



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Hyvää yötä ja huomenta: Unettomuuden lääkkeetön hoito

Taina Kärkkäinen Tiina Tikkanen

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Hyvää yötä ja huomenta:  
Unettomuuden lääkkeetön hoito

Taina Kärkkäinen  
Tiina Tikkanen  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Kesäkuu, 2018

Taina Kärkkäinen, Tiina Tikkanen

### Hyvää yötä ja huomenta: Unettomuuden lääkkeetön hoito

Vuosi	2018	Sivumäärä	50
-------	------	-----------	----

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa unettomuuden syistä ja lääkkeettömästä hoidosta terveysalan ammattilaisille asiakkaiden omaehtoisen terveyden edistämisen tuke-  
miseksi. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Laurea-ammattikorkeakoulun Terveyspiste  
ILONA. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää tutkitun tiedon avulla unettomuuden syitä ja  
unettomuuden lääkkeetöntä hoitoa.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmällä. Opinnäytetyöhön  
kerättiin aineistoa suomalaisesta (Medic) sekä kahdesta kansainvälisestä (ProQuest Central ja  
PubMed) tietokannasta. Aineisto valikoitui kymmenestä tutkimuksesta tai tieteellisestä artik-  
kelista, jotka ovat julkaistu vuosina 2009-2017. Aineiston analyysi tapahtui induktiivisen sisäl-  
lönanalyysin avulla.

Tutkimuksista käy ilmi, että unettomuuden yleisimmät syyt ovat unihäiriöt, ajatus- ja toimin-  
tamallit, somaattiset ja psyykkiset tekijät, elimistön fyysinen kuormitus sekä ruokavalio ja  
päihteet. Unettomuuden lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat tutkimusten mukaan kognitiivis-  
behavioraaliset ja psykologiset menetelmät, uni- ja vireystila tutkimukset, itsehoitomenetel-  
mät sekä ammattilaisten tuki unettomuuden hoidossa.

Unettomuuden lääkkeettömään hoitoon tulisi panostaa enemmän terveydenhuollossa jo kan-  
sansairauksienkin näkökulmasta. Opinnäytetyötä voidaan jatkossa hyödyntää Laurea-ammatti-  
korkeakoulun Terveyspiste ILONAssa unettomuuden itsehoidon ohjauksessa ja neuvonnassa.  
Jatkotutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi, miten perusterveydenhuollossa toteutetaan lää-  
kkeetöntä unettomuuden hoitoa ja kuinka paljon unettomat saavat ohjausta itsehoitoon hoita-  
jilta ja lääkäreiltä.

Asiasanat: Unettomuus, unettomuuden lääkkeetön hoito, unettomuuden syyt, unettomuuden  
itsehoito

Taina Kärkkäinen, Tiina Tikkanen

**Good Night and Good Morning: Non-Medicated Treatment of Insomnia**

Year	2018	Pages	50
------	------	-------	----

---

The purpose of this study was to produce information on the causes of insomnia and non-medicated treatment for health professionals to support customer self-motivated health promotion. The commissioner of this thesis was Laurea University of Applied Sciences Health Point ILONA. The aim of the thesis is to find out the reasons for insomnia and non-medicated treatment of insomnia for using evidence-based information.

The thesis was carried out using the descriptive literature review methodology. The material was collected for the thesis from a Finnish database called Medic and two international databases ProQuest Central and PubMed. The materials were collected from ten different studies or scientific articles which were published 2009-2017. The material was analysed with inductive content analysis.

Results of the literature review show that the most common reasons for insomnia were sleep disorders, paradigms and behaviour patterns, somatic and psychological factors, the physical load of the body of exercise as well as diet and drugs. Non-medicated treatments for insomnia were cognitive-behavioral and psychological methods, sleep and alertness test, self-help methods and support of the professionals according the results.

In health care it should be invested more non-medicated treatment for insomnia even for non-communicable disease (NCD) point of view. This thesis information can be used for self-help and guidance in Laurea University of Applied Sciences Health Point ILONA. A further research topic could be, for example, how non-medicated treatment for insomnia is practiced in primary health care and how much self-help guidance for insomnia from nurses and doctors they get.

Keywords: Insomnia, non-medicated treatment of insomnia, causes of insomnia, self-help for insomnia

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Mitä uni on? .....	7
2.1	Unen eri vaiheet .....	7
2.2	Vuorokausirytmii ja uni-valverytmi .....	8
3	Mitä on unettomuus?.....	8
3.1	Unettomuuden syyt ja riskitekijät.....	9
3.2	Unettomuuden oireet .....	10
3.3	Unettomuuden arviointi ja diagnostiikka.....	10
4	Unettomuuden lääkkeetön hoito.....	11
4.1	Unettomuuden itsehoito .....	11
4.2	Kognitiivis-behavioraalinen menetelmä .....	12
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet .....	13
6	Opinnäytetyön toteuttaminen.....	13
6.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	14
6.2	Opinnäytetyön aineiston valinta.....	14
6.3	Opinnäytetyön aineiston kuvaus .....	15
6.4	Induktiivinen sisällönanalyysi .....	19
7	Opinnäytetyön tulokset.....	20
7.1	Unettomuuden yleisimmät syyt.....	20
7.2	Unettomuuden lääkkeetön hoito .....	21
8	Pohdinta ja kehittämissuhteet.....	22
9	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	23
	Liite 1: BNSQ-FIN -unikyseilylomake.....	27
	Liite 2: Unettomuuden yleisimmät syyt .....	31
	Liite 3: Unettomuuden lääkkeetön hoito .....	37

## 1 Johdanto

Uni on välttämätöntä elämälle. Se muodostaa ihmisen elämästä noin kolmanneksen eli yli 25 vuotta keskimääräisen eliniän ajasta. Unen aikana elimistön on tarkoitus elpyä päivän rasituksesta, aivojen energiavarastot täyttyvät ja päivän aikana kertyneet kuona-aineet poistuvat aivoista. Hyvä uni on elinehto ihmisen toiminnoille. (Huutoniemi & Partinen 2015, 7.)

Jos nukumme hyvin, emme juuri edes ajattele sitä. Yleensä unen merkitys tiedostetaan tai havaitaan vasta silloin, kun siinä on ilmennyt jokin häiriö. Kun ihminen nukkuu huonosti, niin hän ei voi hyvin. Unettomuus on lisääntynyt koko ajan ja uniongelmat ovat hyvin yleisiä. (Uni, 2014.) Uni on tekijä, joka häiriintyy hyvin herkästi ulkoisista ja sisäisistä tekijöistä. Ympäröivä maailma ja yhteiskunta muuttuvat hyvin nopeasti. Ihmiseltä edellytetään valmiutta prosessoida muutoksia yhä nopeampaan tahtiin. Myös lähialueilla ja maailmalla tapahtuvat muutokset voidaan kokea uhkana ja nekin voivat vaikuttaa unen laatuun. (Huutoniemi & Partinen 2015, 8-9; Kahle & Kretschmer 2014, 5.)

Liian vähäinen yöuni on yleisin päiväaikaisen väsymyksen syy. Väsymys voi johtua myös laadullisesti huonosta yönestä. Liikenneonnettomuuksissa väsymyksen on arvioitu olevan osatekijänä noin joka kolmannessa tapauksessa. Myös työtapaturmien määrään vaikuttaa ihmisten kokemaa päiväaikainen väsymys. Erilaiset sairaudet myös lisääntyvät, kun väestön keski-ikä nousee. Sairauksien oireet ja lääkitykset voivat myös aiheuttaa unettomuutta sekä päiväaikaista väsymystä. (Huutoniemi & Partinen 2015, 9; Unettomuus. 2017.)

Tilapäinen väsymys kuuluu jokaisen ihmisen elämään. Myös unettomuus voi olla tilapäistä. (Unettomuus vaivaa välillä meitä kaikkia 2016.) Unettomuus luokitellaan sen keston mukaan. Tilapäinen unettomuus alle kuukausi, lyhytaikainen unettomuus 1-3 kuukautta tai pitkäaikainen unettomuus yli 3 kuukautta. (Unettomuus vaivaa välillä meitä kaikkia 2016.) Kun ihmisen omat keinot eivät riitä palauttamaan normaalia vireystilaa, tarvitaan asiantuntijan apua. Asiantuntijan tulisi puolestaan tietää riittävästi unesta ja tutkimuksista, joilla unettomuuden ja väsymyksen syyt varmistetaan. Sen jälkeen tarvitaan hoitokäytäntöjä, jotka perustuvat viimeisimpään tutkimustietoon. (Huutoniemi & Partinen 2015, 9-10.) Uuden päivitetyn Käypähoito suosituksen (Unettomuus 2018) mukaan vasta alkaneen unettomuuden tunnistamisella ja hyvällä hoidolla voidaan ehkäistä pitkäaikainen unettomuus.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Laurea-ammattikorkeakoulun Terveyspiste ILONA. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa unettomuuden syistä ja lääkkeettömästä hoidosta terveysalan ammattilaisille, asiakkaiden omaehtoisen terveyden edistämisen tukeksi.

## 2 Mitä uni on?

Uni on aivotoiminnan tila, jossa keho lepää ja yhteys tietoiseen olemassaoloon on poikki. Aivot ovat myös unen aikana aktiivisessa toiminnassa. Esimerkiksi päivän aikaiset tunnetilat ja voimakkaat kokemukset järjestyvät unen aikana mielessä uudelleen. (Partinen & Huovinen 2007, 18.)

Riittävä unen määrä on aikuisilla yleensä 5-10 tuntia vuorokaudessa, mutta tarve on kuitenkin yksilöllinen. Osa ihmisistä on synnynnäisesti lyhyt- tai pitkäunisia. Uni ja unen tarve ovat yksilöllisiä, joten normaalina unena voidaan pitää virkeää oloa heräämiseen jälkeen sekä sitä, että päiväaikainen väsymys ei rajoita toimintakykyä. Ihmiset, jotka nukkuvat normaalisti eivät yleensä kiinnitä edes huomiota omaan uneensa. Normaalisti nukkuvat ihmiset nukahtavat noin 15 minuutissa. (Järnefelt & Hublin 2012, 17-18.)

Unella on aivoja ja koko kehon toimintakuntoa palauttava vaikutus. Unen tehtävälle ei ole kuitenkaan yhtä yleisesti hyväksyttyä selitystä. Unen tehtäviä ovat ainakin energian säästö ja aivojen energiavarastojen täydentäminen, tiedonkäsittelyn ja muistitoimintojen vahvistaminen ja soluvaurioiden korjaus. Aivojen normaalille toiminnalle säännöllinen nukkuminen on myös välttämätöntä. Aivot tarvitsevat unta, eikä ihminen voi elää ilman sitä. Unen laatu on merkityksellisempi kuin sen pituus ihmisen terveyden kannalta. Esimerkiksi muistijäljet aktivoituvat uudelleen unen aikana, niitä analysoidaan ja sitä kautta ne siirtyvät pitkäkestoiseen muistiin. Uni myös edistää oppimista sekä tarkkaavaisuutta, kun luodaan aivosolujen välisiä yhteyksiä. Unen aikana myös välittäjäaineiden ja hormonien määrä muuttuu. Sähkötoiminta aivoissa ja koko ihmisen aineenvaihdunta hidastuvat. (Huovinen & Partinen 2007, 18-21; Huu-toniemi & Partinen 2015, 7; Järnefelt & Hublin 2012, 16-17.)

### 2.1 Unen eri vaiheet

Unipolygrafialla voidaan tutkia unta, joka yhdistää aivosähkökäyrästä (EEG), silmien liikkeistä (EOG) ja lihasten jännitteistä (EMG) saatavaa tietoa. Sen avulla unesta voidaan erottaa kaksi toisistaan erilaista päävaihetta; perusunivaihe (NREM non rapid eye movement tai N-uni) ja REM-vaihe (rapid eye movement tai R-uni) eli vilkeunivaihe. Perusunivaihe jaetaan vielä kevyeen ykkös- ja kakkosvaiheen uneen sekä syvään kolmosvaiheen uneen. (Järnefelt & Hublin 2012, 12.)

Unen eri vaiheet seuraavat toisiaan ja muodostavat unisyklejä. Unisykli kestää noin 90-150 minuuttia. Kun ihminen nukahtaa hän siirtyy ykkös vaiheen uneen, joka on siirtymävaihe valveen ja unen välillä. Siirtymävaihe kestää yleensä vain joitakin minuutteja. Subjektivista nukahtamiskokemusta vastaa kakkosvaiheen uni, joka kestää noin 15 minuuttia. Sen jälkeen siirrytään kolmosvaiheen syvään uneen, joka kestää noin 20-40 minuuttia. Sen jälkeen uni alkaa uudelleen keventyä ja siirrytään REM-uneen, jonka jälkeen unisykli alkaa alusta uudestaan.

