

Rahma Abdi & Matleena Rahikainen

**UNEN MERKITYS
SAIRAALAHOIDOSSA**
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Terveydenhoitajakoulutus

2024



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	terveydenhoitaja (AMK)
Tekijä/Tekijät	Rahma Abdi, Matleena Rahikainen
Työn nimi	Unen merkitys sairaalahoidossa. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus
Toimeksiantaja	Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu
Vuosi	2024
Sivut	29 sivua, liitteitä 10 sivua
Työn ohjaaja(t)	Maria Ajanto, Anne Ulmanen

TIIVISTELMÄ

Unella on monta merkityksellistä tehtävää elimistössämme, ja se on välttämättömyys psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin ylläpitämiselle. Suurimmalla osalla ihmisistä on elämänsä aikana uneen ja nukahtamiseen liittyviä ongelmia. Ne ovat tavallisia, mutta pitkittyessään ne voivat haitata elämän laatua. Unihygienian avulla voidaan löytää keinoja ja ohjeita nopeampaan nukahtamiseen ja ennaltaehkäistä unihäiriöitä. Unen saantia voidaan edistää monella eri tavalla, kuten ympäristön rauhoittavalla toiminnalla sekä tehokkaalla lääkähoidolla. Myös sairaudesta toipumisen kannalta uni on tärkeää.

Opinnäytetyö käsittelee unen merkitystä sairaalahoidossa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia unihygieniaan vaikuttavista tekijöistä sairaalahoidossa. Tavoitteena on lisätä opiskelijoiden osaamista siitä, kuinka hyvää unihygieniaa toteutetaan sairaalahoidossa. Opinnäytetyössä selvitettiin millaisia heikentäviä ja edistäviä tekijöitä oli unihygieniaan sairaalahoidossa. Näistä muodostettiin opinnäytetyön tutkimuskysymykset, jotka olivat ”Mitkä tekijät heikentävät unihygieniaa sairaalahoidossa?” sekä ”Mitkä tekijät edistävät unihygieniaa sairaalahoidossa?” Toimeksiantajana opinnäytetyössä oli Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu.

Tutkimus toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyöhön valikoitui 11 tutkimusta, joista kolme oli suomenkielisiä ja kahdeksan englanninkielisiä. Tiedonhakuun käytettiin luotettavia tietokantoja, kuten Medic, PubMed, Journal.fi sekä Terveysportti. Tutkimukset rajattiin sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla. Sisällönanalyysinä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä menetelmää. Analyysiä muodostettaessa tehtiin taulukko, johon aineistot ryhmiteltiin alkuperäisilmauksiin, pelkistettyihin ilmauksiin, alaluokkiin, yläluokkiin ja viimeisenä yhteen pääluokkaan.

Tutkimuksen keskeiset tulokset sisälsivät unen laadun heikentäviä ja edistäviä tekijöitä sairaalahoidossa, erityisesti tehohoitopotilailla. Johtopäätösten mukaan unihygienian parantaminen edellyttää kokonaisvaltaista lähestymistapaa, joka huomioi potilaiden yksityiskohtaiset tarpeet, melun ja valaistuksen sekä kipulääkityksen hallinnan sairaalahoidossa.

Asiasanat: uni, unihygienia, sairaalahoito, tehohoito, vuodeosasto

Degree title	Bachelor of Health Care
Author (authors)	Rahma Abdi, Matleena Rahikainen
Thesis title	The importance of sleep in hospitalization
Commissioned by	South-Eastern Finland University of Applied Science, XAMK
Time	2024
Pages	29 pages, 10 pages of appendices
Supervisor	Maria Ajanto, Anne Ulmanen

ABSTRACT

Sleep has many significant functions in our bodies and is essential for maintaining mental and physical health. Most people experience sleep and falling asleep issues at some point in their lives. These issues are common but can impair the quality of life if they persist. Sleep hygiene provides methods and guidelines for faster sleep onset and can help prevent sleep disorders. Sleep can be improved in various ways, such as creating a calming environment and using effective medication. Additionally, sleep is crucial for recovery from illness.

The purpose of this thesis was to describe patients' experiences of factors affecting sleep hygiene during hospitalization. The goal was to increase students' knowledge of how to implement good sleep hygiene in hospital care. The thesis examined factors that hinder and promote sleep hygiene in a hospital setting. This led to the research questions: "What factors hinder sleep hygiene during hospitalization?" and "What factors promote sleep hygiene during hospitalization?" The thesis was commissioned by the South-Eastern Finland University of Applied Sciences.

The research was conducted as a descriptive literature review. Eleven studies were selected for the thesis, three of which were in Finnish and eight in English. Reliable databases such as Medic, PubMed, Journal.fi, and Terveystieteiden tutkimuskeskus were used for information retrieval. Studies were screened using inclusion and exclusion criteria. An inductive content analysis method was used to analyze the data. The analysis involved creating a table where the data were grouped into original expressions, simplified expressions, subcategories, categories, and finally, one main category.

The key findings of the research included factors that impair and enhance sleep quality during hospitalization, especially for intensive care patients. The conclusions indicate that improving sleep hygiene requires a comprehensive approach that considers patients' specific needs, noise and lighting control, and pain management in hospital care.

Keywords: Sleep, sleep hygiene, hospital care, intensive care, ward

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS	2
3	UNI.....	2
3.1	Uneen vaikuttavat tekijät	2
3.2	Unen laatu	3
3.2.1	Unen vaiheet	3
3.2.2	Vuorokausirytmä	4
3.3	Unihygienia	5
3.4	Uniongelmat	7
3.4.1	Viivästynyt univaihe	7
3.4.2	Unettomuus	8
3.4.3	Stressi	10
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	11
5	OPINNÄYTETYÖN AINEISTO JA MENETELMÄ	11
5.1	Kirjallisuuskatsaus	11
5.2	Tiedonhaun kuvaus	12
5.3	Aineiston analyysi.....	14
6	TULOKSET	15
6.1	Unihygieniaa heikentäviä tekijöitä	15
6.2	Unihygieniaa edistäviä tekijöitä.....	17
7	POHDINTA.....	18
7.1	Tulosten tarkastelu	19
7.1.1	Unihygieniaa heikentävät tekijät	19
7.1.2	Unihygieniaa edistävät tekijät	21
7.2	Eettisyys ja luotettavuus	23
7.3	Johtopäätökset ja jatkokehitysehdotukset.....	24
	LÄHTEET	26

LIITTEET

- Liite 1. Opinnäytetyöhön valikoidut aineistot
- Liite 2. Aineistojen ryhmittelyn kuvaus

1 JOHDANTO

Unen aikana keho ja mieli palautuvat ja latautuvat, mikä edistää elimistön toimimista, vahvistaa vastustuskykyä ja tasapainottaa hermoston toimintaa. Unen pituudella ja laadulla on merkitystä ihmisen jaksamiseen. Unen riittävyys on keskeinen tekijä muistamisessa ja oppimisessa, sillä uni mahdollistaa aivojen tietojen järjestelyn päivien tapahtumista. Tämä edistää opitun materiaalin siirtymistä pitkäkestoiseen muistiin. Ajoittaiset uniongelmät ovat normaaleja ja yleisiä, mutta pitkittyneisiin uniongelmiin tulisi hakea apua. (Palauttava uni s.a.)

Unen tarve on biologinen välttämättömyys. Unen aikana ruumis ja mieli saavat levätä ja energiat palautuvat. Erityisesti aivojen toimintakykyä uni uudistaa, ja se on oleellista mielenterveyden kannalta. Aivot suorittavat erilaisia ylläpito-toimia unen aikana, jolloin hermoyhteydet vahvistuvat ja muodostuvat uudelleen sekä päivän aikana kertyneet kuona-aineet puhdistuvat. Muisti tarvitsee riittävästi ja riittävän laadukasta unta toimiakseen. (Unen tehtäviä s.a.)

Unen määrä vähenee ja epäterveet nukkumistottumukset yleistyvät yhteiskunnassa. Tämä vaikuttaa kliinisiin tiloihin sekä koulutukseen, joissa ilmenee muistin ja unen häiriöitä. (Kronholm 2011, 115.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia unihygieniaan vaikuttavista tekijöistä sairaalahoidossa. Tavoitteenamme on lisätä opiskelijoiden osaamista siitä, kuinka hyvää unihygieniaa toteutetaan sairaalahoidossa. Käytämme tutkimusmenetelmänä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Suoritamme tiedonhakua sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla, ja sisällönanalyysimenetelmänä käytämme induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Opinnäytetyö keskittyy kuvaamaan unihygieniaa heikentäviä ja edistäviä tekijöitä sairaalahoidossa. Saatujen tulosten pohjalta muodostamme johtopäätöksiä ja jatkokehitysehdotuksia.

2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS

Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu (Xamk), joka toimii neljällä eri kampuksella: Mikkelissä, Savonlinnassa sekä Kotkassa ja Kouvolassa. Korkeakoulussa on tarjolla 90 koulutusta, jotka jakautuvat 50 amk-koulutukseen sekä 30 yamk-koulutukseen. Xamkin tehtävänä on auttaa opiskelijoita rakentamaan uuden ajan työelämää. Tämän lisäksi se kouluttaa osaavaa työvoimaa tulevaisuutta varten, edistää kansainvälisyyttä ja yrittäjyyttä sekä uudistaa elinkeinoelämän ratkaisuja. (Xamk s.a.)

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu on monialainen korkeakoulu, joka tarjoaa koulutusta hyvinvoinnin, talouden, kulttuurin ja tekniikan aloilla. Lisäksi korkeakoulu tekee vaikuttavaa tutkimus- ja kehittämistyötä. Xamkin tavoitteena on jatkuva uudistuminen, vaikuttavuus ja korkea laatu toiminnassaan. Xamkin strategiset ydintehtävät ovat uudistaminen, yrittäjyyteen kannustaminen, opiskelijakeskeisyys, ammattien kehittyminen, yhteistyökumppanuudet, oppimisen mahdollisuudet ja saavutettavuus sekä osaamiskokonaisuuksien kehittäminen. (Strategia s.a.) Oppilaitos voisi hyödyntää opinnäytetyötämme esimerkiksi opetusmateriaalina, jonka tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia unihygieniaan vaikuttavista tekijöistä sairaalahoidossa.

3 UNI

3.1 Uneen vaikuttavat tekijät

Lukuisat yksilölliset tekijät vaikuttavat uneen ja vireyteen. Näitä ovat esimerkiksi elämäntavat, henkilökohtainen vuorokautinen unen tarve, sairaudet sekä nukkumistottumukset ja -olosuhteet. Lisäksi unen laatuun ja sen pituuteen vaikuttaa unipaine eli biologinen tarve nukahtamiselle, sillä unipaine kasvaa sitä suuremmaksi, mitä pidemmälle valvotaan. Sisäisesti syntynyt vuorokausirytmä vaikuttaa unen pituuteen ja ajoittumiseen sekä väsymyksen kokemiseen. (Työterveyslaitos s.a.)

Uneen vaikuttavia ulkoisia tekijöitä ovat esimerkiksi kuorsaava puoliso, liikenne, melu sekä vieras ympäristö, kuten sairaala. Edellä mainitut tekijät

voivat aiheuttaa poikkeavaa väsymystä tai unettomuutta. Arkipäivän viattomat tottumukset voivat olla unen laatua heikentäviä, lyhentäviä tai vireystilaan vaikuttavia. (Hublin & Partinen 2015.)

3.2 Unen laatu

Sairaudesta toipumisen kannalta unen merkitys on olennainen. Uni on välttämättömyys päivittäisen psyykkisen ja fyysisen terveyden ylläpidolle ja kehitykselle. Unella on monta merkityksellistä tehtävää elimistössämme, kuten aivojen kehitys, muistojen käsittely ja vahvistaminen sekä hormonaaliset säätelyt. Unen laatu koostuu keskeytymättömästä unesta, riittävästä unen määrästä, unirytmien sovittamisesta omaan biologiseen rytmiin sekä ikäsopivista päiväunista. Yksilön kokemus unen laadusta on tärkeä, sillä uneensa tyytyväisillä on parempi elämänlaatu. (Burger ym. 2022.)

Potilaan ollessa sairaalassa unen laatua ja nukkumista arvioidaan ja dokumentoidaan systemaattisesti. Hoitajan arviointi perustuu potilaan hereillä ollessaan yleiseen vireystilaan, joka vaikuttaa suoraan unen laatuun. Unen laatua arvioidessaan hoitaja huomioi unen keveyden, syvyyden, rauhallisuuden, levottomuuden sekä mahdollisen torkahtelun. Lisäksi arvioidaan unen määrää, kuten kokonaisuniaikaa, yhtenäisten unijaksojen pituutta ja päivällä nukuttua unen määrää. Riittävä unen määrä ja kokonaisuniaika ovat olennaisia hyvän unen kannalta, kun taas liian pitkä tai liian vähäinen uni voi heikentää unen laatua. Yhtenäiset unenjaksot edistävät syvempää ja tyydyttävämpää unta verrattuna katkonaisiin unijaksoihin. Päiväunien ajoittaminen ja pituus voivat vaikuttaa yöunen laatuun, erityisesti jos ne häiritsevät unirytmia ja vähentävät unen tarvetta öisin. Mahdolliset painajaiset vaikuttavat suoraan unen laatuun, samoin muut unennäöt. (Ritmala 2023.)

