

Ohjelehtinen unettomuuden lääkkeellisestä ja  
lääkkeettömästä hoidosta kotihoidon  
työntekijöille yhteistyössä Tapiolan apteekin  
kanssa



Jukarainen, Neea

Lautaporras, Emma

Vironen, Johanna

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Otaniemi

**Ohjelehtinen unettomuuden lääkkeellisestä ja  
lääkkeettömästä hoidosta kotihoidon työntekijöille  
yhteistyössä Tapiolan apteekin kanssa**

Neea Jukarainen  
Emma Lautaporras  
Johanna Vironen  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Helmikuu, 2011

Neea Jukarainen, Emma Lautaporras ja Johanna Vironen

**Ohjelehtinen unettomuuden lääkkeellisestä ja lääkkeettömästä hoidosta kotihoidontyöntekijöille yhteistyössä Tapiolan apteekin kanssa**

Vuosi 2010

Sivumäärä 60

---

Unettomuus on erittäin yleinen vaiva erityisesti ikäihmisten keskuudessa. Aikuisista 5-12 % ja vanhuksista jopa 15 % kärsii unettomuudesta. Suomessa unilääkkeiden käyttö on varsin yleistä. Unettomuutta tulisi kuitenkin ensisijaisesti hoitaa lääkkeettömästi. Mikäli lääkettä tarvitaan, tulisi sen olla lyhytaikaista. Pitkäaikaisesta lääkähoidosta ei ole todettu olevan hyötyä unettomuuden hoidossa.

Kotihoidon asiakkaista suurin osa on ikäihmisiä. Heidän keskuudessaan unettomuus ja unilääkkeiden käyttö on yleistä. Apteekin farmaseutit ovat kokeneet kotihoidon asiakkaiden ohjauksen haasteelliseksi. Kotihoidon työntekijät hakevat lääkkeitä asiakkaille, jolloin apteekin farmaseutit eivät tapaa asiakkaitaan henkilökohtaisesti. Lääkkeitä käyttävien asiakkaiden itsehoitoon edistäminen apteekkilaitoksen ja terveydenhuollon yhteistyönä -hankkeessa pyritään kehittämään alojen välistä yhteistyötä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä työelämää palveleva ohjelehtinen unettomuuden lääkkeellisestä sekä lääkkeettömästä hoidosta kotihoidon työntekijöille. Tarkoituksena oli lisätä kotihoidon asiakkaiden saamaa ohjausta unettomuuteen liittyen. Lisäksi haluttiin korostaa unettomuuden lääkehoidollisen ohjauksen lisäksi myös lääkkeettömiä hoitokeinoja.

Ohjelehtiseen tarvittava aineisto kerättiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Ohjelehtisen sisällön lääkehoidolliset valinnat tehtiin yhteistyössä apteekin edustajan kanssa. Ohjelehtisen onnistumista arvioi kotihoidon työntekijä puolistrukturoidussa haastattelussa.

Kotihoidon sairaanhoitaja arvioi ohjelehtisen kokonaisuutena onnistuneeksi. Hän koki voivansa hyödyntää sitä omassa työssään. Ohjelehtistä tehtäessä noudatettiin huolellisesti Terveystenhoitokeskuksen terveysaineiston laatukriteereitä.

Asiasanat uni, unihäiriöt, lääkitys, lääkkeettömä hoito, ohjeet, kotihoito

Neea Jukarainen, Emma Lautaporras and Johanna Vironen

An advice leaflet concerning the pharmacological and non-pharmacological treatment of insomnia for home care employees in cooperation with Tapiola pharmacy

Year 2010

Pages 60

---

Insomnia is a highly common disorder especially among the elderly. 5 - 12 % of adults and even 15 % of the elderly suffer from insomnia. The use of hypnotics is quite general in Finland. However, insomnia should primarily be treated with non- pharmacological treatments. If medication is, nonetheless, needed, it should be used short-term. According to studies long-term medication has no benefit in the treatment of insomnia.

Most of the clients in home care are elderly. Insomnia and the use of sedatives are common among them. The employees of pharmacies have experienced the guidance of the clients in home care challenging because they do not meet them personally. Nurses working in home care buy the medication for their clients from the pharmacy. Improving the self-care of clients using medication in cooperation with pharmacy and health care - project has the target to develop the cooperation between these two professional fields.

The aim of this thesis was to write an advice leaflet concerning the pharmacological and non-pharmacological treatment of insomnia to help working life. The intention was to increase the guidance concerning the treatment of insomnia for the clients in home care. In addition to the pharmacological treatment, the authors of the thesis wanted to underline the non-pharmacological treatment of insomnia.

The material of the advice leaflet was collected by a literature review. The choices for the information in the leaflet concerning a pharmacy were made in cooperation with a pharmacist. The success of the thesis was evaluated by a nurse in home care in an interview.

The home care nurse evaluated the leaflet successful in general. She thought that she can use the leaflet in her work. When writing the thesis, the quality criteria of health material was strictly followed.

Key words sleep, sleeping disorder, pharmacological treatment, non- pharmacological treatment, advice, homecare

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	7
3	Kotihoidon ympäristö .....	8
4	Uni .....	9
4.1	Unen merkitys .....	9
4.2	Univalverytmi.....	10
4.3	Unen vaiheet .....	11
4.4	Unen määrä .....	12
4.5	Unihäiriöt.....	13
5	Unettomuus .....	14
5.1	Unettomuuden syitä.....	15
5.2	Ikäihmisten unettomuus .....	16
6	Unettomuuden lääkehoito .....	17
6.1	Bentsodiatsepiinit ja niiden tavoin vaikuttavat lääkkeet.....	18
6.2	Depressiolääkkeet .....	21
6.3	Muut unilääkkeet .....	21
7	Unettomuuden lääkkeetön hoito .....	24
7.1	Elämäntavat .....	24
7.2	Perussairauksien hoito .....	26
7.3	Kognitiiviset menetelmät.....	27
7.4	Ympäristön vaikutus unenlaatuun.....	28
8	Ohjeellinen unettomuuden lääkkeellisestä ja lääkkeettömästä hoidosta .....	30
8.1	Hyvä ohjeellinen terveysaineiston laatuksiteerien mukaan .....	30
8.2	Lopulliset sisällölliset valinnat .....	32
9	Ohjeellisen arviointi .....	34
9.1	Arvioinnin toteutus .....	34
9.2	Arvioinnin tulokset ja johtopäätökset.....	35
10	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	36
11	Pohdinta.....	38
	Lähteet .....	40
	Liitteet.....	42

Liite 1 Tutkimuslupalomake .....	42
Liite 2 Haastattelulupa.....	43
Liite 3 Haastattelukysymykset .....	44
Liite 4 Ohjelehtinen .....	45

## 1 Johdanto

Unettomuus on yleinen ongelma, jota esiintyy 5 - 12 % aikuisväestöstä (Duodecim 2008. 1783). Vanhusten keskuudessa unettomuus on vielä tätäkin yleisempää. Varsinaisesta unettomuudesta kärsii noin 15 % vanhuksista ja ajoittaisesta unettomuudesta jopa puolet (Eskelinen 2008). Kyse on siis kansanterveydellisesti erittäin merkittävästä ongelmasta erityisesti kroonisen unettomuuden sairauksille ja tapaturmille altistavan vaikutuksen vuoksi (Duodecim 2008. 1782).

Suomessa unilääkkeiden käyttö on runsasta (Duodecim 2008. 1783). Vuonna 2008 unilääkkeitä käytettiin Suomessa päivittäin 52.95 annosta tuhatta asukasta kohti (Läkelaitos 2009). Unilääkkeitä yli 66-vuotiaista käyttää 2,5 - 4,5 % miehistä, ja jopa 6,2 - 6,5 % naisista. Ulkopuolista apua saavien vanhusten unilääkkeiden käyttö on vielä huomattavasti yleisempää. (Partinen & Huovinen 2007. 184) Unilääkkeitä tulisi kuitenkin käyttää tilapäisesti korkeintaan 3 - 6 viikon ajan yhtäjaksoisesti (Eskelinen 2008). Usein esimerkiksi sairaalajakson aikana aloitettu unilääkitys jää pysyväksi (Duodecim 2008. 1785). Unettomuutta tulisi ensisijaisesti pyrkiä hoitamaan lääkkeettömästi (Eskelinen 2008).

Opinnäytetyö tehtiin Lääkkeitä käyttävien asiakkaiden itsehoidon edistäminen apteekkilaitoksen ja terveydenhuollon yhteistyönä - hankkeessa. Yhteistyökumppanimme Tapiolan apteekki toivoi kehitystyötä apteekin ja kotihoidon väliseen yhteistyöhön. Apteekin puolelta kotihoidon asiakkaiden ohjaus on koettu haasteelliseksi. Farmaseutti ei tapaa kotihoidon asiakkaita hoitajan hakiessa lääkkeet heidän puolestaan. Tämän tilanteen pohjalta lähdettiin kehittämään ohjelehtistä unettomuuden lääkkeellisestä ja lääkkeettömästä hoidosta työvälineeksi kotihoidon työntekijöille.

## 2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön aiheena on unettomuuden lääkkeellinen sekä lääkkeetön hoito. Opinnäytetyöprosessin aikana tehtiin kirjallisuuskatsaus unettomuuden hoidosta sekä hyvästä ohjausmateriaalista. Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä työelämää palveleva ohjeellinen unettomuuden lääkkeellisestä sekä lääkkeettömästä hoidosta. Ohjelehtisellä tässä tarkoitetaan tiivistä ja selkeää tietopakettia, jota on helppo käyttää tukena käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat uni, unihäiriöt, lääkehoito, lääkkeetön hoito, ohjeet ja kotihoito.

Opinnäytetyö on tehty Lääkkeitä käyttävien asiakkaiden itsehoidon edistäminen apteekkilaitoksen ja terveydenhuollon yhteistyönä -hankkeessa. Työelämäkumppanimme on toiminut Tapiolan apteekki. Apteekin työntekijät tulevat jakamaan ohjelehtistä kotihoidon työntekijöille heidän hakiessaan unilääkkeitä asiakkailleen. Ohjelehtinen toimii tukimateriaalina kotihoidontyöntekijöille heidän toteuttamassaan potilasohjauksessa.

Tarkoituksena on lisätä kotihoidon asiakkaiden saamaa ohjausta unettomuuteen liittyen. Tarkoituksena on myös, että unettomuuden hoito sisältää lääkehoidollisen ohjauksen lisäksi myös lääkkeettömiä hoitokeinoja. Näin voidaan vaikuttaa unilääkkeiden käytön tarkoituksenmukaisuuteen. Kohderyhmä on rajattu kotihoidon työntekijöihin ja ohjelehtinen on näin ollen suunnattu terveydenhuollon ammattihenkilöille. Kohderyhmään tutustuminen oli oleellista, jotta ohjelehtinen osattiin suunnitella niin, että se parhaiten tulisi palvelemaan kotihoidon työntekijöitä.

Ohjelehtinen tulee palvelemaan potilasohjauksen sisällön valintaa. Tavoitteena ei kuitenkaan ollut antaa valmiuksia itse potilasohjaukseen. Tämän vuoksi työssä ei keskitytty ohjaamiseen teoriaan, vaan ainoastaan unettomuuden lääkkeelliseen ja lääkkeettömään hoitoon. Oletuksena oli, että kotihoidon työntekijöillä on jo valmiudet itse potilasohjauksen toteuttamiseen. Ohjelehtisen avulla kotihoidon työntekijä voi valita asiakaskohtaisesti tarpeellisia aiheita käsiteltäväksi ohjauksessa.

Ohjelehtisen suunnittelussa on käytetty Terveyden edistämisen keskuksen terveysaineiston laatuksiteereitä, joita käytetään lisäksi myös työn onnistumisen arvioinnissa (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001. 10). Prosessin aikana konsultoitiin apteekin edustajaa. Edustaja tarkasti ohjelehtisen lääkehoidollisen sisällön. Tämän lisäksi tehtiin puolistrukturoitu arvointihaastattelu kotihoidon sairaanhoitajalle. Haastattelun tarkoituksena oli selvittää, miten ohjelehtinen palvelee työelämää.



### 3 Kotihoidon ympäristö

Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista muodostuvaa kokonaisuutta. Kotihoidossa autetaan asiakkaita, joiden toimintakyky on alentunut. Toiminnan tarkoituksena on mahdollistaa turvallinen asuminen omassa kodissa avun tarpeesta huolimatta. Käytännössä kotihoidon palvelut rakentuvat hieman eri tavoin kunnasta riippuen. Sosiaalipalveluihin kuuluvat yleensä kotipalvelu ja terveystalouteihin kotisairaanhoidon palvelut. Monissa kunnissa palvelut on kuitenkin yhdistetty yhdeksi kotihoidoksi, joka muodostaa laajan moniammatillisen työryhmän. (Ikonen & Julkunen 2007. 14)

Espoossa kotihoitoon kuuluu kotipalvelu, kotisairaanhoidon ja kotihoidon tukipalvelut. Tukipalveluilla tarkoitetaan ateria- ja kauppapalveluja, omaishoidontukea sekä kuljetuspalveluja. (Espoo 2006A) Kotihoito on jaettu alueellisesti viiteen alueeseen (Espoo 2006B).

Kotihoidon avulla pystytään vähentämään merkittävästi pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta. Tyypillisimpiä kotihoidon asiakkaita ovat vanhuksien, jotka pystyvät kotihoidon turvin asumaan pidempään omassa kodissaan. Muita kotihoidon asiakasryhmiä ovat esimerkiksi eri tavoin vammaiset, pitkäaikaissairaat, mielenterveyspotilaat sekä päihdeongelmaiset. (Ikonen & Julkunen 2007. 16)

Asiakkaan kanssa työskentelee moniammatillinen tiimi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Hoidosta vastaa lääkäri. Lisäksi tyypillisiä kotihoidossa työskenteleviä ammattilaisia ovat lähi-, perus-, sairaan- ja terveydenhoitajat sekä erilaiset kotiapulaiset ja kodinhoitajat. Asiakkaan tarpeista riippuen työryhmään saattaa kuulua myös esimerkiksi erilaisia terapeutteja ja sekä sosiaalityöntekijöitä. Jokaisen työntekijän tulisi tarkastella asiakasta kokonaisvaltaisesti, mutta lisäksi moniammatillisuudella taataan erilaisia näkökulmia. (Ikonen & Julkunen 2007. 20 - 21)

Kotihoidon tehtävänä on auttaa asiakasta selviytymään arjesta mahdollisimman turvallisesti omassa kodissaan (Ikonen & Julkunen 2007. 14). Avustusta vaativiin tehtäviin kuuluu yleensä myös lääkehoito (Ikonen & Julkunen 2007. 46). Lääkäri määrää lääkityksen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. 48), mutta kotihoidossa lääkehoidon toteuttaminen on erityisesti sairaanhoitajien ja lähihoitajien työtä (Ikonen & Julkunen 2007. 186). Lisäksi kotihoidossa työskentelee myös lääkehoidon koulutusta saamatonta henkilökuntaa, kuten kodinhoitajia ja kotiavustajia (Ikonen & Julkunen 2007. 187).

Lääkehoitoa toteuttavat ammattiryhmät sekä sen työnjako ilmenevät toimipaikkakohtaisesta lääkehoidonsuunnitelmasta. Lääkehoidon suunnittelu ja organisointi kuuluvat vastaavalle lääkärille, hoitotyön johtajalle ja lääkehuollon vastuuhenkilölle. Heidän tehtäviinsä kuuluu myös

työntekijöiden lääkehoidon osaamisen varmistaminen. Lisäksi heidän tehtävänä on ohjata ja valvoa alaistensa toimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. 48)

Potilaalla on lain mukaan oikeus saada tietoa terveydentilastaan, hoidostaan ja hoidon vaikutuksista (Finlex 2009). Lääkärin ohella lääkehoidon ohjaus ja neuvonta kuuluvat lääkehoidon koulutuksen saaneille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Käytännössä tämä asetus määrittelee siis työn keskeisessä asemassa olevan lääkkeisiin liittyvän potilasohjauksen terveydenhoitajien, sairaanhoitajien, lähihoitajien ja perushoitajien tehtäväksi. He kantavat kokonaisvastuun myös lääkehoidon käytännön toteutumisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. 48 - 49)

Vuonna 2002 on käynnistetty kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Projektiin liittyy työnjaon uudistamista ja aiemmin lääkärille kuuluneita tehtäviä siirretään yhä useammin sairaanhoitohenkilöstölle. Lääkehoito ja potilasohjaus kuuluvat projektiin merkittävällä tavalla. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007. 66 - 67)

Varsinainen lääkkeisiin liittyvä ohjausvastuu on lääkärin ja lääkehoidon koulutuksen saaneen hoitohenkilökunnan ohella apteekin farmaseuteilla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. 59). Esimerkiksi Tippa-projektin (Tarkoituksenmukainen informaatio potilaan parhaaksi apteekista) avulla lakiin kuuluvaa apteekissa tapahtuvaa potilasohjausta on pyritty lisäämään (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. 101 - 103). Käytännössä kotihoidon työntekijät hakevat usein asiakkaidensa lääkkeet apteekista heidän puolestaan (Tokola 2006. 61). Tämän vuoksi uskomme opinnäytetyön lopputuloksena tuotetun ohjelehtisen palvelevan myös apteekin tarpeita. Apteekin antaessa ohjelehtisen kotihoidon työntekijän mukaan ohjauksen avuksi, he voivat edesauttaa potilasohjauksen toteutumista lain mukaisesti omalta osaltaan.

## 4 Uni

### 4.1 Unen merkitys

Unen merkitys ihmisen terveydelle on suuri. Ihminen nukkuu noin kolmasosan koko elämästään, mikä kertoo sen keskeisestä merkityksestä ihmiselle. (Härmä & Sallinen 2006. 1705) Resotaatioteorian mukaan uni elvyttää ja palauttaa ihmisen toimintakykyä valveajan jälkeen (Partonen & Lauerma 2007. 374). Ihmisen elimistö ja ennen kaikkea aivot vaativat unta. Ihmisen normaali toiminta perustuu normaalille aivotoiminnalle, joka ei toteudu, jos ihminen ei saa tarvitsemaansa unta. Unen aikana aivomme analysoivat päivän tapahtumia ja muistijäljet kiinnittyvät ja siirtyvät pitkäkestoiseen muistiin. Näin uni toimii kanavana ihmisen oppimiselle. Univajeesta kärsivä ihminen altistuu herkemmin erilaisille fyysisille ja psyykkisille ongelmille. (Partinen & Huovinen 2007. 18 - 19)

Unen puute aiheuttaa reaktioita elimistössä, jotka altistavat ihmistä sydän- ja verisuonitau- deille, kuten esimerkiksi sepelvaltimotaudille. Univaje lisää sympaattisen hermoston aktivaatiota ja nostaa verenpainetta. Krooninen univaje lisää insuliiniresistenssiä ja näin ollen tyyppi II diabeteksen riskiä. Normaalin glukoosiaineenvaihdunnan ja verensokeritasapainon kannalta hyvä uni on siis tärkeää. (Paunio & Porkka-Heiskanen 2008. 697 - 699)

Immuunivasteen heikkeneminen on yksi univajeeseen aiheuttama ongelma. Vuorotyötä tekevien ihmisten on todettu saavan tavallista enemmän tulehdussairauksia, joka selittyy unirytmien häiriintymisellä. Pitkittynyt valvominen saattaa lihottaa ihmistä, sillä ruokahalu lisääntyy hormonitasapainohäiriön vuoksi. (Paunio & Porkka-Heiskanen 2008. 697 - 699) Univaje aiheuttaa myös elimistölle stressitilan, jolloin energiaa kertyy enemmän elimistöön saadusta ravinnosta (Partinen & Huovinen 2007. 28). Lihominen tapahtuu erityisesti keskivartaloalueella (vyötärölihavuus), jolloin se on terveyden kannalta monella tavalla haitallista. Virkistävä uni estää siis monia fyysisiä sairauksia ja sen lisäksi auttaa ihmistä ylläpitämään terveitä elämäntapoja. (Partinen & Huovinen 2007. 198)

Fyysisen terveyden lisäksi unella on suuri vaikutus myös psyykkiseen terveyteen ja kognitiiviseen toimintaan. Tarkkaavaisuuden ja ajattelun heikkeneminen aiheuttaa oppimis- ja muistamisvaikeuksia sekä altistaa ihmistä herkemmin tapaturmille. Mielialan lasku ja ärtyneisyys ovat yleisiä seurauksia riittämättömästä unesta. (Härmä & Sallinen 2006. 1076) Unen aikana ihminen käy läpi päivän ristiriitatilanteita ja purkaa niiden aiheuttamaa henkistä painolastia (Partinen & Huovinen 2007.19). Uni on yhtä merkityksellistä ihmisen jokaisena ikävuotena, mutta tarvittava unen määrä voi vaihdella yksilöstä toiseen. (Kivelä 2009. 12).

