

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitaja

2021

Istarlin Abdulkadir & Nasra Ahmed

UNETTOMUUDEN LÄÄKKEETÖN HOITO

– Unettomuuden hoitopolun sisällön kehittäminen



Opinnäytetyö (AMK) | Tiivistelmä

Turun ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja

2021| 34 sivua, 2 liitesivua

Istarlin Abdulkadir & Nasra Ahmed

Unettomuuden lääkkeetön hoito

- Unettomuuden hoitopolun sisällön kehittäminen

Yleisin unihäiriö on unettomuus. Suomessa lähes 12 prosenttia aikuisista kärsivät jatkuvasta unettomuudesta. Unettomuudesta puhutaan, kun henkilöllä on vaikeutta nukahtaa, vaikeutta pysyä unessa, liian aikainen herääminen aamulla tai yönunen laatu on huonoa tilanteessa, jossa henkilöllä on mahdollisuus nukkua. Unettomuuden pitkittyessä saattaa aiheutua somaattisia tai psyykkisiä häiriöitä sekä toimintakyvyn heikkenemistä.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on koota tutkimustietoa unettomuuden lääkkeettömistä hoidoista sekä tuottaa kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen perustuen unettomuuden hoitopolkuun aiheesta sisältöä. Opinnäytetyön tavoitteena on jakaa unettomuuden lääkkeettömään hoitoon liittyvää tietoa unettomuudesta kärsiville potilaille sekä ammattihenkilöille.

Opinnäytetyön tuloksina todettiin, että kognitiivisbehavioraalinen terapia on unettomuuden lääkkeettömän hoidon tehokkain menetelmä. Tutkimusten mukaan uniärsykkeiden hallintamenetelmä, rentoutus, vuoteessa oloajan rajoittamismenetelmä ja kognitiivinen käyttäytymisterapia yhdessä täydentävät tehokkaaksi todettujen hoitojen kriteerit. Opinnäytetyötä voidaan jatkossa hyödyntää potilaille suunnatun unettomuuden hoitopolun sisällön tuottamisessa.

Asiasanat:

Unettomuus, CBT-I, kognitiivisbehavioraalinen terapia, unettomuuden lääkkeetön hoito

Bachelor's Thesis | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Nursing

2021 | 38 pages, 3 appendices

Istarlin Abdulkadir & Nasra Ahmed

NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT FOR INSOMNIA

- Insomnia content path development

The most common sleep disorder is insomnia. In Finland almost 12 percent of adults suffer from persistent insomnia. Insomnia is when a person has difficulty falling asleep, sleeping, waking up too early in the morning or having poor sleep quality in a situation where the person should be able to sleep. Chronic insomnia may cause somatic or psychiatric disorders and weakened functional capacity.

The purpose of this thesis is to gather research data on non-pharmacological treatments for insomnia and to produce content for the insomnia treatment based on descriptive literature review. The goal of the thesis is to share information related to non-pharmacological treatment of insomnia to patients suffering from insomnia and to healthcare professionals.

The result of this thesis showed that cognitive-behavioral therapy is the most effective method of non-pharmacological treatment of insomnia. According to research's sleep stimulus, relaxation, bed restriction and cognitive-behavioral therapy together completes the criteria for treatment that have been shown to be effective. In the future, this thesis can be used to produce the content of an insomnia treatment path for patients.

Keywords:

Insomnia, CBT-I, cognitive behavioral therapy, non-pharmacological treatment for insomnia

Sisältö

1 JOHDANTO	6
2 UNETTOMUUS	7
2.1 Unettomuuden riskitekijät	8
2.2 Unettomuuden vaikutukset	8
2.3 Unettomuuden diagnosointi Suomessa	9
3 UNETTOMUUDEN LÄÄKKEETÖN HOITO	11
3.1 Itsehoito	11
3.2 Kognitiivis-behavioraalinen terapia	13
3.3 Psykoedukaatio	14
3.4 Aikuisten Unikoulu-malli	15
4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET	17
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	18
6 TULOKSET	20
6.1 Vuoteessa olon rajoittaminen	20
6.2 Uniärsykkeiden hallinta	20
6.3 Rentoutus menetelmä	21
6.4 Kognitiivinen terapia	22
6.5 Unen huolto menetelmä	23
6.6 Muita unta edistäviä menetelmiä	24
6.7 Vaikuttavuus	25
7 TUOTOS	27
8 EETTISYYDEN JA LUOTETTAVUUDEN TARKASTELU	31
9 POHDINTA	33
LÄHTEET	35

Liitteet

Liite 1 Tiedonhankintataulukko

1 JOHDANTO

Unettomuudella tarkoitetaan sitä, kun henkilöllä on vaikeutta nukahtaa, vaikeutta pysyä unessa, liian aikainen herääminen aamulla tai yönunen laatu on huonoa tilanteessa, missä nukkumisolosuhteet ovat hyvät. (Unettomuus: Käypähoito – suositus, 2020). Unettomuus voi tulla esiin joko yksin tai muiden sairauksien kanssa, kuten psykologisten sairauksien ja päihteiden käytön yhteydessä. Unettomuuteen liittyy monia haittoja, jotka voivat näkyä esimerkiksi huonontuneena fyysisenä kuntona, huonona mielenterveytenä, johon voi liittyä ahdistuneisuutta ja masennusoireilua. (Scott 2011.)

Unettomuuden ensisijaisena hoitona pidetään lääkkeettömiä hoitokeinoja (Terveyskirjasto 2016). Pitkäkestoisen unettomuuden ensisijaisia hoitomuotoja ovat kognitiiviset menetelmät, sillä se vaikuttaa unettomuushäiriön ylläpitäviin tekijöihin sekä hoidon päädyttyä sen teho säilyy pidempään (Terveysportti 2020). Unettomuuden hoitomuodoista tutkituimmat hoitomenetelmät ovat CBT-I hoito (Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia) eli kognitiivisbehavioraalinen terapia unettomuuden hoitoon. Kognitiivis-behavioraalinen terapia voidaan toteuttaa joko yksilö terapiana tai ryhmäterapiana. (Terveyskirjasto 2016.) Unettomuutta ylläpitävät useita tekijöitä, kuten esimerkiksi huoli unen puutteesta ja unettomuuden seurauksista, ylivireys, uupumus, mielialan lasku ja haitalliset nukkumistottumukset sekä elämäntavat (Järnefelt 2017, 777). Kognitiivis-behavioraalisen hoitomenetelmän tavoitteena on puuttua tehokkaasti unettomuuden taustalla oleviin tekijöihin ja täten parantaa unen laatua (Unettomuus: Käypähoito – suositus, 2020).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on koota tutkimustietoa unettomuuden lääkkeettömistä hoitomenetelmistä ja tuottaa kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen perustuen unettomuuden hoitopolkuun aiheesta sisältöä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa ja jakaa unettomuuden lääkkeettömään hoitoon liittyvää tietoa unettomuudesta kärsiville potilaille.

2 UNETTOMUUS

Yleisin unihäiriö on unettomuus. Aikuisista lähes 12 prosenttia kärsii jatkuvasta unettomuudesta Suomessa. Väestötutkimuksen mukaan hetkittäisestä unettomuusoireista kärsii noin kolmannes aikuisista ja 10–15 prosentilla on havaittu unettomuudesta johtuvaa toimintakyvyn häiriötä. Ajoittaisesta unettomuudesta kärsii 30–35 prosenttia aikuisista ja 15–20 prosentilla aikuisista esiintyy lyhytkestoista unettomuutta. (Unettomuus: Käypähoito – suositus, 2020: Terveyskirjasto 2016.)

Unettomuuden etenkin pitkäkestoisen unettomuuden on havaittu lisääntyvän iän myöten, varsinkin 65-vuotiaiden ja sitä vanhempien ikäluokkien keskuudessa. Ikääntyneiden kohdalla unettomuus ei ilmaannu yksin, vaan unettomuuteen liittyy liitännäissairauksia. Nuorten keskuudessa taas unettomuudesta kärsii 9–13 prosenttia. Kaikissa ikäryhmissä unettomuus on yleisempää naisilla kuin miehillä. (Unettomuus: Käypähoito – suositus, 2020.)

Unettomuus voi syntyä kahdessa eri muodossa, joka saattaa ilmentyä oireiluna tai itsenäisenä sairautena eli unettomuushäiriönä. Unettomuushäiriötä kutsutaan myös primaariseksi unettomuudeksi. Siihen kuuluu unen väärinarviointi, idiopaattinen ja toiminallinen unettomuus. Unen väärinarvioinnista puhutaan, kun henkilö ei hahmota eron unesta ja valvetilasta. Kun uni- valvejärjestelmän hermostollinen säätely häiriintyy, on kyse idiopaattisesta unettomuudesta. Toiminnallisen unettomuuden aiheuttajana on kognitiivisten tekijöiden aiheuttama ylivireystilan kasvaminen. Kyseessä on se, että unettomuudesta kärsivä henkilö alkaa kiinnittämään huomionsa nukkumiseen ja unettomuuteen. (Regina 2018, 84.)

Sekundaarisella unettomuudella tarkoitetaan unettomuutta, joka esiintyy muiden sairauksien rinnalla. On melko yleistä, että sekundaarinen unettomuus on liitännäinen muiden sairauksien kanssa. On melko tavallista, että mielenterveyshäiriötä esiintyy unettomuuden yhteydessä. Näistä tavallisimpia ovat masennus ja ahdistuneisuushäiriö. Lisäksi unettomuutta esiintyy somaattisesta sairaudesta kärsivillä. (Regina 2018, 84.)

2.1 Unettomuuden riskitekijät

Unettomuuden syyt eivät ole yksiselitteisiä, vaan unettomuus on yleensä monen tekijän yhteissumma. Usein unettomuus johtuu suuresta elämänmuutoksesta, johon on normaalia reagoida unettomuudella (Terveyskirjasto 2016). Unettomuuden taustalla saattaa olla geneettinen tai hankinnainen psykologinen tai fysiologinen piirre (Partonen ym. 2020).