3.2.1 Unen vaiheet

Yön aikana uni ei pysy samanlaisena, vaan se kulkee eri vaiheiden läpi. Nämä vaiheet jaetaan sen perusteella, miten elimistö toimii ja kuinka syvä uni on kussakin vaiheessa. Uni jaetaan perusuneen, jota kutsutaan myös NREM-uneeksi (non-REM), ja vilkeuneen, joka tunnetaan nimellä REM-uni. Perusuni

koostuu kolmesta vaiheesta: torkeunesta, kevyestä unesta ja syvästä unesta. (Mielenterveystalo s.a.)

Kevyessä unessa on kaksi vaihetta: ensimmäinen alkaa heti nukahtamisen jälkeen, lihakset rentoutuvat ja tietoisuus ympäristöstä vähenee. Tämä vaihe kestää yleensä vain 2–5 minuuttia, jonka jälkeen seuraa toinen vaihe, kevyen unen vaihe. (Unen vaiheet s.a.)

Kevyen unen jälkeen alkaa syvän unen vaihe noin 25 minuutin kuluttua nukku-
maanmenosta. Syvässä unessa aivojen sähköinen aktiivisuus hidastuu, ja herääminen tästä unen vaiheesta voi olla epämiellyttävää ja haastavaa. Hyvinvoinnin kannalta on olennaista saada noin puolen tunnin mittainen syvän unen jakso. Aivojen palatessa kevyeen uneen, silmät alkavat liikkua ja aivo-
toiminta aktivoituu, mikä vastaa hereillä oloa. Tässä vaiheessa tulee REM-uni, jonka aikana unennäkö on yleisintä. REM-unijakso kestää noin puolisen tun-
tia, minkä jälkeen uni syvenee uudelleen. Syvän unen vaiheen jälkeen seuraa toinen unisykli, ja näitä syklejä toistuu yleensä 4–6 yön aikana. Yhden syklin kesto on noin puolitoista tuntia. Alkuyön aikana syvän unen jaksoja on en-
emmän, kun taas REM-jaksot pidentyvät aamua kohti. (Unen vaiheet s.a.)

3.2.2 Vuorokausirytm

Unen ajoitusta ja sen sisäistä rakennetta määrittelevät sisäsyntyinen vuorokausirytm sekä unipaine, joka kasvaa valvoessa. Vuorokausirytm perustuu aivoissa sijaitsevan sisäisen keskuskellon toimintaan. Kehon tahdistin eli keskuskello synnyttää otollisia aikaikkunoita, jolloin voi väsyneenä nukahtaa ja herätä virkeänä unesta. Sisäisen kellon uni-valverytmin säännöllisyys, toiminta sekä unihäiriöt vaikuttavat ihmisen mielialaan ja käyttäytymiseen. Keskuskello luo elimistöömme vuorokausirytm, ja ulkoisten aikamerkkienkin hiipuessa niitä ylläpidetään. Keskuskellon ulkoisia tahdistavia aikamerkkejä ovat pimeän ja valoisan vaihtelun lisäksi rutiininomaiset heräämis- ja nukkumaanmenoajat aamuin ja öin sekä säännölliset aterioinnit. Mikäli aikamerkit poistetaan, noudattaa henkilö sisäistä ja yksilöllistä keskuskelloa. (Partonen 2023.)

Unen rakenteen ja ajoittumisen määrittelee homeostaattinen kumuloituva unentarve valveilla oltaessa sekä hermoston sisäsyntyinen sikardiaaninen vuorokausirythmi (circa dies, noin vuorokausi). Näiden kahden prosessin avulla syntyy henkilön uni-valverythmi, joka näyttäytyy käyttäytymisen tasolla. Elimistön sisäinen kello, joka synnyttää fysiologisia rytmejä, säätelee unen ja valveen ajoittumista sekä ohjaa homeostaattisia prosesseja. Sisäinen kello antaa tietoa ympäristön olosuhteista, jotta elintoiminnot voidaan tahdistaa näiden tietojen mukaisesti ja näin nopeuttaa sopeutumista muutoksiin. (Lönqvist ym. 2014, 417–418.) Rytmien säätelykeskus sijaitsee suprakiasmaattisessa tumakkeessa hypotalamuksessa (Hublin & Partinen 2015).

Normaalin nukkumaanmenoajan lähentyessä biologinen sikardiaanirythmi huolehtii ruumiinlämmön alenemisesta ja lämpö painuu alimmilleen noin kahden tunnin kuluessa nukahtamisesta. Lämpötilan rytmi ei riipu siitä, onko unessa vai ei. Lämmön aleneminen auttaa nukahtamisessa, mutta lämpötilan vaihtelu noudattaa samaa 24 tunnin sykliä riippumatta valveillaolosta tai nukkumisesta. Sikardiaanirythmi nousee ja laskee vuorokauden aikana, ja näin ollen kaikkien ihmisten sikardiaanirythmi eivät ole samat. (Walker 2019, 29.)

3.3 Unihygienia

Unihygienia eli toiselta nimeltään unenhuolto tarkoittaa nukkumiseen liittyviä keinoja ja ohjeita. Se on ensimmäinen askel univaikeuksien hoidossa, ja unihygienian ohjeista on hyötyä kaikille, koska niiden avulla voidaan ennaltaehkäistä unihäiriöiden syntymistä. Lievissä unihäiriöissä voidaan pelkällä unihygienian ja nukkumistottumusten korjaamisella parantaa unta. Pitkittyneessä ja vaikeassa unihäiriössä voidaan tarvita monimuotoista hoitoa. Unihygienian tarkoituksena on lisätä unta edistäviä tekijöitä ja vähentää sitä haittaavia tekijöitä. (Omahoito-ohjelma s.a.)

Unen saantia voidaan edistää monin eri tavoin. Unta edistävät toiminnot voidaan jakaa ympäristön rauhoittamiseen, päiväajan toiminnallisuuteen, potilaan omien nukkumistapojen huomioimiseen, yöajan rauhoittamiseen, nukahtamiseen, hengityslaitteen säätöön sekä lääkehoitoon. (Ritkala 2023.)

Unihygienian parantamiseksi ympäristöä voidaan rauhoittaa säätämällä hälytysten taso hiljaisemmalle mutta turvalliselle tasolle. Huomioidaan monitorit, hengityslaitteet ja muut laitteet, puhelimet sekä infuusioautomaatit. Potilaan huoneessa keskustellaan hiljaisella äänellä eikä käytetä narisevia tai kopisevia kenkiä. Varmistetaan myös, etteivät vetolaatikot ja ovet kolise. Pidetään potilashuone valaistuna päivällä, ja himmennetään valot yöaikaan. Huolehditaan myös, että potilas näkee kellon tarvittaessa. Päiväaikana potilasta kuntoutetaan ja tarjotaan älyllisiä virikkeitä. Mahdollistetaan potilaalle myös päivittäin lepoaika iltapäivällä. (Ritmala 2023.)

Potilaan unihygienian parantamiseksi voidaan selvittää hänen normaali nukkumisaikansa ja tavat, ennen kuin hän käy nukkumaan. Näitä voivat olla esimerkiksi peseytyminen, lukeminen, musiikki, ohjelmien katsominen netissä tai mahdollinen iltapala. Potilasta voidaan mahdollisuuksien mukaan avustaa noudattamaan omia nukkumistapojaan, esimerkiksi tyyny- ja peitetoiveita, nukkumisasentoa, nukkumisaikaa sekä yöpukeutumista. (Ritmala 2023.)

Potilaan yönaikainen kokonaishoito voidaan myös suunnitella unihygienian parantamiseksi niin, ettei kello 23–8 tehdä kuin vain välttämättömät hoitotoiminnot. Järjestetään kyseiset pakolliset hoitotoiminnot niin sanotusti ryppäiksi, ja mahdollistetaan hoitotoimien välissä voinnin mukaan vähintään 1,5 tunnin yhtenäinen uniaika. Lääkkeenanto- ja laboratorionäytteenottoreitit asetellaan niin, ettei potilasta tarvitse herättää yön aikana. Voidaan myös tarjota potilaalle yön ajaksi korvatulppia ja silmille unimaskeja. Puhtaat lakanat helpottavat unen tuleamista. (Ritmala 2023.)

Unihygienian parantamiseksi voidaan varmistaa, että hengityslaitte mukautuu potilaan omaan hengitykseen. Tällä tavalla se ei aiheuta potilaalle apneaa. Lääkehoidossa huolehditaan kipulääkityksestä tarpeen mukaan, esimerkiksi opioidit heikentävät unen laatua. Unta estävien lääkkeiden käyttöä minimoidaan mahdollisuuksien mukaan, esimerkiksi antamalla suun kautta otettava unilääke ajoissa sekä ottamalla lääkkeiden imeytymis- ja vaikutusaika huomioon. (Ritmala 2023.)

3.4 Uniongelmat

3.4.1 Viivästynyt univaihe

Jossain vaiheessa elämää suurin osa ihmisistä kohtaa uneen ja nukahtamiseen liittyviä ongelmia. Uniongelmat ovat tavallisia, mutta pitkittyessään ne voivat vaatia tarkempaa huomiota ja haitata elämänlaatua. Tavallisimpia uniongelmia ovat viivästynyt univaihe sekä unettomuus. (Tavallisimpia uniongelmia 2021.)

Viivästynyt univaihe on yksi tavallisimmista uniongelmistä, jossa nukkumaan meneminen tapahtuu luontaisesti hyvin myöhään, usein aamuyön tunteina. Tässä tapauksessa henkilön oma sisäinen kello on jäljessä suhteutettuna ympäristön aikatauluun, jolloin herääminen seuraavana aamuna on hyvin vaikeaa. Myöhästymisten kerääntymisen vuoksi viivästynyt univaihe voi johtaa helposti hankaluuksiin. (Tavallisimpia uniongelmia 2021.)

Unettomuuden ja viivästyneen univaiheen eroavaisuus piilee siinä, että viivästyneessä univaiheessa uni jatkuisi tavallisesti, elleivät aamun velvoitteet katkaisisi sitä. Erityisesti nuoret voivat kohdata tämän ongelman jo varhaisnuoruudessa, ja se saattaa jatkua aikuisuuteen asti. Viivästyneen univaiheen yleisyydestä ei ole maailmanlaajuisesti kattavia tilastoja, mutta nuorista noin 15 prosentin arvellaan kärsivän tämän kaltaisista ongelmista. (Tavallisimpia uniongelmia 2021.)