Myös unen ja mielenterveyshäiriöiden suhdetta on tutkittu. Unihäiriö saattaa altistaa ihmistä mielenterveyshäiriölle tai olla sen seuraus. Esimerkiksi unen puute voi altistaa ihmistä masennukselle, kun taas unihäiriö on hyvin yleinen seuraus psykoosisairauksissa. Jos unihäiriö voidaan hoitaa tai sitä voidaan lievittää aikaisessa vaiheessa, voidaan näin mahdollisesti estää mielenterveyshäiriön puhkeaminen. (Lindberg, Tani, Appelberg, Stenberg, & Porkka-Heiskanen, 2004, 3040 - 3041)

#### 4.2 Univalverytmi

Unen ja valveen rytmi vaikuttaa olennaisesti ihmisen elämänlaatuun. Unen ja valveilla olon rytmiä säätelee aivoissa oleva ”biologinen kello”. Tämän lisäksi se säätelee psyykkistä ja fyysistä suorituskykyä sekä ruumiin lämpötilaa. Vireystasorytmissä on noin 12 tunnin kierto eli ihminen on kaikkein virkeimmillään aamupäivällä ja väsynein aamuyön aikana. (Partinen & Huovinen 2007. 50)

Biologisen kellon ansiosta elintoiminnot ja nukkumisajat noudattavat vuorokausirytmisiä riippumatta ympäristöstä. Biologisen kellon rytmi on useilla henkilöillä hieman pidempi kuin au-

rinkovuorokauden 24 tuntia. Biologisen kellon rytmi vaihtelee yksilöllisesti, mutta keskimääräinen pituus on 24 tuntia 11 minuuttia. Erilaiset ulkoiset tahdistajat varmistavat, että biologinen kello pysyy jatkuvasti 24 tunnin pituisessa rytmissä. (Kivelä 2007. 10 - 11)

Biologisen kellon tärkein tahdistaja on valopimeärytmi. Normaalisti ihmistä väsyttää enemmän pimeällä ja taas päinvastoin valoisaan aikaan ihminen tuntee olonsa energiseksi. Valo vaikuttaa hormonien eritykseen ja tällä tavoin biologisen kellon tahdistukseen. (Kivelä 2007. 11) Valo estää käpyrauhasessa muodostuvan yöhormoniksi kutsutun melatoniinin eritystä. Suomessa ja muualla pohjoisessa luonnonvalon aikamerkki ei toimi aina talvien ollessa hyvin pimeitä ja kesien taas päinvastaisesti ollessa hyvin valoisia. Jotta elimistön vuorokausirytmii ei menisi täysin sekaisin, täytyy biologinen kello ajastaa muulla tavoin. (Englund & Partonen 2009. 611 - 613)

Muita tärkeitä tahdistavia tekijöitä ovat äänet, melu, hiljaisuus, erilaiset toiminnat, liike ja lepo, herääminen, nukkumaanmeno, ateriat, paasto ja jopa ajantaju. Nämä erilaiset tahdistajat auttavat biologista kelloa ylläpitämään vuorokausi rytmiä. Tahdistajat ovat tärkeitä kaikille, mutta erityisesti niiden merkitys korostuu ihmisen ikääntyessä. (Kivelä 2007. 10 - 11)

#### 4.3 Unen vaiheet

Uni jaetaan yleisesti käytetyn Rechtschaffenin ja Kalesin uniluokituksen mukaan neljään NREM-unen vaiheeseen sekä REM-uneen. NREM-uni on jaettu neljään eri vaiheeseen, jotka ovat S1-, S2-, S3- ja S4-uni. Luokitus tehdään kokoyön kestävässä unirekisteröinnissä eli unipolygrafiassa. (Partinen & Huovinen 2007. 35)

Univaiheiden alkamista edeltää nukahtaminen joka yleensä kestää 15 minuuttia. Sitä seuraa viisi eri univaihetta. Ensimmäisen kevyen S1-unen aikana ihminen vaipuu pinnalliseen uneen, jonka aikana ihminen ei välttämättä koe edes nukkuvansa. Unen kesto vaihtelee muutamasta sekunnista muutama minuuttiin. S1-unesta ihminen vaipuu kevyeen S2-uneen, jossa lihakset rentoutuvat ja nähdään heikkoja unia. S2-uni kestää noin 20 minuuttia. (Partinen & Huovinen 2007. 36 - 37)

S3- ja S4-unet ovat syvän unen jaksoja. S3-unen aikana sydämen lyöntitiheys, verenpaine ja kehonlämpö laskevat. S3-uni kestää arviolta noin kymmenen minuuttia. Unet, joita jakson aikana nähdään, jäävät harvoin mieleen. Läpätunkemattoman syväunen eli S4-unen kestoksi on arvioitu noin 55 minuuttia. S4-unen aikana elintoiminnot alenevat edelleen ja ihminen nukkuu lähes liikkumatta. Mikäli ihminen herätetään syvän unen aikana, on hän ikään kuin humalassa; puhe on sekavaa ja liikkuminen kömpelöä. Syvän unen määrä lisääntyy fyysisen rasituksen sekä saunomisen jälkeen. (Partinen & Huovinen 2007. 37)

Viides ja viimeinen unen vaihe on REM-uni. REM on lyhenne sanoista Rapid Eye Movements eli nopeat silmänliikkeet, jonka takia tätä unen vaihetta kutsutaan myös suomeksi vilkeuneksi. REM-unen aikana sydämen toiminta on epäsäännöllistä ja verenpaine vaihtelee kuten normaalistikin hereillä ollessa eri tunnetilojen aikana. Myös hengitys on epäsäännöllistä. Aivojen hapenkulutus ja hiilidioksidin tuotto kasvavat. Tämä kertoo siitä, että REM-uni on aivojen toiminnan kannalta hyvin vilkasta aikaa. REM-unen kestoksi on arvioitu noin 10-15 minuuttia ja sitä esiintyy suhteellisesti enemmän alkuyöstä. REM-unen aikana unet ovat eloisia. (Partinen & Huovinen 2007. 37 - 38)

Nämä edellä mainitut univaiheet toistuvat yön aikana noin viisi kertaa. Yleisesti uskotaan, että syvä uni liittyy enemmän aineenvaihduntaa, elimistön elpymiseen ja lepoon. Syvän unen aikana aivojen energiavarastot täyttyvät, kun taas REM-uni liittyy muistiin, oppimiseen sekä mielenterveyteen. REM-unen määrä vaihtelee hyvin paljon eri ikäryhmien välillä. Vastasyntyneiden 16 - 17 tunnin päivittäisestä unesta noin puolet on REM-unta, kun taas aikuisten REM-uni määrä on korkeintaan 1,5 - 2 tuntia. REM-unen uskotaankin liittyvän vahvasti yksilön kehitykseen ja erityisesti aivojen toiminnan kehittymiseen (Partinen & Huovinen 2007. 38 - 43).

#### 4.4 Unen määrä

Ihmisten nukkumistottumukset ja unen rakenne pitävät sisällään unen määrän, laadun ja sen ajoituksen vuorokaudessa sekä mahdollisen unen pätkimisen. Nämä tekijät vaihtelevat yksilöittäin. Unen määrä ja laatu on riittävää, jos henkilö kokee olevansa virkeä valveajan. (Kivelä 2009. 12) Keskimäärin kymmenelle prosentille aikuisista riittää 5 - 6 tunnin yöunet ja yhtä monta prosenttia ihmisistä vaatii yli yhdeksän tunnin unet. Valtaosa kuitenkin jää näiden lukujen väliin unen tarpeessaan. (Partinen & Huovinen 2007. 27) Unen määrä ei juuri muutu vanhetessa, mutta muutoin unen rakenne voi muuttua (Kivelä 2007. 26 - 27).

Liikaunisuudesta kärsivä henkilö ei saavuta heräämisen jälkeen normaalia vireystilaa ja nukahtaminen voi huomattavasti pitkittyä. Henkilö kärsii myös päivänäkaisesta liiallisesta uneliaisuudesta ja mahdollisesti saa nukahtamiskohtauksia. (Lindberg yms 2004. 3040) Lyhyen unen haittavaikutuksia on tutkittu selvästi enemmän kuin liian pitkän unen haittavaikutuksia, kuitenkin molemmat tiedettävästi lisäävät kuolleisuutta sekä miesten että naisten keskuudessa (Paunio & Porkka-Heiskanen 2008. 699).

Usein puhutaan unen puutteen aiheuttamasta univelasta ja siitä, voiko velkaa ”maksaa takaisin”. Univelka voidaan osittain maksaa takaisin nukkumalla korvausunta. (Partinen & Huovinen 2007. 26) On hyvä muistaa, että unen määrä ei korvaa sen laatua. Ihmisen hyväksi ja laadukkaaksi kokema uni on terveyden kannalta merkityksellisempää kuin pelkkä unen pituus. (Partinen & Huovinen 2007. 18)

#### 4.5 Unihäiriöt

Unihäiriöillä tarkoitetaan laajasti unta häiritseviä ongelmia (Partinen & Huovinen 2007. 77). Kirjallisuudessa unihäiriöitä on jaoteltu hyvin monella eri tavalla. Työssä on valittu jaotteluksi neurologian dosentti Markku Partisen luokittelu (Partinen & Huovinen 2007. 12 - 13). Partinen on toiminut Suomen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n Käypä Hoito-suositukselle (Duodecim 2008) asettaman työryhmän puheenjohtajana.

Ihmisen unessa vaihtelevat erilaiset vaiheet. Näitä vaiheita säätelevät useat monimutkaiset biokemialliset mekanismit, jotka häiriintyvät helposti. Uni-valverytminhäiriöt ovatkin yleisiä unihäiriöiden muotoja. (Duodecim 2008. 1782) Aikaistuneessa unijaksossa ihmistä väsyttää normaalia huomattavasti aiemmin. Toisaalta hän yleensä herää aamuyöstä kohtuuttoman aikaisin. Vastaavasti viivästyneeseen unirytmiiin liittyy aamuyöhön asti valvominen sekä aamuinen väsymys. Vaivasta kärsivät tyypillisesti nuoret potilaat. (Partinen & Huovinen 2007. 81 - 84) Uni-valverytmin häiriöihin lasketaan myös esimerkiksi aikaerorasitus eli jet lag (Partinen & Huovinen 2007. 84) ja vuorotyöhön liittyvät uniongelmat (Partinen & Huovinen 2007. 77).

Unenaikaisia hengityshäiriöitä ovat uniapnea ja kuorsaaminen. Uniapneassa potilaalla on nukkuessaan toistuvasti hengityskatkoksia. Lisäksi sairauden määritelmään sisältyy, että näistä hengityskatkoksista on potilaalle haittaa. Usein potilaan unen laatu kärsii ja hän on aamulla väsynyt. (Partinen & Huovinen 2007. 96 - 108) Sairauteen saattaa liittyä jopa hengityskatkosten aiheuttamaa muistin heikkenemistä tai vaikeita masennusoireita. Tämä olisi tärkeää muistaa erityisesti vanhuksia diagnosoidessa. (Kivelä 2007. 51) Myös kuorsauksella voi olla omat terveysriskinsä, kun se on jatkuvaa (Partinen & Huovinen 2007. 109). Yli 50 % 60-vuotta täytäneistä suomalaisista kuorsaa (Seppälä 2003. 308). Kuorsaamisella on havaittu olevan yhteyttä esimerkiksi aivo- ja sydäninfarkteihin (Partinen & Huovinen 2007. 109).

Narkolepsiassa tyypillisiä oireita ovat nukahtelu ja väsymys. Narkolepsia huonontaa potilaan elämänlaatua, eikä sitä voida parantaa. Diagnoosi vaikuttaa esimerkiksi potilaan ammatinvalintaan sekä vapaa-ajan viettoon. Usein piristävä lääkitys ja huolellinen potilasohjaus ovat tarpeen hoidettaessa narkolepsia potilaita. (Partinen & Huovinen 2007. 111)

Levottomat jalat -oireyhtymä on ihmisen keskushermoston dopamiinijärjestelmänhäiriö. Oireyhtymää sairastaa jopa 10 % suomalaisista, joten kyse on varsin merkittävästä ongelmasta. Sairaudella on myös perinnöllinen taipumus. Tyypillisenä oireena potilaalla ilmenee alaraajoissa epämiellyttäviä tuntemuksia illalla vuoteeseen mennessä. Oireet tuntuvat helpottavan jalkoja liikuttelemalla. Potilaalla saattaa lisäksi olla äkillisinä nytkähdyksinä ilmeneviä yöllisiä liikehäiriöitä jaloissaan (Kivelä 2007. 49). Nämä yölliset myoklonukset voivat ilmetä myös erillisenä sairautena (Seppälä 2003. 308). Osatekijänä levottomien jalkojen oireyhtymässä

ovat raudan- ja vitamiinien puutokset, joten niitä lisäämällä potilas voi saada merkittävää apua. (Partinen & Huovinen 2007. 123 - 127)

Unenaikaiset erityishäiriöt, joita kutsutaan myös parasomnioiksi, vaihtelevat vaikeusasteeltaan merkittävästi. Partinen ja Huovinen (2007. 118 - 122) mainitsevat kirjassaan esimerkkeinä tällaisista erityishäiriöistä unissa puhumisen, yökastelun, unissakävelyn, yölliset kauhukokemukset, painajaiset ja hampaiden narskuttelun eli bruksismi. Lähes jokainen on kohdannut ainakin osaa näistä häiriöistä eri mittakaavoissa jossakin elämänsä vaiheessa, mutta apua tarvitaan, kun vaivat alkavat vaikuttaa ihmisen elämänlaatuun. Joskus diagnosoinnissa unilaboratoriotutkimukset voivat olla tarpeen, mutta yleensä unenaikaiset erityishäiriöt diagnosoidaan kliinisen kuvan perusteella (Partonen & Lauerma 2007. 389).

Unihäiriöistä kaikkein yleisimpiä ovat kuitenkin unettomuutta aiheuttavat häiriöt (Partinen & Huovinen 2007. 77).

## 5 Unettomuus

Unettomuus määritellään toistuvaksi vaikeudeksi nukahtaa, liian lyhyeksi yöuneksi tai unen huonoksi laaduksi, huolimatta siitä, että henkilöllä on mahdollisuus nukkua. Unettomuuteen liittyy myös haittaa aiheuttava valveaikainen toimintakyvyn heikkeneminen. Unettomuus on yleisin unihäiriö. Kroonista unettomuutta esiintyy 5 - 12 %:lla aikuisväestöstä. (Duodecim 2008. 1782 - 1783)

Unettomuus kehittyy monen tekijän vuorovaikutuksessa. Toiminnallinen unettomuus yleensä alkaa jossakin elämänmuutoksessa. (Duodecim 2008. 1783) Toiminnallisella unettomuudella tarkoitetaan psykofysiologista unettomuutta, joka on yleisin unettomuuden syy. Tutkittaessa unettomuuden taustalta ei löydy varsinaista sairautta, vaan kyseessä on henkilölle ominainen tapa reagoida erilaisiin stressitilanteisiin. (Seppälä 2003. 307)

Unettomuus voidaan luokitella sen keston mukaan. Tilapäinen unettomuus kestää alle kaksi viikkoa. Lyhytkestoinen unettomuus kestää 2 - 12 viikkoa. Pitkäkestoisen unettomuuden kesto on yli kolme kuukautta. Kroonisessa eli pitkäkestoisessa unettomuudessa suurin altistava tekijä on kyvyttömyys käsitellä tunteita. Unettomuus vaikeuttaa elämän eteen tuomien ongelmien käsittelyä. Unettomuudesta kärsivät myös stressaantuvat muuta väestöä herkemmin. (Duodecim 2008. 1783)

Vireystila on tärkein unen ja valvetilan säätelijä. Liiallinen vireys haittaa yöunta. Vireystilaa lisää liiallinen psyykinen tai fyysinen aktiivisuus, ongelmien huomiotta jättäminen päivällä jolloin ne nousevat mieleen illalla, huoli unesta ja univalverytmin rikkoutuminen. Unetto-

muuden tärkein ylläpitäjä on ylivireystila sekä sen jatkuminen itseään ruokkivana kehänä. (Duodecim 2008. 1784)

### 5.1 Unettomuuden syitä

Unettomuus ei itsessään ole sairaus vaan oire, jonka taustalta yleensä löytyy jokin erillinen syy. Tyypillisimmillään unettomuus on toiminnallista eli psykofysiologista. Tätä unettomuutta esiintyy yleensä kaikilla ihmisillä jossakin elämän vaiheessa. Tyypillinen toiminnallisesta unettomuudesta kärsivä potilas on tunnollinen, murehtija ja jännittäjä. Taustalla ei ole tällöin sairautta, vaan potilas reagoi stressiin unettomuudella. Illalla ajatukset pyörivät päässä, eikä uni meinaa tulla. (Seppälä 2003. 307 - 308)

Toiminnallinen unettomuus on usein lyhytkestoista. Tilanne korjaantuu usein itsestään tai unitottumusten muokkaamisen sekä lyhyen lääkityksen avulla. Unettomuuden pitkittyessä tulisi kuitenkin potilasta tutkia tarkemmin, sillä tällöin taustalta yleensä löytyy fyysinen tai psyykinen sairaus. (Seppälä 2003. 307 - 308)

Suuri osa fyysisistä sairauksista aiheuttaa unettomuutta. Erittäin yleisiä unettomuuden syitä ovat nivel- ja selkäkivut, päänsärky sekä suonenveto. Myös herkästi hengenahdistusta aiheuttavat sairaudet, kuten astma ja sydämen vajaatoiminta, ovat usein unettomuuden taustalla. Ikääntyessä monille kehittyy virtsavaivoja ja lisääntynyttä virtsaamisen tarvetta, jolloin uni häiriintyy. Myös esimerkiksi vaihdevuosien kuumat aallot tai refluksitauti voivat löytyä unettomuuden taustalta. Yksinkertaiselta kuulostava ihon kutinakin voi häiritä unta merkittäväällä tavalla. (Seppälä 2003. 309) Aivojen rappeutumista aiheuttavat sairaudet, kuten erilaiset dementiat, aiheuttavat usein unettomuutta (Partonen & Lauerma 2007. 383). Onkin tärkeä huomata, että perussairautta hoitamalla voidaan edistää unen laatua merkittäväällä tavalla (Partinen & Huovinen 2007. 85 - 86).