Unen keventyessä ihminen altistuu heräämisille ja havahtumisille unisykliä välissä. Yön aikana tapahtuvat heräämiset ovat siis normaaleja ja kuuluvat unen luontaiseen rakenteeseen. Havahtumisista ja heräilyistä ei jää välttämättä mielikuvia, joten uni voi tuntua yhtäjaksoiselta. Jos uudelleen nukahtaminen ei onnistu nopeasti, niin silloin se muodostuu ongelmaksi. (Huutoniemi & Partinen 2015, 29-30; Järnefelt & Hublin 2012, 13.)

Perusunen ja syväunen aikana elimistö ja aivot lepäävät ja niiden toimintateho on alhaisimmillaan. Ihmisen verenpaine laskee ja sydämen syke hidastuu eli parasympaattisen hermoston toiminta on vallalla. Vilkkainta unta ihminen näkee REM-univaiheessa, jolloin sympaattinen hermosto ajoittain aktivoituu. Silloin ihmisen verenpaine nousee, sydämen syke kiihtyy, verenkierto lisääntyy ja kehon lämpötila nousee. REM-univaihe muistuttaa aivojen aktivaatiota soitaan ihmisen valvetilaa. Unijakson aikana unisykliä rakenne myös muuttuu. Syvää perusunta on eniten unijakson ensimmäisen kolmanneksen aikana ja REM-unen määrä on puolestaan suurin viimeisen kolmanneksen aikana. Aamuyötä kohden kevyen unen jaksot pitenevät. Ikääntyessä unisyklit muuttuvat epäsäännöllisemmiksi ja syvän unen määrä vähenee. Myös eri sairauksien yhteydessä unen rakenne voi muuttua. (Huutoniemi & Partinen 2015, 29-30; Järnefelt & Hublin 2012, 13; Kahle & Kretschmer 2014, 30.)

## 2.2 Vuorokausirytmä ja uni-valverytmä

Unettomuuden ja uniongelmien ymmärtämiseksi uni on nähtävä osana ihmisen vuorokausirytmä. Unen rakennetta ja ajoittumista määrittelee hermoston sisäsyntyinen vuorokausirytmä ja unentarve, joka kertyy ihmiselle valveilla olon aikana. Näistä kahdesta samanaikaisesta prosessista syntyy ihmisen uni-valverytmä, mutta vuorokausirytmän osuus on määräävämpi. (Uni-valverytmän häiriöt 2016; Vuorokausirytmä ja unen säätely 2015.) Vuorokausirytmä perustuu aivoissa sijaitsevan sisäisen keskuskellon toimintaan. Se synnyttää otolliset ajankohdat, jolloin ihminen voi nukahtaa ja herätä virkeänä. Ihmisen käyttäytymiseen ja mielialaan vaikuttavat uni-valverytmä, nukutut univaiheet sekä unihäiriöt. (Uni-valverytmän häiriöt 2016.)

Ihmisen ikääntyessä sisäinen keskuskello voi alkaa jättää, mutta siihen voi vaikuttaa säännöllisten aikamerkkien avulla. Ulkoisia aikamerkkejä keskuskellolle ovat esimerkiksi valoisan ja pimeän vaihtelu. Ihmisen omia merkkejä keskuskellolle ovat säännölliset ateriat sekä heräämis- ja nukkumaanmenoajat ja samankaltaiset iltarutiinit. (Uni-valverytmän häiriöt 2016; Vuorokausirytmä ja unen säätely 2015.)

## 3 Mitä on unettomuus?

Unettomuus tarkoittaa kyvyttömyyttä nukkua riittävästi. Unettomuus ilmenee, jos ihmisellä on vaikeus nukahtaa, vaikeus pysyä unessa tai ihminen herää liian aikaisin yönestä. Unettomuus on yleisin unihäiriö ja sitä esiintyy aikuisväestössä 5-12 prosentilla. Ihminen nukahtaa normaalisti viimeistään puolessa tunnissa ja on hereillä noin puoli tuntia yön aikana. Unettomuudesta ihminen kärsii, jos unen saaminen tai siinä pysyminen vaikeutuu vähintään kolmena



yönä viikossa. Unettomuus on tavallisempaa iäkkäillä sekä naisilla. Vaihdevuosien aikana uni-vaikkeudet lisääntyvät. Unenlaatua silloin parantaa estrogeenihoito. (Unettomuus 2017; Käypä hoito 2018.) Hikoilu ja hormonitoiminta heikentävät unen laatua, kuten myös Lampio väitöskirjassaan (2017) toteaa.

### 3.1 Unettomuuden syyt ja riskitekijät

Tilapäinen unettomuus on tavallista. Unettomuus voi johtua uni-valverytmin häiriöstä, aikaerorasiituksesta, tilapäisistä ristiriidoista tai ohimenevästä stressistä. Lyhytaikaisen unettomuuden syynä voi olla sairaus, rasittava elämäntilanne tai suru. Myös positiiviset elämänmuutokset, kuten uusi työpaikka tai rakastuminen voivat vaikuttaa nukkumiseen. (Unettomuus 2017; Aronen ym. 2012, 27-28.) Vuorotyö ja epäsäännölliset työajat ovat suuri unettomuuden riskitekijä. (Association of job strain with sleep and psychophysiological recovery in shift working health care professionals, 2015). Kaikki muutokset voivat aiheuttaa unettomuutta. (Unettomuus 2017; Aronen ym. 2012, 27-28).

Uni-valverytmin häiriöitä ovat aikaistuneet ja viivästyneet unijaksot, epäsäännöllinen ja tahdistumaton unirytm, vuorotyö-, aikaero ja kaamosunettomuus. Oireina näissä on yleensä unettomuutta, väsymystä tai liikaunisuutta. Oireet johtuvat usein ihmisen sisäisen keskustelun ja ympäristön ulkoisen aikataulun välisestä ristiriidasta. Oireet voivat olla jatkuvia tai toistuvia ja sen vuoksi aiheuttavat ihmisen toimintakyvylle merkittävästi haittaa. (Uni-valverytmin häiriöt, 2016.)

Kun unettomuus on jatkuvaa, taustalla on usein masennus tai jokin muu psyykinen sairaus, jatkuva stressitilanne, liiallinen alkoholin käyttö, lääkkeiden väärinkäyttö tai dementia. Joskus unettomuus voi johtua eri sairauksista, kiputiloista tai lääkkeiden sivuoireista. Yleisiä sairauksia unettomuuden taustalla ovat uniapnea ja levottomien jalkojen oireyhtymä. Uniapneassa uni voi olla levotonta ja katkeilevaa, mutta yleensä oireina on tahaton nukahtelu ja päiväväsymys. Levottomien jalkojen oireyhtymä aiheuttaa nukahtamisvaikeuksia ja yöllisiä heräämisiä. (Unettomuus 2017; Käypä hoito 2018.) Partosen (2014, 395) mukaan lääkärin vastaanotolla somaattisten ja psyykkisten sairauksien selvitys on keskeisintä. Myös kipu voi synnyttää keskushermostossa muutoksia, jotka altistavat kivun kroonistumiselle (Mitä unettomuus on?).

On myös mahdollista, että unettomuuden taustalla on ns. primaarinen unettomuus. Se on noin joka kuudennella unettomuudesta kärsivällä. Se on rakenteellinen ominaisuus, joka ilmenee jo lapsuudessa unettomuutena. Siihen ei kuulu somaattisia sairauksia tai psykiatrisia häiriöitä, mutta se altistaa liialliselle alkoholin käytölle ja lisää alttiutta käyttää nukahtamislääkkeitä. Parhaat hoitokeinot primaariseen unettomuuteen ovat itsehoidolliset unettomuuden hoitokeinot. (Unettomuus 2017.)

Melatoniini eli N-asetyyli-5-metoksitryptamiini on hormoni, jolla on väsyttävä vaikutus. Sitä tuottaa käpyrauhanen pimeässä, eniten yöunen aikana ja sen eritystä ehkäisee kirkas valo. Melatoniinin vaikutus perustuu ihmisen uni-valverytmiin. Se häiriintyy herkästi esimerkiksi valon tai aikaeron tuomasta rasituksesta. Alkoholi estää melatoniinin eritystä ja iän myötä melatoniinin erityks vähenee. (Melatoniini ja uni 2015; Melatoniini ja aikaerorasitus 2018.)

### 3.2 Unettomuuden oireet

Unettomuuden oireita ovat nukahtamisvaikeus, yöllinen heräily, liian aikainen herääminen ja huonolaatuinen uni. Oireet voivat esiintyä erilaisina yhdistelminä tai yksittäisinä. Unettomuus on yleinen oire, jota esiintyy joka kolmasosalla työikäisistä. Unettomuuden taustatekijät voivat olla hyvin erilaisia, joten niiden selvittäminen on tärkeää hyvän hoitotuloksen saamiseksi. Ainoastaan oireenmukainen hoito unilääkkeillä ei ole tarkoituksenmukaista. (Järnefelt ym. 2012, 20.)

Unettomuus voi aiheuttaa uupumusta, stressiä ja mielialan laskua, joka voi tulla esille ärsyttymisenä, mielenkiinnon laskuna ja mielihyvän tunteen vähentymisenä. Unettomuus voi vaikuttaa ihmisen keskittymis- ja tarkkaavaisuuskykyyn ja esimerkiksi alttiuteen virheisiin työssä tai holtittomuuteen liikenteessä. Usein ihminen on myös itse huolestunut omasta nukkumisestaan. Unettomuus voi aiheuttaa myös suolisto-oireita, päänsärkyä, painon nousua ja liiallista alkoholin käyttöä. Muistivaikeudet ovat myös yksi unettomuuden oireista. (Aronen & Pihl 2012, 26-27; Järnefelt ym. 2012, 21.) Pitkään jatkunut unettomuus heikentää elimistön puolustusjärjestelmää, kun tulehdusta välittävät tekijät lisääntyvät univajeessa. Univaje nostaa verenpainetta ja lisäksi sydän- ja verisuonitautiriski sekä kakkostyyppin diabeteksen riski nousevat. (Kuolema kuittaa univelat? Effects of cumulative sleep loss on immune functions and lipid metabolism, 2016.)

### 3.3 Unettomuuden arviointi ja diagnostiikka

Unettomuuden taustatekijät voivat olla moninaisia ja niiden selvittäminen on tarpeellista hyvän hoitotuloksen saavuttamiseksi. Esitietojen kerääminen on arvioinnissa keskeistä. Esitiedoissa selvitetään mm. sairaudet, lääkkeet ja päihteiden käyttö. (Duodecim 2018.) Arviointi perustuu oireiden kokonaisvaltaiseen kartoitukseen. Erilaiset kyselylomakkeet ja unipäiväkirja ovat tarpeellisia apuvälineitä unettomuuden selvittämisessä. Yleisesti käytetty on esimerkiksi pohjoismainen unikysely BNSQ (Liite 1). Ensin on selvitettävä kuinka paljon ja mihin aikaan vuorokaudesta nukkuminen tapahtuu ja kuinka paljon ihminen on aiemmin tarvinnut unta. Arvioitaessa unettomuutta on huomioitava myös ikä, sillä unen tarve muuttuu ikääntyessä. On tärkeää selvittää onko ihmisellä nukahtamisvaikeuksia, häiriintynyttä yöunta tai päiväväsymystä vähintään kolmena päivänä viikossa ja häiriintyykö ihmisen toimintakykyä päivisin unettomuuden vuoksi. Jos unettomuus jatkuu kolme kuukautta, niin voidaan puhua jo kroonisesta unettomuudesta. Oireisiin tulisi puuttua jo ensimmäisen kuukauden jälkeen. Unettomuutta ei

ole se, että ihminen kerää univelkaa ja kärsii sen vuoksi univajeesta, koska ei ehdi tai halua nukkua tarpeeksi. Keskeistä on arvioida unettomuuden aiheuttama toimintakyvyn heikkeneminen, päivittäiseen elämään aiheutuva haitta ja unettomuudesta johtuva kärsimys. (Partonen 2014, 395; Käypä hoito 2018.) Partosen (2015, 471) mukaan uni-valvepäiväkirjalla saadaan tietoa asioista, mitkä vaikuttavat unen laatuun.

Lääkärin tulee ottaa huomioon ihmisen unettomuutta selvittäessä mahdolliset sairaudet tai lääkityksen aiheuttama unettomuus. Lisäksi täytyy tutkia esimerkiksi ylähengitystiet, paino, pituus, vyötärönympäryys ja leuanalusrasva uniapnean poissulkemiseksi. Laboratoriokokeita tehdään vain harvoin ja silloinkin vain muiden sairauksien poissulkemiseksi. Tavallisen unettomuuden selvittelyyn ei tarvita unirekisteröintejä. (Käypä hoito 2018; Partonen 2014, 396-397.)