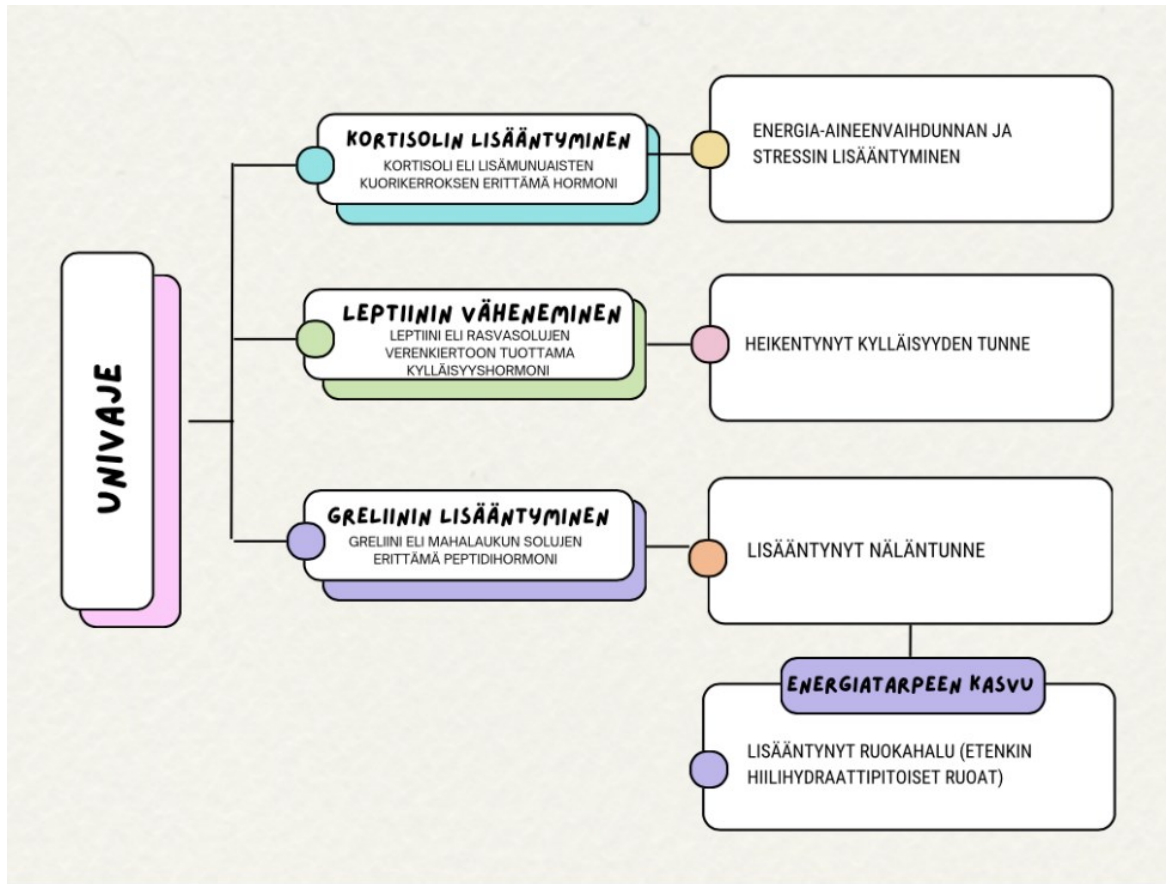
Univaiheen myöhästymiselle ei tiedetä tarkkaa syytä, mutta yhden teorian mukaan unen viivästyminen johtuisi luontaisesti pidemmästä vuorokausirytmistä. Toisen teorian mukaan kyseessä olisi nukahtamisessa tarvittavan melatoniinihormonin viivästyminen, ja tämän vuoksi nukahtaminen ajoittuu myöhemmäksi. Myös yksilön ilta-aikaisesta toiminnasta sekä valon määrästä on etsitty mahdollisia selityksiä viivästyneeseen unen saantiin. (Tavallisimpia uniongelmia 2021.)

3.4.2 Unettomuus

Unettomuus viittaa unen saamisen vaikeuteen, vaikka nukkumisen olosuhteet olisivat suotuisat. Sitä kokee sadat miljoonat ihmiset eri puolilla maailmaa, mutta kaikki eivät tarvitse hoitoa sen vuoksi. (Partonen 2023.)

Yleisin unihäiriö on unettomuushäiriö. Ainakin joka kolmas aikuinen kärsii vuosittain unettomuuden oireista, ja joka kymmenes kärsii pitkäkestoisesti vähintään kuukauden ajan. Se on muita tavallisempaa iäkkäillä sekä naisilla. Unettomuushäiriö voi ilmetä vaikeutena pysyä unessa, nukahtamisvaikeuksina, heikentyneenä unen laadun tunteena tai näiden oireiden erilaisina yhdistelminä. Oireet kestävät vähintään kuukauden ajan ja ilmenevät vähintään kolme kertaa viikossa kyseisessä häiriössä. Unettomuus voi tuottaa päivääkaisia oireita tai huolta tai vaikuttaa arkielämän toimintoihin. (Partonen 2023.)

Univaje liittyy unettomuuteen. Tässä henkilö nukkuu vähemmän hänen unen tarpeeseensa nähden. Univaje aiheuttaa väsymystä, mikä heikentää tarkkaavuutta, keskittymiskykyä ja toimintatarmoa. Lisäksi reaktiot hidastuvat, ärtyneisyys lisääntyy ja huomiokyky kapenee. Nämä muutokset altistavat univajeisen henkilön tapaturmille, virheille ja riidoille. Myös univajeesta aiheutuu hitaammin ilmeneviä terveysvaaroja, kuten kilpirauhasen toiminnan vilkastuminen, kortisolien määrän lisääntyminen, leptiinin määrän pienentyminen sekä greliinin pitoisuuden suurentuminen elimistössä. Univaje johtaa nälän tunteen voimistumiseen, koska energian tarve kasvaa. Näлкä osaltaan lisää ruokahalua, jolloin väsyneenä nautitaan enemmän hiilihydraatteja sisältäviä ruokia. (Partonen 2023.) Kuvassa 1 on esitelty univajeen aiheuttamia terveysvaaroja.



Kuva 1. Univajeen terveysvaarat (Partonen 2023; Kortisoli 2021; Grelini 2021; Leptiini 2023).

Univajeesta on myös haitallisia seurauksia potilaille. Univaje lisää alttiutta infektiolle sekä hengitysilihasten heikkoutta. Myös FEV1 eli hengityksen sekuntikapasiteetti ja FVC eli hengityksen vitaalikapasiteetti laskevat. Univajeen haittana on myös aineenvaihdunnan kiihtyminen sekä proteiinien lisääntynyt kulutus. Sympaattinen hermosto aktivoituu ja verenkierto kuormittuu univajeesta. Univajeen haittana on glukoositasapainon heikentyminen sekä kiputuntemuksille herkistyminen. Näiden haittojen lisäksi on muistihäiriöitä, käsien vapinaa, kouristusherkkyden lisääntymistä, sekavuutta sekä puheen puuroutumista. (Ritmala 2023.)

Toistuvista univajeista kertyy univelkaa. Pienikin univaje jatkuvana ylläpitää univelkaa. Univelka nostaa syketasoa ja verenpainetta sekä altistaa ylipainon kertymiselle. Kaikki nämä mainitut muutokset rasittavat aivojen lisäksi verisuonia ja sydäntä. Nukkumalla tarpeeksi pitkään voidaan univelka kuitata pois. Nukkumalla korvausunta elimistö toipuu univajeen aiheuttamasta rasituksesta. Usein viikonlopun aikana univelan kuittaaminen ei välttämättä onnistu

kaikilta ja univelkaa jää viikonlopun jälkeen jäljelle. Näin ollen seuraavat arkipäivät voivat jälleen kerryttää lisää univelkaa. (Partonen 2023.)

3.4.3 Stressi

Stressistä elpymiselle sekä stressin kielteisten vaikutusten ehkäisemiselle tärkeitä ovat palautuminen ja uni (Sallinen & Ahola 2012). Stressissä valvetta tuottavat aivomekanismit virittäytyvät voimakkaasti, jolloin unta tuottavat mekanismit eivät pääse riittävästi aktivoitumaan. Henkilö alkaa kokemaan unettomuutta ja siihen liittyvää rasittuneisuutta päiväsaikaan, jolloin unessa pysyminen sekä nukahtaminen vaikeutuvat. Stressaantuneena ihmisen on vaikea nukahtaa tai ylläpitää unta ja kokea unta riittäväksi. (Sallinen & Ahola 2012, 85.)

On kolmenlaisia stressitilanteita, joissa uni voi muuttua. Nämä ovat ajoittaiset, arkipäivän tapahtumiin liittyvät, pitkään, jopa vuosia, kestäneet sekä äkilliset, erittäin voimakkaat stressitilanteet. Ajoittaisten stressitilanteiden unettomuusoireisiin liittyvät tyypillisesti tilanteet, joissa sopeudumme johonkin muutokseen. Jos stressi pitkittyy, uni voi häiriintyä pitkäksi ajaksi ja muuttua uupumukseksi. Ajoittain stressin laukaisema unettomuus ”jäähä päälle” siitä huolimatta, että stressireaktio ja sen synnyttämä stressireaktio ovat hävinneet. (Sallinen & Ahola 2012, 85–87.)

Äkilliset ja erittäin voimakkaat stressitilanteet voivat muuttaa unta voimakkaasti ja melko pitkäaikaisesti. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi henkilön kokemana väkivalta tai onnettomuus, jossa on itse osallinen tai todistaja. Yleensä näiden tapahtumien oireet lievittyvät, mutta joskus ne pitkittyvät, ja tällöin puhutaan postraumaattisesta stressioireyhtymästä eli PTSD:stä. (Sallinen & Ahola 2012, 88.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia unihygieniaan vaikuttavista tekijöistä sairaalahoidossa. Tavoitteena on lisätä opiskelijoiden osaamista siitä, kuinka hyvää unihygieniaa toteutetaan sairaalahoidossa.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Mitkä tekijät heikentävät unihygieniaa sairaalahoidossa?
2. Mitkä tekijät edistävät unihygieniaa sairaalahoidossa?

5 OPINNÄYTETYÖN AINEISTO JA MENETELMÄ

5.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksessa voidaan erottaa kolme erilaista tyyppiä: kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen katsaus ja meta-analyysi, joka voi olla joko kvalitatiivinen tai kvantitatiivinen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus jakautuu edelleen narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen tyypeistä. Siinä tehdään yleiskatsaus ilman tarkkoja ja tiukkoja sääntöjä ja aineiston valintoja eivät rajaa menetit. Lisäksi käsiteltävät aineistot ovat laajoja. (Salminen 2011, 2.)

Kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jolla tutkijoiden alkuperäistutkimuksia arvioidaan, tunnistetaan, yhdistetään ja tulkitaan. Sen tarkoituksena on tiivistää olemassa olevia alkuperäistutkimuksia ja olennaisia tietoja tietyllä aihealueella sekä tehdä johtopäätöksiä ennalta asetetuista keskeisistä tutkimuskysymyksistä. Tämä tutkimustekniikka ja metodi tarjoavat perustan uusille tutkimustuloksille kootun tiedon avulla, mutta edellytyksenä on selkeät pelisäännöt ja ohjeet. (Vilkkä 2023, 11–12; Salminen 2011, 1.)

Kirjallisuuskatsausta pidetään melko haastavana metodina, jossa eri ammattialojen tutkijoilla on ilmennyt puutteita osaamisessa. Joissakin julkaistussa kirjallisuuskatsauksissa on aineistojen kattavuudessa epätarkkuuksia ja puutteita. Näin ollen jo olemassa olevat kirjallisuuskatsaukset jäävät tuloksista huolimatta kuvaileviksi. Lisäksi katsausten läpinäkyvyydessä on heikkouksia,

jolloin ne eivät ole teksteinä tarpeeksi seikkaperäisiä. Kirjallisuuskatsausten vaikuttavuuden ja laadun ongelmiin todennäköisin syy on ajan puute. (Vilka 2023, 17.)

Vaativuudesta ja haastavuudesta huolimatta kirjallisuuskatsaus on metodina oivallinen ja usein myös palkitseva keino seurata käytännöllisen ja teoreettisen tiedon kehittymistä omalla alalla. Katsaus antaa välineet yleiskuvan muodostamiselle aihealueen tutkimuksesta, erityisesti jos aihe ei ole entuudestaan tuttu. Lisäksi katsaus auttaa tunnistamaan puutteita tai ongelmia sekä muodostamaan käsityksen tietoaukoista. Kirjallisuuskatsaus auttaa muotoilemaan alan kannalta merkityksellisiä ja mielekkäitä tutkimuskysymyksiä sekä tarjoaa mahdollisuuden kuvata teorian ja käytettyjen menetelmien kehitystä historiallisesti sekä näyttää uuden tutkimuksen suuntaa. (Vilka 2023, 18.)

Käytämme opinnäytetyössämme tutkimusmenetelmänä kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Opinnäytetyön aiheestamme löytyi paljon jo valmiiksi tutkittua tietoa, minkä vuoksi päädyimme tekemään kuvailevan kirjallisuuskatsauksen. Tämän perusteella halusimme tehdä päivitetyn katsauksen aiheeseemme ”Unen merkitys sairaalahoidossa”.

5.2 Tiedonhaun kuvaus

Aloitimme opinnäytetyön tiedonhaun aiheen valinnan jälkeen. Tiedonhakuun käytimme luotettavia tietokantoja, kuten PubMed, Medic, Journal.fi sekä Terveysportti. Tiedonhakuprosessiamme ohjasivat tutkimuskysymykset. Lisäksi hyödynsimme tiedonhakuprosessissa Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun informaation apua. Käytimme tiedonhaussa sekä suomen- että englanninkielisiä hakusanoja: uni, unihygienia, sairaalahoido, tehohoito ja vuodeosasto sekä sleep, sleep hygiene, hospital care, intensive care ja ward.

Kokosimme sisäänotto- ja poissulkukriteerit taulukkoon 1. Rajasimme aineistot enintään 10 vuotta vanhoihin tutkimuksiin, jotka olivat maksuttomia. Aineistot olivat tieteellisiä artikkeleja tai tutkimusjulkaisuja, esimerkiksi väitöskirjoja tai

vertaisarvioituja tutkimuksia, jotka olivat saatavana suomen- tai englanninkielisinä kokoteksteinä. Lisäksi aineiston tulosten tai johtopäätösten tuli vastata tutkimuskysymyksiimme.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tieteellinen artikkeli tai tutkimusjulkaisu (esim. väitöskirja, pro gradu)	Amk-opinnäytetyö, yamk-opinnäytetyö
Maksuttomat	Maksulliset
Julkaistu 2014–2024	Julkaistu 2013 tai aiemmin
Tulososiossa ja / tai johtopäätöksissä vastataan tutkimuskysymykseen	Ei vastaa tutkimuskysymykseen
On saatavana kokotekstisenä	Saatavilla vain abstrakti
Suomen- tai englanninkielinen	Julkaistu jollain muulla kielellä kuin suomeksi tai englanniksi

Taulukossa 2 kuvaamme tiedonhaun etenemistä tietokannoissa sisäänotto- ja poissulkukriteerein.

