

UNETTOMUUDEN LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOMUODOT

Työikäisten kokemuksia unettomuuden lääkkeettömistä hoitomuodoista

Jenni Koppelo ja Julia Laitala

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja AMK

2015

Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja

---

<b>Tekijät</b>	Koppelo Jenni & Julia Laitala	<b>Vuosi</b>	2015
<b>Ohjaajat</b>	Arja Meinilä & Anne Puro		
<b>Työn nimi</b>	Unettomuuden lääkkeettömät hoitomuodot – työikäisten kokemuksia unettomuuden lääkkeettömistä hoitomuodoista		
<b>Sivu- ja liitemäärä</b>	48+3		

---

Unettomuudesta kärsii noin kolmasosa ihmisistä jossain vaiheessa elämää. Unettomuuteen käytetään usein unilääkkeitä, jolloin unettomuuden hoitoon tarkoitetut lääkkeettömät hoitomuodot voivat jäädä unilääkkeiden varjoon. Kirjallisuuden mukaan lääkkeettömät hoitomuodot ovat pidemmällä aikavälillä parempia. Kokemusten kautta tuleva tieto lääkkeettömistä hoitomuodoista voi kannustaa käyttämään niitä unilääkkeiden sijaan.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata unettomuudesta kärsivien työikäisten kokemuksia lääkkeettömistä hoitomuodoista. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa lääkkeettömistä hoitomuodoista tietoa, jota voitaisiin hyödyntää hoitoalan opinnoissa ja koulutuksissa. Tutkimustehtävänä oli vastata kysymykseen: millaisia kokemuksia työikäisillä unettomilla on unettomuutensa lääkkeettömistä hoitomuodoista.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä, jossa käytettiin avointa verkkokyselylomaketta. Tutkimuksen kohteena olivat unettomuudesta kärsivät tai kärsineet työikäiset, jotka ovat käyttäneet lääkkeettömää hoitomuotoa. Verkkokysely julkaistiin syksyllä 2014 Uniliitto ry:n Internet- ja Facebook- sivuilla. Avoimen verkkokyselylomakkeen avulla haettiin unettomuudesta kärsivien työikäisten kokemuksia lääkkeettömistä hoitomuodoista. Tutkimustulosten analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällön analyysia.

Tähän tutkimukseen osallistui 13 henkilöä, joista suurin osa oli naisia. Eniten käytetyt hoitomuodot unettomuuden hoidossa olivat kognitiivis-behavioraaliset hoitomuodot. Tutkimukseen osallistuneet kokivat, ettei terveydenhuollossa ponnosteta tai kannusteta tarpeeksi lääkkeettömiin hoitomuotoihin ja itsehoitoon.

Avainsanat                      uni, unettomuus, lääkkeetön hoito

Lapland university of applied sciences  
Degree programme in nursing

---

<b>Author</b>	Jenni Koppelo & Julia Laitala	<b>Year</b>	2015
<b>Supervisor(s)</b>	Arja Meinilä & Anne Puro		
<b>Subject of thesis</b>	Non- pharmacological treatments in insomnia – working age people`s experiences of non-pharmacological treatment		
<b>Number of pages</b>	48+3		

---

Approximately one third of people suffer from insomnia at some point in their life. Sleeping medicines are usually used in sleep problems therefore sleeping pills could harmfully be used instead of non-pharmacological treatment. According to studies non-pharmacological treatment is better in the long term. Knowledge gained by experience of non-pharmacological treatment could encourage to use non-pharmacological treatment instead of sleeping medicines.

The purpose of this study was to describe experiences of non-pharmacological treatment of insomnia among working age people who suffer from insomnia or have suffered insomnia.

The goal of this study was to increase knowledge of non-pharmacological treatment, to be utilized in health care education and training. The research question was: what kind of experiences have working age sleepless people had of non-pharmacological treatment.

The study used a qualitative research method. The data collection method was a questionnaire on internet, aimed at people who suffer from insomnia or have suffered from insomnia and have used non-pharmacological treatment. A questionnaire was published in autumn 2014 on Uniliitto ry internet- and Facebook-sites. The experiences of working age people who had suffered from insomnia, and had used non-pharmacological treatment were collected with a questionnaire. The results of the study were analyzed using the inductive content analysis.

In this study 13 people participated and most of them was women.

The treatments mostly used were cognitive- behavioral therapy.

The respondents had experienced that they had not got enough self-care support and information about non-pharmacological treatment from public health service.

**Key words** sleep, insomnia, non- pharmacological treatment

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	UNEN MERKITYS .....	7
2.1	Uni .....	7
2.2	Unettomuus .....	9
3	LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOMUODOT .....	11
3.1	Unen huolto .....	12
3.1.1	Elämäntavat .....	12
3.1.2	Nukkumisympäristö .....	15
3.2	Rentoutuminen.....	16
3.3	Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät.....	17
3.4	Tietoa unettomalle .....	22
4	TARCOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ .....	24
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	25
5.1	Tutkimusmenetelmät.....	25
5.2	Aineiston keruu .....	25
5.3	Aineiston analysointi .....	27
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	30
6.1	Unettomuuden muodot.....	30
6.2	Käytetyt lääkkeettömät hoitomuodot.....	31
6.3	Tieto lääkkeettömistä hoitomuodoista .....	33
6.4	Lääkkeettömien hoitomuotojen vaikutus unen laatuun .....	34
7	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	35
8	LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS .....	38
9	POHDINTA.....	41
	LÄHTEET.....	44
	LIITTEET.....	48

## 1 JOHDANTO

Uni on olemassaolon kannalta tärkeää, sillä sen aikana elimistö lepää ja valmistuu uuteen päivään. Uni on aivotoiminnan tila, jossa tietoinen yhteys olemassaoloon katkeaa. Unen tarve vaihtelee yksilöllisesti, mutta sen tehtävänä on saada ihminen levänneeksi ja pirteäksi. Unettomuus on yksi unihäiriö, jonka syy on selvitettävä mahdollisimman pian, jotta välttyttäisiin liialliselta unilääkkeiden käytöltä. Unilääkkeiden käyttöön liittyy paljon haittoja ja niiden tulisi olla vain tilapäisessä käytössä sekä viimeisenä hoitokeinona. (Partinen 2014, 3.)

Suomessa vuonna 2008 tehty miljoona unetonta - tutkimus kertoo, että Suomessa unettomuudesta kärsii yli miljoona ihmistä. Suurin osa unettomuudesta kärsiviä on työkäisiä. Unettomuudesta kärsivien elämänlaatu heikkenee, perhe-elämä kärsii ja työssä jaksaminen heikkenee. Lääkehoito koetaan hyvin ongelmalliseksi unilääkkeiden haittavaikutusten vuoksi. (Partinen & Huovinen 2011, 41–44.) Yleisimpiä haittavaikutuksia lyhytkestoisen unettomuuden hoidossa käytetyn bentsodiatsepaami lääkeryhmään kuuluvilla lääkkeillä ovat mm. väsymys, uneliaisuus, masentuneisuus, huimaus ja sekavuus (Huttunen 2013, hakupäivä 23.2.2015).

Liian usein päädytään käyttämään unilääkkeitä, jolloin unettomuuden syyt sekä vääränlaiset nukkumista häiritsevät toimintatavat jäävät huomaamatta. Siksi on tärkeää ottaa huomioon, millaisia keinoja ihmisillä on käytettävinaan hoidettaessa unettomuutta lääkkeettömästi. Ajatus- ja käyttäytymismallien muuttaminen vaatii aikaa ja kärsivällisyyttä, mutta palkitsee pidemmällä ajalla. Lääkkeettömiin hoitomuotoihin tarvittaisiin enemmän kannustusta perusterveydenhuollossa, jolloin lääkkeelliset hoitomuodot jäisivät vähäisemmälle käytölle lääkkeettömien hoitomuotojen yleistyessä. Ruotsissa yleislääkäreille tehdyssä tutkimuksessa (Hetta, Axelsson & Eckerlund 2010) tutkittiin miten he hoitavat vastaanotolle tullutta unettomuudesta kärsivää potilasta. Vastaukseksi saatiin, että he määräsivät potilaalle lääkkeitä, vaikka pitivät kognitiivis-behavioraalista hoitomuotoa parempana vaihtoehtona pidemmällä aikavälillä. Tämän ajatellaan johtuvan siitä, että tämän tyylistä terapiaa antavien terapeuttien saatavuus on erilainen ympäri maata. (Hetta, Axelsson & Eckerlund 2010, hakupäivä 11.3.2015.)

Opinnäytetyön aiheena on, miten unettomuutta hoidetaan lääkkeettömästi. Tutkimus on rajattu unettomuudesta kärsiviin työikäisiin. Tähän aiheeseen päädyttiin unettomuuden ajankohtaisuuden, oman mielenkiinnon sekä unettomuuden yleisyyden vuoksi. Lääkkeettömien hoitomuotojen yleistyessä, voitaisiin mahdollisesti pienentää lääkekuluja sekä välttyäisiin lääkkeiden haittavaikutuksilta.

