

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyö

Tiina Pohjolainen

Unihäiriöt ja niiden hoitomuodot

Opinnäytetyö 2012

Tiivistelmä

Tiina Pohjolainen

Unihäiriöt ja niiden hoitomuodot, 49 sivua, 2 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyö

Opinnäytetyö 2012

Ohjaaja: yliopettaja Päivi Löfman, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millaisista unihäiriöistä nuoret aikuiset ja aikuiset kärsivät. Työn tavoitteena oli selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla unettomuuden, uniapnean ja narkolepsian itsehoitokeinoja, eri hoitomuotoja, ja miten nämä unihäiriöt vaikuttavat ihmisen elämänlaatuun. Aihetta tarkasteltiin potilaslähtöisesti ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin eri tietokannoista, kuten Artosta, Aleksista, Lindasta ja Ovidista, sekä Internetistä. Aineiston valintakriteereinä oli suomen- ja englanninkielinen aineisto, joka on ilmestynyt vuosina 2006 - 2012 ja joka käsittelee unettomuutta, uniapneaa tai narkolepsiaa ja niiden itsehoitokeinoja ja muita hoitomuotoja sekä näiden unihäiriöiden vaikutusta elämänlaatuun nuorten aikuisten tai aikuisten näkökulmasta. Aineistoksi (n=27) valikoitui kolme pro gradu -tutkielmaa, joista kaksi oli englanninkielisiä ja 24 artikkelia, joista kolme oli puolestaan englanninkielisiä. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä.

Tuloksissa kävi ilmi, että unettomuuteen, uniapneaan ja narkolepsiaan on monia itsehoitokeinoja, joilla voi vähentää oireita. Unettomuudessa on tärkeää noudattaa unihygieniaa ja säännöllistä unirytmää. Uniapnean itsehoitokeinoja ovat muun muassa laihduttaminen, painonhallinta, unihygienia, alkoholin ja rauhoittavien lääkkeiden välttäminen sekä CPAP-hoito. Narkolepsian hoidossa on tärkeää myös noudattaa säännöllisiä elämäntapoja ja uni-valverytmiä. Päiväunet ja liikunta ovat suotavia vähentäen päiväväsymystä. Unettomuuden hoidossa käytetään usein unilääkitystä, jos muusta ei ole apua. Krooniseen unettomuuteen ensisijainen hoitomuoto on kognitiivinen terapia, mutta usein lääkkeitäkin käytetään, vaikka niitä ei suositellakaan. Uniapnean leikkaushoitoja on monenlaisia, ja niiden päämääränä on suurentaa ylähengitysteitä. Leikkausten määrä on kuitenkin vuosien mittaan vähentynyt, eikä niitä enää suositellakaan, koska muutamien kuukausien päästä leikkauksesta apneaoireet palaavat entiselleen. Narkolepsian ensisijainen lääke väsymykseen ja nukahteluun on nykyään modafiniili ja natriumoksibaatti katapleksiaan. Toissijaisena käytetään metyylifenidaattia tai depressiolääkkeitä. Unettomuus, uniapnea ja narkolepsia vaikuttavat heikentävästi ihmisen työkykyyn ja elämänlaatuun psyykkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti.

Jatkotutkimusaiheena voisi tutkia, miten elämä on muuttunut unihäiriön diagnoosimisen ja hoitojen jälkeen. Samalla voisi ottaa selvää, ovatko potilaat saaneet tukea sairauteensa.

Asiasanat: Unihäiriöt, unettomuus, uniapnea, narkolepsia, hoitomuodot

Abstract

Tiina Pohjolainen

Sleeping disorders and the forms of treatment, 49 pages, 2 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services Lappeenranta

Degree Programme in Nursing

Nursing

Bachelor's Thesis 2012

Instructor: Principal Lecturer Dr. Päivi Löfman, Saimaa University of Applied Sciences

The purpose of this thesis was to describe the types of sleeping disorders suffered by young adults and adults. The objective of the study was to examine self-treatment methods and different types of treatment for insomnia, narcolepsy and sleep apnea and how these affect a person's quality of life. The study was conducted as a literature review. The subject was viewed from the medical staff's perspective.

The data for this study was gathered from different databases such as Arto, Aleksis, Linda and Ovid and from the internet. The material had to be in English and in Finnish, published in 2006 - 2012 and it covered insomnia, sleep apnea or narcolepsy and the self-treatment or other treatment methods and their effects on young adults' or adults' quality of life. The selected material consisted of three Master's Theses, of which two were in English, and 24 articles, of which three were in English. The material was analyzed by deductive content analysis.

The results show that there are many self-treatment methods that can reduce symptoms for insomnia, sleep apnea and narcolepsy. For insomnia it is important to maintain sleep hygiene and a regular sleeping rhythm. Self-treatment methods for sleep-apnea are maintaining a healthy weight, sleep hygiene, CPAP-treatment and avoiding alcohol and medicines. It is important to maintain a healthy lifestyle and sleeping patterns in the treatment for narcolepsy. The treatment for insomnia is often medication, if anything else does not help. The primary method of treatment for chronic insomnia is cognitive therapy but often medication is used, though it is not recommended. There are many different surgery methods for sleep apnea and their purpose is to widen the upper airways. The quantity of surgeries has decreased among the years and they are not recommended anymore because after a few months of the surgery sleep apnea symptoms have returned as they were. The primary medication for fatigue and falling asleep in narcolepsy is nowadays modafinil and sodium oxybate for cataplexy. The secondary medication is methylphenidate or depression medication. Insomnia, sleep apnea, narcolepsy degenerates the work capability and quality of life psychologically, physically and socially.

A possible topic for a follow-up study could be to examine how the patient's life has changed after the diagnose and the treatments of sleeping disorder and if the patients have had support for their illness.

Keywords: Sleeping disorders, insomnia, sleep apnea, narcolepsy, cure

Sisältö

1 Johdanto.....	5
2 Unihäiriöt	6
2.1 Unettomuus.....	6
2.2 Uniapnea.....	7
2.3 Narkolepsia	8
2.4 Uni-valverytmin häiriöt.....	10
2.5 Unenaikaiset liikehäiriöt ja erityishäiriöt	10
2.6 Muihin sairauksiin liittyvät unihäiriöt.....	12
3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	13
4 Opinnäytetyöprosessin toteuttaminen	14
4.1 Kirjallisuuskatsaus aineiston keruumenetelmänä	14
4.2 Deduktiivinen sisällönanalyysi	15
5 Opinnäytetyöhön liittyvät eettiset näkökohdat	17
6 Tulokset.....	18
6.1 Unettomuuden hoitokeinot ja vaikutus elämänlaatuun	18
6.1.1 Unettomuuden itsehoitokeinot.....	18
6.1.2 Unettomuuden lääkehoito	20
6.1.3 Unettomuuden vaikutus elämänlaatuun	22
6.2 Uniapnean hoitokeinot ja vaikutus elämänlaatuun	23
6.2.1 Uniapnean itsehoitokeinot.....	23
6.2.2 Uniapneaa sairastavan leikkaushoito.....	25
6.2.3 Uniapnean vaikutus elämänlaatuun	27
6.3 Narkolepsian hoitokeinot ja vaikutus elämänlaatuun	30
6.3.1 Narkolepsian itsehoitokeinot	30
6.3.2 Narkolepsian lääkehoito.....	30
6.3.3 Narkolepsian vaikutus elämänlaatuun.....	32
7 Pohdinta	34
7.1 Tulosten pohdintaa	34
7.1.1 Unettomuus.....	34
7.1.2 Uniapnea	38
7.1.3 Narkolepsia	42
7.2 Eettiset näkökohdat ja luotettavuus	45
7.3 Jatkotutkimusaiheet.....	46
Lähteet	47

Liitteet

Liite 1 Analysoitu aineisto

Liite 2 Analyysirunko

1 Johdanto

Ihminen nukkuu kolmasosan elämästään. Hyvää unta pidetään itsestänselvyytenä, mutta huonosta unenlaadusta kärsiville nukkuminen voi olla yhtä tuskaa. Joka kymmenes kärsii unen puutteesta ja jopa useammat ovat tyytymättömiä unenlaatuunsa. Uni on välttämätöntä ihmisen hyvinvoinnille ja sillä on voimallinen vaikutus ihmiseen. Sen tehtävänä on elimistön tasapainon ja voimien palauttaminen. Unella on myös tärkeä vaikutus henkiseen, emotionaaliseen ja fyysiseen terveyteen. (Lavery 1997, 6 - 8.)

Lähes jokainen ihminen kärsii jossakin elämänvaiheessa jostain unihäiriöstä. Unettomuus onkin hyvin yleistä, ja se on kansanterveydellisesti merkittävä ongelma. Uniongelmat ovat hyvin yleisiä lääkärille valitettuja vaivoja. Kolmanneksella suomalaisista on unihäiriöitä johonkin aikaan vuodesta ja joka kolmannen tai joka toisen mielestä ongelmat ovat vakavia. Pitkäaikainen unen puute vaikuttaa moneen asiaan, ja se haittaa elämää ja heikentää elämänlaatua. Unen puute on yksi tärkeä riskitekijä liitännäissairauksille. On muistettava, että uni on välttämätöntä eikä kukaan tule toimeen ilman sitä. (Lavery 1997, 6; Partinen & Huovinen 2007, 5 - 6.)

Uniapneakin on kansanterveydellisesti merkitsevä ongelma, sillä Suomessa uniapneaa sairastaa noin 150 000 ihmistä. On käynyt ilmi, että sairaus on myös alidiagnoisoitu eli uniapneaa sairastavia on enemmänkin ja osa potilaista ei tiedä edes sairastavansa sitä. (Anttalainen 2006, 2841; Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88.) Narkolepsiaa puolestaan sairastaa 1000 suomalaista. Se on elinikäinen sairaus, mutta se ei kuitenkaan lyhennä elinikää. Näiden sairauksien oireet vaikuttavat heikentävästi ihmisen elämänlaatuun ja työkykyyn. (Partinen & Huovinen 2007, 111.)

Valitsin opinnäytetyön aiheeksi unihäiriöt, koska aihe on ajankohtainen, sillä yhä useammat ihmiset kärsivät unihäiriöistä. Ne kiinnostavat myös minua ja haluan niistä itse enemmän tietoa. Koulutuksessamme unihäiriöistä ei juurikaan anneta tietoa. Olen aikaisemminkin jo pohtinut unettomuuteen liittyviä ongelmia. Tämän opinnäytetyöprosessin jälkeen minulla on valmiuksia ohjata unihäiriöisiä potilaita hoitotyössä.

Tämä opinnäytetyö tehdään kirjallisuuskatsauksena, minkä tarkoituksena on kuvata, millaisista unihäiriöistä nuoret aikuiset ja aikuiset kärsivät. Opinnäytetyössä käsitellään tarkemmin kolmea unihäiriötä: unettomuutta, uniapneaa ja narkolepsiaa. Tavoitteena on selvittää niiden itsehoitokeinoja, eri hoitomuotoja, ja miten kyseiset unihäiriöt vaikuttavat elämänlaatuun.

2 Unihäiriöt

2.1 Unettomuus

Unihäiriöt jaotellaan unettomuuteen, unenaikaisiin hengityshäiriöihin, keskushermostoperäiseen poikkeavaan väsymykseen, uni-valverytmin häiriöihin, unenaikaisiin liikehäiriöihin ja erityishäiriöihin sekä muihin sairauksiin liittyviin unihäiriöihin (Käypä hoito 2008).

Unettomuudelle ei ole vakiintunutta, yksiselitteistä määritelmää. Sillä kuitenkin tarkoitetaan tyytymättömyyttä unen laatuun ja keston, mikä ilmenee toistuvina vaikeuksina nukahtaa, liian lyhyenä yönä tai huonona unen laatuna, vaikkakin henkilöllä olisi mahdollisuus nukkua. Unettomuudesta kärsivä valittaa yleensä juurikin nukahtamisvaikeutta, yöllisiä heräämisiä ja valvomista tai heräämistä liian aikaisin aamulla. Unettomuus haittaa seuraavan päivän toimintakyvyn heikkenemistä ja henkilöllä ilmeneekin erilaisia oireita, kuten päiväväsymystä ja ärtyisyyttä, sekä lisäksi muisti ja keskittymiskyky heikkenevät. Unettomuus ei ole sairaus vaan oire, johon liittyy yleensä aina, jokin syy ja se on tärkeää selvittää, jolloin on helpompi auttaa unetonta ihmistä. Tilapäisessä unettomuudessa voi olla tarpeen lyhytaikainen unilääkitys, jos muu ei auta. Pitkäaikaisen unettomuuden hoito perustuu lähinnä kognitiiviseen terapiaan. (Kivelä 2007, 32; Käypä hoito 2008; Tietoa unettomuudesta 2011.)

Unettomuus on yleisin unihäiriö ja on kansanterveydellisesti merkittävä ongelma. Unettomuus voi olla tilapäistä tai jatkuvaa. Aikuisista 33 - 60 % kärsii välillä unettomuudesta ja hakee siihen apua lääkäriltä tai käyttää unilääkkeitä. Vuonna 2006 Suomessa käytettiin unilääkkeitä 53,7 annosta tuhatta asukasta kohden vuorokaudessa. Kroonisesta unettomuudesta kärsii 5 - 12 % suomalaisista aikuisista. (Käypä hoito 2008; Partinen 2009.)

2.2 Uniapnea

Uniapnea on nukkumisen aikana tapahtuva hengityskatkos, joka kestää yli 10 sekunnista jopa muutamaan minuuttiin, jolloin aivot ei saa tarpeeksi happea. Uniapneasta kärsivällä näitä hengityskatkoksia esiintyy toistuvasti ja niistä tulee oireita. Katkoksen jälkeen seuraa tiheä hengityksen vaihe, mikä tasoittuu lopulta normaaliksi. Syynä hengityskatkoksiin on ylähengitysteiden ahtautuminen, mikä voi johtua nielun rakenteellisesta ahtautumisesta tai hermoston säätelyhäiriöstä. Useat hengityskatkokset heikentävät unen laatua ja aiheuttavat yöllistä heräämistä, jolloin uni ei ole niin virkistävää. Monilla esiintyy aamupäänsärkyä ja päiväväsymystä, joka heikentää muistia, toimintakykyä sekä aiheuttaa ärtyneisyyttä. Voimakas kuorsaaminen on myös yleistä uniapneaa sairastavilla ihmisillä. Lisäksi muita oireita voi olla esimerkiksi yöhikoilu, virtsanerityksen lisääntyminen, rytmihäiriöt, närästys, suun kuivuus ja karheus aamuisin sekä masennus. (Anttalainen 2006, 2842; Kivelä 2007, 51; Partinen & Huovinen 2007, 96; Saarelma 2011.)

Uniapneaa esiintyy eniten yli 35-vuotiailla miehillä tai vaihdevuosi-ikä yllittäneillä naisilla. Miehistä uniapneaa on noin 4 %:lla ja naisilla noin 2 %:lla. Nielun anatomia saattaa olla yksi syy siihen, että miehillä sairauden esiintyvyys on suurempi. Heillä on pidempi ja suurempi hengitystie, mutta kokoon painuvampi kuin naisilla. Suomessa uniapneaa sairastavia on arvioiden mukaan 150 000, joista 85 000 sairastaa lievää, 50 000 keskivaikeaa ja 15 000 vaikeaa uniapneaa. Noin 40 000 tarvitsee aktiivista hoitoa sairauteensa. Kyseessä on siis kansantaudin suuruusluokkaa oleva ongelma. (Anttalainen 2006, 2841; Partinen & Huovinen 2007, 96 – 99; Hengityслиitto 2011; Sahlman 2011, 9.)

Yli 60 % uniapneapotilaista on ylipainoisia, mikä on tärkein altistava tekijä sairaudelle. Rakenteellisia riskitekijöitä ovat muun muassa ahdas nenä tai nielu, lyhyt ja paksu kaula sekä suuret nielurisat. Uniapnealle altistavia tekijöitä ovat myös alkoholin suurkulutus, uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö ja tupakointi. Tutkimusten mukaan uniapneaa sairastavilla on lisääntynyt riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Uniapnea on yleisempi esimerkiksi verenpainetauti, aikuistyyppin diabetesta ja metabolista oireyhtymää sairastavilla. (Anttalainen 2006, 2842 - 2843; Partinen & Huovinen 2007, 96 - 99; Partinen 2009.)

Uniapnean hoidon päämääränä on parantaa elämänlaatua, sillä katkonaisesta yöunesta tulee useita oireita, esimerkiksi päiväväsymystä. Luonnollisin tapa hoitaa uniapneaa on laihduttaminen ja painonhallinta, jotka ehkäisevät uniapnean pahenemista. Tutkimusten mukaan laihduttaminen on erityisen vaikeaa uniapneapotilaalle, koska he kärsivät väsymyksestä eivätkä jaksaa sen vuoksi harrastaa liikuntaa. Laihdutus saattaisi onnistua paremmin erilaisissa laihdutusryhmissä, joista on saatu hyviäkin tuloksia. Jo muutaman kilon laihdutus vähentää oireita. (Hyyppä & Kronholm 1998, 151; Partinen & Huovinen 2007, 102 - 103.)

Toinen tapa itse hoitaa uniapneaa on välttää alkoholia ja unilääkkeitä, sillä ne lamauttavat ylähengitysteiden lihaksistoa ja näin heikentävät hengityksen kulua. Alkoholin suurkuluttajille ei ole juurikaan mistään hoidoista apua. Tupakointi olisi myös syytä lopettaa, sillä se turvottaa limakalvoja. (Partinen & Huovinen 2007, 104 - 106.)

CPAP-hoito on ensisijainen hoitomenetelmä niille, joilla on keskivaikea tai vaikea uniapnea. CPAP-hoidolla tarkoitetaan ylipainehengityshoitoa, jota annetaan ylähengitysteihin maskinaamarin avulla. Tällä tavoin ylähengitystiet pysyvät auki nukkumisen aikana. Hoito ei paranna kuitenkaan sairautta, vaan tehoaa laitetta käytettäessä. (Partinen & Huovinen 2007, 102.)

Uniapnean hoidon vaihtoehtona ovat myös erilaiset leikkaukset, joiden tarkoituksena on saada lisää tilaa hengitysteihin. Tällaisia leikkauksia on muun muassa UPPP eli uvulopalatopharyngoplastia ja RFA-hoito. Myös erilaiset hammaskiskot auttavat unipneaan. (Partinen & Huovinen 2007, 103 - 104.)

2.3 Narkolepsia

Narkolepsiassa eli nukahtelusairaudessa tyypillistä on päivittäiset pakonomaiset nukahtelut. Nukahtelu voi esiintyä paikallaan ollessa tai odottamattomissa tilanteissa, kuten kävellessä, syödessä tai kesken puhumisen. Narkoleptikko nukahtaa nopeasti ja sitä ennen esiintyy väsymystä. Nukahtelukohtaukset kestävät 1 - 30 minuuttiin ja niitä tulee päivän aikana useita kertoja, yleensä 1 - 8. Nämä torkahdukset ovat virkistäviä. Muisti- ja oppimisvaikeuksia, hämärätiloja, automaattisia liikkeitä, kaksoiskuvien näkemistä tai näön hämärtymistä voi esiintyä

torkahdusta edeltävään väsymykseen. (Partinen & Huovinen 2007, 112; Huttunen 2010a.)

Narkolepsiaan liittyy yleensä voimakas tunnereaktioon liittyvä lihasvoiman menetys tai vähentyminen eli katapleksia. Nämä kohtaukset kestävät yleensä muutamasta sekunnista minuutteihin ja voimakkuus vaihtelee. Katapleksia voi alkaa vasta monen vuoden jälkeen narkolepsiaan sairastumisesta. Kohtauksia voi tulla joko useasti päivässä tai muutaman kerran elämän aikana. Voimakkaat ja odottamattomat kohtaukset ovat harmillisia ja onnettomuuksien riski on suuri. (Partinen & Huovinen 2007, 112; Huttunen 2010a.)

Narkolepsiaa sairastavat henkilöt kärsivät kuitenkin huonolaatuisesta yöunesta. Uni on katkonaista ja lyhyttä. Päivän aikaisten torkahtelujen ansiosta vuorokautinen nukkumisaika on silti normaali. Harvinaisempia narkolepsiaan liittyviä oireita ovat hypnagogiset hallusinaatioit eli harha-aistimukset ja unihalvaukset, joita pidetään ahdistavina kokemuksina. Hypnagogisissa hallusinaatioissa nukahtamis- ja heräämisvaiheessa esiintyy kuulo-, näkö-, tunne- ja liikehäiriöitä. Unihalvauksen aikana ihminen on kyvytön liikkumaan. Tämä voi kestää minutteja ja se loppuu joko itsestään tai ulkoiseen ärsykkeeseen. (Partinen & Huovinen 2007, 113 - 115.)

Suomessa narkolepsiaa sairastaa yli 1000 ihmistä. Se alkaa usein alle 25-vuotiaana. Se on myös mahdollista lapsuusiässä, mutta tavallisinta nuoruudessa tai varhaisessa aikuisiässä. Narkolepsian syytä ei tunneta, mutta todennäköisemmin siihen tarvitaan perinnöllisyystekijä ja jokin ulkoinen tekijä. Sairaus on parantumaton, mutta elinikä on normaali. (Partinen & Huovinen 2007, 111.)

Narkolepsian hoidossa tärkeintä on säännölliset elämäntavat ja säännönmukaiset nukkumistottumukset. Liikunta ja ulkoilu auttavat saamaan paremman yöunen ja lyhyet päiväunet vähentävät päiväväsymystä. Narkoleptikon olisi hyvä välttää päivävireyttä alentavia tekijöitä. Narkolepsiaan on myös saatavilla erilaisia piristeitä ja lääkitys on yleensä elinikäistä. (Partinen & Huovinen 2007, 115.)