Taulukko 2. Tiedonhaun eteneminen tietokannoissa sisäänotto- ja poissulkukriteereittäin

Tietokanta	Hakulauseke	Osumia	FI, ENG	2014–2024	Saatavana kokotekstinä verkossa	Aineisto on tutkimusjulkaisu, väitöskirja tai pro gradu -tutkielma	Vastaa vähintään yhteen tutkimuskysymykseen
Medic	Tehohoit* AND slee*	12	12	8	8	8	1
Terveysportti	Tutkiva hoitotyö	221	221	83	83	83	1
Journal.fi	Tehohoito	34	34	27	27	11	1
PubMed	Sleep, intensive care	27 334	26 952	22 633	14 829	1 959	3
PubMed	Sleep hygiene, inpatients	91	91	82	41	41	2
PubMed	Sleep quality, ward	378	364	303	188	9	2

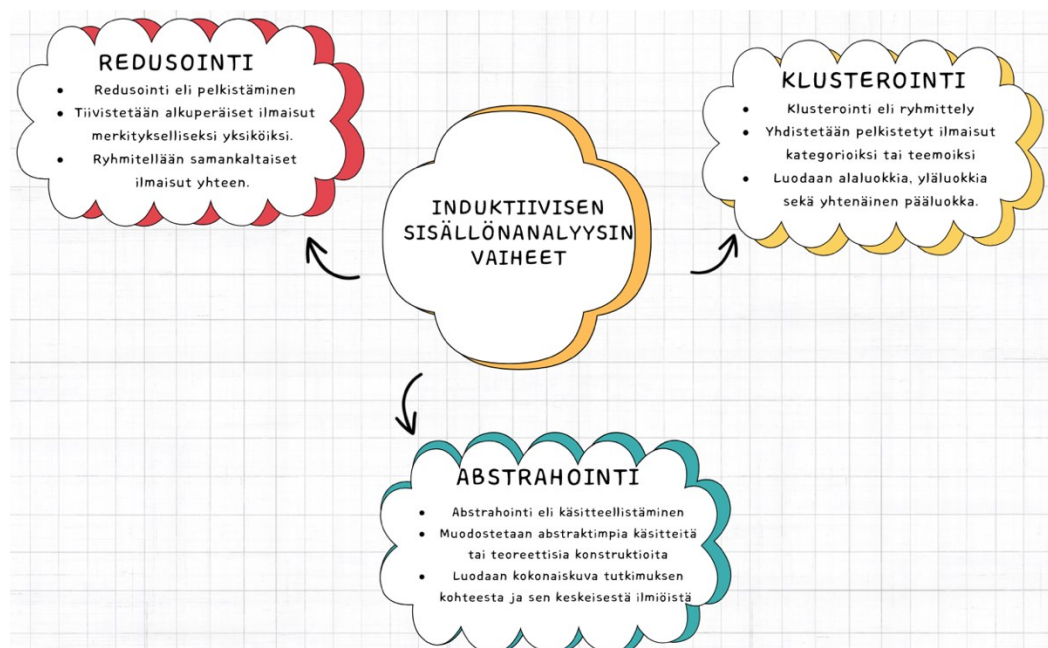
Suomenkielisissä tietokannoissa käytimme hakulauseketta ”Tutkiva hoitotyö” sekä hakusanaa ”Tehohoito”. Englanninkielisissä tietokannoissa käytimme hakulausekkeitä ”Sleep, intensive care unit”, ”Sleep hygiene, inpatients” sekä

”Sleep quality, ward” -hakusanoja. Lisäksi käytimme esimerkiksi Medicissä hakulauseketta ”Tehohoit* AND slee*”.

5.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi tarkoittaa dokumenttien sanallisen sisällön kuvaamista. Niin kansainvälisessä kuin suomalaisessa kirjallisuudessa puhutaan useimmiten joko induktiivisesta eli aineistolähtöisestä tai deduktiivisesta eli teori-alähtöisestä sisällönanalyysistä. Pyrkimyksenä sisällönanalyysissä on järjestää aineistot selkeään ja tiiviiseen muotoon kadottamatta niiden informaation sisältöä. Aineiston selkiyttäminen on tärkeää, jotta voidaan tehdä luotettavia ja selkeitä päätelmiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 119–122.)

Miles ja Huberman (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4.4.3: Aineistolähtöinen sisällönanalyysi) kuvaavat induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin kolmivaiheiseksi prosessiksi. Prosessin vaiheet ovat: aineiston redusointi, klusterointi ja abstrahointi. Kuvassa 2 on kuvattu nämä sisällönanalyysin vaiheet. Sisällönanalyysin alussa on ensin määritettävä analyysiyksikkö, joka voi olla lause, ajatuskokonaisuus, lausuma tai yksittäinen sana.



Kuva 2. Induktiivisen sisällönanalyysin vaiheet (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 18, luku 4.4.3: Aineistolähteinen sisällönanalyysi).

Aloitimme opinnäytetyömme tutkimuksien analysoinnin tutustumalla valittuihin aineistoihin. Valitsimme analyysin tekemiseen induktiivisen eli aineistolähtöisen analyysimenetelmän. Poimimme aineistoista lainauksia, jotka viittasivat unihygieniaan sairaalahoidossa. Näistä lainauksista kokosimme pelkistettyjä ilmauksia, joista loimme alaluokkia etsimällä yhtäläisyyksiä alkuperäisistä ilmauksista. Alaluokkia yhdistelimme, jolloin saimme muodostettua yläluokkia. Yläluokista muodostimme yhden yhtenäisen pääluokan. Liitteen 2 taulukossa on kuvattu opinnäytetyömme aineistojen ryhmittely.

6 TULOKSET

Tiedonhaun aikana teimme rajauksia, jotka määrittivät opinnäytetyöhömmme analyysia varten valikoituneet aineistot. Analyysiin valikoitui yhteensä 11 aineistoa, joista kahdeksan (Alves ym. 2024; Bellon ym. 2022; Beltrami ym. 2015; Boyko ym. 2017; Dobing ym. 2016; Dorsch ym. 2019; Ritmala-Castrén 2015; Wesselius ym. 2018) oli englanninkielisiä. Suomenkielisiä aineistoja oli kolme, joista kaksi (Heino ym. 2020; Kiljunen ym. 2016) oli verkossa ja yksi (Paala ym. 2023) oli kirjaversiona. Liitteessä 1 ovat kaikki aineistot, jotka täyttivät kaikki sisäänottokriteerit. Liitteessä on tarkemmin esitetty tutkimuksen tiedot, tutkimuksen tarkoitus, tutkimusmenetelmät sekä opinnäytetyön kannalta keskeiset tulokset.

6.1 Unihygieniaa heikentäviä tekijöitä

Uneen vaikuttavat ympäristötekijät sairaalahoidossa

Potilaat raportoivat kohtalaista unen laatua ja meluherkkyyttä. Unta häiritsivät eniten muiden potilaiden läsnäolo, laitteet, henkilökunnan melu ja ympäröivä valo (Alves ym. 2024, 119–125). Sairaaloissa huonompaa unen laatua havaittiin erityisesti potilailla, joilla oli alempi koulutustaso tai useita sairauksia, tai jotka käyttivät rauhoittavia lääkkeitä (Bellon ym. 2022). Alankomaissa tehdyn tutkimuksen mukaan sairaalapotilaat nukkuvat vähemmän ja huonommin kuin kotona kivun, hälytysten ja lääketieteellisten toimenpiteiden vuoksi. Merkittäviä unihäiriöiden syitä ovat myös melu, henkilökunnan herättelyt sekä yölliset laskimonsisäiset tipat ja diureetit, jotka lisäävät WC-käyntejä (Dobing

ym. 2016). Muita unen laatua heikentäviä tekijöitä ovat kirkkaat valot, useat heräämiset, kevyt ja pirstoutunut uni sekä kipu ja ahdistus (Ritmala-Castrén 2015, 54–57). Lääketieteellisten laitteiden äänet ja sairaalahenkilökunnan aiheuttamat häiriöt ovat myös merkittäviä unihäiriöiden syitä (Wesselius ym. 2018).

Tutkimuksen mukaan potilaiden unta ja hyvinvointia heikentäviä tekijöitä sairaalaympäristössä ovat hoitajien äänekäs puhe ja toiminta, hoitajan liikkuminen huoneessa, päivystyspotilaan vastaanottaminen sekä potilassiirrot toiseen huoneeseen. Muiden potilaiden läsnäolo, erityisesti nukkuminen samassa huoneessa ja äänekkäät oireet ja sekavuus voivat aiheuttaa häiriötä. Potilashuoneen fyysiset olosuhteet, kuten liiallinen valoisuus, epämiellyttävä lämpötila, vedon tunne, avoin ikkuna, epämukava sairaalasänky ja vieras ympäristö, voivat heikentää unen laatua. Ympäristön rauhattomuus ja meluisuus, kuten melua tuottava toiminta ja hoito- tai valvontalaitteiden aiheuttama ääni, ovat myös merkittäviä unen heikentäjiä. Lisäksi psykologiset tekijät, kuten pelko, huoli, epätietoisuus ja voimakkaat tunteet sekä sairauden oireet ja niiden aiheuttama epämukavuus, vaikuttavat negatiivisesti uneen. Yölliset hoitotoimenpiteet ja hoitovälineiden epämukavuus lisäävät myös unen häiriintymistä. (Heino ym. 2020, 22.)

Tehohoidon vaikutus uneen

Tehohoitopotilaiden unta leimaavat katkonaisuus, vuorokausirytmien muutokset ja syvien univaiheiden väheneminen. Unihäiriöitä aiheuttavat hoitorutiinit, ympäristöärsykkeet, potilaiden akuutti tila sekä muut hoidot (Beltrami ym. 2015.) Tehohoitopotilaiden unen laatu vaihtelee merkittävästi, ja heidän keskimääräinen kiputasonsa oli 3,2/10. Oksikodonia saaneet kokivat enemmän kipua, kun taas propofoli lievensi sitä (Kiljunen 2016, 175–180). Kriittisesti sairailta potilailla uni ja vuorokausirytmien häiriintyneet, mikä liittyy deliriumiin, pidempään tehohoidossa oloon ja korkeampaan kuolleisuuteen. Mekaaninen ilmanvaihto, lääkitys ja kriittinen sairaus ovat merkittäviä unen häiriötekijöitä, ja melatoniinin erityis on häiriintynyt. Sedaatio heikentää myös unen laatua. (Boyko ym. 2017, 277–282.)

6.2 Unihygieniaa edistäviä tekijöitä

Uneen vaikuttavat ympäristötekijät sairaalahoidossa

Tutkimusten mukaan sairaalaympäristössä potilaiden unen ja hyvinvoinnin edistäjiä ovat hiljaiset ja rauhalliset hoitotyötavat, kuten nopea reagointi potilaskutsuihin, potilashuoneiden ovien sulkeminen yksityisyyden turvaamiseksi, sekä yhden hengen huoneet. Muita unen laatua parantavia tekijöitä ovat miellyttävä fyysinen ympäristö, kuten mukava sänky ja hyvä ilmanvaihto sekä psykologisten tekijöiden, kuten rentoutumisen ja rauhallisen mielen, tukeminen. Kivun ja oireiden tehokas hoito, yöllisten hoitotoimenpiteiden minimointi, hoitovälineiden epämukavuuden vähentäminen sekä potilaiden vuorokausirytmien säilyttäminen ovat myös tärkeitä. Lisäksi potilaille annettavat korvatulpat, empatian osoittaminen ja turvallisuuden tunteen luominen hoitajien toiminnan kautta parantavat unen laatua merkittävästi. (Heino ym. 2020, 22; Paala ym. 2023, 258–260, 262.)

Tehohoidon vaikutus uneen

Tutkimusten mukaan tehohoidossa unta parantavat tekijät jaetaan kolmeen kategoriaan: ympäristöön liittyvät, ei-farmakologiset ja farmakologiset interventiot. Ympäristöön liittyvät tekijät, kuten melutason vähentäminen, valaistuksen säätely ja mukavammat vuodevaatteet, ovat tärkeitä. Ei-farmakologiset keinot, kuten rentoutumistekniikat (jooga, meditointi, syvähengitysharjoitukset) ja unihygieniaohjeet, edistävät parempaa unta. Farmakologiset interventiot, kuten unilääkkeiden ja melatoniinin käyttö, voivat myös olla hyödyllisiä. Nämä toimenpiteet yhdessä parantavat potilaiden unen laatua tehohoitoyksikössä ja tukevat heidän toipumistaan. Lisäksi pehmeä valaistus, rauhoittavat rutiinit ennen nukkumaanmenoa ja ympäristön hallinta ovat keskeisiä unen laadun parantamisessa sairaalaympäristössä. (Dorsch ym. 2019; Ritmala-Castrén 2015, 54–57.)