Unettomuuden syynä voi olla joko elimellinen tai ei-elimellinen sairaus. Sairauksia, joista voi aiheutua unettomuutta ovat sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet, keuhkosairaudet, endokrinologiset sairaudet, psykiatriset häiriöt, pahanlaatuiset kasvaimet, muistisairaudet, uniapnea, parkinsonintauti, kiputilat sekä maha-suolikanavan sairaudet. (Unettomuus: Käypähoito – suositus, 2020.) Stressin helpottuessa on tavallista, että unettomuuskin menee itsestään ohi. Tästä syystä ennen ajateltiin unettomuuden olevan epätarkka oire, joka lievittyi vasta, kun sen taustalla oleva sairaus saadaan kuriin. (Järnefelt, 2015.)

Unettomuutta ei pelkästään selitä suuret elämänmuutokset ja stressitekijät, vaan siihen kuuluu myös epätavallinen unirytm, kohtuuton alkoholin ja kofeiininpitoisten juomien nauttiminen sekä vähäinen liikunta. Unettomuuden taustalla saattaa olla myös psykiatrinen sairaus, kuten mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt. Psykiatristen sairauksien lisäksi unettomuutta esiintyy myös tuki- ja liikuntaelintensairauksissa, sydämen vajaatoiminnassa, keuhkohtaumataudissa tai Parkinsonin taudissa. (Unettomuus: Käypähoito-suositus, 2020.)

2.2 Unettomuuden vaikutukset

Unettomuudella on merkitystä henkilön arkielämässä. Unettomuudesta kärsivät potilaat usein ilmaisevat itseään stressaantuneeksi. Reginan (2018) mukaan tutkimukseen osallistuneet ilmaisivat tuntemuksia; kuten uupumusta, alakuloisuutta, mielialan vaihtelua, jännittyneisyyttä, heikkoutta, väsymystä sekä ahdistuneisuutta. Nämä tuntemukset voidaan liittää unettomuuteen. Unettomuus

vaikuttaa motorisiin toimintoihin ja se saattaa häiritä kognitiivista aktiivisuutta sekä heikentää muistia. Unettomuuden on todettu vaikuttavan tapahtumamuistiin, työmuistiin sekä tarkkaavaisuuden ja ongelmanratkaisukyvyn alenemiseen. Unettomuushäiriö ja univaje todennäköisesti heikentävät myös työsuoritusta sekä vaikuttaa negatiivisesti henkilön sosiaaliseen lähipiiriin. (Regina 2018, 84.)

Unettomuuden pitkittyessä lisääntyy riski altistua tapaturmiin, sairastavuuteen sekä työkyvyttömyyteen. Pitkäkestoinen unettomuus moninkertaistaa useita haittavaikutuksia, kuten riski kohonneeseen verenpaineeseen kolminkertaistuu, itsemurhariski sekä alkoholiriippuvuusriski kaksinkertaistuvat, ruumiillinen sairastavuus viisinkertaistuu ja uniapneasta kärsivät unettomuus potilailla kasvaa riski sairastua sydän- ja verisuonitautiin. Pitkään kestänyt unettomuushäiriö altistaa varhaiselle keskushermoston heikkenemiselle ja muistisairauksille. (Partonen ym. 2020, 7474–7475.)

2.3 Unettomuuden diagnosointi Suomessa

Unettomuushäiriön selvittelyssä lähetään liikkeelle vähintään viikon kestoisesta uni- valvepäiväkirjasta, hyvästä anamneesi haastattelusta sekä mahdollisista verikokeista (Partinen ym. 2020, 2361). Unettomuushäiriön oireisiin täytyy liittyä päiväaikaista oireita, unettomuus aiheuttaa henkilölle huolia tai vaikuttaa päivittäisiin toimintoihin, jotta se voidaan harkita diagnoositasoiseen häiriöön (Järnefelt 2015). Tutkimuksessa keskeisiä ratkaistavia tekijöitä ovat unettomuuden alkamisen ajankohta ja sen aiheuttaja, univalverytmi sekä unettomuutta aiheuttavat oireet. Lisäksi on merkitystä nukkumaanmeno- ja ylösnousemisajalla, nukkumistottumuksilla ennen unettomuuden alkamista sekä unen laatua alentavilla ja hyvää unta edistävillä tottumuksilla. Käytössä olevat unilääkkeet, elintapa tottumukset sekä muut taustalla olevat sairaudet tulee myös kartoittaa. (Järnefelt 2015.)

Unettomuuden diagnosointi pääsääntöisesti pohjautuu potilaan itse kokemiin uni- ja valveajan tuntemuksiin. Vastauksia saa parhaiten potilasta haastattelemalla,

tarkastelemalla hänen ylläpitämää unipäiväkirjaa sekä hoitohenkilökunnan toteuttamista unikyselyistä ja muista objektiivisista mittareista. Yleisimmät objektiiviset mittarit ovat unipolygrafia ja aktigrafia. (Järnefelt 2015.) Unipolygrafian avulla voidaan poissulkea muut unihäiriöt kuten liike- ja hengityshäiriö ja parasomniat. Aktigrafialla puolestaan tutkitaan liikeaktiivisuutta, jota voidaan hyödyntää unipäiväkirjan tiedoissa. Aktigrafia toteutetaan monen päivien ajan pidettävällä rannekellon näköisellä laitteella, joka tallentaa yön aikaista aktiivisuutta laitteen muistiin. (Himanen & Alakuijala 2013.)

Suomessa on käytössä ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. versio), joka jakaa unettomuuden ei-elimelliseen ja elimelliseen primaari unettomuuteen. ICD-10 tautiluokituksessa, jotta ei-elimellinen unettomuus voidaan diagnosoida, tulee se esiintyä vähintään kolmesti viikossa ja kuukauden ajan. Diagnosoimisessa on kriteereitä, joita pitää täyttää. Henkilöllä on oltava nukahtamisvaikeuksia, unessa pysyminen on hankalaa tai nukkuminen ei piristä. Uniongelman on esiinnyttävä vähintään kolmesti viikossa ja kuukauden ajan sekä henkilöllä on esiinnyttävä huolia uniongelmistä. (Järnefelt 2015, 17–19.)

Potilaan unettomuuden diagnosoimisessa käytetään apuna unipäiväkirjaa. Unipäiväkirjan avulla voidaan saada tarvittavaa tietoa tutkittavan potilaan uni – ja valverytmistä sekä nukutun unen määrästä. Unipäiväkirjaan merkitään nukkumaanmeno aika, heräämisaika, päiväunet sekä väsymysoireet päivän aikana. (Himanen & Alakuijala 2013.) Unipäiväkirja auttaa sekä potilasta että ammattilaisia hahmottamaan mitkä tekijät ylläpitävät unettomuutta ja mitkä tekijät puolestaan lievittävät unettomuutta. Sen avulla voidaan saada myös tietoa potilaan heräämis- ja nukkumaanmenoajoista. (Partonen 2015.)

3 UNETTUUMUUDEN LÄÄKKEETÖN HOITO

Nykyisin suositellaan hoitamaan unettomuutta ensisijaisesti lääkkeettömin keinoin. Yleisin unettomuuden lääkkeetön hoitomenetelmä on kognitiivis-behavioraalinen terapia (CBT-I hoito) (Sandlund ym. 2018). CBT-I hoidon tavoitteena on oppia luopumaan haitallisesta käyttäytymisestä ja ajatuksista, jotka vaikuttavat negatiivisesti unen laatuun. CBT-I hoidossa pyritään tutkimaan unettomuuden taustalla olevia syitä, joita voivat olla esimerkiksi vääristyneet ajatukset tai uskomukset unettomuudesta, unettomuuteen liittyvät tuntemukset kuten ahdistus ja jännittyneisyys sekä liiallinen vuoteessa makaaminen. (Kurtz 2016, 15.)

Kognitiivisella terapialla (Cognitive Therapy) tarkoitetaan potilaiden informointia unesta sekä opettamista unettomuuteen liittyvien negatiivisten ajatusten korvaamista positiivisemmilla ajatuksilla. Unettomuudesta puhuessa kognitiiviseen terapiaan liittyy vahvasti myös erilaiset käyttäytymisterapiat. Unettomuuden hoidossa käytettyjä käyttäytymisterapian menetelmiä ovat unen huoltamiseen liittyvien asioiden tarkastelu, vuoteessa olon rajoittaminen ja rentoutumisterapia. (Kurtz 2016, 15–16.)

CBT-I hoidosta on todettu olevan enemmän hyötyä yli kuusi tuntia nukkuvilla kuin alle kuusi tuntia nukkuvilla potilailla. Tietoisuustaidon menetelmän (mindfulness) tehokkuudesta on unettomuudessa vain vähän tietoa. Tietoisuustaidosta on hyötyä yhdessä CBT-I hoidon kanssa etenkin kipupotilaiden, uniapneasta kärsivien ja psykiatrisen häiriön potilailla. (Partinen ym. 2020, 2363–2364.)

3.1 Itsehoito

Unettomuuden itsehoito on merkittävä asia hoidon kannalta. Sairaanhoitaja voi toimia potilaan motivoijana ja tukena potilaan unettomuuden taustatekijöiden selvittelyssä sekä auttaa potilasta terveystottumuksien muutoksessa. Sairaanhoitajan tulisi osata antaa potilaalle tarpeeksi tietoa itsehoidon toteuttamisesta. (Partinen 2020, 2368.)

Unettomuuden hoidossa potilaan on tärkeä huolehtia omasta terveydestään. Hyvää tekevät elintavat helpottavat nukkumaan paremmin. Unettomuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat ajanhallinta, liikunta ja ravitseminen. (Terveyskirjasto 2021.)