2.4 Uni-valverytmin häiriöt

On olemassa erityyppisiä uni-valverytmin häiriöitä, joista tyypillisimmät ovat aikaistunut unijakso, viivästynyt unijakso, aikaerorasitus, muut kronobiologiset syyt, kuten kaamosaika ja vuorotyöhön liittyvä unettomuus. Aikaistuneessa unijaksossa ihminen on väsynyt jo varhain ja nukahtaa tavallista aikaisemmin, suunnilleen kello 18 - 19. Siten yöuni päättyy liian aikaisin eikä uni tule enää aamuyöstä. Tämä unihäiriö on kuitenkin tavallisempi vanhemmilla ihmisillä, ja se on heillä normaalia. Hyvä hoitokeino on kirkas valohoito illalla, mikä kääntäisi sisäistä kelloa taaksepäin. (Kivelä 2007, 52; Partinen & Huovinen 2007, 83; Käypä hoito 2008; Huttunen 2010b.)

Viivästyneessä unijaksossa koko univaihe on viivästynyt. Tästä kärsivä henkilö, useimmiten nuori, ei saa unta ennen puoltayötä tai ennen aamuyötä. Tämän seurauksena on vaikea herätä aamulla esimerkiksi töihin ja tuloksena on jatkuva univaje ja väsymys. Tätä unihäiriötä voidaan hoitaa siirtämällä ihmisen biologinen ja sosiaalinen kello samaan haluttuun aikaan. Tärkeintä on herätä aamuin säännöllisesti ja välttää myöhään valvomista. (Partinen & Huovinen 2007, 83 - 84.) Vuorotyössä yövuorot tai usein vaihtuvat työvuorot aiheuttavat myös unettomuutta ja valveilla ollessa väsymystä. Tätä voidaan lieventää työjaksojen pituudella. (Huttunen 2010b.)

Aikaerorasitus eli jet lag ilmenee usean aikavyöhykkeen ylityksessä, jolloin ihmisellä väsymys ja virkeys ilmenevät väärään aikaan paikalliseen aikaan nähden. Itään päin matkustettaessa jet lag on pahempi kuin länteen matkustettaessa. Aikaerorasitus korjaantuu nopeimmin, jos ihminen yrittää olla valveilla paikallisen ajan mukaisesti. Lääkkeellisenä hoitona on ottaa unilääkettä tai melatoniinia muutamana iltana. Hyvänä hoitona on myös liikunta ja auringonvalo, jotka piristävät. (Partinen & Huovinen 2007, 84; Huttunen 2010b.)

2.5 Unenaikaiset liikehäiriöt ja erityishäiriöt

Unenaikaisista liikehäiriöistä levottomat jalat –oireyhtymä on tavallisempia unihäiriöitä. Se on keskushermoston dopamiinijärjestelmän häiriö, josta kärsii 10 % suomalaisista, ja naisilla se on yleisempää. Oireyhtymässä nukkumaan mennessä jalkoihin alkaa tulla ikäviä tuntemuksia, mihin auttaa jalkojen liikuttelu.

Unen saaminen on näin ollen vaikeaa ja uni on kaiken kaikkiaan katkonaista, sillä yöllä pitää nousta kävelemään. Lääkkeettömänä hoitona voi käyttää kivennäisaineiden ja vitamiinien lisäämistä, elämäntapojen muuttamista, hyvää uni-hygieniaa ja omakohtaisia lievitysmenetelmiä. Lääkehoitona käytetään ensisijaisesti dopamiiniantagonisteja. Muita vaihtoehtoja ovat rauhoittavat lääkkeet, unilääkkeet ja kipulääkkeet. (Partinen & Huovinen 2007, 123, 127 - 131.)

Yöllisessä raajojen liikehäiriössä eli PLMD –oireyhtymässä ihminen liikuttelee tiedostamatta käsiään ja jalkojaan nukkuessaan. Yleensä liikesarjat esiintyvät jaksoittain. Yöllisestä jaksoittaisesta raajaliikehäiriöstä ja levottomista jaloista kärsii usein sama potilas. (Partinen & Huovinen 2007, 134.)

Unenaikaiset erityishäiriöt eli parasomniat ovat äkillisiä, tahattomia ja ajoittaisia fyysisiä ilmiöitä. Parasomniat jaetaan neljään ryhmään sen mukaan, missä univaiheessa ne esiintyvät. Tavallisimpia unenaikaisia erityishäiriöitä ovat unissapuhuminen, painajaiset, yölliset kauhukohtaukset, hampaiden narskuttelu, unisakävely, yökastelu ja REM-unikäyttäytymishäiriö. Elämän raskaudet, kuten stressi, voi lisätä parasomnioiden esiintymistä. (Hyypä & Kronholm 1998, 120; Partinen & Huovinen 2007, 118.)

Aikuisista 5 - 7 % puhuu usein tai aina unissaan, mistä ei ole yleensä haittaa, mutta voi olla kiusallista. Se voi ilmetä REM-unen tai eri S-unien aikana. Unissapuhuminen voi tapahtua unien näkemisen aikana tai ilman. (Partinen & Huovinen 2007, 118 - 119.)

Painajaiset ovat pitkiä, pelottavia unia, jotka esiintyvät aamuyöstä REM-unen aikana ja herättävät usein. Yli 3 % suomalaisista näkee usein painajaisia, ja muutenkin unihäiriöistä kärsiville henkilöillä painajaiset ovat yleisiä. Puolestaan yölliset kauhukohtaukset alkavat 1 - 3 tunnin jälkeen nukahtamisesta syvän unen aikana. Aikuisilla tämä on kuitenkin harvinainen. (Hyypä & Kronholm 1998, 121; Partinen & Huovinen 2007, 119 - 120.)

Hampaiden narskuttelua esiintyy S2-unen aikana ja lähes kaikilla (85 - 90 %) sitä esiintyy jossakin elämän vaiheessa. Viidellä prosentilla se on jopa haittaavaa. Hampaiden yhteen pureminen aiheuttaa purentahäiriöitä. Aikuiset, joilla on

tapana narskutella hampaita, ovat yleensä jännittäjiä ja stressaantuneita. (Hyypä & Kronholm 1998, 121; Partinen & Huovinen 2007, 120.)

Unissakävelyä ilmenee 1 - 15 % suomalaisista. Tätä on eniten lasten keskuudessa, mutta aikuiset unissakävelijät ovat kävelleet myös lapsuudessa. Aikuisilla se voi liittyä psyykkisiin ongelmiin. Liikarasitus ja väsymys voi altistaa myös terveitä aikuisia kävelemään unissaan sekä kuumesairaukset. Unissakävely alkaa muutaman tunnin kuluttua nukahtamisesta syvän unen aikaan. (Partinen & Huovinen 2007, 121.)

2.6 Muihin sairauksiin liittyvät unihäiriöt

Useisiin sairauksiin liittyy myös unihäiriöitä. Niitä esiintyy esimerkiksi pitkäaikaisissa sairauksissa, kuten sydän- ja verenkiertoelinten sairauksissa, keuhkosairauksissa ja neurologisissa sairauksissa. Äkillinen tai pitkäkestoinen kipu, kuten tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja erilaiset reumat, pitävät ihmisiä usein hereillä. Unettomuutta esiintyy myös mielenterveyden häiriöissä, esimerkiksi masennuksessa ja psykooseissa. Unihäiriöitä ilmenee älyllisestä kehitysvammaisuudesta, fyysisistä vajaatoiminnoista, päihderiippuvuudesta tai alkoholismista kärsivällä ihmisellä. Eri unihäiriöt, kuten uniapnea ja levottomat jalat –oireyhtymä lisäävät myös unettomuutta. (Kivelä 2007, 41 - 42; Käypä hoito 2008.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaisista unihäiriöistä nuoret aikuiset ja aikuiset kärsivät. Tavoitteena on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla unettomuuden, uniapnean ja narkolepsian itsehoitokeinoja, eri hoitomuotoja ja miten nämä unihäiriöt vaikuttavat ihmisen elämänlaatuun. Valitsin nämä kolme unihäiriötä tarkemmin tarkasteltavaksi, sillä unettomuus ja uniapnea ovat yleisiä ja narkolepsia on puolestaan puhututtanut lähiaikoina sikainfluenssarokotteiden yhteydessä. Tarkastelen aihetta potilaslähtöisesti ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tätä opinnäytetyötä voi hyödyntää unihäiriöistä kärsivät ihmiset, unihäiriöistä kiinnostuneet ja hoitohenkilökunta sekä hoitoalan opiskelijat.

Tutkimuskysymykset:

Unettomuus

1. Mitkä ovat unettomuuden itsehoitokeinot?
2. Millainen on unettomuuden lääkehoito?
3. Miten unettomuus vaikuttaa elämänlaatuun?

Unenaikaiset hengityshäiriöt

1. Mitkä ovat uniapnean itsehoitokeinot?
2. Millainen on uniapneaa sairastavan leikkaushoito?
3. Miten uniapnea vaikuttaa elämänlaatuun?

Narkolepsia

1. Mitkä ovat narkolepsian itsehoitokeinot?
2. Millainen on narkolepsian lääkehoito?
3. Miten narkolepsia vaikuttaa elämänlaatuun?

4 Opinnäytetyöprosessin toteuttaminen

4.1 Kirjallisuuskatsaus aineiston keruumenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jossa tutkitaan aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia. Se pyrkii näyttämään, miten aihetta on aikaisemmin tutkittu, mistä näkökulmasta ja miten suunnitteilla oleva tutkimus liittyy aikaisempiin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsauksessa keskitytään sellaiseen kirjallisuuteen, josta saadaan tutkimuksen kannalta mahdollisimman hyödyllistä tietoa. Tällaista kirjallisuutta on muun muassa aikakauslehtiartikkelit, tutkimusselosteet ja muut keskeiset julkaisut. Lähdeviitteet täytyy merkitä katsaukseen tarkasti, sillä näin lukija voi arvioida tiedon käyttöä sekä uuden tiedon rakentamista. (Hirsjärvi, Remes & Sajaavaara 2009, 121.)

Kirjallisuuskatsauksessa käytetään siis paljon tutkimustietoa, joka tiivistetään hallittavampaan ja käyttökelpoisempaan muotoon (Patala-Pudas 2008). Katsauksessa usein etsitään vastausta tutkimuskysymyksiin ja tämän menetelmän käyttö edellyttää, että aiheesta on riittävästi tutkittua tietoa (Leino-Kilpi 2007, 2). On tärkeää valita asianmukaista tietoa, joka vastaa tekijän asettamiin tutkimuskysymyksiin. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen vaatii tarkkaa ja huolellista perehtymistä kyseiseen aihealueeseen. Se opettaa myöskin hyvin paljon tekijää aiheesta, tutkimuksen tekemisestä sekä lähdetiedon referoinnista. (Hirsjärvi ym. 2009, 259.)

Toteutan opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksena, koska sen avulla unettomuudesta, uniapneasta ja narkolepsiasta saa kattavan kokonaiskuvan. Kirjallisuuskatsauksessa jo olemassa olevista tutkimuksista on hyötyä kuvailtaessa jonkinlaista ongelmatilanteen taustaa tai kehitystä. Perinteisessä kirjallisuuskatsauksessa ei välttämättä tarvitse kuvailla tutkimuksen hakua, valintaa ja käsittelyprosessia niin tarkasti kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. (Johansson 2007, 3 - 4.)

Tarkoituksena on etsiä tietoa asetettuihin tutkimuskysymyksiin eri tietokannoista, kuten Artosta, Aleksista, Lindasta ja Ovidista, sekä Internetistä, koska näillä keinoilla saadaan parhaiten vastaukset etsittyihin kysymyksiin. Aineistojen hakutermeinä käytetään esimerkiksi unettomuus, unihäiriö, uniapnea, obstruktiiv-

nen uniapnea, uniapnea-oireyhtymä, narkolepsia, nukahtelusairaus, itsehoitokeino, itsehoito, omahoito, lääkitys, lääkehoito, elämänlaatu, leikkaushoito ja kirurgia, jotka on YSA:n avulla määritelty. MOT:n avulla määritellään englanninkieliset hakutermit, joita ovat insomnia, sleeplessness, sleeping disorder, sleep apnea, obstructive sleep apnea, sleep apnea syndrome, narcolepsy, sleeping disease, self-care, medication, pharmacotherapy, quality of life, existence, operation ja surgery. Aineiston valintakriteereinä on suomen- tai englanninkielinen aineisto, joka on ilmestynyt vuosina 2006 - 2012. Kuitenkin lopulta valitsin kaksi artikkelia, jotka ovat ilmestyneet aikaisemmin, koska ne soveltuivat hyvin sopivan sisällön vuoksi. Aineiston on käsiteltävä unettomuutta, uniapneaa tai narkolepsiaa ja niiden hoitokeinoja sekä näiden unihäiriöiden vaikutusta elämänlaatuun nuorten aikuisten tai aikuisten näkökulmasta.

Opinnäytetyön idea syntyi keväällä 2011. Tarkoituksena oli tehdä opinnäytetyösuunnitelma valmiiksi ennen joulua 2011. Tammi-helmikuussa tein tiedonhakuja eri tietokannoista, minkä jälkeen analysoin saamani aineiston. Huhtikuussa aloin kirjoittaa raporttia. Kevään 2012 aikana oli tarkoitus tehdä opinnäytetyö lähes valmiiksi, mutta raportin kirjoittaminen jatkui vielä syksyllä. Syksyyn jätin työn esittämisen eli viittä vaille valmis –seminaarin.

4.2 Deduktiivinen sisällönanalyysi

Aineistojen perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi, jonka avulla analysoidaan erilaisia aineistoja ja kuvataan niitä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133). Usein tutkimuskysymykset ohjaavat valmiiksi menetelmien ja analyysien valintaa, ja on todettakin, että ongelma ja analyysi ovat tavallisesti rakenteeltaan yhteneväiset. Analyysivaiheessa selviää, minkälaisia vastauksia tutkimusongelmiin saadaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.) Sisällönanalyysin tehtävänä on saada kattava ja tiivis kuvaus aiheesta yleisessä muodossa, mistä syntyy erilaisia käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134).

Sisällönanalyysi voi olla induktiivinen eli aineistolähtöinen tai deduktiivinen eli teorialähtöinen. Tämän opinnäytetyön aineisto analysoidaan deduktiivisella sisällönanalyysillä, koska se on teoriaa testaavaa sekä teorialähtöistä ja tutki-

muksessa ei luoda uutta tietoa. Deduktiivisessa sisällönanalyysissa aineiston luokittelu rakentuu teoriaan, teoreettiseen taustaan tai käsitejärjestelmään. Tekijän on myös valittava, kohdistuuko analyysin aineisto ilmi- vai piilosisältöihin. Ilmisisältöisessä analyysissa aineisto jaetaan analyysiyksiköihin, kun taas piilosisältöisessä analyysissa analysoidaan myös piilossa olevia viestejä. Tässä opinnäytetyössä käytetään ilmisisältöihin kohdistuvaa analyysia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134 - 136.)

Deduktiivisessa analyysissa voi siis käyttää valmista viitekehystä, joka auttaa aineiston analysoimisessa. Sisällönanalyysi voi rakentua teemasta, käsitekartasta tai mallista, joka perustuu aikaisempaan tietoon. Tämän perustella tehdään analyysirunko, johon etsitään aineistosta sopivia asioita. Analyysirunko voi olla strukturoitu, jolloin otetaan sellaisia asioita, jotka sopivat analyysirunkoon. Jos käyttää valmista analyysirunkoa, analyysi tehdään joko aineistosta keräämällä ne asiat, jotka soveltuvat luokitusrunkoon, tai siitä kerätään myöskin sellaisia asioita, jotka eivät kuulu siihen. Analyysirunko voi olla väljä, jolloin laaditaan aineistosta kategorioita, jotka noudattavat induktiivista sisällönanalyysia. Tässä tapauksessa niille tehdään oma luokka käyttäen induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7 - 8.)

Tässä opinnäytetyössä laaditut tutkimuskysymykset toimivat luokitusrunkona, ja empiirisiä määritelmiä on käytetty työssä, jolloin tutkimuskysymyksiin on otettu oikeaa tietoa. Aineisto kerättiin aluksi otsikon mukaan, ja sen jälkeen luettiin artikkelien tai pro gradujen tiivistelmät läpi ja silmäiltiin artikkeleita. Jos artikkeli käsitteli ja antoi vastauksia tutkimuskysymyksiin, se luettiin kokonaan läpi. Aineistosta siis kerättiin vain niitä asioita, jotka sopivat analyysirunkoon eli tässä tapauksessa ne asiat antoivat vastauksen tutkimuskysymyksiin. Samaa asiaa käsittelevät artikkelit pinottiin samaan kasaan, jotta artikkelit löytyisivät paremmin. Kuitenkin monessa tutkimuksessa oli ilmauksia, jotka vastasivat useampaan tutkimuskysymykseen. Saatu aineisto luettiin moneen kertaan läpi ja tekstistä alleviivattiin kuhunkin tutkimuskysymykseen löydetty vastaukset ja ilmaukset. Aineiston pelkistäminen toteutettiin siis etsimällä aineistosta analyysirungon mukaisia ilmauksia. Näin aineistoista tuli kerättyä kaikki oleellinen tieto, jotka vastasivat laadittuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymyksiä vastaavat il-

maukset kerättiin analyysirunkoon, joka myös hahmottaa tutkimustuloksia. Aineisto koostui yhteensä 27 aineistosta. Kolme oli pro gradu –tutkielmaa, joista kaksi oli englanninkielisiä ja 24 artikkelia, joista kolme oli puolestaan englanninkielisiä. Liitteessä 1 on esitetty analysoitava aineisto ja liitteessä 2 analyysirunko.

5 Opinnäytetyöhön liittyvät eettiset näkökohdat

Tutkimusetiikka voidaan jakaa tieteen sisäiseen ja ulkopuoliseen etiikkaan. Sisäisellä etiikalla tarkoitetaan jonkin tieteenalan luotettavuutta ja totuudellisuutta, jolloin käsitellään suhdetta tutkimuskohteeseen, tavoitteeseen ja koko tutkimusprosessiin. Esimerkiksi tutkimusaineistoa ei saa luoda tyhjästä eikä väärentää. Tieteen arvosteltavuus vaatii myös omien perusteiden ja toimintatapojen arviointia erilaisista näkökulmista. Tieteen ulkopuolisella etiikalla puolestaan tarkoitetaan sitä, miten alan ulkopuoliset asiat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja kuinka asiaa tutkitaan. Tästä yleisimpänä esimerkkinä on rahoittajien kiinnostus tukea jotakin tutkimusta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173.)

Eettisiä asioita käydään läpi koko opinnäytetyöprosessin aikana, sillä itse aiheenvalintakin on eettinen ratkaisu (Hirsjärvi ym. 2009, 24). Olisi tärkeää, että tutkittava asia on mielekäs ja perusteltu (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 365). Kirjallisuuskatsauksessa niin kuin muissakin tutkimustöissä vaatimuksena on rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkaavaisuus, esimerkiksi tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa (Hirsjärvi ym. 2009, 24). Tutkimuksen tietolähteet on valittava tutkimuskysymysten perusteella, koska niihin halutaan löytää vastaus. Etenkin kirjallisuuskatsauksessa oikeiden tietolähteiden valinta on hyvin tärkeää, koska tietolähteiden valinta voi vaikuttaa tutkimustuloksiin. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 366.)

Työtä tehdessä täytyy kunnioittaa tutkijoiden tutkimuksia ja saavutuksia eikä heidän osuuttaan saa vähätellä. Analyysivaiheessa on keskeistä, että analyysi tehdään huolellisesti ja luotettavasti käyttäen kaikkea kerättyä tutkimusaineistoa. Tutkimustuloksia ei pidä vääristellä eikä yleistää. Raportointi ei saa olla myöskään puutteellista tai harhaanjohtavaa. Työhön on merkittävä rehellisesti käytetyt lähteet, ja niiden pitäisi olla luotettavia sekä mahdollisimman uusia, jot-

ta tieto ei olisi vanhentunutta. Myöskään toisten tekstiä ei saa plagioida. (Hirsjärvi ym. 2009, 26 - 27; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 364, 369.) Tässä opinnäytetyössä näitä kyseisiä asioita pyrittiin noudattamaan mahdollisimman tarkasti. Analyysivaiheessa aineisto luettiin useaan kertaan läpi ja alleviivattiin tutkimuskysymyksiin vastaavat asiat, jotta kaikkea oleellista tietoa hyödynnettäisiin. Analyysivaiheessa käytettiin myös hyödyksi deduktiivista sisällönanalyysiä. Tutkimustuloksia ei vääristelty, vaan kerrottiin rehellisesti, miten asia on. Raportointi on myös yritetty tehdä mahdollisimman selkeäksi, jotta väärinkäsityksiä ei pääsisi syntymään. Lähteitä valittaessa on käytetty lähdekritiikkiä, jotta ne olisi luotettavia. Lähteet on myös merkitty huolellisesti tekstiin. Aineiston valintakriteerinä oli myös se, että ne ovat ilmestyneet viimeisen kuuden vuoden aikana, jotta tieto ei olisi vanhentunutta. Muiden tekstiä ei ole plagioitu, vaan kerrottu omin sanoin.