Teoreettisessa viitekehyksessä avataan työn keskeisiä käsitteitä: uni, unettomuus ja lääkkeetön hoito. Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin avoimella verkkokyselylomakkeella, joka julkaistiin Uniliitto Ry:n Internet- ja Facebook- sivulla.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata unettomuudesta kärsivien työikäisten kokemuksia lääkkeettömistä hoitomuodoista. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa lääkkeettömistä hoitomuodoista tietoa, jota voitaisiin hyödyntää hoitoalan opinnoissa ja koulutuksissa. Tutkimustehtävänä on vastata kysymykseen: millaisia kokemuksia työikäisillä unettomilla on unettomuutensa lääkkeettömistä hoitomuodoista. Tutkimuksen merkitys unettomuudesta kärsiville henkilöille on, että se voi kannustaa kokeilemaan erilaisia lääkkeettömiä hoitumuotoja. Tutkimuksesta tulevaa tietoa voidaan hyödyntää meidän tulevassa ammatissa sairaanhoitajina.

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa selvitettiin hoitamattomasta unettomuudesta kärsivistä aikuisista sekä ei-unettomuudesta kärsivistä aikuisista keskimäärin kuuden kuukauden ajalta aiheutuvia suoria ja epäsuoria kuluja. Suorat kulut sisälsivät sairaala-, poliklinikka-, apteekki- ja ensiapukuluja. Epäsuorat kulut aiheutuivat työpoissaoloista ja lyhytjaksoisista hoidoista. Nämä kulut olivat hoitamattomasta unettomuudesta kärsivillä 1200\$ (1062e) suuremmat, kuin ei unettomuudesta kärsivillä. (Ozminkowski, Wang & Walsh 2007, hakupäivä 10.3.2015.) Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että unettomuuden hoitaminen ajoissa säästää yhteiskunnan varoja.

## 2 UNEN MERKITYS

Terveysten kannalta on hyvin tärkeää, että unen laatu olisi hyvä. Esimerkiksi pienempikin unimäärä yössä hyvälaatuista unta on parempi kuin monta tuntia pidempi huonolaatuinen uni. Riittävän nukkumisen laiminlyömisestäkin voi joutua huonolaatuinen uni. (Partinen 2009, hakupäivä 18.2.2015.) Uni on olennainen asia, josta täytyy huolehtia. Jotta jaksetaan toimia normaalisti, unta täytyy saada riittävästi. Unettomuuden yleisyys on ajankohtainen asia ja siihen täytyy puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta se ei pääsisi pitkittymään.

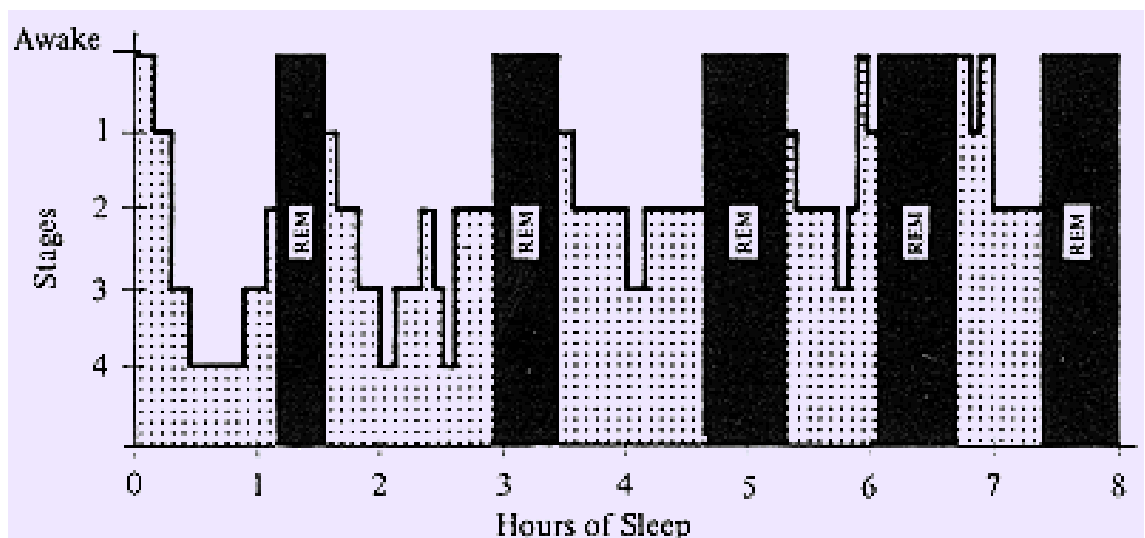
### 2.1 Uni

Uni on tärkeää ja tarpeellista ihmisen olemassaololle. Huonosti nukkuvat ihmiset voidaan yhdistää huonoon ammatilliseen, sosiaaliseen ja kasvatukselliseen toimintaan. (Hiller, Johnston, Dohnt, Lovato, Gradisar 2014, hakupäivä 6.3.2015.) Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan unettomuus vaikuttaa työntekijän tehokkuuteen työpaikalla. Unettomuuden vuoksi työntekijä on fyysisesti työpaikalla läsnä, mutta henkisesti poissa, jolloin hän alisuoriutuu tehtävistään. Tilanne vastaa noin 11 työpöissaolopäivää vuosittain. (Arnedt, Cuddihy, Swanson, Pickett, Aikens & Chervin 2013, hakupäivä 23.2.2015.)

Mitä enemmän käytetään aivoja, sitä enemmän tarvitaan käytännössä unta. Väsyminen on merkki siitä, että aivojen on aika levätä ja saada unta. (Stressforskningsinstitutet 2012, hakupäivä 9.3.2015.) Unta tarvitaan päivittäiseen elämään, jotta jaksaa sekä henkisesti että fyysisesti. Ihminen nukkuu elämästään yhden kolmas osan. Unen aikana elimistö korjaa valveen aikaisia rasituk- sia sekä torjuu sairauksia ja tulehduksia. Myös mieli ja ajatukset lepäävät työstä ja päivän rasituksista unen aikana, mutta aivot jatkavat toimintaa lajittelemalla tietoa tapahtuneista ja opituista asioista. Näin tiedot siirtyvät unen aikana lyhyt- aikaisesta pitkäaikaiseen muistiin. (Pihl & Aronen 2012, 17-19.) Uni ja nukkumi- nen muuttuvat, kun ikää tulee lisää. Ikääntyessä aikaa menee enemmän nukah- tamiseen, yölliset heräämiset lisääntyvät ja niiden jälkeen on vaikeampi nukah- taa. Aikuisen unentarve on suunnilleen sama läpi elämän, mutta kyky nukkua

yhtäjaksoisesti tuo tarvittava määrä, heikkenee iän myötä. Myös kyky nukkua syvää unta muuttuu ikääntyessä. Nämä ovat aivan normaaleja ikääntymiseen liittyviä ilmiöitä. (Uniliitto ry 2014, 11.)

Rechtschaffenin ja Kalesin uniluokituksen mukaan univaiheita on viisi: kevyt (S1, S2), syvä (S3, S4) ja REM-uni (vilkeuni). Ensimmäisenä unen vaiheena on kevyt S1 -uni, jossa uni on pinnallista eikä ihminen koe aina nukkuvansa. Se kestää muutamasta sekunnista muutamaan minuuttiin. Seuraava kevyen unen vaihe on S2 -uni, jolloin nähdään heikkoja unia ja lihakset rentoutuvat. Tämä univaihe kestää noin 20 minuuttia. Syvän unen vaihe S3:ssa kehonlämpötila, verenpaine sekä sydämen lyöntitiheys laskevat, jolloin unet jäävät mieleen harvoin. Tämä vaihe kestää noin 10 minuuttia. Syvän unen vaiheessa S4 uni on syvintä, jolloin unet eivät jää mieleen sekä elintoiminnot alenevat: verenpaine sekä pulssi alenevat ja hengitys on rauhallista. Useimmiten syvän unen määrä on suurimmillaan saunan ja fyysisen työn jälkeen. Viimeinen unen vaihe eli REM-uni (Rapid Eye Movements) alkaa yleensä noin 90 minuuttia nukahtamisesta ja se kestää noin 10–15 minuuttia. Sitä esiintyy enemmän aamuyöllä. Nämä univaiheet toistuvat yön aikana noin viisi kertaa (Kuvio 1). (Partinen & Huovinen 2007, 35-38.)



