

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / hoitotyö

Sofia Granlund

UNIHYGIENIA VAIKUTTAVANA TEKIJÄNÄ UNETTOMUUDEN HOIDOSSA

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

GRANLUND, SOFIA

UNIHYGIENIA VAIKUTTAVANA TEKIJÄNÄ
UNETTOMUUDEN HOIDOSSA

Opinnäytetyö

50 sivua + 25 liitesivua

Työn ohjaaja

THM, lehtori Anja Roikonen

Toimeksiantaja

Kotkan Korttelikotiyhdistys ry

Maaliskuu 2012

Avainsanat

unettomuus, unihygienia, somaattiset sairaudet, elämäntavat, ravitsemus, turvallisuus, liikunta, nukkumistavat

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää unihygienian vaikutusta unen laatuun ja sen merkitystä unettomuuden hoidossa. Tutkimuksen teoriaosuudessa perehdyttiin uneen, mitä se on ja millainen on unen vaikutus ihmisten elimistöön. Lisäksi selvitettiin, mitä on unettomuus ja mitkä ovat unettomuuden riskitekijät. Määritettiin, mitä on unihygienia ja miten unihygienia vaikuttaa unettomuuteen. Tutkimuksessa selvitettiin, miten unihygieniaan liittyvät tekijät: elämäntavat, ravitsemus, liikunta ja nukkumistavat vaikuttavat unen laatuun ja unettomuuden hoitoon. Tässä työssä kuvattiin sairaanhoitajan roolia unettomuuden hoidossa unihygienia-ohjeen perusteella. Tutkimuksen tavoitteena oli kirjoittaa unihygienia-ohje kotikorttelin asukkaille ja henkilökunnalle. Ohjeen tarkoituksena oli laadukkaan unen avulla edistää ihmisten terveyttä ja antaa teoreettinen pohja terveydenhuollon ammattilaiselle unettomuuden hoidossa.

Tutkimuksissa käytettiin systemaattisen kirjallisuuden menetelmää kokomaan aineistoa. Laaja ja nykyaikainen kirjallisuus opinnäytetyön aiheesta on auttanut saamaan vastauksia tutkimuksen ongelmiin.

Tutkimustuloksista ilmeni miten unihygienian avulla voisi parantaa unen laatua ja vaikuttaa unettomuuden hoitoon. Tuloksena kirjoitettiin unihygienia-ohje, jonka avulla ihminen voi parantaa untansa ja hoitaja voi auttaa siinä asiakkaita.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Department of Health Care

GRANLUND, SOFIA

Sleep Hygiene as an Effective Factor in Treating Insomnia

Bachelor's Thesis

50 pages + 25 pages of appendices

Supervisor

Anja Roikonen, MNSc senior lecturer

Commissioned by

Kotkan Korttelikotiyhdistys ry/Ltd

March 2012

Keywords

sleep, insomnia, sleep hygiene, somatic diseases, ways of life, nutrition, safety, physical exercise, ways of sleeping

The purpose of the thesis was to explain the influence of sleep hygiene on the quality of sleep and its importance in treating insomnia. In the theoretical part of the research it was familiarized with sleep, what it is and what the influence of sleep on people's organisms is. It was explained what insomnia is and what risk factors there are. It was determined what sleep hygiene is and how it influences insomnia. The research clarifies the influence of the factors related to sleep hygiene e.g. lifestyle, nutrition, physical exercise and sleeping habits on the quality of sleep and the treatment of insomnia. The nurses' role in the treatment of insomnia was described on the basis of the insomnia instructions. The aim of the research was to write insomnia instructions for the residents and the personnel of the housing society. The purpose of the instructions was to improve people's health with good sleep and to give a theoretical basis to the professionals of the public health service when treating insomnia.

In the research the method of systematic literature was used to gather materials. The wide and modern literature on the subject of the research has helped to get answers for the research problems.

From the results it became evident how the quality of sleep could be improved and the treatment of insomnia affected. As a result sleep hygiene-instructions with the help of which persons can improve their sleep and a nurse can help the customers in it, were written.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO	6
2 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	7
3 TUTKIMUKSEN TAVOITEET	9
4 OPINNÄYTETÖN TOTEUTTAMISSUUNNITELMA JA AJOITUS	10
5 KIRJALLISUUSKATSAUS	11
6 AIEMMAT TUTKIMUKSET UNESTA JA UNETTOMUUDESTA	12
6.1 Mitä on uni?	12
6.2 Unen rakenne ja unen kemia.	14
6.3 Unettomuus ja siihen vaikuttavat riskitekijät.	18
6.4 Laadukas uni, mitä se on?	21
7 KESKEISET KÄSITTEET	22
UNIHYGIENIA	28
8.1 Unihygienia osana unettomuuden lääkkeetöntä hoitoa	28
8.2 Unihygienian tekijöiden vaikutus uneen	30
8.2.1 Nukkumistottumukset	30
8.2.2 Nukkumisympäristö	31
8.2.3 Ravitsemus	34
8.2.4 Liikunta	35
8.2.5 Elintavat	36
8.2.6 Henkilökohtainen hygienia	40
9. OHJEEN LAATIMINEN	42
9.1 Laadukkaan ohjeen ehdot	42
9.2 Hoitajan ammatillinen ja eettinen vastuu ohjauksessa.	43

10 OHJEEN ARVIOINTI	44
10.1 Kotikorttelin arviointi	44
10.2 Palautteen huomioiminen ohjeessa	44
11 LUOTETTAVUUS, POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSHAASTEET	45
LÄHTEET	48
LIITTEET	
Liite1. UNIHYGIENIA – OHJE.	52

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön aihe ”Unihygienia” on esitelty korttelikoti Alvariskassa Kotkassa 24.5.2010 ja ehdotettu tutkimusaiheeksi myöhemmässä vaiheessa Kotkan kaupungille. Kotkan Korttelikotiyhdistys ry:n toiminnanjohtaja näkökulmasta on tärkeitä kehittää korttelikotien henkilökunnalle ja asiakkaille opas, jossa olisivat selvät, yksinkertaiset keinot parantaa unenlaatua.

Luennossa Alvariskassa pitämässäni esitelmässä kävi ilmi, että monet asiat unesta ja sen tarkoituksesta kiinnostavat ihmisiä. Varsinkin vaikeata on uniprosessin ymmärtäminen ja unen tekijöiden vaikutus unen laatuun. Yksi niistä tekijöistä on unihygienia.

Mitä sitten on uni? Mikä on uni ja sen merkitys ihmiselle? Mitä ovat unettomuus ja unihäiriö ja siihen vaikuttavat riskitekijät? Mitä on ”Unihygienia” ja missä on sen asema unettomuuden hoidossa? Millä keinoilla voidaan unihygieniaa pitää hyvässä kunnossa? Näiden kysymysten vastauksia pyritään löytämään ja tutkimaan tässä opinnäytetyössä.

Jonkinlaista unettomuuden ongelmaa esiintyy suomalaisilla aikuisilla keskimäärin noin kolmasosalla. Heistä noin 10 % kärsii pitkäaikaisesta unettomuudesta, noin 15 % eivät ole tyytyväisiä oman unensa laatuun ja 5 % - 10 % täyttävät unettomuuden kriteerit. (Partinen & Huovinen 2011, 21.)

Perusterveydenhuollossa unettomuudesta kärsiviä potilaita on noin 30 %, eli joka kolmas nukkuu huonosti. Iän mukana unettomuus lisääntyy ja taustalla voi olla sekä sairauksia että iän mukana tulevia muutoksia elintoinnoissa. On todettu, että joka viides kotona asuva iäkäs kärsii unettomuudesta ja käyttää säännöllisesti unilääkkeitä. Yli kolmannes vanhuksista, jotka asuvat laitoksissa, käyttää joka ilta unilääkkeitä. Keski-ikäiset ja iäkkäät kärsivät eniten pitkäaikaisesta unettomuudesta, jolle on ominaista yöllä herääminen ja unessa pysyminen. Tämä muodostaa suuren riskin terveydelle. (Partinen & Huovinen 2011,21; Hublin 2010, 563).

Viime aikoina on yleistynyt lasten ja nuorten unettomuus. (Hublin 2010, 563). Tietojen mukaan noin 80 %: lla masennuspotilaista on primaari unettomuus (Partinen & Huovinen 2011,21).

Unettomuus ja unihäiriöt ovat taustalla verenpainetaudeissa, ylipainossa, diabetekses-
sa, sydäntaudeissa, heikentävät aivojen toimintaa ja suorituskykyä, joka voi aiheuttaa
liikenne- ja työtapaturmia (Härmä & Sallinen 2004,136).

Asiakkaalla on oikeus saada riittävän hyvää ohjausta unen laadun parantamisessa (La-
ki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Tutkimuksen mukaan asiakkaiden
terveyttä voidaan parantaa hyvin laadukkaalla ohjauksella, mikä lisää hyvinvointia ja
ehkäisee sairauden pahenemista sekä sairaalassa käyntien lisääntymistä. (Kaila ja
Kuivalainen 2007,21). Suomessa on muutamia unitutkimuksen laitoksia (Suomen
Unitutkimus Seura Oy 2005), joissa on tehty monia tutkimuksia uneen liittyvistä asi-
oista.

Tavoitteena on laatia Korttelikotiyhdistyksen asiakkaille ja henkilökunnalle selkeät
ohjeet jotka parantavat unen laatua tavallisimmilla keinoilla, selvittää myös unihy-
gienian vaikutus unen laatuun ja sen pitämiseen kunnossa. Korttelikodin henkilökunta
arvioi ohjeet.

2 TAUSTA JA TARKOITUS

Tässä opinnäytetyössä on tarkoitus kehittää huonounisille henkilöille ohje , jossa on
korostettu unihygienian merkitystä. Lähtökohtana oli pitämäni luento unihygieniasta
kotikortteli Alvariskassa Kotkassa 24.5.2010. Luennon yhteydessä sain pyynnöstä pa-
lautetta kuulijoilta. He kertoivat, että aihe on ”mielenkiintoinen, he saivat paljon uutta
tietoa ja ideoita unesta, unihygieniasta, sekä oppivat ymmärtämään uusia asioita unes-
ta ja sen tärkeydestä, laadusta ja säännöllisyydestä, mm. miksi raskas iltaruoka hu-
nontaa unta ”. Mutta tuli myös toivomuksia: ”lisää tietoa levottomista jaloista, uniap-
neasta, unissa puhumisesta ja nukkumaanmenon keinoista”. Kuuntelijat olivat sekä
naisia että miehiä, iältään he olivat noin 40-vuotiaita ja sitä vanhempia.

Neuvottelussa Kotkan Korttelikotiyhdistyksen toiminnanjohtajan Anne Heimolan
kanssa tuli hyväksyttynä ”Unihygienia” opinnäytetyön aiheeksi.

Lähtökohta oli seuraava: kotikorttelin asiakkaat ovat vähävaraisia vanhuksia, joilla on
sekä henkistä stressiä että myös taloudellisia ongelmia. Miten voidaan parantaa unen

laatua ja mitä olisi tehtävissä? Toisaalta kuinka työntekijät voisivat parantaa asiakkaan unen laatua kotikäynneillä?

Opinnäytetyöni tarkoitus on perehtyä näihin kysymyksiin etsimällä ja analysoimalla aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja ohjeita. Tarkoitus on luoda ohje, josta olisi hyötyä käytännössä sekä asiakkaille, että kotikorttelin työntekijöille ja myös muille unetto- muudesta kärsiville ihmisille.

Kotkan korttelikotiyhdistys ry on perustettu 11.12.1997. Se sijaitsee Kotkassa. Korttelikotiyhdistys on rekisteröity yhdistys ja toiminta perustuu sääntöihin. Yhdistyksen tarkoitus on tukea asukkaiden alueellista toimintaa ja koordinoita vapaaehtoistyötä. Yhdistys on voittoa tavoittelematon, uskonnollisesti ja poliittisesti sitoutumaton. Päätoimialana on neljän korttelikodin: Muorikan, Ratikan, Alvariskan ja Naapurin ylläpitäminen. Korttelikodit ovat käytössä ympäri vuorokauden ja palvelevat asukkaita virkistys-, kerho- tai harrastuspaikkana. Viikon ohjelmassa voi olla esimerkiksi yhteislaulua, tuolijumppaa, verensokerin- ja tai verenpaineenmittaus, tietovisailua tai bingoa, pelikerhoa tai levyraatitoimintaa. Korttelikodit järjestävät asiakkaille kerran viikossa mahdollisuuden ruokailla alueensa korttelikodissa. Yksi tärkeimmistä toiminnoista on työllistäminen ja vanhusten tukipalvelut. Yhdistys on palkannut työttömiä henkilöitä erilaisilla työllistämistuilla vähävaraisten vanhusten tukipalvelutehtäviin. Näitä tukipalveluja ovat mm siivous, ulkoilu, kaupassakäynnit, saattoapu, seurustelu, lumityöt, nurmikoneleikkuu ym. Tukipalvelusta asiakas maksaa ku- lu/lahjoituskorvauksen.(Kotkankorttelikotiyhdistys 2011)

Korttelikotiyhdistys Ry vetää muutamia projekteja. Esimerkiksi: ELLI-projekti (RAY) (Elinvuosia lisää miehille – naisia unohtamatta), tavoitteena on saada korttelikotiyhdistyksessä työskentelevät miehet ja naiset huolehtimaan itsestään ja kunnostaan sekä työsuhteen aikana että sen jälkeen. Työ-tuki-tulevaisuus-projekti 2: (rahoittajana Elinkeino-liikenne ja ympäristökeskus sekä Kotkan kaupunki), tavoitteena on työllistää ja parantaa työelämävalmiuksia, kouluttamalla mm. tietotekniikkaa, hygieniapassin voi suorittaa, ansioluettelo tehdään tai päivitetään. Elämäntilannekartoituksen ja alkoholin käytön testauksen (Audit) avulla on tarkoitus tarkastella työn vaikutusta alkoholin käyttöön ja yleiseen elämäntilanteeseen. Tavoitteena on, että työntekijät työllistyisivät avoimille työmarkkinoille tukityöllistymisjaksonsa jälkeen.

([Kotkankorttelikotiyhdistys 2011](#))

”Korttelikotiyhdistys tuo apua yksinäiselle vanhukselle” - kertoo Kotkan Korttelikotiyhdistyksen toiminnanjohtaja Anne Heimola. Vuosittain kotikortteliyhdistys avustaa yli 800 ihmistä, kotikäyntejä on noin 13 700. Jos ihmisellä on varaa itse maksaa palvelusta, hänet ohjataan yksityisen sektorin palveluihin, jos ei – sitten apu tulee kotikortteliyhdistykseltä. Henkilökunta auttaa vanhusta kauppasioissa, siivoamisessa, lääkkeiden hankinnassa apteekista, kirjastossa käymisessä tai muissa asioissa. ”Asiakassuhteen alkaessa tehdään turvallisuuskartoitus ja listataan asiat, joihin kussakin taloudessa on kiinnitettävä huomiota. Turvallisuuteen panostaminen ehkäisee merkittävästi terveyskeskuskäyntejä, Heimola korostaa”. toimintaa löytyy Kouvolasta. Kouvolan korttelikotiyhdistys ry:hyn liittyy viisi kotia, jotka tarjoavat asiakkaille monipuolisia sosiaalipalveluja, järjestävät heille yhteisen paikan; olohuoneen tai kahvihuoneen, jossa voi pistäytyä tai viettää aikaa. Ilmapiiri on kodinomainen, sen saa aikaan usein itse leivottu pulla ja kahvin tuoksu. Henkilökunta on pätevää ja pyrkii olemaan hyödyksi asiakkaille. Kouvolan Kortteliyhdistys tarjoaa asiakkaille myös kotiapua. Se on lähinnä suunnattu vanhuksille, vähävaraisille ja vajaakuntoisille henkilöille. Palveluun kuuluu esimerkiksi kaupassa tai asioilla käyntiä, siivousta, lehdenlukuapua, lääkärikäynnin tukea tai vaikkapa juttuseuraa. ([Kouvolakorttelikodit 2011](#))

Tämän opinnäytetyön tulos unihygienia-ohje voisi auttaa parantamaan vanhusten ja muiden unettomuudesta kärsivien ihmisten unettomuutta yksinkertaisilla toimilla ja itse opinnäytetyön materiaalit auttaisivat sairaanhoitajia syvällisemmin ymmärtämään unen ja unettomuuden hoitoa muidenkin potilaiden kohdalla.

3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tavoitteena on perehtyä unihygienian vaikutukseen unen laatuun ja kirjoittaa sen perusteella monipuolinen ohje sekä kotikorttelin asukkaille että myös sen henkilökunnalle. Ohjeen tarkoitus on laadukkaan unen avulla edistää ihmisten terveyttä ja antaa teoreettinen pohja kortteliyhdistyksen työntekijöille unettomuuden hoitoon. Tutkimusta on rajattu niin, että ohje ei sisällä lääkehoitoja eikä kalliiden patjojen hankkimisia asiakkaille.

Tutkimuksen päätavoitteena on selvittää unihygienian merkitystä unettomuuden hoidossa.

Tutkimuksen ongelmia ovat:

1. Uni ja sen merkitys ihmiselle.

1.1 Mitä uni merkitsee ihmiselle?

1.2 Millainen on unen vaikutus ihmisen elimistölle?

2. Mitä on unettomuus?

2.1 Mitkä ovat unettomuuden riskitekijät?

3. Unihygienia

3.1 Mitä on unihygienia?

3.2 Miten unihygienia vaikuttaa unettomuuden hoidossa?

3.3 Miten sairaanhoitaja voi auttaa unettomuuden hoidossa?

Tutkimuksen perusteella kirjoitetaan monipuolinen ohje sekä kotikorttelin asukkaille että myös sen henkilökunnalle.

Laaditaan kotikorttelin asiakkaille ja henkilökunnalle ohje, josta ilmenee,

- mitä on unettomuus ja sen haittavaikutukset
- mitä on unihygienia, sen tarkoitus ja rooli unettomuuden hoidossa
- unihygienian tekijät ja niiden vaikutus laadukkaaseen uneen

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMISSUUNNITELMA JA AJOTUS

Tässä luvussa esitetään opinnäytetyön rakenne. Kuinka työn vaiheet edistyvät ja mistä osista ne koostuvat.

VAIHE I. Aiheeseen liittyvien materiaalien kerääminen eri lähteistä. 10.2010 -

VAIHE II. Materiaalin käsittelyä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä. 1.2012 - 9.3.2012

VAIHE III. Lähtökohdat ohjauksen perustaksi. 10.2010 - 01.2012

VAIHE IV. Ohjeen suunnittelu ja luominen. 10.2011- 02.2012

VAIHE V. Ohjeen aprobaatio erilaisten asiantuntijoiden kanssa (ensisijaisesti Kotkan korttelikodin kanssa). 1.2012 - 3. 2012

VAIHE VI. Ohjeen painattaminen ja luovuttaminen Kotkan korttelikodille huomioiden korjaukset. 2.2012 - 3.2012

Opinnäytetyön luovuttaminen. 3.2012 - 4.2012

5 KIRJALLISUUSKATSAUS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa ohje, joka auttaisi asiakkaita, kotikorttelin henkilökuntaa, terveydenhuollon ammattilaisia ja muita ihmisiä, jotka kokevat kärsivänsä unettomuudesta parantamaan untansa lääkkeettömällä keinolla eli unenhygienian avulla.

Asiakkailla on oikeus saada tietoa hoidostaan, joka perustuu ajankohtaisiin tutkimustietoihin. Hoitajalta vaaditaan tietoisuutta oman alan tutkimustietoa ja sen soveltamisen. Kuitenkin tutkimustietoon täytyy suhtautua kriittisesti ja osata arvioida sen soveltuvuutta. Kun systemaattisesti etsityn tutkimustiedon laatu on arvioitu, sen perusteella voidaan mahdollisesti muodostaa hoitotyön suosituksia ja ohjauksia. (Pekkala 2001.)

Näyttöön perustavan (evidense based) ongelmanratkaisumenetelmä on paras mahdollinen keino antaa ohjausta asiakkaille. Sen muoto voi olla interventio, yksilö- tai ryhmäohjaus ja kirjallinen ohje ja muodon valinta perustuu kliinisten ongelmien tunnistaminen, tiedon etsinnän ja tutkimusten pätevyyden arviointiin. Sairaanhoidajanliitto ([Kotkankorttelikotiyhdistys 2011](#)) tekee hoitotyön suosituksia muun muassa ohjauk-

sesta. Tässä opinnäytetyössä päätetty tehdä kirjallinen ohje unihygieniasta, joka laatiminen edellyttää teoreettista kirjallisuuskatsausta.

Kirjallisuuskatsauksen toteuttamisessa on käytetty kirjastoja (Haminan, Kotkan ja KyAMK:n), sekä internetin julkaisuja unesta, unettomuudesta ja unihygieniasta vuodesta 2000 alkaen, joissa etsittiin, arvioitiin ja yhdistettiin kattavasti olemassa olevien aineistojen tiedot. Kirjallisuuskatsaus oli tutkimusprosessi, ja siihen kuului seuraavat vaiheet: tutkimussuunnitelma, tutkimuskysymysten määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku, valinta ja laadun arviointi sekä alkuperäistutkimuksen analysointi ja tulosten esittäminen.

Alkuperäistutkimusten valinnan jälkeen tehtiin aineiston analysointia. Sen tarkoituksena oli vastata mahdollisimman kattavasti ja objektiivisesti, ymmärrettävästi ja selkeästi tutkimuskysymyksiin. Analyysissa kiinnitettiin huomiota alkuperäistutkimuksen sisältöön ja sen laatuun. Alkuperäistutkimusten analyysin ja tulosten esittäminen yhteydessä objektiivisuudella viitattiin tämän taustan ja tulkinnan väliseen johdonmukaisuuteen ja kaikkien tulosten systemaattiseen esittämiseen. (Pekkala 2001.)

Asiakkaan ohjauksessa käytettiin ainoastaan luotettavia tutkimuksia, ajantasaisia tutkimusmenetelmässä ja huomioida asiakkaiden toiveet ja tilanteet. Lisäksi huomioitiin kliininen asiantuntemus ja toiminnan toteuttamismahdollisuudet. Tämä vaatii hoitajalta ammattitaitoa yhdistää kriittisesti eri tietolähteistä saatuja tietoja. Hyvät tiedonhankintataidot ovat hoitajan perustaidot, ja ne ovat edellytys ohjauksen onnistumiselle. (Pekkala 2001.)

6 AIEMMAT TUTKIMUKSET UNESTA JA UNETTOMUUDESTA

6.1 Uni ja sen merkitys ihmiselle

Uni on yksi ihmisten jokapäiväisistä tarpeista, joka on kehittynyt vuosimiljoonien evoluutioiden aikana. Tiedemaailma ei voi selittää, miksi ihminen tai muut elävät olennot tarvitsevat unta, mutta se on ihmiselle välttämätöntä. Uni on tila, jossa aivo-toimintaa on poikki ulkomaailman kanssa ja keho on lepäämässä. Ihminen ei pysty olemaan ilman unta, hänen eläminen vaati aivojen toimintaa ja aivot tarvitsevat unta. Unen määrä on yksilöllistä ja muuttuu ihmisen iän mukana. (Partinen & Huovinen 2007.) Vauva nukkuu melkein koko ajan heräten vain syömistä varten, lapsi tarvitsee

noin yhdeksän - kymmenen tuntia unta ja aikuinen seitsemän - kahdeksan tuntia. Joskus vanhuksella unen määrä vaihtelee neljästä tunnista kymmenen tuntiin. (Kivelä 2007.)