#### 4 Unettomuuden lääkkeetön hoito

Tilapäisen unettomuuden ensisijainen hoito on lääkkeetön hoito. Unettomuuden hoidossa hyvä hoitosuhde ja seuranta ovat tärkeitä. Usein riittää jo muutama hoito- ja seurantakerta. Pidempiaikaisen unettomuuden hoidossa parhaimmat tulokset on saavutettu kognitiivis-behavioraalisilla hoitomenetelmillä. Unettomuuden hoitomenetelmistä osa vaikuttaa toimintatapoihin. Niiden tarkoitus on säännöllistää unirytmii, vaikuttaa elämäntapamuutoksiin ja helpottaa nukkumista parantamalla ulkoisia olosuhteita. (Käypä hoito 2018.)

##### 4.1 Unettomuuden itsehoito

Ruoka ja juoma vaikuttavat merkittävästi vireystilaan ja uneen. Ne vaikuttavat energiatasapainoon sekä yleiseen hyvinvointiin. Eri ruoka-aineet vaikuttavat nukkumiseen eri tavalla toiset lisäävät uneliaisuutta ja toiset puolestaan virkistävät. Ruuan ja juoman valinta vaikuttaa miten tasapainoisia uni ja valveajat ovat. Unta häiritseviä aineita ovat alkoholi, tupakka, kofeiinipitoiset aineet, sokerit ja makeutusaineet, sipuli, rasva sekä voimakkaat mausteet. Aminohappo tryptofaani on serotoniinin ja melatoniinin esiaste. Se rauhoittaa aivojen ja hermoston toimintaa. Kalsium ja B6-vitamiini auttavat tryptofaanin imeytymistä. Elimistö rauhoittuu ja muuttuu uneliaaksi, kun illalla syö hitaiden hiilihydraattien ja proteiinien lisäksi tryptofaania sisältäviä ruoka-aineita. Iltapalan on hyvä olla ravitseva, mutta kuitenkin kevyt. (Irti unettomuudesta.)

Liikunnan on myös todettu auttavan unettomuuteen ja lisäävän syvän unen määrää. Se auttaa unen laatuun, nukahtamiseen ja päivän vireystilaan. Säännöllinen liikunta ja sen oikein ajoittaminen on tärkeää. Raskas liikunta aiheuttaa hormonaalisia muutoksia, joten sen vuoksi ei ole suositeltavaa harrastaa liikuntaa 4 tuntia ennen nukkumaan menoa. Nukahtamiseen voivat auttaa venyttely ja rauhallinen kävely. Iltarutiineihin tulisi kuulua rauhoittuminen ja rentoutuminen. Niiden pitäisi alkaa 60-90 minuuttia ennen nukkumaan menoa. Rauhoittuminen ja rentoutuminen tulisi toistua päivittäin, jotta elimistö tottuisi siihen. (Irti unettomuudesta.)

Tanin (2016) väitöskirjan mukaan aerobinen liikunta parantaa tehokkaasti unenlaatua. Tanin mukaan myös elintapatekijät esimerkiksi vääränlainen ruokavalio ja liikunnan puute vaikuttavat unen laatuun ja unettomuuteen.

Nukkumisympäristöön tulisi kiinnittää huomiota. Makuuhuoneen lämmön tulisi olla 18-21 astetta ja sen tulisi olla illalla pimeää ja aamulla valoisa. Ennen nukkumaan menoa makuuhuone olisi hyvä tuulettaa. Sänkyyn tulisi mennä vain väsyneenä. Sängyn tarkoitus on vain nukkuminen ja rakastelu. Jos ei nukahda 30 minuuttiin, sängystä kannattaa nousta ylös ja tehdä hetki jotain muuta. Sänkyyn kannattaa palata vasta silloin, kun olo on unelias. (Irti unettomuudesta.)

Unettomuuden hoidossa rentoutumisella on saatu hyviä tuloksia. Progressiivisesta lihasrentoutuksesta on eniten tutkimuksia ja kokemuksia. Myös hyviä tuloksia on saatu autogeenisestä rentoutuksesta sekä tietoisesta läsnäolosta. Tietoinen läsnäolo on viime vuosina tullut tärkeäksi osaksi länsimaisia psykoterapioita. (Irti unettomuudesta.) Kuitenkaan Partosen (2015, 471) mukaan rentoutumiskeinot eivät auta yksistään pitkäaikaisen unettomuuden hoidossa. Pitkäaikaisen unettomuuden hoidossa kirkas valohoidolla saattaa olla tehoa yli 50-vuotiaille. Vuorotyötä tekevien unettomuuden hoidossa kirkas valohoidosta ei ole juuri tehoa. (Käypä hoito 2018.)

#### 4.2 Kognitiivis-behavioraalinen menetelmä

Unettomuuden hoidossa ihmisen mielen toimintamalleja tutkitaan kognitiivisten menetelmien avulla. Unettomuuden lääkkeettömänä hoitona kognitiivis-behavioraaliset menetelmät on tutkitusti todettu toimivaksi hoitomenetelmäksi. Nykyään sitä suositellaan ensisijaiseksi hoitomenetelmäksi unettomuuteen. (Järnefelt & Hublin 2012, 58-59; Hublin 2015; Käypä hoito 2018.) Myös Partosen (2015, 471) mukaan kognitiivis-behavioraaliset menetelmät ovat tärkeitä, mutta myös tehokkaita unettomuuden hoidossa. Hoitomenetelmää on kehitetty 1970-luvulta lähtien. Useat tutkimukset osoittavat, että lääkkeettömistä hoitomuodoista hyötyvät arviolta 70-80%. Tuloksellisuuden keskeisinä mittareina käytetään yöllisen hereillä olon ja nukahtamisviiveen muutoksia. Hoidon myötä niiden on todettu vähentyvän alle puoleen tuntiin ja samalla unen pituus on lisääntynyt. Tutkimusten mukaan aktiivisen hoitojakson jälkeen kognitiivis-behavioraalisen menetelmän teho paranee tai ainakin säilyy. Muita psykoterapia muotoja unettomuuden hoitomenetelmänä ei ole juuri tutkittu. (Järnefelt & Hublin 2012, 58-59; Hublin 2015; Käypä hoito 2018.)

Unettomuuden lääkkeetöntä hoitoa voi toteuttaa joko yksilö- tai ryhmäkäynnillä. Hoidon periaatteena on, että liialliseen ylivireyteen pyritään vaikuttamaan. Ylivireys estää nukahtamisen tai herättää keskellä yötä tai liian varhain. Tarkoituksena on, että sängyssä vietetään vain nukkumiseen käytetty aika. Menetelmä edellyttää, että hoidon saaja pitää unipäiväkirjaa pa-

rilta viikolta, jotta keskimäärin yöllä nukuttu aika voidaan laskea. Nukkumaanmenoajaksi saadaan se aika kun ylösnousuajasta lasketaan taaksepäin nukuttu aika. Näin saadaan ensimmäinen nukkumaanmenoaika. Kun nukahtaminen tapahtuu puolessa tunnissa, nukkumaanmenoaikaa aikaistetaan 15 minuutilla. Näin saadaan purettua negatiivinen yhteys sängyn ja valveen väliltä. Uniärsykkeinä voivat toimia myös makuuhuone tai sänky, jotka estävät tai hidastavat nukahtamista. Myös kello voi toimia samanlaisena ärsykkeenä, eikä sitä tulisi vilkuilla yön aikana. Kun negatiivista yhteyttä sängyn ja valvomisen välillä puretaan, pitää luoda uusi positiivinen yhteys. Yhteys saadaan rentoutumisharjoituksilla. Niitä tehdään säännöllisesti iltaisin sekä myös yöllisten heräilyjen aikana. Rentoutumisharjoitukset sisältävät mm. syvähengitysharjoituksia. (Huutoniemi 2017.)

Unihäiriöissä ja pitkäaikaisessa unettomuudessa on tärkeä tunnistaa ajatusmallit, jotka tuottavat ylivireyttä. Pelot unettomuudesta tai vähäisestä unesta virittävät elimistöä aktiiviseksi eikä nukahtaminen onnistu. Tällaisia ylläpitäviä ajatuksia ja pelkoja tulisi tunnistaa ja saada niihin apua kognitiivis-behavioristisilla harjoituksilla. Tietoisien läsnäolon kuten meditoinnin harjoitteilla päiväaikainen ylivireys saadaan hetkittäin laskettua. Näin iltaan riittää enemmän aikaa rauhoittumisharjoituksiin. Unettomuuden lääkkeetön hoito sisältää erilaisia kognitiivisia menetelmiä ja toiminnallisia harjoituksia. Hoito aloitetaan haastattelulla ja kartoitetaan unirytmä, unettomuuden johtaneet syyt ja sen historia. Mahdollisimman varhainen aloitus ja tarpeeksi pitkä seuranta unettomuuden hoidossa johtavat mahdollisimman hyvään lopputulokseen. (Huutoniemi 2017.)

## 5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa unettomuuden syistä ja lääkkeettömästä hoidosta terveysalan ammattilaisille asiakkaiden omaehtoisen terveyden edistämisen tukemiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää tutkitun tiedon avulla unettomuuden syitä ja unettomuuden lääkkeetöntä hoitoa.

Opinnäytetyössä pyrimme vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitkä ovat yleisimmät unettomuuden syyt?
2. Mitä on lääkkeetön unettomuuden hoito?

## 6 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Terveyspiste ILONA. Opinnäytetyö toteutetaan laadullisena kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. Se on menetelmä, jonka avulla on usein tarkoitus etsiä vastauksia kysymyksiin, mitä ilmiöstä tiedetään tai mitkä ovat sen keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet. Menetelmän avulla voidaan tunnistaa, vahvistaa tai kyseenalaistaa aiempien tutkimusten esiin nostamia kysymyksiä, mutta myös tunnistaa aikaisemman

tiedon ristiriitoja. Uusi tai erilainen näkökulma ilmiöön voi löytyä juuri kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 292-299.)

### 6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsauksen voi toteuttaa monella eri tavalla. Siinä käytetään hyödyksi tietyn aihealueen aiempaa tutkittua tietoa. Menetelmän käyttöön vaikuttavat tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Kirjallisuuskatsauksen eri tyylejä ovat systemaattinen, kuvaileva eli narratiivinen, määrällinen eli meta-analyysi ja laadullinen eli meta-synteesi. Eri tyyleillä on omat piirteensä, mutta ne noudattelevat myös melko samankaltaista kaavaa. (Salminen 2011, 6-21; Stolt, Akselin & Suhonen 2015, 7.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus etenee eri vaiheiden mukaan. Suunnitteluvaiheessa tutustutaan aihepiiriin aiempiin tutkimuksiin ja tuotetaan tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelmassa määritellään tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset. Tutkimuskysymyksiä voi olla yhdestä kolmeen. Tutkimuskysymysten asettamisen jälkeen valitaan tarkemmin käytettävät menetelmät kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekemiseen, esimerkiksi tietokantojen ja hakutermien valinta aineiston hankintaa varten. Ennen aineiston eli aiempien tutkimusten etsimistä eri tietokannoista, täytyy myös määritellä tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit löydetylle aineistolle. Aineiston hankinnassa tutkimusten laatuun täytyy kiinnittää huomiota. Toteutusvaiheessa aineisto analysoidaan tutkimuskysymysten ja tutkimusten laadun mukaan. Kaikki kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet kirjataan tarkasti, jotta tutkimus olisi luotettava. Viimeinen vaihe sisältää kirjallisuuskatsauksen tulokset ja siitä mahdollisesti muodostuvat johtopäätökset. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 3-7; Stolt ym. 2015, 8.)

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaustyylinä se on kaikista yleisin, koska siinä ei ole niin tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä kuin muissa katsaustyypeissä. Siinä tutkimuskysymykset voivat olla väljempää, kun tutkittavaa ilmiötä pyritään kuvaamaan laaja-alaisesti ja tarvittaessa luokittelemaan ilmiön ominaisuuksia. (Salminen 2011, 6.)

### 6.2 Opinnäytetyön aineiston valinta

Kirjallisuuskatsauksessa tiedonhaku täytyy tehdä järjestelmällisesti ja rajatusti. Tarvittaessa hakuprosessit täytyy voida toistaa. Tiedonhaun tarkoituksena on löytää mahdollisimman paljon tutkimusaiheeseen oleellisesti liittyvää ja luotettavaa tietoa. Tiedonhaun prosessi vaatii suunnittelua ja aikaa. Oikeiden hakusanojen löytäminen vaatii ensin koehakuja ja niiden avulla yleensä löytyvät oikeat hakusanat ja muut hakuehdot. (Stolt ym. 2015, 37-38.)

Kirjallisuuskatsaukseen haettiin tutkimuksia, jotka liittyivät unettomuuteen sekä sen hoitoon ja syihin. Tutkimusaineiston sisäänottokriteereiksi valikoituivat aikuiset kohderyhmänä ja julkaisun ikä eli korkeintaan kymmenen vuotta vanhat tutkimukset sopivat. Kielivaihtoehtoina olivat suomi ja englanti. Kirjallisuuskatsauksesta pois suljettiin tutkimukset, jotka olivat maksullisia, ei saatavilla sähköisessä muodossa. Tutkimusten sisällöstä tuli nousta esille muu kuin vain lääkkeellinen hoitomuoto unettomuuteen.