6 Tulokset

6.1 Unettomuuden hoitokeinot ja vaikutus elämänlaatuun

6.1.1 Unettomuuden itsehoitokeinot

Unettomuuteen on monia itsehoitokeinoja, ja ensimmäiseksi kannattaa kokeilla lääkkeettömiä hoitoja ennen kuin turvautuu unilääkkeisiin. Unihygienian hyvä noudattaminen on tärkeää, mikä tarkoittaa sellaisia tekoja, jotka edistävät hyvää unta. Alkoholin juomista muutama tunti ennen nukkumaan menoa olisi hyvä välttää, samoin kahvin ja muiden kofeiinia sisältäviä juomien juomista sekä tupakointia (4 - 5 tuntia). (Huttunen 2011b.) Unen saantia saattaa auttaa hiilihydraattipitoinen ruoka ennen nukkumaan menoa, mutta raskasta ateriaa on syytä välttää. Nälkäisenäkään ei pidä mennä nukkumaan, koska se vaikeuttaa nukahtamista. (Riikola & Partinen 2008.) Liikunta alkuillasta, kello 17 - 20, auttaa myös saamaan unen paremmin, mutta raskasta liikuntaa tuosta myöhemmin on syytä välttää, sillä sekin virkistää. Makuuhuone tulisi olla viileähkö 17 - 20 astetta, pimeä ja hiljainen. Lämpimät sukat saattavat auttaa nukahtamista, sillä se lisää jalkojen pintaverenkiertoa ja laskee samalla elimistön sisäistä lämpötilaa. (Huttunen 2011b.)

Unettoman ihmisen kannattaa mennä sänkyyn vasta, kun hän tuntee olevansa väsynyt tai unelias. Jos uni ei tule puoleen tuntiin mennessä, kannattaa esimerkiksi nousta ja mennä sänkyyn takaisin, kunnes on unelias. Nautinnollinen seksi voi myös auttaa nopeuttamaan unen saantia. On muistettava, että sänky on vain nukkumista varten, joten ylimääräistä oleilua siinä kannattaa välttää. Ennen nukkumaan menoa on myös hyvä rentoutua, kuten käydä lämpimässä suihkussa tai kylvyssä. Hiljainen ja rauhoittava musiikin kuuntelu auttaa myös rentoutumisessa ja nukahtamisessa. (Huttunen 2011b.)

Jos puolison kuorsaaminen tai kääntyily vaikeuttaa unta, on syytä kokeilla erillisissä sängyissä tai eri huoneissa nukkumista. Jos äänet tai valoisuus häiritsevät unen saantia, kannattaa käyttää korvatulppia tai silmälappuja. Sopimaton patja voi olla myös syynä unettomuuteen. Erilaisia kipuja ei kannata kuunnella, vaan ottaa herkästi särkylääkettä, jotta kivut eivät pääse häiritsemään unta. (Huttunen 2011b.)

Unettomuudesta kärsivälle henkilölle on hyvin tärkeää noudattaa säännöllistä unirytmää. Kannattaa mennä vuoteeseen normaaliin nukkumaanmenoaikaan ja nousta aamulla säännöllisesti riippumatta siitä, kuinka monta tuntia yöllä on nukkunut. Päiväunia on vältettävä, sillä niillä on tapana vähentää yöunen määrää. (Huttunen 2011b.)

Unettomuuden itsehoidossa on huomionarvoista se, että ihminen ei pelkää unettomuutta, sillä se vaikuttaa heti unen saantiin. Ei pidä myöskään yrittää väkisin nukahtaa, vaan unen pitää antaa tulla itsestään, koska sekin nostaa viireystasoa ja pitää ihmistä valveilla. Unettomuus on erittäin kuluttavaa, ja siksi potilaat tarvitsevatkin ennen kaikkea huolen ja murheen kuuntelua. Huolet onkin käsiteltävä päivällä, koska muuten asioiden miettiminen vie yönet nukkumaan mentäessä. (Riikola & Partinen 2008; Huttunen 2011b.)

Kroonisen unettomuuden ensisijaisena hoitona ovat kognitiiviset menetelmät, joilla tarkoitetaan terapioita, joissa tutkitaan potilaan mielen toimintamallien ja niistä johtuvan toimintatavan vaikutusta unettomuuteen. Terapiassa myös tutkitaan, miten hoidon myötä tulevat muutokset kokemisen tavassa ja käyttäytymisessä vaikuttavat hyvinvointiin. Kognitiivisiin hoito-ohjelmiin kuuluu yleensä

myös muun muassa unen ja nukkumisen opastusta, unihygieniaa, ärsykehallintaa, unen rajoittamista, rentoutusta ja spesifejä kognitiivisia menetelmiä. Kognitiiviset menetelmät ovat siitä hyvä, että ne vaikuttavat unettomuutta ylläpitäviin tekijöihin ja niiden vaikutus säilyy hoidon lopettamisen jälkeen. Kognitiivinen hoito aloitetaan selvittämällä unettomuuden noidankehä ja pyritään katkaista se. Unettomuudesta kärsivän on aluksi hyvä pitää päiväkirjaa, johon kirjataan ylös päivittäisten tapahtumien, nukkumaan menon ja valvomiseen liittyvät ajatukset ja tunteet. Nämä ovat hoitohenkilökunnalle erittäin tärkeää tietoa unettomuuden selvittelyssä. Jotkut hoitomenetelmät vaikuttavat toimintatapoihin, kuten unirytmien säännölistämiseen, elämäntapamuutoksiin ja nukkumista helpottavien asioiden luomiseen. (Kajaste 2005, 2456; Käypä hoito 2008.)

Muita lääkkeettömiä hoitoja ovat hypnoosihoito ja kirkasvalohoito. Hypnoosihoidon tulokset ovat samaa luokkaa kuin muillakin rentoutusmenetelmillä. Kuitenkin hypnoosilla on mahdollisesti progressiivista rentoutusta suuremmat pitkäaikaisvaikutukset. Kirkasvalohoito voi auttaa viivästyneessä tai aikaistuneessa unijaksossa, mutta valon tehoa krooniseen unettomuuteen ei ole kuitenkaan tutkittu. (Käypä hoito 2008.)

6.1.2 Unettomuuden lääkehoito

Lyhytaikaisessa ja tilanneriippuvaisessa unettomuuden hoidossa käytetään usein unilääkitystä, jos muusta unihuollosta ei ole apua. Pitkäaikaiseen unettomuuteen ensisijainen hoito on puolestaan kognitiivinen terapia. (Käypä hoito 2008.) Krooniseen unettomuuteen ei suositella unilääkkeitä, koska pitkäaikainen käyttö tuo haittavaikutuksia. Kuitenkin lääkkeitä usein käytetään, koska ei ole muita yksinkertaisia menetelmiä lievittää unettomuudesta kärsivän tuskaa. Kuitenkin epäillään, että uusimmat unilääkkeet (tsopikloni, tsaleploni ja tsolpideemi) eivät olisi niin haitallisia ja että ne olisivat myös tehokkaampia. (Kajaste 2005, 2455 - 2456.)

Unilääkkeet pidentävät yleensä unta, mutta niillä on runsaasti haittavaikutuksia, kuten seuraavan päivän väsymys ja tarkkaavaisuuden ongelmat. Lyhytaikaisessa unettomuudessa käytetään useimmiten bentsodiatsepiinijohdoksia tai unettomuuden hoitoon sopivia depressiolääkkeitä, kuten doksepiinia, trimipramiinia,

mirtatsapiinia tai tratsodonia. Bentsodiatsepiineja ovat esimerkiksi nitratsepaami, diatsepaami, oksatsepaami ja tematsepaami. Bentsodiatsepiinien tavoin vaikuttavia unilääkkeitä ovat tsaleploni, tsolpideemi ja tsopikloni. Melatoniinia voi käyttää esimerkiksi viivästyneen unijakson hoidossa, pitkäaikaiseen unettomuuteen tai aikaerosta johtuvan unettomuuden hoidossa. Lyhytvaikutteisissa unettomuuden hoidossa kannattaa käyttää lääkkeitä, joilla on lyhyt puoliintumisaika. Tällöin haittavaikutuksetkin ovat lievempiä ja vähäisempiä. (Käypä hoito 2008.)

Bentsodiatsepiinit ovat sedatiivisia ja anksiolyyttisiä. Ne rentouttavat poikkijuovaista lihasta, heikentävät muistia, saavat aikaan voimakkaan sedaation alkoholia juodessa samanaikaisesti ja estävät kouristuksia. Kyseiset lääkkeet voivat mahdollisesti myös lamata hengitystä ja ne alentavat suorituskykyä ja lisäävät onnettomuusriskiä. Bentsodiatsepiinijohdokset eivät vaikuta kuitenkaan unen rakenteeseen niin paljon kuin itse bentsodiatsepiinit. Bentsodiatsepiinit myös heikentävät kognitiivisten hoitojen tuloksia. Väsymystä aiheuttavat depressiolääkkeet tehoavat pitkäaikaiseen unettomuuteen, koska ne nopeuttavat unensaantia ja vähentävät yöheräilyä. Unettomuutta hoidettaessa depressiolääkkeillä annos täytyy olla huomattavasti pienempi kuin masennuksen hoidossa. Esimerkiksi pieni annos doksepiinia auttaa yli kolmen kuukauden kestäneeseen unettomuuteen. Depressiolääkkeet eivät ole kuitenkaan ensisijaisia unettomuuden hoidossa, koska haittavaikutukset rajoittavat niiden käyttöä. (Käypä hoito 2008.)

Krooniseen unettomuuteen on käytetty myös erilaisia antipsykootteja, varsinkin, jos unettomuuteen yhdistyy runsas alkoholinkäyttö. Näitä lääkkeitä ovat muun muassa klooriprotikseeni, levomepromatsii, melperoni ja promatsiini. Ketiapiinista on tullut suosittu kroonisen ja pitkäaikaisen unettomuuden hoidossa. Joskus käytetään myös erilaisia sedatiivisia antihistamiineja. Esimerkiksi hydroksitsiinia on käytetty paljon klooriprotikseenin ja promatsiinin ohella alkoholiriippuvaisten potilaiden unettomuuden hoidossa. (Huttunen 2008.)

Valeriaanaa, joka on tehty rohtovirmajuuresta, on käytetty pitkään myös unettomuuden hoidossa. Se on käyttökelpoinen esimerkiksi lievään nukahtamisvai-

keuteen tai yölliseen heräilyyn. Valeriaanaan ei liity haittavaikutuksia. (Huttunen 2008.)

Unilääkkeen käyttö kannattaa rajoittaa enintään kahteen viikkoon, jotta riippuvuutta lääkkeeseen ei ehtisi tulla. Pitkäaikaisen lääkityksen lopettaminen voidaan tehdä niin, että lääkettä otetaan joka toinen ilta tai enintään neljänä iltana viikossa enintään kuukauden ajan. Pitkäaikainen unilääkitys on aina lopetettava annosta pienentämällä ja se saattaa kestää jopa useita kuukausia. (Käypä hoito 2008.)

6.1.3 Unettomuuden vaikutus elämänlaatuun

Unettomuus vaikuttaa heikentävästi ihmisen työkykyyn ja elämänlaatuun psyykkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti. Unettomuus aiheuttaa päiväväsymystä, mielialan vaihteluita ja ärtyneisyyttä. Se myös heikentää keskittymiskykyä, muistia ja uuden oppimista. Unettomuus voi altistaa masennukselle ja muille mielenterveysongelmille sekä se voi johtaa liialliselle päihteiden käytölle. Voimakkaat tuntemukset ovat myös yleisiä unettomille. Myös toistuvat poissaolot töistä lisääntyvät. (Kyle, Morgan & Espie 2010, 69 - 70; Tietoa unettomuudesta 2011.)

Unettomuus vaikuttaa myös fyysiseen hyvinvointiin. Se altistaa erilaisille sairauksille, kuten sepelvaltimotaudille, kohonneelle verenpaineelle, sydän- ja verisuonisairauksille, diabetekselle, metaboliselle oireyhtymälle ja se lisää keskivartalolihavuutta. Aineenvaihdunnan häiriöt ovat myös mahdollisia. Syvä uni pitää elimistön puolustusjärjestelmää kunnossa, mutta unettomuudesta kärsivällä syvää unta ei ole kovin paljon, joten sairauksia tulee helpommin ja paraneminen on voi kestää kauemmin. Onnettomuus- ja tapaturmariski on myös lisääntynyt unettomalla ihmisellä. Unettomuudesta kärsivät myös stressaantuvat herkästi, mikä altistaa siten myös muille fyysisille vaivoille. (Kajaste 2005, 2454; Tietoa unettomuudesta 2011.)

Jos unettomuus pääsee kehittymään vakavaksi, se saattaa herkästi jäädä pysyväksi. Vaikean unettomuuden mediaani on neljä vuotta, mutta se kestää useimmiten lievempänä pitempään. Tutkimusten mukaan noin 90 %:lla on uni-vaiveuksia viiden vuoden kuluttua unihäiriön alkamisesta ja jopa puolella vielä kymmenen vuoden päästäkin. (Kajaste 2005, 2454.)

6.2 Uniapnean hoitokeinot ja vaikutus elämänlaatuun

6.2.1 Uniapnean itsehoitokeinot

Uniapnean tavallisimmat itsehoitokeinot ovat laihduttaminen, painonhallinta, hyvästä unihygieniasta huolehtiminen, alkoholin ja rauhoittavien lääkkeiden sekä selällään nukkumisen välttäminen, nenän tukkoisuuden hoito ja mahdollisten sekundaaristen sairauksien hoito sekä CPAP-hoito. Nämä eivät kuitenkaan yleensä riitä uniapnean hoidossa. (Ingman, Mäkitie, Bäck, Arte & Bachour 2012, 710.)

Suomessa ylipainoisia miehiä on 66 % ja naisia 53 % (Sahlman 2011, 8). Yli 70 % uniapneaa sairastavista on ylipainoisia, ja lihavuus onkin merkittävin tekijä uniapnean ja sen liitännäissairauksien synnyssä. Painonlasku voi lieventää uniapneaa, mutta se ei kuitenkaan paranna sitä kokonaan. (Tuomilehto, Seppä, Gylling & Uusitupa 2009, 931.) Pienikin painonpudotus on hyödyllistä, sillä se vaikuttaa myönteisesti uniapnean vaikeusasteeseen ja hengityskatkosten määrään. Laihduttaminen vähentää ylähengitysteiden painumista kokoon ja rasvakudoksen määrää nielussa. Osalla potilaista myös kuorsaus saattaa hävitä. Uniapneaa sairastavat ihmiset tarvitsevat usein ravitsemusasiantuntijoiden neuvontaa ja tukea laihduttamisessa, sillä laihduttaminen ja painonhallinta ovat vaikeaa. Pitää muistaa, että ohjattu, aktiivinen laihdutus on pelkkää neuvontaa parempi ja sitä tulee olla tarjolla jo perusterveydenhuollosta alkaen. (Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 89 – 90, 93.)

Runsas alkoholinkäyttö ja tupakointi pahentavat myös unenaikaista hengityshäiriötä. Varsinkin alkoholin nauttiminen illalla rentouttaa ylähengitystielihaksia ja lisää ahtautumistaipumusta nukkuessa. Tupakointi puolestaan aiheuttaa limakalvojen turpoamista ja limaisuuden lisääntymistä, jotka pahentavat kuorsausta. Tästä syystä alkoholinkäyttöä on syytä vähentää ja lopettaa tupakointi, jotta uniapnea ei pahentuisi. Myös unilääkkeet, voimakkaasti keskushermostoon vaikuttavat kipulääkkeet ja rauhoittavat lääkkeet aiheuttavat väsymystä entisestään ja vähentävät ylähengitysteiden lihasten janteyttä ja näin lisäävät hengityskatkosten määrää unen aikana. Näiden lääkkeiden käyttö on turvalli-

sempaa, jos potilaalla on käytössä CPAP-laitehoito. (Anttalainen 2006, 2842 - 2843.)

Ylipainehengityshoito eli CPAP-hoito on ensisijainen hoitomuoto keskivaikeassa ja vaikeassa uniapneassa. CPAP-hoitoa voidaan käyttää myös lievemmässä uniapneassa, mikä on todettu tehokkaaksi hoidoksi, jos oireiluun liittyy päiväaikaista väsymystä. Tässä hoitomuodossa potilas hengittää nenämaskin kautta ylipaineista ilmaa. CPAP-hoito on lähes kaikille uniapneetikoille hoitomuoto, joka tehoaa erinomaisesti taudin oireisiin, muttei kuitenkaan paranna sairautta. On todettu myös, että hoito vähentäisi kardiovaskulaarista sairastuvuutta ja kuolleisuutta. (Seppä ym. 2007, 90; Latva-Reinikka 2011, 81.)

Potilaista 60 - 80 % tottuu pitkäaikaiseen hoitoon, lieväoireiset puolestaan sitoutuvat heikommin. (Ingman ym. 2012, 710.) CPAP-hoito ei ole kaikille sopiva vaihtoehto ja näitä epäonnistumisen syitä on muun muassa erilaiset maskien ja remmien epämukavuudet, nenän tukkoisuus, vaikeus sopeutua laitteeseen, laitteen ääni ja laitteen käsittelyn hankaluus. Vääränlainen maski huonontaa hoidon tehoa ilmavuodon takia ja se voi ärsyttää silmiä. (Aalto, Maasilta & Bachour 2008, 3306.)

CPAP-hoidon aloituksessa on tärkeää löytää oikea painetaso, joka määritellään sairaalaolosuhteissa unirekisteröinnin aikana. Tämä on todettu raskaaksi ja sen vuoksi on käytetty korvaavia menetelmiä, joita ovat automaattinen CPAP-laitteen käyttö ja arviointikaavan käyttö. Potilas saa CPAP-laitteen kotiin, jos hoito päätetään aloittaa. 1 - 2 viikon kuluttua potilaalla on unihoitajalle aika, jolloin arvioidaan hoidon soveltuvuus ja tehdään mahdolliset muutokset CPAP-paineeseen. Hoidon seuranta on siis järjestetty unihoitajan vastaanotolla. Ensimmäisen vuoden jälkeen jatkoseuranta voidaan tehdä myös avohoidossa, jos CPAP-hoito on sujunut hyvin eikä ole ilmennyt ongelmia. (Seppä ym. 2007, 90 - 91.)

Uniapneakisko on toissijainen hoitomuoto, joka soveltuu lievän ja keskivaikean unipnean hoidossa lievästi ylipainoisilla ihmisillä. Uniapneakiskon avulla alaleuka pysyy edempänä nukkumisen ajan, jolloin saadaan nieluun lisää ilmatilaa. Noin 60 - 70 % kiskon käyttäjistä tottuu sen käyttöön, ja heillä oireet helpottuvat

huomattavasti. Kiskoa pidetään suussa öisin, ja muulloin se säilytetään vedellä ja hammasharjalla puhdistettuna säilytysrasiassa. Hampaattomille potilaille kiskoa ei voi tehdä ja niille, joilla suu on kuiva esimerkiksi lääkityksen tai limakalvosairauden vuoksi, hoito ei aina sovi. (Ingman ym. 2012, 710 - 711.)

Alussa uniapneakisko saattaa aiheuttaa sivuvaikutuksia, joita ovat leukanivelten ja puremalihasten kipeytyminen, suun kuivuminen, lisääntynyt syljeneritys ja suun limakalvojen ärsyntyminen. Myös hampaat voivat olla usein aamuisin puruarat. Nämä oireet ovat ohimeneviä. Tutkimusten mukaan potilaat, joilla ylä- ja alaleuan mesio-distaalipituus on luustollisesti lyhyt, hyötyvät kyseisestä hoidosta muita paremmin. (Ingman ym. 2012, 711.)

6.2.2 Uniapneaa sairastavan leikkaushoito

Kirurgisten leikkaushoitojen päämääränä on suurentaa ylähengitysteitä, jolloin ylähengitystiet eivät painuisi tukkoon nukkuessa (Seppä ym. 2007, 92). Unipneaa sairastavalla korjataan sitä nielun osaa, mikä ahtauttaa nielua nukkuessa (Mattila 2012). Uniapneaan tarkoitettut leikkaukset ovat pehmyt- tai luurakenteisia leikkauksia riippuen ahtauman sijainnista. Ne voivat olla ylähengitysteitä avartavia, avustavia tai ylähengitysteiden ohittavia toimenpiteitä tai lihavuuskirurgiaa. Nielun avarrusleikkaukset voidaan tehdä tavanomaisella tekniikalla tai laseravusteisesti. Nenähengityksen parantamiseksi tehtävät nenän väliseinän ja ulkonenän korjausleikkaukset ja polyyppien poistot ovat yleisiä toimenpiteitä. (Seppä ym. 2007, 92; Seppä 2010.) Kuitenkin nenäleikkauksilla on matala onnistumisaste, mutta sillä saattaa olla positiivinen vaikutus unenlaatuun ja päiväväsymykseen sekä se voi auttaa CPAP-laitetta käyttäviä potilaita (Sahlman 2011, 14).

Tavallisin leikkaus on uvulopalatopharyngoplastia eli UPPP, jossa poistetaan nukutuksessa nielurisat, uvula eli kitakieleke ja osa pehmeää suulakea. Leikkaus helpottaa uniapneaoireita 50 %:lla potilaista. (Seppä ym. 2007, 92; Helsinki Ear Institute 2011.) Leikkauksen jälkioireina voi esiintyä palan tunnetta niellesä, kipuja ja toisinaan nesteen joutumista nenään nielaistaessa (Seppä ym. 2007, 92).

Laser-uvulopalatoplastia tehdään puolestaan paikallispuudutuksessa hiilidioksidilaserilla, missä poistetaan lakikaarien ja pehmeän suulaen kudosta sekä uvula. Leikkauksen tulokset ovat samaa luokkaa kuin UPPP:ssa. (Helsinki Ear Institute 2011.) Leukojen suhteita muuttamalla saadaan myös lisää tilaa nieluun. Yleisimpiä leikkauksia ovat musculus genioglossuksen kiinnityksen eteenpäin siirto, alaleuan pidennys sekä ylä- ja alaleuan siirto eteenpäin. (Seppä ym. 2007, 92.) Leikkauksen vaikutus on sitä suurempi, mitä enemmän alaleukaa pidennetään. Alaleukaa saadaan siirrettyä enemmän, jos samalla siirretään myös potilaan yläleukaa eteenpäin. Tästä käytetään nimitystä bimaxillaarinen osteotomia tai MMA-leikkaus. Tämä kirurginen hoitomuoto on tehokkain trakeostomian jälkeen, mikäli leukoja siirretään radikaalisti eteenpäin. (Seppä 2010.)