Kipu on itsessään merkittävä unettomuutta lisäävä tekijä (Partonen & Lauerma 2007. 383). Kivulias potilas tyypillisesti nukahtaa huonosti ja herää toisaalta kipuun aikaisin aamuyöstä. Esimerkiksi kroonista kipuoireyhtymää eli fibromyalgiaa sairastavat kärsivät tyypillisesti unettomuudesta. Heillä esiintyy dosentti Markku Partisen tutkimusten mukaan myös enemmän kuorsaamista ja uniapneaa, jotka toisaalta entisestään heikentävät unen laatua. 20 % heistä kärsii levottomista jaloista. (Partinen & Huovinen 2007. 86)

Unettomuus voi itsessään aiheuttaa mielialan muuttumista, joten mahdollisten taustalla olevien psyykkisten sairauksien diagnosoiminen voi olla vaikeaa. Ahdistushäiriöissä tyypillisesti nukahtaminen on vaikeaa ja depression sekä maniaan liittyy lähes kaikilla potilailla unihäiriöitä. (Partinen & Huovinen 2007. 87) Paniikkikohtauksia saavalla potilaalla saattaa ilmetä ahdistuskohtauksia univaiheiden taitteissa. Posttraumaattisesta stressihäiriöstä kärsivällä esiintyy usein painajaisunia tapahtuneesta. Ahdistuskohtaukset ja painajaisunet luonnollisesti



heikentävät unen laatua sekä vaikeuttavat nukahtamista. Tärkeää olisikin hoitaa mielenterveydenhäiriötä asianmukaisesti. (Partonen & Lauerma 2007. 382)

Lääkkeet ja alkoholi ovat toisiksi yleisimpiä unettomuuden syitä heti toiminnallisen unettomuuden jälkeen (Partinen & Huovinen 2007. 89). Unettomuudesta kärsivän potilaan lääkelista tulisi tarkistaa. Esimerkiksi beetasalpaajat, prostaglandiinin tuotantoa estävät lääkkeet, kalsiumkanavan salpaajat ja epilepsialääkkeinä käytettävät barbituraatit voivat vaikuttaa uneen varsinaisten unilääkkeiden ohella. Lisäksi alkoholin ja päihteiden käyttöön tulisi kiinnittää huomiota. Liiallinen alkoholinkäyttö tehostaa vilkeunta, jolloin potilas herkästi herää muutaman tunnin nukkumisen jälkeen levottomana. Huumeet ja opioidit voivat aiheuttaa sekä unettomuutta että väsymystä. Tunnetusti kofeiinilla on piristävä vaikutus. (Partonen & Lauerma 2007. 382 - 383)

Unettomuuden saattaa aiheuttaa myös sisäisen kellon tahdistajien vähäisyys. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi valoa, liikuntaa ja toimintaa puuttuu päivästä. Potilas esimerkiksi makaa sängyssä koko päivän. Myös virheelliset elämäntavat liittyvät osaltaan tähän unettomuuden syyhyn. (Kivelä 2007. 37 - 38)

Harvinaisempaa tilaa, jolloin unettomuuden syynä ei ole elimellistä tai psyykkistä sairautta ja se on kestänyt yli kuukauden, kutsutaan primaariseksi eli idiopaattiseksi unettomuudeksi. Diagnostisoinnissa tyypillisesti käytetään unenseurantataulukkoa apuna. Oireina potilaalla on yleensä jatkuva päiväsaikainen väsymys. Tällainen unettomuuden muoto alkaa jo lapsena ja jatkuu läpi koko elämän. Potilas tarvitsee tällöin pitkäkestoista hoitoa, ja yleensä hyötyy erityisesti lääkkeettömistä vaihtoehdoista. Lääkkeellisen hoidon ei tulisi olla säännöllistä. (Partonen & Lauerma 2007. 383 - 385)

## 5.2 Ikäihmisten unettomuus

66 - 74-vuotiaista miehistä 2,5 - 4,5 % käyttää unilääkkeitä säännöllisesti joka ilta, kun taas saman ikäisillä naisilla luku on 6,2 - 6,5 %. Vanhainkodeissa sekä miesten että naisten unilääkkeiden käyttö on selvästi yleisempää; heistä noin 34 % käyttää säännöllisesti unilääkkeitä. Terveenä eläkkeelle siirtyminen vähentää todennäköisyyttä unilääkkeiden käyttöön. (Partinen & Huovinen 2007. 184)

lääkkäiden unettomuutta tulisi hoitaa, kun uni on huonolaatuista, katkonaista ja kestoltaan lyhyttä ainakin kahden viikon ajan yhtäjaksoisesti sekä potilaan kokiessa lisäksi päiväsaikaista väsymystä ja vireyden puutosta (Kivelä 2009. 13). lääkkäiden unettomuutta tutkittaessa on otettava huomioon normaaliin vanhenemiseen liittyvät muutokset. Unen rakenne muuttuu tyypillisesti vanhetessa, mutta sen määrä ei kuitenkaan yleensä muutu. (Partinen & Huovinen 2007. 183) Muutokset alkavat näkyä 50 - 60 ikävuosien tienoilla ja etenevät iän mukana (Kivelä 2009. 12).

Tyypillisiä iäkkäiden unen rakennemuutoksia ovat syvän unen keston lyheneminen, hetkellisten heräämisten yleistyminen sekä yöunen lyheneminen ja taas päiväunien lisääntyminen. Iäkkäät saattavat nukahdella parikin kertaa päivässä, koska pitkäaikaista valvetilaa on vaikeampaa pitää yllä. (Kivelä 2009. 12) Yleistä on myös, että vanhukset menevät suhteellisen aikaisin vuoteeseen, mutta nukahtavat hitaammin. Näin ollen vuoteessaoloaika voi erota huomattavasti nukutusta ajasta. (Seppälä 2003. 307) Uni koetaan iän karttuessa pinnallisemmaksi ja katkonaisemmaksi, mutta tämä ei yksinään tarkoita, että kyseessä olisi unettomuus (Kivelä 2009. 12).

Yleinen syy iäkkäiden unettomuuteen on puutteellisesti hoidetut fyysiset sairaudet. Mahdollisesti sairautta ei ole havaittu tai tunnistettu. Vanheneminen aiheuttaa elimistössä muutoksia, jotka voivat aiheuttaa yöllisiä heräilyjä. Moniin sairauksiin liitetty tihentynyt virtsaamistarve voi katkaista unen useampaankin kertaan yössä. Kivut, joita iäkkäillä esiintyy esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksien yhteydessä, häiritsevät unta ja ennen kaikkea nukahtamista. Lääkkeiden käyttö lisääntyy suhteessa ikään ja näin ollen lääkkeiden aiheuttama unettomuus on tavallista iäkkäiden keskuudessa. (Kivelä 2009. 12)

Iäkkäiden unettomuuden lääkehoitoa suunniteltaessa on muistettava mahdollinen lääkeriippuvuus, joka muodostuu iäkkäille nopeammin kuin keski-ikäisille. (Kivelä 2009. 12) Iäkkäät saattavat jatkaa lyhytaikaisesti määrättyjen unilääkkeiden käyttöä jopa vuosia, vaikka tarvetta siihen ei enää olisikaan. Siksi unilääkereseptiä ei tulisi koskaan uusia ilman säännöllistä tarpeen arviointia. (Seppälä 2003. 312)

## 6 Unettomuuden lääkehoito

Unettomuutta tulisi hoitaa lääkkeillä lähinnä lyhytaikaisesti. Yli kolme kuukautta kestävä käytön hyödyistä ei ole saatu näyttöä. Pitkäaikaisessa käytössä elimistö kehittää toleranssin lääkettä kohtaan tehon samalla heiketessä (Partinen & Huovinen 2007. 155) Lääkkeiden käyttönotolla sivutetaan usein perimmäisen syyn selvittäminen. Unettomuutta aiheuttava syy tulisikin siis selvittää aina ennen mahdollisen lääkehoidon aloittamista. Harvinaisessa tapauksessa, potilaan sairastaessa idiopaattista eli primääristä unettomuutta, voidaan pitkäaikaisempaa lääkehoitoa harkita. (Duodecim 2008. 1788 - 1789) Suomessa unilääkkeiden käyttö ei ole viime vuosina enää lisääntynyt, mutta on kuitenkin edelleen runsasta (Duodecim 2008. 1783). Vuonna 2008 Suomessa käytettiin edelleen päivittäin 52,95 unilääkeannosta tuhatta asukasta kohti (Lääkelaitos 2009).

Unilääkkeet vaikuttavat potilaaseen pidentämällä unta tyypillisesti varsin tehokkaasti, mutta samalla tuovat mukanaan runsaasti haittavaikutuksia. Haittavaikutukset ovat vähäisempiä

lyhytvaikutteisia lääkevaihtoehtoja käytettäessä, joten niiden käyttöä tulisi ensisijaisesti suosia. (Duodecim 2008. 1789)

Nykyään käytettävät unilääkkeet vähentävät syvää unta (Partinen & Huovinen 2007. 155), joten elimistön palautuminen (Partinen & Huovinen 2007. 37) ja uuden tiedon oppiminen (Partinen & Huovinen 2007. 40) ei ole yhtä tehokasta kuin luonnollisessa unessa. Toisaalta unilääkkeet vähentävät myös REM-unta (Partinen & Huovinen 2007. 155), joten myös uusien taitojen sisäistäminen jää vajaammaksi (Partinen & Huovinen 2007. 40). Käytännössä unilääkkeiden avulla nukuttu yö ei siis ole yhtä tehokas levon ja oppimisen kannalta kuin luonnollisen unen kanssa.

Unilääkeannosta ei tulisi nostaa. Näennäinen korottamisen tarve voi tarkoittaa sitä, ettei tällaista unettomuutta tulisi hoitaa lääkkeillä. Annosta korottamalla lisätään haittavaikutuksia, mutta potilas ei saa todellista apua unettomuuteensa. Liiallisella annoksella voidaan saada aikaiseksi myös subjektiivista unettomuutta. Subjektiivisessa unettomuudessa potilas kokee lääkkeen vaikutuksesta nukkuvansa paremmin, mutta todellisuudessa unirekisteröinnissä hänen havaitaan nukkuvan yhtä huonosti kuin ilman lääkettä. (Partinen & Huovinen 2007. 155 - 157)

#### 6.1 Bentsodiatsepiinit ja niiden tavoin vaikuttavat lääkkeet

Bentsodiatsepiini johdannaisia ja niiden tavoin vaikuttavia lääkkeitä käytetään uni- ja nukah- tamislääkkeenä. On kuitenkin muistettava että lääkkeellinen hoito ei koskaan yksinään riitä unettomuuden hoidoksi. Bentsodiatsepiini johdannaiset ja niiden tavoin vaikuttavat lääkkeet on tarkoitettu tilapäisen toiminnallisen unettomuuden lyhytkestoiseen hoitoon. (Kivelä 2007. 87)

Bentsodiatsepiini johdannaiset sekä niiden tavoin vaikuttavat lääkkeet muodostavat kaksi lää- keryhmää, joilla hoidetaan esimerkiksi ahdistuneisuutta sekä unettomuutta. Näiden lääke- ryhmien kemiallinen koostumus on erilainen. Niiden vaikutusmekanismi aivoissa on kuitenkin samanlainen ja näin ollen myös haittavaikutukset ovat samoja. Suurin ero näiden kahden lää- keryhmän välillä on se, että bentsodiatsepiinien tavoin vaikuttavat lääkkeet hajoavat ja erittyvät nopeammin elimistöstä. (Kivelä 2007. 91 - 92)

Lääkkeen vaikutusta ei voida kohdentaa vain tiettyyn uni- ja nukahtamiskeskukseen, vaan vaikutus ulottuu laajalle alueelle aivoissa. Tästä syystä kyseisillä lääkkeillä on hyvin paljon eri haittavaikutuksia. (Kivelä 2007. 93)

Bentsodiatsepiini johdannaisten tyypillinen ominaisuus on tuskaisuutta ja ahdistuneisuutta lievittävä ominaisuus. Toinen tärkeä ominaisuus on niiden väsyttävä vaikutus, joka edistää uneen vaipumista. Muita lääkkeen ominaisuuksia ovat kouristuksia estävä sekä lihaksia la-

mauttava vaikutus. Suurina annoksina lääke saattaa aiheuttaa muistamattomuutta. Eri bentsodiatsepiini johdannaisten suurin ero on niiden hajoamis- ja erittymisnopeudessa elimistössä. Näin olleen lääkkeitä voidaan jakaa pitkävaikutteisiin, keskipitkävaikutteisiin ja lyhytvaikutteisiin lääkkeisiin. (Kivelä 2007. 89 - 91)

Bentsodiatsepiinien tavoin vaikuttavien lääkkeiden ryhmään kuuluu kolme lääkeainetta; tso-pikloni, tsolpideemi ja tsaleploni. Näiden lääkeaineiden väsymystä aiheuttava vaikutus on melkein yhtä voimakas kuin bentsodiatsepiini johdannaisten. Ne eivät kuitenkaan ole yhtä tehokkaita lievittämään ahdistusta ja tuskaisuutta. Myös niiden vaikutukset ehkäistä kouristuksia ja lamauttaa lihaksia ovat vähäisemmät kuin bentsodiatsepiini johdannaisten. (Kivelä 2007. 92)

Molempien lääkeryhmien vaikutusajat ovat iäkkäillä ihmisillä pidemmät kuin keski-ikäisillä. Tämä johtuu esimerkiksi normaalista maksan ja munuaisten toimintakyvyn heikkenemisestä ihmisen ikääntyessä. Bentsodiatsepiini johdannaisten ja niiden tavoin vaikuttavien lääkkeiden käyttö on rasvaliukoisia. Ikäihmisten elimistön rasvapitoisuus on suurempi kuin keski-ikäisillä. Tämä vaikuttaa lääkeryhmien varastoitumiseen ikäihmisten elimistössä. Koska lääkkeen vaikutusaika on pidempi ja se pystyy varastoitumaan ikäihmisten elimistöön, on niiden käyttö iäkkäillä ongelmallisempaa kuin nuoremmilla. (Kivelä 2007. 95)

Diatsepaami, kloridiatsepoksidi ja nitratsepaami ovat pitkän vaikutusajan omaavia bentsodiatsepiini johdannaisten. Pitkän vaikutusajansa takia kyseisiä lääkkeitä ei yleensä tulisi käyttää ikäihmisillä, sillä lääke voi varastoitua elimistöön, joka aiheuttaa huomattavia sivuvaikutuksia. (Kivelä 2007. 95) Oksatsepaami ja tematsepaami ovat vaikutusajaltaan keskipitkiä bentsodiatsepiini johdannaisten, joita käytetään iäkkäiden unettomuuden hoidossa. Oksatsepaami on esimerkiksi ahdistuneisuuden hoitoon tarkoitettu lääkeaine, kun taas Tematsepaami on tarkoitettu erityisesti unettomuuden hoitoon. Oksatsepaamia suositellaan iäkkäiden hyvin voimakkaan ahdistuneisuuden hoitoon päivällä. Tematsepaami on tarkoitettu toiminnallisen unettomuuden lyhytkestoiseen hoitoon tarvittaessa otettuna. (Kivelä 2007. 96)

Bentsodiatsepiinien tavoin vaikuttavien lääkkeiden vaikutusaika on lyhyempi kuin bentsodiatsepiini johdannaisten. Tästä syystä niiden käyttö voi olla ongelmallista iäkkäillä. Lääkeaine voi poistua elimistöstä jo muutaman tunnin kuluttua lääkkeen ottamisesta, joka saattaa aiheuttaa heräämisen keskellä yötä tai aamuyöstä. Tämä saattaa myös aiheuttaa yöllistä sekavuutta. Tästä syystä kyseisiä lääkkeitä ei yleensä suositella käytettäväksi iäkkäillä. (Kivelä 2007. 96)

Bentsodiatsepiini johdannaisten sekä niiden tavoin vaikuttavien lääkkeiden vaikutus aiheuttavat voimakkaan fyysisen sekä psyykkisen riippuvuuden. Iäkkäille riippuvuus kehittyy herkemmin. Jo 2 - 3 viikon päivittäinen käyttö voi johtaa riippuvuuteen. Vieroitusoireet syntyvät, kun aivojen bentsodiatsepiini reseptorit jäävät ilman päivittäistä lääkeannosta. Vieroitusoireita syntyy lähes

jokaiselle, joka lopettaa käytön äkillisesti. Tästä syystä lääkkeiden lopetus tulee olla suunnitelmallista ja käyttö tulee lopettaa asteittain. Vieroitusoireisiin kuuluvat hermostuneisuus, ärsyyntyneisyys, psyykkinen tuska, ahdistuneisuus, tärinä, vapina, hikoilu ja unettomuus. Jopa sydämen tykytykset ovat mahdollisia. (Kivelä 2007. 97 - 96)

Vieroitusoireet ovat pahempia, mikäli käyttö lopetetaan nopeasti. lääkäreiden potilaiden kohdalla tulee huomioida, että lääkeainetta on voinut kertyä elimistöön, jolloin heidän kohdallaan vieroitusoireet voivat ilmetä normaalia myöhemmin. Vieroitusoireiden ehkäisemiseksi bentsodiatsepiinien ja niiden tavoin vaikuttavien lääkkeiden käyttö tulee lopettaa lääkeannosta vähitellen vähentäen. Mitä pidempään potilas on käyttänyt lääkettä, sitä pidemmän ajan kuluessa lääke on lopetettava. (Kivelä 2007. 97 - 96)

Bentsodiatsepiinit ja niiden tavoin vaikuttaviin lääkkeisiin voi kehittyä toleranssi. Tällä tarkoitetaan elimistön tottumista lääkkeeseen, jolloin sen teho on heikompi tai se voi hävitä kokonaan. Tällöin päivittäistä lääkemannosta joudutaan nostamaan, jotta lääkkeellä saada aikaan toivottu vaikutus. Bentsodiatsepiinijohdannaiset ja niiden tavoin vaikuttavat lääkkeet unettomuuden hoidossa menettävät tehonsa jopa kolmen tai neljän kuukauden säännöllisen käytön jälkeen. Pitkäkestoisella käytöllä ei ole todettu myönteisiä vaikutuksia unettomuuden hoidossa. (Kivelä 2007. 98)

Bentsodiatsepiinijohdannaiset ja niiden tavoin vaikuttavat lääkkeet ovat kolmiolääkkeitä, joka tarkoittaa, että lääke heikentää havainto- ja toimintakykyä. Lääkkeen vaikutus voimistuu, mikäli henkilö käyttää muuta keskushermostoon vaikuttavaa lääkettä tai hänellä on keskushermostoon liittyvä sairaus. Yleisiä kognitiivisia haittavaikutuksia ovat muistin, tarkkaavaisuuden, keskittymiskyvyn, ongelmien ratkaisukyky, älykkyyden sekä liikesuoritusten hidastuminen ja heikkeneminen. Jo lyhytaikainen lääkkeen käyttö aiheuttaa haittavaikutuksia, mutta käytettäessä lääkettä pitkään haittavaikutukset lisääntyvät. (Kivelä 2007. 99)