Tiedonhaussa käytettiin kolmea tietokantaa (Taulukko 1). Medic -tietokanta sisältää viitteitä suomalaisista lääke- ja hoitotieteellisistä artikkeleista, kirjoista, väitöskirjoista, opinnäytteistä ja tutkimuslaitosten raporteista. Medic - tietokannasta saatiin 27 hakutulosta hakusanoilla unettomuus AND unettomuu\* hoi\* AND unettomuu\* syy\*. Näistä aineistoksi valikoitui 2 sopivaa tutkimusta. ProQuest Central on monitieteellinen ja laaja yhteistietokanta. Sieltä valikoitui 2 tutkimusta hakusanoilla insomnia AND causes of insomnia AND insomnia treatments. Hakuetoja myös tarkennettiin ja valittiin vertaisarvioidut tutkimukset vuosilta 2000-2018 ja poissuljettiin kaupalliset julkaisusarjat. PubMed on lääke- ja terveystieteiden sekä lähialojen kansainvälinen kirjallisuusviitetietokanta. Sieltä haettiin vain klinisiä tutkimuksia viimeiseltä viideltä vuodelta hakusanoilla insomnia AND insomnia treatments AND behavioral therapy. Tutkimuksia valikoitui lopulta 1. Tietokantojen ulkopuolelta valikoitui manuaalisesti haettuna 3 tutkimusartikkeli ja 2 tutkimusta.

Taulukko 1: Tiedonhaku ja rajaus

Tietokanta	Medic	ProQuest Central	PubMed
Hakusanat	unettomuus AND unettomuu* hoi* AND unettomuu* syy*	insomnia AND causes of insomnia AND insomnia treatments	insomnia AND insomnia treatments AND behavioral therapy
Tulokset	27	52	78
Sopivat otsikot	16	20	7
Abstraktit	9	8	3
Valitut	2	2	1

### 6.3 Opinnäytetyön aineiston kuvaus

Alla olevassa on kuvattuna opinnäytetyöhön valittu aineisto. Taulukosta näkyy tutkimusten tiedot, tarkoitus, aineisto ja aineiston keruu sekä keskeiset tulokset. Tutkimukset on merkitty lyhenteillä, jotta niiden merkitseminen ja tunnistaminen on helpompaa. (T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9 ja T10).

Taulukko 2: Tutkimuksen tiedot, tarkoitus, aineisto ja aineiston keruu ja keskeiset tulokset

Tutkimuksen tiedot	Tarkoitus	Aineisto ja aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Työterveyslaitos. 2011. Unettomuuden arviointi ja hoito työterveyshuollossa. T1	Tutkimuksessa arviointiin kognitiivis-behavioraalisen ryhmähoidon soveltuvuutta ja vaikutusta työterveyshuollossa erilaisia työaikoja tekevien työntekijöiden unettomuusoireisiin, unettomuudesta koettuun haittaan, unettomuutta ylläpitäviin haitallisiin ajatusmalleihin, psyykkiseen ja somaattiseen oireiluun, elämänlaatuun ja työkykyyn. Lisäksi tutkittiin hoidon vaikutusta osallistujien fysiologisiin stressivasteisiin ja kognitiiviseen suorituskykyyn.	Tutkimuksessa oli mukana 33 säännöllistä työaika ja 26 epäsäännöllistä työaika tekeviä osallistujia. Seuranta-aika oli 6 kuukautta. Osallistujat olivat Ylen työntekijöitä. Tutkimuksen asetelmana oli ryhmäinterventiomalli. Keskeisimpinä mittareina käytettiin unipäiväkirjaa, aktigrafiaa ja kyselymenetelmiä.	Ryhmähoito paransi itsearvioitua unta useilla mittareilla mitattuna ja vähensi unettomuuden aiheuttamaa haittaa, uneen liittyviä haitallisia ajatusmalleja ja psyykkisiä ja somaattisia oireita. Epäsäännöllistä työaika tekevillä myös psyykkinen elämänlaatu ja itsearvioitu työkyky paranivat. Aktigrafiamittauksien perusteella nukahtamisviive lyheni. Osallistujien stressivasteessa ja kognitiivisessa suoriutumisessa ei tapahtunut muutoksia.
Regina, S. 2017. "Pitääkö pohtia miksi joku käyttää?" Unettomuus ja sen hoito - apteekki- ja farmaseuttien näkemyksiä, kokemuksia ja käytäntöjä. Helsingin yliopisto. T2.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää farmaseuttien ajatuksia, havaintoja, toimintaa ja kokemuksia liittyen työikäisten asiakkaiden unettomuuteen, unilääkkeisiin ja unilääkkeiden käyttöön.	Tutkimus toteutettiin laadullisena poikittaistutkimuksena. Kysely tehtiin Manner-Suomessa, avohoidon apteekeissa työskenteleville farmaseuteille (n=188-277). Tutkimuksen aineisto kerättiin viidellä sähköisellä kyselyllä.	Farmaseutit eivät kokeneet apteekkia unettoman ensisijaisena avuntarjoajana. Unilääkkeitä annosohjetta enemmän käyttäneet asiakkaat olivat keskenään eriarvoisessa asemassa noustaessaan lääkkeitensä, koska farmaseuteilla oli keskenään erilaisia tapoja toimia.
Mahendra P. Sharma & Chittaranjan Andrade. 2012. Behavioral interventions for insomnia: Theory and practice. Indian J Psychiatry. 2012 Oct-Dec; 54(4): 359-366. T3.	Tarkoituksena oli esitellä unettomuuden hoidon kognitiivis-behavioraaliset menetelmät ja tutkimustulokset.		Tutkimustulokset osoittavat että kognitiivis-behavioraaliset menetelmät ovat tehokkaita ja kustannustehokkaita sekä niistä saatava hyöty on pitkäkestoista.
Isa Okajima, Shun Nakajima, Moeko Ochi, Yuichi Inoue. 2014. Reducing Dysfunctional Beliefs about Sleep Does Not Signifi-	Tutkittiin unettomuuden hoitoa kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla.	Tutkimukseen osallistui 27 unettomuuspotilasta, jotka saivat 16 viikkoa zolpidemia, 26 potilasta, jotka saivat 4 viikkoa zolpi-	Kognitiivis-behavioraalinen menetelmä on tehokas tapa hoitamaan unettomuutta parantamalla unen laatua ja vähentämällä tunne- ja somaattisia häiriöitä.



cantly Improve Insomnia in Cognitive Behavioral Therapy. <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> , Volume 2017:13 pages 2841-2848. T4.		demia ja joita hoidettiin myös 12 viikon ajan kognitiivis-behavioraalisella käyttäytymisterapialla sekä 31 tervettä vapaaehtoista.	
Allison G. Harvey, Adriane Soehner, Tania Lombrozo, Lynda Bélanger, Jamie Rifkin, & Charles M. Morin. 2013. 'Folk theories' about the causes of insomnia. <i>Cognitive Therapy and Research</i> , 2013 37: 1048-1057. T5.	Tutkimuksessa tarkastellaan kansanteorioita unettomuuden syistä.	Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisella sekä kvantitatiivisella menetelmillä. Osallistujia oli 69.	Tutkimuksen mukaan 75% unettomuus vähenee psykologisella hoidolla kansanteorioiden mukaan. Ajattelutavat, tunteet ja nukkumiseen liittyvät tunteet ovat todennäköisesti syynä unettomuudelle.
Järnefelt H. 2017. Psykologiset hoitomuodot tehoavat unettomuuteen. <i>Suomen lääkäri-lehti</i> . T6.	Kokoaa yhteen unettomuuden psykologisia hoitomuotoja ja niiden vaikutusta unettomuuden hoitoon.		Psykologisten hoitomenetelmien etuina ovat vähäiset haittavaikutukset ja pysyvät hoitutulokset. Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät ovat tutkituimpia ja tehokkaimpia.
Harsora, P & Kessmann, J. 2009. Nonpharmacologic Management of Chronic Insomnia. <i>American Family physician</i> . Volume 79, Number 2. T7	Chronic insomnia is highly prevalent in our society, with an incidence of 10 to 30 percent. It is a major cost to society in terms of health care expenditure and reduced productivity. Nonpharmacologic interventions have been studied and shown to produce reliable and sustained improvements in sleep patterns of patients with insomnia.	Cognitive behavior therapy (CBT) sustained patients' sleep improvements 12 and 24 months later. 6,7 Those who were treated with pharmacotherapy alone did not sustain their benefits. This has also been demonstrated for older adults.6,7 CBT alone yields the greatest number of normal sleepers,8 with reports of greater patient satisfaction than with pharmacotherapy.	Although CBT has demonstrated effectiveness for insomnia treatment in randomized controlled trials, few physicians are experienced in this therapy. One of the most effective therapies for insomnia is stimulus control, even when used alone. Paradoxical intention is another therapy proven to be effective for insomnia.
Maness, D & Khan, M. 2015. Nonpharmacologic Management of Chronic	Chronic insomnia is associated with cognitive difficulties,	A randomized controlled study.	The effectiveness of sleep hygiene as a single

<p>Insomnia. American Academy of Family Physicians. 2015;92(12):1058-1064. T8</p>	<p>anxiety and depression, poor work performance, decreased quality of life, and increased risk of cardiovascular disease and all-cause mortality. Insomnia can be treated with non-pharmacologic and pharmacologic therapies. Nonpharmacologic therapies include sleep hygiene, cognitive behavior therapy, relaxation therapy, multicomponent therapy, and paradoxical intention.</p>		<p>therapy is unclear, but it is superior to placebo. CBT-I significantly improves chronic insomnia and daytime functioning for up to two years. There is insufficient evidence to recommend cognitive therapy as a single modality.</p>
<p>Charles M. Morin, Annie Vallières, Bernard Guay, Hans Ivers, Josée Savard, Chantal Mérette, Célyne Bastien, and Lucie Baillargeon. 2009. Cognitive-Behavior Therapy, Singly and Combined with Medication, for Persistent Insomnia: Acute and Maintenance Therapeutic Effects. <i>AMA</i>. 2009 May 20; 301(19): 2005-2015. T9</p>	<p>To evaluate the added value of medication over CBT alone for acute treatment of insomnia and the effects of maintenance therapies on long-term outcome.</p>	<p>Randomized, clinical trial involving two-stage therapy with 160 adults with persistent insomnia treated at a university hospital sleep center between January 2002 and April 2005. Participants received CBT alone or CBT plus zolpidem for an initial six-week therapy, followed by extended 6-month therapy. Patients treated with CBT initially attended monthly maintenance CBT or no additional treatment and those treated with combined therapy initially continued with CBT plus intermittent medication or CBT without medication.</p>	<p>CBT used singly or in combination with medication produced significant improvements of sleep latency, time awake after sleep onset, and sleep efficiency during initial therapy (<math>P_s &lt; 0.001</math>); a larger increase of sleep time was obtained with the combined approach. Both CBT and combined therapies produced similar rates of treatment responders and remissions with acute treatment, but combined therapy produced a higher remission rate relative to CBT alone over the extended therapy and follow up period. The best long-term outcome was obtained with patients treated with combined therapy initially, followed by CBT alone, as evidenced by higher remission rates at the 6-month follow-up.</p>
<p>Pech, M &amp; O'Kearney, R. 2013. A Randomized Controlled</p>	<p>To compare the efficacy of problem-solving therapy (PST)</p>	<p>A six-week randomized controlled trial with one month follow-up.</p>	<p>Primary outcomes included sleep efficiency (SE) from sleep diaries, the Insomnia Severity</p>

<p>Trial of Problem-Solving Therapy Compared to Cognitive Therapy for the Treatment of Insomnia in Adults. SLEEP 2013;36(5):739-749. T10</p>	<p>combined with behavioral sleep strategies to standard cognitive therapy (CT) combined with behavioral sleep strategies in the treatment of insomnia.</p>	<p>Forty-seven adults aged 18-60 years recruited from the community meeting the Research Diagnostic Criteria for insomnia.</p>	<p>Index (ISI), and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Secondary measures assessed dysfunctional sleep beliefs, problem-solving skills and orientations, and worry. Both treatments produced significant post therapy improvements in sleep which were maintained at 1 month follow-up. There were no differences in PST and CT in the size or rate of improvement in sleep although CT produced a significant faster rate of decline in negative beliefs about sleep than PST and there was a trend for PST to produce a faster rate of improvement in negative problem orientation than CT.</p>
--	---	--	---

#### 6.4 Induktiivinen sisällönanalyysi

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa menetelmän tärkein osa on sen aineiston käsittelyosan kuvailu ja johtopäätösten tekeminen. Tarkoituksena on yhdistää ja analysoida sisältöä kriittisesti eri tutkimuksista tai tieteellisistä artikkeleista. Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä analyysissä valitusta aineistosta on tarkoitus luoda jäsentynyt kokonaisuus. Tavoitteena on tuottaa sisäistä vertailua aineistosta, analysoida aineiston tiedon heikkouksia ja vahvuuksia sekä johtopäätösten tekemistä. (Kangasniemi ym. 2013, 296.)