Kuvio 1. Unenrakenne (Koskinen 2014)



## 2.2 Unettomuus

Kansallisessa FINRISKI 2012 terveystutkimuksessa kysyttiin 25-74 vuotiailta, ovatko he kärsineet unettomuudesta viimeisen kuluneen kuukauden aikana. Noin joka kymmenes 25-75 vuotias henkilö vastasi kokeneen unettomuutta useasti. (Borodulin, Levälahti, Saarikoski, Lund, Juolevi, Grönholm, Jula, Laatikainen, Männistö, Peltonen, Salomaa, Sundvall, Taimi, Virtanen & Vartiainen 2013, 334.)

Unihäiriöistä yleisimmäksi luokitellaan unettomuus (Daley, Morin, LeBlanc, Gregoire, Savard & Baillargeon 2008, 2, hakupäivä 6.3.2015). 12-15% aikuisväestöstä kärsii kroonisesta unettomuudesta. Muita unihäiriöitä ovat unen aikaiset hengityshäiriöt, keskushermostoperäinen poikkeava väsymys, unen aikana tapahtuvat liikehäiriöt ja erityishäiriöt, uni-valverytmin häiriöt sekä sairaudet, joihin liittyy unihäiriöitä. (Duodecim & Unitutkimusseura Ry 2008, hakupäivä 9.9.2014.) Keskeisesti unettomuutta tuottaa krooninen ylivireys, joka estää nukahtamasta vaikka olisi unelias. Sitä aiheuttaa mm. huolehtiminen, asioiden pohtiminen tai torjuminen sekä liiallinen tunnollisuus. Jotkut unettomat ovat erittäin emotionaalisia, joten heillä työpaineet, taloudelliset huolet, terveysongelmat ja perhehuolet saattavat saada kohtuuttomat mittasuhteet ja pienetkin asiat jäädä pyörimään mieleen. (Kajaste & Markkula 2011, 71.)

Tutkimusten mukaan satunnaisia uniongelmia esiintyy noin kolmasosalla väestöstä (Daley ym. 2008, 2, hakupäivä 6.3.2015). Kansallisen FINRISKI 2012 terveystutkimuksen vastausten mukaan viimeisen kuukauden aikana unettomuudesta kärsivien naisten prosentuaalinen osuus oli miehiin verrattuna suurempi. Kaikista ikäryhmistä (25-74 vuotiaat) naiset vastasivat terveystutkimuksen kyselyyn unettomuudesta ”usein” ja ”joskus” prosentuaalisesti enemmän kuin miehet. (Borodulin, Levälahti & Saarikoski. 2013, 334.) THL:n ylläpitämän SOTKANet tilasto ja indikaattoripankin mukaan viimeisen kuukauden aikana pitkäaikaisesti tai toistuvasti unettomuutta kokeneiden osuus 25 – 64 vuotiaista työllisistä, naisten vastaukset olivat aina korkeampia kuin miesten vuodesta 1997 vuoteen 2009 (THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2015, hakupäivä 23.2.2015).

Unettomuudeksi luokitellaan vaikeus pysyä unessa, vaikeus nukahtaa sekä aikainen herääminen. Nämä kaikki piirteet voivat esiintyä tai vain osa niistä ja ne kaikki koetaan unettomuudeksi. (Pihl ym. 2012, 26.) Tällä kaikella on vaikutus päivän tapahtumiin, koska unta ei ole saatu riittävästi. Unettomuus voidaan jakaa primaariksi tai sekundaariksi. Yleistä primaarille unettomuudelle on toiminnallinen unettomuus. Tämä usein esiintyy, kun ihminen on jännittynyt, ahdistunut tai muuten vain miettii paljon asioita, jotka estävät nukkumista. Normaali unettomuus esim. stressin tai kriisin vuoksi voi muuttua pitkittyneeksi, unettomuuden jatkuttua riittävän kauan vaikka elämäntilanne olisi mennyt jo ohi. Tämän seurauksena nukahtamisesta voi syntyä ongelma. Sekundaarinen unettomuus on peräisin psyykkisestä, fyysisestä sairaudesta tai tähän liittyvästä lääkityksestä. (Pihl ym. 2012, 26.) Herkästi herääminen unesta on meissä geeneissä silloin, kun elämässämme on tapahtumassa jotain tärkeää tai uhkaavaa, emme kykene nukkumaan. Evoluution myötä ihmisiin on kehittynyt herkästi heräämisen kyky, kun emme tunne olevamme turvassa. Vaaran uhatessa hereillä olleet ovat pelastuneet. Uni siis häiriintyy helposti, koska pelottavissa tilanteissa on ollut parasta olla valpas ja koska uni kevenee noin puolentoista tunnin välein sisäisen rytmensä vuoksi (Kuvio 1). (Kajaste ym. 2011, 68.)

Unettomuus voidaan jaotella kestonsa mukaan tilapäiseen unettomuuteen, joka kestää alle kaksi viikkoa. Lyhytkestoinen unettomuus kestää 2-12 viikkoa ja pitkäkestoinen eli krooninen unettomuus kestää yli kolme kuukautta. (Duodecim & Unitutkimusseura Ry 2008, hakupäivä 9.9.2014.) Unettomuus on mahdollisesti yksi itsemurhan riskitekijöistä, joka tulisi tunnistaa, sillä itsemurha on maailmanlaajuisesti suurin kuolinsyy. Unettomuuden ja itsemurhan väliseen yhteyteen kuitenkin tarvitaan vielä lisätutkimuksia. (Woznica, Carney, Kuo, Moss 2014,1, hakupäivä 6.3.2015.)

### 3 LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOMUODOT

Lääkkeettömässä hoidossa kartoitetaan unettomuutta ja nukkumista ylläpitäviä tekijöitä sekä toiminnallisia menetelmiä. Ensisijaisina hoitoina käytetään kognitiivisia hoitoja, koska niiden tehon on todettu säilyvän hoidon loppumisen jälkeen. Näillä pyritään keskittymään niihin tekijöihin, jotka vaikuttavat unettomuuteen. On todettu, jos hoito on hyvin suunnattu, unettomat hyötyvät jo vähäisestä hoidosta. Pyritään tekemään erilaisia toimintatapoja, joiden tarkoituksena on tehdä elämäntapamuutoksia, säännöllistää unirytmia ja luoda paremmat ulkoiset olosuhteet esim. hyvä sänky. (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2008, hakupäivä 20.5.2014.) Unettomuuden hoidossa on keskeistä löytää hyvä unirytmia sekä mielen, ruumiin ja ympäristön rauha. Jotta nämä voidaan saavuttaa, unettoman täytyy itse paneutua tutkimaan sitä, mikä hänen elämässään heikentää elämän rytmisyyttä ja tuottaa ylivireyttä. (Kajaste ym. 2011, 84-87.) Kun yllämainituista muutoksista ei koeta hyötyä, lyhytaikainen unilääkitys saattaa olla tarpeen. Pitkäaikaista unettomuutta suositellaan hoitamaan ensisijaisesti ilman unilääkkeitä. (Käypähoito 2008, hakupäivä 9.9.2014.)

Ammattilaisilla tulee ottaa huomioon unettomuuden hoidonsuunnittelussa unettomuuden taustalla olevat syyt sekä unettomuuden kesto. Unettomuuden ja hoidon tuloksellisuuden arvioinnissa kannattaa käyttää kyselymenetelmiä esim. ”unettomuuden haitta-asteen arvio”-kysely tai ”uneen liittyvät haitalliset uskomukset ja asenteet”-kysely sekä unipäiväkirjaa, jolla voidaan selvittää mm. koetun unen laatua, unettomuusoireita, unirytmia ja sen vaihtelua sekä unilääkkeiden käyttöä. Kuitenkin akuutin ja tilapäisen unettomuuden hoidossa niitä kannattaa käyttää harkitusti, sillä huomion ei tulisi siirtyä liikaa unettomuuteen, vaan sen tulisi pysyä niissä asioissa, jotka ovat laukaisseet unettomuuden. (Järnefelt ym. 2012, 36-45.)

### 3.1 Unen huolto

Unen huolto tarkoittaa ohjeita, joilla voidaan vähentää unta heikentävää käyttäytymistä ja lisätä unta lisäävää käyttäytymistä. Se on usein osana unettomuuden kokonaishoitoa. Unen huollolla on tarkoitus tukea nukahtamisen ja unessa pysymisen perusedellytyksiä, jonka keskeisiä mekanismeja ovat unirytmien säännöllistäminen, rauhoittuminen ja rentoutuminen, riittävä palautuminen sekä unta ja vireyttä tukevat elämäntavat ja nukkumisolosuhteet. Unen huolto-ohjeita on runsaasti, joten olisi suotavaa, että potilas valitsee 2-3 ohjetta, joiden kohdalla on eniten korjattavaa ja seuraa niiden suunnan kehittymistä. (Järnefelt ym. 2012, 72,74.) Monet näistä unen huolto tavoista liittyvät kognitiivis-behavioraaliin menetelmiin.