Bentsodiatsepiinijohdannaiset sekä niiden tavoin vaikuttavat lääkkeet lisäävät huimauksen tunnetta heikentämällä tasapainonhallintaa. Osittain tämä selittyy kognitiivisten toimintojen heikkenemisen kautta. Osasyynä on myös se, että kyseiset lääkeaineet lamaavat lihasvoimia. Lääkkeen kyky heikentää lihasvoimia on kuitenkin yksilöllinen. Ongelmat tasapainon ylläpitämisessä johtavat kävelyn epävarmuuteen, horjumiseen kävellessä ja jopa kaatuiluun. (Kivelä 2007. 99)

Väsymys on myös yksi näiden lääkkeiden haittavaikutuksista. Kyseisiä lääkkeitä pitkään käyttäneet vanhuksat eivät jaksavat toimia tavanomaisesti ja he saattavat nukahdella päivisin. Lääkkeet voivat jopa edistää masennuksen puhkeamista. Esimerkiksi haluttomuus, toivottomuus, väsymys sekä jaksamattomuus voivat olla masennusoireita vuosia jatkuneen bentsodiatsepiinijohdannaisen tai sen tavoin vaikuttavan lääkkeen käytöstä. (Kivelä 2007. 100)

## 6.2 Depressiolääkkeet

Depressiolääkkeet kuuluvat osana unettomuuden hoitoon vain, jos unettomuus aiheutuu keskivaikeasta tai vaikeasta masennuksesta. Kun henkilö on sairastunut masennukseen, ei pelkkä lääkehoito riitä. Psykologinen tuki, terapiat ja liikunta- ja sosiaaliset ryhmät liittyvät yhtä vahvasti masennuksen hoitoon. Lääkityksen valinta juuri unettomuuden hoitoon on tärkeää, koska markkinoilla on depressiolääkkeitä, jotka aiheuttavat masennustilaan liittyvän unettomuuden pahenemista. Kyseisiä lääkkeitä ovat muun muassa sitalopraami ja essitelopraami. Kuitenkin vaikeaa tai keskivaikeaa masennusta sairastavan unettomuuden hoitoon sopivat depressiolääkkeet lisäävät väsymystä. Monet lääkkeitä aiheuttavat väsymystä etenkin käytön alussa. Näin vaikuttavat esimerkiksi mirtatsapiini ja tratsodoni. (Kivelä 2007. 114)

## 6.3 Muut unilääkkeet

Melatoniini on hormoni, jota ihmisen oma elimistö tuottaa aivojen käpyrauhhasessa. Melatoniini toimii luonnollisena unihormonina ja vaikuttaa uni-valverytmin ylläpitämiseen. Silmän verkkokalvolle pääsevän valon määrä vaikuttaa erityiseen. Pimeällä hormonia erittyy paljon, kun taas valoisalla erityis käpylisäkkeestä on vähäistä. (Kivelä 2007. 106)

Tämä hormonituotanto kuitenkin muuttuu ikääntyessä. Erityisesti yöllinen erityis on vanhuksilla vähäisempää kuin nuorilla. Alzheimerin tautia sairastavilla potilailla valosta riippuva vuorokausirytmipuuttuu lähes kokonaan (Kivelä 2006. 1333). Tämän vuoksi melatoniinia on alettu käyttää pieninä annoksina unettomuuden hoitoon, erityisesti vanhuksilla ja muistisairailta. (Kivelä 2007. 107)

Melatoniinin on havaittu vaikuttavan positiivisesti toiminnallisen ja primäärisen unettomuuden sekä uni-valverytmin häiriöiden kohdalla. Melatoniinin tehosta sekundaarisessa unettomuudessa ei ole tutkittua hyötyä (Duodecim 2008. 1791). Erityisesti hormoni helpottaa nukahdamista, mutta myös unen pidentymistä sekä heräilyjen vähenemistä on havaittu. Osa potilaista saattaa hyötyä melatoniinista heti, kun toiset tarvitsevat useamman kuukauden käytön ennen avun saamista. Myös melatoniinin kohdalla on tärkeää muistaa, että kaikki potilaat eivät siitä hyödy. (Kivelä 2007. 107)

Melatoniinin haittavaikutukset ovat tyypillisesti muita unettomuuden lääkehoidossa käytettäviä valmisteita pienemmät, sillä kyseessä on elimistön normaali hormoni (Kivelä 2007. 108). Lisäksi melatoniini on lyhytvaikutteinen puolittuen 40 - 50 minuutissa. Korkein pitoisuuskin saavutetaan suun kautta otettavan lääkeyhteydessä 20 minuutissa. (Kivelä 2006. 1333) Käyttäjillä ei yleensä esiinny bentsodiatsepiinijohdannaisia käyttävien potilaiden tavoin kaa-

tuilua, muistin heikentymistä, tokkuraisuutta tai liiallista väsymystä päiväsaikaan. Melatoniinin teho saattaa voimistua liiaksi, mikäli potilas saa samanaikaisesti masennuslääkkeenä käytettävää fluvoksaamia tai antibioottina käytettävää siprofloksasiinia. (Kivelä 2007. 108 - 109) Myös varfariinia (Marevan-lääkitys) käyttävien ja epileptikkojen kohdalla käyttöä tulee harkita ja toteuttaa varoen (Duodecim 2008).

Melatoniinin käyttö voidaan lopettaa vierottamatta, mutta lisäksi sen pitkäaikaisen käytön hyödyistä on bentsodiatsepiineistä poiketen myönteisiä tuloksia (Kivelä 2007. 108). Potilas saa melatoniinilääkityksen aikana 0,5 - 6mg melatoniinia päivittäin samaan aikaan ennen nukkumaanmenoa (Duodecim 2008. 1791). Annosta voidaan erityisesti muista unilääkkeistä vierotettaessa tarvittaessa nostaa jopa 9mg asti, mikäli potilas ei hyödy pienemmästä määrästä. Melatoniini on nykyään Euroopan lääkelaitoksen hyväksymä unettomuuden hoitomuoto (Kivelä 2007. 108 - 109) ja sitä suositellaankin pitkäaikaiseen unettomuuteen sekä aikaerosta johtuvaan unettomuuteen erityisesti iäkkäille (Duodecim 2008. 1791).

Tuore tutkimus (Wade, Ford, Grawford, McConnachie, Nir, Laudon & Zisapel 2010) osoittaa melatoniinin hyödyllisyyttä erityisesti ikäihmisten unettomuuden hoidossa. Yli 65-vuotiaat hyötyvät melatoniinista suurella todennäköisyydellä ja vaikutus tehostuu jopa 6 kuukauden ajan. Kuuden kuukauden yhtämittäisestä käytössä ei todettu merkittäviä sivuvaikutuksia. Tutkimus osoitti kuitenkin, että melatoniinin vaikutus on hyvin yksilöllinen. Mittaamalla hoitoa edeltänyttä melatoniinitasoa ei voitu ennustaa lääkkeen vaikutusta. Tämän vuoksi melatoniinitason mittaamista hoitoa edeltävästi ei pidetä tarpeellisena.

Psykoosilääkkeillä tyypillisesti hoidetaan psykiatrisia potilaita, joilla on vaikeita harhoja. (Kivelä 2007. 111) Erityistapauksessa psykoosilääkkeet voivat tulla kyseeseen myös unettomuuden hoidossa. Erityisesti tämä vaihtoehto tulisi huomioida hoidettaessa potilasta, jolla on psykoottinen perussairaus sekä siihen liittyvää sekundaarista unettomuutta. (Duodecim 2008. 1791) Lisäksi pientä annosta psykoosilääkettä voidaan käyttää muistisairaana potilaan illalliseen levottomuuteen sekä siihen liittyvään unettomuuteen. Muuten psykoosilääkkeiden käyttöä unettomuuden hoidossa tulisi kuitenkin välttää eikä erityisryhmillekään käyttää pitkäaikaisena. (Kivelä 2007. 112) Psykoosilääkkeillä on nimittäin runsaasti mahdollisia sivuvaikutuksia (Duodecim 2008. 1791). Tällaisia oireita voivat olla esimerkiksi jäykkyys, suun kuivuminen, ummetus ja levottomuus (Kivelä 2007. 112).

Antihistamiinit ovat alun perin allergialääkkeitä, mutta niillä on usein haittavaikutuksena väsyttävä ominaisuus. Tämän vuoksi antihistamiineja, kuten hydroksitsiinia, on käytetty ajoittain myös unettomuuden hoidossa. (Kivelä 2007. 112) Antihistamiinien hyödyistä unettomuuden hoidossa ei kuitenkaan ole näyttöä. Lisäksi antihistamiineilla on runsaasti sivuvaikutuksia, kuten päänsärkyä, suun kuivumista ja uupuneisuutta (Lääketietokeskus 2009), väsyttävän vaikutuksen ohella (Duodecim 2008. 1791), jotka korostuvat erityisesti iäkkäiden kohdalla

(Kivelä 2007. 112). Antihistamiineja ei tulisi käyttää ainakaan pitkäaikaisesti unettomuuden hoidossa. (Duodecim 2008. 1791)

Tryptofaani on aivoissa muodostuvan serotoniinin esiaste. Tämä ihmiselle välttämätön aminohappo kulkee veren mukana aivoihin muuttuen siellä serotoniiniksi, joka on aivojen välittäjäaine. Serotoniini osallistuu keskushermostossa esimerkiksi kehon lämmön, kivun ja verenpaineen säätelyyn sekä univalve-rytmiin. Tryptofaania käytetään masennuksen ja unettomuuden hoitoon, sillä sen puutteella on havaittu olevan yhteyttä unettomuuteen. (Kivelä 2007. 112) Tehosta ei ole kuitenkaan riittävästi tutkittua tietoa. Potilaat ovat hyötäneet toistaiseksi niin korkeista annoksista, että haittavaikutukset ovat olleet merkittäviä. (Duodecim 2008. 1791) Erityisesti haitat korostuvat, mikäli potilas samanaikaisesti käyttää masennuslääkkeitä tai kipulääkkeenä käytettävää tramadolia (Kivelä 2007. 112). Käypä Hoito - suositus (Duodecim 2008. 1791) ei teorian puutuessa pysty ottamaan kantaa tryptofaanin tehoon, mutta korostaa liiallisia haittavaikutuksia. Tryptofaania ei tulisi käyttää vanhusten unettomuuden hoitoon (Kivelä 2007. 113).

Valeriaanauutetta käytetään lievän unettomuuden hoidossa. Se on turvallinen potilaalle, mutta sillä ei kovin merkittävää tehoa. (Duodecim 2008. 1791) Virmajuuresta saatavaa uutetta on tutkittu melko rajallisesti, mutta osa lieväoireisista potilaista kuitenkin hyötyy siitä. Toiset saavat avun heti, mutta osalla vaikutukset näkyvät vasta 2 - 4 viikon kuluttua. Haittana valerianauutteessa on erityisesti se, että yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa tunnetaan huonosti. Varfariini-hoitoon (Marevan-lääkitys) valerianalla tiedetään olevan vaikutusta. Lyhytaikaisessa toiminnallisen unettomuuden hoidossa valerianaa voidaan käyttää, mutta pitkäaikaiseen käyttöön sitä ei suositella. (Kivelä 2007. 110 - 111)

Nykyään yritetään kehittää entistä parempia ja vähemmän haittavaikutuksia sisältäviä vaihtoehtoja unettomuuden lääkehoitoon (Partonen 2008. 1450). Lääkkeetöntä hoitoa tulisi suosia entistä enemmän, mutta on epärealistista ajatella, että selvittäisiin kokonaan ilman unilääkkeitä (Seppälä 2009. 1092). Aiemmat unilääkkeet sedatoivat potilaan nukkumaan, kun uudet aikabiologiset unilääkkeet pyrkivät tahdittamaan potilaan nukahtamaan. Melatoniini on aikabiologinen unilääke. (Partonen 2008. 1449)

Markkinoilla on myös melatoniinireseptoreihin vaikuttava ramelteoni, joka on tarkoitettu aikuisten nukahtamisvaikeuksiin. Ramelteoni on melatoniinin kaltainen, mutta pitkävaikutteisempi. Tämän vuoksi säännöllisessä käytössä saattaa ilmetä haittavaikutuksia, vaikka yleisesti ramelteoni on melatoniinin tavoin hyvin siedetty ja haittavaikutuksiltaan vähäinen. (Partonen 2008. 1450) Aikabiologiseksi unilääkkeeksi lasketaan myös esimerkiksi maniaassa käytettävä litium, joka hidastaa ihmisen sisäisen kellon toimintaa (Partonen 2007. 4087).

Näiden aikabiologisten unilääkkeiden ohella uusia kehitetään jatkuvasti. Esimerkiksi masennustilojen hoitoon kehitetystä agomelatiinista saattaisi tulevaisuudessa olla pitkäkestoiseen



turvalliseen unettomuuden lääkehoitoon. Asiantuntijat uskovatkin aikabiologisten unilääkkeiden vähitellen syrjäyttävän tilapäiseen käyttöön tarkoitettua vanhempiä unilääkkeitä vähäisempien sivuvaikutusten ja sedatoimattomuutensa vuoksi. (Partonen 2008. 1450) Toistaiseksi ylipäättään muiksi unilääkkeiksi luokiteltavien unilääkkeiden käyttö on kuitenkin edelleen varsin vähäistä esimerkiksi bentsodiatsepiineihin verrattuna (Lääkelaitos 2009).

## 7 Unettomuuden lääkkeetön hoito

### 7.1 Elämäntavat

Terveelliset elämäntavat ovat tärkein unettomuuden lääkkeetön hoitokeino. Ne auttavat pitämään ihmisen elimistöä tasapainossa, mikä edesauttaa normaalia unirytmää. Unettomuutta hoidettaessa ei mitään osaa terveyden ylläpitämisessä tulisi unohtaa. Esimerkiksi pelkkä suositusten mukainen ruokailu ei tuo haluttuja tuloksia, vaan siihen tulisi yhdistää myös tarpeeksi liikuntaa. Terveelliset elämäntavat eivät vain auta poistamaan unettomuutta, vaan myös ehkäisevät sen syntyä. Ne ovat myös halpoja hoitovaihtoehtoja toteuttaa eikä niistä aiheudu haittaa. Elämäntapojen muutokset voivat viedä jonkin verran aikaa, mutta tärkeintä on oma suhtautuminen ja sitoutuminen muutoksiin. Unen kannalta myönteisten vaikutusten tulo voi kestää jonkin aikaa, mutta muutoksen tapahtuessa vaikutukset kestävät pitkään. (Kivelä 2007. 65)

Vääränlainen tai liian vähäinen ravinto on yksi yleisimmistä päiväsaikaan väsymystä aiheuttavista syistä. Yöllisen unettomuuden syy voi olla liian niukka ravintoaineiden saanti, jolloin elimistö ei jaksakaan toimia normaaliin tapansa. (Kivelä 2007. 66) Aamiainen on unen kannalta tärkeä ateria, koska sen avulla kerätään energiaa päivän toimintoihin. Runsas terveellinen aamiainen auttaa ihmistä aloittamaan päivänsä tarmokkaammin ja jaksamaan muissa toiminnoissa ja tehtävissä. (Partinen & Huovinen 2007. 192 - 195)

Erityisesti aamiaisella tulee kiinnittää huomiota riittävään nesteeseen saantiin. Nestetasapainosta huolehtiminen estää alhaisen verenpaineen aiheuttamaa aamuhuimausta. Paljon kaloreita sisältäviä ruokia, erityisesti nopeasti imeytyviä hiilihydraatteja, kannattaa aamu- ja päiväsaikaan välttää niiden väsyttävän vaikutuksen vuoksi. Päivän viimeinen kunnon ateria tulisi nauttia noin kello kuuden ja kahdeksan välillä. Silloin täytetään suurin osa päivän kaloritarpeista. Hiilihydraattipitoinen ruoka, kuten makea jälkiruoka helpottaa nukahtamista. Raskasta, hitaasti sulavaa ruokaa, kuten kokolihapihvejä ja sieniä tulee kuitenkin välttää, koska ne häiritsevät yönunaa. Viimeisen aterian jälkeen tulisi valvoa vielä runsas tunti. (Partinen & Huovinen 2007. 192 - 195)

Kahvi on noussut hyvin puhutuksi aiheeksi terveyttä edistävässä keskustelussa. Sen terveysvaikutuksista on monenlaista tietoa, niin hyvää kuin pahaakin. Kuitenkin on varmaa, että kahvin sisältämällä kofeiinilla on piristävä vaikutus ja siksi sitä ei kannata juoda 3 - 4 tuntia ennen nukkumaan menoa. Myös tee sisältää kofeiinia, mutta markkinoilla on myös kofeiinittomia tee-vaihtoehtoja. Esimerkiksi vihreää teetä voi rauhassa juoda ennen nukkumaan menoa, sillä kuuma juoma saattaa edesauttaa väsymyksen tunnetta (Kivelä 2007. 69 - 70).

Alkoholin vaikutus uneen on ristiriitainen, sillä se helpottaa nukahtamista, mutta voi häiritä myöhempää unta (Partinen & Huovinen 2007. 226). Alkoholin nauttiminen esimerkiksi lasillisella punaviiniä illallisella voi olla terveyden ja unen kannalta positiivista. Kuitenkin tämän suosituksen ylitys lisää alkoholin huonoja vaikutuksia. (Partinen & Huovinen 2007. 187) Liiallinen alkoholin käyttö aiheuttaa unen rakenteessa muutoksia; nukahtaminen vaikeutuu, pinnallinen uni lisääntyy ja hidasaaltounen määrä vähenee (Lindberg yms 2004. 3042). Tupakoinnin on osoitettu vaikuttavan haitallisesti unen rakenteeseen; nukahtaminen vaikeutuu, unen määrä vähenee ja laatu huononee. Syy löytyy tupakan sisältämästä nikotiinista ja siihen liittyvistä vieroitusoireista. (Partinen & Huovinen 2007. 195)

Liikunnan on monissa tutkimuksissa osoitettu parantavan ihmisen terveyttä, elimistön tasapainoa ja sitä kautta parantavan myös unen laatua. Tärkeää on, että liikunta on itse liikkujalle mieluista. Liikuntalajin vaihtelu on myös suositeltavaa. Näin mielenkiinto ja halu liikkua päivittäin säilyvät. Liikuntaa tulisikin harrastaa päivittäin, jotta sen suotuiset vaikutukset säilyisivät. Esimerkiksi puolesta tunnista pariin tuntiin kestävä kävely parantaa unen laatua. Tehokas, mahdollisesti hien pintaan nostettava liikunta antaa parhaat tulokset unen kannalta. (Kivelä 2007. 66 - 67)

Liikunta tulee aina suhteuttaa henkilön fyysiseen kuntoon. Vähäinen liikunta on parempi kuin ei mitään, joten huonokuntoisiakin tulee kannustaa liikkumaan omaan tahtiinsa. Liikuntarajoitteisille on kehitetty erilaisia mahdollisuuksia liikkua. Esimerkiksi tuolijumppa tai -voimistelu on hyvä vaihtoehto henkilöille, joille seisominen tuottaa vaikeuksia. Liikunta juuri ennen nukkumaan menoa voi häiritä nukahtamista, jonka vuoksi liikunnan jälkeen tulisi valvoa vielä noin 2 - 3 tuntia. (Kivelä 2007. 66 - 67)

Fyysisen terveyden ylläpitäminen on hyvin tärkeää laadukkaan, virkistävän unen kannalta. Fyysisen hyvinvoinnin lisäksi on tärkeää pitää huolta henkisestä hyvinvoinnista. Fyysinen ja henkinen hyvinvointi tukevat toisiaan. Henkisestä hyvinvoinnista pidetään huolta sijoittamalla elämään riittävästi miellyttävää toimintaa ja seurustelua kanssaihmisten kanssa. Kuitenkin liian kiireinen aikataulu ja yllirasittuminen johtavat stressiin, joka vaikuttaa uneen negatiivisesti. Tyytyväisellä mielellä ihmisen on mukavampi mennä nukkumaan ja nukahtaa, jolloin mahdollisuus laadukkaaseen uneen paranee. Kun elämä tuntuu mielekkäältä, on myös helpompaa noudattaa unenlaatua edistäviä terveellisiä elämäntapoja. (Kivelä 2007. 67 - 68)

## 7.2 Perussairauksien hoito

Usein erityisesti iäkkäiden ihmisten unettomuuden taustalla on herääminen kipuun tai muuhun fyysiseen oireeseen (Kivelä 2007. 41). Unettomuus harvoin johtuu pelkästään fyysisestä sairaudesta, mutta ne lisäävät riskiä merkittävästi (Duodecim 2008. 1784). Perussairauksien huolellinen hoitaminen ja tasapainottaminen kuuluvat siis olennaisena osana unettomuuden hoitoon (Duodecim 2008. 1789).