Tutkimuksissa on havaittu, että tupakoitsijoiden keskuudessa on enemmän vaikeuksia nukahtamisessa sekä nukahtamistilassa pysyminen, kuin tupakkaa käyttämättömillä ihmisillä. Tupakointi aiheuttaa nautintoa ja mielihyvää, joka tuottaa lisää virkistymistä tupakoitsijalle. Tupakoinnin lopettaminen ei tee heti muutosta nukahtamiseen tai unen ylläpitämiseen, vaan sen vaikutus näkyy pidemmällä tähtäimellä. Kun tupakan lopettamisesta on kulunut riittävästi aikaa, potilaalla on lyhyempi nukahtamisviive ja yönaikainen heräily vähenee. Tupakoinnista ylitsepääseminen saattaa alussa olla vaikeaa ja tämä näkyy varhaisessa vaiheessa univaikeutena. Tupakointia olisi hyvä välttää ennen vuoteeseen menoa ja yön aikaista tupakointia olisi hyvä rajoittaa. (Kajaste & Markkula 2015, 90.)

Osana elintapojen parantamista kuuluu esimerkiksi kofeiinipitoisten juomien rajoittaminen. Kofeiinipitoisia juomia ei tulisi nauttia iltapäivän jälkeen, sillä kofeiinilla on virkistävä vaikutus. (Terveyskirjasto 2021.) Kofeiinin poistuminen elimistöstä on erittäin hidasta, koska kofeiinin puoliintumisaika on 5–10 tuntia. Kofeiinin on todettu aiheuttavan unettomuutta ja siksi onkin suositeltavaa, että kofeiinipitoisten juomien määrää rajoitetaan tai lopetetaan kokonaan. (Kajaste & Markkula 2015, 92.)

Tutkimusten mukaan fyysinen aktiivisuus vähentää unettomuuden esiintymistä sekä varhaisessa, että myöhäisessä ajassa. Liikunta auttaa tehostamaan energiankulutusta, mikä väsyttää entuudestaan. Liikunta myös on tehokas tapa pitkäaikaisen unettomuuden oireiden hallinnassa. (Tan 2016.) Suositeltavaa olisi harrastaa liikuntaa joko myöhään iltapäivällä tai alkuillasta, sillä tämän nopeuttama aineenvaihdunta hidastuu, jolloin keho rauhoittuu ja unenlaatu paranee. (Kajaste & Markkula 2015, 95.)

Käytännöt ovat myös osa itsehoitoa. Käytäntöjen tarkoituksena on luoda iltatoimiin jonkinlainen järjestys, joka helpottaisi unen saantia. Käytäntöihin voi kuulua esimerkiksi iltarukous, iltapala, iltauutiset tai miellyttävän uni asennon löytäminen. (Kajaste & Markkula 2015, 96.)

3.2 Kognitiivis-behavioraalinen terapia

Kognitiivis-behavioraalinen terapia on rakenteellinen terapiamuoto, joka muodostuu monesta eri menetelmästä. (Luik ym. 2019). Kognitiivis-behavioraalisessa terapiassa potilas ja sairaanhoitaja tekevät yhteistyötä saavuttaakseen tavoitteitaan ajatuksen ja käytöstapojen muuttamisessa, jotta saadaan hyödyllinen muutos potilaan mielialassa ja elämäntavoissa. (Chand ym. 2021.) CBT-I hoitomenetelmä on tehokas unettomuuden hoidossa, sillä CBT-I hoitomenetelmän vaikuttavuus on pitkäkestoisempi kuin lääkkeellisen hoitomenetelmän. Perusterveydenhuollon ammattilaisten tulisi ensisijaisesti tarjota CBT-I hoitoa unettomuuden hoitovaihtoehtona. (Mitchell ym. 2012.)

Unettomuuden kognitiivisbehavioraaliin menetelmiin kuuluu vuoteessa olon rajoittaminen, unen huolto, rentoutuminen, uniärsykkeiden hallinta. Vuoteessa olon rajoittamisessa potilas rajoittaa vuoteessa vietettyä aikaa ja käyttää vuodetta ainoastaan nukkumiseen. Unen huollossa potilas muuttaa uneen vaikuttavia käytäntöjä ja mahdollisesti parantaa niitä. (Feng ym. 2013.)

Potilaan hoitomenetelmä valitaan hänen yksilöllisen tarpeen mukaan. Kognitiivisessä menetelmässä tutkitaan millä tavalla henkilö käsittelee huolia ja elämän ongelmia. Jos yrittäminen on liiallista, tämä estää unen tulon. Täten ongelmia ja huolia on tärkeää käsitellä päivällä. Kognitiiviset menetelmät vähentävät psykologista ylivireyttä, jonka aiheuttajana on murehtiminen tai suoritusahdistus. (Unettomuus: Käypähoito – suositus, 2020.)

3.3 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio kuuluu kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan unettomuuden hoidossa. Siinä jaetaan potilaalle informaatiota unesta, unen rakenteesta sekä uni- ja valverytmistä. Psykoedukaatiossa käsitellään unettomuuteen vaikuttavia tekijöitä, joita ovat elintavat ja ympäristötekijät. (Järnefelt 2015.) Psykoedukaatio on psykoterapeuttinen menetelmä, jossa potilasta ja mahdollisia läheisiä informoidaan taudista, sen hoitoprosessista sekä sairauden kanssa toipumisesta. Siinä tavoitellaan parantamaan potilaan käsitystä sairauden tilastaan ja edistetään sitoutumista hoitoon. Psykoedukaatiossa on myös tärkeää antaa potilaalle ja hänen omaisilleen tukea sekä emotionaalista helpotusta. Psykoedukaatiota voidaan toteuttaa joko ryhmässä tai yksilöllisesti. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133.)

Ryhmäpsykoedukaatiosta on kyse potilasoppimisesta, joka toteutetaan ryhmämuotoisesti. Ryhmämuotoisessa psykoedukaatiossa potilaat pääsevät kertomaan toisilleen omista kokemuksista esimerkiksi omasta taudistaan ja sen oireista sekä hoidosta. Ryhmäpsykoedukaatio tilanteet yleensä toteutetaan keskustelun avulla, mutta sitä voidaan toteuttaa myös tapausten toteamisessa sekä kirjallisuuden avulla. Teknologian kehittymisen ansiosta psykoedukaatiota voidaan toteuttaa etänä. Etänä potilaat suorittavat psykoedukaatiota itsenäisesti esimerkiksi verkko-opetuksena tai erilaisten ohjelmien avulla. (Santalahti ym. 2016.)

Psykoedukaatio intervention on todettu olevan käytännöllinen haitallisten ajatusten ja unettomuuteen liittyvien negatiivisten ajatusten käsittelyssä. Biancosinon mukaan kahden Psykoedukaatio session jälkeen huomattiin unettomuudesta kärsivien potilaiden kohdalla unisuuden lisääntymistä ja nukahtamiseen kuluvan ajan vähenemistä. (Quintiliani ym. 2020, 21.) Jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen tulisi harjoittaa psykoedukaatiota, varsinkin sairaanhoitajien. Sairaanhoitajat tekevät moniammatillista yhteistyötä ja he ovat yleensä suorassa kontaktissa potilaiden kanssa, jonka takia he voivat hyödyntää psykoedukaatiota hoitotyössä. Psykoedukaation käyttö vaatii ammattilaiselta

hyviä vuorovaikutustaitoja ja laaja-alaista tietämystä psykoedukaatiosta. (Matsuda & Kohno 2021, 2.)

3.4 Aikuisten Unikoulu-malli

Aikuisten Unikoulu-malli on unettomuuden hoidossa käytettävä menetelmä, joka toteutetaan lyhyenä hoitjaksona, kuuden käyntikerran aikana, jossa CBT-I sisällytetään hoitokokonaisuuteen. Unikoulu-malli on hoitomalli, jossa työskennellään unettomuuden kognitiivis-behavioraaliseen hoitoon perustuvan työkirjan ja ohjauksen avulla. Se voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmäohjauksena. Unikoulu-mallin on suunniteltu parhaiten soveltuvaksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitoympäristöön. (Lahtinen 2019, 11.)

Unikoulu mallissa kaikki lähtee liikkeelle alkutilanteen kartoituksesta eli lähtötilanteen kokonaiskuvan hahmottamisesta. Ensitapaamisessa käydään läpi yleisesti uni ja siihen liittyvät käsitteet. Ensimmäisen tapaamisen tavoitteena on antaa todenmukainen käsitys unesta ja uneen vaikuttavista tekijöistä. (Lahtinen 2019, 62.)

Toisessa tapaamisessa keskitytään unettomuutta aiheuttaviin tekijöihin ja unen huoltoon liittyviin mekanismeihin. Unettomuutta aiheuttavien tekijöiden kartoittamiseksi käytetään unettomuuden taustatekijät-lomaketta, jossa asiakas antaa pisteitä sen mukaan, kuinka itse oireilee. Lomakkeessa tulisi observoida tarkasti sitä kohtaa, mistä asiakas saa eniten pisteitä ja työskennellä kohti parantamaan tätä osa-aluetta. Kolmannessa käyntikerrassa keskitytään löytämään ne tekijät, jotka vaikuttavat unettomuuteen. Unettomuuden vaikuttavien tekijöiden hahmottamiseksi käytetään unipäiväkirja, unenhuoltoa sekä muita lomakkeita. (Lahtinen 2019, 63–64.)

Kolmannen tapaamiskerran jälkeen unipäiväkirjasta siirrytään harjoituspäiväkirjaan, toisin sanoen unipäiväkirjan sijasta käytetään harjoituspäiväkirjaa. Aiemmissa tapaamisissa pohdittiin ongelmia, mutta neljännessä tapaamiskerrassa koitetaan ratkoa unettomuudesta johtuvat pulmat.

Harjoituspäiväkirjan avulla saadaan tietoa niistä keinoista, jotka vähentävät tai lievittävät unettomuutta. Käyntikertaan kuuluu myös konseptualisointilomake, joka on tehty mahdollisimman ymmärrettäväksi ja yksiselitteiseksi. (Lahtinen 2019, 64–65.)