Unen tarve on kuitenkin yksilöllinen ja unen laatu on tärkeämpi kuin sen pituus terveyden kannalta. Kun ihminen nukkuu, keho lepää ja tietoinen yhteys maailmaan on poikki. Aivot kuitenkin eivät ole levossa vaan jatkavat aktiivista toimintaa. Nukkuessa aivot tavallaan elpyvät, energiavarasto uudistuu ja tieto järjestäytyy. Erityisesti uni on tärkeä muistin kiinnittymiselle. Unen aikana muistin jäljet aktivoituvat uudelleen, tapahtuu niiden analysointia ja siirto pitkäkestoiseen muistiin. (Partinen & Huovinen 2007.)

Mitä on uni? IHMISEN PERUSTARVE.

Unessa tapahtuu tietojen jäsentyminen, jolloin opitut asiat siirtyvät kestonmuistiin. Kasvu-, prolaktiini-, kortisoli- ja melatoniinihormonit erittyvät ja aivot uudistuvat. Vammat ja sairaudet pyrkivät paranemaan. Luovaan ajatteluun vaadittavat hermorahteydet aktivoituvat. Hyvän yön unen antama riittävä päivävireys on toimintakyvyn perusta. (Aromaa, 2005.)

Unen aikana vaikka ihminen nukkuu ja hän on passiivisessa olotilassa, elimistö tekee aktiivista työtä. Nukkuessa aineenvaihdunta ja aivojen sähkötoiminta hidastuvat, hormonien ja välittäjäaineiden määrät muuttuvat. Syvässä unessa aivot tekevät tarkistus-työtä ja ohjaavat korjaukseen elimistön vaurioita, esimerkiksi unessa tiedostamatta elimistö voi parantaa kuumeen ja tulehduksia. Antioksidanttisen unen vaikutus parantaa luonnollisesti hapetusvauriot. Uni on tärkeä lapsille ja nuorille kasvuhormonin erityksen kannalta. (Partinen & Huovinen 2007.)

Useissa tutkimuksissa on todettu unen vaikutusta psyykkiseen, fyysiseen ja hyvinvoinnin tilaan. Jos unen määrä oli riittävä ja hyvä laadultaan toimintakyky sellaisten yön jälkeen on tehokasta, olo on virkeä, keskittyminen on hyvää, muisti toimii ja muuten elämä tuntuu miellyttävältä. Päinvastoin on huonosti nukuttu yö: unen katkot, ulkopuoliset häiriöt – melua, huono vuode, liikaa tai liian vähän lämpöä makuuhuoneessa. Elämän huolet johtavat päivän väsymykseen, huonoon toimintakykyyn, keskittymisen häiriintymiseen. Siis uni on merkittävä tekijä terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Unen tehtävät ovat:

1. Fyysinen lepo

- voimien palauttaminen

2. Muistitoimintojen säilyttäminen

- muistiin painamisen ja oppimisen edistäminen

3. Psykkinen lepo ja palautumisvaihe

- psykkinen vireyden ylläpitäminen

4. Tartuntatautien torjuminen

- vastustuskyvyn ylläpitäminen

5. Normaalin painon ylläpitäminen

- lihomisen ehkäiseminen. (Kivelä 2007.)

6.2 Unen rakenne ja unen kemia

Uneen johtava lepotila alkaa, kun ihminen sulkee silmät nukkumistarkoituksessa. Silloin näön antama informaatio lakkaa tulemasta aivoihin, sen seurauksena hypothalamus alkaa lämmitä adenosiinikertymän ansiosta. Hypotalamus on unen ”orkesterin kapellimestari”. Sen rooli on synkronisoida eri hermoverkkojen soluja yhteen taajuusrytmiin. Unen prosessiin vaikuttavat useat hermoverkot, myös hormonit (noradrenaliini, serotoniini, dopamiini, melatoniini) sekä välittäjäaineet (mm. asetyylikoliini, histamiini, gamma-aminohappo). (Lepola 2008,166.)

Uni jakautuu selkeästi kahteen vaiheeseen: REM-uni (rapid eye movement) ja non-REM-uneen. Uni ja vireystila vaihtelevat myös uniaaltojen pituutta vastaavasti. Teoreettisesti uni jakautuu kahteen sykliin, jotka sisältävät homeostaattisen ja sirkadiaanisen prosessin. Homeostaattinen prosessi tarkoittaa elimistön pyrkimistä tasapainoon ja säätelee nukahtamista. Miten pitempään ihminen valvoo, sitä voimakkaammaksi käy unen tarve ja pyrkimys nukkua. Unenpainetta voi verrata janoon: jos on ollut kuuma päivä ja elimistöstä on haihtunut paljon nestettä, tulee kova tarve juomiseen. Samoin

on unipaineen kanssa: se vähenee nopeammin yön ensimmäisten tuntien aikana ja edelleen vähenee loppuyötä kohden. Sirkadiaaninen prosessi sisältää vuorokausirytmeyttä. Tämä on tärkeä prosessi selviytymisen kannalta, sillä ympäristön olosuhteet ja saaliiksi joutumisen riski vaihtelee vuorokaudenajan mukaan. Käytännössä sirkadiaaninen prosessi on uni-valvetilan vaihtelua ja sen voisi kuvitella yksinkertaistetulla mallilla: unipaine - ”pysy hereillä”. (Merikanto, Partanen & Lahti 2011; Kajaste & Markkula 2011.)

Unitilaan siirtyminen tapahtuu seuraavasti. Elimistö käyttää polttoaineena adenosiinitrifosfaattia. Aineenvaihdunnassa kolme fosforimolekyyliä vapautuu ja tuottavat elimistölle tarvittavaa energiaa. Lopuksi adenosiiini, joka on unihiekan ainesosa, siirtyy ulkopuoliseksi, toisin sanoen sitä kertyy tiettyyn kohtaan aivoissa, ja kun adenosiinin määrä tulee riittäväksi, muiden solujen aktiivisuus vähenee ja tulee uni. (Kajaste & Markkula 2011.)

Unen molemmilla vaiheilla on omat tehtävänsä. NREM-unen tehtävä on elvyttää ja huoltaa hermosoluja, jotka ovat saaneet vaurioita valvetilassa. Verenkierto hidastuu, elimistön anabolinen aineenvaihdunta kiihtyy. Fyysinen rasitus lisää hidasaaltojen määrää. Tavallaan tapahtuu aivojen ”siivous”, elektrolyyttisen tasapainon palautus ja proteiinien uudelleen jakaminen eri osissa. NREM-unessa on parasympaattisen hermoston ylivalta. Hengitys ja munuaisten toiminta ovat vähentyneet, mutta ruuansulatus on kiihtynyt! NREM-unesta on vaikea herätä, tätä on syvä uni. Se elvyttää ja poistaa tehokkaimmin väsymystä. NREM-unessa erittyy ”kasvuhormonia”, ”jos ei nuku – ei kasva”. Hiilidioksidin erittäminen lisääntyy. Serotoniini säätelee NREM - unta. (Partonen 2008.)

Huoltotoimenpiteiden jälkeen tulee REM-univaihe. Sen tehtävä on muistin järjestäminen. Tietoa, joka on saatu valvetilassa, täytyy lajitella ja pakata. Tätä prosessia voidaan verrata tietokoneen kiintolevyn eheytykseen. REM-vaiheessa tulevat unet. Muistikuvien lajittelu ja yhdistäminen tuottaa joskus tiedostamattomia ahaa-elämyksiä, siksi on järkevää ennen päätöksen tekemistä nukkua ”yön yli”. REM-unessa lihakset ovat rentoutuneina. Tapahtuu nopeita silmänliikkeitä, sydämen rytmi ja verenpaine muuttuvat suuresti. REM-unessa on noradrenaliini vallassa. (Porkka- Heiskanen & Stenberg 2008.)

Ihmisten elimistön sisällä on ns. ”sisäinen kello” joka ohjaa uni-valverytmiä. Elimistön sisäinen kello säätelee kehon lämpötilaa ja käpyrauhanen erittyvän melatoniinin tuotantoa. Nämä kaksi tekijää vaikuttavat olennaisesti siihen, miten ja milloin ihminen nukkuu. Silloin, kun ihmisen kehon lämpötila on alimmillaan ja melatoniinintuotanto suurimmillaan, nukahtamistaipumus on paras. Melatoniinin tuotanto elimistössä riippuu valoisuudesta: mitä valoisampi tila on, sitä vähemmän sitä erittyy. Siksi Suomessa kesän aikana ihmiset kokevat vaikeuksia nukahtamisessa ja taas talviaikana vaikeuksia heräämisessä. (Partonen 2008.)

Melatoniini on ns. yöhormoni, jota erittyy aivoissa sijaitsevasta käpyrahasesta. Melatoniini auttaa elimistön sisäistä kelloa tai ts. biorytmiä pysymään ajassa säädellen vuorokausirytmisiä ja edistään unensaantia. Melatoniini koostuu aminohaposta (tryptofaani) ja kuuluu kemiallisesti aminohappoyhdisteisiin. (Hyypä & Partinen 1985.) Melatoniini syntyy serotoniinista, joka omalta puoleltaan vaikuttaa vireystilaan. Mitä vähäisempi serotoniinin pitoisuus elimistössä on, sitä enemmän melatoniinia erittyy, nukahtamismahdollisuus on parempi. Nukahtamisen edellytyksenä on että vireystilaa ylläpitävien välittäjäaineiden tuotanto vähenee. Paitsi serotoniinin myös dopamiinin, natriumin ja histamiinisolujen tuotantoa elimistössä unen saamisen kannalta on syytä vähentää. Serotoniinia erittävät aivorungossa sijaitsevat raphe-tumakkeet, ja se pitää koholla mielentilaa, tunteita ja vaikuttaa uneen. Dopamiinia erittyy keskiaivoissa ja se pitää elimistön vireystilassa. Stressi lisää dopamiinin eritystä. Natriumia ja noradrenaliinia tuottaa sinertävä aivotäplä. Natriumin pitoisuus elimistössä pitää yllä aivokuoren reaktiokykyä ja aivosillassa sen määrä on kaksinkertainen. Natriumin takaisinotto synapsissa on edellytys nukahtamiseen. Esimerkiksi amfetamiini estää natriumin takaisinottoa synapsiin ja ihminen pysyy vireystilassa. Samankaltainen on noradrenaliinin vaikutus. Histamiini vaikuttaa hillitsemällä serotoniinin sitoutumista H-1 reseptoreihin mikä hidastaa aivokuoren toimintaa.

Unta tuottavat järjestelmät ovat: hypothalamus (sen roolista mainittiin aikaisemmin), adensiini (inaktivoi tumakkeita), suprakiasmaattinen tumake hypothalamuksen etuosassa (sulkee näköhermoratojen informaation kulun), GABA (inhiboi aivojen Cl⁻ pitoiset välittäjäaineet).

L - tryptofaani aminohappo liittyy suoranaisesti uneen ja osallistuu serotoniinihermosolujen kanssa unen tuottamiseen ja rytmien säätelyyn. Suun kautta otettu trypto-

faani menee aivoihin muutamassa minuutissa, mutta valitettavaa on että se tuhoutuu nopeasti aineenvaihdunnassa ja sen vaikutus unen saamiseen on aika heikko. Silti Euroopan markkinoilla monessa maassa tryptofaania käytetään ”unilääkkeeksi”. (Hyypä & Partinen 1985.)

Tryptofaani-melatoniini hormonit ovat kriittisten kysymysten kohteena. Hoitavatko ne todella unettomuutta? Monessa tutkimuksessa vastaus on negatiivinen (Hyypä & Kronholm 1998.)

Unettomuuden hoitoon käytetään melatoniinia. Melatoniinin rooli uni-valverytmin vaikuttajana on avoin. Viime vuosina kuitenkin melatoniinista on saatu myönteisiä tuloksia. Se voi auttaa nukahtamiseen, unen laadun parantumiseen ja vähentämään päivän unen tarvetta. Melatoniini voi auttaa säilyttämään luonnollisen uni-valve rytmin aikaerorasituksessa.

Silloin melatoniinin käyttö on osoittautunut tehokkaaksi. Sen oton aika, ns. *Dim Light Melatonin Onset-ajan* pitäisi olla tarkka: yleensä kello 21 ja kello 23 välillä. Epäsäännöllinen otto-aika voi sekoittaa muiden hormonien toimintaa (Partinen & Huovinen 2007.)

Unen mekanismin tutkimus on Euroopassa henkisessä ja taloudellisessa ahdingossa, arvioivat suomalaisasiantuntijat. Helsingin yliopiston ja Työterveyslaitoksen tutkijoiden mukaan nukkumiseen ja unen mekanismeihin liittyvää tutkimusta ei ole pienissä ja uusissa EU-maissa ollenkaan ja Pohjoismaissa vain Suomessa toimii unen perustutkimukseen keskittynyt yksikkö. Samaan aikaan riittämättömästä levosta ja unihäiriöistä on muodostumassa yleiseurooppalainen ongelma – osa tutkijoista puhuu jo epidemiasta. Ongelman laajuudesta puhuu se, että 20 - 30 % unionin väestöstä kokee kärsivänsä unettomuudesta. Riittämättömästä nukkumisesta ja unihäiriöistä syntyy yhteiskunnalle vuosittain miljardiluokan kustannukset. Olisi kaikkien etu, jos ihmisiä kannustettaisiin nukkuman oikein ja riittävästi. Yhden yön valvominen heikentää aivojen toimintakykyä niin, että päättelyä vaativien tehtävien suorittaminen vaikeutuu. Univajeen on todettu myös lisäävän tapaturmariskiä ja pitkään jatkuessaan alentavan vastustuskykyä, ennakoivan sydän- ja verisuonitauteja sekä edesauttavan aikuisiän sokeritaudin kehittymistä. (Suomen Unitutkimus Seura ry 2005.)

6.3 Unettomuus ja siihen vaikuttavat riskitekijät

Unettomuus on yleinen ongelma, joka vaatii hoitoa. Ilman hoitoa se lisää monien sairauksien ja tapaturmien riskiä, heikentää toimintakykyä ja huonontaa elämän laatua. Toistuvat nukahtamisvaikeudet johtavat unettomuuteen. Unettomuus luokitellaan kolmeen vaiheeseen: tilapäinen unettomuus (kesto alle kaksi viikkoa), lyhytkestoinen unettomuus (kesto 2 -12 viikkoa) ja pitkäkestoinen unettomuus (yli kolme kuukautta). Pitkäkestoinen unettomuus on välttämätöntä hoitaa, se altistaa ihmisen ruumiillisesti, psyykkisesti ja toiminnallisesti. Unettomuudesta johtuva väsymys luetaan määrällisesti kolmanneksi liikenneonnettomuuksien syyksi. (Rikkola & Parviainen 2008.)

Unettomuus syntyy monista tekijöistä. Eri elämän tapahtumat voivat antaa alun unettomuuteen kuin vastareaktion. Myös sairaudet, stressitilanteet, psyykinen ja fyysinen rasitus, ylivireisyys, vuorotyöt, alkoholi- ja kofeiinipitoiset juomat, huumeet, tupakka, ympäristön turvallisuuden puute ym. voivat olla aiheuttajina unettomuuteen. Jopa unettomuudesta huolehtiminen voi olla itse asiassa syy unettomuuteen, syntyy ns. ”noidankehä”. (Rikkola & Parviainen 2008.)

Somaattiset sairaudet ja lääkitys (sydämen- ja verenkiertoelinten, keuhko-, reuma sairaudet) ovat riskitekijöitä unettomuuteen. Somaattiset sairaudet lisäävät psyykkistä kuormitusta ja sen mukana unettomuuden riskiä. Depressiivisyys, masennus, heikko fyysinen olo ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö ovat myös unettomuuden aiheuttajia. (Unettomuuden hoito 2008.)

Vaihdevuosien hormonimuutokset vaikuttavat uneen. Tässä tapauksessa on hyvä ottaa käyttöön hormonikorvaushoitoa. (Unettomuuden hoito 2008.)

Levottomat jalat ovat syynä nukahtamisvaikeuksiin ja yölliseen heräämiseen. Noin 5-10 %:lla väestöstä on todettu RLS-oireyhtymä. Dialyysihoidossa munuaispotilailla, reumapotilailla ja eräillä muilla potilasryhmillä RLS-syndrooman määrä on jopa 20 %, joka hyvin selittää unettomuudesta kärsivien ihmisten paljouden. (Unettomuuden hoito 2008.)

Unilääkkeet, jotka yleensä on aloitettu sairaalassa ollessa, ovat riski suunnittelemattomasta jatkamisesta kotona. Uni- ja rauhoittavat lääkkeet altistavat väsymykseen, tapaturmiin (kognitiiviset häiriöt) ja vaikuttavat kuolleisuuteen. (Kajaste 2005.) Unet-

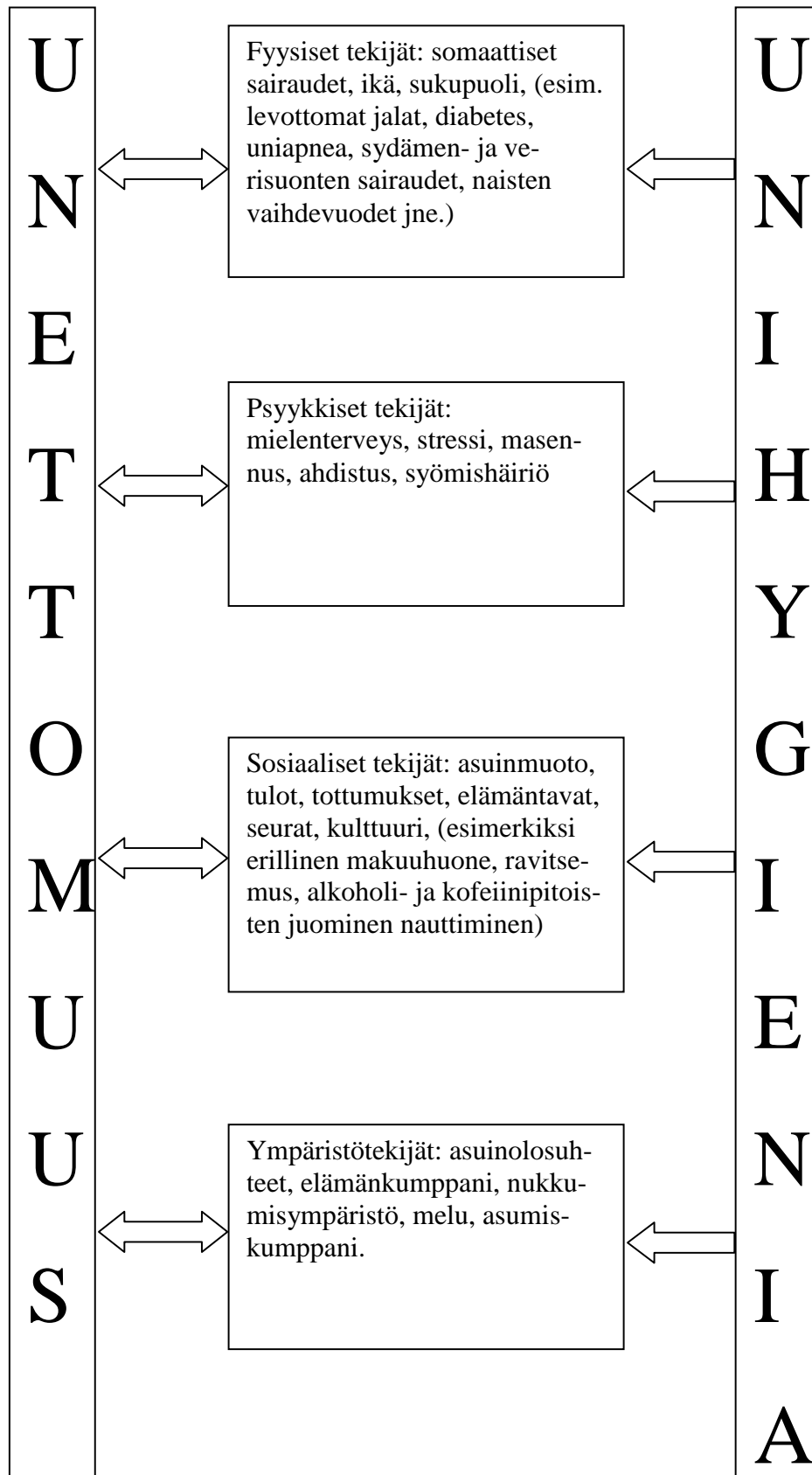
tomuudesta kärsivillä ihmisillä keskivartalo on usein normaalia lihavampi. (Tuomilehto, Seppä, Gylling & Uusitupa 2009.)

Iäkkäillä on paljon unettomuutta. Se liittyy fyysisiin sairauksiin, depression, dementiaan, huonoon unihygieniaan, syömishäiriöihin, riittämättömään uneen tai valeunettomuuteen, levottomiin jalkoihin, raajojen liikehäiriöihin tai uniapneaan. (Huohvanainen 2001.)

Unettomuus on yleinen ja vakava kansanterveyden häiriö ja ongelma. Sen tunnistaminen ja varsinkin hoitaminen on terveydenhuollon (mm. sairaanhoitajan) palvelun velvollisuus. Kaypa hoito-suosituksessa on selkeästi määritelty unettomuuden hoidon polku. (Unettomuuden hoito 2008.)

Ensisijaisesti täytyy selvittää syyt unettomuuteen ja sen perusteella määrittää unettomuuden tyyppi: onko se toiminnallinen (joka on yleinen ilmiö) tai krooninen. Diagnostiikkaan voi tehdä anamneesin, nukkumispäiväkirjan ja kliinisen tutkimuksen perusteella. Toiminnallinen unettomuus tunnistetaan siitä, että ihminen huonosti nukutun yön jälkeen herää aamulla virkeänä ja tuntee elämänlaatunsa hyvänä. Toiminnallinen unettomuus yleensä ei vaadi lääkettä. Krooninen unettomuus lisää ihmiselle monien sairauksien ja tapaturmien riskiä, sekä myös huonontaa elämänlaatua, terveyttä ja toimintakykyä. Korostetaan, että unettomuus johtuu monien tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Jos kyseessä ovat somaattiset sairaudet, ne hoidetaan ensisijaisesti. Sairaanhoitajan rooli unettomuuden hoidossa on tukea potilaita, selvittää keskeiset syyt ja taustat unettomuudelle, etsiä ja osata ymmärtää niitä. Sairaanhoitaja ohjaa potilaita oikein hoitoon: tuleeko kysymykseen omatoiminen unihuolto, lyhytkestoinen lääkehoito tai jokin muut (esimerkiksi kognitiiviset) hoitomuodot. (Unettomuuden hoito 2008.)

Kuvassa 1 esitetään unettomuuteen vaikuttavat ja ylläpitävät tekijät.



Kuva 1. Unettomuuteen vaikuttavat ja ylläpitävät tekijät (mukaillen Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007.)