7 POHDINTA

Kumpikin meistä on ollut useita kertoja sairaalan osastoilla tekemässä opintoihin liittyviä harjoitteluita. Olemme suorittaneet harjoittelumme pääasiassa Mikkelin keskussairaalassa. Harjoittelujemme aikana olemme havainneet sekä potilaiden unihygieniaa heikentäviä että edistäviä tekijöitä kyseisessä sairaalassa.

Olemme harjoitteluissa huomanneet, että nykypäivänä unihygieniaa heikentäviä tekijöitä on edelleen yllättävän paljon. Potilaiden tulisi olla päivystysosastolla enintään kaksi vuorokautta, jonka jälkeen heidät siirretään jatkohoitoon tai kotiin. Tämä ei kuitenkaan kyseisellä osastolla aina toteudu, minkä vuoksi potilaat ovat osastolla pidempään. Päivystysosastolla sänkyinä toimivat pääsääntöisesti parit, jotka ovat potilaiden mielestä todella epämukavia nukkua. Potilaiden suuri vaihtuvuus yöaikaan osastolla häiritsee muiden potilaiden unta. Olemme harjoitteluiden aikana huomanneet, että potilaat ihmettelevät ylimääräisiä ääniä, jotka tulevat esimerkiksi monitoreista tai infuusi-
oautomaateista.

Olemme kuitenkin harjoitteluissa todenneet, että unihygieniaa heikentävien tekijöiden lisäksi sairaalassa on myös paljon unihygieniaa edistäviä tekijöitä. Sairaalaympäristö ja hoitohenkilökunta ovat merkittäviä uneen vaikuttavia edistäviä tekijöitä. Harjoitteluiden aikana havainnoimme yönaikaisten hoitotoimenpiteiden minimoinnin olevan tärkeä osa potilaiden unta edistävää toimintaa. Kävimme yön aikana potilashuoneissa suorittamassa vain välttämättömät toimenpiteet, jotta takasimme potilaalle mahdollisimman yhtenäisen yöunen. Sähkösängyn avulla saadaan parannettua potilaan asentoa, jotta potilas ei ole esimerkiksi valunut sängyssä alaspäin. Hoitajien empatian osoittaminen potilasta kohtaan ja potilaan kuunteleminen kiireistä huolimatta helpottaa turvallisuuden tunteen luomista potilaiden ja hoitajien välillä.

Lisäksi harjoitteluidemme aikana olemme havainneet, että potilaiden uneen vaikuttavat usean henkilön potilashuoneet, oma sairauden tila, kivun hoito sekä muiden potilaiden melutaso. Vaikka potilas nukkuisi usean henkilön poti-

lashuoneessa, hänelle pyritään tarjoamaan hänen omat nukkumistottumuksensa ja unirytmensä mahdollisuuksien mukaan. Olemme toteuttaneet asentohoitoa esimerkiksi tyynyjen avulla, kuten asettamalla tyynyjä käsien alle helpottamaan hengitysvaikeuksista kärsivän potilaan hengitystyötä.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia unihygieniaan vaikuttavista tekijöistä sairaalahoidossa. Tavoitteena on lisätä opiskelijoiden osaamista siitä, kuinka hyvää unihygieniaa toteutetaan sairaalahoidossa. Tässä luvussa käsittelemme opinnäytetyön tutkimusten eettisyyttä ja luotettavuutta sekä tarkastelemme saatuja tuloksia peilaten ne teorian tietoon.

7.1 Tulosten tarkastelu

7.1.1 Unihygieniaa heikentävät tekijät

Opinnäytetyömme tutkimuskysymys "Mitkä tekijät heikentävät unihygieniaa sairaalahoidossa" antoi meille pohjan koota ja analysoida erilaisia tutkimusaineistoja. Aineistot vahvistivat sitä, miten erilaiset tekijät vaikuttavat unihygieniaan sairaalahoidossa. Unihygieniaan vaikuttavat tekijät on käsitelty luvussa 3.

Hublin ja Partinen (2015) ovat tunnistaneet monia tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa haitallisesti unen laatuun. Erityisesti vieras ympäristö, kuten sairaala, voi olla merkittävä tekijä unen häiriöissä. Melu ja kirkas valaistus voivat häiritä unta vaikeuttaen nukahtamista ja katkaisten unen jaksoja. Lisäksi epäsäännöllinen unirytmisi voi vaikeuttaa kehon sisäisen kellon toimintaa, mikä puolestaan heikentää unen laatua.

Samansuuntaisia tuloksia ovat saaneet myös Alves ym. (2024, 119–125), joiden tutkimuksessa potilaat raportoivat kohtalaista unen laatua ja ovat herkkiä melulle. Heidän mukaansa suurimpia unen häiriöitä aiheuttavat muiden potilaiden läsnäolo, laitteiden äänet, henkilökunnan melu ja ympäröivä valo. Ritmala-Castrén (2015, 54–57) korostaa tutkimuksessaan, että unen laatua voivat heikentää toistuvat heräämiset sekä kevyt ja pirstoutunut uni. Näiden

ympäristötekijöiden yhteisvaikutus voi merkittävästi vaikuttaa potilaiden unen laatuun, mikä puolestaan heikentää heidän kokonaisvaltaista hyvinvointiaan ja toipumisprosessiaan.

Dobing ym. (2016) tukevat näitä havaintoja Alankomaissa tehdyssä tutkimuksessa, jonka mukaan sairaalapotilaat nukkuvat vähemmän ja huonommin kuin kotona kivun, hälytysten ja lääketieteellisten toimenpiteiden vuoksi. Tämä havainto vahvistaa, että sairaalaympäristöön liittyvät tekijät, kuten melu ja valo, voivat merkittävästi heikentää potilaiden unen laatua ja hidastaa heidän toipumistaan.

Ritmala (2023) huomauttaa, että kevyt uni ja katkonaiset unijaksot voivat heikentää unen laatua, koska ne estävät syvän ja palauttavan unen saavuttamisen. Tämän lisäksi Partonen (2023) korostaa, että epäsäännöllinen vuorokausirytmä ja rutiinien puute voivat häiritä keskuskellon toimintaa. Säännöllisten heräämis- ja nukkumaanmenoaikojen puuttuminen sekoittaa keskuskellon toimintaa, mikä voi johtaa merkittäviin unihäiriöihin ja unen laadun heikkenemiseen. Näiden tutkimusten tulokset korostavat unen laadun säilyttämisen ja unihäiriöiden ehkäisyn tärkeyttä erityisesti vuorokausirytmien säännöllisyyden ja terveiden unirutiinien edistämiseksi.

Beltrami ym. (2015) ovat osoittaneet, että tehohoito potilaiden uni koostuu usein katkonaisista jaksoista ja heidän vuorokausirytmensä voi muuttua. Syvien univaiheiden määrä saattaa myös vähentyä. Unihäiriöiden taustalla voi olla monia tekijöitä, kuten hoitorutiinit, ympäristöärsykkeet, potilaan akuutti tila ja muut hoitotoimenpiteet. Boykon ym. (2017) tutkimus tukee tätä havaintoa, sillä he toteavat, että kriittisesti sairailta potilailla uni ja vuorokausirytmä voivat olla häiriintyneitä. Tällaiset tutkimukset tarjoavat arvokasta tietoa tehohoitopotilaiden unen laadusta ja sen häiriötekijöistä, mikä voi auttaa kehittämään parempia hoitokäytäntöjä näiden potilaiden hyvinvoinnin tukemiseksi.

Partonen (2023) tuo esille useita tekijöitä, jotka voivat heikentää unen laatua ja vaikuttaa negatiivisesti hyvinvointiin. Näihin kuuluvat tapaturma- ja virhe-

alltius sekä hidastuneet reaktiot, jotka lisäävät tapaturmien riskiä. Lisäksi kilpirauhasen toiminnan vilkastuminen voi ilmetä kilpirauhasen ylikierroksina, ja kortisolien määrän lisääntyminen voi heikentää yleistä hyvinvointia. Univaje voi myös nostaa sydämen leposykettä, aiheuttaa verenpaineen nousua ja rasittaa sydän- ja verenkiertoelimistöä sekä heikentää kognitiivista toimintaa ja aivojen hyvinvointia. Ritmala (2023) korostaa lisäksi unen laatuun vaikuttavia tekijöitä, kuten infektiot, sympaattisen hermoston aktivoitumista ja kiputunteusten herkistymistä, jotka voivat johtaa verenkierron kuormittumiseen ja lisätä kiputunteuksia.

Heino ym. (2020) osoittavat tutkimuksessaan, että psykologiset tekijät, kuten pelko, huoli, epätietoisuus ja voimakkaat tunteet sekä sairauden oireet ja niiden aiheuttama epä mukavuus, vaikuttavat negatiivisesti uneen. Sallinen & Ahola (2018) tuovat esiin, että henkilön kokema väkivalta tai onnettomuus voivat aiheuttaa merkittäviä muutoksia unessa, ja PTSD-oireyhtymän pitkittyminen voi vaikuttaa unen häiriöihin pitkäaikaisesti.

Tutkimusten tulokset korostavat unen laadun säilyttämisen ja unihäiriöiden ehkäisyn merkitystä. Erityisesti vuorokausirytmien säännöllisyyden ja terveiden unirutiinien edistäminen sekä psykologisten ja fyysisten hyvinvointitekijöiden huomioiminen ovat keskeisiä unen parantamisessa ja yleisen hyvinvoinnin ylläpitämisessä.

7.1.2 Unihygieniaa edistävät tekijät

Toiseen asettamaamme tutkimuskysymykseen ”Mitkä tekijät edistävät unihygieniaa sairaalahoidossa?” löytyi ensimmäistä tutkimuskysymystä vähemmän aineistoja. Tutkimusaineistot edistävistä tekijöistä tukivat kirjoittamaamme teoriaa.

Ritmala (2023) korostaa useita tekijöitä, jotka parantavat potilaiden unen laatua sairaalaympäristössä. Näihin kuuluvat hälytysten tason säätäminen hiljaisemmalle, laitteiden huomioiminen, hiljainen keskustelu potilashuoneessa sekä vetolaatikoiden ja ovien äänien minimointi. Valaistuksen tulisi olla päivällä kirkas ja yöllä himmeä. Potilaan tulee voida nähdä kello tarvittaessa,

ja päiväaikainen kuntoutus, älylliset virikkeet sekä päivittäinen iltapäivälepo ovat myös tärkeitä. Potilaan omien nukkumistapojen noudattaminen on keskeistä unen laadun parantamiseksi. Nukkumistavoilla tarkoitetaan normaalien rutiineiden, kuten, peseytymisen, lukemisen, musiikin kuuntelun, ohjelmien katselun ja mahdollisen iltapalan huomioimista. Potilasta tulee avustaa tyyny- ja peitetoiveissa, nukkumisasennossa, nukkumisajassa ja yöpukeutumisessa. Yöajan rauhoittaminen on tärkeää, ja se voidaan saavuttaa tarjoamalla vähintään 1,5 tunnin yhtenäisiä unijaksoja, ryhmittelemällä hoitotoimet ja antamalla lääkkeitä sekä ottamalla näytteet ilman herättämistä. Ulkoisten häiriöiden vähentämiseksi potilaille voi tarjota korvatulppia ja unimaskeja sekä puhtaat lakanat. Hengityslaitteen tulee mukautua potilaan hengitykseen, kipulääkitys tulee hallita hyvin kivun minimoimiseksi, ja unta estävien lääkkeiden käyttöä tulee välttää. Opioideja tulee käyttää varoen, ja tarvittaessa voi antaa suun kautta otettavan unilääkkeen ajoissa.

Heino ym. (2020) ja Paala ym. (2023) tukevat Ritmalan havaintoja ja lisäävät, että hiljaiset ja rauhalliset hoitotyötävät, kuten nopea reagointi potilaskutsuihin ja yksityisyyden turvaaminen sulkemalla ovet, parantavat potilaiden unen laatua. Miellyttävä fyysinen ympäristö, kuten mukava sänky ja hyvä ilmanvaihto, sekä psykologisten tekijöiden, kuten rentoutumisen ja rauhallisen mielen, tukeminen ovat myös tärkeitä. Kivun ja oireiden tehokas hoito, yöllisten hoitotoimenpiteiden minimointi, hoitovälineiden epämukavuuden vähentäminen sekä potilaiden vuorokausirytmien säilyttäminen edistävät parempaa unta. Korvatulppien käyttö, empatian osoittaminen ja turvallisuuden tunteen luominen hoitajien toiminnan kautta parantavat merkittävästi unen laatua.