#### 3.1.1 Elämäntavat

Elämäntapoja tarkastelemalla voi havaita ovatko ruokavalio, liikunta, kofeiinin, nikotiinin ja alkoholin käyttö oikeissa mittasuhteissa, sillä ne vaikuttavat uneen. Ruualla ja juomalla on suuri vaikutus uneen ja vireystilaan. Tietyt ruoka-aineet lisäävät uneliaisuutta ja toiset piristävät. Unta edistäviä ruoka-aineita ovat mm. ne jotka sisältävät tryptofaania, joka rauhoittaa hermostoa ja aivojen toimintaa. Sitä on seuraavissa ruoka-aineissa: maidossa, kotijuustossa, kanassa, kalkkunassa, pähkinöissä, kananmunissa, tummassa riisissä, kokojyvissä, linsseissä seesamin ja auringonkukan siemenissä sekä erityisesti manteleissa. Niiden imeytymisessä auttaa kalsium ja B6 vitamiini. Tryptofaaneja sisältävän iltapalan lisäksi aterialla tulisi olla hitaita hiilihydraatteja ja proteiineja sisältäviä ruokia, silloin elimistö rauhoittuu ja muuttuu uneliaaksi. Iltapalan tulisi olla kevyt ja ravitseva, koska täydellä vatsalla uni ei ole hyvää, vaikka nukahtaminen saattaakin silloin olla nopeaa. Unta häiritseviä ruokia ovat: alkoholi, jälkiruuat, sokerit ja makeutusaineet, sipuli, rasvaiset ja mausteiset ruuat, limonadit, kahvi ja kofeiinipitoiset aineet mm. tumma suklaa, energiajuomat, tumma tee. (Pihl ym. 2012, 92,100.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta on määrittänyt suomalaisille yleiset ravitsemussuositukset. Suosituksen mukaan pyritään siihen, että ruoka on maukasta, värikästä sekä monipuolista. Syöminen täytyy ottaa huomioon niin, että energian saanti vastaa omaa kulutusta. Hedelmiä, marjoja ja kasviksia täytyy syödä ainakin 500 g päivässä. Täysjyvävalmisteita ja vähäsuolaista ruisleipää suositellaan syödä päivittäin sekä peruna kuuluu jokapäiväiseen ruokavalioon. Päivittäin on hyvä juoda n. puoli litraa vähärasvaisia ja rasvattomia maitovalmisteita. Niitä voidaan täydentää myös vähärasvaisella ja vähäsuolaisella juustolla. Kalan syömistä suositellaan 2-3 kertaa viikossa. Nautaa, sikaa ja lammasta (punaista lihaa) sekä lihavalmisteita suositellaan syödä korkeintaan 500 g (kypsäpaino) viikossa, joista suositaan vähäsuolaisia ja -rasvaisia vaihtoehtoja. Öljypohjainen kastike kuuluu salaatteihin ja leivän päällä käytetään kasviöljypohjaista margariinia tai levitettä. Ruokavalioksi suositellaan sellaista, mikä sisältää vain vähän suolaa ja sokeria. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, haku päivä 2.3.2015.)

Kofeiinilla on piristävä vaikutus ja sen vaikutusaika on yksilöllistä. Sitä käytetään elintarvikkeissa sekä valmistusaineena että aromiaineena. Kofeiinin kohtuullisesta käytöstä ei katsota aiheutuvan terveysriskejä. Toksinen annos kofeiinia on 20mg/kg joka tarkoittaa esim.60kg painavalle aikuiselle 1200mg kofeiinia. Yli 15-vuotiaille ja aikuisille terapeuttinen hoitoannos on noin 300mg/vrk. Raskaana oleville naisille suositellaan vähentää kofeiinin kulutusta. (Evira 2015, haku päivä 3.3.2015.) Kofeiinin puoliintumisaika on noin 5-10 tuntia (Kajaste & Markkula 2011, 92). Sen pitkän vaikutusajan vuoksi, olisi hyvä välttää kofeiinin käyttöä iltapäivä kahden jälkeen. Illalla nautittuna se vähentää tärkeän syvänunen määrää, koska kofeiini siirtää syvänunen vaihetta myöhemmäksi (Pihl ym. 2012, 93).

Alkoholia ei suositella käytettävän ennen nukkumaanmenoa, sillä se aiheuttaa unen rakenteen häiriintymistä. Uni on alkoholin käytön vuoksi usein aamuyöstä katkonaista ja nukkumisaika lyhenee. (Järnefelt ym. 2012, 78.) Alkoholia käytettäessä, tulisi sitä välttää neljästä kuuteen tuntiin ennen nukkumaanmenoaikaa (Pihl ym. 2012, 94). Ravitsemus neuvottelukunnan suosituksen mukaan naisilla alkoholia ei tulisi ottaa enemmän kuin 10mg eli 1 annos päivässä ja miehillä 20

mg eli 2 annosta päivässä. 1 annos tarkoittaa esim. pieni pullo (33cl) keskiolutta tai lasi viiniä (12cl). Energiansaannissa alkoholin osuus saisi olla korkeintaan 5 energiaprosenttia. Raskaana olevien, imettävien naisten, lasten sekä nuorten ei tulisi käyttää alkoholia ollenkaan. Alkoholia ei tule käyttää joka päivä ja runsasta kertajuomista pitäisi välttää. Runsaalla kertajuomisella tarkoitetaan yli 5-6 annosta alkoholia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, hakupäivä 2.3.2015.)

Tupakkatuotteissa oleva nikotiini aiheuttaa fyysistä riippuvuutta, jonka aiheuttama riippuvuus on vakava sairaus. Tupakoinnilla on todettu olevan suuri kuolleisuus ja sairastumisriski. Terveystieteiden tutkimuskeskuksella on velvollisuus auttaa riippuvaista vieroituksessa ja tupakoinnin lopettamisessa. (Käypähoitosuositus 2012, hakupäivä 3.3.2015.) Tupakointia tulee välttää ennen nukkumaan menoa ja yöllä herätessä, sillä suurina määrinä ja rauhoittavan vaikutuksen mennessä ohi se nostaa vireystasoa. Tupakoijilla on todettu pidempi nukahtamisviive ja matalampi unitehokkuus, kuin ei-tupakoivilla. (Järnefelt ym. 2012, 77,78.)

Harrastamalla liikuntaa säännöllisesti, se lievittää unettomuuden, mielialanlaskun ja ahdistuksen oireita sekä lisää syvän unen vaihetta. Tärkeää on muistaa liikunnan säännöllisyys sekä sen oikea ajoitus. Raskasta liikuntaa suositellaan välttämään neljää tuntia ennen nukkumaan menoa, sillä sen aiheuttamat hormonaaliset muutokset aktivoivat elimistöä. Venyttely tai rauhallinen iltakävely voivat auttaa nukahtamisessa. (Pihl ym. 2012, 101,102.)

On tutkittu, että hyvin nukkuvilla henkilöillä kertaluontoinen liikunnan harrastaminen parantaa unta. He nukkuivat 9,9 minuuttia pidempään ja heräsivät 2.1 minuuttia myöhemmin liikuntasuorituksen jälkeen. Tutkimuksessa osoitettiin myös se, että tulokset ovat parempia unettomuudesta kärsivillä, kuin hyvin nukkuvilla henkilöillä. Merkittäviä tuloksia saatiin maltillisella aerobisella liikuntasuorituksella, kuten kävelyllä. Unettomilla nukahtamisviive laski 55%, heräämisaika laski 33%, nukkumisaika piteni 18% sekä unitehokkuus nousi 13% liikuntasuorituksen jälkeen. Säännöllinen liikunnan harrastaminen parantaa myös unta, käy ilmi tutkimuksessa, jossa tutkittiin kuusi kuukautta keski-ikäisiä kroonisesta primäärisestä unettomuudesta kärsiviä aikuisia. Heidän nukahtamisviiveensä pie-

neni, unen laatu nousi sekä he tunsivat itsensä levänneeksi yön aikana. (Soares Passos, Rollemberg Poyares, Goncalves Santana, Tufik, & Túlio de Mello 2012, hakupäivä 20.1.2015.) Liikunta, sauna, kuuma suihku tai kylpy nostaa kehon lämpötilaa, mikä aiheuttaa fysiologisen vastareaktion, eli kehon lämpötila laskee ja nukahtaminen on helpompaa (Järnefelt ym. 2012, 80).

Liikuntasuosituksen mukaan 18- 64 vuotiaille suositellaan reipasta kestävyysliikuntaa ainakin 2 tuntia ja 30 minuuttia viikossa tai vastaavasti rasittavaa liikuntaa 1 tunti ja 15 minuuttia viikossa. Liikunnan aikamäärät voidaan jakaa myös useampiin jaksoihin, mutta suositellaan vähintään 10 minuutin jaksoja kerrallaan. Esim. sauvakävely, pyöräily, vesijuoksu, aerobic ja reipas kävely luetaan reippaaksi kestävyysliikunnaksi. Tasapainoa ylläpitävää, nivelten liikkuvuutta sekä kehittäväää liikuntaa suositellaan yli 64-vuotiaille sen lisäksi että he harrastavat kestävyysliikuntaa. Lihaskuntoa sekä liikehallintaa ylläpitävää tai sitä lisäävää liikuntaa suositellaan kaikille aikuisille vähintään 2 krt/viikko. Näitä voivat olla esim. jumppa, kuntosaliharjoittelu ja tanssi. (Tarnanen, Kesäniemi, Kettunen, Kujala, Kukkonen-Harjula & Tikkanen 2015, hakupäivä 2.3.2015.)