Radioaaltoablaatio (RFTA) on myös yksi kuorsauksen ja uniapnean hoitomenetelmä, joka on lähivuosina yleistynyt. Tässä hoidossa käytetään neulaelektrodia, jolla viedään suurtaajuista vaihtovirtaa hoidettavaan kudokseen ja aiheutetaan lämpöreaktio. Kudos arpeutuu ja jäykistyy ajan mittaan sekä kudoksen tilavuus vähenee. Hoito suuntautuu lähinnä pehmeään suulakeen ja nenän kuorikoihin. Toimenpide tehdään polikliinisesti paikallispuudutuksessa ja se on nopea tehdä. RFTA:lla voidaan pienentää myös kielen tyveä, mutta se voi aiheuttaa turvotusta käsittelypaikkaan ja siksi vaatii seurantaa sairaalassa. Parhaimmat tulokset RFTA-hoidosta on saatu nenän alakuorikoiden pienentämisestä. Uniapnean hoidossa hoitotulokset eivät ole kovin hyviä, mutta kuorsaukseen sillä on myönteistä näyttöä. RFTA-hoito on mahdollista uusissa ja haittavaikutukset ovat olleet harvinaisia. (Seppä ym. 2007, 92 - 93.)

Kirurgisista hoidoista trakeostomia eli henkitorviavanne on ainoa vaihtoehto, joka auttaa uniapneaan, jos potilaalla on krooninen hengitysvajaus ja jolle CPAP-hoito ei sovellu (Seppä ym. 2007, 92; Halme 2011, 5). Siinä ohitetaan ylähengitystiet kokonaan eli henkitorveen tehdään reikä. Tätä hoitomuotoa käytetään kuitenkin vain erityistapauksissa. (Seppä ym. 2007, 92.)

Lihavuuskirurgiaa voidaan myös suunnitella, jos potilaan painoindeksi on yli 35 kg/m². Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito vaikuttaa uniapnean vaikeusasteeseen ja lievittää oireita, mutta yleensä potilaat tarvitsevat kuitenkin hoitoa uniapneaan laihdutusleikkauksen jälkeenkin. (Käypä hoito 2010.)

Kirurgisten leikkaushoitojen vasta-aiheena ovat sairaaloinen lihavuus, kovasti tasapainoton sairaus, korkea ikä ja epärealistiset odotukset leikkauksen lopputuloksesta. Kirurgisilla hoitotoimenpiteillä yöllisten oireiden, kuten kuorsaus, apnea ja unettomuus, pitäisi vähentyä. Unenlaatu myös paranee huomattavasti. Päiväuneliaisuus ja –väsymys töissä on merkittävästi vähäisempää leikkauksen jälkeen. (Sahlman 2011, 14, 34.)

Uniapnean leikkaushoidoista on kuitenkin pitkäaikaisnäyttöjen puute. Tästä syystä on erityisen tärkeää harkita leikkauspäätös. Aikuisilla leikkaushoidon suunnittelu ja tulokset eivät ole yhtä varmoja kuin lapsilla. Leikkauksien määrä on kuitenkin vuosien mittaan vähentynyt, kun on huomattu, että muutamien kuukausien päästä leikkauksesta apneaoireet palaavat entiselleen. On myös huomattu, että avartavat leikkaukset auttavat paremmin kuorsaukseen kuin itse uniapneaan. On hyvä muistaa, että operatiiviset hoidot kannattaa varata erittäin tarkasti valituille ja monipuolisesti tutkituille potilaille, joilla on selvästi uniapnealle altistava anatominen tekijä. (Seppä ym. 2007, 92 - 93.)

6.2.3 Uniapnean vaikutus elämänlaatuun

Uniapnea vaikuttaa monella tapaa negatiivisesti ihmisen elämänlaatuun. Hoitamattomana uniapnean yölliset sekä päiväaikaiset oireet vain pahenevat. (Sahlman 2011, 34.) Uniapnea lisää muun muassa liikenneonnettomuuksien ja kardiovaskulaaristen sairauksien vaaraa, äkkikuolemia ja se voi myös lyhentää keskimääräistä elinikää. Uniapnea lisää myös sairastavuutta ja sairauspoissaoloja. Yöunen jatkuva katkonaisuus aiheuttaa näläntunnetta ja lisää ruokahalua hormonaalisten mekanismien kautta ja sen vuoksi vaikeuttaa laihduttamista. Unenaikaiset hengityshäiriöt aiheuttavatkin yhtä suuren kansanterveysongelman kuin tupakointi. (Seppä ym. 2007, 88; Tuomilehto ym. 2009, 931; Anttalainen 2011, 819.)

Osalla uniapneapotilaista havaitaan kognitiivisia muutoksia. Niiden esiintyvyydestä ei ole kuitenkaan tarkkaa tietoa. Kognitiivisia muutoksia voi esiintyä tarkkaavaisuuden säätelyssä, oppimisessa, muistissa, toiminnanohjauksessa, avaruudellisessa hahmotuskyvyssä ja psykomotorisessa suoriutumisessa. Uniapnea ei vaikuta juurikaan kielellisiin taitoihin tai yleiseen kognitiiviseen suoriutu-

miseen. Kuitenkin on havaittu, että kognitiivinen taso heikkenee. Esimerkiksi hypoksemia, hyperkarbia, unen häiriintyminen ja päiväväsytys ovat kognitiivisten muutosten syitä. (Saunamäki & Jehkonen 2009, 2083.)

Uniapneassa toiminnanohjauksen taidot häiriintyvät luultavasti herkimmin. Toiminnanohjauksen taidoilla tarkoitetaan kykyä säädellä omaa käyttäytymistä ja ajattelua tilanteen mukaisesti. Esimerkiksi tavoitteiden muodostaminen, toiminnan suunnitteleminen, johdonmukainen toteuttaminen, toiminnan arviointi sekä tarvittaessa toiminnan korjaaminen ja uudelleen suuntaaminen ovat toiminnanohjauksen taitoja. Myös työmuisti eli lyhytkestoinen muisti, käyttäytymisen, tunteiden ja vireystilan säätely kuuluvat näihin taitoihin. Uniapneapotilailla työmuisti, fonologinen sanasujuvuus, kognitiivinen joustavuus ja suunnittelukyky häiriintyvät eniten toiminnanohjauksen taidoista. (Saunamäki & Jehkonen 2009, 2083 - 2084.)

Uniapneaa sairastavilla tarkkaavaisuus heikkenee, mikä käy ilmi vaikeutena valikoida kohdetta ja jakaa tarkkaavaisuutta. Heillä on myös vaikeaa keskittyä pitkäkestoisissa ja yksitoikkaisissa tilanteissa. Ajo- ja työkykyä heikentävät vireyden ongelmat ja virhealttiutta voi myös esiintyä. Väsymys, nukahtelutaipumus ja tarkkaavaisuuden heikkeneminen altistavat tapaturmille työssä ja liikenteessä. (Saunamäki & Jehkonen 2009, 2084.)

Uniapneapotilailla esiintyy muitakin terveysongelmia, kuten ylipaino, korkea verenpaine, metabolinen oireyhtymä, diabetes sekä lisääntynyt riski sydämen ja aivoverenkierron häiriöihin, jotka vaikuttavat aivojen toimintakykyyn ja aiheuttavat erilaisia kognitiivisia muutoksia. Kognitiiviset muutokset heikentävät uniapneapotilaan elämänlaatua ja saattavat aiheuttaa jopa väärinkäsityksiä sosiaalisissa suhteissa. Pahimmillaan nämä oireet voivat heikentää työkykyä. (Saunamäki & Jehkonen 2009, 2084.)

Uniapneaan liittyy myös mielialamuutoksia ja yleisin niistä on masentuneisuus. Kuitenkaan ei olla varmoja, liittyykö masentuneisuus uniapnean eri oireisiin, kuten väsymykseen, uniongelmiiin ja sosiaaliseen vetäytymiseen, vai onko se primaarinen taudin seuraus. Ylipaino ja korkea verenpaine voivat myös vaikuttaa mielialan alavireisyyteen. Uniapneaa sairastavista ihmisistä 7 - 63 % kärsii

masennuksesta ja 11 - 70 % ahdistuneisuudesta. Monella masennusoireet ovat kuitenkin lieviä. Uniapneasta kärsivillä naisilla, varsinkin vaihdevuosi-ikäisillä, esiintyy masennusoireita enemmän kuin miehillä. (Saunamäki & Jehkonen 2009, 2084.) Naispotilailla on todettu olevan muutenkin enemmän oireita kuin miehillä, vaikka sairauden vaikeusaste olisikin sama. Heillä esiintyy enemmän aamupäänsärkyä, ahdistusta, univaikeuksia ja levottomat jalat –oireyhtymää. (Anttalainen 2011, 822.) Masennusta voi esiintyä, vaikka uniapnean vaikeusaste olisi lievä. Itse masennuskin voi vaikuttaa heikentävästi kognitiivista suoriutumista. Tutkimusten mukaan naisten yleinen terveydentila ja toimintakyky ovat heikentyneet tavallisesti enemmän kuin miehillä. Uniapneasta kärsivillä naisilla on enemmän myös avioeroja ja muita parisuhdeongelmia. He ovat useasti myös sosiaalisesti eristyneitä verrattuna uniapneaa sairastaviin miehiin. (Saunamäki & Jehkonen 2009, 2084 - 2085; Anttalainen 2011, 822.)

Ylipainehengityshoito parantaa usein kognitiivista toimintakykyä. Tarkkaavaisuus, vireys ja muisti paranevat, kun CPAP-hoito on käytössä. Kuitenkin työmuistin ja sanasujuvuuden ongelmia sekä avaruudellisen hahmotuskyvyn muutoksia ja psykomotorista hitautta voi jäädä. Hypokseeminen aivovaurio tai aivojen subkortikaalinen pienten verisuonten vaurio voi olla hyvinkin syynä kognitiivisten ongelmiin. CPAP-hoitoa käytettäessä masennusoireet on todettu vähentyneen. Hoidon vaikutusta ahdistuneisuuteen ei kuitenkaan vielä tiedetä. On kuitenkin vaikea tietää, vaikuttaako CPAP-hoito myönteisesti mielialaan, koska lumehoitokin saattaa vaikuttaa mielialaan. Erilaisissa tutkimuksissa on todettu, että lumehoidon vaikutus on ollut merkittävä, mutta missään ei kerrota, mitä lumehoito sisältää. On arveltu, että sairauden diagnoosikin voi itsestään parantaa mielialaa, kun tietää saavansa siihen apua. Yksilölliset käyttäytymis- ja persoonallisuuspiirteet sekä hallintakeinot vaikuttavat myös siihen, miksi jotkut kärsivät uniapneasta enemmän kuin toiset. (Saunamäki & Jehkonen 2009, 2085 - 2086.)

6.3 Narkolepsian hoitokeinot ja vaikutus elämänlaatuun

6.3.1 Narkolepsian itsehoitokeinot

Narkolepsian hoidossa on tärkeää pitää yllä säännölliset elämäntavat ja toteuttaa säännöllistä uni-valverytmiä. Muutamia etukäteen suunnitellut 10 - 20 minuutin pituiset päiväunet ovat suotavia vähentämässä päiväväsymystä. Narkoleptikon on syytä välttää raskaita ja hiilihydraattipitoista ruokavaliota sekä liiallista kofeiinin saantia ja ylipainoa. Tupakointi, alkoholi ja päihteet pahentavat oireita, joten niitäkin olisi hyvä käyttää harkiten. Liikunta auttaa saamaan paremmat yöunet ja vähentää myös päiväväsymystä. On hyvä muistaa, että monet lääkkeet aiheuttavat väsymystä, ja pahentavat myös narkolepsian oireita. Narkolepsiaa sairastavan on syytä kertoa sairaudestaan esimerkiksi sukulaisille, opettajille, työnantajille ja työkavereille, jotta oireilu ymmärretään ja mahdollisesti myös otetaan huomioon työpäivässä. Pitkäveteisissä työtehtävissä on pidettävä taukoja ja ottaa pienet päiväunet tai käydä kävelemässä ulkona, jos se on vain mahdollista. (Hublin 2008, 764; Huttunen 2011a.)

Narkolepsiaa sairastavan on myös hyvä välttää sellaisia tilanteita, jotka laukaisevat oireita, kuten pitkä paikallaan olo tai voimakkaat tunnetilat (Suomen narkolepsiyhdistys Ry 2011). Tapaturmille altistavien toimintatapojakin on vältettävä ja toiminnan ajoittaminen on suunnattava vireysminimien ulkopuolelle. Narkolepsiaan voi auttaa supportiivinen psykoterapia ja potilasyhdistystoiminta, josta saa vertaistukea. (Hublin 2008, 764.) Lääkkeettömistä hoidoista voi olla paljon hyötyäkin narkolepsiaa sairastavalle, mutta useimmat kuitenkin tarvitsevat lääkehoitoa sairauteensa jopa loppu elämän ajaksi (Thorpy 2007, 429).

6.3.2 Narkolepsian lääkehoito

Narkolepsian hoito on muuttunut hyvin paljon viimeisen vuosikymmenen aikana. Ennen käytettiin muun muassa kofeiinia oireiden helpottamiseen. Lääkehoidon päämääränä on pitää potilas valppaana ja vireänä päivän aikana ja minimoida epämieluisia haittavaikutuksia. (Thorpy 2007, 427, 429.) Narkolepsiaan on yleensä käytetty amfetamiineja ja niiden kaltaisia muita piristeitä ja katapleksiaan trisyklisiä depressiolääkkeitä. Lähiaikoina narkolepsian lääkehoitoon on tullut uusia lääkeaineita ja niiden tehosta ja turvallisuudesta on hyvää näyttöä,

joten lääkehoitosuositukset ovat uudistuneet uusien valmisteiden takia. Nykyään modafiniili on ensisijainen lääke väsymykseen ja nukahteluun ja natriumoksibaatti katapleksiaan. Toissijaisena lääkkeenä käytetään metyyliifenidaattia, trisyklisiä (klomipramiini) tai muita depressiölääkkeitä (serotoniinin takaisinoton estäjät, venlafaksiini, reboksetiini). (Hublin 2008, 763 – 764.)

Jos edellä mainitut lääkkeet eivät tehoa tai ongelmana ovat voimakkaat haittavaikutukset, on mahdollista kokeilla aikaisempia narkolepsiaan käytettyjä lääkkeitä, kuten efedriinia, selegiliinia tai d-amfetamiinia. Yönun katkonaisuuteen voidaan käyttää unilääkkeitä, mutta lääkkeen käyttö vaikuttaa seuraavan päivän vireystasoon. Natriumoksibaatti parantaa yöunta, joten se voi olla hyvä hoitokeino. (Thorpy 2007 427, 429 - 431; Hublin 2008, 763 - 764.) Vaikka narkolepsiaan ei ole parantavaa hoitoa, moni kyseistä sairautta sairastava saa hoidoista paljon apua oireisiinsa ja elämänlaatuunsa. Jokaisen narkolepsiaa sairastavan hoito on muistettava yksilöllistä. (Thorpy 2007, 427 - 429.)

Modafiniilin annossuositus on 100 - 400 mg vuorokaudessa. Vuorokauden enimmäislääkeannos on 600 mg, jota ei saa ylittää. Annoksesta otetaan osa aamulla ja loppuosa alkuiltapäivästä. Tutkimusten mukaan lääkkeen teho säilyi ja 80 %:lla potilaista oireet vähenivät. (Hublin 2008, 764.) Puolestaan erään yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan modafiniiliä käyttävistä 71 %:lla unikohtaukset vähenivät (Thorpy 2007, 431). Kyseinen lääke ei tehoa katapleksiaan. Vaikka lääke lievittää väsymystä, 400 mg syövät potilaat ovat silti keskimäärin poikkeavan väsyneitä normaaliin verrattuna. Lääkkeen haittavaikutuksista tavallisimmat ovat päänsärky ja pahoinvointi, mutta ne häviävät alkuviikkoina hoidon aloittamisesta. Modafiniili saattaa heikentää myös ehkäisytablettien tehoa. Riippuvuutta pidetään vähäisenä. (Hublin 2008, 764.)

Natriumoksibaatti vähentää yöllistä heräilyä ja vahvistaa REM-unen vaihetta, mikä on vähentänyt kataplexiakohtauksia suurimmillaan yli 80 % ja päiväväsymyksen vähenemiseen lääke on vaikuttanut merkittävästi. Lääke on nieltävää nestettä ja annoksesta otetaan puolet ennen nukkumaan menoa ja loput 2,5 - 4 tunnin päästä, jotta lääke vaikuttaisi koko yön. Aloitusannos on 4,5 g ja maksimiannos 9 g yössä. Natriumoksibaatti vähentää väsymystä samalla tavalla kuin modafiniili, mutta samaan aikaan käytettynä lääkkeet ovat huomattavasti

tehokkaampia. Natriumoksibaatti myös lisää unen syvyyttä ja vähentää yöllistä heräilyä. (Thorpy 2007, 432; Hublin 2008, 765.)

Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat unihäiriöt, huimaus, pahoinvointi ja päänsärky. Joskus myös parasomniat lisääntyvät. Haittavaikutukset ovat useimmiten lieviä, ja ne häviävät lääkettä käytettäessä tai annosta pienennettäessä. Myös sekavuutta, masennusta ja muita neuropsykiatrisia oireita on esiintynyt. Lääkkeen kanssa samanaikaisesti ei saa käyttää esimerkiksi alkoholia tai unilääkkeitä, sillä natriumoksibaatti lamaa hengitystä ja keskushermoston toimintaa. Autolla ajoa ja tarkkaavaisuutta tarvitsevia tehtäviä tulisi välttää vähintään kuusi tuntia lääkkeenotosta. Raskaana olevien ei kannata käyttää valmistetta. Lääkkeeseen liittyy riippuvuusriski ja väärinkäyttöä, mutta vuosien käytön jälkeen narkoleptikoilla ei ole havaittu riippuvuutta. (Hublin 2008, 765.)

Vaikka narkolepsiaan on useita hoitomuotoja, tarvitsemme silti uusia terapeutteja neuvoja ja useita lääkkeitä, jotka toimisivat. Narkolepsiaan onkin kehitteillä uusia hoitoja, kuten hypokretiini ja sen analogit, immunoterapia, tyreotropiini analogeineen ja histamiini3-reseptoreiden antagonistit. (Thorpy 2007, 427, 436.)

6.3.3 Narkolepsian vaikutus elämänlaatuun

Narkolepsia on monimuotoinen ja krooninen neurologinen uni-valvehäiriö, joka vaikuttaa ihmiseen elämänlaatuun. Narkolepsiapotilaiden oireiden vakiintuessa väsymys ja nukahtelu kuitenkin säilyvät. REM-säätelyhäiriöoireet, kuten kataleksia, unihalvaukset ja nukahtamis- tai heräämisvaiheeseen liittyvät hallusinaatiot puolestaan hellittävät vuosien kuluessa. Narkoleptikot heräilevät yleensä yöllä, ja näin uni on katkonaista ja vaikuttaa seuraavan päivän vireyteen. Monet narkolepsiaa sairastavat lihovat huomattavasti, mikä lisää riskiä sairastua obstruktiiviseen uniapneaan. Tämä taas pahentaa väsymystä entisestään. (Hublin, Kirjavainen, Partinen, Ojala & Saarenpää-Heikkilä 2011, 1782.)

Puolet narkolepsiaa sairastavista kärsii myös eriasteisesta masennuksesta. Potilaiden oireiden vakavuus vaihtelee paljon eri ihmisten välillä niin kuin jokaisen kyky sopeutua sairauteen ja sen vaatimiin rajoituksiin. Osalla oireet ovat lieviä eikä toimintakyky muutu merkittävästi, mutta vakavimmillaan oireet huonontavat

toimintakykyä huomattavasti. Tällöin esimerkiksi toimintakyky saattaa olla vain normaali muutaman tunnin ajan nukahtelujen jälkeen. (Hublin ym. 2011, 1782.)

Narkolepsiaa sairastava voi mahdollisesti selviytyä vaativissakin työtehtävissä, mutta monella työkyky on kuitenkin heikentynyt jossain määrin. Tämä on otettava huomioon ammatinvalinnassa ja varsinkin turvallisuuskriittisissä ammateissa. Narkoleptikko ei saa ajaa raskaita ajoneuvoja tai ammattimaista henkilöliikennettä eikä lentäminenäkään ole sallittua. Ajokortin saaminen tai sen pitäminen voi olla hankalaa, jos potilaalla esiintyy äkillisiä tai hallitsemattomia oireita, jolloin autolla ajo riskeerisi itse potilasta kuin sivullisiakin henkilöitä. Suurin nukahtamisherkkyys tulee juuri esiin autossa matkustaessa. Siksi lyhyet päiväunet ennen ajamista on suositeltavia, ja pitkän ajomatkan aikana kannattaa pitää pieniä taukoja ja jopa ottaa lyhyet unet. Lääkitys kannattaa ottaa sillä tavalla, että sen vaikutus olisi voimakkaammillaan ajettaessa. Linja-autossa matkustaminenkin voi olla hankalaa, jos nukahtaa kesken matkan ja nukkuu pysäkin ohi. (Hublin ym. 2011, 1783 - 1784.) Nuorehkoilla narkolepsiaa sairastavilla ihmisillä on tutkimusten mukaan enemmän ammatillisia ongelmia sairautensa vuoksi kuin vanhemmilla narkoleptikoilla. Nuoremmat ovat myös alttiimpia masennukselle. (Bruck 2001, 441, 443.)