Tehohoitoympäristössä Dorsch ym. (2022) ja Ritmala-Castrén (2015) tunnistavat unen parantamiseksi kolme pääkategoriaa: ympäristöön liittyvät, ei-farmakologiset ja farmakologiset interventiot. Melutason vähentäminen, valaistuksen säätely ja mukavammat vuodevaatteet ovat keskeisiä ympäristötekijöitä. Ei-farmakologiset keinot, kuten rentoutumistekniikat (jooga, meditaatio, syvähengitysharjoitukset) ja unihygieniaohjeet, edistävät parempaa unta. Farmakologiset interventiot, kuten unilääkkeiden ja melatoniinin käyttö,

voivat myös olla hyödyllisiä. Pehmeä valaistus, rauhoittavat rutiinit ennen nukkumaanmenoa ja ympäristön hallinta ovat tärkeitä tekijöitä unen laadun parantamisessa sairaalaympäristössä.

Yhteenvedona voidaan todeta, että kaikkien tutkimusten mukaan unen laadun parantaminen sairaalaympäristössä vaatii monia toimenpiteitä, jotka huomioivat sekä fyysisen että psykologisen ympäristön. Keskeisiä ovat melutason vähentäminen, valaistuksen säätely, potilaan henkilökohtaisten tarpeiden huomioiminen ja kipulääkityksen asianmukainen hallinta. Ei-farmakologiset keinot, kuten rentoutumistekniikat sekä farmakologiset interventiot, täydentävät kokonaisvaltaista lähestymistapaa potilaan unen parantamiseksi.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Lainsäädäntö asettaa rajat hyvän tieteellisen käytännön ohjeiden noudattamiselle. Hyvä tieteellinen käytäntö takaa, että tutkimuksen tulokset ovat uskottavia ja että tutkimus on eettisesti ja luotettavuudeltaan hyväksyttävää. (TENK 2012, 6.)

Hyvän tieteellisen käytännön peruspilareita ovat luotettavuus, rehellisyys, vastuu ja kunnioitus, jotka ohjaavat tutkimuksen eettisten normien mukaista toimintaa. Luotettavuus on keskeinen periaate, joka varmistaa tieteellisen toiminnan laadun menetelmien, analyysien ja resurssien käytön osalta. Rehellisyyden periaate edellyttää suunnitelmallista ja oikeudenmukaista tieteellistä työtä sekä avointa raportointia. Arvostus korostaa tieteellisen yhteisön ja yhteiskunnan kunnioittamista ja arvostamista. Vastuunkanto puolestaan alkaa ideasta ja ulottuu tutkimuksen suunnitteluun, toteutukseen, julkaisuun ja vaikutusten arviointiin. Hyvä tieteellinen käytäntö kattaa laajan kirjon tieteellisen toiminnan alueita, kuten toimintaympäristön, koulutuksen, ohjauksen, tieteellisen työn tekemisen ja tutkimusaineistojen hallinnan. Nämä periaatteet edellyttävät sekä henkilöstön että organisaatiojohdon sitoutumista ja panostusta. (TENK 2023, 11–12.)

Cuban ja Lincolnin mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ovat siirrettävyys, uskottavuus ja vahvistettavuus (Kankkunen &

Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten soveltuvuutta eri tutkimusympäristöihin, ja se vaatii huolellisen tutkimuskontekstin, osallistujien valinnan ja aineiston kuvauksen. Tutkimuksen uskottavuus edellyttää tutkijan kykyä selittää tutkimuksen vahvuudet, rajoitukset ja analyysimenetelmät sekä kyvystä muodostaa kattava aineistokategoriat tai luokitukset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 198). Vahvistettavuus varmistaa tutkimuksen sovellettavuuden ja totuusarvon erilaisin tekniikoin. Aineiston kylästyminen eli saturaatio tarkoittaa, että aineisto katsotaan riittäväksi, kun uusi aineisto ei tuo lisää tietoa tutkimukseen (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 139; Aira, 2005).

Opinnäytetyötämme ohjasi tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvä tieteellinen käytäntö. Kunnioitimme tekijänoikeuksia merkitsemällä lähteet Harvardmallin mukaisesti jatkuvasti ja ajantasaisesti opinnäytetyömme prosessin aikana. Varmistimme tutkimuksien laadun huolellisella menetelmien ja analyysien valinnalla, mikä tukee luotettavuuden periaatetta. Opinnäytetyössämme aineistojen valinta oli tarkkaa ja huolellista, varmistimme aineistojen luotettavuuden käyttämällä luotettavia tiedonhakukoneita. Omien hakujen lisäksi hyödynsimme Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun tiedonhakuasiantuntijan ohjausta. Käytimme englanninkielisten tutkimuksien käännoistyössä MOT-sanakirjaa. Näin lisäsimme opinnäytetyömme luotettavuutta.

7.3 Johtopäätökset ja jatkokehitysehdotukset

Saimme opinnäytetyössämme vastaukset asettamiimme tutkimuskysymyksiin. Havaitimme, että unihygienian heikentäviä tekijöitä oli enemmän kuin edistäviä tekijöitä. Huomasimme tiedonhakua tehdessämme, että englanninkielisiä tutkimuksia unihygieniasta oli tehty enemmän kuin suomalaisia tutkimuksia. Havaitimme, että suomenkieliset tutkimukset keskittyivät enemmän tehohoitoon, kun taas englanninkieliset keskittyivät vuodeosastoihin.

Johtopäätökset:

1. Sairaalaympäristössä unihygienian parantaminen edellyttää kokonaisvaltaista lähestymistapaa, joka huomioi melun ja valaistuksen hallinnan, potilaiden yksilölliset tarpeet sekä kipulääkityksen asianmukaisen hallinnan.
2. Säännöllisen vuorokausirytmien ja terveiden unirutiinien tukeminen on keskeistä unihygienian ylläpitämisessä sairaaloissa. Ei-farmakologisten ja farmakologisten keinojen yhdistäminen kokonaisvaltaiseen lähestymistapaan voi parantaa unihygieniaa ja potilaiden hyvinvointia.

Tutkimuksemme johtopäätösten perusteella teimme seuraavia jatkokehitysehdotuksia:

1. Sairaalan ympäristön kehittäminen: Teknologiset ratkaisut, kuten älykkäät valaistusjärjestelmät ja äänieristysmateriaalit, voivat parantaa unen laatua.
2. Tutkimuksen jatkaminen: Tarvitaan lisää tutkimusta uusista lääkkeistä ja rentoutumismenetelmistä unen laadun parantamiseksi.
3. Potilaiden osallistaminen: Potilaiden mieltymysten huomioiminen ja avoin viestintä voivat edistää parempaa unen saavuttamista.
4. Ammattilaisten koulutus: Lisäkoulutus terveydenhuollon ammattilaisille unen merkityksestä voi parantaa unen häiriöiden tunnistamista ja hoitomenetelmien käyttöä.

LÄHTEET

- Alves, M., Monteiro, E., Nogueira, M., Távora, C., Sarmiento, F., Marques Macedo, I., Gomez, N., Fonseca, T., & Nunes Silva, G. 2024. "Night-Time Noise and Sleep Quality in an Internal Medicine Ward in Portugal: An Observational Study." *Acta Médica Portuguesa* 2, 119–125. Verkkolehti. Saatavissa: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/19042/15068> [viitattu 13.5.2024].
- Aira, M. 2005. Laadullisen tutkimuksen arviointi. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 10, 1073–77. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo94977> [viitattu 10.3.2024].
- Bellon, F., Stremmer, R., Rubinat-Arnaldo, E., Padilla-Martínez, J. M., Casado-Ramirez, E., Sánchez-Ortuño, M., Gea-Sánchez, M., Martín-Vaquero, Y., Moreno-Casbas, T., & Abad-Corpa, E. 2022. Sleep quality among inpatients of Spanish public hospitals. *Scientific Reports* 1, 21989. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-26412-7> [viitattu 13.5.2024].
- Beltrami, F. G., Nguyen, X.-L., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., & Fagondes, S. 2015. Sleep in the intensive care unit. *Journal Brasileiro Pneumologia* 6, 539-546. P. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26785964/> [viitattu 14.5.2024].
- Boyko, Y. Jennum, P. & Toft, P. 2017. Sleep quality and circadian rhythm disruption in the intensive care unit: a review. *Nature and Science of Sleep* 9, 277-284. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.2147/NSS.S151525?needAccess=true> [viitattu 14.5.2024].
- Burger, P., Van den Ende, E.S., Lukman, W., Burchell, G. L., Steur, L. M.H., Merten, H., Nanayakkara, P.W.B., & Gemke, R. J.B.J. 2022. Sleep in hospitalized pediatric and adult patients – A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine: X* 4, 100059. Julkaistu 5.11.2022. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9672415/> [viitattu 14.4.2024].
- Dobing, S., Frolova, N., McAlister, F., & Ringrose, J. 2016. Sleep Quality and Factors Influencing Self-Reported Sleep Duration and Quality in the General Internal Medicine Inpatient Population. *PLOS ONE* 6, 0156735. Verkkolehti. Saatavissa: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156735> [viitattu 17.5.2024].
- Dorsch, J. J., Martin, J.L., Malhotra, A., Owens, R. L., & Kamdar, B. B. 2019. Sleep in the intensive care unit: Strategies for Improvement. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine* 5, 614–628. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8918030/> [viitattu 20.5.2024].
- Grelliini. 2021. Lääketieteen sanasto. Julkaistu 27.8.2021. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/lt04131> [viitattu 6.6.2024].
- Heino M, Lundgrén-Laine H, Ritmala-Castrén M, Holm A, Salanterä S & Koivunen M. 2020. Potilaiden näkemykset unta häiritsevistä ja edistävistä tekijöistä sairaalan vuodeosastolla. *Tutkiva Hoitotyö* 2, 18–25. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/xmedia/tuh/tuh00183.pdf> [viitattu 17.5.2024].

Hublin, C. & Partinen, M. 2015. Unen ja valveen fysiologiaa. Duodecim Oppiportti. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.oppi-portti.fi/op/neu00087/do?p_haku=vuorokausirytytmi#q=vuorokausirytytmi [viitattu 17.3.2024].

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kiljunen, K., Leino-Kilpi, H., Lundgrén-Laine, H. & Ritmala-Castrén, M. 2016. Yön aikainen uni ja kipu tehohoidossa potilaan arvioimana. *Hoitotiede* 3, 171–181. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128361/77484> [viitattu 15.5.2024].

Kortisoli. 2021. Lääketieteen sanasto. Julkaistu 13.8.2021. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt01749/kortisoli?q=kortisoli> [viitattu 6.6.2024].

Kronholm, E. 2011. Uniongelmiin ja unen keston epidemiologia ja yhteiskunnallinen merkitys. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 48, 114–122. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://journal.fi/sla/article/view/4489/4231?acceptCookies=1> [viitattu 14.2.2024].

Leptiini. 2023. SYNLAB. WWW-dokumentti. Päivitetty 18.10.2023. Saatavissa: https://www.yml.fi/tuotokuvaus_show.php?tuotenro=597# [viitattu 6.6.2024].

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2014. Psykiatria. 11 uudistettu painos. Helsinki: Otava

Mielenterveystalo s.a. Mitä uni on? WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/unettomuuden-omahoito-ohjelma/mita-uni> [viitattu 14.3.2024].

Omahoito-ohjelma s.a. Mielenterveystalo. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/lasten-univaikeuksien-omahoito-ohjelma/mita-unen-huolto-tarkeitaa> [viitattu 14.4.2024].

Paala, E., Heimo, M., Ritmala, M., Lundgrén-Laine, H., Salanterä, S., & Koivunen, M. 2023. Potilaiden kokemuksia unta tukevista hoitotyön toiminnoista sairaalan vuodeosastolla. *Hoitotiede* 3, 253–263.

Palauttava uni s.a. Mieli ry. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://mieli.fi/vahvista-mielenterveyttasi/mielenterveys-ja-arjen-taidot/palauttava-uni/> [viitattu 13.2.2024].

Partonen, T. 2023. Unettomuus. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 2.5.2023. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00534> [viitattu 11.4.2024].

Partonen, T. 2023. Uni-valverytmin (unirytmien) häiriöt. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 2.5.2023. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00535> [viitattu 17.3.2023].

Ritmala-Castrén, M. 2015. Asleep or not asleep? Evaluation of the quality of Patients' Sleep in Critical Care Nursing. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopiston julkaisuja – Annales Universitatis Turkuensis sarja – ser. D osa – Tom. 1178. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/111862/AnnalesD1178Rimmala-Castrén-diss6thAugust2015.pdf?sequence=2&isAllowed=y> [viitattu 15.5.2024].