Mahdollisimman hyvän unen takaamiseksi potilaan verenpaine tulisi olla tasapainossa. Alle 120/60 mmHg päiväaikailla verenpaineilla potilas saattaa kärsiä liian matalan verenpaineen aiheuttamasta unettomuudesta. Unen aikana verenpaine laskee vielä päiväaikaista matalammalle. (Kivelä 2007. 46) Unen kannalta optimaalinen tavoitetaso olisi 130-150/70-90 mmHg. Tavoitetason saavuttamisen on todettu lisäävän erityisesti unen yhtäjaksoisuutta. (Kivelä 2006. 1330)

Uniapnea - potilas kärsii toistuvista yöllisistä hengitysteiden ahtautumisesta johtuvista hengityskatkoksista. Hallitsevia oireita ovat tyypillisesti unen laadun huononeminen, yöllinen heräily ja päiväaikainen väsymys. Merkittävä osa potilaista kärsii ylipainosta ja verenpainetaudista, joten sairauden hoitoon liittyy keskeisesti elämäntapojen hallinta. Varma diagnoosi tehdään unirekisteröinnillä eli unipolygrafiolla. Elämäntapojen ohella uniapneaa hoidetaan erityisesti ylipaine- eli CPAP-hoidolla. Erityistapauksissa myös leikkaushoito voi tulla kyseeseen. (Partinen & Huovinen 2007. 96 - 103)

Levottomat jalat on varsin yleinen oireyhtymä. Jopa 10 % suomalaisista aikuisista kärsii vaihasta. Erityisesti levottomia jalkoja esiintyy dialyysi- ja reumapotilailla. (Duodecim 2008. 1785) Potilaat hakeutuvat hoitoon tyypillisesti nukahtamisvaikeuksien vuoksi (Seppälä 2003. 308). Osalle näistä potilaista saattaa olla liian alhainen kudusraudan pitoisuus. Korjaavasta rautakuurista voi olla hyötyä myös levottomiin jalkoihin. (Duodecim 2008. 1791) Toisaalta oireyhtymä on liitetty myös eräiden b-vitamiinien puutteeseen, joten näiden riittävään saantiin tulisi kiinnittää huomiota (Seppälä 2003. 308). Myös säännöllisestä päivittäisestä pohkeiden venyttelystä saattaa olla apua (Kivelä 2006. 1330). Lisäksi käytetään esimerkiksi fysikaalisia hoitoja ja liikuntaa ennen nukkumaan menoa. Kahvin juomista tulisi välttää muiden unettomien potilaiden tavoin ilta-aikaan. (Seppälä 2003. 308)

Usein erityisesti iäkkäiden unta voi häiritä ja unettomuutta aiheuttaa erilaiset virtsavaivat. Ihmisen ikääntyessä virtsarakon seinämä jäykistyy ja samalla sen tilavuus pienenee. Samalla virtsamäärät tyypillisesti lisääntyvät. Virtsamistarve on tiheämpää ja WC:hen tarvitsee lähteä yölläkin. Erityisesti oluen ja viinin nauttimista tulisi välttää iltaisin, koska ne lisäävät nesteen poistumista elimistöstä. Myös esimerkiksi eturauhasen liikakasvun tai virtsatieninfektion

mahdollisuus tulisi ottaa huomioon. Huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes voi osaltaan olla syynä virtsavaivoihin ja sitä kautta unettomuuteen. (Kivelä 2007. 41 - 43)

Kipu on selkeä yksittäinen unen laatuun vaikuttava tekijä. Se herkästi vaikeuttaa nukahtamista, mutta toisaalta potilaat usein myös heräävät aamulla toivottua aiemmin. (Partinen & Huovinen 2007. 86) Yleisiä kiputiloja ikääntyneillä ovat esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinten vaivat, palleatyrä tai ummetus. (Kivelä 2007. 43). Myös kivun aiheuttamissa univaivoissa hoito keskittyy luonnollisesti perussairauteen (Kivelä 2006. 1330). Unettomuutta aiheuttavan kivun kohdalla tulisi ottaa huomioon myös mahdollisuus sopimattomasta sängystä (Kivelä 2007. 43)

Unettomuutta hoidettaessa tulisi siis ylipäätään aina muistaa, että perussairaudet ovat merkittävässä roolissa unettomuuden taustatekijöissä. Lähes kaikki fyysiset ja myös psyykkiset sairaudet aiheuttavat osaltaan unettomuutta ainakin joillekin potilaille (Partinen & Huovinen 2007. 85). Unettomuuden syy tulisi aina selvittää ennen hoidon aloittamista. Lääkehoidon aloittaminen lisää tutkitusti riskiä syyn selvittämisen laiminlyöntiin (Duodecim 2008. 1789). Jo Käypä Hoito -suosituksen (Duodecim 2008. 1782) velvoittamana perussairaudet on hoidettava huolella.

### 7.3 Kognitiiviset menetelmät

Tyypillisimmillään unettomuus on lyhytaikaista, esimerkiksi elämänmuutokseen liittyvää, toiminnallista unettomuutta. Erityisesti tällaisessa tilanteessa toisten ihmisten tuki ja lohduttaminen ovat merkittävässä roolissa. Paras lohduttaja voi potilaasta riippuen olla esimerkiksi perheen jäsen tai ammattihenkilö. (Duodecim 2008. 1784) Ylipäätään mieliala on keskeisessä roolissa unen laatuun vaikuttavana tekijänä (Partinen & Huovinen 2007. 87). Uni ei tule, kun asioita jännitetään tai murehditaan vuoteessa. (Seppälä 2003. 307)

Pitkäaikaisen unettomuuden hoidossa kognitiivinen terapia on merkittävimmissä roolissa. Kognitiivisella terapialla on saatu jo melko vähällä pitkäaikaisen unettomuuden hoidossa hyviä tuloksia. Lisäksi tulokset ovat olleet varsin pysyviä; teho on ollut havaittavissa vielä hoidon päättymisen jälkeenkin. Ajatuksena terapiassa on potilaan toimintamallien tulkinta sekä mahdollisuuksien mukaan niiden muuttaminen. (Duodecim 2008. 1787 - 1788).

Myös rentoutuksella on saatu hyviä tuloksia unettomien potilaiden kohdalla. Unettomuudesta kärsivät potilaat ovat tyypillisesti kovia jännittämään (Seppälä 2003. 307). Kireät lihakset usein vaikeuttavat unen tuloa ja myös mielen tulisi olla rauhallinen ennen nukahtamista. Usein potilaiden ei ole kuitenkaan helppo oppia rentoutumaan, joten hoito vie runsaasti aikaa. (Duodecim 2008. 1787)

Vuoteessa olon aikaa tulisi rajoittaa sopivaksi. Vuoteeseen tulisi mennä vasta väsyneenä, jotta pystyttäisiin katkaisemaan negatiivinen ehdollistuminen. Sängyssä siis ainoastaan nukutaan

ja rakastellaan. Vuoteesta kehoitetaan myös nousemaan 15 minuutin valvomisen jälkeen, sillä liika yrittäminen vaikeuttaa entisestään unen saantia. (Saddichha 2009)

Hypnoosihoitoa voidaan käyttää unettomuuden lääkkeettömänä hoitona. Sillä vaikuttaa olevan vastaava hyötyä kuin rentoutumisen harjoittelulla; kahden hoitomuodon raja onkin tässä hyvin häilyvä. Hypnoosihoidon pitkäaikaisvaikutuksia ei kuitenkaan tunneta. (Duodecim 2008. 1788)

Potilaan pitämän unipäiväkirjan avulla voidaan erityisesti selvittää unettomuuden luonnetta sekä suunnitella tulevaa hoitoa. Päiväkirjaan merkitään esimerkiksi yöunien pituus, nukutut päiväunet sekä käytetty alkoholi ja lääkkeet. Unipäiväkirjasta lääkäri saa tarpeellista tietoa diagnostiikkaan, mutta sen tekeminen voi myös itsessään auttaa potilasta. (Partinen & Huovinen 2007. 141 - 142) Erityisesti lääkkeitä käyttävillä potilailla kokemus unettomuudesta saattaa vääristyä (Partinen & Huovinen 2007. 155). Tällöin todennäköisesti päiväkirjan todenmukainen täyttäminenkin voi kuitenkin olla hankalaa. Myös vuodekumppanin näkemystä voidaan kartoittaa (Duodecim 2008. 1786). Lisäksi myös unettomuuden hoitotulosta voidaan kartoittaa unipäiväkirjan avulla. (Saddichha 2009)

#### 7.4 Ympäristön vaikutus unenlaatuun

Pimeys säätelee uneliaisuuden tunnetta, jolloin pimeällä ihmistä väsyttää enemmän. Syksyllä valon määrä vähenee, jolloin ihminen väsyä herkemmin. Kirkasvalolamppu auttaa jaksamaan pimeänä aikana. (Partinen & Huovinen 2007. 53) Aamupäivällä toteutettu hoito tahdistaa tehokkaasti elimistön biologista kelloa. Valohoito tulisi ajoittaa kello 6:n ja 10:n välille ja hoidon tulisi olla säännöllistä. (Friman 2008. 40)

Makuuhuoneessa tulee siis kiinnittää huomiota valaistukseen. Hyvin valoisina kesäöinä ikkunoissa tulee olla riittävän hyvät verhot, jotta huoneesta saadaan riittävän hämärä. Pimeinä talviöinä taas voi olla tarpeellista pitää hämärää yövaloa kompastumisriskin vähentämiseksi öisillä wc-käynneillä. Yleensä hämärä yövalo ei vaikuta unen laatuun. (Kivelä 2007. 74 - 75)

Makuuhuoneen tulisi sijaita asunnon rauhallisimmassa osassa. Makuuhuoneesta tulisi luoda mahdollisimman rauhallinen tila. Tähän voi vaikuttaa seinien, verhojen ja huonekalujen värityksen avulla. Kirkkaita värisävyjä tulisi välttää, sillä ne eivät rauhoita mieltä. Makuuhuoneessa ei tulisi työskennellä eikä myöskään katsoa televisiota. Makuuhuone tulee pitää mahdollisimman pölyttömänä ja tuulettaa iltaisin. Ikääntyessä kehon lämmöntuotanto hidastuu ja sekä lämmönsäätelykyky heikkenee. Tästä syystä iäkkäämmät kokevat melko lämpimässä nukkumisen miellyttävämmäksi kuin viileässä. Makuuhuoneen lämpötila tulisi pitää 22 - 24 asteen paikkeilla. (Kivelä 2007. 74 - 75)

Yönaikaista lämmöneritystä voi ehkäistä kylmyyttä eristävän ja hikeä haihduttavan yöpaidan avulla. Paras materiaali yöpuvulle on puuvilla tai ohut villa. Kesällä käy ohuempikin materiaali. Jalkaterien lämpöisyys edistää nukahtamista ja hyvää yöunta. Jalkaterien ja sääarten verenkierron vilkastuminen johtaa kehon muiden osien lämpötilan laskemiseen. Tämän johdosta vireystila alenee ja väsymys valtaa mielen. Parhaat sukat ovat hiostamattomat ja ne on valmistettu villasta tai puuvillasta. Sukkien tulee olla oikean kokoiset, jotta ne eivät kiristä ja heikennä verenkiertoa. Sukkien pohjat eivät saa olla liukkaat, jotta ne eivät lisää kaatumisriskiä yöllisten wc-käyntien aikana. (Kivelä 2007. 74 - 75)

Ihminen nukkuu lähes kolmasosan elämästään, tällöin on hyvä miettiä millainen sänky kotiin hankitaan. Erilaiset tuki- ja liikuntaelinsairaudet, kuten nivelrikko, osteoporoosi sekä selkärangan välilevyrappeumat, ovat yleisiä iäkkäiden keskuudessa. Huonossa sängyssä nukkuminen saattaa aiheuttaa heille yöllisiä kipuja. (Kivelä 2007. 72 - 73)

Patjan ja tyynyn tarkoituksena on tukea vartaloa sen luonnolliseen asentoon, jotta kehon on mahdollisuus levätä yön aikana. Patjan tulee myötäillä vartalon muotoja sekä tukea ristiselkää, lantiota ja hartioita. Kimmoisuus ja joutavuus ovat siis tärkeitä tekijöitä patjaa valitessa. Patjan sopivuuden voi kokeilla työntämällä kämmenen ristiselän alle; mikäli käsi juuri ja juuri mahtuu patjan ja ristiselän väliin, on patja keholle sopiva. Tärkeää on myös kiinnittää huomiota patjan materiaalin hengittävyYTEEN. Ihmisen iholta haihtuu jopa puoli litraa vettä yön aikana. Tämän takia kosteuden tulee haihtua patjasta, jolloin se ei tunnu hikiseltä. Patja tulisi uusia ainakin kymmenen vuoden välein. (Kivelä 2007. 73 - 74)

Tyynyn tarkoituksena on täyttää patjan ja pään väliin jäävä tyhjä tila niin, että kaularanka on vaakasuorassa selkärangan jatkeena. Tyynyn valintaan vaikuttaa henkilön nukkuma-asento. Mahallaan nukkuja tarvitsee pehmeän ja matalan tyynyn. Kyljellään nukkuvalla paras on kovahko tyyny, joka tukee niska ja kaulaa. Selällään nukkuvan tyynyn tulee olla puolikova, sillä tyyny painuu kohtalaisesti kasaan pään painaessa sitä. Tyyny menettää ajan kuluessa kimmoisuuttaan. Tyyny tulisikin vaihtaa muutaman vuoden välein. (Kivelä 2007. 74)

## 8 Ohjelehtinen unettomuuden lääkkeellisestä ja lääkkeettömästä hoidosta

### 8.1 Hyvä ohjelehtinen terveysaineiston laatuksiteerien mukaan

Terveyden edistämisen keskus on luonut terveysaineistolle tarkoitetut laatuksiteerit. Kriteerit jakautuvat sisältöön, kieliasuun, ulkoasuun ja kokonaisuuteen liittyviksi. (Parkkunen yms. 2001. 10) Tätä kriteeristöä on käytetty pohjana ohjelehtisen suunnittelussa.

Sisällön kannalta on tärkeää, että aineistolla on konkreettinen tavoite. Aineiston sisältö valitaan tämän tavoitteen perusteella. Lisäksi lukijan on havaittava helposti mihin aiheeseen aineisto liittyy sekä ymmärrettävä, mitä aineistolla tavoitellaan. (Parkkunen yms 2001. 11 - 12) Ohjelehtisen tarkoituksena on lisätä kotihoidon asiakkaiden saamaa hyvin toteutettua ohjausta unettomuuteen liittyen. Sisältö tarjoaa tietoa unettomuuteen liittyvän ohjauksen tueksi. Lisäksi ohjelehtisessä on erillinen johdanto, jossa sen tavoite ja tarkoitus tulevat esille.

Sisällön laatuksiteereihin liittyy myös oikea, virheetön ja ajan tasalla oleva tieto. Lisäksi tiedon tulee olla tutkittua ja lähteiden selvillä. (Parkkunen yms 2001. 12) Opinnäytetyössä on kiinnitetty erityistä huomiota lähteiden valintaan luotettavan ohjelehtisen aikaansaamiseksi. Työssä on käytetty lähteenä tutkittuun tietoon perustuvia kirjoja, jotka monet ovat alaan erikoistuneiden lääkäreiden kirjoittamia. Lisäksi työssä on käytetty esimerkiksi lääketieteen ja hoitoalan artikkeleita. Työhön on pyritty valitsemaan kaikkein tuoreimmat lähteet ajan-tasaisen tiedon tavoittamiseksi. Kaikki lähteet ovat 2000-luvulla kirjoitettuja.

Sisällön viimeinen laatuksiteeri koskee tiedon sopivaa määrää. Terveysaineisto voi olla joko kattava tietopaketti tai tiivis, keskeiset asiat ytimekkäästi kertova kokonaisuus. Tiedon määrä valitaan tavoitteen mukaan, mutta lisäksi on huomioitava ihmisen omaksumiskyvyn rajallisuus. Materiaaliin tulisi valita vain vastaanottajan kannalta olennainen tieto. (Parkkunen yms 2001. 12) Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä tiivis ohjelehtinen. Jo tämä lähtökohta rajaa tiedon määrää. Lisäksi on kuitenkin huomioitava, että ohjelehtinen on suunnattu ammattihenkilöille. Tämän vuoksi lukijan omaksumiskyky aiheesta tulee olemaan hieman laajempi ja toisaalta tiedon tarve suurempi. Ohjelehtisestä ei kuitenkaan haluttu tehdä liian pitkää, sillä käytettävyys kärsisi. Tarkoituksena oli tehdä ohjelehtinen, jonka hoitaja ehtii lukea oman työnsä ohessa kerratakseen unettomuuden hoitoon liittyviä aiheita.

Kieliasun laatuksiteerit painottuvat erityisesti helppolukuisuuteen. Kirjallisesta materiaalista ei ole hyötyä, jos vastaanottaja ei sitä pysty lukemaan ja omaksumaan. Helposti ymmärrettävä teksti on esimerkiksi kuvitusta tärkeämpää. Luettavuutta helpottavat lyhyet sanat sekä 5 - 10 sanan mittaiset lauseet. Vaikeiden käsitteiden käyttö vaikeuttaa omaksumista. Lisäksi asioiden esittäminen positiivisesta näkökulmasta helpottaa lukemista. Passiivin sijaan tulisi käyt-

tää aktiivimuotoa. Aiheen vaihtuessa tulisi myös kappaleen vaihtua. (Parkkunen yms 2001. 13-14)

Ohjelehtistä tulevat käyttämään ammattilaiset. Tästä huolimatta haluttiin kiinnittää erityistä huomiota helppolukuisuuteen, jotta materiaali ei jäisi käyttämättä vaikealukuisuuden ja aikapulan vuoksi. Ohjelehtistä tehtäessä kiinnitettiin laatukriteerien mukaisesti huomiota sanojen ja lauseiden pituuteen sekä suosittiin aktiivimuotojen käyttöä ja tiheitä kappaleenvaihtoja. Ammattihenkilöt ymmärtävät usein vaikeitakin alan käsitteitä, mutta käytettävyyden helpottamiseksi haluttiin käyttää niitä mahdollisimman vähän.