Tutkimusten mukaan 20 - 80 %:lla narkoleptikoista esiintyy automatismeja, jolloin toiminnan jatkuessa tilanteen hallinta heikkenee tai loppuu ja narkolepsiaa sairastava tekee asioita puutteellisesti tai virheellisesti eikä muista tapahtunutta jälkikäteen. Väsymys heikentää mieleen painamista ja saattaa muuttaa muistikuvan sisältöä, jolloin potilaan on vaikea tietää tai muistaa asioiden todellista kulkua. REM-unessa narkoleptikko saattaa nähdä edellisen valveillaolajakson tapahtumia tai erittäin todentuntuisia hallusinaatioita. He kuitenkin ymmärtävät usein, etteivät tapahtumat ole totta, mutta ne saattavat olla välillä hyvinkin ahdistavia. Tämä on yksi sairauden kuormitustekijä lisää ja saattaa heikentää katkonaista yöunta entisestään. Elämänlaatua heikentää myös joillakin potilailla amfetamiinista johtuvat psykoosit. (Hublin ym. 2011, 1782.)

Narkolepsia vaikeuttaa myös mahdollisia opiskeluja, sillä nukahtelu luennoilla vaikuttaa oppimiseen. Narkolepsiaa sairastavan kognitiivista suorituskkykyä ei ole paljoakaan tutkittu, mutta on todettu, että älyllinen suoriutuminen ei heikke-

ne. Kuitenkin sairaus vaikuttaa muistiin ja keskittymiskykyyn. Nämä ovat vaikeimmat oireet opiskelua ajatellen. Päiväväsytys haittaa esimerkiksi päivän toimintoja, harrastuksia ja ystävyysuhteita. Narkolepsiasta johtuva väsymys vaikuttaa usein sosiaaliseen eristäytymiseen. (Hublin ym. 2011, 1784.)

Australialaisen tutkimuksen mukaan miehet ovat herkempiä muutoksiin kuin naiset. Miehillä on enemmän ongelmia terveydenhuollon kanssa ja vaikeuksia seksisuhteissa kuin narkolepsiaa sairastavilla naisilla. Myös heillä on enemmän psykososiaalisia ongelmia. Narkoleptikot, joilla on lääkkeetön hoito sairauteensa, osallistuvat vähemmän sosiaalisiin ja vapaa-ajan tapahtumiin. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että he olisivat psyykkisesti ahdistuneempia tai sopeutumattomampia verrattuna lääkkeitä käyttäviin narkoleptikoihin. (Bruck 2001, 437, 441.)

Osa potilaista sanoo, että katapleksia on usein lievää eikä se vaikuta käytännön elämään. Osa taas pitää sitä hankalimpana oireena ja toivoo saavansa siihen lääkityksen. Monet kuitenkin oppivat helposti karttamaan sellaisia tilanteita ja käytöstä, joissa kohtauksia on tullut aiemminkin. Esimerkiksi he voivat muuttua yhtäkkiä totiseksi, lopettaa nauramisen, käyvät istumaan tai ottavat tukea jostakin tukevasta. Katapleksia saattaa myöskin aiheuttaa sosiaalista vetäytymistä. Lääkitys on tärkeä aloittaa, jos katapleksia aiheuttaa hankaluuksia ja vaaratilanteita sekä onnettomuuksia. Kaikilta, jotka kärsivät näistä oireista, on kiellettävä sellaiset asiat, jotka voivat aiheuttaa vaaratilanteen, esimerkiksi yksin uiminen. Liikenteessäkin on hyvä käyttää turvallisimpia reittejä. (Hublin ym. 2011, 1784 - 1785.)

7 Pohdinta

7.1 Tulosten pohdintaa

7.1.1 Unettomuus

Unettomuus on yleisin unihäiriö ja on myös kansanterveydellisesti merkittävä ongelma. Aikuisista jopa 33 - 60 % kärsii ajoittain unettomuudesta ja hakeekin

siihen apua lääkäriltä. (Käypä hoito 2008; Partinen 2009.) Kuitenkin on muistettava, että tilapäinen unettomuus kuuluu lähes jokaisen ihmisen elämään.

Unettomuuteen on paljon erilaisia itsehoitokeinoja, joita suositellaan kokeiltavaksi ennen kuin turvautuu unilääkkeisiin, joihin voi helposti jäädä riippuvaiseksi pitkään käytettäessä. Unihygienian noudattaminen on ensisijaisen tärkeää, jotta uni ei häiriintyisi. Alkoholien, kahvin ja kofeiinipitoisia juomia pitäisi välttää muutamia tunteja aikaisemmin, kuin käy nukkumaan, koska ne piristävät entisestään. Suomalaisten kahvinjuonti onkin maailman huippua ja kulutus on korkealla tasolla. Kofeiinipitoisuus puolittuu vasta 5 - 6 tunnin kuluttua kahvin juonnista, joten unettomuudesta kärsivä onkin syytä muistaa, ettei illalla juo kahvia tai kofeiinipitoisia juomia ollenkaan. (Huttunen 2011b; Aro 2012.) Kuitenkin alkoholin juominen painottuu yleensä iltaan tai juuri ennen nukkumaan menoa, mikä vaikuttaa unen saantiin. Nälkäisenäkään ei kannata mennä nukkumaan, mutta raskasta ateriaa on vältettävä illalla. Suomalaisillahan ei ole kuitenkaan tapana syödä illalla raskaasti verrattuna ulkomaalaisiin, jotka käyvät useasti myöhään illalla syömässä ravintolassa.

Säännöllinen unirytmä on eduksi unettomalle ihmiselle ja siitä pitäisikin pitää kiinni. Kuitenkin kolmivuorotyötä tekeväälle se on hiukan vaikeaa. Päiväuniakaan ei kannattaisi ottaa, koska ne vaikuttavat unen saantiin illalla. (Huttunen 2011b.) Kuitenkin väsyneenä voi olla vaikea saada mitään aikaiseksi, jolloin helposti saattaa käydä niin, että ottaa lyhyet päiväunet. Näin saisi itsensä virkeämmäksi ja esimerkiksi kotiaskareet tulisi tehtyä.

Itsehoidossa on tärkeää, ettei pelkäisi unettomuutta, koska se pitää ihmistä valveilla. Unen pitäisi antaa tulla itsestään, eikä yrittää väkisin nukahtaa. (Huttunen 2011b.) Edellä mainittu on kyllä totta, koska välillä saattaa olla muutamia päiviä, ettei tahdo saada unta millään. Ennen nukkumaan menoa alkaa helposti jännittää, kun ajattelee, ettei uni tule kuitenkaan. Vuoteessa pyöriminen turhauttaa ihmistä ja usein alkaa vahtia kelloa ja kauhistelee, ettei kerkeä nukkua kuin muutaman tunnin. Ei pitäisi alkaa ollenkaan lietsoa asiaa, koska silloin uni ei varmasti ainakaan tule. Myös mahdolliset huolet pitäisi yrittää käsitellä päivällä eikä jättää iltaan, sillä niitä miettiessä uni viivästyy (Riikola & Partinen 2008).

Kroonista unettomuutta hoidetaan ensisijaisesti kognitiivisilla menetelmillä eli erilaisilla terapioilla. Siihen ei suositella unilääkkeitä, koska tuolloin niitä käytettiin kauan ja koska se taas toisi paljon haittavaikutuksia. Tutkimusten mukaan kuitenkin krooniseen unettomuuteen käytetään myös useimmiten lääkkeitä, sillä niillä saadaan autettua nopeammin unetonta. Tutkimusten mukaan kyseiset kognitiiviset menetelmät ovat tehokkaita, koska ne vaikuttavat unettomuutta ylläpitäviin tekijöihin ja vaikutus säilyy myös hoidon lopettamisen jälkeen. Kuitenkin muutamat tutkijat eivät ole tyytyväisiä, sillä unettomuuden hoitotulokset ovat huonompia kuin kognitiivisessa terapiassa saadut tulokset yleensä. Nämä hoito-ohjelmat on voitu siirtää perusterveydenhuoltoon ja on saatukin hyviä tuloksia. Tällöin kotisairaanhoidaja tai yleislääkäri toimii terapeuttina. Vaikka kognitiiviset hoito-ohjelmat järjestetään 5 - 8 hengen ryhmissä ja tapaamisia on vain 4 - 8, unettomien vointia voidaan helposti parantaa, sillä 70 - 80 % hyötyy näistä hoidoista. 50 % puolestaan saavuttaa kliinisesti huomattavan hoitotuloksen ja kolmasosasta tulee hyvin nukkuvia. (Kajaste 2005, 2454 - 2457.) Eli tästä voi päätellä, että hoito-ohjelmat ovatkin tehokkaita ja niillä on päästy melko hyviin tuloksiin. Osalla kroonisesta unettomuudesta kärsivällä todetaankin jokin psykiatrinen häiriö tai piilevä psyykinen ongelma, jolloin pelkät kognitiiviset terapiat eivät ole riittäviä (Kajaste 2005, 2456). Tästä syystä myös hoidon onnistumisprosentti laskee.

Tutkimusten mukaan lyhytaikaiseen ja tilanneriippuvaiseen unettomuuteen käytetään unilääkkeitä, jos muu ei auta. Vuonna 2006 Suomessa käytettiin unilääkkeitä 53,7 annosta tuhatta asukasta kohden vuorokaudessa. Lääkkeiden käyttö on runsasta, mutta niiden käyttö ei ole kuitenkaan viime vuosina lisääntynyt. (Käypä hoito 2008.) Kuitenkin epäilen, että moni hakeutuu suoraan lääkärin vastaanotolle, eikä ole sen kummemmin kokeillut erilaisia itsehoitokeinoja, jos kärsii unettomuudesta. Moni haluaa mahdollisimman nopeasti saada apua unettomuuteen.

Unilääkkeet pidentävät yleensä unta, mutta niillä on kuitenkin paljon haittavaikutuksia, esimerkiksi seuraavan päivän väsymys ja tarkkaavaisuuden ongelmat (Käypä hoito 2008). Silti herää kysymys, ovatko unilääkkeet kuitenkaan paras vaihtoehto auttaa unetonta, koska niillä on varsin paljon haittavaikutuksia ja

seuraavana päivänä kärsii joka tapauksessa väsymyksestä ja tarkkaavaisuus ei ole parhaimmillaan. Toisaalta varmasti moni haluaa turvautua lääkkeisiin, eikä halua valvoa öitä viikko kausia, ja pidentäväthän unilääkkeet yöunta ja vähentävät valvomista sängyssä.

Unettomuus vaikuttaa monin tavoin heikentävästi ihmisen elämänlaatuun psyykkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti. Työ- ja keskittymiskyky, muisti sekä uuden oppiminen myös heikentyvät. Moni unettomuudesta kärsivä varmasti alkaa pelätä nukkumista ja nukkumaan menoa, mikä puolestaan vaikeuttaa unen saantia. Jotkut ihmiset saattavat turvautua tällöin alkoholiin, joka rentouttaa ja antaisi unen paremmin. Tämä saattaa puolestaan johtaa liialliseen alkoholin käyttöön, josta ei pääsekään niin helposti irti, ja ongelmia kehittyy entistä enemmän. Poissaolot lisääntyvät helposti töistä, mikä aiheuttaa ongelmia myös työpaikalla. (Kyle, Morgan & Espie 2010, 69 - 70; Tietoa unettomuudesta 2011.) Jos työntekijä alkaa toistuvasti olla pois töistä eikä ole työkykyinen, se voi johtaa työpaikan menettämiseen. Uneton voi olla sen jälkeen laiska etsimään uusia töitä, minkä seurauksena alkavat taloudelliset ongelmat. Koko tämä kierre alkaa huolestuttaa myös läheisiä.

Unettomuudesta on haittaa fyysiselle hyvinvoinnillekin, ja se altistaa monille sairauksille, esimerkiksi sepelvaltimotaudille, kohonneelle verenpaineelle, sydän- ja verisuonisairauksille, diabetekselle ja metaboliselle oireyhtymälle. Unettomuus lisää myös keskivartalolihavuutta. Onnettomuus- ja tapaturmariski on myöskin melko suuri unettomuudesta kärsivällä. (Tietoa unettomuudesta 2011.) Väsyneenä helposti nukahtaa rattiin ja tarkkaavaisuus on heikentynyt, jolloin voi sattua monia virheitä. Onkin yllättävää, että unettomuus voikin vaikuttaa niin paljon ihmisen hyvinvointiin. Pitkään unettomuudesta kärsivä altistuu muillekin sairauksille ja sen vuoksi hän ei kärsi pelkästä unettomuudesta, vaan myös liitännäissairauksista. Tästä voikin päätellä, että uni on elintärkeää ja hyväksi jokaiselle ihmiselle.

Itse yllätyin tuloksesta, jossa kävi ilmi, että 90 % potilaista kärsi vielä viiden vuoden kuluttua jonkinlaisista univaikeuksista ja puolet jopa kymmenen vuoden päästä unettomuuden alkamisesta (Kajaste 2005, 2454). Unettomuudesta ei niin helposti pääse eroon, jos se pääsee kehittymään vakavaksi. Siksi on siis

muistettava ottaa yhteys lääkäriin hyvissä ajoin, jotta välttyttäisiin kyseisestä tilanteesta.

7.1.2 Uniapnea

Uniapneaa sairastaa noin 150 000 suomalaista, ja se on kuitenkin edelleen ali-diagnosoitu, joten potilaiden määrä kasvaa koko ajan (Seppä ym. 2007, 88). Uniapnea on siis kansanterveydellisesti merkittävä ongelma. Onneksi sairautteen on olemassa itsehoitokeinoja, joilla oireita voi lieventää. Niitä on laihduttaminen, painonhallinta, hyvästä unihygieniasta huolehtiminen, alkoholin ja rauhoittavien lääkkeiden sekä selällään nukkumisen välttäminen, nenän tukkoisuuden hoito ja mahdollisten sekundaaristen sairauksien hoito ja ylipainehengityshoito. Valitettavasti kyseiset menetelmät eivät riitä uniapnean hoidossa pois lukien CPAP-hoitoa. (Ingman ym. 2012, 710.)

Suomalaisista miehistä 66 % ja naisista 53 % on ylipainoisia, mikä alkaa olla hälyttävää (Sahlman 2011, 8). Ylipaino altistaa monelle eri vaivalle ja sairauksille ja näin lisää entisestään kansan sairastavuutta. Tutkimusten mukaan uniapneaa sairastavista yli 70 % on ylipainoisia, mikä on hyvin paljon. Pitääkin muistaa, että ylipaino on merkittävin altistava tekijä uniapnean synnyssä. Olisikin hyvä pitää omasta painonhallinnasta huolta, jotta ei sairastuisi sen takia eri sairauksille. Pienikin painonpudotus, jo muutama kilogramma, vaikuttaa uniapnean vaikeusasteeseen ja hengityskatkosten määrään, mikä on hyvä asia. (Tuomi-lehto ym. 2009, 931; Seppä ym. 2007, 88, 90.) Voisi vain kuvitella, että pitäisi laihduttaa enemmänkin, ennen kuin se vaikuttaa oireiden vaikeusasteeseen. Tämä kuulostaa kuitenkin erittäin positiiviselta, koska laihduttaminen ja itse painonhallinta on varmasti vaikeaa, sillä uniapneaa sairastava kärsii päiväväsymyksestä ja eivätkä tästä syystä välttämättä jaksaa harrastaa liikuntaa. Siksi potilas tarvitsisikin hyvät yöunet, jotta jaksaisi aloittaa laihduttamisen. Motivointi ja ohjaus ovat erityisen tärkeitä, ja laihdutus voisikin onnistua esimerkiksi erilaisissa laihdutusryhmissä. Uniapneaa sairastava hyötyisi myös ravitsemusterapeutin neuvonnasta, mutta niiden vähäisyys ja mahdollisten kuntien säästötoimenpiteet voivat haitata (Seppä ym. 2007, 93).

Alkoholi, tupakointi, unilääkkeet ja voimakkaasti keskushermostoon vaikuttavat kipulääkkeet sekä rauhoittavat lääkkeet pahentavat uniapneaa, koska ne rentouttavat ylähengitystielihaksia ja näin nielusta tulee ahtaampi. Kyseiset lääkkeet myös väsyttävät. Tupakointi aiheuttaa limakalvojen turpoamista ja limaisuuden lisääntymistä ja pahentaa kuorsausta. Parhain tapa olisi käyttää alkoholia vain pieniä määriä ja lopettaa tupakointi kokonaan. (Anttalainen 2006, 2842 - 2843.) Esimerkiksi alkoholin suurkuluttajalle ei ole juurikaan mistään hoidosta apua (Partinen & Huovinen 2007, 106). Siksi olisikin tärkeää saada motivoitua potilas luopumaan alkoholista ja tupakoinnista, jotta elämänlaatu paranisi. Omahoitoon sitoutuminen on myös yhtä lailla tärkeää. Ketään ei voi kuitenkaan pakottaa elämäntapamuutokseen ja potilaan on itse päätettävä, että hän aikoo muuttaa tapojaan. Muuten siitä ei tule mitään, jos potilas ei ole sitoutunut päätökseen.

CPAP-hoito on merkittävä hoitomuoto keskivaikeassa ja vaikeassa uniapneassa. Suurimmalle osalle potilaista se vaikuttaa erinomaisesti oireisiin. Tutkimusten mukaan 60 - 80 % tottuu hoitoon. (Seppä ym. 2007, 90.) Onneksi tällainen laite on siis kehitetty, mikä tehoaa suurelle osalle potilaista, ja siitä on saatu hyviä tuloksia. Sekin on hyvä, että potilaan ei tarvitse maksaa laitteesta itse mitään, vaan saa sen ilmaiseksi, jos hoito päätetään aloittaa. Varmasti moni potilas on tyytyväinen hoitoon eikä kävisi edes nukkumaan ilman laitetta. Syventävässä harjoittelussa hoidinkin uniapneapotilasta ja kysyin häneltä hiukan omia mielipiteitä sairaudestaan. Hän itsekin sanoi, että CPAP-hoidosta on ollut valtavasti apua eikä osaisi enää elää ilman sitä. Hän kertoi myös sen, että nykyään ihan pelottaisi käydä nukkumaan ilman laitetta.

Toissijainen hoitomuoto on uniapneakisko, esimerkiksi jos CPAP-hoito ei sovellukaan potilaalle. Kisko sopii parhaiten lievän tai keskivaikean uniapnean hoidossa lievästi ylipainoisilla ihmisillä. Noin 60 - 70 % ihmisistä tottuu sen käyttöön ja oireet helpottuvat. (Ingman ym. 2012, 710.) Kuitenkin on harmillista, että kaikille tämäkään hoitomuoto ei sovellu.

Uniapneaa sairastavan leikkaushoito kohdistuu pehmyt- tai luurakenteiseen leikkaukseen (Seppä ym. 2007, 92). Ne voivat olla ylähengitysteitä avartavia, avustavia tai ylähengitysteiden ohittavia toimenpiteitä tai lihavuuskirurgiaa

(Seppä 2010). Nenän väliseinän ja ulkonenän korjausleikkaukset ja polyypin poistot ovat yleisiä toimenpiteitä (Seppä ym. 2007, 92). Kuitenkin on todettu, että nenäleikkauksilla on matala onnistumisaste (Sahlman 2011, 14). Toisaalta herää kysymys, kannattaako kyseisiä leikkauksia juuri tehdä, koska jokaisella leikkauksella on oma riskinsä. Silti sanotaan, että näillä leikkauksilla voi olla positiivinen vaikutus unenlaatuun, päiväväsyykseen, ja ne voivat auttaa CPAP-hoitoa käyttäviä potilaita (Sahlman 2011, 14). Toisaalta ei sitä etukäteen koskaan tiedä, kenelle auttaa mikäkin ennen kuin kokeilee.

Tavallisin leikkaus uniapnean hoidossa on uvulopalatopharyngoplastia eli UPPP (Seppä ym. 2007, 92). Tämä leikkaus helpottaa oireita 50 %:lla potilaista eli siitä ei valitettavasti ole apua kuitenkaan kaikille. Laser-uvulopalastian leikkaustulokset ovat myös samaa luokkaa kuin UPPP:ssa. (Helsinki Ear Institute 2011.) Leukojen suhteita muuttamalla saadaan myös lisää ilmatilaa nieluun (Seppä ym. 2007, 92). Tehokkain kirurginen leikkaushoito trakeostomian jälkeen on ylä- ja alaleuan siirto radikaalisesti eteenpäin (Seppä 2010). Leikkaus kuulostaa melko hurjalta, kun ajattelee, että leukoja siirretään eteenpäin.

Radioaaltoablaatio on myös kuorsauksen ja uniapnean hoitomenetelmä, joka on nyt yleistynyt. Hoitotulokset eivät ole kuitenkaan hyviä uniapnean hoidossa, mutta kuorsaukseen se näyttää olevan hyvä vaihtoehto. (Seppä ym. 2007, 92 - 93.) Tässä hoidossa on hyvänä puolena se, että se on mahdollisuus uusilla ja haittavaikutukset ovat harvinaisia ainakin tähän mennessä. Kuitenkaan missään ei käynyt ilmi, käytetäänkö tätä hoitomuotoa silti uniapnean hoidossa miten useasti.

Kirurgisia hoitovaihtoehtoja on siis monenlaisia, mutta leikkaushoitokaan ei sovellu kaikille, koska niihin on vasta-aiheita, kuten sairaalloinen lihavuus, tasapainoton sairaus, korkea ikä ja epärealistiset odotukset leikkauksen lopputuloksesta. Kuitenkin leikkaushoidoilla pitäisi kuorsauksen, apnean ja unettomuuden vähentyä, jolloin myös päiväväsytys olisi vähäisempää. (Sahlman 2011, 34.)