Ensin tutkimusaineistoon tutustutaan huolellisesti. Aineistosta haetaan tutkimuskysymysten kannalta merkityksellisiä asioita, joita voidaan ryhmitellä sisällön mukaan kokonaisuuksiksi. Tutkittavaa ilmiötä voidaan käsitellä teemoittain ja erilaisissa kategorioissa. (Kangasniemi ym. 2013, 297.)

Tässä opinnäytetyössä aineistoista haettiin vastaukset tutkimuskysymyksiin, jotka olivat: Mitkä ovat yleisimmät unettomuuden syyt? sekä Mitä on lääkkeetön unettomuuden hoito? Vastaukset alleiviivattiin tutkimuskysymysten mukaan kahdella eri värillä. Sen jälkeen vastaukset koottiin yhteen ja siirrettiin taulukoihin tutkimuskysymysten mukaan. (Liite 2 & 3) Tutkimusai-

neistosta haettiin alkuperäisilmaukset molempiin taulukoihin. Sen jälkeen kerättiin teemaltaan samanlaiset alkuperäisilmaukset samaan kategoriaan. Teemoituksen jälkeen kategoriat luokiteltiin ala- ja pääluokkaan. Taulukon pääluokat tehtiin vastaamaan tutkimuskysymyksiä.

## 7 Opinnäytetyön tulokset

### 7.1 Unettomuuden yleisimmät syyt

Tutkimusten tuloksien mukaan unettomuuden yleisimmät syyt ovat: unihäiriöt, ajatus- ja toimintamallit, somaattiset ja psyykkiset tekijät, elimistön fyysinen kuormitus sekä ruokavalio ja päihteet. Yksi yleisimmistä syistä on unihäiriöt, joiden taustalta löytyy muun muassa kyvyttömyyttä nukkua riittävästi, nukahtamisvaikeuksia, vaikeuksia pysyä unessa sekä aikaiset heräämiset. (Järnefelt, H. 2017; Mahendra P. Sharma & Chittaranjan Andrade 2012; Isa Okajima, Shun Nakajima, Moeko Ochi, Yuichi Inoue 2014; Maness, D. & Khan, M. 2015.) Lisäksi tutkimuksista nousee esiin katkonainen uni ja nukahtamisvaikeudet (Järnefelt, H. 2017).

Ajatus- ja toimintamallit ovat esteenä laadukkaalle unelle. Haitalliset nukkumistottumukset, joustamattomat ajatukset ja uskomukset sekä myös elämäntavat vaikuttavat unen laatuun. (Isa Okajima ym. 2014; Työterveyslaitos 2011; Mahendra P. Sharma ym. 2012). Makuuhuoneen ympäristö ja heikko sänkyassosiaatio heikentävät unensaantia (Mahendra P. Sharma ym. 2012; Maness, D. & Khan, M. 2015). Lisäksi pitkät päiväunet heikentävät yöunta. (Järnefelt, H. 2017 & Maness, D. ym. 2015).

Somaattiset tekijät vaikuttavat unettomuuteen. Reginan (2017) mukaan somaattisten sairauksien kartoittaminen ja hoitaminen on ensisijaista. Kivut ja lihasjännitykset heikentävät unenlaatua ja aiheuttavat myös usein unettomuutta. Niiden asianmukaisella hoitamisella voi olla merkittävä yhteys ihmisen unenlaatuun. (Mahendra P. Sharma ym. 2012; Allison G. Harvey, Adriane Soehner, Tania Lombrozo, Lynda Bélanger, Jamie Rifkin, & Charles M. Morin. 2013; Harsora, P & Kessmann, J. 2009). Liiallinen fyysinen ja henkinen ylivireystila viivästyttää unensaantia. (Työterveyslaitos, 2011 & Allison ym. 2013). Reginan (2017) mukaan erityisesti selkä- ja polvikivut ovat yleisiä. Allisonin ym. (2013) tutkimuksesta käy ilmi, että traumat aiheuttavat unettomuutta kuten myös yöllinen hikoilu sekä hormonitoiminta. Myös Allison ym. (2013) tutkimuksessa mainitaan, että yöllinen wc:ssä käyminen häiritsee unenlaatua.

Psyykkisten oireiden tunnistamisella on merkitystä unettomuuden hoidossa. Työterveyslaitoksen (2011) tutkimuksen mukaan äkillisesti muuttuneet elämäntilanteet voivat aiheuttaa unettomuutta. Stressi ja ahdistus koettiin merkittäviksi unettomuutta aiheuttaviksi tekijöiksi, mutta myös elämänmuutokset ja huolet koettiin unettomuutta aiheuttaviksi. (Järnefelt, H. 2017; Regina, S. 2017; Työterveyslaitos. 2011; Allison ym. 2013; Pech, M. & O'Kearney, R. 2013). Allisonin ym. (2013) tutkimuksen mukaan yöllinen kellonkatsominen aiheuttaa ihmiselle stressiä ja aiheuttaa huolta jäljellä olevasta nukkumisajasta. Epäsäännöllinen vuorotyö sekoittaa ihmisen vuorokausirytmää ja aiheuttaa usein myös unettomuutta todettiin Reginan

(2017) tutkimuksessa. Myös mielialavaihtelut, alhainen motivaatio sekä käyttäytymisongelmat aiheuttavat unettomuutta. Epäsosiaalisuus ja koulutuksen puute vaikuttavat myös unettomuuteen. (Regina, S. 2017; Maness, D. & Khan, M. 2015.)

Elimistön fyysinen kuormitus ja liikuntatottumukset vaikuttavat unenlaatuun. Raskas liikunta ennen nukkumaanmenoa häiritsee yöunta ja puolestaan kevyt, rauhallinen liikunta saattaa parantaa unenlaatua. (Mahendra P. Sharma ym. 2012; Allison ym. 2013; Regina, S. 2017). Myös ruokavaliolla ja päihteillä on vaikutus unenlaatuun. Nälkäisenä ei tulisi mennä nukkumaan (Regina, S. 2017), mutta vääränlainen ruokavalio voi haitata yöunta (Allison ym. 2013). Eri päihteistä erityisesti kofeiini ja tupakka nousivat esiin tutkimuksista. (Regina, S. 2017; Allison ym. 2013; Harsora, P. & Kessmann, J. 2009; Maness, D & Khan, M. 2015; Charles M. Morin, Annie Vallières, Bernard Guay, Hans Ivers, Josée Savard, Chantal Mérette, Célyne Bastien, and Lucie Baillargeon. 2009).

## 7.2 Unettomuuden lääkkeetön hoito

Tutkimuksien tuloksien mukaan unettomuuden lääkkeetöntä hoitoa ovat: kognitiivis-behavioraaliset ja psykologiset menetelmät, itsehoitomenetelmät, uni- ja vireystila tutkimukset sekä ammattilainen tukena unettomuuden hoidossa. Parhaimmat tulokset unettomuuden hoidossa saadaan kognitiivis-behavioraalisilla sekä psykologisilla menetelmillä. (Työterveyslaitos, 2011; Allison ym. 2013; Mahendra P. Sharma ym. 2012; Isa Okajima ym. 2014; Regina, S. 2017; Järnefelt, H. 2017; Harsora, P. & Kessmann, J. 2009; Maness, D. & Khan, M. 2015; Charles M. Morin ym. 2009; Pech, M. & O'Kearney, R. 2013). Perusajatuksena kognitiivis-behavioraalisessa hoidossa on muuttaa nukkumistottumuksia ja elämäntapoja unta edistäviksi sekä vähentää ylivireyttä muuttamalla unettomuutta ylläpitäviä ajattelumalleja. (Työterveyslaitos, 2011). Psykoedukaatio tulee esiin yhdessä tutkimuksessa. Psykoedukaatiossa unesta ja unettomuudesta annetaan tietoa ja tarvittaessa unilääkkeitä vähennetään. (Järnefelt, H. 2017.)

Itsehoitomenetelmät tulivat myös hyvin esiin tutkimuksissa. Säännöllinen päivrytmi, illan rauhoittaminen ja iltarutiinit helpottavat unen saantia. (Regina, S. 2017.) Nukkumisympäristö vaikuttaa nukahtamiseen ja unen laatuun. Ympäristöstä tulee tehdä rauhallinen, viileä ja pimeä. (Regina, S. 2017; Mahendra P. Sharma ym. 2012.) Päivän aikana nautitut piristävät aineet, tupakka sekä alkoholi vaikuttavat nukkumiseen haitallisesti. Liikkumistottumukset olivat tärkeässä roolissa. Ennen nukkumaan menoa ei suositella rankkaa tai rasittavaa liikuntaa. Sen sijaan rauhallisen tai kevyen liikunnan katsottiin edistävän unen saantia. (Regina, S. 2017; Mahendra P. Sharma ym. 2012.) Reginan (2017) mukaan oman unirytmien löytäminen on tärkeää ihmisen hyvinvoinnille, jaksamiselle, palautumiselle ja terveydelle. Erilaiset rentoutumismenetelmät päivän ja varsinkin illan aikana, ennen nukkumaanmenoa auttavat saamaan unta paremmin (Työterveyslaitos, 2011; Regina, S. 2017). Tietoa itsehoitomenetelmiin

voi hakea esimerkiksi netistä ja kirjallisuudesta. (Regina, S. 2017; Järnefelt, H. 2017). Vuorotyöläisten kohdalla todettiin, että itsehoitomenetelmät yksinään eivät juurikaan auta unettomuuteen. (Regina, S. 2017).

Tutkimuksista nousi esiin myös erikseen unipäiväkirja ja että sitä olisi hyvä pitää lääkärikäyn-  
tejä varten, jotta unettomuuden syy olisi helpompaa selvittää. Lisäksi päiväkirjan avulla selvi-  
tetään esimerkiksi uni- ja päivärytmiä, unettomien öiden määrää sekä nukahtamisvaikeuksia.  
(Työterveyslaitos, 2011; Regina, S. 2017.) Työterveyslaitoksen (2011) tutkimuksessa tuli esiin  
myös aktigrafia eli liikeaktiiviteettirekisteröinti, jolla seurataan muun muassa vuorokausiry-  
tmiä.

Tutkimuksista tulee esiin, että uneton voi kääntyä lääketieteen ja hoitoalan henkilöiden puo-  
leen unettomuuden hoidossa. Käy kuitenkin ilmi, että lääkäreiden tulisi kertoa unettomuus-  
desta kärsiville enemmän itsehoitomenetelmistä. (Regina, S. 2017.)

## 8 Pohdinta ja kehittämissuhteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa unettomuuden syistä ja lääkkeettömästä hoi-  
dosta terveysalan ammattilaisille asiakkaan omaehtoisen terveydenedistämisen tukemiseksi  
Laurea-ammattikorkeakoulun terveystieteiden ILONAan. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää  
tutkitun tiedon avulla unettomuuden syitä ja unettomuuden lääkkeetöntä hoitoa. Unettomuus-  
den lääkkeettömästä hoidosta oli vaikea löytää laadukkaita tutkimuksia. Unettomuutta on  
tutkittu paljon, mutta enimmäkseen tutkimuksissa on mukana lääkehoito.

Tutkimuksista käy ilmi, että unettoman yleisimmät syyt ovat unihäiriöt, ajatus- ja toiminta-  
mallit, somaattiset ja psyykkiset tekijät, elimistön fyysinen kuormitus sekä ruokavalio ja päih-  
tteet. Päihteet olivat tutkimuksissa vähäisessä merkityksessä. Tilapäiset unihäiriöt kuuluvat  
lähes jokaisen normaaliin elämään, mutta unettomuuden jatkuessa syyt on hyvä selvittää ja  
hoitaa unettomuutta. Lisäksi tutkimuksista ei käy ilmi, että yksi unettomuutta aiheuttava  
seikka on painajaisunet, jotka tekevät unesta katkonaista.

Unettomuuden lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat tutkimusten mukaan kognitiivis-behavioraali-  
set ja psykologiset menetelmät, uni- ja vireystila tutkimukset, itsehoitomenetelmät sekä am-  
mattilaisten tuki unettomuuden hoidossa. Tutkimuksista ei käynyt lainkaan ilmi unettomien  
oma näkemys hoitomuotojen laadusta.

Lääkäreiden koulutuksessa unettomuuden hoito on vähäistä. Lähinnä riippuu lääkärin omasta  
mielenkiinnosta, haluaako perehtyä ja hoitaa unettomuutta lääkkeettömin keinoin. Lääkä-  
reitä ja hoitajia perusterveydenhuollossa tulisi kouluttaa enemmän unettomuuden lääkkeettö-  
mään hoitoon ja painottaa koulutuksessa kuuntelemista ja luottamuksellista potilassuhdetta.