Ulkoasuun liittyviä laatukriteerejä ovat sisällön esittäminen selkeästi, hahmotettavuus sekä tekstiä tukeva kuvitus. Selkeyttä voidaan lisätä monilla asioilla. Tekstin kirjasintyyppi sekä sen koko vaikuttavat merkittäväällä tavalla. Terveysaineistossa kirjasinkoon on oltava vähintään 12, lukija kunnasta riippuen jopa suurempi. Selkeäksi havaittuja kirjasintyyppiä ovat esimerkiksi Arial, Helvetica, Gill sekä Verdana. Lihavointia ja kursivointia ei tule käyttää kuin otsikoissa. Isojen kirjainten hahmottaminen on vaikeaa, joten pieniä kirjaimia tulisi suosia otsikoita myöden. (Parkkunen yms 2001. 10 - 16)

Lisäksi teksti sijoitteluun tulisi kiinnittää huomiota. Teksti tulisi sijoitella riittävän väljästi sekä valita tärkeimmät asiat alueen keskelle helposti havaittavaksi. Molempien reunojen taasaaminen vaikeuttaa lukemista, sillä sanojen välit ovat tällöin vaihtelevan mittaisia. Reunoilla tulisi olla riittävästi tilaa. Normaalilla arkilla ei tulisi käyttää yli kahta palstaa, sillä muutoin rivit lyhenevät liikaa vaikeuttaen lukemista. Myös palstojen välillä tulisi olla riittävästi tilaa. (Parkkunen yms 2001. 16)

Viimeisenä kohtana selkeyttä lisää materiaalissa käytetty kontrasti. Musta, tummanvihreä ja tummansininen sopivat käytettäväksi valkoisella taustalla. Harmaita sävyjä ei tulisi käyttää. Mustalle tekstille sopii myös keltainen tai pastillin vihreä tausta, mutta taustan tulisi kuitenkin olla aina yksivärinen. (Parkkunen yms 2001. 16)

Ohjelehtisessä on käytetty kirjasin tyyppiä Verdana, koko 12. Ohjelehtisen kohderyhmänä ovat asiakkaiden sijaan kotihoidon työntekijät, joten erityistä huomiota vanhusten heikkonäköisyyteen ei tarvita. Työssä suosittiin suositellusti pieniä kirjaimia sekä riittäviä reunatiloja. Riviväli on tilava. Ohjelehtinen on A5-kokoinen, joten työssä ei käytetty palstoja liikaa lyhenevien rivien vuoksi. Työssä on huomioitu kontrastiin liittyvät ohjeet. Valkotaustainen paperi hukkuu helposti muiden joukkoon, joten työhön valittiin keltainen väri ohjelehtisen taustaksi.

Hahmotettavuuteen liittyvä laatukriteeri liittyy sanoman ymmärrettävyyteen. Hahmotettavuutta voidaan lisätä kirjasintyyliä vaihtamalla. Värien käyttäminen korostuskeinona tärkeille asioille on vaikeaa, sillä kontrasti kärsii. Lihavoinnin sijaan tekstin kokoa kannattaa suuren-



taa. Kursivointi sopii vain otsikoihin eikä alleviivausta tai harventamista tulisi käyttää ollenkaan. Otsikoiden ja tärkeimpien asioiden on kuitenkin hyvä erottua, sillä tällöin lukija saa käsityksen aiheesta jo sitä vilkaisemalla. (Parkkunen yms 2001. 17)

Ohjelehtisessä käytettiin ainoastaan mustaa tekstiä. Tärkeimmät kohdat ja otsikot eroteltiin koon muutoksella. Suosituksen mukaisesti työssä ei käytetty kursivointia, alleviivausta tai harventamista.

Kuvien käyttäminen terveysaineistossa on hyödyllistä. Asiat säilyvät muistissa paremmin, kun lukija voi yhdistää kuvan lukemaansa. Kuvituksella on tutkitusti luettavuutta pienempi merkitys, mutta yhdistämällä saadaan silti parempi vaikutus lukijaan. Erityisesti kuvituksen on havaittu kiinnostavan lukijan huomion aineistoon. Tärkeää on kuitenkin, että kuvitus sopii aineistoon sekä aiheeseen. Kuvien tuleekin olla informatiivisia sekä tekstiin liittyviä. Lisäksi niiden tulisi olla selkeitä. Kuvat kannattaa sijoittaa jokaisella sivulla samaan kohtaan, mutta niiden ei tulisi olla tekstin taustana. (Parkkunen yms 2001. 18)

Erityisesti mainitun tunnelman luomisen ja huomion herättämisen vuoksi haluttiin ohjelehtiseen liittää muutamia kuvia. Kuvat liittyvät kiinteästi uneen ja unettomuuteen sekä niihin vaikuttaviin tekijöihin. Kuvien selkeyteen kiinnitettiin erityistä huomiota. Tekijänoikeuksiin liittyen ohjelehtisessä ei käytetty olemassa olevia kuvia, vaan kuvat tehtiin ohjelehtistä varten.

Lopulta terveysaineiston kokonaisuudelle on myös määritelty omat laatuksiteerinsä. Nämä laatuksiteerit ovat kohderyhmän määrittely ja sen kunnioittaminen sekä huomioon herättäminen ja tunnelma. Kohderyhmä on määriteltävä tarkasti ja muodostettava selkeä kuva sen tarpeista, jotta tuotetaan hyödyllinen materiaali. Toisaalta kohderyhmää on myös kunnioitettava aineistoa suunniteltaessa. Ensivaikutelmalla vaikutetaan erityisesti tutustumishalukkuuteen ja toisaalta välitetty tunnelma vaikuttaa viestiin suhtautumiseen. (Parkkunen yms 2001. 10, 18 - 20).

## 8.2 Lopulliset sisällölliset valinnat

Ohjelehtisen sisällön valintaan vaikutti keskeisesti sen kohderyhmä. Ohjelehtinen on suunnattu kotihoidon työntekijöille, jotka ovat hoitoalan ammattilaisia. Tämän vuoksi lopullisesta ohjelehtisestä tehtäessä korostettiin erityisesti unettomuuteen liittyviä lääkkeettömiä hoitokeinoja. Näihin hoitaja pystyy helposti vaikuttamaan itsenäisesti omassa työssään. Lääkkeellisestä hoidosta haluttiin korostaa lyhytaikaista käyttöä sekä haittavaikutuksia, jotta motivoitaisiin lukijaa sisällyttämään ohjaukseen myös lääkkeetöntä hoitoa.

Ohjelehtisen ensimmäinen kappale käsittelee unen merkitystä. Kappaleen valinnoilla haluttiin kertoa unen tärkeydestä. Lisäksi haluttiin vakuuttaa lukija unettomuuden hoidon tarpeelli-

suudesta kertomalla univajeen seuraamuksista. Lukijan toivotaan ymmärtävän univajeen mahdollinen yhteys sairauksiin.

Uni-valverytmin käsittelemistä tiiviissä ohjelehtisessä harkittiin pitkään. Lopulta päädyttiin kuitenkin liittämään aiheen osaksi ohjelehtisen sisältöjä, sillä haluttiin korostaa hoitajille tahdistavien tekijöiden merkitystä. Näihin tekijöihin hoitaja pystyy helposti vaikuttamaan asiakkaan hoidossa. Samalla pohdittiin myös unenvaiheiden kuvaamista ohjelehtisessä erityisesti lääkkeiden haittavaikutusten selventämiseksi. Lopullisesta versiosta näistä olennaisimmat tiedot liitettiin kuitenkin muun tekstin joukkoon, eikä aiheesta nähty tarpeelliseksi tehdä omaa kappaletta. Unen määrä - kappaleessa haluttiin korostaa unen tarpeen yksilöllisyyttä, jotta asiakkaan hoidossa huomioitaisiin erilaiset tarpeet tiettyjen ohjeiden sijaan.

Työn aikana päädyttiin siihen tulokseen, että unihäiriöistä käsitellään ainoastaan unettomuutta. Teoriaan perehtymisen ja kokonaisuuden hahmottamisen kannalta oli tärkeää hahmottaa unettomuuden yhteys muihin unihäiriöihin, mutta rajallisen pituuden vuoksi tällaisia sisältöjä ei voitu valita lopulliseen ohjelehtiseen.

Unettomuus-kappaleessa haluttiin määritellä selkeästi, mitä unettomuudella tarkoitetaan. Kappaleessa käsitellään erikseen toiminnallista unettomuutta. Näin haluttiin korostaa sen lyhytaikaisuutta sekä tuoda esille sen yleisyyttä. Unettomuuden syyt eriteltiin omaksi kappaleekseen, koska haluttiin tuoda esille mahdollisten syiden moninaisuutta. Tarkoituksena oli kannustaa unettomuuden syiden selvittämiseen. Fyysiset unettomuutta aiheuttavat tilat koottiin omaksi listakseen, jotta lukijan huomio kiinnitty näihin unettomuuden taustalla oleviin hyvinkin tavallisiin perussairauksiin. Tällä haluttiin kannustaa lukijaa kiinnittämään huomiota perussairauksien hyvään hoitotasapainoon unettomuutta hoidettaessa. Suurin osa kotihoidon asiakkaista on ikäihmisiä. Tämän vuoksi ikääntymiseen liittyvistä normaaleista unen muutoksista haluttiin kertoa omassa kappaleessaan, jotta hoitoa vaativat tilanteet olisi helpompi erottaa.

Ohjelehtisen ensimmäisessä versiossa nostettiin korostetusti esille unilääkkeiden pitkäaikaisen käytön haittavaikutuksia. Versiossa mainittiin erikseen oksatsepaamin ja tematsepaamin, joita Sirkka-Liisa Kivelä piti kirjassaan *Voimavaroja unesta - hyvä uni iäkkäänä (2007)* iäkkäille sopivina vaihtoehtoina. Apteekin edustajan ensimmäisen tarkastuksen jälkeen tultiin siihen yhteisymmärrykseen, että ohjelehtisen tekstiä muokataan potilaiden lääkityksen yksilöllisyyttä korostavaksi. Sisältöön lisättiin ajatus siitä, että lääkäri voi yksilöllisen harkinnan mukaan määrätä unilääkkeitä myös pidempiaikaiseen käyttöön yleisestä suosituksesta poiketen.

Toisessa tarkistusvaiheessa apteekin edustaja toi esille, että mikäli lääkeaineita mainitaan, tulisi käsitellä kaikki yleisimmin käytettävät valmisteet. Lopulta valinnoissa päädyttiin jättämään yksittäiset lääkeaineet käsittelemättä. Ohjelehtiseen haluttiin kuitenkin tuoda erillinen

informaatio-laatikko yleisimmistä lääkeaineista, jotka kuuluvat bentsodiatsepiinien ryhmään. Näin lukijan on helpompi yhdistää käsitellyt haittavaikutukset tuttuihin lääkevalmisteisiin.

Ohjelehtiseen valittiin muista lääkkeistä ainoastaan melatoniiniin, joka on haittavaikutuksiltaan vähäinen ja jonka käyttö on lisääntynyt viime aikoina. Myös apteekin edustaja piti melatoniinin esille tuomista tärkeänä. Muut unilääkkeet päädyttiin jättämään erikseen käsittelemättä ohjelehtisen rajallisen pituuden vuoksi. Mielestämme kaikkia lääkkeitä ei olisi voitu käsitellä niin syvällisesti, että niiden mainitsemisesta olisi ollut hyötyä lukijalle.

Lääkkeettömään hoitoon liittyvää ohjaussisältöä haluttiin korostaa, koska ne liittyvät vahvasti potilaan itsehoitoon sekä työmme tarkoitukseen. Ohjelehtiseen valittiin pieniä yksityiskohtaisia ohjeita, joiden toteuttaminen on helppoa eikä vaadi suuria taloudellisia ponnistuksia. Perussairauksista oli alkuun oma kappaleensa, mutta se päädyttiin yhdistämään päällekkäisyyksien vuoksi unettomuuden syiden kanssa.

Ohjelehtistä tehtäessä on saatu palautetta apteekin edustajan ohella opiskelutovereilta, koulumme viestinnänopettajalta sekä ohjaavilta opettajiltamme. Saatu palaute on muokannut omia valintoihin liittyviä ideoitamme ja ohjelehtisen sisältö onkin muuttunut useampaan kertaan ennen lopullista versiota.

## 9 Ohjelehtisen arviointi

### 9.1 Arvioinnin toteutus

Valmiista ohjelehtisestä haluttiin saada palautetta käyttäjäryhmältä, eli kotihoidon työntekijöiltä. Palautteen hankkiminen päätettiin toteuttaa haastatteluna. Haastattelu mahdollistaa kielellisen vuorovaikutuksen tutkittavan kanssa. Aineiston kerääminen on näin joustavaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007. 199) Menetelmäksi arviointia varten valittiin puolistrukturoitu haastattelu. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset ovat kaikille haastateltaville samat, mutta haastateltavat voivat vastata kysymyksiin omin sanoin ilman valmiita vastausvaihtoehtoja. (Hirsjärvi & Hurme 2006. 47)

Otoksen koossa päädyttiin kahden kotihoidon työntekijän haastatteluun. Tarkoitus ei ollut tehdä yleistettävää tutkimusta vaan saada palautetta, joten määrä koettiin tarkoitusta varten riittäväksi. Alkuun lähestyttiin kotihoitoa aluepäällikön kautta. Hän toimitti yhteystietoja sairaanhoitajista, jotka voisivat olla sopivia haastateltavia. Näihin työntekijöihin oltiin yhteydessä henkilökohtaisilla sähköposteilla. Aluepäälliköltä saatiin lupa toteuttaa haastattelut (liite 1) työntekijöiden työajalla, mutta osallistuminen oli silti vapaaehtoista. Valitettavasti näistä työntekijöistä ei löytynyt vapaaehtoisia arviointihaastatteluja varten. Tämän jälkeen oltiin yhteydessä toiselle kotihoidon alueelle, jolloin haastattelu aika saatiin sovittua. Paikalla

oli tarkoitus olla vähintään kaksi haastateltavaa. Haastattelupäivänä sairastapausten vuoksi pystyttiin kuitenkin haastattelemaan vain yhtä sairaanhoitajaa.

Haastattelu toteutettiin kotihoidon tiloissa. Tilaisuuden aluksi haastateltava tutustui haastattelulupaan (liite 2) ja allekirjoitti sen sekä sai valmiin ohjelehtisen tutustuttavakseen. Varsinainen haastattelu nauhoitettiin. Haastattelun nauhoitus varmistaa, että olennaiset seikat säilyvät ja niihin voidaan palata analysointi vaiheessa (Hirsjärvi & Hurme 2006. 92). Haastattelua oli toteuttamassa kaikki kolme opinnäytetyön tekijää. Sujuvuuden vuoksi työnjako oli sovittu etukäteen. Yksi haastattelija oli vastuussa haastatteluluvasta, ohjeistuksesta ja nauhoittamisesta. Varsinaiset etukäteen tehdyt kysymykset (liite 4) esitti toinen haastattelija. Teknisten ongelmien varalta kolmas haastattelija teki kirjallisia muistiinpanoja. Lisäksi kaikilla haastattelijoilla oli mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä.

Analyysi tehtiin heti haastattelun jälkeen. Välitön analysoiminen takaa tuoreen aineiston ja tutkijan inspiraation säilymisen (Tuomi & Sarajärvi 2003. 135). Aineistonpurku voidaan suorittaa kahdella eri tavalla: kirjoitetaan aineisto sanasanalta puhtaaksi eli litteroidaan tai tehdään päätelmiä teema-alueittain suoraan tallennetusta aineistosta. (Hirsjärvi & Hurme 2006. 138) Pienen aineiston vuoksi haastattelumateriaalia ei litteroitu vaan tulokset poimittiin suoraan nauhoituksesta.

## 9.2 Arvioinnin tulokset ja johtopäätökset

Haastattelusta kävi ilmi, että haastateltava ei varsinaisesti saanut ohjelehtisestä uutta tietoa. Hän piti kuitenkin hyödyllisenä sitä, että tieto oli koottu yhteen. Näin hoitaja voi kerrata osaamaansa sekä käyttää ohjelehtistä muistin virkistykseenä asiakkaita ohjattaessaan.

Haastateltava piti melatoniin ottamista ohjelehtiseen hyvänä. Hänen mukaansa melatoniinia käytetään vähän, mutta siitä puhutaan paljon ja haittavaikutukset ovat vähäiset. Hän mainitsi haastattelussa myös melatoniinia sisältävän yömaidon, mutta ei ehdottanut sen lisäämistä ohjelehtiseen.

Haastateltava luonnehti ohjelehtistä kattavaksi ja hyvin koostetuksi. Hän ei keksinyt aiheita, joita olisi jäänyt ohjelehtisestä kaipaamaan. Hän kuitenkin toivoi, että ammattihenkilöille tarkoitetun ohjelehtisen rinnalla olisi asiakkaille tarkoitettu versio. Monet kotihoidon asiakkaat ovat muistisairaita, eivätkä välttämättä muista illalla päivällä saamaansa ohjausta.

Lääkehoidon osuuden kohdalla haastateltava toi esille, että ohjelehtisestä puuttuu yleisiä lääkeaineita. Todellisuudessa hänen mainitsemansa lääkeaineet kuitenkin kuuluvat bentso-diatsepiinien ryhmään, jotka ovat ohjelehtisessä mainittu. Myös vaikuttavat aineet löytyvät ohjelehtisen infolaatikosta. Pidemmän ohjelehtiseen tutustumisen jälkeen sekaannusta ei

luultavasti olisi tapahtunut. Ohjelehtinen olisi ollut hyvä antaa haastateltavalle jo aiemmin tutustuttavaksi haastattelutilanteen sijaan.

Haastateltava ei olisi jättänyt ohjelehtisestä mitään siinä olevaa osuutta pois. Hän löysi ohjelehtisestä ristiriitaisuuden asiakas ja potilas termien käytössä. Työssä oli muuten puhuttu asiakkaasta, mutta kertaalleen oli virheellisesti mainittu potilas. Tämä korjattiin ohjelehtisen lopulliseen versioon. Ohjelehtisessä käytettyä kieltä haastateltava piti selkeänä ja muotoilua ammattihenkilöille sopivana.

Tiedon määrä oli haastateltavan mielestä sopiva. Hän piti sitä nopeasti luettavana tietoisuutena, jonka voi ottaa helposti mukaan asiakaskäynnille myös kokonsa puolesta. Keskeisempien lähteiden mainitsemista haastateltava piti hyvänä. Näin lukija voi syventää lukemaansa oman kiinnostuksen ja tarpeen mukaan.

Haastateltava piti ohjelehtistä hyödyllisenä ohjauksen tukena. Hän koki, että voisi ottaa hyvin ohjelehtisen mukaansa asiakaskäynnille ja käydä siitä läpi asiakkaan kanssa tämän yksilöllisen tarpeen mukaan. Kokonaisuutena hän piti ohjelehtistä napakkana pakettina työssä käytettäväksi. Haastattelun lopuksi haastateltava pyysi, että saisi ohjelehtisen itselleen, johon tietysti suostuttiin.

## 10 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Lähdekritiikki on harkintaa kirjallisuuden valinnassa. Sitä tarvitaan sekä lähteitä valittaessa että niitä tulkittaessa. Lähteiden valinnassa on kiinnitettävä huomiota kirjoittajan tunnettuuteen, lähteen uskottavuuteen ja ikään, todenmukaisuuteen sekä julkaisijaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007. 109)

Aineistoa kerätessä kiinnitettiin erityistä huomiota käytettyjen lähteiden valintaan. Kaikki työssä käytetyt lähteet ovat 2000-luvulta. Niiden kirjoittajat ovat lääkäreitä ja tutkijoita. Valinnassa on käytetty lähtökohtana Käypä Hoito - suositusta (Duodecim 2008). Työhön on valittu lähteitä, joiden sisältö ei ole ristiriidassa suosituksen kanssa.