Viidennessä käyntikerrassa katsotaan kuinka yksilölliset harjoitukset sujuvat. Tässä tapaamiskerrassa arvioidaan kuinka asiakkaat ovat selvinneet kotitehtävistään ja ovatko tehtävät olleet sopivan haastavia. Tehtävien sujumista arvioidaan tässä vaiheessa, sillä viidennen ja kuudennen tapaamiskerran välissä on pitkä tauko. Sopivan helpoilla tehtävillä varmistetaan sitä, että asiakas tekee tehtäviä viidennen ja kuudennen tapaamiskerran välisenä aikana. Tauon tarkoituksena on vahvistaa tehtävien tehokkuutta uneen. Viimeisessä tapaamiskerrassa tarkastellaan kuinka tehtävät ovat sujuneet ja miten ne ovat vaikuttaneet. Tässä vaiheessa täytetään sama lomake kuin ensimmäisessä tapaamiskerrassa ja molemmista kerroista saatuja arvosanoja verrataan toisiinsa. (Lahtinen 2019, 65.)

4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota olemassa olevaa tutkimustietoa unettomuuden lääkkeettömästä hoidosta ja hoitomenetelmistä sekä tuottaa kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen perustuen unettomuuden hoitopolkuun potilaalle aiheeseen liittyvää luotettavaa sisältöä. TYKS:n Uni- ja hengityskeskuksen hoitopolkusivustolla on koostettu tietoa potilaille ja ammattihenkilöille unettomuuden hoitoon liittyen. Opinnäytetyö tarjoaa mahdollisuuden tuotoksena koostetun tiedon hyödyntämisen unettomuuden hoitopolun sisällön kehittämisessä. Opinnäytetyön tavoitteena on jakaa unettomuuden lääkkeettömään hoitoon liittyvää tietoa unettomuudesta kärsiville potilaille sekä ammattihenkilöille.

Opinnäytetyön ohjaavat kysymykset ovat:

1. Mitä on unettomuus?
2. Millaisia ovat unettomuuden lääkkeettömät hoitokeinot?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö perustuu kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen, jonka avulla koostetaan tutkittua tietoa unettomuuden lääkkeettömistä hoidoista. Kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kolmeen eri muotoon, jotka ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisin käytetty muoto. Tutkimusmenetelmän tarkoituksena on kuvata valittu ilmiö laaja-alaisesti ja aihetta ohjaa tutkimuskysymykset. Toisin kuin meta-analyysissä ja systemaattisessa katsauksessa, tutkimuskysymykset ovat laajempia kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa. (Salminen 2011, 6.)

Opinnäytetyön aineistot kerättiin käyttäen Pubmed, Medic, Cinahl, Julkari tietokantoja, kirjallisuutta, sähköisiä lähteitä kuten Terveysportti, Käypähoito ja Terveyskirjasto. Käytettyjä hakusanoja ovat "Unettomuus", "Unettomuuden hoito", "Unettomuuden lääkkeetön hoito", "CBT-I-hoito", "Uni ja terveys", "Insomnia", "What is insomnia?", "Unipäiväkirja", "Unettomuus AND lääkkeetön hoitomentelmä", "Unettomuus AND liikunta", "Kognitiivinen behavioraalinen terapia AND unettomuus", "Psykoedukaatio", "CBT insomnia", "Sleep disorders AND non-pharmacological treatments", "Physical activity insomnia", "Bright light therapy AND insomnia", "Psychoeducation AND insomnia". Valitut aineistot ovat 10 vuoden takaa eli vuosilta 2010–2020. Opinnäytetyön poissulkukriteereitä ovat vanhemmat kuin 10 vuoden takaa olevat julkaisut ja julkaisut, jotka eivät vastaa opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Valittavat julkaisut olivat sekä suomen ja englannin kielellä. Aineistoa kerätään luotettavista kirjallisuudesta sekä sähköisistä tietokannoista riittävällä huolellisuudella. (Hirsijärvi ym. 2004, 212: Salonen 2013, 24.) Aineistohaun taulukointi löytyy liitteenä (Liite 2).

Tässä kehittämistyössä edettiin noudattaen kehittämisperiaatteita. Työskentely aloitettiin ensin aiheen rajauksella ja tiedonhankinnalla sekä tiedostamalla millaisen tuotoksen toimeksiantaja haluaa. Opinnäytetyön työstäminen alkoi aiheeseen paneutumisella ja hyvällä tiedonhauulla. Aiheeseen liittyen tarkasteltiin eri tietokantoja, joista valittiin aiheen kannalta oleelliset artikkelit ja tutkimukset.

Opinnäytetyötä tehneet keräsivät aiheesta riittävästi tietoa, jonka jälkeen opinnäytetyön aihe kohdistettiin aikuisten unettomuuden lääkkeettömiin hoitomenetelmiin. Ennen raportin työstämistä tekijät tapasivat asiantuntijan, jonka kanssa aiheesta keskusteltiin lisää. Tapaamisen yhteydessä asiantuntija antoi oppaan, jonka pohjalta oli tarkoitus tehdä pelkistetty hoito-ohje. Tekijät pyrkivät siihen, että hoito-ohje olisi mahdollisimman yksinkertainen ja helppolukuinen. Hoito-ohje on tehty unettomuuden lääkkeettömän hoidon menetelmistä itsehoitoa toteuttaville potilaille.

Opinnäytetyö etenee kehittämistyön periaatteiden mukaisesti, joita ovat aloitusvaihe, suunnitteluvaihe, esivaihe, työstövaihe, tarkistusvaihe, viimeistelyvaihe ja valmis tuotos. Aloitusvaihe koostuu tiedostetun kehittämistarpeen, kehittämistehtävän, toimintaympäristön ja hankkeen mukana olevista toimijoista. Aiheen realistisesta rajauksesta ja sen selventämisestä tulisi puhua toimijoiden kanssa hankkeen aloitusvaiheessa. Aloitusvaiheen jälkeen tulee suunnitteluvaihe, jossa tehdään hankkeesta kirjallinen kehittämissuunnitelma. Kirjallinen kehittämissuunnitelma tulee sisältää tavoitteet, ympäristö, vaiheet, toimijat, materiaalit ja aineistot sekä tiedonhankinta menetelmät. (Salonen 2013, 17.)

Suunnitteluvaiheesta siirrytään esivaiheeseen eli työskentely ympäristöön. Esivaihe on lyhyt työskentelyvaihe ja siinä järjestetään tulevaa työskentelyä. Työstövaihe on toiseksi tärkein vaihe, koska se vaatii toimijoilta jokapäiväistä työskentelyä tavoitteiden ja tuotoksen saavuttamiseksi. Työstövaihe saattaa olla haastavaa, sillä se vaatii suunnitelmallisuutta, vastuullisuutta, itsenäisyyttä, vuorovaikutteisuutta sekä itsensä kehittämistä. Tarkistusvaiheessa tutkijat keskenään arvioivat työtään, mahdollisesti korjaavat sen ja etenevät kohti viimeistelyvaihetta. (Salonen 2013, 17–18.)

Viimeistelyvaiheessa tutkijat hiovat työtään ja tarvittaessa karsivat siitä ylimääräiset tiedot pois. Vaiheessa viimeistellään sekä tuotos että kehittämissuunnitelma. Tämän vaiheen jälkeen tulee valmis tuotos esimerkiksi kuvaus, opas tai esite. (Salonen 2013, 18–19.)

6 TULOKSET

6.1 Vuoteessa olon rajoittaminen

Siebernin (2012) artikkelin mukaan vuoteessa olon rajoittamisella tarkoitetaan sitä, että vuoteessa oloaikaa vähennetään todelliseen uniaikaan. Todellinen uniaika määritetään henkilön laatiman unipäiväkirjan mukaan. Hoitomenetelmää käytetään yleensä henkilöiden kanssa, joiden unen tehokkuus on alle 85 prosenttia. Vuoteessa olon rajoittaminen vähentää systemaattisesti vuoteessa vietettyä aikaa ja käyttää unen homeostaattista säätelyä unen tasapainottamiseen. Tutkimuksen mukaan sängyssä vietetyn ajan kokonaisaika ei saisi olla vähemmän kuin 5 tai 5.5 tuntia. Vuoteessa oloaika on katsottava yksilökohtaisesti, sillä suunniteltua nukkumisaikaa voidaan muuttaa turvallisuussyistä. (Siebern 2012.) Vuoteessa oloajan menetelmän onnistumiseksi on potilaan pidettävä unipäiväkirjaa ainakin kaksi viikkoa. Unipäiväkirja auttaa sopivan vuoteessa oloajan määrittämisessä. Vuoteessa oloaika määrittyy sillä tavalla, että edelliseltä kahdelta viikolta lasketaan keskiarvo nukutusta periodista ja, vain tätä aikaa vietetään vuoteessa. (Järnefelt & Hublin 2012, 95.)

Vuoteessa olon rajoittaminen on tehokas hoitomenetelmä, sillä se tasapainottaa uni- ja valverytmiä, jonka seurauksena uni aikataulujen vaihtelut vähenevät (Siebern ym. 2012). Aluksi vuoteessa olon rajoittaminen saattaa aiheuttaa lievää univajetta, mutta se tarjoaa myöhemmin vakaamman unen laadun. Vuoteessa olon rajoittamisen on todettu nopeuttavan unen saantia ja tätä kautta myös vähentävän hereillä oloajan vuoteessa. (Petit ym. 2003: Siebern ym. 2012.)

6.2 Uniärsykkeiden hallinta

Uniärsykkeiden hallintamenetelmä on tavallisin käytetty behavioraalinen menetelmä vuoteessa oloajan rajoittamisen kanssa. Järnefeltin & Hublinin (2012) mukaan uniärsykkeiden hallinta hoitomenetelmä on tutkituin metodi

unettomuuden lääkkeettömässä hoidossa. Usein miten uniärsykkeiden hallintamenetelmä liitetään toisiin lääkkeettömiin menetelmiin, sillä se ei pelkästään tehoa yksinään. (Järnefelt & Hublin 2012, 94.) Uniärsykkeiden hallinnassa tarkoituksena on auttaa henkilöä yhdistämään vuoteen tai makuuhuoneen nopeaan nukkumiseen. Unen yhdistäminen vuoteeseen onnistuu parhaiten vähentämällä toimintoja, jotka vaikuttavat unen laatuun. (Petit ym. 2003.) Uniärsykkeiden hallinta menetelmän harjoittamiseen kuuluu neljä kriteeriä. Ensimmäinen kriteeri on mennä nukkumaan vain unisena. Toisena kriteerinä on käyttää sänkyä ja makuuhuonetta vain nukkumiseen ja seksuaaliseen aktiiviteettiin. Makuuhuoneesta poistuminen, jos ei pysty nukahtamaan 15–20 minuutissa ja tulla sänkyyn unisena on harjoittamisen kolmas kriteeri. Viimeisenä kriteerinä on pitää säännöllinen heräämisaika, joka edistää tavoittamaan tasaisen uni- ja valverytmin. (Siebern ym. 2012).