6.4 Laadukas uni

Unta esiintyy kaikkialla eläinkunnassa ja ihminen nukkuu kolmanneksen elämästään. Evoluutiossa kuitenkin unen merkitys on vahvasti konservoitunut muistin ja oppimisen kannalta. Unessa oleelliset muistitallenteet vahvistuvat ja tarpeettomat estyvät. (Merikanto, Partanen & Lahti 2011.)

Eri ihmisillä riittävän unen määrä vaihtelee kuudesta yhdeksään tuntiin. Terve ihminen nukahtaa vahaassa tunnissa ja yön aikana on hereillä noin puoli tuntia. Hyvä uni koostuu neljästä - kuudesta unisyklistä. Ne esiintyvät tietyssä järjestyksessä. Unen vaiheista on kerrottu luvussa 4.2. Nukahtamisen jälkeen tulee ensiksi perusunijakso (NREM) ja sen jälkeen lyhyt vilkeuni. Yön aikana ne vuorottelevat noin 90 minuutin välein, aamua kohti vilkeuni pitenee 10 minuutista 30 minuuttiin. Valtaosa unista nähdään vilkeuni vaiheessa. (Huttunen 2010.)

Laadukkaalla unella tarkoitetaan henkilön omaa kokemusta siitä, kuinka hyvin tai huonosti hän on nukkunut, minkälainen uni antaa hänelle päivällä virkeyttä ja hyvää oloa. Siis ”laadukas uni” on subjektiivinen käsite. Jotkut tutkijoista ovat kytkeneet ”unen laadun” unen rakenteeseen. Tällöin he olivat käyttäneet termiä ”mitattu laatu”. Teoreettisesti unen laatu tarkoittaa sitä, onko unen tehtävä onnistunut vai ei. Laadukas uni on sitä, että se on täyttänyt hyvin oman tehtävänsä. (Hyypä & Kronholm 1998.) Unen tehtävästä on kerrottu luvussa 4.1.

Psykofysiologisten tutkimuksien kautta on löydetty yhteys unen laadun ja unen rakenteen välillä. On todettu, että unen laatu riippuu seuraavista unen rakenteen piirteistä: ”nukahtamisnopeus, unen rikkonaisuus, yöllisen valveen määrä, unenaikaiset liikkeet, eräät EEG-ilmiöt, unen määrä ja stressi- hormonit.” Mutta on sellaisiakin tutkimuksia, joissa ei ole kaikkia havainnoita vahvistettu. (Hyypä & Kronholm 1998.)

Unen laatu riippuu myös psyykkisestä tekijästä, somaattisesta sairaudesta, iästä, sukupuolesta ja lääkkeistä. Nainen nukkuu huonommin kuin mies. Tässä on arveltu syyksi sitä, että nainen reagoi herkemmin elämään liittyviin ongelmiin kuin mies, mutta voi olla muitakin tekijöitä, esimerkiksi eri hormonien eristys. (Hyypä & Kronholm 1998.)

Suomalaisen ihminen yleensä nukahtaa 15 minuutissa ilman unilääkkeitä, nukkuu keskeytyttä seitsemän ja puoli tuntia, herää levänneenä ja pirteänä aamulla eikä koe päiväväsymystä. Hyvä nukkuja on psyykkisesti ja fyysisesti terve ihminen, hänellä ei ole stressiä, masennusta, ahdistusta, aggressioita tai vihaisuutta, eikä neuroottisia oireita. Hyvä nukkuja on empaattinen, hänellä on hyvät ystävät ja hän on kaikin tavoin aktiivinen. Persoonallisuustestissä hyvin nukkujat ovat tasapainoisia, hyvällä itsetunnolla varustettuja, mutta myös hieman aggressiivisuutta ilmenee. He pystyvät purkamaan elämän paineita suuntautumalla ulospäin. Taas huonosti nukkujat omaavat hieman narsistisia piirteitä, heillä on taipumusta vihamielisyyteen, asioiden yksinkertaistamiseen. Heillä on päiväväsymystä, kivusta ja säryistä johtuvia nukahtamisvaikeuksia, he nukkuvat vain neljä - viisi tuntia huonosti. Heillä usein esiintyy masennus- ja mielialaoireita. Yleensä huonosti nukkujat näkevät painajaisunia ja käyttävät säännöllisesti unilääkkeitä. (Hyypä & Kronholm 1998.)

Huonosti nukkujat kärsivät univajeesta. Univajeella tarkoitetaan sitä unen määrää, jota ihminen ei saanut riittävästi normaalissa unessa, tai hän nukkuu vähemmän kuin hänen unen tarpeensa edellyttää. Univaje voi syntyä kerrallaan, esimerkiksi yön valvomisen jälkeen, tai vähitellen vuosien mittaan. Jatkuvasta univajeesta syntyy univelkaa. Univaje ja univelka vaikuttavat monin tavoin elimistön toimintaan ja aineenvaihduntaan: hormonien toiminta vilkastuu, sydämen syke kasvaa, rasvasolujen erittämisen lepitiinin määrä vähenee ja mahalaukun solujen tuotanto lisääntyy. Tämän seurauksena on ruokahalun lisäys ja lihomisen mahdollisuus. (Huttunen 2010.)

Univaje vaikuttaa psykomotoriseen suorituskykyyn. Reaktioaika voi pidentyä ja heikentää tuloksia kolmanneksella tarkkaavaisuuden hajauttamista vaativassa tehtävässä. Univajeen on todettu lisäävän myös muun muassa lihavuuden, sokeritautien, masennuksen sekä sydän- ja verisuonitautien riskiä. (Kajaste & Markkula 2011.)

Iän myötä ihmiset useimmiten nukahtavat päivällä. Jotkut voivat nukahtaa sekunniksi ja jotkut nukkuvat tunnin tai puolitoista tuntia. Tämä päivällä nukuttu uni voi lyhentää yönen pituutta ja vaikuttaa myös unettomuuteen. Toisaalta monet iäkkäät kokevat päiväunen virkistävänä sekä fyysisesti, että psyykkisesti. Oppimiskyky, muisti, mieliala ja asioiden edistymisen paranee päivänokosten jälkeen. Näille ihmisille päiväuni on sopiva elämän tapa, jos se ei häiritse yöunta. Iäkkäille, jotka kokevat nukkuvansa päiväunen jälkeen huonosti yöllä, suositellaan otettavaksi päivällä vain pienet nokoset

(alle 15 - 20 minuuttia). Päivänokoset ovat hyvä vain pienenä virkistysenä, ja ne eivät saa kestää enempää kuin puoli tuntia, muutoin ihminen ehtii vaipua syvään uneen, josta on vaikea herätä. Pitkä päiväuni tekee epämukavan olon. (Lavery 1997; Kivelä 2007.)

7 KESKEISET KÄSITTEET

Teoreettisena lähtökohtana työssä olivat unen rakenne ja sen tarkoitus, uneen ja unettomuuteen vaikuttavat tekijät sekä unihäiriöt ja ohjeet (asiakas/henkilökunta). Keskeiset käsitteet, joihin tämä opinnäytetyö perustuu, ovat seuraavat:

Uni

Uni on tila, jossa ihminen ei ole tietoinen ympäristöstään. (Kajaste, Markkula 2011.) Silloin keho lepää ja tietoinen yhteys olemassa oloon on katkennut. (Partinen & Huovinen 2007.) ”Uni on hormonaalisesti anabolinen tila, joka edistää paranemista”. (Härmä, Sallinen 2000.) Uni on aivotoiminnan tila, jonka aikana vuorottelevat REM (vilkeuni) ja perusuni. (Unettomuuden hoito 2008.)

Unettomuus

Unettomuus on ihmisten itse kokema oire, jonka taustalla on joku syy. Ihminen kokee että on nukkunut huonosti tai ei tarpeeksi. Unettomuus voi olla huonosti nukahtamista, yöllä heräämistä ja sen jälkeen valvomista tai liian aikaista heräämistä. Unettomuuteen kuuluu väsymys, uupumus, ärsyyntyvyys, muistin heikkeneminen, työkyvyn alentuminen tai uneliaisuus päivän aikana. Unettomuus jaetaan neljään ryhmään (Unettomuuden hoito 2008.) :

1. Nukahtamisen vaikeus
2. Katkonainen uni
3. Varhainen herääminen
4. Väsymys herätessä

Unettomuus jaetaan myös sen keston perusteella: tilapäinen (kesto satunnaisesti muutamia öitä), lyhytaikainen (kesto muutaman viikon) ja pitkäaikainen (kesto yli kolme kuukautta). Unettomuuden hoitoa on tavallaan sen aiheuttajan syiden hoito. (Kivelä 2007.)

Unettomuus on yleisin unihäiriön tila, jossa on toistuvasti vaikeus nukahtaa, nukkua liian lyhyesti tai huonosti. Korostetaan, että unettomuus on monen tekijän vuorovaikutuksen tulos. (Unettomuuden hoito 2008.)

Unettomuuden hoitokeinoja

Tilapäinen tai lyhytkestoinen unettomuus ei vaadi erityistä hoitoa. Eri asia on, jos puhutaan pitkäaikaisesta unettomuudesta. (Unettomuuden hoito 2008.)

Pitkäkestoisen unettomuuden hoitoon kuuluu ensisijaisesti toiminnalliset ja kognitiiviset menetelmät. Lääkkeettömään hoitoon kuuluu unettomuuden diagnostiikka, unettomuutta ylläpitävien tekijöiden kartoittaminen ja toiminnallinen menetelmä. (Unettomuuden hoito 2008.)

Lääkkeetön hoitomuoto

Tällä hetkellä lääkkeettömillä hoitomuodoilla turvataan hyvää unta ja vähennetään unettomuuteen vaikuttavien tekijöiden kehittymistä. Unettomuuden lääkkeettömät hoito-ohjelmat sisältävät sekä toiminnallisia että myös kognitiivisia menetelmiä. Toiminnalliset menetelmät sisältävät unettomuudesta kärsivien henkilöiden tutkimisen; elintapojen tarkastuksen, liikunnan, rentoutuksen ja unettomuutta ylläpitävien ärsykkeiden hallinnan ja vuoteessa olemisen tarkastelun. (Partinen & Huovinen 2011.)

Kognitiiviset hoito-menetelmät kuuluvat myös lääkkeettömään unettomuuden hoitoon. Niiden perusteella tutkitaan kognitiiviset perusolettamukset, eli miten unettomuudesta kärsivä henkilö pystyy käsittelemään huolia ja elämän muita ongelmia ja kuinka nämä vaikuttavat unettomuuteen. (Ahonen & Kivelä 2010, Partinen & Huovinen 2011.)

Lääkehoitomuoto

Unettomuutta hoidetaan lääkityksellä lähinnä lyhytaikaisesti. Unilääkkeet pidentävät unta mutta haittavaikutukset ovat merkittävät. Lyhytkestoinen unettomuus hoidetaan bentsodiatsepineilla tai sopivilla depressiolääkkeillä. Yli 60-vuotiailla unilääkkeiden käytöstä on enemmän haittaa kuin hyötyä. Toisaalta ei ole paljon tutkimuksia tästä asiasta, mutta joka tapauksessa iäkkäiden hoidossa tulisi välttää jatkuvaa unilääkitystä ja sen annosten pitäisi olla huomattavasti pienempiä kuin keski-ikäisillä (Kaypa hoito-suositus 2008.)

Historiallisesti unilääkkeet olivat alkaneet kehittämään 1900-luvulla. Silloin oli huomattu että jotkut kemialliset aineet (esim. barbituraatit) aiheuttivat riippuvuutta ja jopa kuolema. Suomessa ei ollut markkinoilla sellaisia lääkkeitä ja niitä oli hankittu ulkomailla. 1950-luvulla Suomessa aloitettu kehittämään rauhoittavia lääkkeitä, jotka olisivat korvanneet vahvoja ja vaarallisia aineita. Näin alkoi bentsodiatsepiinin valmisteiden kehitys. Ensimmäinen bentodiatsepiini lääkkeen nimi oli ”Librium”, ”vapauttava”, joista Suomessakin alkoi kehittyä muita bentsodiatsepiineja. Sen tarkoitus oli rauhoittaa, tuottaa mielihyvä ja poistaa ahdistusta. Niistä kehitetty Suomessa unilääkkeitä. (Hyypä 1998,189.)

Nykyisin unilääkkeistä suurin osa on bentsodiatsepiinit. Siihen kuuluu muun muassa nitratsepaami, triatsolaami, tematsepaami ja midatsolami, ns. z-lääkkeet. Bentsodiatsepiinin vaikutus perustuu GABA-järjestelmään (Gamma-Aminobutyric- Acid, gamma-aminohappo) niin, että aivontoimintoja lamauttavat. Bentsodiatsepiini estävät kemiallisesti toimintaa hermoston ja aivojen välillä ja seurauksena helpommin tapahtuu nukahtaminen. (Lavery 1997.)

Täällä hetkellä käytössä olevat bentsodiatsepiini - lääkkeet tarvitsevat oman GABA - järjestelmän toiminta, mitä on elimistössä luonnoistaan. Sen takia niiden yliannos helposti voi lamauttaa hengitystä ja seurauksena voi olla jopa kuolema. Samoten alkoholin ja bentsodiatsepiinien yhteiskäyttö voi aiheuttaa anestesian kaltaisen eli tilan, jossa aivojen toiminta on pysähtynyt. Toisin sanoen alkoholi potentoi eksperimentaalisesti GABA-järjestelmän vaikutusta elimistössä. (Kajaste & Markkula 2011,142.)

GABA-järjestelmän ominaisuus on, että se hyvin nopeasti mukautuu tarjottuihin olosuhteisiin. Tämän takia elimistö hyvin nopeasti tottuu lääkkeiden annosteluun ja syn-

tyy lääkkeille toleranssi. Se tarkoittaa sitä, että samaan lääkkeiden vaikutukseen tarvitaan käyttää suurempi määrä lääkkeitä. GABA-järjestelmä tottuu lääkkeiden vaikutukseen elimistössä ja alkaa toimia ikään kuin tilanne olisi luonnollinen. Siitä syystä elimistö vaatii lisää lääkkeitä. Toisin sanoin se on riippuvuutta. Riippuvuus tarkoittaa lääkkeiden käyttämistä ilman todellista syytä ja jopa mahdollisista haitoista huolimatta. Riippuvuus jossain tapauksessa voi kehittyä ilman omaa syytä. Esimerkiksi näin on käynyt onnettomuuden uhreille, kivun hoidossa oleville ja leikkauksista toipuville ihmisille. (Kajaste & Markkula 2011, 144 – 145.)

Unilääkkeiden pitkäaikainen käyttö tuottaa enemmän haittaa kuin hyötyä, varsinkin yli 60-vuotiaille. Bensodiatsepiinin vaikutuksesta tekouni ei vastaa luonnollista unta. (Partinen & Huovinen 2011, 161.)

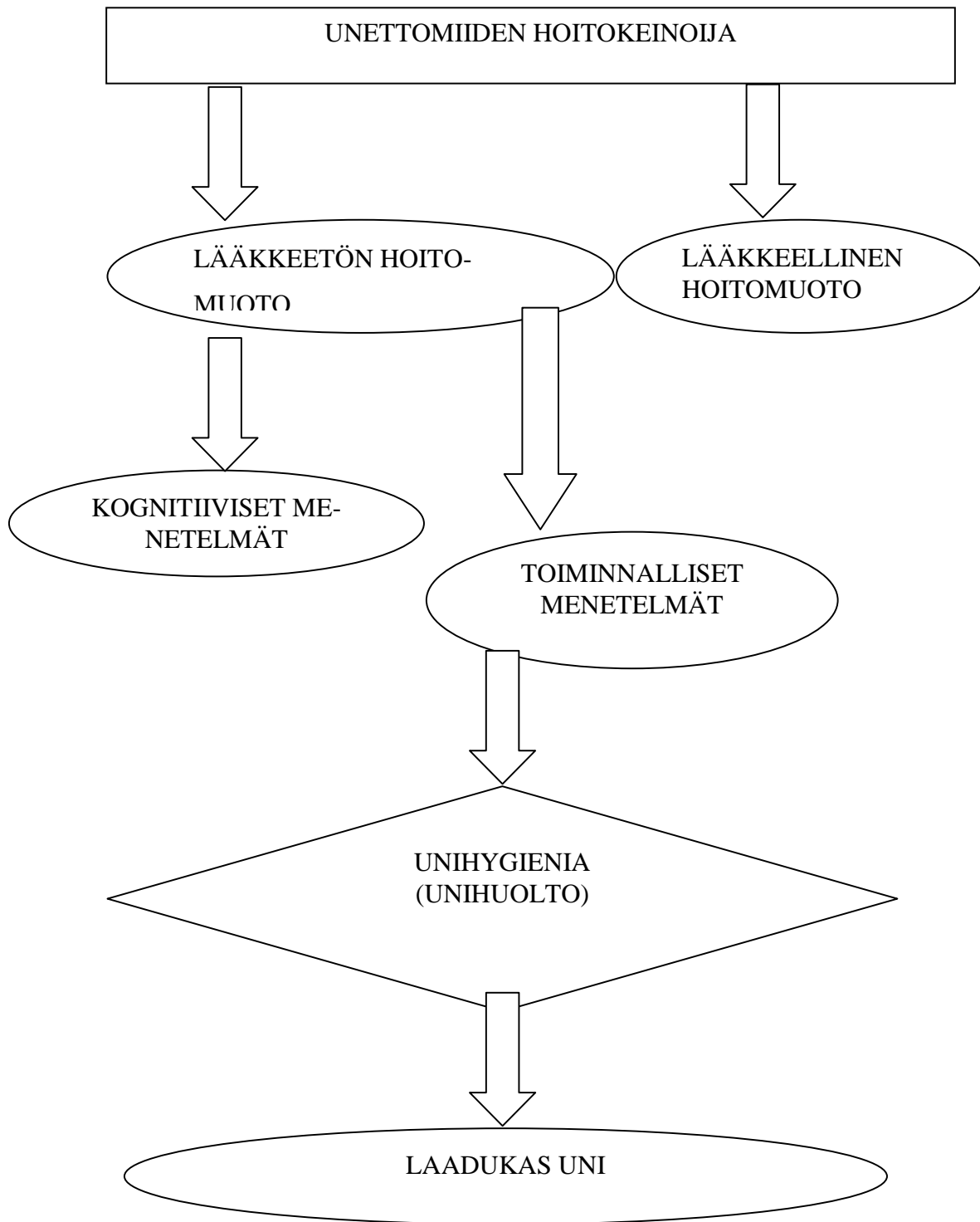
Unilääkkeiden käytön lopettaminen kannattaa aloittamista siinä tapauksessa jos tuntuu niiden haitta terveyteen. Ennen sen aloittamista on hyvä käydä läpi uneen vaikuttavat tekijät ja unihuollon menetelmät, esimerkiksi unihygienia - ohje. (Kajaste & Markkula 2011,149.) Opinnäytetyössä ei käsitellä unettomuuden lääkehoitomenetelmää.

Toiminnalliset ja kognitiiviset menetelmät unettomuuden hoidossa

Menetelmät sisältävät unihuoltoa, rentoutusta, uniärsykkeiden hallitsemista, vuoteessa olemisen rajoittamista. Kognitiiviset menetelmät vaikuttavat ensisijaisesti unettomuutta ylläpitäviin tekijöihin. Ne ovat tehokkaita, koska niiden vaikutus kestää hoidon jälkeen. Kognitiivisilla menetelmillä pystytään katkaisemaan unettomuuden noidankehä. (Unettomuuden hoito 2008.)

Unihygienia (unihuolto)

Unihygienia tarkoittaa unen huoltoa, jolloin pyritään poistamaan toimintahäiriöitä. Unettomuuteen vaikuttavat monet tekijät ja niiden summa. Hoitoprosessi myös on monipuolinen ja perustuu riskitekijöiden poistamiseen. Hoito myös riippuu unettomuuden laadusta: toiminnallinen, krooninen ja lyhytkestoinen. Hoito tapahtuu seuraavalla polulla: unettomuuden arviointia – syiden selvittämistä – hoitoa – ehkäisyä. (Unettomuuden hoito 2008.)Unihygienia on eräs tärkeä osa unettomuuden hoidossa. Kuvassa 2 esitetään unihygienian asemaa unettomuuden hoidossa.



Kuva 2. Unihygienia unettomuuden hoitokeinona (mukaillen unettomuuden hoito 2008, Hyyppä & Kronholm 1998.)

8 UNIHYGIENIA

Unettomuuden hoidossa unihygienian asema on yksi tärkeistä toiminnallisista muodoista. Unihygienia on hoitomenetelmä, joka riippuu itse ihmisestä, tähän ei tarvita

kalliita investointeja, se on helppo toteuttaa, on lääkkeetön menetelmä, auttaa ihmistä yksinkertaisilla toimilla parantamaan unensa laatua ja sitä kautta koko omaa terveyttään.

8.1 Unihygienia osana unettomuuden lääkkeetöntä hoitoa

Unihygienia on huolenpitoa unesta. Siihen kuuluvat ihmisten elämäntottumukset, tavat ja muut ulkoiset tekijät, jotka vaikuttavat uneen. Oikea unihygienia on tärkeä hoitomuoto unettomuudessa ja tarkoittaa normaalia unta häiritsevän käyttäytymisen välttämistä ja unta parantavan käyttäytymisen suosimista (Härmä & Sallinen 2004.) Unihygieniaan kuuluvat elämäntavat, ravitsemus, liikunta, henkilökohtainen hygienia, nukkumisympäristö ja nukkumistottumukset. Nämä tekijät kuuluvat unettomuuden lääkkeettömään hoitoon, joka on halpa menetelmä ja eikä sisällä esimerkiksi bentso-diatsepiinijohdannaisien haittavaikutuksia. Toisaalta lääkkeetön hoito vaatii aikaa, se ei tapahdu hetkessä. Uusiin tapoihin ja elämän uusiin tottumuksiin tarvitaan aikaa useita kuukausia, jopa vuosia. Hyvät elämäntavat, liikunta, nukkumisympäristö, oikea ravitsemus, sopiva vuode ja henkilökohtainen hygienia voivat myönteisesti vaikuttaa hyvään unen laatuun, mikä on todettu monissa tutkimuksissa. (Kivelä 2007.)

Unihygienia sisältää erilaisia toimenpiteitä unettomuuden hoidossa. Itsehoito sisältää alkoholin käytön välttämistä, ei kofeiinipitoisia juomia eikä tupakointia neljä - viisi tuntia ennen nukkumaanmenoa. Liikuntaa kannattaa harrastaa kello 17 - 20 illalla, sillä se auttaa nukahtamista. Makuuhuoneen lämpötilan tulisi olla 17 - 21 °C, jalkoihin tulisi laittaa lämpöiset sukat. Nukkumistapojen tulisi olla säännöllisiä ja nukkumisympäristön tulisi olla miellyttävä. (Huttunen 2010.) Myös potilaiden unettomuuteen sairaalan akuuttihoitossa vaikuttaa unihygienia, se on yksi tärkeistä tekijöistä hyvän ja laadukkaan unen saamiseen. (Ritmala-Castrén 2009.)

Nukkumistottumuksiin kuuluvat säännölliset ajat: herätys ja nukkumaan meno, rituaalit.)