Perusterveydenhuollossa on esimerkiksi diabeteshoitajia, mutta ei juuri unihoitajia. Unettomuus on usein alidiagnosoitu ja alihoidettu, joten selkeä tarve olisi siis unihoitajien antamalla tiedolle ja avulle.

Epäsäännölliset työajat ja vuorotyö ovat lisääntyneet merkittävästi ja samalla myös unihäiriöt. Vuorotyötä tekevälle unettomuuden itsehoitomenetelmien ei ole katsottu auttavan unen laadun parantamisessa ja tätä osa-aluetta tulisikin jatkossa tutkia lisää. Unettomuus lisää myös riskiä sairastua sepelvaltimotautiin ja lisää suolisto- ja rintasyövän riskiä.

Unettomuuden lääkkeettömään hoitoon tulisi panostaa enemmän terveydenhuollossa jo kansansairauksienkin näkökulmasta. Jatkotutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi, miten perusterveydenhuollossa toteutetaan lääkkeetöntä unettomuuden hoitoa ja kuinka paljon unettomat saavat ohjausta itsehoitoon hoitajilta ja lääkäreiltä.

## 9 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä tulee noudattaa tutkimusetiikan näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia. Silloin opinnäytetyö voi olla eettisesti uskottava, luotettava ja hyväksyttävä. Tutkimusetiikan mukaan opinnäytetyössä tulee noudattaa huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten arvioinnissa ja niiden esittämisessä. Avoimuus ja vastuullisuus sekä työskentelyssä että asioiden käsittelyssä ovat tärkeitä asioita. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6-7.)

Laadullista tutkimusta tehtäessä sen uskottavuutta ja luotettavuutta lisää, jos tekijöitä on vähintään kaksi. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat vahvistettavuus, uskottavuus, siirrettävyys ja riippuvuus. Kirjallisuuskatsauksessa on tärkeää kirjata ylös kaikki eri vaiheet mahdollisimman tarkasti ja kuvaavasti. (Johansson 2007, 6.) Tässä opinnäytetyössä on edetty järjestelmällisesti vaiheittain. Tiedonhaku on kirjattu tarkasti ja siitä on muodostettu taulukko. Tutkimusaineisto on esitelty myös taulukon avulla. Tutkimusaineiston analyysiprosessi on kirjattu ylös vaihe vaiheelta. Molempien tutkimuskysymysten vastausten teemoittelu ja kategorisointi on havainnollistettu taulukon avulla. Olemme pyrkineet tekemään opinnäytetyötä mahdollisimman läpinäkyvästi ja luotettavasti. Tarkoitus on ollut kuvata tutkimusaineiston analyysiprosessi niin tarkasti, että lukija voi seurata analyysin etenemistä (liite 1 & 2) ja ymmärtää, mihin tulokset perustuvat.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä ja tarkasteltavaa ilmiötä kuvailevaa. Luotettavuutta voi heikentää se, että tutkimustulosten analysointi liitetään ohuesti teoreettiseen taustaan. (Kangasniemi ym. 2013, 298.) Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineistosta nousi selkeästi esille vastaavia asioita kuin teoreettisessa viitekehysessä.

## Lähteet

## Painetut

Aronen, A & Pihl, S. 2012. Unen taidot. Duodecim: Porvoo.

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

Huutoniemi, A. & Partinen, M. 2015. Unen aika. Auditorium: Helsinki.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset- huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun yliopisto.

Järnefelt, H & Hublin, C (Toim.). Työikäisten unettomuuden hoito. 2012. Työterveyslaitos: Tampere.

Kahle, C & Kretschmer, M. 2014. Terveen unen salaisuus. CIL Suomi.

Lampio, L. 2017. Sleep in climacteric. Turun yliopisto. Turku.

Partonen, T. 2014. Unettomuuden diagnostiikka. Suomen Lääkäri lehti 6/2014 v sk 69

Partonen, T. 2015. Vaikean unettomuuden hoito. Suomen Lääkäri lehti 8/2015 v sk 70

Stolt, M., Akselin A., Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopiston julkaisuja. Turku: Juvenesprint: 8.

## Sähköiset

Aho, V. 2016. Kuolema kuittaa univelat? Effects of cumulative sleep loss on immune functions and lipid metabolism. Viitattu 24.5.2018. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/167475/Kuolemak.pdf?sequence=1>

Hublin, C. 2015. Unettomuus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2015;131(12):1193-5. Viitattu 7.5.2018. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/12/duo12318>

Huutoniemi, A. 2017. Unettomuuden lääkkeetön hoito. Viitattu 3.5.2018. <http://www.ukk-instituutti.fi/terveysliikuntautiset/unettomuuden-laakkeeton-hoito>

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 16.5.2018. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Irti unettomuudesta. Mielenterveystalo.fi. Viitattu 3.5.2018. [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoitojaopaat/itsehoito/unettomuuden\\_omahoito/Pages/unettomuuden\\_omahoito\\_2\\_irti\\_unettomuudesta.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoitojaopaat/itsehoito/unettomuuden_omahoito/Pages/unettomuuden_omahoito_2_irti_unettomuudesta.aspx)

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S.-M., Pietilä, A.-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvailtava kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede. 25 (4), 291-301. Viitattu 2.5.2018 <https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/central/docview/1469873650/fulltextPDF/CB8636AF56D04855PQ/1?accountid=12003>



Karhula, K. 2015. Association of job strain with sleep and psychophysiological recovery in shift working health care professionals. Viitattu 24.5.2018. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/153231/associat.pdf?sequence=1>

Käypä hoito -suositus. 2015. Melatoniini ja uni. Viitattu 3.6.2018. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessio-nid=8CFC17B08F269F95D1C67C9464650D11?id=nix01078>

Käypä hoito -suositus. 2018. Unettomuus. Viitattu 5.5.2018. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50067#s12>

Käypä hoito -suositus. 2016. Unettomuus vaivaa välillä meitä kaikkia. Viitattu 24.5.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00075>

Käypä hoito -suositus. 2015. Vuorokausirytmä ja unen säätely. Viitattu 24.5.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01062>

Melatoniini ja aikaerorasitus. 2018. Duodecim lehti. Viitattu 3.6.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1996/9/duo60171>

Mitä unettomuus on? Mielenterveystalo.fi. Viitattu 17.5.2018. [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/itsehoito/unettomuuden\\_omahoito/Pages/unettomuuden\\_omahoito\\_1\\_mita\\_unettomuus\\_on.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/itsehoito/unettomuuden_omahoito/Pages/unettomuuden_omahoito_1_mita_unettomuus_on.aspx)

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja halintotieteellisiin sovelluksiin. Viitattu 2.5.2018. [https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Tan, X. 2016. Effects of Exercise and Diet on Sleep Among Overweight and Obese Men With Chronic Insomnia Symptoms. Viitattu 18.5.2018. [https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/50939/978-951-39-6720-8\\_vaitos20160902\\_new.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/50939/978-951-39-6720-8_vaitos20160902_new.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Unettomuus. 2017. Terveyskirjasto. Viitattu 21.4.2018. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00534](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00534)

Unettomuus. 2018. Duodecim lehti. Viitattu 17.5.2018. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2016/3/duo12964>

Uni. 2014. THL. Viitattu 17.5.2018. <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/uni>

Uni-valverytmin (unirytmän) häiriöt. 2016. Terveyskirjasto. Viitattu 7.5.2018. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00535](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00535)

## Taulukot

Taulukko 1: Tiedonhaku ja rajaus.....Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Taulukko 2: Tutkimuksen tiedot, tarkoitus, aineisto ja aineiston keruu ja keskeiset tulokset.....Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

## Liite 1: BNSQ-FIN -unikyselylomakeVirhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

BNSQ/FIN

peruslomake aikuiset

1

**BNSQ-FIN<sub>2008</sub> unikyselylomake**

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

Tämän lomakkeen täyttämispäivämäärä. Tänään on \_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_.

1. Sukunimi \_\_\_\_\_ Etunimi \_\_\_\_\_  
(tekstaten) (tekstaten)

2a. Syntymäaika ja henkilötunnus \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
pv kk vv tunnus **SUKUPUOLI: 0 nainen 1 mies**  
**IKÄ: Olen nyt \_\_\_\_\_-vuotias**

2b. Siviilisäätö

1. Naimisissa 2. Avoliitossa 3. Naimaton 4. Eronnut 5. Leski

**NUKKUMISTA JA UNETTOMUUTTA KOSKEVIA KYSYMYKSIÄ**

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

3. Onko Teillä ollut **vaikeuksia nukahtaa?**

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

4. **Kuinka nopeasti nukahdatte yleensä käytyänne vuoteeseen (sammutettuanne valot)?**

1. Yli 40 minuutissa
2. 31 - 40 minuutissa
3. 21 - 30 minuutissa
4. 10 - 20 minuutissa
5. Alle 10 minuutissa

5. **Kuinka usein olette herännyt yöllä?**

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

5b. Jos heräätte öisin, niin **kuinka monena yönä keskimäärin olette herännyt virtsalle?**

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

6. Jos heräilette yleensä yöllä, **kuinka monta kertaa yössä olette keskimäärin herännyt?**

1. En yleensä herää öisin
2. Kerran yössä
3. Kahdesti yössä
4. 3 - 4 kertaa yössä
5. Ainakin 5 kertaa yössä

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

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

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

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

Mitä **unilääkkeitä**:

---

---

8. Oletteko tuntenut itsenne erittäin **väsyneeksi aamuisin heräämisen jälkeen**?

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

9. Oletteko tuntenut itsenne **väsyneeksi** päivisin?

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

10. Oletteko tuntenut itsenne **uneliaaksi** päivisin?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nukun keskimäärin noin \_\_\_\_\_ tuntia vuorokaudessa.

**14b. Kuinka monta tuntia nukutte keskimäärin öisin ?**

Nukun keskimäärin noin \_\_\_\_\_ tuntia yössä.

**15. Mihin aikaan menette yleensä nukkumaan iltaisin?**

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

**16. Mihin aikaan yleensä heräätte aamuisin?**

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

**17. Kuinka usein nukutte päiväunia?**

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

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

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

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

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

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

**Tarkistakaa vielä, että vastasitte kaikkiin kysymyksiin. Kiitos.**

## Liite 2: Unettomuuden yleisimmät syyt      Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Alkuperäisilmaus	Alaluokka	Pääloukka
<p>Nukahtamisvaikeus. T6</p> <p>Katkonainen yöuni. T6</p> <p>Unettomuus voi ilmetä nukahtamisvaikeutena, vaikeutena pysyä unessa, unen virkistävyuden heikentymisenä tai näiden erilaisina yhdistelminä. T6</p> <p>Insomnia is defined as having difficulty initiating or maintaining sleep, waking up too early, or sleep that is chronically nonrestorative or poor in quality, causing daytime impairments such as decreased attention and worries concerning sleep. T4</p> <p>Difficulty in falling asleep, or in returning to sleep after awakening, may be due to inadequate stimulus control. T3</p> <p>Difficulty falling asleep. T8</p> <p>Difficulty staying asleep. T8</p> <p>Early awakening. T8</p>	<p>Uniongelmat</p>	<p>Unihäiriöt</p>
<p>in the role of sleep-related dysfunctional beliefs as potential perpetuating factor of insomnia. T4</p> <p>Unettomilla on haitallisempia ja joutamattomampia uneen liittyviä uskomuksia kuin normaalisti nukkuvilla. T1</p> <p>Learned sleep-preventing associations" refer to the pattern of pre-sleep arousal that appears to be classically conditioned to the bedroom environment, where intrusive presleep cognitions, racing thoughts, and rumination are often taken as indicators of presleep arousal T3</p>	<p>Sisäiset tekijät</p>	<p>Ajatus- ja toimintamallit</p>

<p>Psykofysiologiseen pitkäkestoiseen unettomuuteen taas johtavat oireiden jatkuessa kehittyvät ylläpitävät tekijät, kuten nukkumistottumusten ja nukkumiseen liittyvien tulkintojen muutokset. T6</p> <p>Haitalliset ajatukset: huoli unen puutteesta, huoli unettomuuden seurauksista, uneen liittyvät epärealistiset odotukset ja vääristyneet uneen liittyvät käsitykset. T6</p> <p>Haitalliset nukkumistottumukset ja elämäntavat: heikko sänky-uni-assosiaatio, liiallinen vuoteessa oloaika, epäsäännöllinen unirytm, pitkät päiväunet, rauhoittumiskeinojen puute ja unta heikentävät liikuntatottumukset, nautintoaineiden käyttö ja nukkumisolosuhteet. T6</p> <p>Daytime sleepiness. T8</p> <p>Sleeping patterns. T5</p> <p>Sleep architecture abnormalities. T5</p>		
<p>Somatized tension T3</p> <p>Go to bathroom T5</p> <p>increased muscle tension, rapid heart rate, sweating, and related symptoms T3</p> <p>Esimerkiksi tiedetään, että polvi- ja selkävaurioilla on yhteys huonolaatuiseen ja lyhyeen alle 6 tuntia kestäväan uneen, joten kipujen kartoittaminen unettomuuden syyn selvittämisessä on oleellista. T2</p> <p>Alertness T5</p> <p>Not enough time alone T5</p> <p>Somaattisten kuin psyykkisten sairauksien ja vaivojen kartoittaminen on merkityksellistä. T2</p> <p>Jatkuva ylivireystila. T1</p> <p>Pain/uncomfortable T5, T7</p> <p>Trauma T5</p>	<p>Somaattisten oireiden tunnistaminen</p>	<p>Somaattiset tekijät</p>