### 3.1.2 Nukkumisympäristö

Hyvä nukkumisympäristö edistää unta. Nukkumisympäristön olisi hyvä olla rauhallinen ja käyttää sänkyä vain nukkumiseen ja rakasteluun. Makuuhuoneen tulisi olla viileähkö noin +20 astetta, sillä yleensä ihmiset nukkuvat silloin parhaiten. Kuitenkin liian kylmällä huoneella voi olla yhteys unettomuusoireisiin. Sopivasti pimennetty makuuhuone esim. pimennysverholla tai käyttämällä silmälappeja edistää hyvää unta. Jos kärsii ympäristön äänistä, voi hyötyä korvatulppien käytöstä tai kokeilla nukkua kahden tyynyn välissä. Rentoutusmenetelmien avulla, kuuntelemalla rauhoittavaa musiikkia tai muuta ympäristön ääniä peittävää ääntä, voi pyrkiä kasvattamaan omaa sietokykyään ympäristön äänille. Herätyskelloa suositellaan pitämään paikassa, josta sitä ei näe eikä kuule sen tikitystä. Näin siksi, sillä joillakin unettomilla on tapana tarkkailla nukuttua tai valvottua aikaa kelloa seuraamalla ja miettiä kuinka paljon vielä pitäisi nukkua. (Järnefelt ym. 2012, 80,81.)

Makuuhuoneen tulisi olla puhdas, rauhallinen, kodikas ja mukava. Televisio olisi syytä siirtää pois makuuhuoneesta, myös työpöytä ja tietokone olisi hyvä siirtää toiseen huoneeseen tai edes peittää näkyvistä esim. sermillä. (Pihl ym. 2012, 106.) Mitä enemmän sänkyyn ja makuuhuoneeseen liittyy kaikkea muuta, vaikka miellyttäviäkin toimintoja, sitä vähemmän ne vahvistavat ja tehostavat nukkumista (Järnefelt ym. 2012, 72).

### 3.2 Rentoutuminen

Rentoutuessa sympaattisen hermoston toiminta vähenee, parasympaattinen hermosto voimistuu ja aineenvaihdunta normalisoituu kudoksissa, mitkä ovat stressaantuneet. Elimistössä mikä on rentoutunut, välittäjäainejärjestelmät löytävät helpommin tasapainon ja oksitosiinin erityis lisääntyy. Oksitosiini nostaa kipukynnystä, vähentää stressiakselin toimintaa, lievittää ahdistusta sekä aktivoi aivoissa olevien opioidien eli morfiinien toimintaa. Näitä muutoksia voi saada lisäksi aikaan erilaisten aktiivisin, harjoiteltavissa olevin sekä tietoisten rentoutumismenetelmien kautta. Tällaisia menetelmiä ovat esim. hengitykseen perustuvat rentoutukset, progressiivinen rentoutuminen ("Lihasten vuoroittainen jännittäminen ja rentoutus"), autogeeninen rentoutuminen("rentoutus tavoitetaan itselle puhumalla ja keskittyen ruumiin tuntemuksiin"), meditaatio ("itsensä kuunteleminen") sekä mindfulness ("tietoisien läsnäolon tekniikat"). (Kajaste ym. 2011,102.)

Hengitystekniikoita on monenlaisia ja usein ensimmäisenä harjoitellaan syvähengitystä. Autonominen hermosto rauhoittuu, kun hengitämme tahdonalaisesti. Syvähengitystä voidaan käyttää monessa erilaisessa tilanteessa esim. kun kokee menettävänsä kontrollin käyttäytymiseen tai paniikkikohtaus uhkaa. Tuona hetkenä voi sanoa itselleen hiljaa "otan aikalisän, hengitän ensin 5 kertaa rauhallisesti sisään ja ulos, ennen sitä en sano mitään". Hengitysharjoitukset on mahdollista tehdä missä tahansa, niin että kukaan ei huomaa. (Kajaste ym. 2011, 100, 101.)



Mindfulness-harjoituksissa eli tietoinen läsnäolo-harjoituksissa pyritään siihen, että hengitystä ei muuteta, vaan annetaan mahdollisuus mielelle keskittyä hengitykseen. Erilaisia sanoja voi sanoa mielessä esim. sisään ja ulos, samalla pyrkien siihen että mieli pysyy rauhallisena ja keskittyy hengitykseen. Mielen harhaillessa, se palautetaan rauhallisesti takaisin ottamatta tätä hengitysharjoituksen epäonnistumisena. Samaan aikaan kun huomio palautetaan taas hengitykseen, laitetaan merkille minne mieli oli karkaamassa. Mielen harhailun kohteisiin on syytä paneutua päivällä uudelleen. Ne voivat olla hyvin tärkeitä asioita henkilölle itselleen. Tietoisella läsnäolo-harjoituksella pyritään siihen, että mieli vaeltaa vapaasti ilman pakonomaista keskittymistä johonkin erityiseen. (Kajaste ym. 2011,101, 102.)

Rentoutumaan voi oppia harjoittelemalla, mikä vahvistaa taitoja paremmiksi. Rentoutusharjoittelu voi pelkästään jo auttaa pienentämään unettomuudesta johtuvia haittoja. Tämä vaatii aikaa ja siihen liittyy myös omat ongelmakohtansa. Monet saattavat kokea ahdistuksen lisääntyvän tai tuntevat harjoitukset epämu-kavilta aloittaessaan ne. Monelle unettomalle on tyypillistä, että he eivät pysty irrottautumaan asioista, jotka ovat tekemättä tai ovat jääneet kesken. Jotkut saattavat kokea mindfulness tai progressiivisen harjoituksen kaltaisissa muo-doissa ajatusten lähtevän murheiden, huolten ja tekemättömien töiden perään juoksemaan. Silloin harjoitukset ovat haastavia. Tähän hetkeen olisi hyvä ottaa huolihetki, jolloin ajatus tyhjennetään häiritsevistä tekijöistä ja sen jälkeen pala-taan taas rentoutushetkeen. Tämän voi toistaa tarvittaessa. (Kajaste ym. 2011,102-104.)

### 3.3 Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät

Keskeisempiä hoitomenetelmiä kognitiivis-behavioraalisisessa hoidossa ovat unettomuuteen ja uneen liittyvä tiedonanto eli psykoedukaatio, unen huolto, be-havioraaliset ja kognitiiviset menetelmät sekä rentoutusharjoittelu. Toiminnalli-seen unettomuuden hoitoon suositellaan ensisijaisesti kognitiivis-behavioraalista hoitoa. Useiden tutkimusten mukaan unettomista 70-80 % hyö-tyy lääkkeettömistä hoitomuodoista. Hoidon teho säilyy tai jopa paranee aktiivi-

sen hoitajakson päättymisen jälkeen. Näyttöä on myös siitä, että perusterveydenhuollossa toteutettu unettomuuden lääkkeetön hoito on saanut aikaan merkittäviä tuloksia. (Järnefelt ym. 2012, 58,59.)

Kognitiiviset menetelmät perustuvat siihen, että useat emotionaalisen ja kognitiivisen aineksen prosessointitavat tuottavat kiihtynyttä vireystilaa, joka estää unen tulon (Kajaste ym. 2011, 112). Keskeinen osa unettomuuden kognitiivisessa hoidossa on näiden kognitioiden tutkiminen ja adaptiivisuuden sekä niiden joustavuuden lisääminen. Yksityiskohtien tutkailu on tärkeää silloin kun ihminen ei saa unta. Tätä kutsutaan kognitiiviseksi menetelmäksi. Kognitiolla tarkoitetaan yksilön ajatuksia, asenteita, uskomuksia, tiedon käsittelyä, opittua tietoa, mielikuvia ja muistia. Nämä kaikki tarkoittavat informaation prosessointia. Kognitiivisia menetelmiä käyttämällä tavoitellaan vähentämään unettomuuteen liittyvää ylivireyttä. Kognitiivisessa mallissa ajatuksilla, tunteilla, kehon reaktioilla ja toiminnalla on vaikuttava yhteys toisiinsa. Tämän mallin mukaan yksilö tekee tilanteesta tulkinnan eli ajatuksen, joka vaikuttaa keskeisesti tunteisiin, toimintaan ja fysiologisiin reaktioihin. (Järnefelt & Hublin 2012, 102,103.)