Nukkumisympäristöä valitessa tulee ottaa huomioon melu, lämpötila, valaistus, vuodekumppani, asuinolosuhteet, vuode ja vuodevaateet, yövaatetus. Reipas päiväliikunta nopeuttaa nukahtamista ja parantaa unen laatua; liikuntaa ei sallita kahta - kolmea tuntia ennen nukkumaanmenoa. Ateria tulisi nauttia kolme-neljä tuntia ennen nukkumaanmenoa, koska yöllä toimivat ruoansulatusjärjestelmän hormonit: serotoniini, do-

pamiini, tryptofaani, melatoniini ja GABA. Elintavat vaikuttavat uneen. Niihin kuuluvat sosiaalinen ympäristö, alkoholi, tupakka, liikunta ja työ. Henkilökohtaisella hygieniallakin on vaikutuksensa uneen. Ihon puhtaus, hampaiden pesu, intiimihygienia ja somaattisten sairauksien hoito ovat asioita joista tulee huolehtia.

8.2 Unihygienian tekijöiden vaikutus uneen

8.2.1 Nukkumistottumukset

Nukkuminen ja valvominen luonnollisesti tapahtuvat vuorotellen rytmisissä. Ajoissa nouseminen aamulla sekä suunnilleen samaan aikaan nukkumaan meno iltaisin edistävät hyvää unta. Peseytyminen, aamiaisen syöminen, lehtien lukeminen ja tv:n katsominen rytmittävät päivän alkamista. (Kivelä 2007.) Iltarituaalit ja toimenpiteet täytyisi nostaa kunniaan. Iltamaidon juominen, iltapeseytyminen, saunominen jne. rutiinit ovat yksilöllisiä ja niistä ei löydy ohjeita. Mutta säännöllisesti toistuvana ne keinollisesti tahdittavat elämän rytmiä ja auttavat ylläpitämään uni-valve rytmiä. Unettomuuden lääkkeettömään hoitoon kuuluu stressin välttäminen ja rentouden oppiminen. Siihen kannattaa kokeilla kolmea koeteltua menetelmää.

Rytminen menetelmä: Säännöllistä ja järkevää valveen ja unen vaihtelua.

Vuoteesta poistuminen: Poistu vuoteesta, jos valvot siinä.

Purkuhetki: Pura arjen ankaruus, ennen kuin se marssii uneen. Käy illalla läpi kaikki mahdolliset kielteiset asiat, joiden arvelet kalvavan mieltäsi. (Hyypä & Kronholm 1998.)

Unihygieniassa on tärkeää noudattaa uni-valverytmiä. Ei saisi mennä väkijäisesti nukkumaan ja olla sängyssä vain sen aikaa jonka pystyt nukkumaan. Jos uni ei tule tunnissa, täytyy nousta ylös ja tehdä jotain (lukeminen ym.), joka saa ajatuksia pois nukkumisesta. Sänkyyn meno uudestaan vasta silloin kun tunnet olon väsyneeksi. (Härmä & Sallinen 2004.)

Monille suomalaisille sauna merkitsee rentoutumista ja nauttimista, saunan jälkeen koko olo rauhoittuu ja tulee syvää unta. Tutkimukset ovat osoittaneet saunomisen myönteisenä vaikuttajana unen saamiseen, joka perustuu siihen että saunassa elimistön lämpö nousee, saunan jälkeen alkaa lämpö laskea. Tämä lämpötilan lasku juuri on po-

sitiivinen vaikuttaja nukahtamiseen ja syvän unen määrän lisäämiseen. Myös suihkussa käyminen parantaa unen laatua, koska iho vapautuu liasta, rasvasta ja alkaa hengittää koko vartalon pinnalla, mikä tuottaa elimistölle enemmän happea. Ihon lämpö on myös korkeampi suihkun jälkeen ja toimii samalla periaatteella kuin sauna. (Partinen & Huovinen 2007.)

8.2.2 Nukkumisympäristö.

Ihminen nukkuu noin kolmasosan elämästään. Sen takia makuuhuone tai paikka missä nukkuu, vuode, sänky, patja ja peitto, sopiva tyyny, vuodetekstiilit, valot, lämpötila, mahdollisesti melun eristys ovat aika tärkeitä elementtejä hyvän unen saamiseen. Makuuhuoneen tulisi olla hyvin tuuletettu, pölytön ja rauhallinen (ilman melua). Makuuhuoneessa ei työskennellä eikä katsota tv:tä. Yöllä makuuhuoneen pitäisi olla pimeä (paremmin erittyy melatoniini - hormonia), varsinkin kesäaikana. (Heikkinen & Rantanen 2008.)

Nukkumisen kannalta otollisinta on, jos huoneilma on sopivan viileä ja raikas ja olo peiton alla lämmin ja mukava. Suositellaan makuuhuoneen tuuletusta noin viitisen minuuttia ennen nukkumaanmenoa, silloin happirikas hengitysilma auttaa nukahtamista ja ylläpitää unta – unessa ihminen käyttää enemmän happea ja uloshengityksen yhteydessä erittää enemmän hiilidioksidia. (Heikkinen & Rantanen 2008.)

Oma sänky antaa turvallisuutta psyykkisesti ja fyysisesti, aivojen toiminta hidastuu, tulee seuraava unen vaihe. Sängyn tulisi olla sopivan kokoinen, ei liian kapea, jotta taas ei tulisi pelkoa putoamisesta ja olisi sopiva tila asennon vaihtamiseen. (Heikkinen & Rantanen 2008.)

Patjan ja tyynyn sopivuus vaikuttaa olennaisesti unen laatuun. Niiden rooli on tukea vartaloa sen luonnolliseen asentoon, tukea ristiselkää, lantiota ja hartioita. Patja on liian pehmeä jos selän ja patjan väliin ei mahdu kämmen ristiselän kohdalla ja taas on liian kova jos samalle alueelle jää aukko. Patja on sopiva keholle jos kämmen mahtuu juuri ja juuri ristiselän ja patjan väliin. (Heikkinen & Rantanen 2008.)

Yöllä iholta haihtuu noin puoli litraa vettä. Siitä syystä patjan materiaalin pitäisi olla hengittävää. Olo ja vartalo kertovat patjan sopivuudesta, epäsopea patja aiheuttaa mm selkäkipua, joka johtaa unen laadun heikkenemiseen. (Heikkinen & Rantanen 2008.)

Oikea tyynyn valinta riippuu nukkumisasennosta ja sen valinnan periaate perustuu tyynyn tarkoitukseen: pitää päästä neutraalissa luonnollisessa ojennuksessa. Se tarkoittaa sitä, että pään pitäisi asettua suoraan hartioiden jatkoksi ilman liiallista taivutusta eteen – tai taaksepäin. Mahallaan nukkujille on sopiva pehmeä ja matala tyyny, tulee vähemmän rasitusta niskalle ja kaulalle. Selällään nukkujille on sopiva puolikova tyyny joka ei paina kovin kasaan päätä. Kyljellään nukkuville on paras ratkaisu kova tyyny, koska sellainen tukee hyvin niskaa ja kaulaa. (Kivelä 2007.)

Peitot, pussilakanat, lakanat ja tyynyliinat kannattaa pitää puhtaina, silloin ne houkuttelevat nukkumaan menoon. Niitä on syytä vaihtaa useammin kuin pyhäpäiviksi. Peitot ja tyynyt on suositeltavaa pestä ainakin kerran vuodessa ja vanhaa tyynyä ei kannata surra: uusi tyyny voi parantaa unta. Tekstiilien pesulämpötila on 60 °C, silloin on pölypunkkien poisto varmistettu. (Partinen & Huovinen 2007.) Pölypunkki on hämähäkkieläin, kooltaan niin pieni, ettei silmällä voi niitä havaita. Pölypunkit lisääntyvät kosteissa ja lämpimissä oloissa, ravintonsa ne saavat ihmisten eritteistä, joten vuodetextiilit on tärkeä hoitaa pesemällä ja imuroimalla. Pölypunkit kuolevat 60 °C tai -20 °C lämpötilassa, ja tekstiilit sen jälkeen on hyvä imuroida. Pölypunkit aiheuttavat allergia-oireita, päänsärkyä ja nenän tukkoisuutta. Monet ihmiset kärsivät allergiasta erilaisista syistä. Makuuhuoneessa allergian aiheuttajia ovat hengitysilma ja vuodetextiilit. Puhdas nukkumaympäristö ja vuodevaatteet ovat tärkeät elementit hyvän unen laatuun varsinkin jos on astma, allergia tai atooppinen ihottuma. (Tuominen 2010.)

Somaattiset sairaudet vaativat erityishuomiota myös vuodetextiileiltä ja yöasuilta. Kevyet puuvillavaatteet vähentävät kutinaa. Hikoilusta kärsiville ihmisille on myös hyviä hengittäviä luonnonkuitumateriaaleja ja silkit. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006.) Hyvälaatuinen silkki auttaa nukkumaan rauhallisemmin niitä, jotka jostain syystä vaihtavat nukkuessaan usein asentoa. Liian paksu tai pienikokoinen asu ahdistaa, myös uneen on parempi yksivärinen ja rauhallinen yöasu. Iäkkäille ihmisille on tärkeä estää lämmönmenetys yön aikana. Silloin on hyvä pitkähihainen, pitkä tai pitkälahkeinen yöasu. (Kivelä 2007.)

Yöasustukseen kuuluu myös villasukat. Tutkimuksessa on todettu että lämpimät jalkaterät nopeuttavat unen saantia, joka perustuu siihen, että lämpimissä jaloissa laajentuvat verisuonet ja verenkierto nopeutuu alavartalossa, silloin kehon muissa osissa lämpötila alenee, vireystila vähenee ja helpommin tulee väsymyksen tunne. Tämä edistää

nukahtamista ja parantaa unen laatua. Villa- tai puuvillasukkien pitäisi olla liukumaton ja hiostamatonta, jotta yöllä ei vessaretkillä olisi kaatumisriskiä. Viisainta on hankkia pelkästään yötä varten kooltaan ja materiaaliltaan hyvin sopivat sukat. Liian isot sukat voivat aiheuttaa kompastumisriskin ja taas liian pienet heikentävät verenkiertoa jaloissa. Vuodekumppani luo turvallisuuden tunnetta varsinkin jos kumppani on mieluinen ja hänellä ei ole häiritseviä oireita: kuorsausta, ääntelyä tai puhelua unissa, hampaiden narskutusta, unissakävelyä tai muita erityishäiriöitä. (Kivelä 2007.)

Jos vuodekumppani kuorsaa tai äänтелеe on vaikea nukkua samassa huoneessa. On huomattu, että NREM-univaiheessa kuorsaamista ei kuulu, mutta kuorsaus häiritsee eniten silloin, kun henkilö on juuri nukahtamisillaan. Kuorsaamisasunnoista yleisin on selin makuu, jotkut kuorsaavat taas oikealla tai vasemmalla kyljellään. Tässä tapauksessa voi auttaa kumppanin kanssa vaihtaa sängyssä nukkumispuolia tai ennen nukahtamista kääntää vastakkaiselle kyljelle. (Partinen & Huovinen 2007.) Kiinteä ja muotoutuva tyyny voi vähentää kuorsausta, silloin kaula asettuu takakenoon ja hengitys kulkee paremmin. Selällään kuorsaaville on mahdollista tennispallon ompelu yöpaidan selustaan. Oli sellainen tapaus, kertoo neurologian dosentti ja unitutkija Markku Partanen, että asiakas oli käyttänyt vaimon rintaliivejä kuopat täytettynä yöksi takaperin, mistä vaimo oli huolissaan, että mies muistaisi riisua ne aamulla ennen työhön lähtöä. Jos kuorsaaminen tai kääntely häiritsee unta, kannattaa kokeilla nukkumista eri huoneissa, korvatulpat myös voivat auttaa tai silmälaput valon häiritessä. (Huttunen 2010.)

Kuorsaus voi tarkoittaa myös, että ihmisellä on uniapnea-sairaus. Silloin voidaan käyttää erilaisia keinoja ja hyvin laajasti on käytössä CPAP-maski, ylipainehengityshoito. (Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007.)

Makuuhuoneen pitäisi sijaita rauhallisella paikalla, esimerkiksi pihan suunnalla. Makuuhuoneen sisustukseen kannattaa panostaa. Seinät, ikkunat, verhot, valot – kaikkien elementtien makuuhuoneessa pitäisi luoda rauhallista oloa. Rauhallista mieltä eivät lisää kirkkaat värit, joten niitä kannattaa välttää. Makuuhuoneessa ei työskennellä eikä katsota tv:tä. Iäkkäällä ihmisellä pitäisi olla mahdollisuus asua asunnossa, jossa on erillinen makuuhuone. Makuuhuone tuuletetaan illalla ja pidetään pölyttömänä. (Kivelä 2007.)

Sängyn sijainti makuuhuoneessa on tärkeä. Esimerkiksi on ihanteellista asettaa sängyn päätypuoli seinää vasten. Ikkunan valon olisi hyvä tulla jalkojen puolelta. Makuuhuoneeseen pitäisi järjestää pimennysmahdollisuus esimerkiksi hankkimalla pimennysverhot. Kirkkaita valoja kannattaa välttää, ne häiritsevät nukahtamista, melatoniinihormonin erityös häiriintyy. (Partinen & Huovinen 2007.)

8.2.3 Ravitseminen

Ravitsemuksen vaikutus uneen ja unenlaatuun on epäsuora. Vaikutusmekanismi perustuu erilaisten hormonien erittämiseen ja niiden vaikutukseen aivokuoreen. Esimerkkinä tryptofaani - serotoniini järjestelmä: serotoniini syntyy reaktioiden kautta tryptofaanista. Tryptofaanin vaikutus uneen on vielä epäselvä, mutta sillä on yhteys suoranaisesti melatoniinin kanssa. Melatoniini (pimeähormoni) syntyy tryptofaanista. (Niensredt, Hänninen, Artsila & Björqvist 1999, 604.) 20 g juustoa voi olla tryptofaaniin määrällisesti riittävä annos. Melatoniini helpottaa nukahtamista, auttaa aikaerosta johtuvaan unettomuuteen ja helpottaa muita unettomuuden oireita. Unen osalta tärkeät välittäjäainejärjestelmät ovat serotoniini ja GABA. Myös adenosiinin määrä vaikuttaa unen saantiin: vireystilassa adenosiinin määrä kasvaa ja alkaa vähentää hermosolujen toimintaa, mikä johtaa uneen. Unen aikana adenosiinin pitoisuus elimistössä vähenee, se taas mahdollistaa vireystilan. Kahvin piristevaikutus perustuu kofeiinin aiheuttamaan adosiniinireseptorisalpaukseen. Kofeiinia on paitsi kahvissa myös monissa virvoitusjuomissa, kaakaossa, makeisissa, leivonnaisissa. Suklaassa on kofeiinin ohella myös toista stimulanttia - teobrominia. Etenkin tummalla suklaalla on tuntuva piristevaikutus. Vanhoilla ihmisillä kofeiinin vaikutus voi jatkua jopa 10 - 20 tuntia nauttimisen jälkeen metabolian hidastumisen johdosta. Parin kahvikupillisen nauttiminen muuttaa unen rauhattomaksi, vähentää syvä unta ja lisää REM-unta. Kahvi lisää unettomuutta ja varsinkin RLS-oireita. Paradoksi on se että joillakin vanhuksilla iltakahvi parantaa unen laatua. Syynä voi olla tottumus tai se, että kofeiini piristää sydämen ja hengityksen toimintaa. (Niensredt, Hänninen, Artsila & Björqvist 1999, 604.)

Moni tyydyttymättömien rasvahappojen saanti on välttämätön asia. Unen saamisen kannalta se on tärkeää somaattisesti tai psyykkisesti sairastuneille ihmisille. Esimerkiksi omega-3:n on todettu auttavan hyvin aivojen toimintaa. Yömaito on maitoa, joka on lypsetty yön aikana. Kuopion yliopistossa on tutkittu yömaidon juomisen vaikutusta unen laatuun. Unen laatu paranee jos illalla juo yömaidoa. Vaikutusta on vaikea se-

littää, yksi syy on se että yömaidossa on matalampi melatoniinipitoisuus, voi olla että se tehostaa oman melatoniinin eristystä. (Aro 2007, 542.)

Uniapnea ja ylipaino häiritsevät unta. Obstruktiiviselle uniapneaoireyhtymälle tyypillistä on kuorsaus, unenaikaiset katkot (apnea) ja poikkeava päiväväsymys. Sille on monia altistavia tekijöitä, mutta suoraan vaikuttaa lihavuus (esimerkiksi ihmisillä, joilla on BMI yli 40) on todettu obstruktiivinen uniapneasyndrooma. (Aro 542,543.)

Rasvan ja hiilihydraattien suhde ruoassa vaikuttaa suoraan vireystilaan ja uneliaisuuteen. Aterian jälkeen (postprendiaalisesti) yleensä tulee väsymys. Tutkimukset ovat ristiriitaisia: vaikuttaako ateria vireystason laskuun vai ei. Mutta on todettu että esimerkiksi narkoleptikoilla ja hypersomnianpotilailla hiilihydraatit lisäävät väsymystä ja uneliaisuutta. Hiilihydraatteja ja proteiineja (tryptofaania) kannattaisi nauttia vasta klo 18 – 21. (Aro 2007, 543.)

8.2.4 Liikunta

Liikunnan harjoittaminen näyttää lisäävän unen määrää ja parantaa unen laatua. Toisaalta liian myöhäinen liikunta ja fyysinen rasitus voi aiheuttaa unettomuutta. Liikunnan pitäisi olla säännöllistä, kestoltaan vähintään 30 minuuttia tai 10 000 askelta päivässä. (Kivelä 2007.)

Reipas päivällinen liikunta nopeuttaa nukahtamista, parantaa unen laatua, pitkittää yön unta ja vähentää unen katkonaisuutta. Monentyyppinen liikunta parantaa mieltä. Siihen voi yhdistää reipasta kävelyä, uintia, vesivoimistelua, sauvakävelyä ja tanssia. Unettomuuden hoidossa on hyödyllistä liikkua tunnin tai jopa parin tunnin ajan päivisin mihin päiväaikaan tahansa mutta kaksi - kolme tuntia ennen nukkumaanmenoa. Iäkkäälle ihmiselle, jonka liikuntakyky on heikentynyt, olisi sopivia muita liikuntamuotoja, esimerkiksi tuolivoimistelua. (Kivelä 2007.)

Ahtaumatyyppinen oireyhtymä (obstruktiivinen uniapnea) on eräs unettomuuden aiheuttaja. Suomessa on noin 150 000 uniapneaa sairastavaa potilaista, obstruktiivinen uniapnea heikentää monin tavoin elämänlaatua, tuottaa unettomuutta, aiheuttaa liikenneonnettomuuksia, jopa äkkikuolemia. Lihavuus on uniapnean suurin vaaratekijä. Tuoreet tutkimukset osoittivat sen, että jopa joka viidennellä lievästi ylipainoisella aikuisella on lievä tai oireeton uniapnea. Laihduttaminen on uniapnean keskeinen hoi-

tomuoto. Jopa pienikin painon vähennys voi vaikuttaa hengityskatkosten määrään (Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007.) Fyysinen aktiivisuus on yksi vaikuttava tekijä unettomuuteen ja lihavuuteen. Liikunnalla voi ehkäistä painon nousun ja vaikuttaa uneen mm univajeeseen liittyviin hormonaalisiin ja ainevaihduunnallisiin muutoksiin. (Fogelholm & Härmä 2004.) On todettu, että fyysinen passiivisuus on yhteydessä unihäiriöihin. (Jansson, ym. 2001.) ja toisaalta kohtalainen liikunta on vaikuttaja häiriintymättömään uneen. (Härmä & Sallinen 2006.) Tutkimuksessa aerobinen liikunta (4 x 30 - 40 min. viikossa) vähentää unihäiriöitä. Kohtalaisen tehokas liikunta parantaa insuliiniherkkyyttä ja glukoosin sitomista, mikä voi vaikuttaa unen laatuun, lihomiseen ja metaboolisen oireyhtymän kehittymiseltä suojaavaan mekanismiin. (Fogelholm & Härmä 2004.)

8.2.5 Elintavat

Yli 3600 vuotta sitten alkoholi oli kehitetty hoidoksi satoihin vaivoihin. Tänä päivänä myös alkoholin uskotaan parantavan unta. Alkoholi vaikuttaa keskushermostoon niin sanottuihin mielihyväratoihin, GABA-, kannabinoidi- ja opiaattijärjestelmän toimintaan. Pieni annos illalla voi tuoda nopeammin unen, lisätä NREM- ja vähentää REM-unta alussa. Alkoholin poistuessa elimistöstä uni muuttuu pinnalliseksi, REM-uni, painajaiset ja unennäkö lisääntyy sekä sympaattiset toiminnot aktivoituvat. Alkoholin pitkäaikainen käyttö pahentaa unen laatua, mm nukahtaminen pitenee, unen pituus vähenee, uni tulee pinnalliseksi, hidasaaltouneen ja REM-unen määrä pienenee. Tärkeää on myös se, että alkoholi lamaannuttaa lihaksistoa, se on vaarallista hengityskatkoksista kärsiville ihmisille. Tutkimuksissa on todettu, että yhdestä yömyssystä ei ole haittaa unelle ja se voi olla terveyden kannalta parasta. (Kajaste & Markkula 2011.)

Alkoholin vaikutus on kaksitahoinen: pieni annos parantaa nukahtamista, mutta jos keskiannokset huonontavat unen laatua ja lisäävät REM-unen määrää. Alkoholi on myös melatoniinin erityksen estäjä. Alkoholi vaikuttaa suoranaisesti ylähengitysteiden toimintaan (kuorsaaminen) ja on syynä uniapneaan.

Alkoholi ja lääkkeet ovat toiseksi yleisin unettomuuden syy. Eniten tämä koskee liikemiehiä. Matkusteleminen vaatii hoitaa uni unilääkkeillä ja neuvotteluihin kuuluu alkoholijuomat. Stressi vaatii oman hoitonsa ja se on myös useimmiten alkoholi ja lääkkeet. Pieni annos (yksi - kaksi ravintola-annosta) voi helpottaa nukahtamista, myös punaviiniä on suositeltu unilääkkeeksi. Suurempi annos taas aiheuttaa REM-unen lisääntymistä, eli heräilyä. Alkoholista riippuvaisten unettomuus on yhtä vaikea paran-

taa kuin itse alkoholismi. Vaikeasti alkoholisoituneiden ihmisten uni on katkonaista, ja siihen liittyy toistuva herääminen. Unettomuus jatkuu jopa useita kuukausia henkilöillä, jotka ovat lopettaneet alkoholin käytön. (Partinen & Hovinen 2011.)

