemmin kuin kerran viikossa
3. 1 - 2 iltana / yönä viikossa
4. 3 - 5 iltana / yönä viikossa
5. Joka ilta / yö tai lähes joka ilta / yö

13b. Onko joku lääkäri diagnosoinut teillä levottomat jalat oireyhtymän? 1. Ei ole 2. Kyllä**YÖUNEN PITUUS, NUKKUMISAJAT, PÄIVÄUNET JA KUORSAUS****14. Kuinka monta tuntia nukutte keskimäärin vuorokaudessa päiväunet mukaan lukien?**

Nukun keskimäärin noin _____ tuntia vuorokaudessa.

14b. Kuinka monta tuntia nukutte keskimäärin öisin ?

Nukun keskimäärin noin _____ tuntia yössä.

15. Mihin aikaan menette yleensä nukkumaan iltaisin?

- a. Arkipäivisin / työpäivinä käyn nukkumaan noin klo _____
- b. Lauantaisin / vapaapäivinä käyn nukkumaan noin klo _____

16. Mihin aikaan yleensä heräätte aamuisin?

- a. Arkipäivisin / työpäivinä herään yleensä noin klo _____
- b. Sunnuntaisin / vapaapäivinä herään yleensä noin klo _____

17. Kuinka usein nukutte päiväunia?

1. En koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
2. Harvemmin kuin kerran viikossa
3. 1 - 2 päivänä viikossa
4. 3 - 5 päivänä viikossa
5. Päivittäin tai lähes päivittäin

18. Kuorsaatteko nukkuessanne? (Kysykää muilta, jos ette tiedä varmasti)

1. Kerran kuussa tai harvemmin (tai en koskaan)
2. Harvemmin kuin kerran viikossa
3. 1 - 2 yönä viikossa
4. 3 - 5 yönä viikossa
5. Joka yö tai lähes joka yö

19. Millaista kuorsauksenne on laadultaan? (Kysykää muilta, jos ette tiedä varmasti)

1. En kuorsaa
2. Kuorsaan hiljaa ja tasaisesti
3. Kuorsaan tasaisesti mutta melko äänekkäästi
4. Kuorsaan tasaisesti mutta niin äänekkäästi, että se kuuluu jopa viereiseen huoneeseen
5. Kuorsaan hyvin äänekkäästi ja epätasaisesti (välillä on hengityskatkoja, jolloin ei kuulu ääntä ja välillä kuuluu kovaa korahtelevaa kuorsausta). Muiden on hyvin vaikea nukkua samassa huoneessa.

BNSQ/FIN

peruslomake aikuiset

4

20. Onko Teillä tai ovatko muut huomanneet, että Teillä on **hengityskatkoja** (apneeita, hengityspysähdyksiä) nukkuessanne?
1. Ei koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
 2. Harvemmin kuin kerran viikossa
 3. 1 – 2 yönä viikossa
 4. 3 – 5 yönä viikossa
 5. Joka yö tai lähes joka yö
-
21. Jos kuorsaatte ainakin 1 – 2 kertaa viikossa, **kuinka monta vuotta olette kuorsannut?** (Kysykää tarvittaessa muilta)
Olen kuorsannut noin _____ vuotta. Olin arviolta noin _____ -vuotias alkaessani kuorsata.
-
22. Tunnetteko itsenne **uupuneeksi** päiväsaikaan?
1. En koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
 2. Harvemmin kuin kerran viikossa
 3. 1 – 2 päivänä viikossa
 4. 3 – 5 päivänä viikossa
 5. Päivittäin tai lähes päivittäin
23. Oletteko mielestänne päivisin **väsyneempi kuin muut** suunnilleen saman ikäiset ystäväne, kanssaihmisenne tai työtoverinne?
1. En, olen selvästi virkeämpi
 2. En, olen jonkin verran virkeämpi
 3. En huomaa eroa
 4. Kyllä, olen jonkin verran väsyneempi
 5. Kyllä, olen selvästi väsyneempi
-
24. **Kuinka monta tuntia unta tarvitsette** vuorokaudessa (kuinka monta tuntia nukkuisitte jos voisitte nukkua niin pitkään kuin haluatte)? Toisin sanoen, kuinka pitkän unen tarvitsette ollaksenne seuraavana päivänä virkeä ja hyvässä työvireessä?
- Tarvitsen noin _____ tuntia ja _____ minuuttia unta vuorokaudessa.
-
25. **Lopuksi pyydämme Teitä kirjoittamaan vapaasti mahdollisista unihäiriöistänne. Voitte myös kirjoittaa muita kommenttejanne seuraavalle sivulle. Jatkaa tarvittaessa lomakkeen kääntöpuolelle. Jos Teillä on unihäiriöitä, kuvaillkaa omin sanoin millaisia ne ovat. Kirjoittakaa myös millaista apua toivotte ensisijaisesti saavanne:**
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Tarkistakaa vielä, että vastasitte kaikkiin kysymyksiin. Kiitos.