Unettomuuteen liittyvä haitallinen ajattelu on sen keskeinen ylläpitävä tekijä. Esimerkiksi ”pakko”-ajattelu, jossa henkilö voi ajatella näin: ”Minun on pakko nukkua kahdeksan tuntia yössä ollakseni virkeä seuraavana päivänä.” Tähän ajattelutyyliin liittyy vaihtoehdottomuus, ajatellaan että tilanteessa olisi vain yksi oikea ratkaisu. Tähän ei voida sanoa mitään tuntisuoritusta, kuinka paljon tarvitaan unta ollakseen seuraavana päivänä virkeä. (Järnefelt ym. 2012, 105,106.)

Haitallisten ajatusten hoidossa annetaan esimerkkejä haitallisista ajatusmalleista unettomuuteen liittyen, jonka jälkeen ajatusten käsittely ja työstäminen koostetaan seuraavanlaisesti: 1. Tunnistetaan yksilölliset haitalliset ajatukset, jotka liittyvät unettomuuteen. 2. Uudelleen arvioidaan haitallinen ajattelu. 3. Luodaan vaihtoehtoisia ajatusmalleja. 4. Sovelletaan vaihtoehtoisia ajatuksia käytännön elämässä. (Järnefelt ym. 2012, 109.)

Yleensä kun tutkaillaan tarkemmin unettomuutta, usein löydetään tunteita ja ajatuksia, jotka ovat aiheuttaneet vireystilan kohoamisen esimerkiksi unettomuudesta johtuva epätoivo, perhe tai työhuolet. Unettomilla voi nousta pintaan

vain ahdistus unettomuudesta ja siitä johtuvista seuraamuksista, eivätkä he välttämättä tunnista muita huolia, jotka vaikuttavat unettomuuteen. Yksittäiseksi toimivaksi todettu kognitiivinen menetelmä on huolihetki. (Kajaste 2008, haku-päivä 3.3.2015.) Ihmisen on tärkeää hyväksyä taipumuksensa huolestua erilaisista asioista ja lopettaa taistelu huolia vastaan. Huolihetken pitäminen on hyödyllinen silloin, kun asioita on tapana miettiä vuoteessa. Hetken tarkoitus on lopettaa päivän asioiden ja tulevaisuuden suunnitelmien miettiminen, jotta voi nukkua. Siihen voi varata illalla aikaa noin 15-30 minuuttia, pari tuntia ennen nukkumaan menoa ja kirjoittaa paperille murheita, huolia, tunteita, ideoita, ratkaisuja ja mitä tahansa jokapäiväisiä asioita. Niiden asioiden kohdalle, joihin keksii ratkaisun voi kirjoittaa sen ylös niin pitkälle kuin mahdollista. Joihin ei voi vaikuttaa mitenkään, niin sen asian voi jättää ajan, muiden ihmisten tai korkeimpien voimien hoidettavaksi. Menetelmän tarkoituksena on tunne siitä, että kaikki asiat ovat kontrollissa. Listaa voi lukea ääneen itselle, jolloin huolia voi tarkastella etäältä ja saada niihin etäisyyttä. Jos jokin kirjattu asia alkaa pyöriä mielessä vuoteessa, tulee sille sanoa mielessä jyrkästi ”Seis. Nyt ei ole aika käsitellä tätä asiaa. Voin palata siihen huomenna uudelleen. Nyt nukutaan.” (Pihl ym. 2012, 216.)

Uneton vertaa usein itseään muihin. Hän voi pitää itseään huonona ihmisenä, koska ei voi unettomuudesta johtuen suoriutua samalla tavalla luonnollisista päivän toiminnoista niin kuin muut. Pelkoja voi olla esim. työpaikkairtisanomisesta, koska ei suoriudu tehtävistään niin kuin ennen. Nämä ajatukset voivat olla jyrkkiä ja sisältävät ajatus vääristymiä, jonka kautta tulee huono olo. Unettomuudesta kärsivä voi kokea itsensä ainoaksi unettomaksi, vaikka todellisuudessa unettomuus on yleinen vaiva. (Kajaste ym. 2011, 113,114.) Psykkisen terveyden ylläpitämiseksi kuuluu tasapainoinen itsensä hyväksyminen. Kun mieli ei pysty toimimaan tasapainoisesti, sillä on yhteys psyykkisen toiminnan häiriöihin eli masennukseen, ahdistuneisuuteen sekä somatisaatiohäiriöihin. (Kajaste ym. 2011, 132.) Somatisaatiohäiriö ilmenee lukuisina erilaisina ruumiillisina vaivoina ja valituksina pidemmällä ajalla, joihin ei löydy riittävää somaattista selitystä (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2002, 136). Unettomuus liittyy näihin yllämainittuihin häiriöihin. Liiallisen vaatimustason lievittäminen on tärkeää unettomalle. Monella on liian korkea vaatimustaso

suoritusten suhteen, joka voi johtaa loppuun palamiseen. Esim. stressi, joka liittyy työhön voi aiheuttaa unen katkeilua, jos ei pysty vapauttamaan mieltään työstä silloin kuin ei sitä tee. Tällöin usein työ siirtyy sille ajalle, kun oikeasti pitäisi nukkua. Unenkatkeilusta taas johtuu päiväaikainen väsymys ja työtehon heikkeneminen. (Kajaste ym. 2011, 132.)

Ihmiselle on tärkeä kyky vastaanottaa välittämistä ja lämpöä toiselta ihmiseltä. Jos menneisyyteen liittyy jonkinlaista kaltoin kohtelua, tämä voi olla vaikeaa. Tämä tunne voi olla pelottava ja siihen tarvitaan apua. Yksi apukeino on harjoitella värien avulla. Voidaan etsiä jokin mielikuva väristä, joka kuvaa välittämistä, huolenpitoa, lämpöä ja myötätuntoa. Kuvitellaan että väri, joka kuvaa lämmintä ja välittävää huolenpitoa ympäröi kehon sitten sydämen sekä lopuksi valloittaa koko kehon. Tämän tarkoitus on, että lämpimän huolenpidon väri parantaa ja toivottaa hyvää. Harjoitus on mahdollista myös tehdä niin, että kuvittelee hahmon, joka pitää huolta. Tarkoituksena on luoda ainutlaatuinen lämpöä ja myötätuntoa levittävä hahmo. (Kajaste ym. 2011, 134,135.)

Itsensä hyväksyminen kokonaisvaltaisesti kaikkineen puutteineen ja virheineen on tärkeää. On erilaisia toimintamalleja miten saada hyvää oloa itselle sekä läheisilleen. Tämä tarkoittaa unettomuudesta kärsivälle, että hänen pitää hyväksyä itsensä huonosti nukkuvana eikä hän kritisoi itseään. Hänen täytyy selvittää, mikä aiheuttaa mielen ja kehon ylivireyden. Jos on työskennellyt eri tapojen kautta saadakseen unettomuuden hallintaan, eikä tulosta ole tullut, suositellaan sen jälkeen psykoterapiaa. Pyrkimyksenä on, että pystyttäisi kohtaamaan elämän erilaiset tilanteet ja vastaanottamaan niihin liittyviä tunteita. Tähän kuuluu pohdinta siitä, laukaiseeko jokin tilanne voimakkaita kokemuksia menneisyydestä. Tämän kautta voidaan muuttaa tapaa kokea asioita erilailla ja voidaan vähitellen paremmin. (Kajaste ym. 2011, 139.)

Behavioraalisten menetelmien mukaan psyykkisten ongelmien taustalla ovat haitalliset opitut käyttäytymistottumukset, joita voidaan korjata poisoppimisella. Ympäristön vaikutus käyttäytymiseen myös huomioidaan. Käytettäessä unettomuuden hoidossa behavioraalisia menetelmiä, tavoitteena on unta tukeva uni-rytmi, yksilöllinen ja yhtenäisempi uni sekä hyvät nukkumistottumukset, jotka

tukevat unen perusedellytyksiä ja hyvää sänky-uni-assosiaatiota. (Järnefelt ym. 2012, 92.)

Hyvällä sänky-uni-assosiaatiolla tarkoitetaan sitä, että nukkumaanmeno-aika, makuuhuone ja sänky yhdistyvät uneen ja nukkumiseen sekä auttavat nukahtamisessa. Huonolla sänky-uni-assosiaatiolla niihin on yhdistynyt muita toimintoja mm. pitkään lukemista, syömistä, töiden tekemistä, tv:n katselua ja huolien miettimistä. Huonoon sänky-uni-assosiaatioon liittyy myös kellon seuraaminen, unen yrittäminen ja unettomuudesta huolehtiminen. Kaikesta tästä voi seurata nukahtamisen ja unessa pysymisen heikentyminen. (Järnefelt ym. 2012, 80,81.)