Tutkimukset osoittavat nikotiinin vaikutuksen uneen. On todettu, että nikotiini vaikuttaa keskushermostoon niin, että se lisää hetkeksi välittäjäaineiden toimintaa. Nikotiinin ansioista elimistö vapauttaa mielihyvä radastossa enemmän dopamiinia, mikä tuottaa ihmiselle virkistystä ja mielihyvää. Nikotiinin reseptorit neutraloivat nikotiinin vaikutuksen muutamassa minuutissa ja elimistö alkaa vaatia sitä lisää. Siksi tupakoinnin nautinto on lyhytaikainen, reseptorit palautuvat entiseen toimintaan ja samalla jarruttavat mielihyvä radaston toimintaa. Tämä aiheuttaa tupakoitsijalle vieroitusoireita ja noin tunnin kuluttua hän taas tupakoi. Tällainen tahti vaatii yöllä usein heräämistä, mikä huonontaa unen laatua. Tupakoinnin lopettaminen parantaa unta niin, että nukahduttaminen nopeutuu ja yöllinen heräily vähenee. (Kajaste & Markkula 2011.)

Suomessa noin 35 % aikuisväestöstä itse kokee unen riittävyyden vähäiseksi. Varsinkin työperäiset unihäiriöt ovat lisääntyneet. Siihen kuuluu vuorotyö, riittämätön yöuni ja epäsäännöllinen työaika. Myös stressi on yksi riskitekijöistä unettomuuteen. Aikuisen univaje kertyy noin 10 – 15 % vuorokaudessa. Unihäiriöt aiheuttavat toisaalta somaattisia sairauksia: verenvainetautia, ylipainoa ja aikuistyyppin diabetesta, sepelvaltimotaudin riskiä ja toisaalta heikentävät työsuorituskykyä, aivojen toimintaa sekä ovat suoranaisesti uhkana liikenne- ja työtapaturmiin. Epäsäännöllinen työaika aiheuttaa unettomuutta syystä, että elimistö ei ehdi muuttamaan vuorokausirytmiansä työvuoroihin. Univajeesta kärsivät työssäkäyvät kolme kertaa enemmän kuin muut. Naiset, nuoret, alemman koulutuksen saaneet, huonossa yleiskunnossa olevat kokivat yleisemmin univajetta. Työn pituudella on suoranaisesti vaikutusta unen pituuteen: yli 50 tuntia viikossa tietotekniikan parissa työskentelevät kokivat kaksi kertaa enemmän univajetta kuin 40 tuntia tekevät henkilöt. Korkeasti koulutetut ja tietotekniikkaa harrastavat henkilöt kokevat univajetta yleisemmin stressin vuoksi. (Härmä & Sallinen 2004.)

Työstä johtuvia unettomuuden syitä voidaan vähentää tiedostamalla unen mekanismit, ihmisen biologiset rajat ja parantamalla työaikojen hallintaa. Riittämättömän unen ongelmaa voitaisiin korjata unen arvostusta lisäämällä, opettamalla ajankäytön- ja stressinhallintaa ja pitämällä oikeita nukkumistapoja. Vuorotyön ja epäsäännöllisten työaikojen uniongelmaa hoidetaan vähentämällä haittavaikutuksia. Sitä tavoittelee uusi

työterveydenhuoltolaki, joka pyrkii suojaamaan yötyötä, vuorotyötä ja muita poikkeavia työaikoja tekeviä. Ihmisen elimistön toiminta on vuorokausirytmien. Epäsäännöllinen työaika haittaa elimistön sopeutumista sellaiseen työjärjestelyyn. Sen haittoja voidaan vähentää hyvällä työn suunnittelulla ja työergonomian avulla. Työntekijän työvuoron suunnitteluun osallistuminen on osoittautunut hyvää vointia ja terveyttä edistäväksi tekijäksi. (Härmä & Kandolin 2001.)

Unettomuutta aikaan saavat työn stressitekijät voisi korjata monin keinoin. Yksi niistä on suhteuttaa oikein työmäärä ja työntekijän voimavarat. Käytännössä täytyy määrittää uudelleen tavoitteita ja myös priorisoida ne. Työajan organisaatiolla on merkitystä, sama työmäärä kuormittaa vähemmän jos työaikana on keskeytyksiä tai se sisältää vähemmän (esim. monien uusien asioiden opettelu samana päivänä) häiritseviä tehtäviä. Toinen mahdollisuus on omien stressinhallintakeinojen kehittäminen. Työntekijälle on annettava mahdollisuus omalla toiminnallaan vähentää epäsuhtaa työn vaatimusten ja omien voimavarojen välillä ja sitä kautta vähentää työstressiin liittyvää unettomuutta. (Härmä & Sallinen 2004.)

Taulukko 1. Kofeiini kaikkialla (Heller, B. 2002)

Kahvi	Nautittu määrä	Kofeiinin määrä
Jauhettu kahvi	2 dl	80 - 135mg
Pikakahvi	2 dl	65 - 100mg
Musta tee	2 dl	30 - 70mg
Vihreä tee	2 dl	25 - 50mg
Virvoitusjuoma	2 dl	30 - 70mg
Suklaa	40 mg	5mg
Flunssalääke	1 tabletti	30mg

Kofeiinia sisältävät monet juomat, kuten on esitetty taulukossa 1. Kofeiini on kemiallisesti ksantiini-ryhmän aine. Aineenvaihdunnassa elimistössä ksantiinit toimivat stimulantteina, eli piristävällä vaikutuksella. Ajatellaan, että kofeiini vaikuttaa adenosiniin ja ehkäisee sen muodostumista. Adenosini on aivoissa väsymystä tuottava välittäjäaine, jota ilmestyy jonkun energian käytön jälkeen (esimerkiksi, kun solut käyttävät energiaa). Siitä syystä adenosinin rooli nukahtamis- prosessissa on tärkeä. (Kajaste & Markkula 2011.)

Suomalaiset nauttivat runsaasti kahvia ja kahvittelu on tärkeä sosiaalinen tapa ja ajanviete suomalaisessa kulttuurissa. Suomalaiset juovat kahvia noin kaksi kertaa enemmän kuin keskieuropalaiset ja jokaista suomaista kohti, lukuun ottamatta sylivauvoja, kulutetaan lähes neljä kuppia kahvia päivässä. Kun kahvissa on kofeiinia noin 100 mg kupillisessa, mukillisessa noin 200 mg, litrassa kahvia on siis noin 800 mg ja pannullisessa (1,5 litra) noin 1200 mg. On ilmeistä, että suomalaiset normaalisti saavat saman määrään kofeiinia vuorokaudessa kuin amerikkalaiset laskevat myrkytykseksi. (Kajaste & Markkula 2011.)

DSM-IV-tautiluokituksessa kofeiinimyrkytyksen diagnoosissa kofeiinimäärä on 250 mg. Käytännössä myrkytyksen oireet alkavat noin 500 mg määrästä ja kuolema voi tulla 5000 mg:sta kofeiinia. Kofeiinimyrkytyksen oireita ovat hermostuneisuus, lihasten nykiminen, ajatusten riento, puheen nopeutuminen, sydämentykytys, vapina ja vatsavaivat. Mutta herkillä ja tottumattomilla ihmisillä myrkytysoireita voi esiintyä paljon pienemmistä kofeiinimääristä. (Kajaste & Markkula 2011.)

Yleisin kahvin haitta on kuitenkin unettomuus. Kofeiinin puoliintumisaikaa, eli aika jossa aineen aktiivisuus seerumissa pienenee puoleen, on noin viisi - kymmenen tuntia. Joskus ehkäisytabletit tai muut lääkkeet hidastavat kofeiinin poistumista elimistöstä. Usein kahvin nauttiminen ilmenee kofeiinin vaikutuksena vielä myöhään illalla. Mutta ihmisen itse pitäisi määrittää omat tuntemukset kofeiinipitoisista juomista: toiselle litra kahvia ei vaikuta uneen ja toiselle taas aamulla otettu pari kuppia kahvia on haitta. (Kajaste & Markkula 2011.)

Erityisryhmä ovat vanhuksat. Joillekin iäkkäille ihmisille iltakahvi on välttämätön ja sen kohtuullinen määrä vain terveydeksi. Täytyy vain muistaa, että kahvin nauttiminen on suositeltua viimeistään kolme - neljä tuntia ennen nukkumaanmenoa. (Kivelä

2007.) Mutta jos uni ei tule illalla normaalisti kannattaa punnita myös kofeiinin nauttimisen määrää. (Kajaste & Markkula 2011.)

Herkille ihmisille unettomuuden kannalta on syytä ottaa huomioon myös muita kofeiinipitoisia juomia, varsinkin monessa julkaisussa mainittu vihreä tee. Teen vaikutus on ”pehmeämpi” kuin kahvin, mutta kestää myös pitempään ja aamulla otettu kuppi teetä saattaa aiheuttaa häiriöitä nukkumisessa (Kajaste & Markkula 2011.)

8.2.6 Henkilökohtainen hygienia

Valmistautumisessa uneen täytyy muistaa oma henkilökohtainen hygienia. Pesemällä ihoa ennen nukkumaanmenoa poistetaan pölyt, omat bakteerit ja mikrobit, koska ne voivat aiheuttaa kutinaa ja häiritä ihon hengitystä. Saunassa tai suihkussa käyminen vaikuttaa myönteisesti nukkumiseen. (Kivelä 2007.) Hampaiden pesu illalla auttaa pitämään suuta terveenä, vähentää kariuksen riskiä ja poistaa huonoa hajua suusta. On suositeltu käytettäväksi hammaslankaa ja hammastahnaa vain herneen kokoinen määrä. (Partinen & Huovinen 2007, Livanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006.)

Huomiota vaativat myös lakanat: synteettiset on helppo hoitaa, mutta kaikista parhain materiaali lakanoille on puuvilla. Se ei koskaan hiosta eikä tunnu kylmältä. Lakanoiden värien pitäisi olla rauhallisia. Lakanoiden puhtaus antaa miellyttävän tunteen ja auttaa nukahtamaan. (Livanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006.)

Kevyet yövaatteet luonnonkuidusta, puuvillasta ja silkistä poistavat kutinaa ja antavat ihon hengittää. Jos yöllä tulee hiki, on parempi vaihtaa yövaatteet usein tai vaihtaa kevyempään yöasuun. Tärkeää on että yöasu ei kiristä eikä ahdistaa. (Livanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006.)

Ennen nukkumaanmenoa kannattaa hoitaa somaattisten sairauksien mahdollista haittaa uneen. Kiputilojen hoito voi vähentää unilääkkeiden tarvetta, astman hoito antaa nukkua rauhallisesti yön, lääkityksen muutos voi parantaa unen laatua. Uniapneasta kärsiviä potilaita tulisi ohjata kääntymään lääkärin puoleen, teettää perusteellinen tutkimus ja hoitosuunnitelma. Jos on todettu uniapneaoireyhtymä, ei saa ottaa alkoholia ennen nukkumaanmenoa eikä ole syytä ottaa unilääkkeitä. Kaikki unilääkkeet la- maannuttavat hengitystä, huonontavat hapensaantia ja unta. Sepelvaltimotaudista tai

sokeritaudista aiheutuvaa unettomuutta ei ratkaise unilääkkeet. (Hyyppä & Partinen 1985.)

Sairauksien hoito voi olla lääkkeetöntä. Esimerkiksi liikuntaelinsairauksia on mahdollista hoitaa liikkumalla, hieromalla tai hoitamalla lämmöllä. Lämpötyyny tai lämpöpatja iltaisin niskan, selän tai polven hoitoon voi vähentää yöllistä kipua. Yön tiheää virtsaamistarvetta voi helpottaa juomistottumuksen avulla: aamulla ja päivällä juodaan enemmän kuin illalla. Myös alkoholipitoiset juomat ovat haitaksi. Virtsankarkailuun öisin auttaa virtsarakon tyhjentäminen ja jopa ponnistus sen yhteydessä ennen nukkumaanmenoa. Tehokasta tässä tapauksessa on lantion lihaksiston vahvistaminen supistusharjoituksilla. Iäkkäällä ihmisellä fyysisten sairauksien oireet ovat usein syynä unettomuuteen. Niiden tutkiminen ja parantaminen täytyy ottaa huomioon ensisijaisesti unettomuuden hoidossa. Myös lääkkeellinen unettomuuden hoito perustuu fyysisten sairauksien hoitoon. Esimerkkeinä on tuki- ja liikuntaelimistön kiputilojen lääkehoito. Turvallisimpana kipulääkkeenä pidetään Parasetamolia, 500 mg x 3 pitkäaikaisessa käytössä. (Kivelä 2007.)

9 OHJEEN LAATIMINEN

9.1 Laadukkaan ohjeen ehdot

Kirjallisen ohjeen tarkoitus on välittää tietoa hoitoon liittyvistä asioista. Nykyään on kirjallisia ohjausmateriaaleja hoitotyössä enemmän kuin aikaisemmin. Syynä ovat vähentyneet terveydenhuollon resurssit ja lyhentynyt sairaalaoloaika. Kirjalliset ohjeet auttavat kotiuttamista sairaalasta tai kotona ollessa asiakas/potilas hoitaa asiallisesti oma terveytensä. Asiakkaiden mielestä ohjeita olisi hyvä olla paitsi suullisina myös kirjallisina, jolloin asiakas voi itse perehtyä aineistoon ja soveltaa saamiaan tietoja omaan käyttöönsä. (Kynäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007.)

Kirjallisen ohjeen aineisto tulisi olla selkokielineen sekä sisällöltään, että ulkoasultaan. Huonosti ymmärrettävä ohje voi vääristää asiakkaiden käsitystä, saattaa myös lisäämään pelkoja ja huolestuneisuutta. (Kynäs ym. 2007.)

Kirjallisen ohjeen pitäisi rakenteellisesti sisältää vain yhden asian kappaleita. Ohjeen sisällön pitäisi olla selkeä jo yhdellä silmäyksellä. Termien ja sanojen pitäisi olla tut-

tuja ja konkreettisia. Jos tekstissä on lääketieteellisiä termejä, niiden sisältö täytyy määritellä. Ohjeen ymmärrettävyyttä lisäävät kuvioit, kaavioit ja taulukot. Tärkeitä asioita voi myös lihavoida tai kursivoida. (Kyngäs ym. 2007.) Kirjallisen ohjeen pitäisi olla sopiva jokaiselle asiakkaalle ja vastata heidän tietoihinsa ja taitoihinsa. Asiakkaat tarvitsevat tietoja omasta sairaudestaan, siihen liittyvistä komplikaatioista, sairauden etenemisestä ja hoidon toteutumisesta. Hoitotyön ammattilainen voi käyttää hyväksi aiheeseen liittyvät kirjalliset ohjeet, arvioida, tulkita ja ennakoida siellä olevat tiedot asiakkaille. (Kyngäs ym. 2007.)

Kooltaan kirjallinen ohje voi olla yhden sivun mittainen tai lehtisiä tai useampisivuisia pieniä kirjasia tai oppaita. (Kyngäs ym. 2007.)

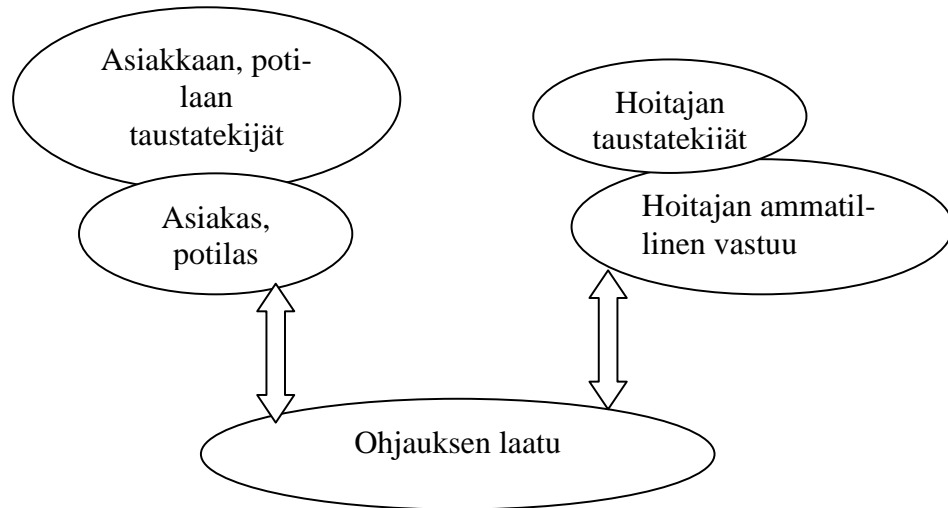
Kirjallisen ohjeen sisällön voi toteuttaa hyvinkin kotioloissa, jos hoito ei vaadi erityis-harjoittelua. Jos ohje on hyvin suunniteltu, selkeästi ja ymmärrettävästi laadittu ja otettu huomioon asiakkaan oppimiskyky, niin kirjallinen ohje voi toimia itseopiskelumateriaalina. (Kyngäs, ym. 2007.)

9.2 Hoitajan ammatillinen ja eettinen vastuu ohjauksessa

Ohjaukseen panostaminen on nykyaikana erittäin tärkeitä. Laadukas ohjaus auttaa asiakkaita kotioloissa perehtymään hoitomenetelmiin ja sitä kautta vaikuttamaan heidän terveyteensä. Sitä paitsi tämän päivän haaste on asiakkaiden tai potilaiden hoito- ja ohjausresurssien puutteellisuus. (Kääriäinen 2007.)

Oulun yliopiston terveystieteen laitoksen professori Maria Kääriäinen on tehnyt laajat tutkimukset, jotka koskevat laadukkaan ohjauksen perustaa, ehtoja ja vaikuttavia tekijöitä ja sitä, kuinka laadukkaat kirjalliset ohjaukset vaikuttavat potilaisiin ja heidän terveydenhoitoonsa. Koska unihygienia-ohjetta hoitajat voivat käyttää työssään, niin seuraavassa esitetään mitä se hoitajalta edellyttää. Kuvassa 3 on esitetty hoitajan ammatillinen vastuu sekä asiakkaan tai potilaan rooli ohjauksessa.

Koska unihygienia ohjetta myös hoitajat voivat käyttää työssään niin seuraavassa esitetään mitä se hoitajalta edellyttää.



Kuva 3 Hoitajan ammatillinen vastuu ohjauksessa. (mukaillen Kääriäinen 2007.)

Tutkimuksessa on kuvattu potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Laadukas ohjaus tarkoittaa hoitajan ammatillista osaamista edistää potilaiden terveyttä. Se edellyttää hoitajalta paitsi ammatillista tietoa, myös vakaat tiedot filosofiasta ja etiikasta. Ammatillinen vastuu laadukkaasta ohjauksesta perustuu myös hoitajan ohjausvalmiuksiin. Laadukkaat ohjaukset ovat aina kaksisuuntaisia: potilaalta hoitajalle ja hoitajalta potilaalle. Molemmilla puolilla taustalla ovat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ominaisuudet. Niiden vuorovaikutuksen kaksoissuuntaus on keino, jolla rakennetaan ohjaussuhdetta. Sitä paitsi potilaan ja hoitajan aktiivisuus, riittävät ajanmukaiset resurssit ja laadukkaan ohjauksen materiaalien saatavuus edellyttävät onnistuneita ohjauksia. (Kääriäinen 2008.)

Ohjauksessa potilas on objekti, joka kantaa vastuuta toiminnasta. Ohjaus on moraalinen velvollisuus, vuorovaikutteinen hoitoprosessi tai auttamismenetelmä. Ohjauksessa pitäisi kunnioittaa yksilöllisyyttä, itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä. (laki 1992/785, § 6.) Kuitenkin potilaalla on itsellään oikeus päättää hoidostaan, haluaako hän ohjausta ja miten hän toimii saamansa ohjauksen pohjalla. Potilaalle pitää antaa mahdollisuus tehdä omia itsenäisiä päätöksiä ja toimia haluamallaan tavalla hallitessaan riittävästi taustatietoa. (Bernhard, Geller, Doksum & Metz 2000: Perneger, Sudre, Muntner, Uldry, Courtheuse, Naef, Jacquemet, Nicod, Rochat & Assal 2002.)

Laadukkaaseen ohjaukseen kuuluu eettistä pohdintaa, joka perustuu hoitajan ammatillisuuteen, henkilökohtaisiin uskomuksiin, kokemuksiin ja asennoitumiseensa. Terveystenhoitoon eettisten periaatteiden ja ammattietiikan tietoisuus auttavat ymmärtämään omaa toimintaa ohjaajana (Etene 2001; Sairaanhoidajaliitto 1996.)

Hoitajalla on velvollisuus kunnioittaa jokaisen potilaan ihmisarvoa, kaikessa toiminnassaan pyrkiä edistämään ihmisten hyvää ja välttämään pahaa, suhtautua jokaiseen ihmiseen samalla tavoin. Hoitotyössä käytettävissä olevat menetelmät, auttamiskeinot ja ratkaisut pitää olla perusteltuja ja luotettavia. (Leino-Kilpi 2003.)

Ohjauksessa hoitajan rooli on sen ymmärtäminen ja omaksuminen tukemalla potilaita omalla tiedolla ja taidolla. Tämä toiminta vaatii hoitajalta ohjausvalmiutta.

Opinnäytetyön tuloksena on unihygienia - ohje, jonka tarkoituksena on hoitaa unettomuutta lääkkeettömällä keinolla. Ohje sisältää tietoa unettomuudesta, unettomuutta parantavista menetelmistä ja unihygieniasta. Teoreettisesti on todettu unihygienian taso unettomuuden hoidossa, annettu määritelmät ja sisällöt.

Unihygienia - ohjeen hoitajille tarkoitetuissa osassa on panostettu heidän laadukkaaseen opastamiseen, ohjaamiseen ja ymmärtämiseen hoitotyössä asiakkaiden/potilaiden kanssa.

Käytännössä unihygienia - ohjetta voisi hyödyntää laajasti sairaaloissa, poliklinikoissa, vanhainkodeissa ja muissa terveydenhuollon sektoreissa. Tämän ohjeen voisi lukea jokainen ihminen, joka kokee oman unensa laadun puutteelliseksi.

10. OHJEEN ARVIOINTI

10.1 Kotikorttelin arviointi

Kotkan kotikortteliyhdistyksen TJ Anne Heimolan arviointi oli seuraavanlainen: Erittäin laaja ja hyvä työ, selkeästi ymmärrettävä.

Voidaan hyödyntää laaja-alaisesti kotiemme asiakkaiden ohjauksessa ja elämänlaadun parantamisessa. Hyvä työkalu kaikille, jotka kokevat ongelmia unessaan tai työskentelevät sellaisten kanssa. Bentsodiatsepaamin haittavaikutuksista halusin myös pientä tarkennusta, koska maallikko ei yleensä tiedä niiden aiheuttavan riippuvuutta.

10.2 Palautteen huomioiminen opinnäytetyössä

Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa on toivomuksesta lisätty bentsodiatsepiinien haittavaikutus elimistöön, päiväunien ja varsinkin vanhusten päivällä nukkumisen vaikutus yöunen laatuun.

11. LUOTETTAVUUS, JATKOTUTKIMUSHAASTEET JA POHDINTA

Tämän tutkimuksen tuloksena on unihygienia-ohje, jota voidaan hyödyntää hoitotyössä, edistää ammatillista tietoa ja taitoa. Se myös tuottaa käytännössä tietyt haasteet. Ohjeen käyttämiseen ja perehdyttämiseen tarvitaan ammatillisia ja asianmukaisia resursseja. Ohjeen toteuttaminen on yksilöllistä ja vaatii sekä henkilökunnalta että asiakkailta yhteisymmärrystä, motivaatiota ja hyvää vuorovaikutusta. Unihygienian käyttöönotto jokaiseen arkiseen päivään on haaste ja monelle ihmiselle tuottaa vaikeuksia muuttaa elämäntapoja. Siihen tarvitaan hoitajalta ammatillista tietoa, taitoa ja hyvää ohjausta kuten myös toisaalta asiakkailta hyvää motivaatiota tehdä muutokset säännöllisesti ja pysyvästi.