<p>Hormones T5</p> <p>Anxiety T7</p> <p>Asthma T7</p> <p>Chronic obstructive pulmonary disease T7</p> <p>Congestive heart failure T7</p> <p>Depression T7</p> <p>Fibromyalgia T7</p> <p>Gastroesophageal reflux disease T7</p> <p>Hyperthyroidism T7</p> <p>Medications T7</p> <p>Menopause T7</p> <p>Obstructive sleep apnea T7</p> <p>Periodic limb movement disorder T7</p> <p>Pruritus T7</p> <p>Restless legs syndrome T7</p>		
<p>Lyhytkestoinen unettomuus katsotaan pääosin stressipohjaiseksi häiriöksi, joka syntyy altistavien ja laukaisevien tekijöiden yhteisvaikutuksesta. T6</p> <p>Diagnoositasoiseen unettomuushäiriöön liittyy myös huolta tilanteesta, päiväaikaisia oireita tai muita vaikutuksia arkeen. T6</p> <p>Unettomuuden syntymekanismejä ei tarkalleen tiedetä, mutta neurobiologisissa ja psykologisissa tutkimuksissa unettomuuden kehittymiseen ja jatkumiseen on todettu liittyvän aivojen toiminnallisia muutoksia sekä geneettisiä, käytäytymiseen liittyviä, kognitiivisia ja emotionaalaisia tekijöitä. T6</p> <p>Altistavia tekijöitä ovat erityisesti yksilön suhteellisen pysyvät omi-</p>	<p>Psyykkisten oireiden tunnistaminen</p>	<p>Psyykkiset tekijät</p>

<p>naisuudet, kuten taipumus ylivireyteen (vaikeus säädellä vireytymistä) ja ahdistusherkyys. T6</p> <p>Hypervigilance T5</p> <p>Laukaisevat tekijät ovat yleensä stressaaviksi koettuja ja arvioituja elämäntapahtumia (esim. ristiriitailanteet ja menetykset), joiden seurauksena vireystaso kohoaa voimakkaasti ja ns. unettomuuskynnys ylittyy. T6</p> <p>Inability to relax. T3</p> <p>Ylivireys: emotionaalinen, kognitiivinen, fysiologinen. T6</p> <p>Laukaisevat tekijät eli stressaavat elämäntapahtumat. T6</p> <p>Ahdistuneisuus ja unettomuus liittyvät läheisesti toisiinsa. T2</p> <p>Stressi, ahdistus tai huolet unettomuuden taustalla. T2</p> <p>Unettomuuden laukaisee alun perin jokin elämänmuutokseen tai muuhun stressitekijään liittyvä huoli. T1</p> <p>Thinking patterns T5</p> <p>Stress T5</p> <p>Relationships/marriage problems T5</p> <p>Clock watch T5</p> <p>Emotions T5</p> <p>Hard to relax T5</p> <p>Unettomuuden itsessään todettiin aiheuttavan unettomuutta. T2</p> <p>Psykofysiologiseen unettomuuteen liittyy unettomuuden yleiskriteerien lisäksi piirteitä, jotka viittaavat ehdollistuneeseen nukkumisvaikeuteen ja/tai kohonneeseen vireyteen (esimerkiksi liiallinen keskittyminen nukkumiseen ja lisääntynyt ahdistus nukkumaan mennessä). T1</p>		
--	--	--

<p>Jos unettomuudesta kärsivä henkilö kiinnittää huomionsa univaikeuksiin, huoli siirtyy elämänmuutoksesta uneen ja sen päiväaikaisiin seurauksiin. T1</p> <p>Unettomuuden pelkoon liittyvillä ajatusmalleilla on keskeinen rooli pitkäkestoisessa unettomuudessa. T1</p> <p>Kaikenlainen negatiivinen ja erityisesti työperäinen stressi sekä vuorotyö. T2</p> <p>Työttömyys ja syrjäytyneisyys, monenlaiset henkilökohtaiset huolet, surut ja murheet, mielenterveysongelmat, kiireinen elämäntyyli, perussairaus, liiallinen alkoholin käyttö, fyysisen rasituksen puute, kyvyttömyys rentoutua, kivut ja säryt, poikkeava elämäntilanne, taipumus tunnollisuuteen ja tarkkuuteen, vaihdevuodet sekä pienet lapset. T2</p> <p>Vuorotyö tai läheisen kuolema. T2</p> <p>Poor attention or concentration. T8</p> <p>Social or vocational/educational dysfunction. T8</p> <p>Mood disturbance or irritability. T8</p> <p>Reduced motivation or energy. T8</p> <p>Increased errors or accidents. T8</p> <p>Behavioral problems such as hyperactivity, impulsivity, or aggression. T8</p> <p>Sleep specific beliefs. T10</p> <p>Worry, defined as general negative and uncontrollable thoughts. T10</p>		
<p>Exercise moderately during the day so that you are physically "tired out" at night. T3</p> <p>Lack of exercise T5</p>	<p>Fyysinen aktiivisuus</p>	<p>Elimistön fyysinen kuormitus</p>

<p>Hyvin intensiivinen ja pitkäkestoinen, uuvuttava liikunta saattaa häiritä unta. T2</p> <p>Liikunta ennen nukkumaanmenoa. T2</p>		
<p>Ovat alkoholi, stressi ja huolet usein unettomuuden taustalla. T2</p> <p>Kofeiini. T2, T5, T7</p> <p>Diet T5</p> <p>Nälkä sekä kofeiini ja nikotiiniriippuvuus häiritsevät unta. T2</p> <p>Alkoholin käyttö häiritsee normaaliunta ja vaikuttaa unen rakentamiseen annosriippuvasti. T2</p> <p>Nicotine/Tobacco T7, T8</p> <p>Alcohol. T8, T9</p> <p>Illicit drugs. T8, T9</p>	<p>Ruokavalion ja riippuvuuksien haittavaikutusten tunnistaminen</p>	<p>Ruokavalio ja päihteet</p>

## Liite 3: Unettomuuden lääkkeetön hoito Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.

Alkuperäisilmaus	Alaluokka	Pääloukka
<p>Uneton voi kääntyä hoitajan, lääkärin, psykologin, työterveyslääkärin, psykiatrin, psykoterapeutin, terveydenhoitajan tai unettomuuteen perehtyneen terapeutin puoleen. T2</p> <p>Lääkäreiden pitäisi kertoa enemmän muista keinoista unen saantiin. T2</p>	<p>Terveysthuollon ammattilaiset, joilta apu unettomuuteen tulisi saada.</p>	<p>Ammattilainen tukena unettomuuden hoidossa.</p>
<p>Unipäiväkirja. T1</p> <p>Nukkumispäiväkirja: lääkärikäyntiä varten, unettomuuden ollessa vaikeaa, epäsäännöllistä, pitkään jatkunutta ja/tai sen pahentuessa, unettomien öiden määrän havainnollistamisessa, unettomuuden havaitsemiseksi tai sen poissulkemiseksi, unettomuuden syyn arvioimisessa, nukkumisrytmihäiriöissä, kun taustalla ei ollut fyysistä sairautta, päiväunien selvittämiseksi, unettomuuden oirekuvan selvittämiseksi, nukahamisvaikeuksissa ja yöllisissä heräämistapauksissa. T2</p> <p>Aktigrafia. T1</p>	<p>Unen tarkkailu ja rekisteröinti</p>	<p>Uni- ja vireystila tutkimukset</p>
<p>Kognitiivis-behavioraalinen ryhmähoito. T1</p> <p>Kognitiivis-behavioraalisen hoidon perusajatuksena on muuttaa nukkumistottumuksia ja elämäntapoja unta edistäviksi sekä vähentää ylivireyttä muuttamalla unettomuutta ylläpitäviä ajattelumalleja. T1</p> <p>Psychological treatments were rated as more likely to alleviate the insomnia. The ratings for a psychological treatment were highest for Thinking Patterns, Emotions and Sleep-Related Thoughts. T5</p>	<p>Eri hoitomenetelmät unettomuuden hoidossa.</p>	<p>Kognitiivis-behavioraaliset ja psykologiset menetelmät unettomuuden hoidossa</p>

<p>A psychological treatment was rated as significantly more likely than a biological treatment to alleviate 9 of the 12 contributors; namely, Sleep-Related Thoughts, Bodily Arousal, Lifestyle Factors, Thinking Patterns, Environmental Factors, Scheduling, Sleep-Related Emotions, Emotions and Developmental Factors. T5</p> <p>Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) is commonly used for treatment of the disorder. T4</p> <p>Hoitomenetelminä käytettiin uneen liittyvää psykoedukatiota sekä behavioraalisia ja kognitiivisia unettomuuden hoitoon kehitettyjä menetelmiä. T1</p> <p>Sleep diary. T4, T7, T9, T10</p> <p>Behavioraaliset menetelmät. T1</p> <p>Cognitive therapy techniques. T3, T7, T8, T9, T10</p> <p>Relaxation therapy. T3</p> <p>Kognitiiviset menetelmät. T1, T6</p> <p>Combined therapies. T9</p> <p>Multicomponent therapy. T8</p> <p>Biofeedback is a form of relaxation that provides sensory feedback (visual or auditory, either mechanically or with computers and amplifiers) to help patients learn how to control physiological parameters such as galvanic skin response or muscle tension in order to reduce somatic arousal. T3</p> <p>The patients attended six bi-weekly individual treatment</p>		
--	--	--

<p>sessions, each lasting approximately 50 minutes. The first session began after the initial intake interview and case formulation. Core treatment components of CBT-I included sleep education and hygiene, progressive muscle relaxation, sleep scheduling, and coping with worry based on the manual of a previous study. Patients were asked to practice what they had learned and to track their results according to the treatment protocol between sessions. T4</p> <p>Behavioral interventions for insomnia include relaxation training, stimulus control therapy, sleep restriction therapy, sleep hygiene, paradoxical intention therapy, cognitive restructuring, and other approaches. T3</p> <p>Cognitive behavioral interventions. T3</p> <p>Systematic desensitization, relaxation, hypnosis, biofeedback, and paradoxical intention. T3</p> <p>Stimulus control therapy. T3</p> <p>A new behavioral intervention, sleep restriction. T3</p> <p>Kognitiivisten menetelmien avulla tutkittiin ja uudelleen-arvioitiin uneen ja unettomuuteen liittyviä haitallisia ajattelutapoja ja pyrittiin löytämään vaihtoehtoisia tulkintoja niiden rinnalle. T1</p> <p>Kognitiivisen käyttäytymisterapian tarjoamat menetelmät (kognitiivis-behavioraaliset menetelmät). T6</p> <p>Psykoedukaatio ja unenhuollon ohjaus. T6</p>		
---	--	--

<p>Abdominal breathing is often a component of various relaxation techniques. T3</p> <p>Cognitive restructuring for dysfunctional beliefs. T3</p> <p>Specific treatment exercises, teaching relaxation skills, and regular practice with a trained professional over multiple treatment sessions. T3</p> <p>Attention-focusing procedures such as imagery training or meditation seek to lower pre-sleep cognitive arousal. T3</p> <p>Käyttätymisterapeuttiset menetelmät. T6</p> <p>Rentoutumismenetelmät. T6</p> <p>Mindfulness-menetelmät. T6</p> <p>Kognitiivinen käyttäytymisterapia. T6</p> <p>Kognitiivisen käyttäytymisterapian mallissa unettomuutta pitää yllä kognitiivisten ja käyttäytymiseen liittyvien tekijöiden sekä ylivireyden ja unettomuuden seurauksien muodostama noidankehä. T6</p> <p>Noidankehän purkamiseen käytetään psykoedukaatiota, nenhuoltoa, käyttäytymisterapiaa sekä kognitiivisia, mindfulness- ja rentoutumismenetelmiä. Niitä yhdistetään usein kognitiiviseksi käyttäytymisterapiaksi, joka toteutuu tyypillisesti lyhytkestoisena yksilö- tai ryhmähoitona. T6</p> <p>Kognitiivis-behavioraalisia unettomuudenhoito menetelmiä suositellaan unettomuuden ensisijaisiksi hoitomenetelmiksi. T2</p> <p>Psykologiset ja käyttäytymiseen liittyvät interventiot. T2</p>		
--	--	--