Uniapnean leikkaushoidoista on myös pitkäaikaisnäyttöjen puute. Jokaiselle potilaalle pitääkin arvioida yksilöllisesti paras mahdollinen hoito. Tutkimusten mukaan leikkauksien määrä on vähentynyt, koska on käynyt ilmi, että muutamia-

en kuukausien jälkeen leikkauksesta oireet palaavat entiselleen. (Seppä ym. 2007, 92.) Itse yllätyin tästä tuloksesta, enkä ollut aikaisemmin edes kuullut kyseisestä asiasta. Ikäväähän se on, että käy leikkauksessa ja siitä ei olekaan hyötyä kuin parhaimmillaan muutama kuukausi. Kuitenkaan missään aineistossa ei käynyt ilmi, miten paljon kutakin leikkausta tehdään esimerkiksi vuoden aikana. Olisikin mielenkiintoista tietää, miten paljon leikkaukset ovat vähentyneet. Johtopäätöksenä juuri on, että kirurgiset hoidot pitää huolellisesti miettiä ja arvioida, onko tästä hyötyä kyseiselle potilaalle, mikä ei ole välttämättä kovin helppoa.

Uniapneakin vaikuttaa monin tavoin ihmisen elämänlaatuun. Hoitamattomana uniapnean oireet pahenevat entisestään, mikä tarkoittaa sitä, että olisi tärkeää saada apu mahdollisimman nopeasti. (Sahlman 2011, 34.) Uniapneassa ja unettomuudessa on paljon samoja vaikutuksia elämänlaatuun, kuten päiväväsymys, lisääntynyt liikenneonnettomuusriski, sairastavuus, sairauspoissaolot, kognitiiviset muutokset ja muut terveysongelmat (Saunamäki & Jehkonen 2006, 2083; Seppä ym. 2007, 88). Myös yöunen jatkuva katkonaisuus aiheuttaa näläntunnetta ja lisää ruokahalua (Tuomilehto ym. 2009, 931). Tästä voi vetää johtopäätöksen, että se vaikeuttaa myös samalla laihduttamista, joka on muutenkin vaikeaa uniapneasta kärsivälle ja nälkäisenä oleminen vaikeuttaa myös unensaantia.

Uniapneaan liittyy myös masentuneisuutta niin kuin unettomuuteenkin. Tutkimusten mukaan 7 - 63 % kärsii masennuksesta ja 11 - 70 % ahdistuneisuudesta. (Saunamäki & Jehkonen 2006, 2084.) Esiintymisluvut vaihtelevat siis hyvin paljon. Mistähän tämä johtuu? CPAP-hoito voi olla yksi syy, koska sen on todettu vähentävän masennusoireita. On todettukin, että uniapneasta kärsivillä naisilla esiintyy masennusoireita enemmän kuin miehillä. Naisilla on myös enemmän oireita kuin miehillä, vaikka sairauden vaikeusaste olisikin samaa luokkaa ja myöskin naisten yleinen terveydentila ja toimintakyky ovat heikentyneet. Yllättävää on myös se, että naisilla on enemmän avioeroja ja muita parisuhdeongelmia sekä he ovat sosiaalisesti eristyneempiä kuin miehet. (Saunamäki & Jehkonen 2006, 2084; Anttalainen 2011, 822.) Mikähän nämä asiat selittäisi? Kuitenkin on muistettava, että jokainen on oma yksilö ja yksilölliset käyttäytymis- ja

persoonallisuuspiirteet sekä hallintakeinot vaikuttavat siihen, miksi jotkut kärsivät enemmän kuin toiset. Voisikin sanoa, että naiset kärsivät uniapneasta joka tapauksessa enemmän kuin miehet, vaikkakin miehillä sairaus on yleisempää kuin naisilla.

Unenaikaiset unihäiriöt aiheuttavatkin yhtä suuren kansanterveysongelman kuin tupakointi, mikä tuntuu jotenkin uskomattomalta (Anttalainen 2011, 819). Tupakka sisältää niin paljon terveyttä uhkaavia tekijöitä, mutta näköjään huono unenlaatu voi johtaa moneen ongelmaan. Hoitamaton uniapnea lisää terveyspalelujen käyttöä kaksinkertaisesti, joten uniapnea on todellakin kansanterveydellinen ja –taloudellinen ongelma, siksi ehkäisyyn ja hoitoon tulisi asennoitua vakavasti. Onneksi uniapnea on tullut viime vuosina tutummaksi perusterveydenhuollon työntekijöille, ja he osaavat epäillä tai etsiä unipneaa, vaikka potilaalla ei olisikaan kaikkia oireita (Anttalainen 2006, 2841; Tuomilehto ym. 2009, 931).

7.1.3 Narkolepsia

Narkolepsiaan on onneksi myös olemassa itsehoitokeinoja, joilla voidaan vähentää sairauden tuomia oireita, ja niistä on myös todettu olevan hyötyä. Harmillista on se, että ne eivät kuitenkaan auta tarpeeksi, vaan usein joutuu syömään lisäksi lääkkeitä. Narkolepsiaa sairastavan on yritettävä pitää säännölliset elämäntavat ja noudattaa säännöllistä unirytmää. Tämä voi olla vaikeaa, jos kyseessä on esimerkiksi nuorehko aikuinen tai kolmivuorotyötä tekevä. Narkolepsiassa suositellaan muutamia lyhyitä päiväunia, jotta ne vähentäisivät päiväväsymystä, eikä nukahtamiskohtauksia esiintyisi niin paljon. Niin kuin unettomanakin, narkoleptikon on vältettävä raskaita ja hiilihydraattipitoista ruokavaliota. Liiallista kofeiinin saantia ja ylipainoa on myöskin vältettävä. Itsellä herää kyllä kysymys, miksi kofeiinin saanti ei ole hyväksi narkoleptikolle, koska sillä on pirstävä vaikutus? Tupakointi, alkoholi ja päihteet pahentavat oireita, joten narkoleptikon, jolla on ollut tapana tupakoida ja juoda alkoholia, on syytä muuttaa elämäntapojaan. (Huttunen 2011a.)

Narkolepsiaa sairastavan on hyvä ilmoittaa sairaudestaan henkilöille, joiden kanssa on tekemisissä usein, jotta tilanne ymmärretään. Työnantajille se kan-

nattaa mainita, ja se saatetaan huomioida työpäivässä. Eräässä artikkelissa sanottiin, että esimerkiksi pitkäveteisissä työtehtävissä on pidettävä taukoja tai ottaa lyhyet päiväunet, jos se on mahdollista. (Huttunen 2011a.) Tuskin tuo kovin monessa työtehtävissä kuitenkaan onnistuu.

Narkolepsian lääkehoito on muuttunut vuosien varrella ja varmasti muuttuu tulevaisuudessakin, kuten eräässä artikkelissa jo sanottiinkin. Yleensä narkolepsiaan on käytetty amfetamiineja ja katapleksiaan trisyklisiä depressiolääkkeitä. Lääkehoitosuositukset ovat kuitenkin uudistuneet uusien valmisteiden takia, joiden tehosta ja turvallisuudesta on positiivista näyttöä. Nykyään ensisijainen lääke on modafiniili ja katapleksiaan natriumoksibaatti. Toissijaisena lääkkeenä käytetään metyyliifenidaattia tai muita depressiolääkkeitä. Myös aikaisempia narkolepsiaan käytettyjä lääkkeitä voi kokeilla, jos edellä mainitut eivät sovi. (Thorpy 2007, 427; Hublin 2008, 763 - 764.)

Tutkimusten mukaan noin 80 %:lla narkolepsiaa sairastavista oireet vähenivät käyttäessään modafiniilia, ja erään yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan 71 %:lla. Näköjään prosenttiluvut vaihtelevat eri tutkimusten välillä, mutta onneksi suurin osa hyötyy siitä. Natriumoksibaatti on vähentänyt kataplexiakohtauksia suurimmillaan yli 80 %:lla, ja päiväväsyykseenkin se on vaikuttanut tuntuvasti. Lääkkeestä puolet on otettava ennen nukkumaan menoa ja loput 2,5 - 4 tunnin päästä. Tämä systeemi vaikuttaa huonolta, koska joka yö pitää herätä ja nousta ottamaan loput lääkkeestä ja siksi unesta voi tulla katkonaista. Kuitenkin natriumoksibaatin sanotaan lisäävän unen syvyyttä ja vähentää yöllistä heräilyä. Molempiin lääkkeisiin kuuluu haittavaikutuksia, jotka voivat olla este käytöllekin, jos ne eivät sovi potilaalle. Kuitenkin ne yleensä häviävät lääkettä käyttäessä. (Thorpy 2007, 431; Hublin 2008, 765.)

Narkolepsia on parantumaton neurologinen uni-valvehäiriö, joka vaikuttaa monella tavoin ihmisen elämänlaatuun. Narkolepsiaa sairastavat kärsivät myös yöheräilystä ja se vaikuttaa seuraavan päivän vireyteen. Täten myös voisi ajatella, että nukahtamiskohtauksetkin päivällä lisääntyvät, jos yöllä ei ole nukkunut hyvin. On huomattu, että narkoleptikot myös lihovat huomattavasti sairauden myötä ja tämä lisää riskiä sairastua obstruktiivisen uniapneaan. (Hublin ym. 2011, 1782, 1784.) Narkolepsian ja uniapnean sairastaminen yhtä aikaa kuulos-

taa niin sanotusti pelottavalta. Näinköhän oireet voimistuvat kahden unihäiriön myötä? Toisaalta varmasti hyvällä ja sopivalla hoidolla oireetkin saadaan jotenkuten kuriin.

Puolet narkolepsiaa sairastavista kärsii masennuksesta, joka on unettomuudessa ja uniapneassakin yleistä. Tästä voikin päätellä, että eri unihäiriöiden yksi haittavaikutus elämään on masennus, joka voi viedä elämänilon. On kuitenkin muistettava, että jokainen kokee sairautensa eri tavoin ja toinen voi kärsiä siitä enemmän kuin toinen. (Hublin ym. 2011, 1782.)

Narkolepsia vaikuttaa myös toimintakykyyn. Toisilla se ei muutu merkittävästi, ja toisilla se taas saattaa olla vain muutaman tunnin ajan normaali nukahtelujen jälkeen. Narkoleptikko voi mahdollisesti selviytyä ja työskennellä vaativissakin työtehtävissä, mutta useimmilla työkyky on heikentynyt. Narkolepsia rajoittaa yllättävän paljon elämää ja vaikuttaa ammatinvalintaan, koska narkoleptikko ei saa ajaa raskaita ajoneuvoja tai ammattimaista henkilöliikennettä eikä ohjata lentokoneitakaan. Ajokieltokin saattaa hyvinkin tulla, jos potilaalla esiintyy äkillisiä tai hallitsemattomia oireita. (Hublin ym. 2011, 1782 - 1783.) Tutkimuksissa kävikin ilmi, että nuorehkoilla narkoleptikoilla on enemmän ammatillisia ongelmia sairautensa vuoksi ja ovat alttiimpia masennukselle kuin vanhemmat potilaat (Bruck 2001, 443). Tämä varmasti pitääkin paikkaansa, koska nuorilla on kuitenkin vasta elämä edessä ja he haluaisivat kokeilla uusia asioita. Jokainen varmasti haluaisi olla terve ja elää mahdollisimman pitkään, ennen kuin sairastuu johonkin pitkäaikaiseen sairauteen.

Tutkimuksissa kävi ilmi, että 20 - 80 %:lla esiintyy automatismeja, jolloin toiminnan jatkuessa tilanteen hallinta heikkenee tai loppuu ja narkolepsiaa sairastava tekee asioita puutteellisesti tai virheellisesti eikä muista tapahtunutta jälkikäteen. Väsymys heikentää mieleen painamista ja saattaa muuttaa muistikuvan sisältöä, jolloin potilaan on vaikea tietää tai muistaa asioiden todellista kulkua. (Hublin ym. 2011, 1782.) Varmasti tämä aiheuttaa monia väärinkäsityksiä.

Narkolepsia vaikuttaa myös muistiin ja keskittymiskykyyn, mikä vaikeuttaa mahdollisia opintoja. Päiväväsymys haittaa päivän eri toimintoja, harrastuksia ja ystävyysuhteita. On todettukin, että narkolepsiasta johtuva väsymys vaikuttaa

sosiaaliseen eristäytymiseen.(Hublin ym. 2011, 1784.) Myös narkoleptikot, jotka eivät käytä lääkkeellistä hoitomuotoa, osallistuvat vähemmän sosiaalisiin ja vapaa-ajan tapahtumiin (Bruck 2001, 437). Kyseiset asiat pitävät varmasti paikkansa, koska väsyneenä ei jaksaa juurikaan tehdä mitään eikä silloin myöskään huvita oikein mihinkään lähteä. Sosiaaliseen elämään vaikuttaa varmasti myös se, että varsinkin nuoremmat ihmiset saattavat hävetä sairauttaan ja pelkäävät, että nukahtavat kesken kaiken tai tekevät jotain, mitä ei itse muista jälkikäteen. Vaarana on se, että narkolepsiaa sairastava jää eristyksiin eikä halua tai uskalla lähteä mihinkään. Seurauksena voi olla myös sekin, että ystäväpiiri jättää ulkopuolelle, jos narkoleptikko kieltäytyy aina näkemästä.

7.2 Eettiset näkökohdat ja luotettavuus

Eettiset näkökohdat ovat erilaisia kirjallisuuskatsauksessa kuin laadullisessa tai määrällisessä tutkimuksessa. Kirjallisuuskatsauksessa on noudatettava tieteelliselle tutkimustyölle asetut vaatimukset. Tässä opinnäytetyössä on noudatettu mahdollisimman tarkkaan tutkimustöihin liittyviä eettisiä näkökohtia. Tutkimusaineisto on luettu moneen kertaan huolellisesti läpi ja alleviivattu ne asiat, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Näin aineistoista on käytetty kaikki oleellinen tieto. Tutkimusaineistoa on käytetty myös rehellisesti. Opinnäytetyössä kunnioitettiin tutkijoiden tutkimuksia ja saavutuksia eikä niitä vähätelty. Tutkimustuloksia ei myöskään vääristelty tai yleistetty. Raportointi on yritetty kirjoittaa niin, ettei se ole puutteellista tai harhaanjohtavaa. Työhön on merkitty jokainen lähde, jota on käytetty ja yritetty käyttää melko uusia lähteitä muutamaa lukuun ottamatta. Toisten tekstiä ei ole myöskään plagioitu. (Hirsjärvi ym. 2009, 23, 26-27.) Muun muassa tiedonantajan vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen ja luottamuksellisuus on laadullisessa tutkimuksessa myös tärkeitä eettisiä periaatteita (Hirsjärvi ym. 2009, 25). Koska opinnäytetyön aineisto on kerätty aikaisemmista tutkimuksista, työstä ei voi tunnistaa yksittäistä henkilöä eikä työstä aiheudu haittaa tiedonantajille. Nämä asiat lisäävät opinnäytetyön eettisyyttä.

Opinnäytetyössä on käytetty viittä englanninkielistä aineistoa, joten virhekäännöksiä on voinut tapahtua tai tekstiä on mahdollisesti tulkittu väärin. Ovid-tietokannasta löytyi hakuja tehtäessä runsaasti aineistoa, joten on voinut jäädä pois hyödyllistäkin tietoa, sillä en selannut kaikkia hakutermeillä saatuja aineis-

toja. Hakuja tehdessä olisi voinut myös käyttää jotakin muuta englanninkielistä tietokantaa, kuten ScienceDirectia. Kuitenkin englanninkielisten artikkelien valinta lisää tulosten monipuolisuutta. Kirjallisuuskatsauksessa on hyvä huomioda, että tietolähteiden valinta voi vaikuttaa tutkimustuloksiin (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 366). Tästä syystä aineistonkeruu onkin tehtävä huolellisesti ja aineiston hakuun käytettiin useaa tietokantaa.

Unettomuudesta ei löytynyt suomalaisista tietokannoista paljoakaan sopivaa aineistoa, jotka olisivat vastanneet tutkimuskysymyksiin, mikä oli hiukan yllättävää, sillä unettomuus on kuitenkin yleisin unihäiriö. Siksi opinnäytetyössä on käytetty jonkin verran myös Käypä hoito -suosituksia.

Tämän opinnäytetyön tekeminen opetti paljon tekijää. Työ vaati tarkkaa ja huolellista perehtymistä aiheeseen, mihin tarvittiin pitkäjänteisyyttä ja kärsivällisyyttä. Opinnäytetyön tekeminen opetti paljon aiheesta, tutkimuksen tekemisestä ja aineiston referoinnista. Aineiston haku tuli tutuksi ja lähdekriittisyyttä käytettiin työn aikana. Nyt minulla onkin valmiuksia ohjata unihäiriöistä kärsiviä potilaita hoitotyössä. Tätä opinnäytetyötä voi hyödyntää unihäiriöistä kärsivät ihmiset, unihäiriöistä kiinnostuneet ja hoitohenkilökunta sekä hoitoalan opiskelijat.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Tässä opinnäytetyössä on keskitytty unettomuuden, uniapnean ja narkolepsian itsehoitokeinoihin, eri hoitomuotoihin, ja miten nämä unihäiriöt vaikuttavat elämänlaatuun. Myöhemmin voisi tutkia, miten elämä on muuttunut unihäiriön diagnoimisen ja hoitojen jälkeen. Samalla voisi ottaa selvää, ovatko potilaat saaneet tukea sairauteensa. Nämä voisi toteuttaa kyselynä tai tutkimalla aikaisempia tutkimuksia ja tekemällä kirjallisuuskatsauksen.

Lähteet

Aalto, T., Maasilta, P. & Bachour, A. 2008. Uniapneataudin ylipainehoito ja hoitolaitteiden ominaisuudet. Suomen lääkärilehti 63(40), 3305 - 3311.

Anttalainen, U. 2006. Unenaikaisen hengityshäiriön tutkiminen. Suomen lääkärilehti 61(26), 2841 - 2845.

Anttalainen, U. 2011. Naisten uniapnea – tunnistammeko sen erityispiirteet? Suomen lääkärilehti 66(10), 819 - 825.

Aro, A. 2012. Kahvi ja terveys.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_teos=dlk&p_artik_keli=dlk01000. Luettu 26.9.2012.

Bruck, D. 2001. The impact of narcolepsy on psychological health and role behaviors: negative effects and comparisons with other illness groups. Sleep Medicine 2, 437 - 446.

Halme, P. 2011. Airway surgery for obstructive sleep apnea and partial upper airway obstruction during sleep. University of Turku. Master's thesis.

Helsinki Ear Institute. 2011. H.E.I kuorsausklinikka.

<http://www.happihoito.fi/kuorsaus/leikkaukset.htm>. Luettu 1.9.2012.

Hengityслиitto. 2011. Uniapnea. <http://www.heli.fi/uniapnea/>. Luettu 25.10.2011.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.

Hublin, C. 2008. Narkolepsian ja idiopaattisen hypersomnian diagnostiikka ja lääkehoito. Duodecim 124(7), 759 - 767.

Hublin, C., Kirjavainen, T., Partinen, M., Ojala, M. & Saarenpää-Heikkilä, O. 2011. Narkolepsiapotilaan toimintakyvyn ja haitta-asteen arviointi. Duodecim 127(17), 1779 - 1785.

Huttunen, M. O. 2008. Unettomuuden hoidossa käytetyt lääkkeet.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00073. Luettu 30.5.2012.

Huttunen, M. 2010a. Nukahtelusairaus (narkolepsia).

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=unihäiriöt&p_artikkeli=dlk00399. Luettu 21.10.2011.

Huttunen, M. 2010b. Univalverytmin (unirytmien) häiriöt.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00535. Luettu 26.11.2011.

- Huttunen, M. 2011a. Nukahtelusairaus (narkolepsia).
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00399. Luettu 27.5.2012.
- Huttunen, M. 2011b. Unettomuus.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00534. Luettu 30.5.2012.
- Hyyppä, M. & Kronholm, E. 1998. Uni ja vire. Jyväskylä: Gummerus.
- Ingman, T., Mäkitie, A., Bäck, L., Arte, S. & Bachour, A. 2012. Uniapneakiskosta voi olla apua monelle. Suomen lääkärilehti 67(9), 710 - 711.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto, 3 - 7.
- Kajaste, S. 2005. Krooninen unettomuus ja sen lääkkeetön hoito. Suomen lääkärilehti 60(22), 2453 - 2457.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Kivelä, S-L. 2007. Voimavaroja unesta – Hyvä uni iäkkäänä. Helsinki: Kirjapaja.
- Kyle, S. D., Morgan, K. & Espie, C. A. 2010. Insomnia and health-related quality of life. Sleep Medicine Reviews 14, 69 - 82.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11(1), 3 - 12.
- Käypä hoito. 2008. Unettomuus.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50067>.
Luettu 25.10.2011.
- Käypä hoito. 2010. Uniapnea (Obstruktiivinen uniapnea aikuisilla).
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50088?hakusana=uniapnea#s13>. Luettu 1.9.2012.
- Latva-Reinikka, E. 2011. Elämä näkymättömän tai näkyvän unihäiriön kanssa: unettomien ja uniapneetikoiden sairauskokemuksen rakentuminen. Turun yliopisto. Sosiologia. Pro gragu –tutkielma.
- Lavery, S., (suom.) Niinimäki, P. 1997. Hyvä uni. Virkistävä, voimia antava uni luonnollisella tavalla. Helsinki: Tammi.
- Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus - Tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto, 2.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

- Mattila, P. 2012. Obstruktiivinen uniapnea ja kuorsaus.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Obstruktiivinen_uniapnea_ja_kuorsaus. Luettu 1.9.2012.
- Partinen, M. & Huovinen, M. 2007. Terve uni. Helsinki: WSOY.
- Partinen, M. 2009. Unihäiriöt.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00052#s3.
 Luettu 21.10.2011.
- Patala-Pudas, L. 2008. Kirjallisuuskatsaukset hoitotieteessä. Oulun Yliopisto, Terveystieteiden laitos, hoitotieteen valtakunnallinen tutkijakoulu, tutkimusmenetelmät I, luentomonisteet 31.3.2008.
<http://www oulu.fi/hoitotiede/LeenaP-P.ppt>. Luettu 11.12.2011.
- Riikola, T. & Partinen, M. 2008. Unettomuus.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00075>.
 Luettu 30.5.2012.
- Saarelma, O. 2011. Unenaikaiset hengityskatkot (uniapnea).
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00712&p_haku=unihäiriöt. Luettu 21.10.2011.
- Sahlman, J. 2011. Obstructive sleep apnea in adults: evolution and related inflammation in early stages of disease. University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. Master's thesis.
- Saunamäki, T. & Jehkonen, M. 2009. Kognitiivisen toimintakyvyn ja mielialan muutokset uniapneaoireyhtymässä. Suomen lääkirilehti 64(23), 2083 - 2087.
- Seppä, J., Tuomilehto, H. & Kokkarinen J. 2007. Aikuisten obstruktiivisen uniapnean hoito. Duodecim 123(1), 88 - 94.
- Seppä, J. 2010. Uniapnean leikkaushoidoista.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix01549>.
 Luettu 1.9.2012.
- Suomen narkolepsiyhdistys Ry. 2011. Diagnosointi ja hoito.
<http://narkolepsia.fi/diagnosointi-ja-hoito/>. Luettu 27.5.2012.
- Thorpy, M. 2007. Therapeutic advances in narcolepsy. Sleep Medicine 8, 427 - 440.
- Tietoa unettomuudesta. 2011. Uni ja unettomuus. Unettomuuden vaikutukset.
<http://www.tietoaunettomuudesta.fi/unettomuuden-vaikutukset/>. Luettu 1.6.2012.
- Tuomilehto, H., Seppä, J., Gylling, H. & Uusitupa M. 2009. Obstruktiivinen uniapnea ja lihavuus – Elämäntapainterventio on tehokas hoito. Duodecim 125(9), 931 - 933.