Unihygienia-ohje perustuu ajankohtaiseen kirjallisuuteen, joka on kerätty ja analysoitu kirjallisuuskatsauksen perusteella. Tämä antaa ohjeelle luotettavuutta ja toimivuutta.

Tutkimuksessa on pyritty selostamaan aineistoa mahdollisimman tarkkaan. Tutkija on esittänyt teoreettisilla tasoilla aiheisiin liittyvät materiaalit. Tutkimusprosessissa ei tullut mahdollisuutta tarkentaa aineistoa triangulaation menetelmällä työresurssien puuttuessa. Toisaalta tutkimustyössä on käytetty hyvin heterogeenistä tietoa ja tuloksissa on pyritty saamaan synteesejä, jotka antoivat vastauksia tutkimukselle asetettuihin ongelmiin.

Tutkimuksessa on saatu tietoa, johon on ollut kiinnostusta korttelikotiyhdistyksen asiakkailta ja henkilökunnalla. On koottu teoreettinen perusta kysymyksiin: mitä on uni, unettomuus, mitkä ovat unettomuuden tekijät ja mitä on unihygienia. On selostettu uneen liittyvät keskeiset käsitteet: uni, unettomuus, unettomuuden hoitokeinoja, lääkkeiden hoito, lääkehoitomuoto, toiminnalliset ja kognitiiviset menetelmät unettomuuden hoidossa, unihygienia. On yhdistetty unettomuuteen vaikuttavat tekijät (fyysiset, psyykkiset, sosiaali- ja ympäristötekijät) ja unihygienian huolto. Teoreettisesti on perusteltu unihygienian sisältö: nukkumistottumukset, nukkumisympäristö, liikunta, ra-

vitsemus, elintavat ja henkilökohtainen hygienia. Nämä tiedot antoivat mahdollisuuden kirjoittaa laadukas unihygienia-ohje. Sen kirjoittaminen vaatii tietoa laadukkaan ohjeen ehdoista.

Tutkimuksessa on pohdittu hoitajan ammatillista ja eettistä vastuuta ohjauksessa ja on kuvattu hoitajan roolia laadukkaassa ohjauksessa. On selostettu edellytykset laadukaisiin ohjeisiin ja hoitajalta on vaadittu vakaat tiedot sekä ammatillisesta toiminnasta, että myös filosofiasta ja etiikasta. Hoitajan rooli ohjauksessa on sen ymmärtäminen ja omaksuminen tukemalla asiakkaita omalla tiedollaan ja taidollaan.

Unihygienia-ohje mahdollistaa hoitohenkilöstölle ja asiakkaille oppia uutta teoriaan perustuvaa tietoa unettomuuden hoidossa lääkkeettömällä keinolla, edistää ihmisten terveyttä ilman mittavia sijoituksia ja sen kautta huomattavasti vaikuttaa kansantalouden säästöön.

Unihygienia-ohje edustaa aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jonka toteuttaminen arkielämässä vaatii hoitohenkilöstöltä ammatillista vastuuta, sidonnaista vuorovaikutusta asiakkaan kanssa ja riittäviä asianmukaisia resursseja. Niin sairaan- kuin lähihoitaja voi käyttää tätä ohjetta apunaan hoitotyössä esim. kotihoidossa tai yleensä henkilökuntatilanteissa.

Jatkotutkimuksessa haasteina voisi ajatella selvittää unihygienia-ohjeen toimivuutta kentällä. Miten ihmiset ovat sen vastaanottaneet? Oliko teksti ymmärrettävää? Pitäisikö muuttaa ulkomuotoa? Mitä vielä voisi lisätä? Miten ohje auttoi hoitohenkilöstöä unettomuuden hoidossa?

LÄHTEET

- Ahonen, S., Kivelä, S.-L. 2010. Toiminnallisten ja kognitiivisten hoitomenetelmien vaikutukset iäkkäiden primaariseen unettomuuteen. *Duodecim*. 126:794-802.
- Aro, A., Mutanen, M., Uusitupa, M., (toim.) 2007. Ravitsemustiede. Jyväskylä: Duodecim.
- Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S., & Terepi, J. (toim.) 2005. Suomalainen terveys. Helsinki: Duodecim. Stakes. KTL.
- Bernhardt, BA, Geller, G., Doksum, T., Metz. SA. 2000. Evaluation of nurses and genetic counselors as providers of education about breast cancer susceptibility testing. *Oncology Nursing Forum* 27(1), 33 - 39.
- ETENE. 2001. Terveystapaamisen yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene - julkaisuja 1. Helsinki. www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf [31.8.2006].
- Fogelholm, M. & Härmä, M. Lihavuuden ja unihäiriöiden oravanpyörä. *Duodecim* 2004;120:2153-5.
- Heikkinen, E.& Rantanen, T., 2008. Gerontologia. Keuruu: Duodecim.
- Heller, B. 2002. Hyvä uni. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja Kirjoita. 15., uudistettu painos Helsinki: Tammi.
- Hublin, C. 2010. Unettomuus. Lääkäriin käsikirja. *Duodecim*; 126:563-5.
- Huovainen, J. 2001. Ikääntyneen terveystapaaminen. Terveystapaamisen käsikirja. Pohjois – Karjalan kansanterveyden keskus. Terveystapaamisen edistämisen tehostaminen Keski-Karjalassa hanke.
- Huttunen, M. Unettomuus. *Duodecim*. 3.9.2010
- Hyypä, M. & Kronholm, E. 1998. Uni ja vire. Turku: Kansaneläkelaitos.

Hyyppä, M. & Partinen, M. 1985. Uni-varjoko vain? Keuruu: Otava.

Härmä, M. & Kandolin, I. 2001. Shiftwork, age and wellbeing: recent developments and future perspectives. *The Journal of Human Ergology*. 30 (2001), p.287 – 293.

Härmä, M., & Sallinen, M. 2000. Univaje terveystriskinä. *Duodecim*; 20:2267-3.

Härmä, M. & Sallinen, M. 2004. Hyvä uni - hyvä työ. Helsinki: Työterveyslaitos.

Härmä, M. & Sallinen, M. 2004. Työperäisten unihäiriöiden yleisyys, merkitys ja vähentämiskeinot. *Työ ja ihminen*. 2004; 3:136 - 49.

Härmä, M. & Sallinen, M. 2006. Uni, terveys ja toimintakyky. *Duodecim* 2006;122:1705-6.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. *Hygienia*, Helsinki : Tammi.

Jansson, C., Lindberg, E., Gislason, T., Elmasry, A., Boman, G. 2000. Insomnia in men- a 10-year prospective population based study. *Sleep* 2000; 24: 425 - 30.

Kajaste, S. 2005. Krooninen unettomuus ja sen lääkkeetön hoito. *Suomen lääkärilehti*. 60:2453-7.

Kajaste, S., Markkula, J. 2011. Hyvää yötä. Apua univaikeuksiin. Helsinki: Kirjapaja.

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

[Kotkan Korttelikotiyhdistys Ry](#)

[Kouvolan Korttelikodit](#)

Kronholm, E., Laitinen, J., Liuha, T. & Partonen, T. 2009. Kirjapaja, Niukka uni voi lihottaa. THL, Työterveyslaitos.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Acta Universitatis Ouluensis. D Medica 937. Oulun yliopistopaino, Oulu.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18(1), 37 - 45.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Sivén, T., Välimäki, T. 2007. Opi ja ohjaa. Helsinki : WSOY.

Laki 1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lavery, S. 1997. Hyvä uni. Helsinki: Tammi.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Livanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveystyötä edistäen. Hygienia. Helsinki: Tammi.

Liuha, T. 2009. Unilääkkeiden rinnalle unen itsehoito. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim – ARKISTO. 2007. Rinnekoti-säätiö/Skogbyn uniklinikka.

Merikanto, I., Partonen, T. Ja Lahti, T. 2011. Evoluution säilyttämä uni. Duodecim 2011; 127:57- 64.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M. (toim.). 2007. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim.

Nienstedt, W., Hänninen, O., Artsila, A., Björqvist, S.-E. 1999. Ihmisten fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.

Partinen, M. 2006. ”Sauna and sleep”. Luento.Helsinki. Kansainvälinen Saunakongressi.

Partinen, M. 2006. Levottomat jalat. Duodecim. 122:2999 - 3008.

Partinen & Hirvonen. 2006. Unikuorma. Loppuraportti.

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

Partinen, M. & Huovinen, M. 2011. Unikoulu aikuisille. Opi selättämään unettomuus. Helsinki: WSOY.

Partonen, T. 2008. Unta unettomuuden hoitoon. Duodecim 124:1449 – 50). Helsinki: Leiras.

Pekkala, E. 2001. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset. Kirjassa Voutilainen, P., Leino-Kilpi, H., Mikkola, T. & Peipponen, A. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: Tammi, s. 56 - 68.

Perneger, P V., Sudre, P., Muntner, P., Uldry, C., Courteheuse, C., Naef, A F., Jacquemet, S., Nicod, L.,Rochat, T., Assal, J P. 2002. Effect of patient education on self-management skills and health status in patients with asthma: a randomized trial. American Journal of Medicine 113(1), p. 7 - 14.

Porkka-Heiskanen, T. & Stenberg, D. 2008. Unen kemia. Duodecim 2008;124:246 - 53.

Ravitsemuskertomus. KTL.2008. Rikkola, T., Partinen, M. Unettomuuden hoito. Duodecim. Terveyskirjasto.

Ritmala - Castrén, M. Aikuispotilaan uni akuuttihoitossa. Turun yliopisto/Kliinisen hoitotieteen päivä. 17.4.2009.

Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Saatavissa:

www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty/ohjeita_ja_suosituksia/sairaanhoitajan_eettiset ohjeet [viitattu 22.11.2010].

Seppä, J., Tuomilehto, H. & Kokkarinen, J. 2007. Aikuisten obstruktiivisen uniapnean hoito. Duodecim 2007;123:88 – 94.

Suomen Unihoitajaseura ry. 10 helmikuu 2007. Uni ja unihäiriöt. KTL. Duodecim. Uni ja ravinto ja liikunta. 2005. KTL.

Mielenterveys – ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. 2009. THL.

Tuomilehto, H., Seppä, J., Gylling, H. & Uusitupa, M. 2009. Obstruktiivinen uniapnea ja lihavuus. Duodecim 2009;125:931-3.

Tuominen, V. 2010. Vedä hirsyä. Opas suomalaiseseen uneen. Unikulma.

Uni, terveys, toimintakyky. 2003. Työterveyslaitos.

Unettomuuden hoito. 2008. Käypä hoito-suositus. Päivitetty 07.12.2010. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/nataartikkeli/tunnus/hoi50067> [viitattu 07.12.2010].

Unilääkkeet ja unihygienia. 2008.

Valmunen, A. 2009. Pikakatselu. Unitutkimus.

Valmunen, A. 2009. Ohje päättötyön kirjoittamisen. Pikakatselu.

Virtanen, M. Pikakatselu. 2010.

”Me nukumme kolmasosan elämästäme.

Uni on nautinto – muistatko pitkät unet viikonloppuisin ja kissamaiset venyttelyt.

Uni on akkujen lataamista – ellei nuku, ei jaksakaan kotona eikä työssä.

Uni on tietojen ja taitojen kartuttamista – päivän mittaan opittu taltioituu yöllä muistiin.

Uni on turvallisuutta – virkeänä reaktiokyky ja keskittymiskyky ovat parhaimmillaan.

Uni on vapautta – uskotaan, että hyvällä unella ja luovalla ajattelulla on yhteys.

Uni on biologiaa – unen aikana elintoiminnot hidastuvat ja kehon lämpötila vaihtelee.

Uni parantaa – nukkuessa elimistö taistelee muun muassa tulehduksia vastaan.

Nukkuminen ei ole laiskottelua – se on hyvä harrastus ja sijoitus elämänlaatuun.”

Markku Partinen, Maarit Huovinen. Terve uni. 2007.

UNIHYGIENIA - OHJE

OHJEEN SISÄLTÖ

I. Unettomuus ja sen häittävaikutukset.

II. Unihygienia, sen tarkoitus ja rooli unettomuuden hoidossa.

III. Unihygienian tekijät ja niiden vaikutus laadukkaaseen uneen.

IV. Hoitajan ammattillisuus asiakkaiden unihygienian toteuttamisessa.

I. Unettomuus ja sen hättavaikutukset.

I.I Unettomuuden määritelmä.

Unettomuus on ihmisen *itse* kokema *oire*, jonka taustalla on joku syy. Ihminen kokee, että on nukkunut huonosti tai ei tarpeeksi. Lähes jokainen ihminen jossain elämän vaiheessa kärsii jonkin asteisesta unettomuudesta. Varsinaista vakiintunutta määritelmää unettomuudelle ei ole, mutta seuraavat yleiset oireet kuuluvat unettomuuden piiriin:

- nukahtamisvaikeus
- katkonainen uni
- varhainen herääminen
- unen huono laatu / väsymys herätessä.

Unettomuus jaetaan myös sen keston perusteella: tilapäinen (kesto satunnaisesti muutamia öitä), lyhytaikainen (kesto muutaman viikon) ja pitkäaikainen (kesto yli kolme kuukautta). Normaalisti ihminen nukahtaa aika nopeasti: noin 15-20 minuutissa ja uni kestää 7-8 tuntia (aikuisella). Normaaliin uneen kuuluu eri vaiheita ja on luonnollista, että ihminen silloin tällöin herää yöllä. Mutta jos univaikeudet toistuvat usein, jatkuvat pitkän aikaa tai muuten häiritsevät normaalia elämää, kysymyksessä voi olla *unettomuus* ja sen aiheuttavat syyt on selvitettävä.

Unettomuuteen kuuluu väsymys, uupumus, ärsyntyvyys, muistin heikkeneminen, työkyvyn alentuminen tai uneliaisuus päivän aikana. Nämä vaivat heijastuvat elämänlaatuun kokonaisvaltaisesti: jokapäiviseen elämään, työn laatuun, terveyteen ja hyvinvointiin.

Unettomuus on hoidettavissa, hoitamattomana se pahenee ajan myötä.

Mieti: Onko sinulla unettomuutta?

I.II Unettomuuden syyt.

Unettomuus on yleinen ja vakava kansanterveyden häiriö ja ongelma. Unettomuus syntyy monista tekijöistä, jotka liittyvät fyysisiin, psyykkisiin tai vaikkapa ympäristöongelmiin. Syyt luokitellaan seuraavasti:

- Elämäntavat
- Psyykkiset sairaudet
- Fyysiset sairaudet
- Perinteinen unilääkkeiden käyttö
- Muiden lääkkeiden käyttö
- Ikääntyminen
- Alkoholi

Korostetaan, että unettomuuden syyt ovat harvoin yksiselitteisiä, pikemminkin ne muodostavat jonkunlaisen monimuotoisen unihäiriöyhdistelmän. Unettomuuden syyn perusteella voi määrittää unettomuuden tyypin: onko se toiminallinen (joka on yleinen ilmiö, noin 90%:lla unettomuudesta kärsivillä) tai krooninen. Diagnoosi tehdään anamneesin, nukkumispäiväkirjan ja kliniisen tutkimuksen perusteella. *Toiminallinen unettomuus* tunnistetaan siitä, että ihminen huonosti nukutun yön jälkeen herää aamulla virkeänä ja tuntee elämänlaatuunsa hyvänä. Toiminallinen unettomuus yleensä ei vaadi lääkehoitoa. *Krooninen unettomuus* lisää ihmisille monien sairauksien ja tapaturmien riskiä, se myös huonontaa elämänlaatua, terveyttä ja toimintakykyä.

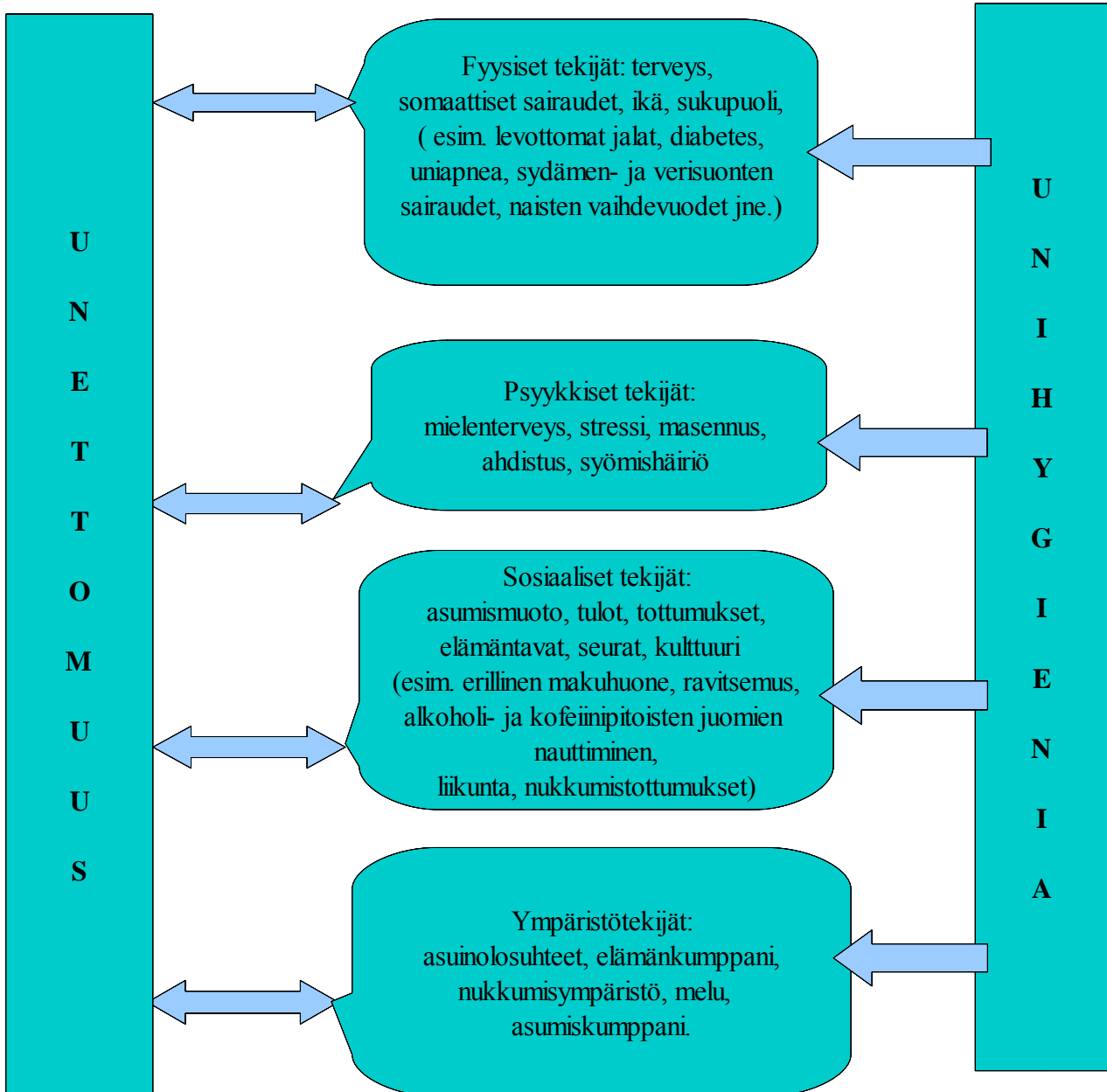
Mieti: Onko sinulla *toiminallinen vai kroonien unettomuus*?

Mikä tai mitkä syyt voivat olla kyseessä?

-

- **Kuvio1.UNETTOMUUTEEN VAIKUTTAVAT JA YLLÄPITÄVÄT TEKIJÄT**

-



Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007. Ohjaaminen hoitotyössä.

Tekijän muokkaama kuvio.

I.III Unettomuuden haittavaikutukset.

Jos ihminen kokee unettomuutta ja että hän ei nuku tarpeeksi, syntyy univajetta. Jatkuvan univajeen seuraus on univelka. Se vaikuttaa monin tavoin ihmisen elämään, koska uni on anabolinen tila ja sen häiriintyminen sekoittaa elimistön aineenvaihduntaa, autonomisen hermoston tasapainoa, hormonaalista toimintaa ja immuunivastetta.

Suomessa on viime aikoina lisääntynyt unihäiriöiden ja unettomuuden ilmiö, mikä voi olla seuraamusta yhteiskunnan kehityksestä, työelämän muutoksista tai vapaa-ajan uusista mahdollisuuksista. Unen keskeiset tärkeät tehtävät ovat aivojen vireyden ja toimintakyvyn ylläpito. Myös unen on oltava laadultaan hyvää, silloin ihminen tuntee olonsa levänneeksi ja virkeäksi ja elimistön puolustusjärjestelmä on kunnossa, joten se vaikuttaa ruumiilliseen ja henkiseen hyvinvointiin. Univaje, unihäiriöt ja unettomuus tuovat terveydellisiä riskejä ja vaikuttavat sekä *fyysiseen* että *psykkiseen* terveyteen ja toimintakykyyn.

Paitsi *fyysisiä* ja *psykkisiä* vaikutuksia unettomuus voi aiheuttaa *sosiaalisia* haittoja.

Unettomuus vaikuttaa suoraan ihmisen *fyysiseen* terveyteen. Se voi altistaa sairauksiin kuten diabetekseen, sepelvaltimotautiin, verenpainetautiin sekä sydän- ja verenkiertoelinten tauteihin. Huonosti nukkova ihminen lihoo, koska hormonaalinen toiminta vilkastuu (kilpirauhasen toiminta ja sydämen syke nousee, rasvasolujen erittämän leptiinin määrä vähenee ja mahalaukun erittämän greliinin pitoisuus suurenee verenkierrossa – tuloksena on näläntunne).

Unettomuus on merkittävä riskitekijä onnettomuuksiin ja tapaturmiin (heikentää huomattavasti kognitiivisia toimintoja ja etuotsalohkon aktiivisuutta) ja on siten myötävaikuttamassa moniin fyysisiin haittoihin.

Unettomuus vähentää huomattavasti stressinsietokykyä ja sitä kautta altistaa monille fyysisille vaivoille.

Unettomuus vaikuttaa negatiivisesti sairauksien paranemiseen, koska unen rooli on tärkeä aineenvaihdunassa ja esimerkiksi haavojen ja sairauksien parantumista tapahtuu silloin kun ihminen nukkuu.

Unettomuus ja unihäiriö vaikuttavat selvästi ihmisen *mielialaan*. Huonosti nukkunut ihminen on ärtynyt, mieliala vaihtelee ja hän on stressaantunut. *Psyykkisesti* unettomuus voi altistaa masennukselle ja päihteiden käytölle, sekä heikentää keskittymis- ja oppimiskykyä, myös muistia. Unihäiriö on yksi keskeisimmistä masennuksen oireista. Masentunut eli depressoitunut ihminen voi herätä aamuöisin eikä pysty sen jälkeen enää nukkumaan.