<p>Kognitiivis-behavioraalinen menetelmä. T2</p> <p>Kroonisen unettomuuden ensisijaisina hoitomenetelminä pidetään psykologisia menetelmiä ja käyttäytymisterapeutoita. T2</p> <p>Uniärsykemenetelmät. T2</p> <p>Unirajoitteet. T2</p> <p>Kognitiivinen terapia. T2</p> <p>Uniterapia. T2</p> <p>Insomnia therapies. T9</p> <p>Rentoutumisharjoitukset. T2</p> <p>Unipäiväkirja. T2</p> <p>Unenhuolto-opastus. T1</p> <p>Stimulus control therapy. T3</p> <p>Sleep-wake rhythm, strengthen the bed and bedroom as cues for sleep, and weaken them as cues for activities that might interfere with sleep. T3</p> <p>When to go to sleep; what activities are permitted or disallowed when in bed; what to do if sleep is not attained within a reasonable period of time; when to rise in the morning; and daytime napping. T3</p> <p>The operant conditioning goals of stimulus control are to strengthen sleep-compatible associations with the bed and bedroom environment and to remove sleep incompatible ones; the classical conditioning goals are to break the association between the bedroom and insomnia. The stimulus control instructions decrease the bed and bedroom as cues for arousal and re-establish the</p>		
--	--	--

<p>bed and bedroom as strong cues for sleep. They additionally promote a more regular circadian sleep-wake cycle. T3</p> <p>It is also necessary to caution the patients not to “clock-watch,” an action that reinforces wakefulness. Instead, patients should rise from bed if they think that 15-20 minutes has passed, without sleep, after retiring. One advantage of this instruction is that patients learn to better identify what signs (e.g., yawning, tired eyes, inability to keep eyes open, nodding off) manifest when they are actually sleepy rather than merely fatigued. T3</p> <p>Sleep deprivation designed to consolidate sleep rapidly and then gradually increase the scheduled time allotted for sleep when adequate sleep efficiency has been achieved. The goal of sleep restriction is to regulate the sleep-wake cycle by tailoring the time spent in bed to the patient's true sleep need. It begins by calculating average total sleep time, which is accomplished by completing sleep logs that record the duration of time in bed and the total duration of time spent sleeping. If a person with insomnia stays in bed for 9 h per night but is only sleeping for 6 h per night, he is advised to limit the time in bed to 6 h, which is his “sleep window.” Therapy seeks to consolidate sleep such that time passed in bed is spent sleeping rather than awake. The sleep efficacy (<math>[\text{total sleep time}/\text{total in bed}] \times 100</math>) goal for a person with insomnia should be around 85%. T3</p> <p>Sleep hygiene involves educating the patient about health practices such as diet,</p>		
--	--	--

<p>exercise, and substance use, and about environmental factors such as light, noise, temperature, and bedding, that is, important personal and environmental factors that can be positive or negative for sleep. T3</p> <p>Paradoxical intention therapy is intense preoccupation about sleep, sleep loss, and its consequences. It is based on the concept that performance anxiety prevents proper sleep. Paradoxical intention reduces performance anxiety about falling asleep by instructing patients to do the opposite - get into bed and stay awake. When the individual with insomnia engages in the most feared behavior, staying awake, performance anxiety related to trying to fall asleep slowly diminishes. T3</p> <p>Cognitive behavior therapy for insomnia (CBT-I) refers to combinations of behavioral techniques and conventional cognitive restructuring, and has evolved as a multi-component treatment approach. T3</p> <p>The correction of sleep-interfering behaviors through sleep hygiene education; the recognition and reduction of hyperarousal precursors of insomnia; the improvement of circadian and sleep homeostasis regulation of sleep through sleep scheduling and limited, partial sleep deprivation; and the use of cognitive therapy, psychoeducation, behavioral strategies, cognitive therapy, and relaxation training. T3</p> <p>Separately as monotherapies. T3</p> <p>Temporal control therapy. T8</p>		
---	--	--

<p>A "constructive worry" strategy. T10</p> <p>problem-solving therapy (PST) T10</p> <p>Whereas once behavioral interventions are initiated and become a lifestyle practice, their efficacy can be expected to persist. T3</p> <p>Relaxation therapy for insomnia includes several relaxation methods. T3</p> <p>Sleep hygiene, stimulus control, sleep restriction, paradoxical intention, and relaxation therapy. T7, T8</p> <p>Psychological therapy. T10</p> <p>Sleep hygiene, stimulus control, sleep restriction, or relaxation therapy. T10</p>		
<p>Itsehoitomenetelmiä kuten kirjoja, nauhoitteita, videoita sekä tietokone- ja verkkoaineistoja, joiden sisältö yleensä koostuu kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmistä. T6</p> <p>Enemmistö niistä farmaseuteista jotka suosivat ensisijaisesti unettomuuden oma-toimista hoitamista, kannattivat elämäntapamuutoksia ja unihygieniaan liittyviä tekijöitä. T2</p> <p>Unihuolto. T2</p> <p>Unettomuuden kotikonsteihin kuuluvat unettomuuden itsenäinen pohdiskelu, läheisten apu, rentoutuminen, jooga ja avantouinti. T2</p> <p>Muuttaa suhtautumistaan unettomuuteen, uskoa itseensä ja että ei tee unettomuudestaan etukäteen ongelmaa. T2</p>	<p>Unettomuuden oma hoito ja muutoskohteiden tunnistaminen.</p>	<p>Itsehoitomenetelmät</p>

<p>Itsehoitovalmisteiden myynnin yhteydessä antaa lääkkeettömiä neuvoja. T2</p> <p>Kirjan lukeminen, rauhallinen musiikki sekä yleensäkin sellaiset toimet, jotka rauhoittavat niin kehoa kuin mieltäkin. T2</p> <p>Liikunta, iltasyönnit ja rauhoittuminen, tylsän kirjan lukeminen, rauhallinen musiikki. Sänky on vain nukkumista ja rakastelua varten. T2</p> <p>Lähteinä voi käyttää nettiä, apteekkia, kirjastoa, tuttuja, viikkolehtiä ja kirjallisuutta. T2</p> <p>Unettoman tuli olla omatoiminen unettomuuden hoidossaan. T2</p> <p>Terveelliset elämäntavat. T2</p> <p>Huolehtia hyvästä unihygieniasta. T2</p> <p>Ei iltasella enää kahvia. T2</p> <p>Rauhoittuminen ennen nukkumaan menoa. T2</p> <p>Unettoman ei tulisi katsoa televisiota tai käyttää tietokonetta juuri tai tuntia ennen nukkumaan menoa. Ei myöskään jännittäviä elokuvia eikä muutakaan jännittävää tai liian virkistävää toimintaa illalla tai ennen nukkumaan menoa. T2, T3</p> <p>Do not think about emotionally disturbing matters. If you find yourself tense, alert, or irritable, do something that is calming or mentally relaxing in the 5-20 min before you retire. This includes meditating, praying, reading, or pottering around the house, or engaging in a relaxing conversation or any other</p>		
--	--	--

<p>activity which helps you unwind. T3</p> <p>Iltarutiinien tarkoituksena rauhoittaa, rentouttaa tai vai edesauttaa nukahtamista. T2</p> <p>Unettomien tuli etsiä oma tyyli nukkumiseen. T2</p> <p>Positiivista ajattelua tilanteisiin jolloin uni ei tullut. T2</p> <p>Stressiä tulisi vähentää. T2</p> <p>Mieltä painavien asioiden käsitteleminen. T2</p> <p>Makuuhuoneen viileä lämpötila ja nukkumisympäristön rauhoittaminen. T2</p> <p>Mennään nukkumaan silloin kun on väsynyt. T2, T3</p> <p>Päiväunien välttäminen. T2, T3</p> <p>Hyvä nukkumisympäristö. T2</p> <p>Makuuhuoneen tuli olla pimeä ja hiljainen eikä sillä saisi olla televisiota eikä tietokonetta. T2, T3</p> <p>Makuuhuoneen siisteys, mukavuus, puhtaat liinavaatteet ja viileä pyjama. T2, T3</p> <p>Alkoholi huonontaa unenlaatua, jos on uniongelmia alkoholia ei pitäisi käyttää yhtään. T2</p> <p>Alkoholi ei ole oikea keino hoitaa unettomuutta. T2</p> <p>Piristävien aineiden ja tupakoinnin välttäminen illalla. T2, T3</p> <p>Kehotettiin yleensä välttämään ylensyöntiä ja raskasta ruokaa ennen nukkumaan menoa. Iltapalan nauttiminen auttaa unetonta, sen tulisi olla kevyt hiilihydraatti- tai proteiinipitoinen. T2, T3</p>		
--	--	--

<p>Avoid laughing, joking, speaking on the telephone, or any social activity that gives you a lift or makes you think more. Likewise, avoid any debate, argument, or any social activity that makes you irritable or angry. And do not listen to loud, peppy music because of its activating effects. T3</p> <p>Light, desultory conversation with a family member before bedtime can be relaxing. T3</p> <p>Fyysisellä suorituksella todettiin olevan muun muassa edullinen vaikutus unen saantiin ja unirytmiiin. T2</p> <p>Päivittäinen liikunta ja ulkoilu saattaa auttaa saamaan unen helpommin illalla. T2, T3</p> <p>Liikunnan tai ulkoilun tuli olla rauhallista tai kevyttä alkuiltasta, ei kovin myöhään iltaisin. T2</p> <p>Ei kovaa, raskasta, rankkaa, rasittavaa, rajua tai voimakasta liikuntaa illalla myöhään tai lähellä nukkumaan menoa. T2, T3</p> <p>Simple stretching or a little walk can be relaxing. T3</p> <p>Sexual activity is an exception to the rule because its culmination results in physical and mental relaxation. T3</p> <p>Uni- ja unirytmien löytäminen olivat tärkeitä ihmisen hyvinvoinnille, jaksamiselle, palautumiselle ja terveydelle. T2</p> <p>Elämäntapamuutokset unettomuuden helpottamiseksi. T2</p>		
--	--	--

<p>Unettomuuden taustalla tai syynä olevan työn jättäminen. T2</p> <p>Vertaistukiryhmien hyödyntäminen. T2</p> <p>Säännöllinen päivä- ja ruokarytmi. T2, T3</p> <p>Do not consume so much fluid during the late evening that you need to rise in the night to empty your bladder. T3</p> <p>Illan rauhoittaminen ja rauhoittuminen ennen nukkumaan menoa. T2</p> <p>Säännöllisyyttä nukkumaanmenoajoissa, säännöllisyyttä vuorokausirytmisissä/uni-valverytmisissä sekä säännöllisyyttä elämäntavoissa. T2</p> <p>Rentoutuminen. T1, T2</p> <p>The best practices of non-pharmacological treatments for insomnia target both dysfunctional attitudes and beliefs about sleep and maladaptive behaviors (increased time in bed) that maintain abnormal sleep patterns. T3</p> <p>Rentoutumisharjoitukset ja menetelmät, uniärsykehallinta ja huolihetken pitäminen. T2</p> <p>Aktivoida ongelmanratkaisukeinoja. T1</p> <p>Rentoutumismenetelmien tarkoituksena oli vähentää unettomuuteen liittyvää fyysistä ja psyykkistä jännittävyyttä ja ylivireyttä. T1</p> <p>Vuoteessa olon rajoittaminen ja säännöllisen unirytmien noudattaminen. T1</p> <p>Thinking patterns, emotions and sleep-related emotions</p>		
---	--	--



<p>were also the most highly rated for the likelihood that 'your insomnia could be alleviated by targeting these factors. T5</p> <p>Sleep-Related Thoughts. T5</p> <p>Hormonal Factors. T5</p> <p>Bodily Arousal. T5</p> <p>Genetic Factors. T5</p> <p>Lifestyle Factors. T5</p> <p>Thinking Patterns. T5</p> <p>Environmental Factors. T5</p> <p>Scheduling. T5</p> <p>Sleep-Related Emotions. T5</p> <p>Emotions. T5</p> <p>Do not concentrate on trying to fall asleep, worry that you are not falling asleep, or time yourself to falling asleep. Do not periodically check the time. Do not look at the clock if you are awake at night. This will only make you feel alert, frustrated, or annoyed. T3</p> <p>Direct your attention to restful sounds in your environment, such as distant traffic noise. Visualize a peaceful scene and imagin yourself in it. T3</p> <p>Focus on the air moving in and out of your lungs. T3</p> <p>Systematically relax your body, part by part, and imagine your body sinking heavily into the mattress Start with your toes, then your legs, then your thighs, and move upwards, gradually, till you reach your head. T3</p>		
---	--	--

If you awake in the middle of the night and have to get up, avoid bright lights, physical activity, mental activity, or anything that makes you alert. T3		
---	--	--