Uniärsykkeiden hallintamenetelmässä nukkumisen viive ja herääminen unen aikana vähenevät 30 minuuttiin tai alle. Tällä hoitomenetelmällä unen määrä kasvaa usein 30 minuutista 40 minuuttiin. Tämän lisäksi uniärsykehallinta menetelmä ei pelkästään tehoa lyhyt aikaiseen unettomuuteen vaan tehoa myös pitkäaikaiseen unettomuuteen. Tutkimuksen mukaan hoitomenetelmä tehoa pitkäaikaiseen unettomuuteen hyvin, kun sen aloituksesta on kulunut 4 viikkoa yhdistettynä muihin kognitiivisbehavioraalsiin menetelmiin kuten rentoutusterapiaan ja unihygieniaan. Uniärsykkeiden hallintamenetelmä vaikutukset olivat merkittäviä ja sen teho säilyi koko tutkimuksen seurannan aikana. Jotta henkilö saavuttaisi tutkimuksessa osoitetun vaikuttavuuden, täytyy hänen olla korkeasti motivoitunut ja huolehtia sääntöjen noudattamisesta. (Petit ym. 2003.)

6.3 Rentoutusmenetelmä

Rentoutus hoitomenetelmässä on monia erilaisia muotoja, joita voidaan käyttää unen laadun parantamiseen. Rentoutumishoito muotoihin kuuluu progressiivinen lihasrelaksaatio ja autogeeninen harjoittelu, jotka saattavat vähentää somaattista heräämistä. Muita rentoutumisharjoitus muotoja ovat kuvaharjoittelu tai

meditaatio, jotka yhdessä minimoivat kognitiivista heräämistä. (Petit ym. 2003.) Rentoutus menetelmän lihasrelaksaatiossa täytyy vartalon toisenlaiset lihasryhmät jännittää ja rentouttaa vuorotellen. Hoitomenetelmää voi toteuttaa noudattaen syvähengitystekniikkaa, johon kuuluu pallean kautta hengittäminen. Autogeenisessä harjoittelussa kuvitellaan mielessä tyyntä otosta sekä toistetaan autogeenisiä lauseita, jotta saavutettaisiin paras mahdollinen rentoutumisvaste. (Siebern ym. 2012.)

Rentoutumismenetelmästä on hyötyä keskittymiskyvyn parantamisessa sekä vähentää unettomuudesta johtuvaa huolta (Bollu 2019). Järnefeltin (2012) mukaan rentoutumisella on lisäksi monia myönteisiä vaikutuksia. Rentoutuminen edistää psyykkistä ja fyysistä palautumista, parantaa stressinhallintakykyä, edes auttaa virkistäytymisessä sekä itseymmärryksessä. Edellä mainittujen lisäksi rentoutuminen edistää keskittymiskykyä. Hoitomenetelmä on täten havaittu tehokkaaksi hoitomenetelmäksi pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa. (Järnefelt 2012.)

6.4 Kognitiivinen terapia

Huolestuttavat epätarkat uskomukset, ajatukset tai epärealistiset odotukset unesta saattavat lisätä emotionaalista ahdistusta ja täten myös johtavat tarpeettomiin unihäiriöihin. Edellä mainitut asiat muodostavat yhdessä vaikeasti katkaistavan noidankehän, mikä ylläpitää unihäiriöitä (Siebern ym. 2012.) Haitallisten ajatusten hallinnassa voidaan käyttää kognitiivisia menetelmiä, kuten huolihetkiharjoitusta. Ongelmien käsittely myöhään illalla saattaa hankaloittaa unen tuloa, jonka takia niiden käsittelemiseen olisi hyvä varata riittävästi aikaa päivällä. Huolien käsitteleminen päiväsaikaan on suositeltavampaa, sillä niitä voidaan käsitellä strukturoimin ja ne eivät myöhään illalla jää painamaan mieltä. (Järnefelt & Hublin 2012, 121.)

Kognitiivisen terapian tavoitteena on johdattaa potilaita muokkaamaan negatiivisia tuntemuksia, ajatuksia ja uskomuksia ja vaihtaa näitä positiivisempiin korvikkeisiin. Uneen liittyvät negatiiviset ajatukset ovat yleisiä pitkäaikaisen

unettomuuden kärsivien iäkkäiden keskuudessa. Kognitiivinen terapia on merkittävä osa unettomuuden hallintaa ja sen on katsottu olevan tärkeämpää aikuisille unettomuuspotilaille. (Petit ym. 2003.) Unettomuuden kognitiivisen terapian tehokkuudesta yksittäisenä hoitomenetelmänä ei ole riittävästi todisteita, mutta sillä saadaan aikaan positiivisia tuloksia, kun se on osana muuta hoitomenetelmää. Menetelmän on todettu vähentävän emotionaalista ahdistusta ja unihäiriöitä, jotka yleensä johtuvat vääristä uskomuksista sekä uneen liittyvistä haitallisista uskomuksista (Petit ym. 2003.)

6.5 Unen huolto menetelmä

Unen huolto eli unihygienia on olennaisin hoitomenetelmä käyttäytymisterapiassa. Unen huollossa pyritään rajoittamaan unta heikentävää käyttäytymistä ja tehostaa niitä käyttäytymistapoja, jotka edistävät unta. (Järnefelt & Hublin 2012, 72.) Unen huollon neljä yleisimmiksi noussutta tekijää ovat nautintoaineet, liikunta, ravitsemus ja ympäristölliset tekijät. Ensimmäisessä tekijässä suositellaan kofeiinin ja alkoholin käytön rajoittamista, sillä kofeiinista nauttiminen juuri ennen nukkumaan menoa viivästyttää nukahtamista, aiheuttaa katkonaista unta sekä lyhentää unen kokonaisaikaa ja syvän unen määrää. Alkoholista nauttiminen ennen nukkumaan menoa aiheuttaa kokonaisuudessa unen rakenteen häiriintymistä. (Järnefelt & Hublin 2012, 77–78.)

Toisessa tekijässä suositellaan säännöllistä liikuntaa, joka olisi noin 3–4 tuntia ennen nukkumista. Sopivalla ja säännöllisellä fyysisellä liikunnalla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia unettomien potilaiden kohdalla. Ruumiillisesti aktiiviset henkilöt vaipuvat helpommin uneen ja he nukkuvat yleensä pitempään kuin huonokuntoiset henkilöt. Huonokuntoisten henkilöiden kohdalla liikunnan aloittaminen saattaa aiheuttaa negatiivisia haittavaikutuksia kuten esimerkiksi hajanaista unta ja rauhoittamattomuutta. Pidemmällä tähtäimellä liikunta edes auttaa rentoutumisessa sekä stressin hallinnassa, mitkä taas auttavat hyvän unen saamisessa. (Järnefelt & Hublin 2012, 76.)

Unen huoltoon kuuluu myös kevyen iltapalan nauttiminen ennen nukkumaanmenoa. Raskas iltapala saattaa käynnistää ruuansulatusjärjestelmän ja tätä kautta myös vaikuttaa uneen. Vähäinen iltapala ja nälkä saattavat aiheuttaa myös unettomuutta. Juomiseen kannattaa kiinnittää huomiota, sillä liiallinen nesteen nauttiminen saattaa johtaa katkonaiseen uneen. (Järnefelt & Hublin 2012, 80.)

Viimeisenä tekijä on nukkumisympäristön siisteydestä ja tunnelmasta huolehtiminen. Normaali ihminen nukkuu hyvin raikkaassa huoneessa, mikä tekee nukkumisolosuhteista tärkeää, sillä unettomilla on tutkimusten mukaan tavallista huikeampi kehon lämpötila. Korkea lämpötila unettomuudesta kärsivillä potilailla nostaa vireystasoa. Unta edistää sopivasti rauhallinen ympäristö sekä pimeä huone. (Järnefelt & Hublin 2012, 80.)

6.6 Muita unta edistäviä menetelmiä

Musiikkiterapiaa ja säveliä on käytetty hyväkseen esimerkiksi masennuksen, stressin, ahdistuksen, unettomuuden ja pahoinvoinnin hoitoon. Musiikin avulla voidaan vähentää sydämenlyöntiä, ruumiinlämpöä, verenpainetta ja hengitystaajuutta sekä sen avulla voidaan rentouttaa kehoa siten, että nukahtaminen onnistuu sujuvasti. Tätä hoitomuotoa voidaan käyttää osana unettomuuden lääkkeetöntä hoitoa unettomuushäiriön lieventämiseksi. (Kavurmaci ym. 2020, 23–25.)

Elkinsin (2010) mukaan musiikkiterapialla tarkoitetaan ammattilaisen suorittamaa terapiaa, jossa käytetään musiikkia asiakkaan omien tavoitteiden saavuttamiseksi. Musiikkiterapian on todettu vähentävän stressiin perustuvan autonomisen hermoston yliaktiivisuutta. Neljässä syöpään liittyvässä kiputilaan liittyvissä tutkimuksissa taas todettiin musiikkiterapian vähentävän istunnon jälkeen kipua. (Elkins ym. 2010, 135–136.)