Unettomuuteen liittyy myös ahdistuneisuus, joka ilmenee nukahtamisvaikeutena ja katkounina.

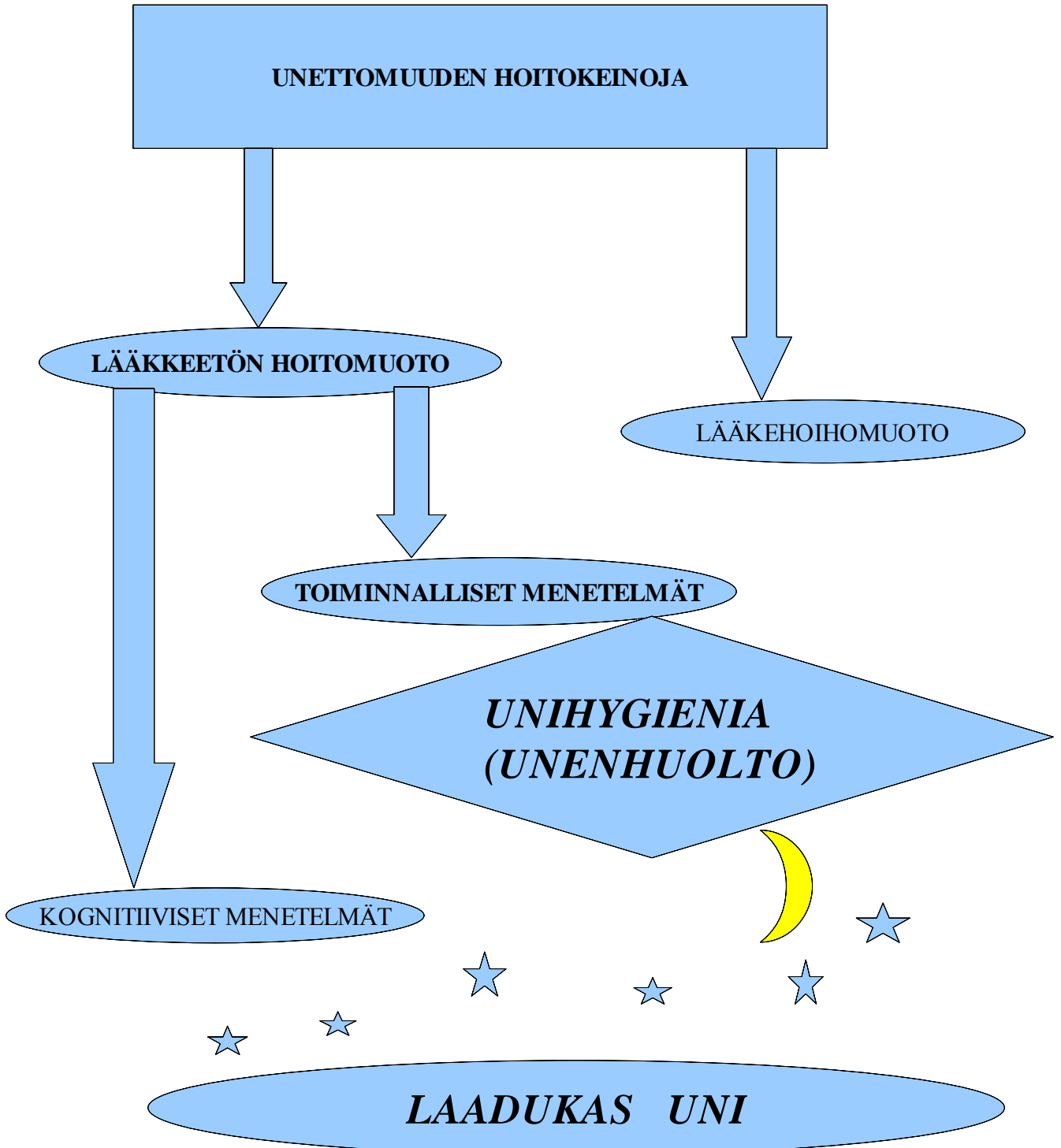
Unettomuus saattaa vaikuttaa moniin muihinkin mielenterveyden häiriöihin. Esimerkiksi skitsofreniset psykoosit usein alkavat unen häiriytymisellä, unettomuudella. Unirytmien häiriön tuloksena voi olla sekavuus- eli deliriumtila.

Mieti: Onko unettomuus vaikuttanut sinuun fyysisesti tai psyykkisesti?

UNETTOMUUS VOI PARANTUA!

Siihen on olemassa erillaisia keinoja ja yksi niistä on UNIHYGIENIA tai UNENHUOLTO.

Kuvio 2. Unihygenia unettomuuden hoitokeinona



(Käypä hoito suositus, 2008 , Hyyppä, Kronholm 1998) Tekijän muokkaama kuvio.

UNIHYGIENIA (UNENHUOLTO)

Unihygienia tarkoittaa unen huoltoa, jolloin pyritään poistamaan toimintahäiriöitä

Unettomuuteen vaikuttavat monet tekijät ja niiden summa. Hoitoprosessi myös on monipuolinen ja perustuu riskitekijöiden poistamiseen. Hoito myös riippuu unettomuuden laadusta: toiminnallinen, krooninen tai lyhykestoinen. Hoito tapahtuu seuraavalla polulla: unettomuuden arviointia – syiden selvittämistä – hoitoa – ehkäisyä (Käypähoito, 2008). Unihygienia on eräs tärkeä osa unettomuuden hoidossa.

Unettomuuden hoidossa unihygienian asema on yksi tärkeistä toiminnallisista muodoista.

Unihygienia on hoitomenetelmä, joka riippuu itse ihmisestä, se ei vaadi kalliita investointeja, se on helppo toteuttaa, on lääkkeetön menetelmä, auttaa ihmistä yksinkertaisilla toimilla parantamaan unensa laatua ja sitä kautta omaa koko terveyttään.

Unihygienia on huolenpitoa unesta. Siihen kuuluu ihmisten elämäntottumukset, tavat ja muita ulkoisia tekijöitä, jotka vaikuttavat (joko edistävät tai haittaavat) uneen. Oikea unihygienia on tärkeä hoitomuoto unettomuuteen ja tarkoittaa normaalia unta häiritsevän käyttäytymisen välttämistä ja unta parantavan käyttäytymisen suosimista (Härmä, Sallinen 2004). Siihen kuuluu elämäntavat, ravitsemus, liikunta, henkilökohtainen hygienia, nukkumisympäristö ja nukkumistottumukset. Nämä tekijät kuuluvat unettomuuden lääkkeettömään hoitoon, joka on halpa menetelmä ja eikä sisällä esimerkiksi bentsodiatsepiinijohdannaisten haittavaikutuksia. Toisaalta lääkkeetön hoito vaatii aikaa, se ei tapahdu hetkessä. Uusiin tapoihin ja elämän uusiin tottumuksiin tarvitaan aikaa useita kuukausia, jopa vuosia. Hyvät elämäntavat, liikunta, nukkumisympäristö, oikea ravitsemus, sopiva vuode ja henkilökohtainen hygienia voivat myönteisesti vaikuttaa hyvään unen laatuun, joka on todettu monissa tutkimuksissa (Kivelä, 2007).

III. Unihygienian tekijät ja niiden vaikutus laadukkaaseen uneen.

Nukkumistottumukset

1. Nouse sängystä ja mene sänkyyn säännöllisesti. Nukkuminen ja valvominen tapahtuvat vuorotellen rytmissä.

2. Iltarituaalit ja toimenpiteet tulee nostaa kunniaan.

3. Vältä stressiä ja opi rentoutumaan ennen nukumaanmenoa, siihen on kolme koeteltua menetelmää:

- *rytmimenetelmä, joka tarkoittaa säännöllistä ja järkevää valveen ja unen vaihtelua,*

- *vuoteesta poistuminen: poistu vuoteesta, jos valvot siinä,*

- *purkuhetki: pura arjen ankaruus, ennen kuin se marssii uneen. Käy illalla läpi kaikki mahdolliset kielteiset asiat, joiden arvelet kalvavan mieltäsi (Hyyppä, Kronholm, 1998).*

4. Noudata uni-valverytmiä. Jos uni ei tule tunnissa, nouse ylös ja tee jotain muuta, esimerkiksi lue. Mene sänkyyn uudestaan vasta silloin kun tunnet olosi väsyneeksi.

5. Nauti saunasta tai suihkusta käymisestä illalla, ihon lämmön laskeminen sen jälkeen juuri vaikuttaa nukahtamiseen ja syvän unen lisäämiseen.

Nukkumisympäristö

1. Makuuhuone. Makuuhuoneen tulisi olla hiljainen ja pimeä, koska silloin melatoniinin erityis lisääntyy, joka auttaa nukahtamiseen. Vuode, patja ja peitto, sopiva tyyny, vuodetekstiilit, valot, lämpötila, melun eristys ovat tärkeät elementit hyvän unen saamiseen. Makuuhuoneen tulisi olla hyvin tuuletettu, pölytön ja rauhallinen.

2. Oma sänky. Antaa turvallisuutta psyykkisesti ja fyysisesti sekä antaa levollisen valvetilan. Tällöin aivojen toiminta hidastuu ja alkaa seuraavat unen vaiheet. Sängyn tulisi olla sopivan kokoinen, ei liian kapea, jotta taas ei tulisi pelkoa putoamisesta ja olisi riittävä tila asennon vaihtamiseen.

3. Makuuhuoneen ilma. Makuuhuone tulisi tuulettaa noin viitisen minuuttia ennen nukkumaanmenoa, koska unessa ihminen käyttää enemmän happea ja uloshengityksen yhteydessä erittää enemmän hiilidioksidia. Makuuhuoneen ilman tulisi olla viileätä, koska silloin melatoniinin erityis lisääntyy ja unen saanti ja laatu paranee. Lämpötila voi olla 18-24°C.

4. Makuuhuoneen käyttö. Makuuhuoneessa ei työskennellä eikä katsota TV:tä.

5. Patja ja tyyny. Patjan ja tyynyn sopivuus vaikuttaa olennaisesti unen laatuun. Niiden rooli on tukea vartaloa sen luonnolliseen asentoon, tukea ristiselkää, lantioita ja hartioita. Patja on liian pehmeä jos selän ja patjan väliin ei mahdu kämmen ristiselän kohdalla ja taas on liian kova jos samalle alueelle jää aukko. Patja on sopiva keholle jos kämmen mahtuu juuri ja juuri ristiselän ja patjan väliin.

Yöllä keholta voi haihtua noin puoli litraa vettä. Siitä syystä patjamateriaalin pitäisi olla hengittävä. Olo ja vartalo kertovat patjan sopivuudesta, epäsopiva patja aiheuttaa mm selkäkipua, joka johtaa unen laadun heikkenemiseen.

Oikean tyynyn valinta riippuu nukkumiasennosta ja sen valinnan periaate perustuu tyynyn tarkoitukseen: pitää päätä neutraalissa luonnollisessa ojennuksessa. Se tarkoittaa sitä, että pään pitäisi asettua suoraan hartioiden jatkoksi ilman liiallista taivutusta eteen – tai taaksepäin. Mahallaan nukkujille on sopiva pehmeä ja matala tyyny, tulee vähemmän räsitystä niskalle ja kaulalle. Selällään nukkujille on sopiva puolikova tyyny joka ei paina kovin kasaan päätä. Kyljellään nukkujille on paras ratkaisu kova tyyny, koska sellainen tukee hyvin niskaa ja kaulaa (Kivelä, 2007).

6. Vuodetekstiilit. Peitot, pussilakanat, lakanat ja tyynyliinat kannattaa pitää puhtaina, silloin ne houkuttelevat nukkumaan menoon. Niitä on syytä vaihtaa useammin kuin pyhäpäiviksi. Peitot ja tyyny on suositeltavaa pestä ainakin kerran vuodessa ja vanhaa tyynyä ei kannata surra: uusi tyyny voi parantaa unta. Tekstiilien pesulämpötila on 60°C, silloin on pölypunkkien poisto varmistettu (Partinen, Huovinen, 2007). Pölypunkki on hämähäkkieläin, kooltaan niin pieni, ettei silmällä voi niitä havaita. Pölypunkit lisääntyvät kosteissa ja lämpimissä oloissa, ravintonsa ne saavat ihmisten

eritteistä, joten vuodetekstiilit on tärkeä hoitaa pesemällä ja imuroimalla. Pölypunkit kuolevat +60°C tai -20°C asteessa ja tekstiilit sen jälkeen on hyvä imuroida. Pölypunkit aiheuttavat allergiaoireita, päänsärkyä ja nenän tukkoisuutta. Monet ihmiset kärsivät allergiasta erilaisista syistä. Makuuhuoneessa allergian aiheuttajia ovat hengitysilma ja vuodetekstiilit. Puhdas nukkumaympäristö ja vuodevaatteet ovat tärkeät elementit hyvään unen laatuun varsinkin jos on astma, allergia tai attooppinen ihottuma Tuominen, V. 2010).

7. Yöasut. Kevyet puuvillavaatteet vähentävät kutinaa. Hikoilusta kärsiville ihmisille on myös hyviä hengittäviä luonnonkuitumateriaaleja ja silkit (Iivanainen ym, 2006). Hyvälaatuinen silkki auttaa nukkumaan rauhallisemmin niitä, jotka jostain syystä vaihtavat nukkuessaan usein asentoa. Liian paksu tai pienikokoinen asu ahdistaa, myös uneen on parempi yksivärinen ja rauhallinen yöasu. Iäkkäille ihmisille on tärkeä estää lämmönmenetys yön aikana. Silloin on hyvä pitkähihainen, pitkä tai pitkälahkeinen yöasu (Kivelä, 2007). Yöasustukseen kuuluu myös villasukat. Tutkimuksessa on todettu että lämpimät jalkaterät nopeuttavat unen saantia, joka perustuu siihen että lämpimät jalat laajentavat verisuonia ja nopeuttavat verenkiertoa alavartalossa, silloin kehon muissa osissa lämpötila alenee, vireystila vähenee ja helpommin tulee väsymyksen tunne. Tämä edistää nukahtamista ja parantaa unen laatua. Villa- tai puuvillasukkien pitäisi olla liukumaton ja hiostamaton, jotta yöllä ei vessaretkillä olisi kaatumisriskiä. Viisainta on hankkia pelkästään yötä varten kooltaan ja materiaaliltaan hyvin sopivat sukat. Liian isot sukat voivat aiheuttaa kompastumisriskin ja taas liian pienet heikentävät verenkiertoa jaloissa (Kivelä, 2007).

8. Vuodekumppani. Vuodekumppani luo turvallisuuden tunnetta varsinkin jos kumppani on mieluinen ja hänellä ei ole häiritseviä oireita: kuorsausta, ääntelyä tai puhelua unissa, hampaiden narskutusta, unissakävelyä tai muita erityishäiriöitä.

Jos vuodekumppani kuorsaa tai äänтелеe on vaikea nukkua samassa huoneessa. On huomattu, että NREM-univaiheessa kuorsaamista ei kuulu, mutta kuorsaus häiritsee eniten silloin, kun henkilö on juuri nukahtamaisillaan. Kuorsaamisasunnoista yleisin on selinmakuu, jotkut kuorsaavat taas oikealla tai vasemmalla kyljellään. Tässä tapauksessa voi auttaa kumppanin kanssa vaihtaa sängyssä nukkumispuolia tai ennen nukahtamista kääntyä vastakkaiselle kyljelle (Partinen, Huovinen, 2007). Kiinteä ja muotoutuva tyyny voi vähentää kuorsausta, silloin kaula asettuu takakenoon ja hengitys kulkee paremmin. Selällään kuorsaaville on mahdollista tennispallon ompelu yöpaidan selustaan. Oli sellainen tapaus, kertoo neurologian dosentti ja unitutkija Markku Partanen, että asiakas oli käyttänyt vaimon rintaliivejä kuopat täytettynä yöksi takaperin, mistä vaimo oli huolissaan, että mies muistaisi riisua ne aamulla ennen työhön lähtöä. Jos kuorsaaminen tai kääntely häiritsee unta

kannattaa kokeilla nukkumista eri huoneissa, korvatulpat myös voivat auttaa tai silmälaput valon häiritessä. (Huttunen, 2010). Kuorsaus voi tarkoittaa myös että ihmisellä on uniapnea-sairaus. Silloin voidaan käyttää erilaisia keinoja ja hyvin laajasti on käytössä CPAP maski, ylipainehengityshoito. (Seppä ym, 2007).

9. Makuuhuoneen sijainti. Makuuhuoneen pitäisi sijaita rauhallisella paikkalla, esimerkiksi pihan suunnalla. Makuuhuoneen sisustukseen kannattaa panostaa. Seinät, ikkunat, verhot, valot – kaikkien elementtien makuuhuoneessa pitäisi luoda rauhallista oloa. Rauhallista mieltä eivät lisää kirkkaat värit, joten niitä kannattaa välttää. Makuuhuoneessa ei työskennellä eikä katsota TV:tä. Iäkkäällä ihmisellä pitäisi olla mahdollisuus asua asunnossa missä on makuuhuone erillään. Makuuhuone tuuletetaan illalla ja pidetään pölyttömänä (Kivelä, 2007).

10. Sängyn sijainti. Sängyn sijainti makuuhuoneessa on tärkeä. Esimerkiksi on ihanteellista asettaa sängyn päätypuoli seinää vasten. Ikkunan valon olisi hyvä tulla jalkojen puolelta. Makuuhuoneeseen pitäisi järjestää pimennysmahdollisuus esimerkiksi hankkimalla pimennysverhot. Kirkkaita valoja kannattaa välttää, ne häiritsevät nukahtamista, melatoniini-hormonin erityys häiriintyy (Partinen, Huovinen, 2007).

Liikunta

1. Kevyt liikunta. Säännöllinen kevyt liikunta päivällä on suositeltavaa. Esimerkiksi 30 minuuttia tai 10 000 askelta päivässä. Reipas päivittäinen liikunta nopeuttaa nukahtamista, parantaa unen laatua, pitkittää yöunta, vähentää unen katkonaisuutta. Monentyyppinen liikunta parantaa mieltä. Siihen voi yhdistää reipasta kävelyä, uintia, vesivoimistelua, sauvakävelyä ja tanssia. Unettomuuden hoidossa on hyödyllistä liikkua tunnin tai jopa parin tunnin ajan päivisin mihin päiväsaikaan mutta viimeistään 2-3 tuntia ennen nukkumaanmenoa. Iäkkäälle ihmiselle, jonka liikuntakyky on heikentynyt, olisi sopivia muita liikuntamuotoja, esimerkiksi tuolivoimistelua (Kivelä, 2007).

2. Kestävyysliikunta. Vähentää iäkkäiden unihäiriöitä, on edullista myös lihavuuden kannalta. Obstruktiivinen uniapnea on yksi unettomuuden aiheuttaja. Suomessa on noin 150 000 uniapneaa sairastavaa potilasta, obstruktiivinen uniapnea heikentää monin tavoin elämänlaatua, tuottaa unettomuutta, aiheuttaa liikenneonnettomuuksia, jopa äkkikuolemia. Lihavuus on uniapnean suurin riskitekijä. Tuoreet tutkimukset osoittivat sen että jopa joka viidennellä lievästi ylipainoisella aikuisella on lievä tai oireeton uniapnea (Yong ym. 2004). Laihduttaminen on uniapnean keskeinen

hoitomuoto. Jopa pienikin painon vähennys voi vaikuttaa hengityskatkosten määrään (Seppä, ym. 2007).

3. Fyysinen aktiivisuus. Fyysinen aktiivisuus on yksi vaikuttava tekijä unettomuuteen ja lihavuuteen. Liikunnalla voi ehkäistä painon nousua ja vaikuttaa uneen, mm univajeeseen liittyviin hormonaalisiin ja ainevaihdunnallisiin muutoksiin (Fogelholm ym, 2004). On todettu, että fyysinen passiivisuus on yhteydessä unihäiriöihin (Janson ym, 2001) ja toisaalta kohtalainen liikunta on parantaa häiriintymätöntä unta (Härmä ym, 2006). Tutkimuksessa aerobinen liikunta (4 x 30-40 min viikossa) vähentää unihäiriöitä. Kohtalaisen tehokas liikunta parantaa insuliiniherkyyttä ja glukoosinsitomista, joka voi vaikuttaa unen laatuun, lihomiseen ja metabolisen oireyhtymän kehittymiseltä suojaavaan mekanismiin (Fogelholm ym, 2004).

Ravitsemus

1. Hormonit. Ravitsemuksen vaikutus uneen ja unenlaatuun on epäsuora. Vaikutusmekanismi perustuu erilaisten hormonien erittämiseen ja niiden vaikutukseen aivokuoreen. Esimerkkinä tryptofaani-serotoniini järjestelmä: serotoniini syntyy reaktioiden kautta tryptofaanista. Tryptofaanin vaikutus uneen on vielä epäselvä, mutta sillä on yhteys suoranaisesti melatoniinin kanssa. Melatoniini (pimeä hormoni) syntyy tryptofaanista (Niensredt, Helsinki .1999, 604). Esimerkiksi 20 g juustoa voi olla tryptofaaniin määrällisesti riittävä annos. Melatoniini helpottaa nukahtamista, auttaa aikaerosta johtuvaan unettomuuteen ja helpottaa muita unettomuuden oireita. Unen osalta tärkeät välittäjäainejärjestelmät ovat serotoniini ja GABA. Myös adenosiniin määrä vaikuttaa unen saantiin: vireystilassa adenosiniin määrä kasvaa ja alkaa vähentää hermosolujen toimintaa mikä johtaa uneen. Unen aikana adenosiniin pitoisuus elimistössä vähenee, se taas mahdollistaa vireystilan.

2. Kofeiini. Illalla tulee välttää kofeiinin nauttimista. Kofeiini on keskushermoston piristäjä. Sitä on esim. kahvissa, suklaassa, kaakaossa, virvoitusjuomissa ja leivonnaisissa. Pari kupillista kahvia illalla vähentää syvää unta ja lisää REM-unta. Kofeiinin piristevaikutus perustuu sen vaikutukseen muuttaa adenosinimäärää elimistössä. Suklaassa on kofeiinin ohella myös toista stimulanttia-teobrominia, etenkin tummalla suklaalla on tuntuva piristevaikutus. Vanhoilla ihmisillä kofeiinin vaikutus voi jatkua jopa 10-20 tuntia nauttimisen jälkeen metabolian hidastumisen johdosta. Parin kahvikupillisen nauttiminen muuttaa unen rauhattomaksi, vähentää syvää unta ja lisää REM-unta.

Kahvi lisää unettomuutta ja varsinkin RLS- oireita. Paradoksi on se että joillakin vanhuksilla iltakahvi parantaa unen laatua. Syynä voi olla tottumus tai se, että kofeiini piristää sydämen ja hengityksen toimintaa.

Taulukko1. Kofeiini kaikkialla

	Nautittu määrä	Kofeiinin määrä
*Jauhettu kahvi	2dl	80-135mg
*Pikakahvi	2dl	65-100mg
*Musta tee	2dl	30-70mg
*Vihreä tee	2dl	25-50mg
*Virvoitusjuoma	2dl	30-70mg
*Suklaa	40mg	5mg
*Flunssalääke	1 tabletti	30mg

(Heller, B.2002)

3. Yömaito. Maito joka on lypsetty yön aikana. Kuopion yliopistossa on tutkittu yömaidon juomisen vaikutusta unen laatuun. Unen laatu paranee jos illalla juo yömaitoa. Vaikutusta on vaikea selittää, yksi syy on se että yömaidossa on matalampi melatoniinipitoisuus, voi olla että se tehostaa oman melatoniinin eritystä (Aro, Duodecim, 2007,542).