Hyvän sänky-uni-assosiaation kannalta olisi hyvä mennä sänkyyn vasta uneliaana. On tärkeää oppia tunnistamaan, miltä uneliaisuus tuntuu. Sen merkkejä ovat mm. raskaat silmäluomet, kutiavat silmät (ns. unihiekkaa), raukea ja rento olo, haukottelu ja energian puute. Pelkkä väsymys ei aina tarkoita sitä, että pysyisi nukahtamaan. Sängyssä hereillä oleminen heikentää sänky-uni-assosiaatiota, joten sängyssä oloa tulisi rajoittaa siten, että siellä viettää vain sen ajan kun nukkuu, esim. nukkumisaika ennen unettomuuden alkua. Osa unettomista haluaa varmistaa nukkumisen viettämällä sängyssä pidemmän aikaa, vaikka nukkuvat vähemmän kuin ennen unettomuutta. Tämä voi ylläpitää unettomuutta, sillä usein uni-valverytmi häiriintyy. (Järnefelt ym. 2012, 82.)

Unen ja valveen vuorottelun lisäksi vireystila, hengitystiheys, verenpaine, ruumiinlämpö, hormonitoiminta, munuaisten ja maksan toiminta sekä ruuansulatus noudattavat selvää rytmiä luonnostaan. Unettomuuden hoidossa unen rytmittäminen on erittäin tärkeä tukipilari, jos rytmi rikotaan, unettomuuden hoito ei onnistu. Kun viettää vuoteessa saman ajan kuin silloin, kun on nukkunut hyvin, yleensä riittää. Sillä hyvin nukkuessaan ihminen noudattaa omaa luontaista rytmiään. Olisi hyvä selvittää esim. unipäiväkirjan avulla, kuinka paljon nukkuu, ja on vain sen verran vuoteessa. Valitse sopivan ajan nousta aamuisin ja noudattaa sitä sekä laskea vuoteeseen meno-aika, eikä mennä sinne aikaisemmin. (Kajaste ym. 2011, 96,97,99,100.)

Unettomuuden hoidossa käytettäviä behavioraalisia menetelmiä ovat: vuoteessaoloajan rajoittaminen, säännöllinen heräämisaika joka aamu samaan aikaan, nukkumaanmenoajan laskeminen vuoteessaoloajan ja heräämisajan perusteella, sängystä ylös nouseminen, jos uni ei ole tullut noin vartin kuluessa sekä vuoteessaoloajan muuttaminen esim. pidemmäksi, jos unitehokkuus ((nukuttu aika / vuoteessa vietetty aika) x 100 %) on noussut viikoittain tehdyssä arvioinnissa. (Järnefelt ym. 2012, 95-97.)

### 3.4 Tietoa unettomalle

#### *”5 § Potilaan tiedonsaantioikeus ”*

*”Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle.*

*Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta. ” (Laki potilaan asemista ja oikeuksista, 785/1992 5 §.)*

Suomessa toimii Uniliitto ry, jonka tarkoituksena on valvoa ja ajaa asioita niiden eduksi, jotka kärsivät nukkumiseen liittyvistä häiriöistä. Tarkoitus on myös edistää jäsentensä sekä heidän läheisten elämänlaatua. Uniliitto ry edistää tietoisuutta myös muulle väestölle vireystason vaikutuksesta, niin yöllä kuin päivällä, kuinka se vaikuttaa yleiseen elämänlaatuun ja henkiseen että fyysiseen elämänlaatuun. Toimintaan kuuluu järjestää neuvonta-, koulutus-, ja tiedotustilaisuuksia, jotta nämä päämäärät toteutuisivat. Uniliitto ry toimii myös osaksi hoidon-, kuntoutuksen-, ja muiden palveluiden turvaamiseksi potilaille, jotka kärsivät unihäiriöistä. (Uniliitto Ry 2015, hakupäivä 3.3.2015.) Uniliitto ry:llä on paikallisyhdistyksiä Helsingissä, Vantaalla, Pirkanmaalla, Päijät-hämeessä, Satakunnassa, Turussa ja Kuopiossa. Valtakunnallisia yhdistyksiä ovat Levottomat jalat-restless legs ry, Suomen narkolepsiaiyhdistys ry, Suomen unettomat ry,

Suomen uniapneayhdistys ry, Epätyypillinen unirytmä ry. Uniliitto ry:llä on tarjolla erilaisia terapia- sekä vertaistukiryhmiä. (Uniliitto ry 2015, hakupäivä 3.3.2015.) Internet-sivut ovat hyvin kattavat ja siellä on paljon tarpeellista asiaa unihäiriöistä kärsiville.

Ryhmän merkityksestä unettomalle on tehty tutkimus, joka kuvaa vertaistuen tärkeyttä. Laurean ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat olivat tehneet toiminnallisen opinnäytetyön, jossa he olivat teoriaperustan pohjalta tehneet unikoulun unihäiriöistä kärsiville potilaille. Unikoulun kokoontumiskertojen jälkeen osallistuneille oli tehty puolistrukturoitu ryhmähaastattelu, jossa arvioitiin avoimilla kysymyksillä mm. ryhmän merkitystä unikoulussa. Osallistujien vastausten perusteella unikoulu vertaistuen tarjoajana antoi mahdollisuuden puhua omasta ongelmasta ja kuunnella muiden kokemuksia. Ryhmä koettiin hyväksi jakaa kokemuksia ja omia keinoja unettomuuden hoidossa. Osallistujat saivat peilata omia kokemuksia muiden kokemuksiin, mikä koettiin auttavan oman ongelman suhteuttamisessa. (Masalin & Venho 2012, 34,35.)

#### 4 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimuksella on aina jokin tarkoitus tai tehtävä, koska se ohjaa valintoja tutkimusstrategian osalta. Tutkimuksen tarkoitus voi olla kartoittavaa, selvittävää, kuvailevaa tai ennustavaa. Kuitenkin on mahdollista, että tutkimuksessa voi olla useampia kuin yksi tarkoitus sekä se voi muuttua tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 137-138.) Tutkimuksen tavoite ilmaisee näkökulman hyödyntämiseen, eli sen mitä hyötyä tutkimuksesta tulee olemaan (Tuomi & Sarajärvi 2011, 157).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata unettomuudesta kärsivien työikäisten kokemuksia lääkkeettömistä hoitomuodoista. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa lääkkeettömistä hoitomuodoista tietoa, jota voitaisiin hyödyntää hoitoalan opinnoissa ja koulutuksissa. Tutkimus toteutettiin avoimella verkkokyselylomakkeella, jossa kysyttiin millaisia lääkkeettömiä hoitokeinoja unettomat ovat käyttäneet sekä miten he ovat kokeneet niiden toimivuuden.

Tutkimukseen täytyy löytää juoni tai johtoajatus, jonka mukaan voidaan kiteyttää tutkimuksen pääongelma. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan tutkimusongelman sijasta tutkimustehtävästä, joka asetetaan yleisellä tasolla. Tehtävä saattaa muuttua tutkimuksen edetessä, joten siihen tulee varautua. (Hirsjärvi ym. 2009, 126.) Tutkimustehtävänä oli vastata kysymykseen: millaisia kokemuksia työikäisillä unettomilla on unettomuutensa lääkkeettömistä hoitomuodoista.



## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 5.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tutkimus toteutettiin avoimella verkkokyselylomakkeella työikäisille, jotka kärsivät tai ovat kärsineet unettomuudesta sekä ovat käyttäneet lääkkeitöntä hoitomuotoa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata unettomuudesta kärsivien työikäisten kokemuksia lääkkeettömistä hoitomuodoista.

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on kokonaisvaltaista tutkimusta, jonka aineisto kerätään todellisissa ja luonnollisissa tilanteissa. Tässä tutkimuksessa tutkija katsoo omia havaintojaan tutkittavassa kohteessa ja luottaa niihin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään monitahoiseen ja yksityiskohtaiseen tarkasteluun, jossa saadaan henkilökohtaista näkökulmaa. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, satunnaisotosta ei käytetä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei välttämättä tarvita läheistä kontaktia tutkittaviin. (Hirsjärvi ym. 2004, 155,183.)

### 5.2 Aineiston keruu

Kyselytutkimuksissa etuna pidetään laajan tutkimusaineiston keräystä. Menetelmä on tehokas, koska se säästää tutkijan vaivannäköä ja aikaa, sillä huolellisesti laadittu kyselylomake voidaan lähettää suurelle kohdejoukolle. Heikkouksina kyselylomakkeessa pidetään lomakkeeseen vastaamattomuutta eli vastauskatoa sekä vastaajien motivaatiota ja rehellisyyttä vastata huolellisesti lomakkeeseen. Mahdollisia väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida. Toimivan lomakkeen tekeminen vaatii paljon aikaa sekä tutkijalta monenlaista tietoa ja taitoa. (Hirsjärvi ym. 2004, 184.)