Yangin (2012) mukaan meta-analyysin tulokset kertovat, että liikunnan harrastaminen vaikuttaa unen laatuun sekä vähentää nukahtamisviivettä. Liikuntaa harrastava henkilö käyttää vähemmän unilääkettä, sillä fyysinen

aktiivisuus edistää unensaantia sekä unen laatua. Fyysinen aktiivisuus on yksi tapa hoitaa unettomuutta lääkkeettömästi. (Yang 2012.) Liikunnan ja pitkäaikaisen unettomuuden oireilla on riippuvainen yhteys. Voidaan ajatella, että huono unen laatu rajoittaa henkilön fyysistä aktiivisuutta päivällä, johtuen hänen väsymyksensä ja uneliaisuuden määrään. (Tan 2016.) Dowsonin (2012) mukaan Intiassa tehdyssä joogaryhmä tutkimuksessa, johon osallistui 69 aikuista, ovat kertoneet, että nukahtamisviive on lyhentynyt huomattavasti. Joogaryhmä toteutti 60 minuuttia kestävän tunnin 6 kertaa viikossa. Tutkimukseen osallistuneet ilmoittivat, että unen laatu on parantunut 6 kuukauden kohdalla ja tämä muutos oli säilynyt vuoden verran. (Dowson 2012.)

Kirkasvalohoito on hyödyllinen hoito, sillä valo vaikuttaa vuorokausirytmieihin. Kirkasvalo edesauttaa unen laadussa, sillä unta on rajoitettu päivän aikaa. Kirkasvalohoidon on todettu olevan hyödyllinen unettomuudesta ja väsymyksestä kärsivien potilaiden kohdalla. Beanin (2020) mukaan kirkasvalohoidon toteutukselle ei ole vielä annettu ohjeita. Kirkasvalohoidon avulla voidaan säännöllistää vuorokausirytmieitä ja täten siirtää heräämisaikaa. Kirkasvalohoitoa voidaan käyttää muissa sairauksissa kuten dementiaassa. Sillä voidaan hallita esimerkiksi dementia potilaan kohdalla levottomuutta ja unettomuutta. Tutkimuksessa osoitettiin valohoidon tehonneen unen laadun parantamisessa 48:n dementia potilaan kohdalla. (Oliveira ym. 2015)

6.7 Vaikuttavuus

Tarkasteltaessa unettomuuden lääkkeettömän hoitojen hyötyjä tutkimusten mukaan noin 70–80 prosenttia, jotka kärsivät primaarisesta unettomuudesta hyötyvät psykologisista hoitomenetelmistä. Puolella unettomuudesta kärsivillä todettiin merkittävää parantumista, kun taas kolmasosasta tuli parempia nukkujia. (Järnefelt 2017). Aikaisempien tutkimusten pohjalta voidaan osoittaa CBT-I hoidon olevan tehokas myös muissa potilasryhmissä, kuten psykiatristen ja monisairaiden potilaiden kohdalla. Potilaat pitävät kognitiivis-behavioraalisterapiaa parempana kuin lääkitystä hoidattaessa univaikeuksiaan pitkällä aikavälillä. (Krystal 2021, 12.)

Tehokkaimpia hoitomenetelmiä viimeisten tutkimusten mukaan ovat primaarisessa sekä ensisijaisessa unettomuuden hoidossa psykologiset hoitomenetelmät ja niistä kognitiivis-behavioraaliset unettomuuden hoitomenetelmät (CBT-I). Tutkimusten mukaan uniärsykkeiden hallintamenetelmä, rentoutus, vuoteessa oloajan rajoittamismenetelmä ja kognitiivinen käyttäytymisterapia yhdessä täyttävät tehokkaaksi todettujen hoitojen kriteerit. Psykologisten hoitomenetelmien vaikuttavuuden on todettu tutkimusten mukaan pysyvän vähintään 12 kuukautta. Tuloksissa kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikutus primaarisen unettomuuteen muuttui kohtalaisesta suureen vaikutukseen. Kognitiivisen käyttäytymisterapian jakson aikana nukahtamisviive lyheni suunnilleen 20 minuuttia ja yöllinen hereillä oloaika puolestaan 40 minuuttia. Hoidon aikana uniaika piteni suunnilleen 40 minuuttia ja 3–12 kuukauden myötä vielä 20 minuuttia. (Järnefelt 2017.)

Unettomuuden lääkkeettömien hoitomenetelmien tehokkuudesta huolimatta noin 20–30 prosenttia ei hyödy psykologisista hoitomenetelmistä. Psykologisista hoitomenetelmistä hyötyville vielä osalle jää jonkinlaisia oireita. Unen ylläpidon ongelmiin sekä nukahtamisvaikeuteen on todettu tehoavan paremmin kognitiiviset käyttäytymisterapian menetelmät (Järnefelt 2017.)

7 TUOTOS

Potilaalle suunnattu Unettomuuden lääkkeettömän hoidon hoito-ohje

Unettomuuden ensisijainen hoitomenetelmä on kognitiivinen-behavioraalinen terapia. Kognitiivinen-behavioraalinen terapia (CBT-I) voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmäterapiana. (Terveyskirjasto 2016.) Hoidon tavoitteena on vaikuttaa tehokkaasti unettomuuden taustalla oleviin tekijöihin ja sitä kautta parantaa unen laatua. (Unettomuus: Käypähoito- suositus, 2020.) Kognitiivis-behavioraalinen terapia koostuu vuoteessa olon rajoittamisesta, uniärsykkeiden hallinnasta, rentoutumisesta, huolihetki harjoituksesta sekä unen huollosta. (Feng ym. 2013.)

Vuoteessa olon rajoittaminen

Vuoteessa olon rajoittaminen tarkoittaa sitä, että vuoteessa vietetään vain se aika mitä ihminen nukkuu. Vuoteessa oloaika määrittyy kahdelta viikolta pidetyn unipäiväkirjan perusteella. (Siebern ym. 2012.) Hoitomenetelmä saattaa aluksi aiheuttaa lievää univajetta, mutta se takaa myöhemmin vakaamman unen laadun. Menetelmän on todettu nopeuttavan unen saantia ja täten vähentävän hereillä oloajan määrää vuoteessa. (Petit ym. 2003; Siebern ym. 2012.)

Uniärsykkeiden hallinta

Tarkoituksena on auttaa henkilöä yhdistämään makuuhuoneen nopeaan nukkumiseen. Unen laatua voidaan parantaa vähentämällä toimintoja, jotka heikentävät unen yhdistämistä vuoteeseen. Mene nukkumaan ainoastaan unisena. Käytä makuuhuonetta/sänkyä pelkästään nukkumiseen ja seksuaaliseen aktiviteettiin. Jos et saa unta

15–20 minuutissa, poistu makuuhuoneesta (Siebern ym. 2012.) Sillä välin, kun et ole vuoteessa voit esimerkiksi lukea kirjaa, kuunnella musiikkia tai rentoutus cd:tä. Älä kuitenkaan altistu kirkkaalle valolle ja vältä liiallista aktiviteettia (Järnefelt & Hublin 2012.) Noudata säännöllistä heräämisaikaa. (Siebern ym. 2012).

Rentoutuminen

Rentoutusmenetelmää käytetään unen laadun parantamiseen. Hoitomuotoihin kuuluu progressiivinen lihasrelaksaatio ja autogeeninen harjoittelu, jotka mahdollisesti vähentävät somaattista heräämistä. (Petit ym. 2003.) Rentoutumisharjoitteita voidaan toteuttaa noudattamalla syvää hengitystekniikkaa, jossa hengitetään pallean kautta. Rentoutumiselle olisi hyvä vara aikaa 15–20 minuuttia. Voit harjoittaa rentoutumista joko istuen tai maaten. Voit sulkea silmäsi harjoituksen ajan ja hengittää syvälle sisään, pidättää hengitystä ja tämän jälkeen hengittää ulos hitaasti ja rauhallisesti. Toista harjoitus noin 2–3 kertaa, jonka jälkeen voit tehdä harjoituksen silmät auki (Järnefelt & Hublin 2012, 87.)

Autogeenisessä harjoittelussa kuvitellaan mielessä tyyntä otosta sekä toistetaan autogeenisiä lauseita, jotta saavutettaisiin paras mahdollinen rentoutumisvaste (Siebern ym. 2012). Voit esimerkiksi luoda mielekkään mielikuvan asiasta, jota koet rentouttavaksi (Järnefelt & Hublin 2012, 87). Muita rentoutumisharjoitus muotoja ovat kuvaharjoittelu tai meditaatio (Petit ym. 2003). Rentoutumismenetelmästä on hyötyä keskittymiskyvyn parantamisessa sekä unettomuudesta johtuvien huolien vähentämisessä (Bollu 2019).

Huolihetkiharjoitus

Useimmiten nukkumista häiritsevät erilaiset ongelmat ja huolet kuten esimerkiksi työstressi, koulu ja ristiriitaiset ihmissuhde tilanteet. Huolet voivat pitää henkilöä hereillä ja se vaikeuttaa nukkumista ja unen saantia. Nämä huolet olisivat tärkeää hoitaa päivällä, jotta myöhään illalla ajatukset eivät harhaile ennen nukkumaan menoa. Pitkän päivän jälkeen ja yöllä ajatuksiin nousevat ongelmat saattavat tuntua vaikeammalta ratkaista. Näille ongelmille ja stressitilanteille kannattaa varata aikaa päivällä huolihetkiharjoitusta varten. Huolihetkiharjoitusta voi suorittaa kirjoittamalla huolen aiheet paperille. Huolien selvittämiseen voidaan käyttää esimerkiksi seuraavia apukysymyksiä: "Mikä huolettaa?", "Mitä tämä huoli merkitsee sinulle?", "Miten voit ratkaista ongelman?". Huolihetki mahdollistaa sen, että huolet eivät palaa yöllä nukkumaan mennessä, koska tunnet olevasi ratkoneen huolet päivän aikana. (Järnefelt & Hublin 2012)

Unen huolto

Unen huollossa pyritään hillitsemään unta heikentävää käyttäytymistä ja tehostaa niitä käyttäytymistapoja, jotka edistävät unta. Unen huollon keskeisinä tavoitteina ovat unirytmien vakinaistaminen, riittävä palautuminen sekä rentoutuminen. (Järnefelt & Hublin 2012, 72.) Pyri heräämään joka päivä samoihin aikoihin, myös viikonloppuisin. Unen huoltoa voit harjoittaa rajoittamalla kofeiinin ja alkoholin käyttöä, harrastamalla säännöllistä liikuntaa, nauttimalla kevyestä iltapalasta ennen nukkumaanmenoa sekä huolehtimalla nukkumisympäristön siisteydestä ja tunnelmasta. Pyri illalla rauhoittumaan vähintään kaksi tuntia ennen nukkumaan menoa tekemällä mielekästä puuhaa. Kun menet vuoteeseen, vältä miettimästä uneen liittyviä asioita, sillä nämä

ajatukset saattavat vaikeuttaa nukahtamista. Yritä siirtää ajatuksesi pois unesta muihin asioihin. (Järnefelt & Hublin 2012, 76–83.)