Kirjallisuuskatsausta tehtäessä suositellaan käytettäväksi sekä elektronisia tietokantoja että manuaalista hakua. Hakutermit tulee valita huolellisesti ja käyttää alalla tunnettuja tietokantoja. Luotettavuuden takaamiseksi kirjallisuuskatsausta olisi hyvä olla tekemässä vähintään kaksi ihmistä. (Patala-Pudas 2008) Kirjallisuuslähteitä lainattaessa omaan tutkimukseen tulee lainaus osoittaa asiaankuuluvien lähdemerkinnöin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007. 26).

Hakuprosessissa on käytetty Terveystieteiden Nelli-tietokantaa. Hakutermejä ovat olleet erityisesti keskeiset käsitteemme sekä etukäteen tehdyn sisällysluettelon otsikot. Opinnäytetyö-

tä on ollut tekemässä kolme ihmistä, joten lopullinen valinta on koostunut useamman henkilön mielipiteestä. Työtä tehtäessä lähdeviitteet ja lähdeluettelo on tehty huolella.

Ohjelehtisen sisältö perustuu kirjallisuuskatsauksessa hankittuun aineistoon. Apteekin edustaja on tarkastanut ohjelehtisen lääkehoidollisen sisällön. Lisäksi ohjelehtistä on arvioinut useampi tekijäryhmän ulkopuolinen henkilö, jotka ovat myös antaneet palautetta prosessin aikana. Raportissa on tuotu avoimesti esille prosessin kulkuun vaikuttaneita tekijöitä.

Ohjelehtisen valmistuttua tehtiin puolistrukturoitu arviointihaastattelu ulkopuolisen palautteen saamiseksi. Tutkimuksessa kiinnitettiin erityistä huomiota eettisyyteen ja haastateltavan asemaan. Haastateltavien henkilöllisyys ei saa paljastua lopputuloksesta (Tuomi & Sarajärvi 2003. 231). Työssä ei käytetä haastateltavan nimeä. Myös haastateltava työyksikkö on jätetty mainitsematta yksityisyyden turvaamiseksi. Kotihoidon yksiköt ovat pieniä, joten henkilöllisyys olisi helposti pääteltävissä työpaikan perusteella.

Haastateltavien valinnassa kiinnitettiin huomiota siihen, että haastateltavat työntekijät olivat tutkijoille entuudestaan tuntemattomia. Haastateltavia ei pyydetty työyksiköistä, joissa opinnäytetyön tekijät ovat työskennelleet. Näin aikaisemmat mielikuvat haastatteliyoista eivät vaikuttaneet tutkimustuloksiin.

Tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007. 25). Tutkimuslupa pyydettiin aluksi kotihoidon työntekijöiden lähiesimieheltä, joka samalla ehdotti haastateltavia. Ehdotetut hoitajat saivat kuitenkin itse valita osallistumisestaan tutkimukseen. Heitä lähestyttäessä mainittiin vielä erikseen vapaaehtoisuudesta. Vaikka haastateltavien löytyminen osoittautui hankalaksi, samoilta työntekijöiltä ei pyydetty osallistumista montaa kertaa, jotta he eivät kokisi tulleeensa painostetuksi. Myös lopullinen haastateltava allekirjoitti kirjallisen suostumuksen haastatteluun.

Tutkimukseen osallistujille tulee kertoa tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista. Aineistoa ei tule käyttää muuhun kuin esiteltyyn tarkoitukseen. (Tuomi 2007. 145) Haastateltavalle kerrottiin avoimesti työstä jo haastattelupyynnön yhteydessä. Lisäksi tarkoitus ja tavoitteet käytiin läpi myös haastattelun aluksi ja ne tulivat esille myös haastateltavan allekirjoittamasta luvasta. Haastattelunauhoite hävitettiin heti analysoinnin jälkeen.

Tutkimuksen otoksen tulee olla riittävän kattava. Riittävän otoksen koko riippuu tutkimuksesta. (Tuomi & Sarajärvi 2003. 87) Arviointitutkimuksessa haastateltiin vain yhtä kotihoidon työntekijää. Otos on suppea, mutta palvelee kuitenkin tarkoitusta. Tarkoitus oli saada ulkopuolista palautetta ohjelehtisestä. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole tarkoitus yleistää saatuja tuloksia (Tuomi & Sarajärvi 2003. 87). Yksittäisiä tapauksia syvällisesti tutkimalla voidaan kuitenkin saada kuvaa ilmiöstä yleisemmällä tasolla (Tuomi 2007. 177). Haastattelun luotettavuutta saattaa heikentää haastateltavien taipumus antaa toivotun kaltaisia vastauksia (Hirs-

järvi & Hurme 2007. 201). Opinnäytetyön tekijät olivat arviointihaastattelun toteuttajina, joten tämä saattoi vaikuttaa annetun palautteen luotettavuuteen.

## 11 Pohdinta

Ohjelehtisen kohderyhmäksi rajautui prosessin aikana kotihoidon lääkehoidon koulutusta saanut hoitohenkilökunta, eli sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat ja perushoitajat. Alkuperäinen ideamme oli, että ohjelehtinen olisi myös lääkehoidon koulutusta saamattoman henkilökunnan hyödynnettävissä. Apteekin edustaja toi kuitenkin esille näkökulman siitä, että olisi hankalaa tehdä ohjelehtinen näin laajalle kohderyhmälle. Lääkehoidon koulutusta saamattoman henkilöstön ei tulisi myöskään antaa lääkehoidon ohjausta. Ohjelehtiseen haluttiin kuitenkin sisällyttää lääkehoidollinen osuus. Tämän vuoksi ohjelehtinen suunnattiin koulutetulle hoitohenkilökunnalle, jotka ovat lain mukaan vastuussa lääkärin ohella lääkehoidon toteuttamisesta.

Opinnäytetyössä tehty kirjallisuuskatsaus pohjautui Unettomuuden Käypähoito -suositukseen (Duodecim 2008). Tämän pohjalta tehtiin ohjelehtisen ensimmäinen versio. Ensimmäisessä yhteisessä tapaamisessa apteekin asiantuntijaedustajan kanssa hän toi esille sen, että käytännössä unettomuuden hoito poikkeaa paljon Käypähoito -suosituksesta. Unilääkkeitä käytetään usein pitkäaikaisesti, lyhytkestoisen hoidon sijaan. Apteekin edustaja toivoi, ettei ohjelehtisestä tulisi liian valistava ja pitkään unilääkkeitä käyttäviä syyllistävä.

Työssä haluttiin kuitenkin pyrkiä muutokseen, joten unettomuuden lääkkeetöntä hoitoa korostettiin ohjelehtisessä. Lääkkeellisen hoidon osuutta muokattiin apteekin edustajan toiveesta yksilöllisiä hoitolinjoja huomioivaksi. Ohjelehtisessä mainittuihin keskeisiin lähteisiin valittiin Käypähoito -suositus (Duodecim 2008), jotta työntekijä voi halutessaan tutustua myös tähän näkökulmaan tarkemmin.

Valmiissa ohjelehtisessä pyrittiin huomioimaan sekä Unettomuuden Käypähoito-suositus (Duodecim 2008) että apteekin edustajan esille tuomaa nykytilaa kuvaava näkökulma. Toisinaan tasapainoilu näiden välillä oli haastavaa. Mielestämme onnistuimme kuitenkin tässä lopulta hyvin. Ohjelehtisen yleinen linja noudattaa Käypä Hoito -suositusta (Duodecim 2008), mutta ohjelehtisessä on kuitenkin maininta siitä, että lääkäri saattaa asiakaskohtaisesti poiketa suosituksesta.

Lisäksi ohjelehtisen suunnittelussa käytettiin Terveystieteiden tutkimuskeskuksen terveysaineiston laatukriteereitä. Laatukriteerit antoivat yksityiskohtaisia ohjeita materiaalin suunnitteluun ja työssä noudatettiin näitä tarkasti. Ohjelehtisen suunnittelu oli helpompaa, kun lähteenä oli tutkittua tietoa aineiston ulkoasun toteutuksesta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä työelämää palveleva tiivis ohjelehtinen. Kirjallisuuskatsausta tehdessämme huomasimme, että aiheesta on kirjoitettu paljon ja aineistoa kertyi runsaasti. Jouduimme työn aikana useaan otteeseen pohtimaan, mikä on kotihoidon työntekijälle oleellista tietoa. Työn edetessä jouduimme tiivistämään aineistoa runsaasti ja rajaamaan joitakin aiheita kokonaan pois lopullisesta versiosta. Mielestämme onnistuimme lopulta tavoitteessamme hyvin. Kotihoidon työntekijältä saamamme palaute tukee tätä näkökulmaa.

Opinnäytetyön alkuvaiheessa kirjallisuuskatsaus olisi voinut olla johdonmukaisempi. Tämä olisi helpottanut työn tekemistä myöhemmissä vaiheissa. Ohjelehtistä arvioivaan haastatteluun olisi toivottu useampaa osallistujaa laajemman näkökulman saamiseksi. Olimme kuitenkin tyytyväisiä siitä, että haastattelu saatiin toteutettua onnistuneesti, vaikka vapaaehtoisten haastateltavien löytäminen osoittautui haastavaksi.

Ohjelehtistä arvioivaan haastatteluun haettiin alun perin vain sairaanhoitajia. Halusimme heidän arvioivan ohjelehtistä, sillä käytännössä sairaanhoitajat ovat ensisijaisesti vastuussa kotihoidon lääkehoidosta. Sairaanhoitajat huolehtivat erityisesti uusien lääkkeiden aloituksista ja siihen liittyvästä ohjauksesta. Jälkikäteen arvioituna olisi ollut järkevämpää hakea haastateltaviksi myös lähihoitajia ja perushoitajia, sillä vapaaehtoisten sairaanhoitajien löytäminen oli todella haastavaa. Tällöin olisimme voineet saada näkökulmia myös siitä, eroaako ohjelehtisen hyödynnettävyys työelämässä eri ammattiryhmien välillä.

Opinnäytetyöprosessin aikana koemme oppineemme paljon. Erityisesti olemme oppineet suhtautumaan aiempaa kriittisemmin tutkittuun tietoon. Lisäksi työn tekeminen on opettanut meille luonnollisesti paljon unettomuuden lääkkeellisestä ja lääkkeettömästä hoidosta. Olemme joutuneet kiinnittämään koko työn ajan huomiota tiedon esittämiseen työelämää palvelevassa muodossa. Uskomme hyötyvämmä tästä taidosta työelämässä. Työn tekeminen kolmen hengen ryhmässä on kehittänyt yhteistyö- ja vuorovaikutustaitojamme. Aikatauluttaminen oli ajoittain haastavaa, mutta suunnitelmallisuudella onnistuimme tässä mielestämme jopa odotettua paremmin.

Kotihoidon työntekijälle toteutetussa arviointihaastattelussa tuli esille toive työntekijöille tarkoitetun ohjelehtisen rinnalla kulkevasta potilasohjeesta. Kotihoidossa ohjataan paljon muistisairaita asiakkaita, joten ohjauksen tueksi tällaisesta materiaalista olisi hyötyä. Tästä saisi tulevaisuudessa hyvän kehittämiskohteen. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia myöhemmin käyttöönoton jälkeen ohjelehtisen käyttöä, siitä saatua hyötyä sekä vaikutusta ohjaukseen.



## Lähteet

- Duodecim. 2008. Käypä Hoito - suositus - Unettomuuden hoito.  
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/naytaartikkeli/tunnus/hoi50067>>  
Luettu 27.11.2009
- Englund, A. & Partonen, T. 2009. Duodecim 2009, 125, 6, 609 - 616.
- Eskelinen, S. 2008. Terveysportti/Sairaanhoitajan käsikirja - Vanhusten unihäiriöt.  
<<http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>> Luettu 26.10.2009
- Espoon kaupunki. 2006A. Vanhusten asuminen.  
<<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11866;18678;40525>> Luettu 4.3.2010
- Espoon kaupunki 2006B. Kotihoidon asiakkaaksi pääsy.  
<<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11884;102938;103630;103634;111091>>  
Luettu 4.3.2010
- Finlex. 2009. Ajantasainen lainsäädäntö - Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>> Luettu 12.12.2009
- Friman, T. 2008. Nauti valosta. Lapsen maailma 2008, 67, 3, 40.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimus haastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö.  
Helsinki: Yliopistopaino Kustannus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Tammi.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona.  
Helsinki: WSOY.
- Härmä, M. & Sallinen, M. 2006. Uni, terveys ja toimintakyky. Duodecim 2006, 122, 14, 1705 - 1706.
- Ikonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.
- Kivelä, S-L. 2006. Vanheneminen, uni ja unettomuus. Suomen Lääkärilehti 2006, 61, 12, 1329 - 1333.
- Kivelä, S-L. 2007. Voimavaroja unesta - Hyvä uni iäkkäänä. Vammala: Kirjapaja.
- Kivelä, S. 2009. Iäkkäiden uni ja unettomuus. Terveystieteen tutkimus 2009, 7, 12 - 14.
- Läkelaitos. 2009. Kulutusluvut lääkeryhmittäin.  
<[http://www.nam.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/laakelaitos/embeds/Kulutusluvut\\_laakeryhmittain\\_2008.pdf](http://www.nam.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/Kulutusluvut_laakeryhmittain_2008.pdf)> Luettu 27.11.2009
- Lindberg, N., Tani, P., Appelberg, B., Stenberg, D. & Porkka-Heiskanen, T. 2004. Uni mielen-  
terveyden häiriöissä. Suomen lääkäri-lehti 2004, 59, 34, 3039 - 3044.
- Läketietokeskus. 2009. Pharmaca Fennica.  
<<http://www.terveysportti.fi/terveysportti/pharmaca2.pharmaca>> Luettu 7.12.2009
- Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja  
arviointin opas. Helsinki: Terveystieteen edistämisen keskus.

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

Partonen, T. 2007. Unettomuuden lääkehoito uudistuu. Suomen Lääkärilehti 2007, 62, 44, 4087.

Partonen, T. 2008. Aikabiologiset unilääkkeet. Duodecim 2008, 124, 13, 1449 - 1450.

Partonen, T. & Lauerma, H. 2007. Unihäiriöt. Psykiatria 2007, 374 - 395. Jyväskylä: Duodecim.

Patala-Pudas, L. 2008. Kirjallisuuskatsaukset Hoitotieteissä. Oulu: Oulun Yliopiston Hoitotieteiden laitos. < <http://www oulu.fi/hoitotiede/LeenaP-P.ppt>> Luettu 30.9.2010

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

Saddichha, S. 2009. Diagnosis and treatment of chronic insomnia. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2924526/?tool=pubmed>> Luettu 4.9.2010

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito - Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Seppälä, M. 2003. Vanhusten unihäiriöt. Geriatria 2003, 307 - 314. Helsinki: Duodecim.

Tokola, E. 2006. Lääkehoito kotona. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue - Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Wade, A., Ford, I., Grawford, G., McConnachie, A., Nir, T., Laudon, M. & Zisapel, N. 2010. Nightly treatment of primary insomnia with prolonged release melatonin for 6 months: a randomized placebo controlled trial on age and endogenous melatonin as predictors of efficacy and safety. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20712869>> Luettu 4.9.2010

Liitteet

Liite 1 Tutkimuslupalomake

Tutkimuslupapyyntö

Espoo 27.10.2010

Hyvä osastonhoitaja,

Olemme Laurea Ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä Ohjelehtinen unettomuuden lääkkeettömästä ja lääkkeellisestä hoidosta kotihoidontyöntekijöille. Opinnäytetyö liittyy Laurea Otaniemen ja Tapiolan apteekin yhteiseen hankkeeseen Lääkkeitä käyttävien asiakkaiden itsehoidon edistäminen apteekkilaitoksen ja terveydenhuollon yhteistyönä. Ohjaavina opettaja opinnäytetyöllemme toimivat lehtorit Liisa Haarlaa ja Kaija Heikkilä.

Haluamme tehdä työelämää palvelevan ohjelehtinen. Tämän vuoksi toivomme arviointia laatimastamme ohjelehtisestä kotihoidon näkökulmasta. Tarkoituksena on antaa ohjelehtinen kahden kotihoidon sairaanhoitajan tutustuttavaksi. Tämän jälkeen sovimme sairaanhoitajien kanssa haastattelun, jossa he voivat vapaasti kommentoida ohjelehtisen työn onnistumista.

Haastattelut on tarkoitus toteuttaa lokakuussa 2010. Haastattelu kestää noin 20 minuuttia. Haastattelut nauhoitetaan ja nauhoitteet tuhoetaan tutkimuksen analysoinnin jälkeen.

Pyydämme lupaa toteuttaa haastattelut työyksikössänne kahdelle sairaanhoitajalle. Haastateltavien henkilöllisyys tai työyksikkö ei tule esille tutkimuksesta.

Vastamme mielellämme mahdollisiin kysymyksiinne.

Emma Lautaporras  
Terveydenhoitajaopiskelija  
emma.lautaporras@laurea.fi

Johanna Vironen  
Terveydenhoitajaopiskelija  
johanna.vironen@laurea.fi

Neea Jukarainen  
Terveydenhoitajaopiskelija  
neea.jukarainen@laurea.fi

Liisa Haarlaa  
Lehtori, TtM  
liisa.haarlaa@laurea.fi

Kaija Heikkilä  
Lehtori, THM  
kaija.heikkila@laurea.fi

Annan luvan toteuttaa tutkimuksen työyksikössämme.

Paikka ja aika \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Nimenselvennys \_\_\_\_\_

## Liite 2 Haastattelulupa

## HAASTATTELULUPA

Olemme Laurea ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä Ohjelehtinen unettomuuden lääkkeettömästä ja lääkkeellisestä hoidosta kotihoidontyöntekijöille. Opinnäytetyö liittyy Laurea Otaniemen ja Tapiolan apteekin yhteiseen hankkeeseen Lääkkeitä käyttävien asiakkaiden itsehoidon edistäminen apteekkilaitoksen ja terveydenhuollon yhteistyönä. Ohjaavina opettaja opinnäytetyöllemme toimivat lehtorit Liisa Haarlaa ja Kaija Heikkilä.

Haastattelun tarkoituksena on saada palautetta toteuttamastamme ohjelehtisestä. Haluamme tehdä ohjelehtisestä työelämää palvelevan. Kotihoidon työntekijänä olette avainasemassa arvioimassa sitä, miten ohjelehtistä voidaan hyödyntää asiakkailleen toteutetussa ohjauksessa.

Haastattelun aikana teillä on mahdollisuus kertoa oma mielipiteenne ohjelehtisestä. Tulemme myös esittämään muutamia valmiita kysymyksiä, joihin saatte vasta vapaamuotoisesti. Haastattelu kestää noin 20 minuuttia ja se tullaan nauhoittamaan. Haastattelun analysoinnin jälkeen nauhoitteet tullaan tuhoamaan. Henkilöllisyytenne tai työyksikkönne ei tule ilmi tutkimuksesta. Teillä on mahdollisuus keskeyttää haastattelu koska tahansa perustelematta päätöstänne.