Ritmala, M. 2023. Potilaan uni. Akuuttihoitotyön opas. WWW-dokumentti. Julkaistu 1.11.2023. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/akt00172/search/uni%20tehohoidossa> [viitattu 11.4.2024].

Sallinen, M. & Ahola, K. 2012. Kaikkea stressistä: Miten stressistä voi palautua? PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.lenape.fi/wp-content/uploads/2018/08/kaikk_nayte.pdf [viitattu 11.4.2024].

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf [viitattu 20.2.2024].

Strategia s.a. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.xamk.fi/xamk/strategia/> [viitattu 16.2.2024].

Tavallisimpia uniongelmia. 2021. Mieli ry. WWW-dokumentti. Päivitetty 15.7.2021. Saatavissa: <https://mieli.fi/vahvista-mielenterveyttasi/mielenterveys-ja-arjen-taidot/palauttava-uni/tavallisimpia-uniongelmia/> [viitattu 14.3.2024].

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 9.3.2024].

TENK. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Tutkimuseettisen neuvottelulautakunnan HTK-ohje 2023. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf [viitattu 10.3.2024].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Työterveyslaitos s.a. Uneen ja vireyteen vaikuttavat tekijät. Saatavissa: <https://www.ttl.fi/oppimateriaalit/vireytta-vuorotyohon/uneen-ja-vireyteen-vaikuttavat-tekijat> [viitattu 14.3.2024].

Unen tehtäviä s.a. Mieli ry. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://mieli.fi/vahvista-mielenterveyttasi/mielenterveys-ja-arjen-taidot/palauttava-uni/unen-tehtavia/> [viitattu 13.2.2024].

Unen vaiheet s.a. Mieli ry. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://mieli.fi/vahvista-mielenterveyttasi/mielenterveys-ja-arjen-taidot/palauttava-uni/unen-vaiheet/> [viitattu 14.3.2024].

Vilkka, H. 2023. Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina. Helsinki: Art House.

Walker, M. 2019. Miksi nukumme. Helsinki: Tammi.

Wesseliuss, H. M., van den Ende, E. S., Alisma, J., Ter Maaten, J. C., Schuit, S. C. E., Stassen, P. M., de Vries, O. J., Kaasjager, K.H.A.H., H.R., van Doormaal, F.F., Hoogerwerf, J.J., Terwee, C. B., Nanayakkara, P. W. B. 2018. Quality and quantity of

sleep and factors associated with sleep disturbance in hospitalized patients. *JAMA internal medicine* 9, 1201–1208. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC30014139/> [viitattu 16.5.2024].

Xamk s.a. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.xamk.fi/xamk/> [viitattu 16.2.2024].

Opinnäytetyöhön valikoidut aineistot

Tekijä(t), julkaisuvuosi, tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Analyysimenetelmä ja otoskoko	Keskeiset tulokset opinnäytetyön kannalta
Alves, M., Monteiro, E., Nogueira, M., Távora, C., Sarmiento, F., Marques Macedo, I., Gomez, N., Fonseca, T., & Nunes Silva, G. 2024. "Night-Time Noise and Sleep Quality in an Internal Medicine Ward in Portugal	Tutkimus pyrki mittaamaan sisätautien osaston yöaikaiset melutasot ja arvioimaan unen laatua sekä rauhoittavien lääkkeiden käyttöä.	<p>Tutkimuksessa toteutettiin prospektiivinen havainnointitutkimus huhtikuun 2021 ja tammikuun 2022 välisenä aikana satunnaisina päivinä.</p> <p>Tutkimukseen osallistui 54 potilasta. Tutkimuksen otoskoko ja aineistomenetelmä perustuivat satunnaisesti valittuihin päiviin, jolloin äänitasoja mitattiin ja potilaille annettiin unenlaatua koskeva kysely.</p>	<p>Sairaalaolosuhteissa yöllinen melutaso oli keskimäärin 55 dB (vaihteluväli 30 dB - 97 dB), eikä eroa viikonlopun ja arkipäivien välillä havaittu. Melutaso oli korkeimmillaan iltaisin ja aamuyöllä klo 6 jälkeen.</p> <p>Muiden potilaiden aiheuttamat häiriöt, kuten uudet hoitot, akuutit pahenemistilat, delirium ja kuorsaus, olivat yleisimmät syyt huonoon uneen. Näiden jälkeen seurasivat laitteet, henkilökunnan melu ja ympäröivä valo.</p> <p>Unilääkkeiden käyttö oli yleistä, kun 35 %:lla potilaista oli niitä käytössä ennen sairaalahoitoa ja 76 %:lla niitä oli määrätty sairaalahoidon aikana.</p>
Bellon, F., Strempler, R., Rubinat-Arnaldo, E., Padilla-Martínez, J. M., Casado-Ramirez, E., Sánchez-Ortuño, M., Gea-Sánchez, M., Martín-Vaquero, Y., Moreno-Casbas, T., & Abad-Corpa, E. 2022. Sleep quality among inpatients of Spanish public hospitals.	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten potilaiden unen laatu ja määrä vaihtelevat lääketieteellisillä ja kirurgisilla osastoilla ennen sairaalahoitoa ja sen aikana.	<p>Tutkimuksen analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä sekä tilastollisia analyysejä.</p> <p>Tutkimuksessa oli mukana 343 potilasta, jotka olivat sairaalahoidossa vähintään neljä päivää ja tulivat 12 eri julkiseen sairaalaan Espanjassa.</p> <p>Unen laatua ja määrää arvioitiin käyttäen Pittsburgh</p>	Tutkimuksen mukaan sairaalahoidon aikana potilaiden unen laatu heikkeni erityisesti unen kestön, tehokkuuden ja häiriöiden vuoksi. Monisairastavuus ja sedatiivien käyttö olivat yhteydessä tähän heikkenemiseen, kun taas fyysisesti aktiivisemmat potilaat kokivat parempaa unen laatua.

		Sleep Quality Index (PSQI) -kyselyä.	
Beltrami, F. G., Nguyen, X.-L., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., & Fagondes, S. 2015. Sleep in the intensive care unit.	Tutkimus pyrkii antamaan yleiskatsauksen kirjallisuudesta normaalin unen keskeisistä fysiologisista näkökohdista ja nykyisestä tiedosta unesta kriittisesti sairailla potilailla.	Tutkimuksessa hyödynnettiin kirjallisuuskatsauksen ja yhteenvetotutkimuksen menetelmiä arvioitaessa eri unen arviointimenetelmiä kriittisesti sairailla potilailla.	Tehohoitopotilaiden uni on usein häiriintynyt, ja siihen vaikuttavat tehohoito-osaston hoitorutiinit, ympäristön ärsykkeet, potilaiden tila ja akuutti sairaus sekä annetut hoidot, kuten mekaaninen ilmanvaihto.
Boyko, Y. Jennum, P. & Toft, P. 2017. Sleep quality and circadian rhythm disruption in the intensive care unit: a review.	Tutkimuksen tarkoituksena oli yhdistää nykyinen tietämys unen ja vuorokausirytmien merkityksestä kriittisesti sairailla potilailla.	Tutkimuksessa aineiston analyysimenetelmänä käytettiin unen luokittelujärjestelmää kriittisesti sairaille potilaille. Tutkimukseen osallistui yhteensä 57 tajunnaltaan selvää, kriittisesti sairasta potilasta, joista osa oli mekaanisen hengitystuen lopettamisvaiheessa tai sai ei-invasiivista ventilaatiota.	Kriittisesti sairailla potilailla unihäiriöt johtuvat useista tekijöistä, kuten ympäristöstä, ventilaatiosta ja lääkityksestä. Lisäksi itse sairaudella on vaikutusta uneen. Unihäiriöt näyttävät korreloivan sairauden vakavuuden kanssa, ja epätavallinen uni tai sen puute on yleisempää potilailla, joilla on korkeampi sairauden vakavuus.
Dobing, S., Frolova, N., McAlister, F., & Ringrose, J. 2016. Sleep Quality and Factors Influencing Self-Reported Sleep Duration and Quality in the General Internal Medicine Inpatient Population.	Tutkimus keskittyy ensimmäistä kertaa arvioimaan unen laatua ja subjektiivista kestoä potilailla, jotka ovat osastohoidossa yleissisätautien yksikössä Kanadassa.	Tutkimuksessa käytettiin sekä kyselylomaketta että aiemmin validoitua Verran ja Snyder-Halpern Sleep Scale –mittaria. Tutkimukseen osallistui yhteensä 102 potilasta, joista 97 vastasi laadulliseen kyselyyn ja 93 täytti VSH-asteikon asianmukaisesti.	Potilaat kokevat sairaalassa huonomman unen ja ottavat enemmän päiväunia. Heidän mukaansa suurimmat unenlaatua heikentävät tekijät ovat melu (etenkin henkilökunnan aiheuttama), hoitotoimenpiteiden keskeytykset, epämukavat sängyt, kirkas valaistus ja uusi ympäristö. Lisäksi kipu, ahdistus ja muut häiriötekijät vaikuttavat uneen.
Dorsch, J. J., Martin, J.L., Malhotra, A., Owens, R. L., & Kamdar, B. B. 2019. Sleep in	Tutkimuksena tarkoituksena on tutkia teho-osaston unen	Tutkimuksen aineistomenetelmä oli kyseilytutkimus, jossa käytettiin	Erilaiset interventiot, kuten käyttäyty-

<p>the intensive care unit: Strategies for Improvement.</p>	<p>laatua, joka on subjektiivisesti koettu heikoksi, voimakkaasti fragmentoituneeksi ja joskus poikkeukselliseksi.</p>	<p>erilaisia unikyselyitä, kuten Richards–Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ), Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale (VSH) ja Sleep in Intensive Care Unit Questionnaire (SICUQ).</p>	<p>mismuutokset, korvatulpat, silmämaskit, musiikki ja aromaterapia, ovat tehokkaita potilaiden sairaalassa tapahtuvan unen laadun parantamisessa eri potilaspopulaatioilla ja eri tutkimustyypeillä.</p> <p>Erilaiset lääkkeet vaikuttavat uneen eri tavoin, esimerkiksi suurin osa lääkkeitä vaikuttaa REM-uneen.</p> <p>Melatoniini parantaa unen laatua ja kestoa ICU-potilailla, kun taas ramelteon vähentää deliriumin esiintyvyyttä ja yöllisiä heräämisä.</p>
<p>Heino M, Lundgrén-Laine H, Ritmala-Castrén M, Holm A, Salanterä S & Koivunen M. 2020. Potilaiden näkemykset unta häiritsevästä ja edistävistä tekijöistä sairaalan vuodeosastolla.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia tekijöistä, jotka häiritsevät tai edistävät unta heidän ollessaan vuodeosastohoidossa.</p>	<p>Tutkimuksen aineistomenetelmänä oli haastattelututkimus.</p> <p>Tutkimuksessa oli mukana yhteensä 103 potilasta.</p>	<p>Tutkimus jaettiin kolmeen osaluueeseen: ympäristötekijöihin, tunnekokemuksiin ja hoidon toteutukseen.</p> <p>Ympäristöön liittyi hoitajien toimet, muiden potilaiden läsnäolo ja huoneen olosuhteet.</p> <p>Tunnekokemukset käsittelivät ilmapiiriä ja psykologisia vaikutuksia.</p> <p>Hoidon toteutus tarkasteli sairauden oireita ja valvontalaitteiden vaikutusta uneen.</p>
<p>Kiljunen, K., Leino-Kilpi, H., Lundgrén-Laine, H. & Ritmala-Castrén, M. 2016. Yön aikainen uni ja kipu tehohoidossa potilaan arvioimana.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia unesta, kivusta sekä tekijöistä, jotka olivat yhteydessä</p>	<p>Kevään ja kesän 2011 aikana yhdeltä yliopistosairaalan teho-osastolta kerättiin aineisto kyselytutkimuksella, jossa hyödynnettiin Richard-Campbellin unikyselyä ja</p>	<p>Yleisin diagnoosi oli verenkiertoelinten sairaus, ja enemmistö oli leikkauksessa. Kipulääkkeitä sai 88 %</p>