8 EETTISYYDEN JA LUOTETTAVUUDEN TARKASTELU

Tieteellisessä tutkimuksessa korostuu eettisyys ja luotettavuus, sillä hyvä tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön vaatimusten mukaan. Tällöin tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa sekä sen tulokset ovat uskottavia. Hyvän tieteellisen käytännön periaatteita ovat rehellisyys, käytettävien lähteiden kunnioittaminen ja arvostaminen, tarkkuus, huolellisuus sekä avoimuus. (TENK 2012.) Hyvään tieteellisen tutkimukseen kuuluu myös, että tutkimus suunnittelu, toteutettu ja raportoitu mahdollisimman tarkasti ja vaatimusten edellyttämällä tavalla (Tuomi & Sarajärvi 2018).

Hyvä tieteellinen tutkimus ei vähättele muita tutkijoita julkaisussa eikä viittaa puutteellisesti aikaisempiin tutkimustuloksiin. Valheellisen tiedon esittäminen ja muiden tutkijoiden töiden plagiointi on ehdottomasti kiellettyä. Tutkimustulosten täytyy olla mahdollisimman realistisia ja niitä ei saa vääristellä tai esittää luvottomasti lainattuja havaintoja. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Hyvän tutkimustyön käytäntöön ei kuulu vilppi eli havaintojen vääristäminen, plagiointi ja toisen tutkijan työn käyttäminen omanaan. Piittaamattomuus tai muiden tekijöiden tulosten väärentäminen sekä erehdyttävien tulosten selostaminen luokitellaan vilpiksi. (Turku AMK 2021.) Tässä opinnäytetyössä on edetty rehellisesti noudattaen hyvän tutkimustyön sääntöjä. Opinnäytetyössä lähteet ja tekstiviitteet on kirjattu Turun ammattikorkeakoulun ohjeistuksen mukaan.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimus on tutkittu sen perusteella, kun mitä on luvattu eli opinnäytetyön ohjaavien kysymysten pohjalta. Reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset mittaavat juuri haluttua ilmiötä ja sen tulos on oltava toistettavissa. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Opinnäytetyön luotettavuutta pyrittiin lisäämään antamalla opinnäytetyötä ohjaavan opettajan tarkastamaan työtä. Tarkoituksena olisi, että tekijät raportoivat aiheesta tarkasti ja selvästi. Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan palautteen tarkoituksena on ohjata tekijöitä kiinnittämään huomiota mahdollisiin

puutteisiin. Työn luotettavuutta lisättiin käyttämällä sekä kansallisia että kansainvälisiä tietokantoja.

9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tutkimustietoa unettomuuden lääkkeettömistä hoitomenetelmistä ja tuottaa kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen perustuen unettomuuden hoitopolkuun aiheesta sisältöä. Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset olivat ”Mitä on unettomuus?” ja ”Millaisia ovat unettomuuden lääkkeettömät hoitokeinot?”.

On todettu, että lääkkeettömät hoitomenetelmät ovat unettomuuden hoidossa ensisijainen hoitomuoto. Kognitiivis-behavioraalinen hoitoa on tutkittu melko paljon ja siitä löytyy hyvin tutkimusnäyttöä. Unettomuuden kognitiivisbehavioraalinen menetelmiä tulisi valita potilaille hyvin harkiten, sillä sen vaikutus on yksilöllistä. (Järnefelt & Hublin 2012.) Kognitiivis-behavioraalista terapiaa suositellaan aikuisille, sillä CBT-I hoidon vaikutusten on todettu kestävän pitempään kuin esimerkiksi lääkityksen eikä terapian käyttöön liity haittavaikutuksia, kuten kognitiivista kyvyttömyyttä ja kaatumisriskiä. CBT-I terapia ei pelkästään lievitä unettomuusoireita, vaan se voi myös vaikuttaa parantavasti masennusoireisiin. Sen on todettu parantavan unen laatua ja tätä kautta myös lievittää masennusoireita. (Tanaka ym. 2019.)

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta voidaan todeta, että kognitiivisbehavioraalisen terapian tehoavan unettomuuden hoitoon. Tutkimusten mukaan potilaat nukkuvat paremmin, nukahtamisviive on lyhentynyt ja unen tehokkuus on parantunut. Potilaat, jotka kärsivät pitkäaikaisesta unettomuudesta hyötyisivät sairaanhoitajien toteuttamasta ryhmähoidosta. Ryhmähoidolla saatiin vähennettyä unettomuuden tekijöitä, jotka liittyivät haitallisiin ajatustapoihin. Järnefeltin (2012) mukaan ennen ryhmähoitoa unettomuudesta kärsi 92 prosenttia ja kun hoidosta oli kulunut kuusi kuukautta, prosentti määrä laski lukuun 46 prosenttia. Unettomuudesta kärsivien potilaiden ahdistuneisuus- ja masennushäiriö laski huomattavasti. (Järnefelt 2012.)

Opinnäytetyössä perehdyttiin unettomuuden kognitiivis-behavioraalisen terapian menetelmiin ja niiden hoidolliseen vaikuttavuuteen. Mikään kognitiivisbehavioraalisen terapian menetelmistä ei parhaimpana menetelmänä

yksinään nouse, vaan hoito yleensä liitetään johonkin toiseen menetelmään ja siten hoidon kokonaisuudella on suurin merkitys. Osasta kognitiivisbehavioraalisen terapian menetelmien hoitomuodoista ei ollut riittävästi tutkittua tietoa ja aiheeseen liittyvää suomalaisia tutkimuksia löytyi niukasti. Tulevaisuudessa olisi hyvä tutkia CBT-I menetelmien sekä tehokkuutta että vaikuttavuutta myös Suomalaisissa tutkimuksissa.

LÄHTEET

Bean, H.; Stafford, L.; Little, R.; Diggins, J.; Ftanou, M.; Alexander, M.; Fancis, P.; Bei, B. & Wiley, J. 2020. Ligh-enhanced cognitive behavioural therapy for sleep and fatigue: study protocol for a randomised controlled trial during chemotherapy for breast cancer. Julkaistu 25.3.2020. Viitattu 28.11.2021. <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-020-4196-4>

Bollu, P. & Kaur, H. 2019. Sleep Medicine: Insomnia and Sleep. Viitattu 17.11.2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6390785/>

Chand, S.; Kuckel, D. & Huecker, M. 2021. Cognitive Behavior Therapy. Julkaistu 21.8.2021. Viitattu 15.11.2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470241/>

Elkins, G.; Fisher, W. & Johnson, A. 2010. Mind-body therapies in integrative oncology. Julkaistu 1.12.2010. Viitattu 18.11.2021. <https://web-p-ebscohost-com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=4260281d-61c9-4c32-b616-c8e40161a44d%40redis>

Feng, G.; Han, M.; Li, X.; Geng, L. & Miao, Y. 2020. The Clinical Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Patients with Insomnia and Depression: A systematic Review and Meta-Analysis. Julkaistu 15.7.2020. Viitattu 25.11.2021. <https://downloads.hindawi.com/journals/ecam/2020/8071821.pdf>

Himanen, S. & Alakuijala, A. 2013 "Onko minulla narkolepsia?" – päiväväsymysoireen tutkiminen. Lääkärilehti. Julkaistu 11.1.2013. Viitattu 22.11.2021. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/rdquo-onko-minulla-narkolepsia-rdquo-paivavasymysoireen-tutkiminen/>

Hirsijärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu laitos, E-kirja. Jyväskylä 2004. Viitattu 21.10.2021

Järnefelt, H & Hublin, C. 2015. Työikäisten unettomuuden hoito. Työterveyslaitos ja kirjoittajat. Tampere. Viitattu 26.11.2021

Järnefelt, H. 2015. Työterveyshuollossa toteutetun ryhmämuotoisen kognitiivisen käyttäytymisterapian tuloksellisuus pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa. Työ ja ihminen Tutkimusraportti 44. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 21.11.2021.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134581/Ty%C3%B6terveyshuollossa%20oteutetun%20ryhm%C3%A4muotoisen%20kognitiivisen%20k%C3%A4ytt%C3%A4ytymisterapian%20tuloksellisuus%20pitk%C3%A4kestoisen%20unettomuuden%20hoidossa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Järnefelt, H. 2017. Psykologiset hoitomuodot tehoavat unettomuuteen. Lääkärilehti. Julkaistu 24.3.2017. Viitattu 22.11.2021. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/unipsykologiset-hoitomuodot-tehoavat-unettomuuteen/>

Kajaste, S & Markkula, J. 2015. Hyvää yötä- apua univaikeuksiin. 3., uudistettu painos. Helsinki 2015. Viitattu 19.11.2021. Kavurmaci, M.; Dayapoğlu, N. & Tan, M. 2020. Effect of Music Therapy on Sleep Quality. Viitattu 17.11.2021. <https://web-p-ebSCOhost-com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=cc29e75b-df76-4ca2-a856-518b042c4cef%40redis>

Kavurmaci, M.; Dayapoğlu, N. & Tan, M. 2020. Effect of Music Therapy on Sleep Quality. Julkaistu 1.7.2020. Viitattu 18.11.2021. <https://web-s-ebSCOhost-com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=a32143db-2e1e-48b3-b3c2-12da339db023%40redis>

Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Duodecim. Viitattu 15.11.2021. <https://www-terveysportti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo11273.pdf>