4. Ilta-ateria. Vältetään raskaita ruokia. Suositaan hiilihydraattipitoisia aterioita ennen klo 21, koska raskas illallinen huonontaa unen laatua. Tryptofaania sisältävää juustoa ja rautapitoisia ruokia suositellaan iltapalaksi.

5. Ruokailu. Rasvan ja hiilihydraattien suhde ruoassa vaikuttaa suoraan vireystilaan ja uneliaisuuteen. Aterian jälkeen (postprendiaalisesti) yleensä tulee väsymys. Tutkimukset ovat ristiriitaisia: vaikuttaako ateria vireystason laskuun vai ei. Mutta on todettu että esimerkiksi narkoleptikoilla ja hypersomnianpotilailla hiilihydraatit lisäävät väsymystä ja uneliaisuutta.

Hiilihydraatteja ja proteiineja (tryptofaania) kannattaisi nauttia vasta klo 18-21 (Aro, Duodecim, 2007, 543). Monityydyttämättömien rasvahappojen saanti on välttämätön asia. Unen saamisen kannalta se on tärkeätä somaattisesti tai psyykkisesti sairastuneille ihmisille. Esimerkiksi omega-3:n on todettu auttavan hyvin aivojen toimintaa.

6. Ylipaino ja uniapnea. Näiden välillä on selvä yhteys. Obstruktiiviselle uniapneaoireyhtymälle tyypillistä on kuorsaus, unenaikaiset katkot (apnea) ja poikkeava päiväväsymys. Sille on monet altistavat tekijät, mutta suoraan siihen vaikuttaa lihavuus: ihmiset joilla on BMI yli 40 on todettu obstruktiivinen uniapneasyndrooma (Aro, Duodecim, 542,543).

Hyvät elintavat

1. Alkoholi ja uni. Yli 3600 vuotta sitten alkoholi oli kehitetty hoidoksi satoihin vaivoihin. Tänä päivänä myös alkoholin uskotaan parantavan unta. Alkoholi vaikuttaa keskushermostoon, -niin sanottuihin mielihyväratoihin, -GABA-, kannabinoidi- ja opiaattijärjestelmän toimintaan. Pieni annos illalla voi tuoda nopeammin unen, lisätä NREM – ja vähentää REM-unta alussa. Alkoholin poistuessa elimistöstä uni muuttuu pinnalliseksi, REM-uni, painajaiset ja unennäkö lisääntyvät, sekä sympaattiset toiminnat aktivoituvat. Alkoholin pitkäaikainen käyttö pahentaa unen laatua, mm nukahtaminen pitenee, unen pituus vähenee, uni tulee pinnalliseksi, hidasaaltouneen ja REM-unen määrä pienenee. Tärkeää on myös se, että alkoholi lamaannuttaa lihaksistoa, se on vaaraallista hengityskatkoksista kärsiville ihmisille. Tutkimukset ovat todenneet, että yhdestä yömyssystä ei ole haittaa unelle ja se voi olla terveyden kannalta hyväksi (Kajaste, Markkula, 2011).

Alkoholin vaikutus on kaksitahoinen: pieni annos parantaa nukahtamista, mutta jo keskiannokset huonontavat unen laatua ja lisäävät REM-unen määrää. Alkoholi on myös melatoniinin erityksen estäjä. Alkoholi vaikuttaa suoranaisesti ylähengitysteiden toimintaan (kuorsaaminen) ja on syynä uniapneaan.

Alkoholi ja lääkkeet ovat toiseksi yleisin unettomuuden syy. Eniten tämä koskee liikemiehiä. Matkusteleminen vaatii hoitaa uni unilääkkeillä ja neuvotteluihin kuuluu alkoholijuomat. Stressi vaatii oman hoitonsa ja se on myös useimmiten alkoholi ja lääkkeet. Pieni annos (1-2 ravintola-

annosta) voi helpottaa nukahtamista, myös punaviiniä on suositeltu unilääkkeeksi. Suurempi annos taas aiheuttaa REM-unen lisääntymistä sekä heräilyä. Alkoholista riippuvaisten unettomuus on yhtä vaikea parantaa kuin itse alkoholismi. Vaikeasti alkoholisoituneiden ihmisten uni on katkonaista ja siihen liittyy toistuva herääminen. Henkilöillä, jotka ovat lopettaneet alkoholin käytön, unettomuus jatkuu jopa kuukausia (Partinen, Hovinen, 2011).

2. Tupakka ja uni. Tutkimukset osoittavat nikotiinin vaikutuksen uneen. On todettu, että nikotiini vaikuttaa keskushermostoon niin, että se lisää hetkeksi välittäjäaineiden toimintaa. Nikotiinin ansioista elimistö vapauttaa mielihyväradastossa enemmän dopamiinia, mikä tuottaa ihmiselle virkistystä ja mielihyvää. Mutta nikotiinin reseptorit muutamassa minuutissa turruttavat nikotiinin vaikutuksen, elimistö vaatii sitä lisää. Siksi tupakoinnin nautinto on lyhytaikainen, reseptorit palautuvat entiseen toimintaan ja samalla jarruttavat mielihyväradastoston toimintaa. Tämä aiheuttaa tupakoitsijalle vieroitusoireita ja noin tunnin kuluttua hän taas tupakoi. Tällainen tahti vaatii yöllä usein heräämistä, mitä pahentaa unen laatua. Tupakoinnin lopettaminen parantaa unta niin, että nukahtaminen nopeutuu ja yöllinen heräily vähenee (Kajaste, Markkula, 2011).

3. Työ ja uni. Suomessa noin 35% aikuisväestöstä itse kokee unen riittävyuden vähäiseksi. Varsinkin työperäiset unihäiriöt ovat lisääntyneet. Siihen kuuluu vuorotyö, riittämätön yöuni, epäsäännöllinen työaika. Myös stressi on yksi riskitekijöistä unettomuuteen. Aikuisten univaje kertyy noin 10-15% vuorokaudessa. Unihäiriöt aiheuttavat toisaalta somaattiset sairaudet: verenpainetauti, ylipaino ja aikuistyyppin diabetes, sepelvaltimotaudin riski ja toisaalta heikentävät työsuorituskykyä, aivojen toimintaa sekä ovat suoranaisesti uhkana liikenne- ja työtapaturmiin. Epäsäännöllinen työaika aiheuttaa unettomuuta syystä, että elimistö ei ehdi muuttamaan vuorokausirytmiansä työvuoroihin. Univajeesta kärsivät työssäkäyvät kolme kertaa enemmän kuin muut. Naiset, nuoret, alemman koulutuksen saaneet, huonon yleiskunnon omaavat kokivat useammin univajetta. Työn pituudella on suoranaisesti vaikutusta unen pituuteen: yli 50 tuntia viikossa tietotekniikan parissa työskentelevät kokivat kaksi kertaa enemmän univajetta kuin 40 tuntia tekevät henkilöt. Korkeasti koulutetut ja tietotekniikkaa harrastavat henkilöt kokevat univajetta yleisemmin stressin vuoksi (Härmä, Sallinen, 2004).

Työstä johtuvia unettomuuden syitä voidaan vähentää tiedostamalla unen mekanismit, ihmisen biologiset rajat ja parantamalla työaikojen hallintaa. Riittämättömän unen ongelmaa voitaisiin korjata unen arvostusta lisäämällä, opettamalla ajankäytön- ja stressinhallintaa ja pitämällä oikeita nukkumistapoja. Vuorotyön ja epäsäännöllisten työaikojen uniongelmaa hoidetaan vähentämällä haittavaikutuksia. Sitä tavoittelee uusi työterveydenhuoltolaki, joka pyrkii suojaamaan yötyötä,

vuorotyötä ja muita poikkeavia työaikoja tekeviä. Ihmisen elimistön toiminta on vuorokausirytmisen. Epäsäännöllinen työaika haittaa elimistön sopeutumista sellaiseen työjärjestelyyn. Sen haittoja voidaan vähentää hyvällä työn suunnittelulla ja työergonomian avulla. Työntekijän työvuoron suunnitteluun osallistuminen on osoittautunut hyvää vointia ja terveyttä edistäväksi tekijäksi (Härmä, Kandolin, 2001).

Unettomuuteen vaikuttavat työn stressitekijät voisi korjata monin keinoin. Yksi niistä on suhteuttaa oikein työmäärä ja työntekijän voimavarat. Käytännössä täytyy määrittää uudelleen tavoitteita ja myös priorisoida ne. Työajan organisaatiolla on merkitystä, sama työmäärä kuormittaa vähemmän jos työaikana on keskeytyksiä tai se sisältää vähemmän häiritseviä tehtäviä (esim. monien uusien asioiden opettelu samana päivänä). Toinen mahdollisuus on omien stressinhallintakeinojen kehittäminen. Työntekijän on annettava mahdollisuus omalla toiminnallaan vähentää epäsuhtaa työn vaatimusten ja omien voimavarojen välillä ja sitä kautta vähentää työstressiin liittyvää unettomuutta (Härmä, Sallinen, 2004).

Henkilökohtainen hygienia

1. Ihon puhtaus. Valmistautumisessa uneen täytyy muistaa oma henkilökohtainen hygienia. Pesemällä ihoa ennen nukkumaanmenoa poistetaan pölyt, omat bakteerit ja mikrobit, koska ne voivat aiheuttaa kutinaa ja häiritä ihon hengitystä. Saunassa tai suihkussa käyminen vaikuttaa myönteisesti nukkumiseen (Kivelä, 2007).

2. Hampaiden hoito. Suussa on oma mikrobien ja bakteerien flora, joka aiheuttaa pahan hajuista hengitystä, kariesta (sen kautta kipua), ruoasta jääneet murut voivat aiheuttaa yskää ja heräilyä yöllä. Hampaiden pesu illalla auttaa pitämään suuta terveenä, vähentää kariuksen riskiä, poistaa huonoa hajua suusta. On suositeltu käytettäväksi hammaslankaa ja hammastahnaa, määrä vain herneen kokoinen (Partinen, Huovinen, 2007, Livanainen, Jauhiainen, Pikkarainen, 2006).

3. Somaattiset sairaudet. Ennen nukkumaanmenoa kannattaa hoitaa somaattisten sairauksien mahdollista haittaa uneen. Kiputilojen hoito voi vähentää unilääkkeiden tarvetta, astman hoito antaa nukkua rauhallisesti yön, lääkityksen muutos voi parantaa unen laatua. Uniapneasta kärsiviä potilaita tulisi ohjata kääntymään lääkärin puoleen, teettää perusteellinen tutkimus ja hoitosuunnitelma. Jos on todettu uniapnea-oireyhtymä ei saa ottaa alkoholia ennen nukkumaanmenoa eikä ole syytä ottaa unilääkkeitä. Kaikki unilääkkeet lamaannuttavat hengitystä,

huonontavat hapeensaantia ja unta. Sepelvaltimotaudista tai sokeritaudista aiheutuvaa unettomuutta ei ratkaise unilääkkeet (Hyppä, Partinen, 1985).

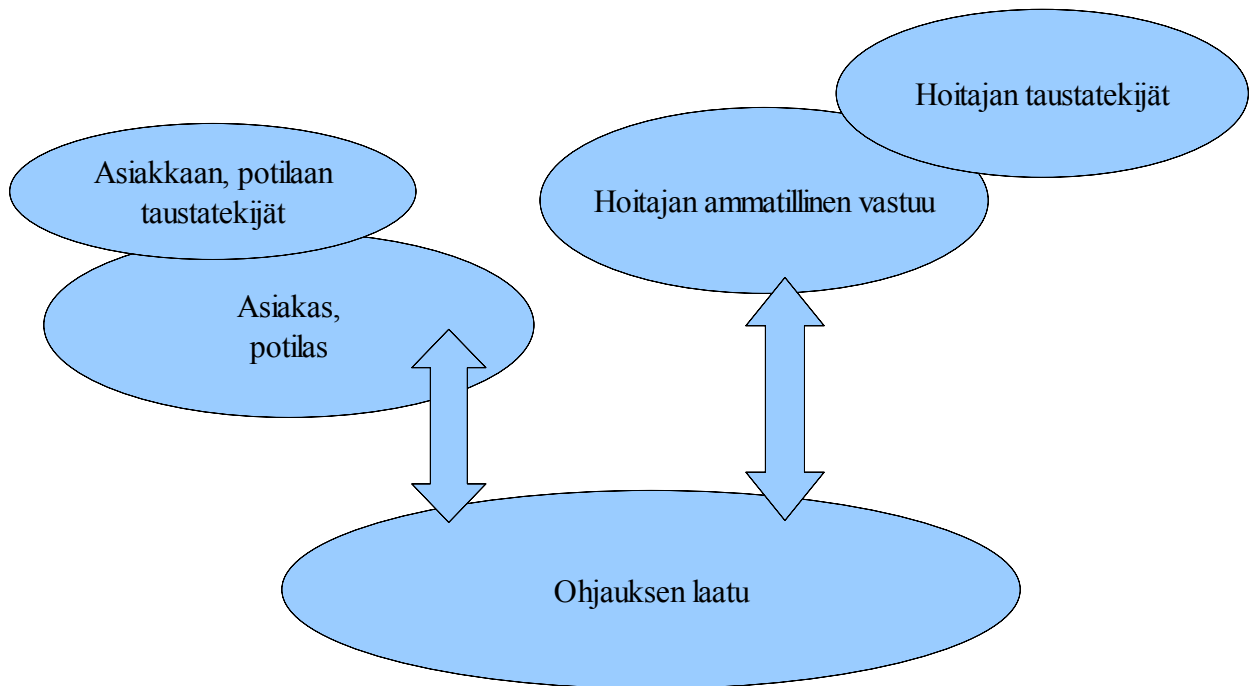
Sairauksien hoito voi olla lääketöntä. Esimerkiksi liikuntaelinsairauksia on mahdollista hoitaa liikkumalla, hieromalla tai hoitamalla lämmöllä. Lämpötyyny tai lämpöpatja iltaisin niskan, selän tai polven hoitoon voi vähentää yöllistä kipua. Yön tiheää virtsaamitarvetta voi helpottaa juomistottumuksen avulla: aamulla ja päivällä juodaan enemmän kuin illalla. Myös alkoholipitoiset juomat ovat haitaksi. Virtsankarkailuun öisin auttaa virtsarakon tyhjentäminen ja jopa ponnistus sen yhteydessä ennen nukkumaanmenoa. Tehokasta tässä tapauksessa on lantion lihaksiston vahvistaminen supistusharjoituksilla. Iäkkäällä ihmisellä fyysisten sairauksien oireet ovat usein syynä unettomuuteen. Niiden tutkiminen ja parantaminen täytyy ottaa huomioon ensisijaisesti unettomuuden hoidossa. Myös lääkelinen unettomuuden hoito perustuu fyysisten sairauksien hoitoon. Esimerkkeinä on tuki- ja liikuntaelimestön kiputilojen lääkehoito. Turvallisimpana kipulääkkeenä pidetään Parasetamolia 500 mg x 3 pitkäaikaisessa käytössä (Kivelä, 2007).

IV. Hoitajan ammatillisuus asiakkaiden unihygienian toteuttamisessa.

1. Aloitus. Jotta voisi auttaa asiakkaita/ potilaita unettomuuden hoidossa unihygienien ohjauksella tarvitsee itse perehtyä siihen. Omaksu tämän ohjeen materiaali tai/ja ota selvää eri lähteistä lisää materiaalia tästä aiheesta. Hoitajana muista eettisyys, filosofia ja ammatillisuus. Ammatillinen vastuu laadukkaasta ohjauksesta perustuu myös hoitajan ohjausvalmiuksiin. Laadukkaat ohjaukset ovat aina kaksisuuntaisia: potilas ↔ hoitaja. Molemmilla puolilla taustalla ovat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ominaisuudet. Niiden vuorovaikutuksen kaksisuuntaisuus on keino, jolla rakennetaan ohjaussuhdetta. Sitä paitsi potilaan ja hoitajan aktiivisuus, riittävät ajanmukaiset resurssit ja laadukkaan ohjauksen materiaalien saatavuus edellyttävät onnistuneita ohjauksia (Kääriäinen, 2008).

Ohjauksessa potilas on objekti, joka kantaa vastuuta toiminnasta. Ohjaus on moraalinen velvollisuus, vuorovaikutteinen hoitoprosessi tai auttamismenetelmä. Ohjauksessa pitäisi kunnioittaa yksilöllisyyttä, itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä (laki 1992/785, §6). Kuitenkin potilailla on itsellä oikeus päättää hoidostaan, haluaako hän ohjausta ja miten hän toimii saamansa ohjauksen perusteella. Potilaille pitää antaa mahdollisuus tehdä omia itsenäisiä päätöksiä ja toimia haluamallaan tavalla hallitessaan riittävästi taustatietoa (Bernhard ym. 2000, Perneger ym. 2002).

Kuvio 3. HOITAJAN AMMATILLINEN VASTUU OHJAUKSESSA



(Kääriäinen, 2007)

Kuvio tekijän muokkaama.

2. Selvitys, päätös. Seuraavaksi keskustelun, uni-kirjan ja kliinisten tutkimusten perusteella tehdään asiakkaan/potilaan kanssa yhdessä päätös: onko kyseessä unettomuus? Mitkä syyt aiheuttavat sen? Onko asiakas/potilas valmis parantamaan oman unensa laatua unihygienian keinoilla?

3. Unihygienian toteuttaminen ja ohjaaminen. Unihygienian toteuttaminen vaatii ihmiseltä tiettyjä elintapojen muutoksia. Tämä on keskeinen asia unettomuuden hoidossa ja terveyden edistämisessä. Monilla suomalaisilla on yksilöllisiä elämänmuutoksen tarpeita. Ne liittyvät ravitsemukseen, liikuntaan, alkoholin käyttöön, tupakointiin ja epäsäännölliseen elämänrytmiin. Elintapamuutosten toteuttaminen ja ylläpitäminen on haastava tehtävä, esimerkiksi, jos kyseessä on ylipainoisuus, verenpainetauti, diabetes tai unettomuus. Unihygienian – ohje perustuu pitkäkestoisiin elämänmuutoksiin, ainakin joltain osin. Tämä edellyttää hoitajalta monipuolista

keskustelua asiakkaan/potilaan elämäntavoista, hänen tavoitteeseensa parantaa oman unensa laatua sitä kautta ja edistää terveyttään. Keskustelu asiakkaan/potilaan kanssa antaa mahdollisuuden tehdä realistisia tavoitteita muutosten toteuttamiseksi. Uuden käyttäytymisen omaksuminen vaatii aina tietoa, oppimista, motivaatiota ja toimintaa (Laine ym, 2007).

Unihygienia – ohje sisältää monipuolista tietoa ja sen kokonaaisuudessa toteuttaminen tuntuu ehkä hoitajan ja asiakkaan/potilaan mielestä turhautavalta ensivaiheessa. Muutokset, transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan, onnistuvat parhaiten, kun niitä toteutetaan yksi kerrallaan ja osaluettain (Laine ym, 2007).

Aloitusvaiheessa täytyy keskittyä konkreettisiin kysymyksiin. Esimerkiksi:

- Onko minulla unettomuutta?
- Mitkä syy(t) sitä voi(vat) aiheuttaa?
- Olenko valmis elämänmuutoksiin niin, että voisin parantaa oman uneni laatua unihygienialla?
- Millaiset ovat ravitsemus-, rasva-, liikunta- ja juomatottumukseni?
- Onko minulla oikeat nukkumaanmenotavat?
- Onko oikea nukkumisympäristö?
- Milloin olen valmis aloittamaan muutokset?

Arkielämässä konkreettisillä kysymyksillä autetaan asiakkaita/potilaita pohtimaan omaa käyttäytymistään ja harkitsemaan muutoksen tarvetta. Hoitaja itse ei määritä asiakkaan/potilaan ongelmia, vaan on tukija ja osallistuja muutoksen prosessissa. Ohjauksen tavoite on auttaa asiakasta/potilasta ratkaisemaan nykyisen elintavan ja muutoksen välinen ristiriita ja sitä kautta etenemään prosessissa (Laine ym, 2007).

LÄHTEET

Aro, A., Muutanen, M., Uusitupa, M., toim. Ravitsemustiede. Duodecim. Jyväskylä. 2007.

Bernhardt, BA, Geller, G., Doksum, T., Metz. SA. 2000. Evaluation of nurses and genetic counselors as providers of education about breast cancer susceptibility testing. *Oncology Nursing Forum* 27(1), 33-39.

Fogelhom, M., Härmä, M. Lihavuuden ja unihäiriöiden oravanpyörä. *Duodecim* 2004;120:2153-5.

Janson, C., Lindberg, E., Gislason, T., Elmasry, A., Boman, G. Insomnia in men- a 10-year prospective population based study. *Sleep* 2001; 24:425-30.

Heller, B. Hyvä uni. Karisto Oy . Hämeenlinna, 2002.

Huttunen, M. Unettomuus. *Duodecim*. 3.9.2010

Hyypä, M., Partinen, M. Uni-varjoko vain? Otava. Keuru, 1985.

Hyypä, M., Kronholm, E. Uni ja vire. Kansaneläkelaitos. Turku, 1998.

Härmä, M.&Kandolin, I: Shiftwork, age and wellbeing: recent developments and future perspectives. *The Journal of Human Ergology*. 30(2001), 287-293

Härmä, M. & Sallinen, M. Hyvä uni - hyvä työ. Helsinki : Työterveyslaitos. 2004.

Härmä, M. & Sallinen, M. Uni, terveys ja toimintakyky. *Duodecim* 2006; 122:1705-6.

Iivanainen, A., Jauhianen, M., Pikkarainen, P. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Hygienia. Helsinki . Tammi. 2006.

Kajaste, S., Markkula, J. Hyvää yötä. Apua univaikeuksiin. Kirjapaja Helsinki. 2011.

Kivelä, S.-L. Voimavaroja unesta. Hyvä uni iäkkäänä. Kirjapaja, Helsinki. 2007

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY.

Kaypahoito suositukset. 2008; 124(15):1782-94

Kääriäinen, M. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö. VOL: 6 4/2008.

[www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785\[22.9.2008\]](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785[22.9.2008]).Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. 2007.

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Sivén, T., Välimäki, T. Opi ja ohjaa. WSOY. Helsinki. 2007.

Laki 1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Nienstedt, W., Hänninen, O., Artsila, A., Björqvist, S.-E. Ihmisten fysiologia ja anatomia. WSOY. Helsinki. 1999.

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

Partinen, M., Huovinen, M. Unikoulu aikuisille. Opi selättämään unettomuus. WSOY Helsinki. 2011.

Seppä, J., Tuomilehto, H., Kokkarinen, J. Aikuisten obstruktiivisen uniapnean hoito. Duodecim 2007;123:88-94

Tuominen, V. Vedä hirsyä. Opas suomalaiseseen uneen. Unikulma. 2010.