Emma Lautaporras  
Terveystenhoitajaopiskelija  
emma.lautaporras@laurea.fi

Johanna Vironen  
Terveystenhoitajaopiskelija  
johanna.vironen@laurea.fi

Neea Jukarainen  
Terveystenhoitajaopiskelija  
neea.jukarainen@laurea.fi

Liisa Haarlaa  
Lehtori, TtM  
liisa.haarlaa@laurea.fi

Kaija Heikkilä  
Lehtori, THM  
kaija.heikkila@laurea.fi

Allekirjoituksellani suostun haastattelun toteuttamiseen yllämainituin ehdoin.

Paikka ja aika \_\_\_\_\_

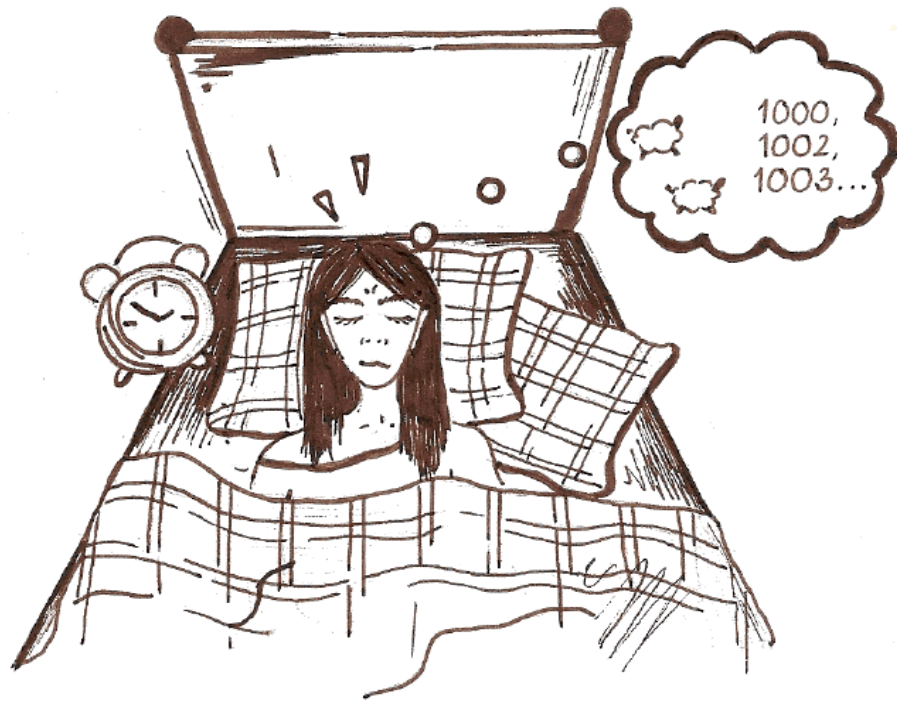
Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Nimenselvennys \_\_\_\_\_

### Liite 3 Haastattelukysymykset

1. Mitä uutta tietoa ohjelehtinen antoi sinulle?
2. Mitä tietoa olisit kaivannut lisää?
3. Olisiko jonkun osuuden mielestäsi voinut jättää pois?
4. Millaiseksi koit ohjelehtisessä käytetyn kielen?
5. Miten arvioisit tiedon määrää ohjelehtisessä?
6. Miten luulet ohjelehtisen palvelevan käytännön työtäsi?
7. Miten arvioisit ohjelehtistä kokonaisuutena?

## Unettomuuden lääkkeellinen ja lääkkeetön hoito



Ohjelehtinen on suunnattu kotihoidon työntekijöille. Ohjelehtisen tarkoitus on toimia tukimateriaalina kotihoidon työntekijöille asiakkaiden ohjauksessa. Tarkoituksena on lisätä kotihoidon asiakkaiden saamaa ohjausta unettomuudesta. Ohjelehtisessä tuodaan esille lääkkeellisen hoidon lisäksi myös lääkkeetöntä hoitoa.

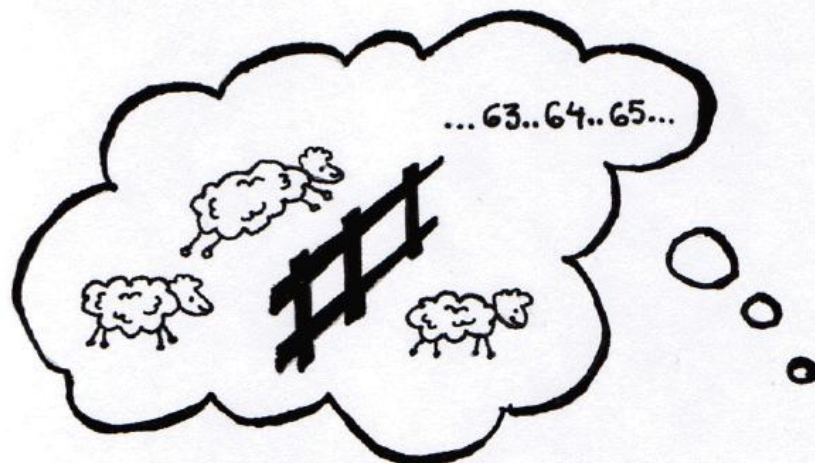
Tämä ohjelehtinen on toteutettu terveydenhoitotyön opinnäytetyönä Laurea-ammattikorkeakoulussa yhteistyössä Tapiolan apteekin kanssa. Työ kuuluu Lääkkeitä käyttävien asiakkaiden itsehoidon edistäminen apteekkilaitoksen ja terveydenhuollon yhteistyönä -hankkeeseen.

Ikäihmiset ovat suuri unilääkkeitä käyttävä asiakasryhmä. Tämä vuoksi kotihoidon työntekijöiden työhön kuuluva ohjaus on avainasemassa edistettäessä unettomuuden hyvää hoitoa. Toivomme tämän ohjelehtisen auttavan sinua merkittävässä työssäsi.

Neea Jukarainen  
Emma Lautaporras  
Johanna Vironen

## Sisällysluettelo

Unen merkitys.....	4
Uni-valverymi.....	5
Unen määrä.....	6
Unettomuus.....	6
Unettomuuden syitä.....	7
Ikäihmisten unettomuus.....	8
Unettomuuden lääkehoito.....	9
Bentsodiatsepiinit.....	9
Melatoniini.....	11
Unettomuuden lääkkeetön hoito.....	11
Elämäntavat.....	11
Kognitiiviset menetelmät.....	13
Ympäristön vaikutus unen laatuun.....	14





## **Unen merkitys**

Unen merkitys ihmisen terveydelle on suuri. Ihminen nukkuu noin kolmasosan koko elämästään. Ilman riittävästä unesta ihmisen normaali aivot toiminta häiriintyy.

Univajeesta kärsivä ihminen altistuu herkemmin erilaisille fyysisille ja psyykkisille ongelmille.

Tällaisia fyysisiä ongelmia voivat olla esimerkiksi

- sydän- ja verisuonitaudit
- verenpaineen kohoaminen
- II tyypin diabetes
- aineenvaihduntahäiriöt kuten lihominen.

Mahdollisia psyykkisiä ja kognitiivisia ongelmia ovat

- tarkkavaisuuden ja ajattelun heikkeneminen
- oppimisvaikeudet
- mielialan lasku
- ärtyneisyys
- altistuminen mielenterveyshäiriöille.

Univajeesta kärsivä henkilö on myös herkempi tapaturmille.

## Uni-valverytmi

Unen ja valveilla olon rytmiä säätelee aivoissa oleva "biologinen kello". Biologisen kellon tärkein ajastin on valopimeärytmi. Biologisen kellon ansiosta elintoiminnat ja nukkumisajat noudattavat vuorokausirytmiiä.

Muita tärkeitä tahdistavia tekijöitä ovat

- äänet, melu ja hiljaisuus
- erilaiset toiminnat
- liike ja lepo
- herääminen ja nukkumaanmeno
- ateriat ja paasto
- ajantaju.

Erilaiset tahdistajat ovat tärkeitä kaikille, mutta erityisesti niiden merkitys korostuu ihmisen ikääntyessä. Tahdistajien avulla ihminen pystyy ylläpitämään normaalia vuorokausirytmiiä. Tahdistajiin tietoisesti vaikuttamalla voidaan hoitaa unettomuutta.



## **Unen määrä**

Ihmisen tarvitsema unen määrä vaihtelee henkilöstä riippuen ollen yleensä 7 - 9 tuntia. Unen määrä ja laatu on riittävää, jos henkilö kokee olevansa virkeä hereillä ollessaan. Ihmisen hyväksi ja laadukkaaksi kokema uni on terveyden kannalta merkityksellisempää kuin pelkkä unen pituus.

## **Unettomuus**

Unettomuus määritellään toistuvaksi vaikeudeksi nukahtaa, liian lyhyeksi yöuneksi tai unen huonoksi laaduksi, huolimatta siitä, että henkilöllä on mahdollisuus nukkua.

Toiminnallisella unettomuudella tarkoitetaan psykofysiologista unettomuutta. Tutkittaessa unettomuuden taustalta ei löydy varsinaista sairautta, vaan kyseessä on henkilölle ominainen tapa reagoida erilaisiin stressitilanteisiin.

Unettomuuden taustalla voi olla useita tekijöitä kuten

- elämäntilanne ja sen muutokset
- huonot nukkumistottumukset ja olosuhteet
- persoonallisuustekijät
- sairaus.

Tärkeää on myös selvittää tiedot lääkityksestä, jotta sen mahdollinen yhteys unettomuuteen havaitaan.

#### Unettomuuden syitä

Unettomuus ei itsessään ole sairaus vaan oire, jonka taustalta yleensä löytyy jokin erillinen syy.

Toiminnallinen unettomuus on usein lyhytkestoista. Tilanne korjaantuu yleensä itsestään tai unitottumusten muokkaamisen sekä lyhyen lääkityksen avulla. Toiminnallinen unettomuus on yleisin unettomuuden syy. Lääkkeet ja alkoholi ovat toisiksi yleisimpiä unettomuuden syitä. Unettomuuden pitkittyessä tulisi kuitenkin potilasta tutkia tarkemmin, sillä taustalta voi löytyä fyysinen tai psyykinen sairaus.

Fyysisiä unettomuutta aiheuttavia tiloja voivat olla

- nivel- ja selkävut
- päänsärky
- suonenveto
- hengenahdistusta aiheuttavat sairaudet kuten astma tai sydämen vajaatoiminta
- lisääntynyt virtsaamisen tarve
- vaihdevuodet kuumine aaltoineen
- refluksitauti
- kutina
- dementia

- matala verenpaine
- levottomat jalat
- uniapnea.

Onkin tärkeä huomata, että perussairautta hoitamalla voidaan edistää unen laatua merkittäväällä tavalla. Unettomuuden saattaa aiheuttaa myös sisäisen kellon tahdistajien vähäisyys. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että päivästä puuttuu esimerkiksi valoa, liikuntaa tai toimintaa.

#### Ikäihmisten unettomuus

Unen rakenne muuttuu vanhetessa, mutta sen määrä ei kuitenkaan yleensä muutu. Tyypillisiä iäkkäiden unen rakennemuutoksia ovat syvän unen keston lyheneminen, hetkellisten heräämisten yleistyminen sekä yöunen lyheneminen ja taas päiväunien lisääntyminen. Iäkkäät saattavat nukahdella parikin kertaa päivässä, koska pitkäaikaista valvetilaa on vaikeampaa pitää yllä.



## **Unettomuuden lääkehoito**

Unettomuutta aiheuttava syy tulisi selvittää aina ennen mahdollisen lääkehoidon aloittamista.

Unettomuutta hoidetaan lääkkeillä lähinnä lyhytaikaisesti. Yli kolme kuukautta kestävästä käytöstä ei yleensä ole potilaalle merkittävää hyötyä. Pitkäaikaisessa käytössä elimistö kehittää toleranssin lääkettä kohtaan tehon samalla heiketessä. Unilääkeannoksen korottaminen ei yleensä vähennä unettomuutta, mutta lisää haittavaikutuksia.

Unilääkkeet vähentävät syvää unta, joten elimistön palautuminen ja uuden tiedon oppiminen ei ole yhtä tehokasta kuin luonnollisessa unessa. Toisaalta unilääkkeet vähentävät myös REM-unta, joten myös uusien taitojen sisäistäminen jää vajaammaksi.

### **Bentsodiatsepiinit**

Bentsodiatsepiinien ja niiden tavoin vaikuttavien lääkeaineiden vaikutus kohdistuu koko keskushermostoon. Rauhoittavaa, unettomuuden hoidon kannalta toivottavaa, vaikutusta ei voida kohdentaa vain tiettyyn uni- ja nukahtamiskeskukseen. Tästä syystä bentsodiatsepiinit voivat aiheuttaa useita keskushermostoperäisiä haittavaikutuksia, kuten muistihäiriöitä tai päiväväsymystä. Somaattiset haitat sen sijaan ovat harvinaisia.

Molempien lääkeryhmien vaikutusajat ovat iäkkäillä usein pidemmät kuin keski-ikäisillä. Tämä johtuu useista tekijöistä, kuten erimerkiksi normaalista maksan ja munuaisten toimintakyvyn heikkenemisestä ihmisen ikääntyessä. Myös elimistön suhteellinen rasvapitoisuus lisääntyy. Tästä syystä monet lääkeaineet, myös bentsodiatsepiinit ja niiden tavoin vaikuttavat lääkkeet, poistuvat elimistöstä hitaammin. Hitaampi poistuminen pidentää lääkkeen vaikutusaikaa, joka voi aiheuttaa vanhuksille erilaisia ongelmia, kuten aamutokkuraisuutta tai kaatuilua.

Bentsodiatsepiinit sekä niiden tavoin vaikuttavat lääkkeet voivat aiheuttaa voimakkaan fyysisen sekä psyykkisen riippuvuuden. Iäkkäille riippuvuus voi kehittyä herkemmin. Jopa jo 2 - 3 viikon päivittäinen käyttö voi johtaa riippuvuuteen.

On kuitenkin tärkeää muistaa, että lääkäri on saattanut potilaskohtaisen arvion perusteella määrätä lääkkeitä myös muuhun käyttötarkoitukseen tai pidempiaikaisesti.

Bentsodiatsepiinejä ja niiden tavoin vaikuttavia lääkkeitä ovat esimerkiksi: oksatsepaami, tematsepaami, diatsepaami, tsolpideemi ja tsopikloni.



## Melatoniini

Melatoniini toimii luonnollisena unihormonina ja vaikuttaa uni-valverytmin ylläpitämiseen. Tämä hormonituotanto kuitenkin muuttuu ikääntyessä ja erityisesti yöllinen erityis on aiempaa vähäisempää.

Tämän vuoksi melatoniinia on alettu käyttää pieninä annoksina erityisesti vanhuksien ja muistisairaiden unettomuuden hoidossa. Haittavaikutukset ovat tyypillisesti vähäiset, mutta teho vaihtelee yksilöittäin. Melatoniini ei aiheuta toleranssin kehittymistä bentsodiatsepiinien tavoin.

## **Unettomuuden lääkkeetön hoito**

Unettomuutta tulisi hoitaa ensisijaisesti lääkkeettömin menetelmin. Lääkkeettömällä hoidolla on vähemmän sivuvaikutuksia. Näitä keinoja hoitajat voivat käyttää helposti jokapäiväisessä työssään.

## Elämäntavat

Terveelliset elämäntavat ovat tärkein unettomuuden lääkkeetön hoitokeino. Ne auttavat pitämään ihmisen elimistöä tasapainossa, mikä edesauttaa normaalia unirytmia.



Vääränlainen tai liian vähäinen ravinto on yksi yleisimmistä päiväsaikaan väsymystä aiheuttavista syistä. Aamiainen on unen kannalta tärkeä ateria, koska silloin kerätään energiaa päivän toimintoihin. Paljon kaloreita sisältäviä ruokia, erityisesti nopeasti imeytyviä hiilihydraatteja, kannattaa aamu- ja päiväsaikaan välttää niiden väsyttävän vaikutuksen vuoksi. Viimeisen aterian jälkeen tulisi valvoa vielä runsas tunti.

Kahvin sisältämällä kofeiinilla on piristävä vaikutus ja siksi sitä ei kannata juoda 3 - 4 tuntia ennen nukkumaanmenoa. Myös tee sisältää kofeiinia. Sekä teestä että kahvista on olemassa myös kofeiinittomia vaihtoehtoja.

Alkoholi helpottaa nukahtamista, mutta häiritsee huomattavasti myöhempää unta. Tupakoinnin on osoitettu vaikuttavan haitallisesti unen rakenteeseen: nukahtaminen vaikeutuu, unen määrä vähenee ja laatu huononee.

Liikuntaa tulisi harrastaa päivittäin unen laadun turvaamiseksi. Tehokkainta unen kannalta on hien pintaan nostava liikunta, mutta se ei kuitenkaan ole suositeltavaa 2 - 3 tuntia ennen nukkumaanmenoa.

## Kognitiiviset menetelmät

Toiminnallisen unettomuuden hoidossa tärkeää on asiakkaan kuunteleminen ja tukeminen.

Asiakkaan olisi tärkeää oppia rentoutumaan, ja mielen tulisi olla rauhallinen ennen nukahtamista. Vuoteeseen tulisi mennä vasta väsyneenä. 15 minuutin yrittämisen jälkeen vuoteesta tulisi nousta hetkeksi, sillä liika yrittäminen vaikeuttaa entisestään nukahtamista.

Unipäiväkirjan avulla voidaan selvittää unettomuutta sekä suunnitella tulevaa hoitoa, mutta sen pitäminen voi helpottaa jo itsessään asiakasta. Pitkäaikaisessa unettomuudessa tulisi harkita myös kognitiivisen terapian mahdollisuutta.

LENKKEILY  
UINTI  
JALKAPALLO  
TENNIS  
JNE.



## Ympäristön vaikutus unen laatuun

Pimeys säätelee uneliaisuuden tunnetta, joten on tärkeää kiinnittää huomiota mahdollisuuteen pimittää huone. Hämärä yövalo kuitenkin vähentää yöllisten kaatumisten riskiä.

Makuuhuoneen tulisi olla mahdollisimman rauhallinen ja sen tulisi olla mahdollisimman pölytön sekä tuuletettavissa iltaisoin. On kuitenkin huomioitava, että ikäihmisille sopiva makuuhuoneen lämpötila on noin 22 – 24 astetta.

Sukkien käyttäminen on suositeltavaa, koska se auttaa verenkiertoa ja sopivan lämpötilan saavuttamista. Sukkien valintaan tulisi kuitenkin kiinnittää huomioita, jotta ne eivät kiristä tai ole liian liukkaat kaatumisriskiä lisäten. Sängyn, tyynyn ja patjan tulisi olla tarkkaan valittu ja tukea vartalon luonnollista asentoa sekä ne tulisi vaihtaa säännöllisesti.



## **Lähteitä**

Duodecim. 2008. Käypä Hoito – Unettomuuden hoito.  
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/naytaartikkeli/tunnus/hoi50067>>

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

Kivelä, S-L. 2007. Voimavaroja unesta – Hyvä uni iäkkäänä. Vammala: Kirjapaja.

Seppälä, M. 2003. Vanhusten unihäiriöt. Geriatria 2003, 307–314. Helsinki: Duodecim.

Ohjelehtisen lääkehoidon osuuden on tarkistanut Tapiolan apteekin edustaja.

Neea Jukarainen  
Emma Lautaporras  
Johanna Vironen

Opinnäytetyö 2010  
Laurea-ammattikorkeakoulu  
Lääkkeitä käyttävien asiakkaiden itsehoidon edistäminen apteekkilaitoksen ja terveydenhuollon yhteistyönä – hanke