Aalto, T., Maasilta, P. & Bachour, A. 2008. Uniapneataudin ylipainehoito ja hoitolaitteiden ominaisuudet. Suomen lääkärilehti 63(40), 3305 - 3311.

Anttalainen, U. 2006. Unenaikaisen hengityshäiriön tutkiminen. Suomen lääkärilehti 61(26), 2841 - 2845.

Anttalainen, U. 2011. Naisten uniapnea – tunnistammeko sen erityispiirteet? Suomen lääkärilehti 66(10), 819 - 825.

Bruck, D. 2001. The impact of narcolepsy on psychological health and role behaviors: negative effects and comparisons with other illness groups. Sleep Medicine 2, 437 - 446.

Halme, P. 2011. Airway surgery for obstructive sleep apnea and partial upper airway obstruction during sleep. University of Turku. Master's thesis.

Helsinki Ear Institute. 2011. H.E.I kuorsausklinikka. Leikkaukset. <http://www.happihoito.fi/kuorsaus/leikkaukset.htm>. Luettu 1.9.2012.

Hublin, C. 2008. Narkolepsian ja idiopaattisen hypersomnian diagnostiikka ja lääkehoito. Duodecim 124(7), 759 - 767.

Hublin, C., Kirjavainen, T., Partinen, M., Ojala, M. & Saarenpää-Heikkilä, O. 2011. Narkolepsiapotilaan toimintakyvyn ja haitta-asteen arviointi. Duodecim 127(17), 1779 - 1785.

Huttunen, M. O. 2008. Unettomuuden hoidossa käytetyt lääkkeet. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00073. Luettu 30.5.2012.

Huttunen, M. 2011a. Nukahtelusairaus (narkolepsia). http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00399. Luettu 27.5.2012.

Huttunen, M. 2011b. Unettomuus. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00534. Luettu 30.5.2012.

Ingman, T., Mäkitie, A., Bäck, L., Arte, S. & Bachour, A. 2012. Uniapneakiskosta voi olla apua monelle. Suomen lääkärilehti 67(9), 710 - 711.

Kajaste, S. 2005. Krooninen unettomuus ja sen lääkkeetön hoito. Suomen lääkärilehti 60(22), 2453 - 2457.

Kyle, S. D., Morgan, K. & Espie, C. A. 2010. Insomnia and health-related quality of life. Sleep Medicine Reviews 14, 69 - 82.

Käypä hoito. 2008. Unettomuus.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50067>.

Luettu 25.10.2011.

Käypä hoito. 2010. Uniapnea (Obstruktiivinen uniapnea aikuisilla).

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50088?hakusana=uniapnea#s13>. Luettu 1.9.2012.

Latva-Reinikka, E. 2011. Elämä näkymättömän tai näkyvän unihäiriön kanssa: unettomien ja uniapneetikoiden sairauskokemuksen rakentuminen. Turun yliopisto. Sosiologia. Pro gragu –tutkielma.

Mattila, P. 2012. Obstruktiivinen uniapnea ja kuorsaus.

http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Obstruktiivinen_uniapnea_ja_kuorsaus. Luettu 1.9.2012.

Riikola, T. & Partinen, M. 2008. Unettomuus.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00075>.

Luettu 30.5.2012.

Sahlman, J. 2011. Obstructive sleep apnea in adults: evolution and related inflammation in early stages of disease. University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences. Master's thesis.

Saunamäki, T. & Jehkonen, M. 2009. Kognitiivisen toimintakyvyn ja mielialan muutokset uniapneaoireyhtymässä. Suomen lääkärilehti 64(23), 2083 - 2087.

Seppä, J., Tuomilehto, H. & Kokkarinen J. 2007. Aikuisten obstruktiivisen uniapnean hoito. Duodecim 123(1), 88 - 94.

Seppä, J. 2010. Uniapnean leikkaushoidoista.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix01549>.

Luettu 1.9.2012.

Suomen narkolepsiyhdistys Ry. 2011. Diagnosointi ja hoito.

<http://narkolepsia.fi/diagnosointi-ja-hoito/>. Luettu 27.5.2012.

Thorpy, M. 2007. Therapeutic advances in narcolepsy. Sleep Medicine 8, 427 - 440.

Tietoa unettomuudesta. 2011. Uni ja unettomuus. Unettomuuden vaikutukset.

<http://www.tietoaunettomuudesta.fi/unettomuuden-vaikutukset/>. Luettu 1.6.2012.

Tuomilehto, H., Seppä, J., Gylling, H. & Uusitupa M. 2009. Obstruktiivinen uniapnea ja lihavuus – Elämäntapainterventio on tehokas hoito. Duodecim 125(9), 931 - 933.

Artikkeli/tutkimus	Unettomuuden itsehoitokeinot	Unettomuuden lääkehoito	Unettomuuden vaikutus elämänlaatuun
Unettomuus (Huttunen 2011b)	<ul style="list-style-type: none"> -noudattaa hyvää unihygieniaa -välttää alkoholia, kahvia, kofeiinipitoisia juomia ja tupakkaa -hiilihydraattinen ateria -alkuillan liikunta -raskas liikunta vaikeuttaa unen saantia -makuuhuone ei liian kuuma, valoisa tai meluisa -lämpimät sukat helpottavat nukahtamista -ei vuoteeseen ennen kuin on väsynyt tai unelias -nautinnollinen seksi voi helpottaa nukahtamista -jokailtainen rentouttava rituaali -tv:n katsomista tai lukemista kannattaa välttää sängyssä -jos kumppanin kuorsaminen tai kääntyily häiritsee, kannattaa kokeilla nukkumista erillisissä vuoteissa tai eri huoneissa -korvatulpat tai silmälaput -epämukava patja -kipulääkkeiden käyttö, jos kivut häiritsevät -säännöllinen unirytm -välttää päiväunia -tärkeää, ettei pelkää unettomuutta 	<ul style="list-style-type: none"> -ei mainintaa 	<ul style="list-style-type: none"> -aiheuttaen päiväväsymystä ja altistaen masenustiloille, ahdistushäiriöille ja alkoholin liikkäytölle
Unettomuus (Riikola & Partinen 2008)	<ul style="list-style-type: none"> -hoidetaan omatoimisella unihuollolla -kiinnittää huomiota unirytmien säännöllistämiseen, elämäntapamuutoksiin ja nukkumista helpottavien ulkoisten olosuhteiden luomiseen -pitkäaikaiseen unettomuuteen suositellaan ensisijaisesti kognitiivisia terapioita 	<ul style="list-style-type: none"> -lyhytaikainen unilääkitys saattaa olla tarpeen -suositellaan uusia bentosodiatsepiinien kaltaisia unilääkkeitä tai unettomuuteen soveltuvia depressiolääkkeitä -melatoniini 	<ul style="list-style-type: none"> -lisää monien sairauksien ja tapturmien riskiä, heikentää toimintakykyä ja huonontaa elämänlaatua - heikentää toimintakykyä, altistaa ruumiillisille ja psyykkisille sairauksille ja esimerkiksi keskivartalolihavuudelle
Krooninen unettomuus ja sen lääkkeetön hoito (Kajaste 2005)	<ul style="list-style-type: none"> -unilääkkeiden käyttöä ja unen huoltoa suositellaan yleensä tilapäisen, tilaneriippuvaisen unettomuuden hoidossa -potilaat tarvitsevat ennen kaikkea huolen ja murheen kuuntelua -kognitiivisia menetelmiä pidetään kroonisen unet- 	<ul style="list-style-type: none"> -krooniseen unettomuuteen ei suositella unilääkkeitä, lääkkeitä kuitenkin käytetään, koska muitakaan helposti saatavia keinoja lievittää potilaan hätää ei ole ollut -uudempien unilääkkeiden myötä ei ehkä ole niin haitallista kuin uskot- 	<ul style="list-style-type: none"> -unettomuus on yhteydessä vakavan masenustilan kehittymiseen -unettomuus heikentää selvästi elämänlaatua ja työkykyä -unettomat näyttäisivätkin stressaantuvan erittäin herkästi

	<p>tomuuden hoidossa ensisijaisina</p> <ul style="list-style-type: none"> -jännitystä pyritään lievittämään erilaisin rentoutumismenetelmin 	<p>tu ja se on tehokkaampaa</p> <ul style="list-style-type: none"> -rauhottavia masennuslääkkeitä käytetään pieninä annoksina yleisesti varsinaisten unilääkkeiden sijaan 	
Unettomuus (Käypä hoito 2008)	<ul style="list-style-type: none"> -unihuolto -elintapojen tarkistaminen -rentoutus -uniärsykkeiden hallinta -vuoteessa olon rajoittaminen -kognitiiviset menetelmät -hypnoosihoito -kirkasvalo hoito saattaa auttaa, kun kyseessä on viivästynyt tai aikaistunut unijakso 	<ul style="list-style-type: none"> -ellei unihuolto tuo apua, lyhytaikainen unilääkitys saattaa olla tarpeen -unilääkkeet pidentävät unta, mutta niiden haittavaikutukset ovat merkittäviä -lyhytkestoisen unettomuuden hoidossa käytetään lähinnä bentsodiatsepiini johdoksia tai unettomuuden hoitoon soveltuvia depressiolääkkeitä -lyhytvaikutteisessa unettomuuden hoidossa tulisi suosia lääkkeitä, joilla on lyhyt puoliintumisaika -melatoniini on tehokas pitkäaikaisen unettomuuden ja aikaerostajottuvan unettomuuden hoidossa -valeriaana on turvallinen, mutta varsin heikotehoinen 	<ul style="list-style-type: none"> -pitkäkestoinen unettomuus altistaa somaattisille ja psyykkisille sairauksille -sedatiiviset lääkkeet voivat aiheuttaa kognitiivisia häiriöitä
Unettomuuden hoidossa käytetyt lääkkeet (Huttunen 2008)	-ei mainintaa	<ul style="list-style-type: none"> - bentsodiatsepiineja käytetään edelleen laajasti unettomuuden hoidossa -tsopikoni, tsolpideemi ja tsaleploni -melatoniini ja aikabiologiset unilääkkeet -sedatiiviset unilääkkeet (trisykliset masennuslääkkeet, mirtatsapiini, tratsodoni) -sedatiiviset antipsykootit ja antihistamiinit -valeriaana 	-ei mainintaa
Uni ja unettomuus. Unettomuuden vaikutukset (Tietoa unettomuudesta 2011)	-ei mainintaa	-ei mainintaa	<ul style="list-style-type: none"> -unettomuus vaikuttaa elämään hyvin kokonaisvaltaisesti -aiheuttaa monille sosiaalisia haittoja -huonosti nukutut yöt laskevat mielialaa -aiheuttaa ärtyneisyyttä ja mielialan vaihteluita -altistaa masennukselle ja päihteiden käytölle -heikentää keskittymiskykyä ja muistia sekä vaikeuttaa uuden oppimista -unettomuuden aiheuttamat voimakkaat tunteet ovat hyvin yleisiä -unettomuus vaikuttaa myös suoraan fyysiseen

			<p>terveyteen</p> <ul style="list-style-type: none"> -univaje altistaa diabetekselle, sepelvaltimotaudille, kohonneelle verenpaineelle, ylipainolle sekä sydän- ja versuonisairauksille -unettomuus lisää onnettomuus- ja tapaturmariskiä -negatiivinen vaikutus aineenvaihduntaan ja paranemiseen -heikko stressinsietokyky altistaa monille fyysisille vaivoille
<p>Insomnia and health-related quality of sleep (Kyle, Morgan & Espie 2010)</p>	-ei mainintaa	-ei mainintaa	<ul style="list-style-type: none"> -unettomuus vaikuttaa mielialaan ja kognitiivisiin kykyihin (keskittymiskyky, muisti, tarkkaavaisuus) ja aiheuttaa ahdistusta, väsymystä ja fyysistä kipua/epämukavuutta -sairaalloisuus lisääntyy: terveydenhuollon käyttö, krooniset terveysongelmat ja toistuvat poissaolot lisääntyvät -alentaa työn tuottavuutta -suurentaa riskiä onnettomuuksille -unettomuus vaikuttaa negatiivisesti unenlaatuun, fyysiseen hyvinvointiin, mielialaan ja henkiseen tilaan sekä sosiaaliseen ja ammatilliseen suhteeseen
Artikkeli/tutkimus	Uniapnean itsehoitokeinot	Uniapnean leikkaushoito	Uniapnean vaikutus elämänlaatuun
<p>Uniapneakiskosta voi olla apua monelle (Ingman, Mäkitie, Bäck, Arte & Bachour 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -hoito alkaa aina konservatiivisilla keinoilla, joita on laihdutus, painonhallinta, selinmakuuasennon, alkoholin ja rauhoittavien lääkkeiden välttäminen, nenän tukkoisuuden hoito ja mahdollisten sekundaaristen sairauksien hoito -nämä toimet kuitenkin saavat vain harvoin aikaan riittävän vasteen uniapnea hoidossa -ensisijainen hoito on ylipainehengityshoito -toissijainen hoitomuoto erityisesti lievän ja keskivaikean uniapnean hoidossa, lievästi ylipainoisilla potilailla on uniapneakisko 	<ul style="list-style-type: none"> -lievää tai keskivaikeaa uniapneaa sairastavat potilaat, joille myöskään uniapneakiskohoito ei sovi, tulisi nykyisten hoito-ohjeen mukaan lähettää kirurgiseen hoitoarvioon korva-, nenä- ja kurkkutautien yksikköön, jolloin ylähengitysteiden monitasokirurgialla voidaan yrittää vähentää hengityskatkoksien määrää 	-ei mainintaa
<p>Obstructive sleep apnea in adults: evolution and related inflammation in</p>	<ul style="list-style-type: none"> -elämäntapojen muunnos -CPAP-hoito -uniapneakisko -hyvä unihygienia 	<ul style="list-style-type: none"> -kirurgia voi koskea pehmytkudoksia, luurakenteisia tai se voi koostua trakeostomiasta 	<ul style="list-style-type: none"> - monet liitännäisairaudet -päiväväsymys -masennusoireet -liikenneonnettomuuksien

<p>early stages of disease (Sahlman 2011)</p>	<p>-laihutus</p>	<p>-trakeostomia on ollut ainoa parannettavissa oleva operatiivinen hoitomuoto -nenäleikkauksilla on matala onnistumisaste, mutta sillä on vaikutusta unenlaatuun, päiväväsyyntymykseen ja se voi auttaa CPAP-hoidossa -UPPP -UPP -RFA on hyvin siedetty, mutta ei toimi niinkään uniapneassa</p>	<p>riski lisääntyy -kuoleman riski -terveydenhuollon käyttö lisääntyy -lisää työpoissaoloja ja työkyvyttömyyseläkkeitä</p>
<p>Obstruktiivinen uniapnea ja lihavuus – Elämäntapaintervention on tehokas hoito (Tuomilehto, Seppä, Gylling & Uusitupa 2009)</p>	<p>-painonlasku voi lieventää uniapneaa, mutta ei paranna sitä -muuttaa ruokavaliota terveellisemmäksi, laihduttaa ja lisätä liikuntaa -lopettaa tupakointi ja vähentää alkoholinkäyttöä</p>	<p>-ei mainintaa</p>	<p>-esiintyy lyhytkestoisia unenaikaisia hengityskatkoksia ja havahtumisia sekä päiväaikaista rauhatonta unesta johtuvia oireita, kuten väsyneisyyttä, keskittymiskyvyn heikentymistä, ärtyneisyyttä ja aamupäänsärkyä -unen rakenteen rikkoutuminen lisää näläntunnetta ja ruokahalua hormonaalisten mekanismien kautta</p>
<p>Aikuisten obstruktiivisen uniapnean hoito (Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007)</p>	<p>-laihuttaminen on ylipainoisen uniapneapotilaan keskeinen hoito -pienikin painon vähentyminen voi vaikuttaa suosituisasti uniapnean vaikeusasteeseen ja hengityskatkosten määrään -kuorsaus paranee laihduttamisen myötä -CPAP on keskivaikean ja vaikean obstruktiivisen uniapnean ensisijainen hoito -asentohoitoa voidaan kokeilla asennosta riippuvaisessa uniapneassa -apneakisko -yliherkkyysnuha tulee hoitaa asianmukaisesti lääkityksellä nenähengityksen parantamiseksi -tupakoinnin lopettaminen on tärkeää ja keskushermostoa lamaavien lääkkeiden käyttöä tulee välttää</p>	<p>-kirurgisten hoitojen tavoitteena on avartaa ylähengitysteitä ja siten estää niiden painuminen tukkoon unen aikana -leikkaukset voidaan kohdentaa pehmyt- tai luurakenteisiin ahtauman arvioidun sijainnin perusteella -tyypillisimpiä toimenpiteitä on nenähengityksen parantamiseksi tehtävät nenän väliseinän leikkaukset ja polyyppien poistot -nielun avarusleikkaukset, joita voidaan tehdä tavanomaisella tekniikalla tai laseravusteisesti -tavallisin nielua avartava toimenpide on ollut leikkaus, jossa poistetaan nielurisat, uvula ja osa pehmeää suulakea (UPPP) -leukojen suhteita muuttamalla nielun ilmatilaa voidaan lisätä -musculus genioglossuksen kiinnityksen eteenpäin siirto, alaleuan pidennys sekä ylä- ja alaleuan siirto eteenpäin -kirurgisten hoitojen määrä on vuosien kuluessa pienentynyt, kun on todettu, että muutamien</p>	<p>-heikentää monin tavoin elämänlaatua ja lisää mm. äkkikuoleman, liikenneonnettomuuden ja kardiovaskulaaristen sairauksien vaaraa sekä voi lyhentää keskimääräistä elinikää -tyypillisiä päiväaikaista oireita ovat väsyneisyys, keskittymiskyvyn heikentyminen ja aamupäänsärky</p>