	näihin kokemuksiin tehohoidossa.	Visual Analog Scale (VAS) -mittaria. Tutkimuksessa osallistujien määrä oli 120 potilasta.	potilaista, rauhoittavia lääkkeitä annettiin vajaalle kolmasosalle. Unen laatu arvioitiin kohtalaiseksi, ja iäkkäät potilaat nukkuivat paremmin. Kipukokemukset vaihtelivat, ja voimakkaampi kipu oli yhteydessä huonompaan uneen.
Paala, E., Heimo, M., Ritmala, M., Lundgrén-Laine, H., Salanterä, S., & Koi-vunen, M. (2023). Potilaiden kokemuksia unta tukevista hoitotyön toiminnoista sairaalan vuodeosastolla. <i>Hoitotiede</i> , 35(3), 253–263. Kerava: Saivion Kirjapaino Oy.	Tutkimuksen tarkoituksena selvittää, miten unen tukemisen toimintamalli toteutui somaattisilla vuodeosastoilla potilaiden näkökulmasta.	Tutkimuksen aineistomenetelmä oli haastattelututkimus. Haastattelijan tekemät muistiinpanot keskustelujen aikana kirjattiin ylös ilman nauhoitusta, ja haastattelija varmisti sekä täsmänsi kirjauksia heti keskustelun päätyttyä. Tutkimukseen osallistui 104 potilasta.	Hoitohenkilökunnan keskittyminen uneen liittyi pääasiassa fyysisten oireiden hoitoon ja olosuhteiden parantamiseen potilashuoneessa. Potilaat eivät usein ilmaiseet tarvetta tunnetuen saamiseen uneen liittyen. Hoitohenkilökunnan tiedon ja sitoutumisen avulla voitaisiin kuitenkin tukea potilaiden unta vuodeosastolla paremmin.
Ritmala-Castren, M. 2015. ASLEEP OR NOT ASLEEP? Evaluation of the quality of Patients' Sleep in Critical Care Nursing.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella menetelmiä unen laadun arvioimiseksi, ei-intuivoitujen potilaiden unen laatua ja hoitajien suorittamaa unen arviointia tehohoidossa.	Tutkimuksen aineistomenetelmä koostuu neljästä erilaisesta empiirisestä aineistosta: potilaiden itsearvioinnista ja hoitajien vapaamuotoisista arvioinneista (A ja C), sekä hoitajien suorittamista strukturoituista arvioinneista ja unipolygrafia-rekisteröinneistä (B ja D). Hoitajien vapaamuotoiset arvioinnit analysoitiin sisällönanalyysillä, ja muu data käsiteltiin tilastollisin menetelmin. Erilaiset osa-aineistot vaihtelevat otoskoon suhteen niin, että A ja C on 114 sekä B ja D on 21.	Tutkimus osoitti, että tehohoitopotilaiden unen laatu vaihtelee yksilöllisesti. Suurimmalla osalla potilaista unen laatu oli kevyttä ja heräämiset olivat yleisiä, vaikka kokonaisuni oli normaalia. Hoitajien antamat arviot potilaiden unen laadusta vastasivat vain osittain potilaiden omia arvioita.
Wesselius, H. M., van den Ende, E. S., Alsmä, J., Ter Maaten, J. C., Schuit, S. C. E., Stassen, P. M., de Vries,	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida unen määrää ja laatua sairaalassa	Tutkimuksen aineistomenetelmänä käytettiin retrospektiivista aineistoa.	Sairaala-aikana yöuni oli lyhyempi, heräilyjä oli en-

<p>O. J., Kaasjager, K.H.A.H., H.R., van Doormaal, F.F., Hoogerwerf, J.J., Terwee, C. B., Nanayakkara, P. W. B. 2018. Quality and quantity of sleep and factors associated with sleep disturbance in hospitalized patients.</p>	<p>olevilla potilailla sekä tunnistaa sairaalaan liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat unihäiriöihin.</p>	<p>Otoskoko oli yhteensä 2005 potilasta.</p>	<p>emmän ja aamuherätykset tapahtuivat aiemmin kuin kotona. Useimmat potilaat heräsivät ulkoisten tekijöiden vuoksi, joista osa liittyi sairaalan henkilökuntaan. Kaikki unen laatuun liittyvät osa-alueet olivat huonompia sairaalassa, ja yleisimmät häiriötekijät olivat muiden potilaiden melu, lääkinnälliset laitteet, kipu ja vessakäynnit.</p>
---	--	--	--

Aineistojen ryhmittelyjen kuvaus.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p><i>"The average noise level recorded was 55 dB with a minimum of 30 dB and a maximum of 97 dB."</i> Alves ym. 2024</p>	<p>Sairaaloiden yöllinen melutaso oli keskimäärin 55 dB, korkeimmillaan iltaisin ja aamuyöstä klo 6 jälkeen.</p>		<p>Unta heikentävät tekijät sairaalahoitossa</p>	<p>Unihygienia sairaalahoitossa</p>
<p><i>"The main reasons for poor sleep were related to the presence of other patients (new admission, acute decompensation, delirium, and snoring), followed by equipment, staff noise and surrounding light. Nineteen patients (35%) were previous users of sedatives,"</i> Alves ym 2024</p>	<p>Potilaiden häiriöt, laitteiden äänet ja hoitohenkilökunnan melu sekä ympäröivä valo häiritsivät unta.</p>	<p>Uneen vaikuttavat ympäristötekijät sairaalahoitossa</p>		
<p><i>"Sleep quality were significantly affected in hospitalized patients compared with patients' habitual sleep at home. ...hospitalized patients slept shorter times with more interruptions, woke up earlier, and experienced poorer sleep quality than at home. The most reported sleep-disturbing factors were noise of other patients, medical devices, pain, and toilet visits."</i> Wesselius ym. 2018</p>	<p>Sairaalassa unenlaatu heikompi, yöunet lyhyempiä ja heräämisiä useammin, erityisesti melun ja lääkinnällisten laitteiden takia.</p>			

<p><i>“Overall, patients reported significantly worse sleep in hospital than at home and more daytime naps in hospital. The most frequently reported reasons for poor sleep included noise, nursing interruptions, uncomfortable beds, bright lights, unfamiliar surroundings and pain.”</i> Dobing ym. 2016</p>	<p>Sairaalassa potilaat nukkuvat huonommin ja ottavat enemmän päiväunia. Unenlaatua heikentävät melu, keskeytykset, epä mukavat sängyt, kirkas valaistus, uusi ympäristö, kipu ja ahdistus.</p>			
<p><i>“Sleep disturbances in critically ill patients are multifactorial. Environmental factors, mechanical ventilation, and medication play an important role in sleep disruption in this patient population. Nevertheless, the other mechanisms, such as critical illness itself, are worth consideration.”</i> Boyko ym. 2017</p>	<p>Kriittisesti sairailta potilailla unihäiriöitä aiheuttavat ympäristö, ventilaatio, lääkitys ja itse sairaus.</p>	<p>Tehohoidon vaikutus uneen</p>		
<p><i>“Higher severity of critical illness scores were reported to be associated with disrupted sleep in critically ill patients.”</i> Boyko ym. 2017</p>	<p>Unihäiriöt lisääntyvät sairauden vakavuuden myötä.</p>			
<p><i>“..the causes of sleep disruption in the ICU are factors intrinsic to the patients and the acute nature of their condition, as well as factors related to the ICU environment and the treatments administered, such as mechanical ventilation”</i> Beltrami ym. 2015</p>	<p>Tehohoitopotilaiden unta häiritsevät hoitorutiinit, ympäristön ärsykkeet, potilaiden tila ja annetut hoidot, kuten mekaaninen ilmanvaihto.</p>			

<p>”...The main results are 1. the quality of sleep in non-intubated patients varied widely between individuals. 2. The quality of sleep was rather low in most patients, as sleep was light and awakenings were frequent, even if the TST was normal. 3. The amount of sleep was insufficient in 67% of the patients (n=21)...” Ritmala-Castrén 2015</p>	<p>Tehohoitopotilaiden unen laatu vaihtelee yksilöllisesti. Useimpien uni oli kevyttä, heräämisiä oli paljon, vaikka kokonaisuni oli normaalia.</p>			
<p>”Nineteen patients (35%) were previous users of sedatives, and during hospitalization 41 patients (76%) were prescribed sedatives.” Alves ym. 2024</p>	<p>Unilääkkeitä käytti 35 % potilaista ennen sairaalahoitoa ja 76 % sairaalahoidon aikana.</p>	<p>Lääkkeiden käyttö sairaalahoidossa</p>	<p>Unta edistävät tekijät sairaalahoidossa</p>	
<p>”Medications commonly used to promote sleep... Trials of melatonin and ramelteon (melatonin-receptor agonist) in critically ill patients. Melatonin: ↑ sleep quality ↑ sleep time ↑ REM ↑ TST ↓ SOL ↓ awakenings. Ramelteon: ↓ Delirium ↓ nocturnal awakenings Trend toward ↓ ICU LOS” Dorsch ym. 2019</p>	<p>Melatoniini parantaa unen laatua lisäämällä unen kestoa ja REM-vaiheen määrää, samalla kun se lyhentää nukahtamisaikaa ja vähentää heräämisten määrää. Ramelteon puolestaan vähentää deliriumin ja yöllisten heräämisten esiintyvyyttä, mikä osoittaa kohti lyhyempää tehohoidossa vietettyä aikaa.</p>			
<p>”Nonpharmacological sleep-promoting interventions. Behavior modification, ↓ Mean peak sound ↑ Sleep quantity, Earplugs & Eye mask, ↑ Sleep</p>	<p>Erilaiset interventiot parantavat sairaalassa olevien potilaiden unen laatua.</p>	<p>Sairaalahoitoa parantavat interventiot.</p>		

<p><i>quality Music, ↑ SWS (slow wave sleep) ↑ subjective sleep White noise, ↑ Subjective sleep, Massage ↑ Sleep efficiency in older men</i> Dorsch ym. 2019</p>				
<p><i>"Hoitohenkilökunta huomioi unen tukemisessa hyvin potilaan fyysisiä oireita ja ympäristöä. ..sairaalapotilaan unen tukeminen on potilaan näkökulmasta osa hänen hyvää kokonaisuhoitoa."</i> Paala ym. 2023</p>	<p>Hoitohenkilökunta tukee unta huomioidulla potilaan fyysiset oireet ja ympäristön. Potilaan näkökulmasta unen tukeminen on osa hyvää kokonaisuhoitoa.</p>	<p>Hoitohenkilökunnan vaikutus uneen sairaalahoidossa</p>		
<p><i>"... previous studies have suggested that patients' sleep quality and quantity during hospitalisation is poor... previous studies have suggested that patients' sleep quality and quantity during hospitalisation is poor, ... Lower educational level, sedative medication intake, and multimorbidity was shown to be associated with poorer sleep quality during hospitalisation. A higher level of habitual physical activity has shown to correlate positively with sleep quality in hospital."</i> Bellon ym. 2022</p>	<p>Sairalahoidossa unen laatu heikkeni keston, tehokkuuden ja häiriöiden vuoksi. Monisairastavuus ja sedatiivit pahensivat tilannetta, mutta fyysinen aktiivisuus paransi unta.</p>	<p>Unen heikkeneminen ja parantuminen sairaalahoidossa.</p>	<p>Unta heikentävät ja edistävät tekijät sairaalahoidossa</p>	
<p><i>"Tulokset tiivistettiin kolmeen yläkategoriaan: ... Vuorovaikutus ympäristön kanssa sisälsi hoitajien toimintaan liittyviä tekijöitä, muiden potilaiden läsnäolosta aiheutuvia tekijöitä</i></p>	<p>Tulokset jaettiin kolmeen pääkategoriaan: ympäristö, tunteet ja hoito. Ympäristöön kuuluivat hoitajien toimet, potilaiden läsnäolo ja potilashuoneen olosuhteet. Voimakkaat</p>	<p>Ympäristön, tunnetilan sekä psykologiset vaikutukset uneen.</p>		

<p>sekä potilashuoneen fyysisiä olosuhteita. Voimakkaiden tunteiden kokemiseen liittyi yleinen ilmapiiri potilashuoneessa ja osastolla sekä psykologisia tekijöitä, kuten pelko, huoli ja epätietoisuus. Asianmukaisen hoidon toteutuminen koettiin sairauden oireiden ja niiden hoidon ja valvontalaitteiden aiheuttamina unta häiritsevinä tekijöinä ja näihin puuttumisena.” Heino ym. 2020</p>	<p>tunteet käsittivät yleisen ilmapiirin ja psykologiset tekijät. Asianmukaisen hoidon toteutuminen koettiin häiritseväksi tekijänä uneen.</p>			
<p>”..Tehohoitopotilaat kokivat yöunensa kohtalaisen hyväksi. Yli 60-vuotiaat nukuivat oman arvionsa mukaan paremmin kuin nuoret. laatu arvioitiin kohtalaiseksi, ja iäkkäät potilaat nukkuivat oman arvionsa mukaan paremmin kuin nuoret. Kipukokemukset vaihtelivat, ja voimakkaampi kipu oli yhteydessä huonompaan uneen. ...Kipulääkkeitä sai 88 % potilaista, rauhoittavia lääkkeitä annettiin vajaalle kolmasosalle.” Kiljunen ym. 2016</p>	<p>Tehohoitopotilaat arvioivat yöunensa kohtalaiseksi, erityisesti iäkkäät. Voimakas kipu heikensi unen laatua. Kipulääkkeitä käytti 88 % potilaista, rauhoittavia lääkkeitä vajaa kolmasosa.</p>	<p>Uni ja kipu tehohoidossa.</p>		