Krystal, A. 2021. Advances in Digital Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Insomnia. Psychiatric Times. Julkaistu 2.8.2021. Viitattu 15.11.2021. <https://web-p-ebSCOhost-com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=4260281d-61c9-4c32-b616-c8e40161a44d%40redis>

Kurtz, C. & Nola A, S. Conceptualizing Cognitive-Behavioral Therapy as a Supportive-Educative Nursing System for Patients with Insomnia. Self-Care, Dependent-Care & Nursing. Julkaistu 1.3.2016. Viitattu 20.11.2021. <https://web-s-ebSCOhost-com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=32dd77d7-c5be-4a2a-a138-63e86a1e02e2%40redis>

Luik, A.; Zweerde, T.; Straten, A. & Lancee, J. 2019. Digital Delivery of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia. Julkaistu 4.6.2019. Viitattu 26.11.2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6546653/#>

- Markkula, J. 2019. Unettomuuden hoidon tavoite on vireä päivä. Lääkärilehti. Julkaistu 15.03.2019. Viitattu 17.10.2021. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/tyossa/laakeinfo/unettomuuden-hoidon-tavoite-on-virea-paiva/>
- Matsuda, M & Kohno, A. 2021. Development of a blended learnign system for nurses to learn the basics of psychoeducation for patients with mental disorders. BMC Nursing. Viitattu 24.11.2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8427854/>
- Mitchell, M.; Gehrman, P. & Umscheid, C. 2012. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. Julkaistu 25.5.2012. Viitattu 22.11.2021. <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-13-40>
- Oliveira, A.; Radanoviv, M.; Mello, P.; Buchain, P.; Vizotto, A.; Celestino, D-L.; Stella, F.; Piersol, C-V. & Forlenza O-V. 2015. Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. Julkaistu 29.11.2015 Viitattu 28.11.2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676992/>
- Partinen, M.; Tuisku, K.; Raaska, K.; Puustinen, J. & Partonen, T. 2020. Unettomuushäiriön nykyhoito - unilääkkeitä vai lääkkeettä? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 18.10.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15877>
- Partonen, T. 2014. Unettomuuden diagnostiikka. Lääkärilehti. Julkaistu 7.2.2014. Viitattu 22.11.2021. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/unettomuuden-diagnostiikka/>
- Partonen, T. 2015. Vaikean unettomuuden hoito. Lääkärilehti. Julkaistu 20.2.2015. Viitattu 15.11.2021. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/vaikean-unettomuuden-hoito/>
- Partonen, T. 2020. Riittävä uni. Käypä hoito - suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 3.3.2020. Viitattu 18.10.2021. <https://www.kaypahoito.fi/nix02713>
- Partonen, T.; Tuisku, K.; Nikolakaros, G. & Partinen, M. 2020. Mistä unettomuushäiriössä on kyse? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 5.11.2021. <https://www-duodecimlehti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo15894.pdf>
- Petit, L.; Azad, N.; Byszewski, A.; Sarazan, F F-A. & Power, B. 2003. Non-pharmacological management of primary and secondary insomnia among older people: review of assessment tools and treatments. British Geriatrics Society. Viitattu 17.11.2021.

Quintiliani, M.; Imperatori, C.; Testani, E.; Losurdo, A.; Tamburello, S.; Contardi, A.; Marca, G. & Farina, B. 2020. Usefulness of psychoeducational intervention in chronic insomnia: an actigraphic study. Viitattu 19.11.2021. <https://web-s-ebSCOhost-com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=26bbcb6e-79e5-4e2b-a03e-71132c5a3cc9%40redis>

Regina, S. 2018. Unettomuus ja sen eri hoitotavat: Apteekin farmaseutit aitiopaikalla tukemassa unettomuuden hoitoa. Suomen Farmasialiitto ry. Viitattu 16.11.2021. https://dosis.fi/wp-content/uploads/2018/04/82-97_Dosis_1-2018_Regina_Unettomuus.pdf

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Viitattu 20.10.2021 https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön – opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstöille. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 21.10.2021 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Sandlund, C.; Hetta, J.; Nilsson, Gunnar H.; Ekstedt, M. & Westman, J. 2018. Impact of group treatment for insomnia on daytime symptomatology: Analyses from a randomized controlled trial in primary care. International Journal of Nursing Studies 85 (2018) 126–135. Viitattu 29.11.2021. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0020748918301147?token=AFE39B9E733C27CF0579421C499945215196C63E8CD731F29500487A03AC8B449802EE2407647EEF7D83DA1FFA0BECCC&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211130145705>

Sandlund, C.; Hetta, J.; Nilson, Gunnar H.; Ekstedt, M. & Westman, J. 2017. Improving insomnia in primary care patients: A randomized controlled trial of nurse-led group treatment. International Journal of Nursing Studies 72 (2017) 30–41. Viitattu 29.11.2021. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0020748917300809?token=15CBD6340C78A709232E32F7B3F53F13F1250F05DD714AD90573E769D53A9A14962EC9FF27FE334CCACCE7F8E14E31D4&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211130150905>

Santalahti, P.; Mäki, P. & Välimäki, M. 2016. Psykoedukaation eri toteutustapoja. Duodecim Oppiportti. Julkaistu 8.4.2016. Viitattu 15.11.2021. https://www.oppiportti.fi/op/ljn03002/do?p_haku=psykoedukaatio#q=psykoedukaatio

Scott, G-W.; Scott, H-M.; O’Keeffe, K-M. & Gander, P-H. 2011. Insomnia – treatment pathways, costs and quality of life. Julkaistu 21.06.2011. Viitattu 15.10.2021. <https://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7547-9-10>

Siebern, A.; Suh, S. & Nowakowski, S. 2012. Non-Pharmacological Treatment of Insomnia. Neurotherapeutics. Julkaistu 31.8.2012. Viitattu 21.11.2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3480569/>

Tan, X. 2016. Effects of Exercise and Diet on Sleep Among Overweight and Obese Men With Chronic Insomnia Symptoms. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Viitattu 16.11.2021. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/50939/978-951-39-6720-8_vaitos20160902_new.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Tanaka, N.; Kusaga, M.; Nyamathi, M. & Tanaka, K. 2019. Effects of Brief Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Improving Depression Among Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Controlled Comparative Study. Worldviews on Evidence-Based Nursing. Julkaistu 1.2.2019. Viitattu 30.11.2021. <https://web-s-ebscohost-com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=87bff1c0-337a-4d3d-9ec2-cbaed6e03896%40redis>

Tarnanen, K.; Partinen, M.; Mäkinen, E. & Tuunainen, A 2016. Unettomuus vaivaa välillä meitä kaikkia. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Julkaistu 15.2.2016. Viitattu 15.10.2021 <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00075#s4>

TENK 2021. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyn käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. Viitattu 20.10.2021 <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/HTK-ohje-2012>

Turku AMK 2020. Eettiset ohjeet ja käytänteet. Viitattu 30.11.2021. <https://tuas365.sharepoint.com/sites/Opiskelu/SitePages/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6.aspx>

Unettomuus. Käypähoito-suositus 2020. Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Suomen Unitutkimusseura ry. Julkaistu 26.06.2020. Viitattu 15.10.2021 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50067>

Yang, P.; Ho, K.; Chen, H. & Chien, M. 2021. Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: A systematic review. Journal of Physiotherapy. Viitattu 16.11.2021. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1836955312701066?token=65FF4D2A00FB C0AC7231796E29791F748BC519B9AACF89DB52A467050D5AECF4FEEA03A139FF>

[A8C0DA2B8EFE9452DF51&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211130161122](#)

Tietokanta	Hakusana	Rajaukset	Haun tulos	Artikkeli/teos
MEDIC	"Unettomuus AND liikunta"	Kaikki kielet, kaikki julkaisutyytit, v. 2013–2021	6 tulosta, josta valittiin 1	Effects of Exercise and Diet on Sleep Among Overweight and Obese Men With Chronic Insomnia Symptoms (Tan 2016)
	"Kognitiivinen behavioraalinen terapia AND unettomuus"	Kaikki kielet, kaikki julkaisutyytit, v. 2015-2021	6 tulosta, josta valittiin 1	Psykologiset hoitomuodot tehoavat unettomuuteen (Järnefelt 2017)
PUBMED	"Sleep disorders and non-pharmacological treatment	Meta-analyysi, systemaattinen arvostelu, v. 2012-2021	38 tulosta, josta valittiin 1	Nonpharmacological interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia: A Systematic Review (Oliveira ym. 2015)
	"Physical activity insomnia"	kaikki julkaisutyytit, v. 2012-2021	86 tulosta, josta valittiin 1	Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review (Yang 2012)
	"Non-pharmacological treatment insomnia"	v. 2010-2021	75 tulosta, josta valittiin 1	Non-pharmacological treatment of insomnia (Siebern ym. 2012)
	"Insomnia treatment"	v. 2013-2021	86 tulosta, josta valittiin 1	Sleep medicine: Insomnia and sleep (Bollu & Kaur 2019)
	"Insomnia and non-pharmacological treatment"	v. 2000.2021	54 tulosta, josta valittiin 1	Non-pharmacological management of primary and secondary insomnia among older people: review of assessment tools and treatments (Petit ym. 2003)
CINAHL	"Insomnia AND music therapy"	v. 2010-2021	12 tulosta, josta valittiin 2	Effect of music therapy on sleep quality (Kavurmaci ym. 2020) mind-body therapies in integrative oncology (Elkins 2010)
	"Bright light therapy AND insomnia"	v. 2013-2021	24 tulosta, josta valittiin 1	Light-enhanced cognitive behavioural therapy for sleep and fatigue: study protocol for a randomised controlled trial

				during chemotherapy for breast cancer (Bean 2020)
	"Cognitive behavioral therapy AND insomnia"	Koko teksti, v. 2013-2021	83 tulosta, josta valittiin 1	Advances in Digital Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Insomnia (Krystal 2021)
MANUAALINEN HAKU				Työikäisten unettomuuden hoito (Järnefelt & Hublin 2012)