		<p>kuukausien oireettoman tai vähäoireisen jakson jälkeen apneaoireet palaavat lähtötasolle</p> <ul style="list-style-type: none"> -ainoa varma kirurginen hoito obstruktiiviseen unipneaan on trakeostomia -radioaaltoablaation käyttö on viime vuosina yleistynyt sekä kuorsauksen että uniapnean hoidossa -kielen tyveä voidaan RFTA:lla pienentää 	
Unenaikaisen hengityshäiriön tutkiminen (Anttalainen 2006)	<p>-kaikkien ylipainoisten unenaikaista hengityshäiriötä sairastavien hoitoon kuuluu tärkeimpänä osana painonpudotus ja sen hallinta</p> <p>-alkoholinkäytön vähentäminen ja tupakoinnin lopettaminen ovat myös merkittäviä hoidon osatekijöitä</p> <p>-nenä-CPAP-laitehoito on tehokkain hoitomuoto</p>	<p>-Kirurgiset hoitomuodot tai alaleukaa eteenpäin tuova yöllinen hammaskiskohoito sopivat ja auttavat vain pientä osaa potilaista, kun oireyhtymä on lievääasteinen ja mahdollisesti asentoriippuvainen, ylipaino-ongelmaa ei ole ja potilaan anatomia on sopiva näitä hoitoja ajatellen</p>	<p>-toistuvien hengityskatkosten ja -ahtaumien takia potilaan syvän unen määrä pienenee, jolloin unen virkistävyys vähenee</p> <p>-päiväväsytys voi olla voimakasta, aina pakonukahteluun asti</p> <p>-virtsaneritys lisääntyy ja wc-käyntejä voi olla parinkin tunnin välein yössä</p> <p>-voimakas hengitystyö ja toistuvat hypoksemiat aiheuttavat osalle potilasta runsasta yöhikoilua</p> <p>-rintakehän sisäiset paineenvaihtelut edistävät yöllistä närästyä</p> <p>-krooninen univaje aiheuttaa myös toiminnallisia oireita, kuten muistihäiriöitä, keskittymisvaikeuksia, ärtyneisyyttä, mielialahäiriöitä tai impotenssia</p>
Elämä näkymättömän tai näkyvän unihäiriön kanssa: unettomien ja uniapneetikoiden sairauskokoemuksen rakentuminen (Latva-Reinikka 2011)	-tärkein apukeino tutkittavalle on CPAP-laite	-ei mainintaa	<p>-uniapnea vaikuttaa elämän henkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti</p> <p>-päiväväsytys, joka alentaa omaa aktiivisuutta</p> <p>-lähimuisti heikentyy</p> <p>-sairastuu moneen eri sairaukseen</p> <p>-ärtyisyys</p> <p>-sairauslomat tai jopa joutuu jäämään töistä kokonaan pois</p> <p>-voi joutua luopumaan monista rakkaista harrastuksista uniapnean vuoksi</p>
Uniapneataudin ylipainehoito ja hoitolaiteiden ominaisuudet (Aalto, Maa-silta, Bachour 2008)	<p>-hoidon perusajatuksena on estää ylähengitysteiden kasaan painuminen unen aikana</p> <p>-aikuisilla CPAP-hoito eli ylipainehoito on erityisesti keskivaikean ja vaikean sairauden ensisijainen hoitomuoto</p>	-ei mainintaa	<p>-uniapneataudin oireita ovat kuorsaus, lyhytkestoiset unenaikaiset hengityskatkot ja rauhattomasta unesta johtuvat päiväaikaiset oireet, kuten väsymys, keskittymisongelmat ja aamupäänsärky</p> <p>-hoitamaton uniapneatauti heikentää monin tavoin</p>

			elämänlaatua ja lisää mm. liikenneonnettomuusvaaraa, äkkikuoleman riskiä ja voi jopa lyhentää keskimääräistä elinikää
Obstruktiivinen uniapnea ja kuorsaus (Mattila 2012)	-ei mainintaa	-kirurgisilla hoidolla voidaan korjata niitä nielun rakenteita, jotka kullakin potilaalla ahtauttavan nielua unen aikana -nielu tai kitarisaleikkauksilla voidaan välttää nielua - -uvulopalatopharyngoplastia (UPPP) -uvulopalatoplastia (UPP) - laser uvulopalatoplastia (LUPP) -trakeostomia -leukaluun plastiset leikkaukset tai kielen keskiosan resektiot	-uniapnean on raportoitu liittyvän lisääntyneeseen riskiin sairastua sydämen rytmihäiriöitä, pulmonaarisista ja systeemistä hypertensiota, henkisten toimintojen heikkenemistä, aivoinfarkteja, sydäninfarkteja sekä sydämen vajaatoimintaa
Uniapnean leikkaushoidoista (Seppä 2010)	-ei mainintaa	-uniapnean leikkaushoidot voivat olla ylähengitysteitä avartavia, avustavia tai ylähengitystiet ohittavia toimenpiteitä sekä lihavuuskirurgiaa - RF(T)A-hoidoilla voidaan pienentää nenän alakuorikoita ja kielen kantaa sekä jäməköittää pehmeää suulakea - Nenään kohdistuvista leikkauksista tavallisimmat ovat nenäpolyypin poisto sekä nenän väliseinän ja ulkonenän korjaukset (septoplastia, septorhinoplastia) - Leukojen siirtäminen eteenpäin lisää nielun ilmatilaa - Uniapnean hoitona leikkaus on sitä tehokkaampi, mitä enemmän alaleukaa pidennetään. Alaleuan pidennyksen määrää voidaan lisätä, mikäli samanaikaisesti myös yläleukaa siirretään eteenpäin - Henkitorviavanne (trakeostomia) ohittaa ylähengitystiet ja sitä kautta parantaa ylähengitystien ahtaumasta johtuvan obstruktiivisen uniapnean	-ei mainintaa
H.E.I kuorsausklinikka. Leikkaukset (Helsinki Ear Institute 2011)	-ei mainintaa	-nielurisaleikkaus -nenäleikkaukset -UPPP, jossa ylähengitysteitä laajennetaan poistamalla ja muovaile-	-ei mainintaa

		<p>malla pehmeän suulaen alaosa. Pehmeän suulaen mukana myös pikkukieli eli uvula poistetaan. UPPP:n kuuluu aina myös nielurisojen poisto</p> <p>-toimenpide suoritetaan nukutuksessa</p> <p>-LUPP, jossa hiilidioksidilaserilla ja saksilla poistetaan lakikaarien ja pehmeän suulaen kudosta uvula mukaanlukien, jonka jälkeen haavapinnat peitetään ompelemalla limakalvot kiinni toisiinsa</p> <p>- toimenpide vaatii kunnan esilääkityksen ja hyvän puudutuksen</p>	
<p>Airway surgery for obstructive sleep apnea and partial upper airway obstruction during sleep (Halme 2011)</p>	<p>-elämäntapamuutokset</p> <p>-hoidon pitäisi aina tähdätä painon pudotukseen ylipainoisilla</p> <p>-ensimmäinen hoitomenetelmä keskivaikeassa uniapneassa on nenä-CPAP</p> <p>-uniapneakisko</p>	<p>-useita kirurgisia tekniikoita on käytetty hoitona uniapneapotilaille</p> <p>-kitakielekkeen seutu on leikkauksen kohteena, mikä helpottaa hengitysteiden estämistä unen aikana</p> <p>-UPPP:ssä poistetaan nielurisat, kitakieleke ja osa pehmeää sulakea</p> <p>-laser-uvulopalatoplastia (LUPP) on muunnellut tavanomaisesta UPPP tekniikasta</p> <p>-tehdään paikallispuudutuksessa</p> <p>-LUPP:ssa poistetaan uvula sekä lakikaarien ja pehmeän suulaen kudosta</p> <p>-radioaaltoablaatiota käytetään kuorsauksen hoitoon</p> <p>-tonsillektomia eli nielurisojen typistysleikkaus on tehokas menetelmä uniapneassa, jos potilaalla on valtava kitarisojen liikakasvu</p> <p>-kurknpään leikkaus</p> <p>-nenäleikkausten onnistumisaste on matala, ainoastaan 20%</p> <p>-nenäleikkaus on hyvin tärkeä onnistuneelle CPAP-hoidolle</p> <p>-trakeostomia on ensimmäinen tehokas hoitomuoto uniapneapotilaille ja nykyään sitä käytetään pysyvänä hoitona vain potilaille, joilla on vakava uniapnea</p> <p>-bimaxillaarista osteotomia voidaan käyttää</p>	<p>-uniapnean eri oireet vaikuttavat heikentävästi elämänlaatuun</p>

		<p>myös silloin, jos muut leikkaukset eivät ole onnistuneet</p> <ul style="list-style-type: none"> -monitasokirurgia tarjoaa tehokasta hoitoa potilaille, joilla on vakava uniapnea 	
<p>Uniapnea (Obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) (Käypä hoito 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - liikapainoisilla uniapneapotilailla (painoindeksi yli 25 kg/m²) laihduttaminen ja painonhallinta on hoidon perusta - univaje pahentaa uniapneaa, minkä vuoksi tulee huolehtia unen riittävydestä -asentohoito - koska bentsodiatsepiini johdosten käyttö ja alkoholin nauttiminen ennen nukkumaanmenoa saattavat lisätä apneoiden määrää ja kestoja, suositellaan niiden välttämistä. Myös tupakointimattomuutta suositellaan limakalvoturvotuksen vähentämiseksi. - CPAP-hoito on uniapnean ensisijainen hoito erityisesti keskivaikeista tai vaikeista oireista kärsivillä - hammasteknisillä kojeilla (uniapneakisko) voidaan hoitaa erityisesti lieväoireisesta uniapneasta kärsiviä normaali-painoisia tai lievästi liikapainoisia potilaita (painoindeksi 25–30 kg/m²) ja niitä, joilla CPAP-hoito ei onnistu 	<ul style="list-style-type: none"> - ellei uniapnean konservatiivinen hoito (elämäntapojen muutos, uniapneakisko tai CPAP) ole riittävä, potilas ei siedä hoitoa tai hänellä on merkittäviä uniapnealle altistavia nielun tai kasvojen alueen rakenteellisia tekijöitä, tulee harkita ylähengitysteiden tai kasvojen alueen kirurgiaa -avartavat, avustavat ja ylähengitystiet ohittavat toimenpiteet -avartavat nenäleikkaukset -tonsillektomia -radiotaajuuskirurgia -UPPP -trakeostomia -leukakirurgia - lihavuusleikkausta voidaan harkita, jos painoindeksi on suurempi kuin 35 kg/m² 	<ul style="list-style-type: none"> - päiväväsytys, joka ilmenee erityisesti uneliaisuutena tai pakkonomaaisena nukahtamistaipumuksena - kognitiivinen suorituskyky heikkenee merkittävästi - muistihäiriöt, keskittymisvaikeudet ja mielialahäiriöt ovat uniapneapotilailla hyvin yleisiä
<p>Naisten uniapnea – tunnistammeko sen erityispiirteet? (Anttalainen 2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -ylipainoisten laihdutus ja kaikilla painonhallinta -elämäntapaohjaus: alkoholin, unilääkkeiden käytön vähentäminen ja tupakoinnin lopettaminen, riittävästä yöunesta huolehtiminen -ylipainehengitys- eli CPAP-laitehoito -pallopaita- eli asentohoito - uniapneahammaskisko-hoito 	<ul style="list-style-type: none"> -uniapnean kirurgiset hoitomuodot ovat tehokkaita vain pienelle osalle potilaista 	<ul style="list-style-type: none"> -unenaikaisten hengityshäiriöiden tiedetään huonontavan elämänlaatua, lisäävän sairastavuutta ja sairauspoissaoloja sekä liikenneonnettomuusriskiä ja kuolleisuutta -uniapneaan liittyy liitännäissairastavuutta, esim. sydän- ja verisuonisairauksien, aivoverenkiertohäiriöiden ja diabeteksen riskit ovat lisääntyneet -päiväväsytys -unipneaa sairastavilla naisilla on enemmän oireita kuin miehillä, vaikka vaikeusaste olisi molemmilla sama -naispuoliset uniapneapotilaat kärsivät enemmän aamupäänsärystä, masennuksesta, ahdistuksesta, univaikeuksista ja

			<p>levottomat jalat –oireilusta kuin miehet</p> <p>-jokapäiväinen kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt</p> <p>-uniapnea voi aiheuttaa kiusaantuneisuutta, mielialan vaihtelua ja se voi vähentää sosiaalisia yhteyksiä</p> <p>-naisten terveydentila ja toimintakyky ovat heikentyneet useammin kuin miesten</p> <p>-uniapneaa sairastavilla naisilla onkin enemmän avioeroja sekä parisuhdeongelmia ja he ovat useammin sosiaalisesti eristyneitä kuin miehet</p>
<p>Kognitiivisen toimintakyvyn ja mielialan muutokset unipneaoireyhtymässä (Saunamäki & Jehkonen 2009)</p>	<p>-tavallisimmin uniapnean hoidoksi suositellaan laihduttamista ja unihygieniasta huolehtimista</p> <p>-CPAP-hoito</p>	<p>-ei mainintaa</p>	<p>-päiväväsyyksien ja yleisen elämänlaadun heikentymisen lisäksi uniapneaan voi liittyä kognitiivisen toimintakyvyn ja mielialan muutoksia</p> <p>-heikentymistä voi esiintyä tarkkavaisuuden säätelyssä, oppimisessa ja muistissa, toiminnanohjauksessa, avaruudellisessa hahmotuskyvyssä ja psykomotorisessa suoriutumiskyvyssä</p> <p>-toiminnanohjauksen taidoista uniapneassa näyttävät herkimmin häiriintyvän työmuisti, fonologinen sanasujuvuus, kognitiivinen joustavuus ja suunnittelukyky</p> <p>-uniapneapotilaiden tarkkaavaisuuden ongelmat ilmenevät vaikeutena valikoida kohdetta, jakaa tarkkaavaisuutta ja ylläpitää keskittymistä pitkäkestoisissa ja monotonisissa tilanteissa</p> <p>-vireyden ongelmat voivat heikentää ajokykyä ja työkykyä</p> <p>-virhealttiutta saattaa esiintyä</p> <p>-tapaturmat</p> <p>-potilailla tyypillisesti ilmenevät muut terveysongelmat, kuten ylipaino, korkea verenpaine, metabolinen oireyhtymä ja diabetes sekä lisääntynyt riski sydämen ja aivoverenkierron häiriöihin, saattavat vaikuttaa aivojen toimintakykyyn ja aiheuttaa kognitiivisia</p>

			<p>muutoksia</p> <p>-kognitiiviset muutokset voivat heikentää elämänlaatua ja aiheuttaa väärintulkintoja sosiaalisissa suhteissa</p> <p>-masentuneisuus on yleisin ja tutkituin uniapneaoireyhtymään liittyvä mielialamuutos</p>
Artikkeli/tutkimus	Narkolepsian itsehoitokeinot	Narkolepsian lääkehoito	Narkolepsian vaikutus elämänlaatuun
Narkolepsian ja idiopaattisen hypersomnian diagnostiikka ja lääkehoito (Hublin 2008)	<p>-säännöllinen uni- valvetrymi</p> <p>-10-20 minuutin lyhyet päiväunet</p> <p>-toiminnan ajoittaminen vireysminimien ulkopuolelle</p> <p>-oireita laukaisevien tilanteiden välttäminen</p> <p>-fyysinen aktiivisuus</p> <p>-ylipainon välttäminen</p> <p>-ruokavalio</p> <p>-tapaturmille altistavien toimintapojen välttäminen</p> <p>-potilaan, sukulaisten ja työtovereiden informointi</p> <p>-ammattillinen neuvonta</p> <p>-supportiivinen psykoterapia</p> <p>-potilasyhdistystoiminta</p>	<p>-narkolepsiaan on käytetty väsymyksen ja nukahtelun hoitona amfetamiineja ja niiden kaltaisia piristeitä sekä katapleksiaan trisyklisiä depressoilääkkeitä</p> <p>-viime vuosikymmenen aikana narkolepsian hoitoon on tullut uusia lääkkeitä</p> <p>-uusimpien suositusten mukaisesti modafiniili on ensisijaislääke väsymykseen ja nukahteluun ja natriumoksibaatti katapleksiaan</p> <p>-kakkosvaihtoehtoina ovat metyyliifenidaatti sekä trisykliset tai muut depressoilääkkeet</p> <p>-osa aiemmissa hoitosuosituksissa tai katapleksissa mainituista valmisteista on edelleen miellä saatavissa, ja ne saattavat tulla kyseen, jos edellä mainittuja lääkkeitä käytettäessä on ongelmana tehottomuus tai haittavaikutukset</p> <p>-yöunen katkonaisuuteen on käytetty tavallisia unilääkkeitä, mutta ongelmana on jäännöspitoisuuden vaikutus seuraavan päivän vireyteen</p>	-ei mainintaa
Nukahtelusairaus (narkolepsia) (Huttunen 2011a)	<p>-hoidossa keskeistä ovat säännölliset elämäntavat ja säännöllisen univalvetrymin noudattaminen</p> <p>-tulee välttää päivävireyttä heikentäviä tekijöitä. kuten raskaita ja hiilihydraattipitoisia aterioita, liiallista kahvin käyttöä tai ylipainoa</p> <p>-tupakointi, alkoholin ja päihteiden käyttö pahentavat oireita</p> <p>-reipas liikunta voi parantaa yöunta ja vähentää päiväväsymystä</p>	<p>-lääkehoidolla voidaan lievittää oireita suurimmalla osalla potilaista. Pakonomaista torkahtelua voidaan lievittää valvelääkkeillä (modafiniini, selegiliini) tai metyyliifenidaatilla ja muilla tarkkaavaisuushäiriön hoitoon käytetyillä lääkkeillä. Katapleksian ja hypnagogisia oireita voidaan lievittää depressoion hoidossa käytetyillä lääkkeillä.</p>	<p>-torkahdusta edeltävään väsymykseen voi liittyä muisti- ja oppimisvaikeuksia, hämärätioja, automaattisia liikkeitä kaksoiskuvien näkemistä tai näön hämärymistä</p> <p>- odottamatta, tiheään ja voimakkaana ilmenevät katapleksia-kohtaukset ovat hyvin kiusallisia ja altistavat erilaisille vahingoille</p> <p>-narkolepsia voi häiritä ihmissuhteita monin tavoin</p>

	<p>-yhdet tai kahdet 10-30 minuutin päiväunet ovat suosittelavia vähentäänsään väsymystä 2-3 tunniksi</p> <p>-narkolepsiasta kärsivän kannattaa kertoa sairaudestaan opettajilleen, työnantajilleen ja työtovereilleen, jotta torkahtelu- taipumus ymmärretään ja mahdollisuuksien mukaan huomioidaan</p> <p>-yksitoikkoisten työtehtävien aikana tulee pitää taukoja tai kannattaa ottaa lyhyet päiväunet tai käydä kävelemässä ulkoilmassa</p>		<p>- nukahtaminen voi tapahtua kesken rakastelua, väsymys heikentää usein seksuaalisia haluja, voimakas ilo tai vihastuminen voivat laukaista katapleksian. Opiskelu ja työ häiriintyvät helposti.</p> <p>- noin kolmasosalla narkolepsiasta kärsivistä ilmenee unen ja valveen rajamailla joko unihalvusta tai hypnagogisia hallusinaatioita</p> <p>- pakonomaiseen torkahtelun ja katapleksiaan liittyy kohonnut onnettomuusriski.</p>
<p>Diagnosointi ja hoito (Suomen narkolepsiayhdistys Ry 2011)</p>	<p>-säännöllinen univalverytmi</p> <p>-ennakkoon suunnitellut 10-20 minuutin torkut juuri vireysminimien edellä</p> <p>-tärkeimpien aktiviteettien aikataulutus vireysminimien ulkopuolelle</p> <p>-oireita laukaisevien tilanteiden välttäminen (pitkä paikallaan olo, voimakkaat tunnetilat)</p>	<p>- lääkityksessä pyritään löytämään pienin annostus, joka riittävällä tavalla lievittää oireita ja toimintakykyä</p> <p>-väsymyksen ja nukahtelun lievittämiseen käytetään erilaisia piristeitä</p> <p>-katapleksian hoito voi edellyttää erillistä lääkitystä</p>	<p>-ei mainintaa</p>
<p>Therapeutic advances in narcolepsy (Thorpy 2007)</p>	<p>-lääkkeettömistä hoidoista voi olla paljon hyötyä narkoleptikolle, mutta useimmat tarvitsevat kuitenkin lääkehoitoa jopa loppu elämän ajaksi</p>	<p>-lääkehoito on muuttunut hyvin paljon viimeisen vuosisadan aikana</p> <p>-ennen käytettiin mm. kofeiinia oireiden helpottamiseen</p> <p>-lääkehoidon tavoitteena on pitää potilas valppaana ja vireänä päivän aikana ja minimoida epämieluisia haittavaikutuksia</p> <p>-lääkehoitoon kuuluu erilaisia lääkkeitä, kuten piristeet ja depressiolääkkeet sekä muut aineet, kuten modafiniili ja natriumoksibaatti</p> <p>-amfetamiini</p> <p>-metyylifenidaatti</p> <p>-selegiliini</p> <p>-modafiniilia pidetään ensijaisena lääkkeenä</p> <p>-lääkkeillä on sivuvaikutuksia</p> <p>-natriumoksibaatti vähentää yöllistä heräilyä ja vahvistaa REM-unta</p> <p>-nukkumaan mennessä lääkeannoksesta on otettava puolet ja loput 2,5-4 tunnin kuluttua</p> <p>-narkolepsiaan on kehitteillä uusia hoitoja, kuten hypokretiini sen analogit,</p>	<p>-narkolepsia vaikuttaa fyysiseen ja psykososiaaliseen toimintaa ja siten elämänlaatuun</p> <p>-narkolepsia näyttää olennaisesti olevan taakka elinvoimalle, sosiaaliselle toiminnalle ja tavallisille aktiviteeteille</p> <p>-hypnoottiset hallusinaatiot ja unihalvaukset</p>

		immunoterapia, tyreotropiini analogeineen ja histamiini3-reseptoreidn antagonistit	
Narkolepsiapotilaan toimintakyvyn ja haitta-asteen arviointi (Hublin, Kirjavainen, Partinen, Ojala & Saarenpää-Heikkilä 2011)	-lääkkeettömistä hoitokeinoista tärkeimpiä ovat säännöllinen uni-valverytmi, etukäteen suunniteltujen lyhyiden nokosten ottaminen, oireita provosoivien tilanteiden välttäminen ja erityisen nopeasti imeytyvien hiilihydraattien välttäminen päivän aikana	-lääkehoito toteutetaan aikuispotilailla hoitosuosituksen mukaisesti	-suurimmalle osalle potilaista ilmaantuu unen katkonaisuutta -monille tulee merkittävää painonnousua, joka altistaa osaltaan obstruktiiviselle uniapnealle -eriateinen masentuneisuus on narkolepsiaa sairastavilla yleistä -vaikeimmillaan oireet voivat merkittävästi huonontaa toimintakykyä -automatismit ja hallusinaatiot -monilla sairaus vaikuttaa ainakin jonkin verran työkykyä heikentävästi -R2-kortin (raskaat ajoneuvot, ammattimainen henkilöliikenne) hankkiminen tai lentäminen eivät narkolepsiaa sairastavalla nykyääräyksin tule kyseeseen -keskittymis- ja muistivaikeudet ovat hankalimmat oireet opiskelua ajatellen -iltapäiväväsymys hankaloittaa harrastuksia ja kaverisuhteita, mikä näyttää johtavan varsin usein sosiaaliseen eristäytymiseen -kaikilta katapleksiaoireisilta on syytä kieltää mahdolliseen vaaratilanteeseen johtavat aktiviteetit
The impact of narcolepsy on psychological health and role behaviors: negative effects and comparisons with other illness groups (Bruck 2001)	-ei mainintaa	-ei mainintaa	-miehet ovat herkempiä muutoksiin kuin naiset -miehillä on enemmän ongelmia terveydenhuollon kanssa ja vaikeuksia seksisuhteissa kuin narkolepsiaa sairastavilla naisilla -miehillä on enemmän psykososiaalisia ongelmia -lääkkeettömät narkoleptikot osallistuvat vähemmän sosiaalisiin ja vapaa-ajan tapahtumiin -nuorehkoilla narkoleptikoilla on enemmän ammatillisia ongelmia kuin vanhemmilla ihmisillä -nuoremmat ovat alttiimpia masennukselle