Sähköistä kyselyä laatiessa tarvitaan jokin sovellusohjelma, jonka pohjalta määräytyy millaiseksi kysely muodostuu. Paperilomakkeeseen verrattuna sähköinen kyselylomake mahdollistaa uudenlaiset visuaaliset ja vuorovaikutteiset elementit sekä laadullisen ja määrällisen tutkimuksen yhdistäminen. Sähköinen kysymi-

nen mahdollistaa vapaapalautekysymysten tai avokysymysten hyödyntämisen suuressa vastaajamäärässä. (Ronkainen & Karjalainen 2008, 7, 29.)

Tutkimuksen aineisto kerättiin avoimella kyselylomakkeella (liite 2), joka muutettiin webropol -ohjelmalla verkkokyselylomake muotoon. Avoimella kyselylomakkeella tarkoitetaan lomaketta, jossa esitetään kysymys ja jätetään tyhjä tila vastausta varten (Hirsjärvi ym. 2004, 187). Webropol -ohjelmalla tehtiin yksi monivalintakysymys ja seitsemän avointa kysymystä, joihin tutkimukseen osallistuja pystyi kirjoittamaan niin paljon tekstiä kuin halusi. Kyselyssä kysyttiin asioita, jotka ovat merkityksellisiä tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kanssa. Tutkimuksen viitekehyksestä, tutkittavasta ilmiöstä ja tiedetystä tiedosta täytyy löytyä perustelu kysymyksiin (Tuomi ym. 2011, 75).

Tutkimukseen osallistujalla oli mahdollisuus jättää omat yhteystiedot mahdollista lisähaastattelua varten. Verkkokyselylomakkeen liitteeksi tehtiin saatekirje (Liite 1). Saatekirjeessä kerrottiin oleelliset asiat, jotka koskivat tutkimusta, joista tutkimukseen osallistuva ymmärsi verkkokyselyn tarkoituksen. Uniliitto ry:n koti- ja Facebook -sivuilla julkaistiin linkki, jonka kautta pääsi vastaamaan verkkokyselyyn. Verkkokyselyn vastaamisaika oli kolme viikkoa.

### 5.3 Aineiston analysointi

Tutkimusaineiston analysointiin käytettiin aineistolähtöistä sisällön analyysiä. Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä, joka tarkastelee inhimillisiä merkityksiä tekstistä. Osa sisällönanalyysillä toteutetuista tutkimuksista perustuvat maailmasuhteeseen, jolloin oleellista on näkymättömän ymmärtäminen. Ajatus on, että ei ole sellaista pistettä tai paikkaa, jonka kautta ihminen voisi nähdä enemmän kuin hän kokemuksensa kautta voi ymmärtää. Oleellisinta on ymmärtää, että totuuden kysymys ei ole oleellisinta, vaan todellisuuden tajuaminen inhimillisenä ajattelutapana on. (Tuomi ym. 2011, 104.) Tutkimuksen analyysimenetelmäksi sopi hyvin sisällönanalyysi, koska kysymyslomakkeen kautta saadusta aineistosta haettiin inhimillisiä merkityksiä ja sen kautta haluttiin ymmärtää ihmisten kokemuksia unettomuuden lääkkeettömistä hoitomuodoista.

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kuultujen, nähtyjen tai kirjoitettujen sisältöjen analyysiä väljänä teoreettisena kehyksenä, useimmat eri nimillä kulkevat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat tavalla tai toisella sisällönanalyysiin. Laadullisessa tutkimuksessa täytyy ottaa selvä linja mihin tutkimus rajataan ja kertoa siitä kaikki mahdollinen. Mistä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita, näkyy tutkimusongelmasta, tutkimustehtävästä ja tarkoituksesta. Näiden täytyy olla linjassa raportoidun kiinnostuksen kohteen kanssa. Aineisto täytyy käydä läpi ja merkitä sekä erottaa asiat, jotka kiinnostavat, jonka jälkeen loput jäävät pois tutkimuksesta. Merkityt asiat täytyy kerätä yhteen ja erilleen muusta aineistosta. (Tuomi ym. 2011, 108.)

Aineiston sisällön analyysissä lähdettiin etenemään induktiivisen mallin mukaan. Sisällön analyysissä voidaan edetä aineistosta lähtien eli induktiivisesti tai deduktiivisesti eli jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä, jonka mukaan aineistoa luokitellaan (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Tutkijalla on tavoitteena paljastaa odottamattomia asioita induktiivisessa analyysissä. Lähtökohtana on yksityiskohtainen sekä monitahoinen tarkastelu. Tutkija ei määrää sitä mikä on tutkimuksessa tärkeää, vaan sen määrää aineisto. (Hirsjärvi ym. 2004, 155.)

Sisällönanalyysiin tulee määritellä analyysiyksikkö ennen analyysin aloittamista. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus, joka voi myös sisältää useita lauseita. Tutkimustehtävä ja aineiston laatu ohjaavat analyysiyksikön valintaa. (Tuomi ym. 2009, 110.) Tutkimuksen analyysiyksiköksi valittiin: kokemukset unettomuuden lääkkeettömistä hoitomuodoista. Analyysiyksikön valintaan vaikutti asetettu tutkimustehtävä työikäisten kokemuksista unettomuutensa lääkkeettömistä hoitomuodoista sekä kvalitatiivisella menetelmällä kerätty aineisto henkilökohtaisista kokemuksista aiheeseen liittyen.

Tutkijalle selviää analyysivaiheessa millaisia vastauksia hän saa ongelmiin. Voi myös käydä niin, että selviää miten ongelmat olisi oikeasti pitänyt asettaa. Aineistoa voidaan kerätä sekä analysoida samanaikaisesti. Analysointi täytyy aloittaa heti aineiston keräämisen jälkeen, sillä aineisto inspiroi vielä tutkijaa ja sitä voidaan helposti täydentää ja selventää tarvittaessa. (Hirsjärvi ym. 2004, 209,211,212.)

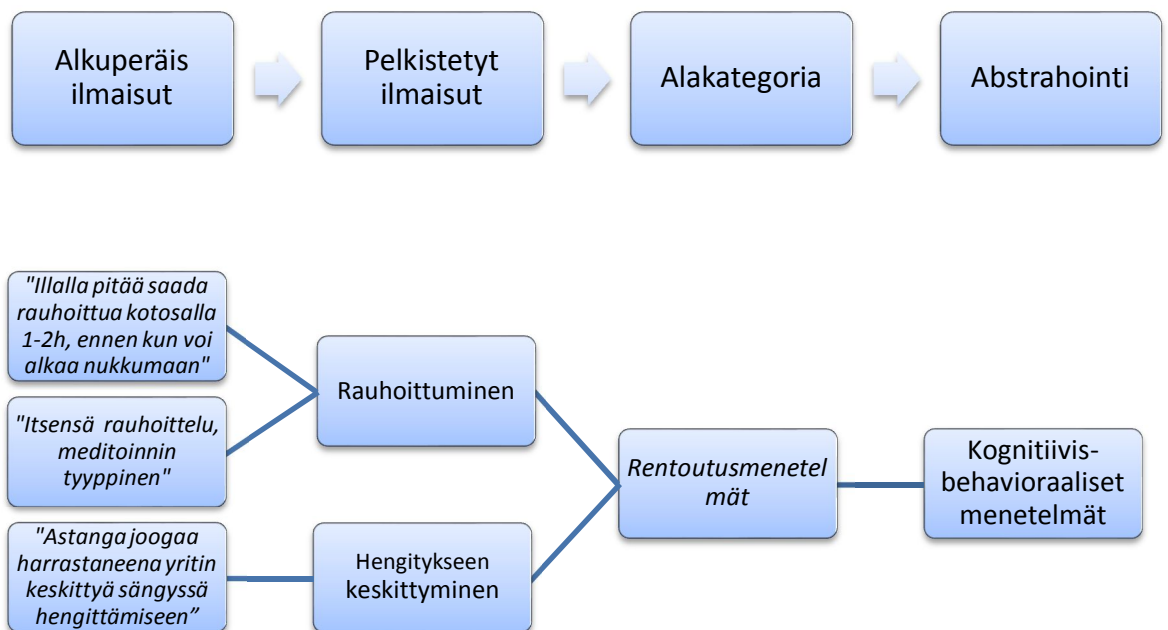
Aineistolähtöisen aineiston analyysi jaetaan kolmevaiheiseksi prosessiksi, aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Aineiston redusoinnissa informaatio esim. auki kirjoitettu haastatteluaineisto tai muu asiakirja analysoidaan, joka pelkistetään niin että tutkimukselle epäolennainen karsitaan pois. Se voi olla informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Klusteroinnissa käydään läpi aineistosta tulleita alkuperäisilmauksia ja etsitään eroavaisuuksia ja/tai samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Tässä vaiheessa tutkimuksen perusrakenteelle luodaan pohja ja tutkittavasta ilmiöstä luodaan alustavia kuvauksia. Abstrahointi on prosessi jossa muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto, ja tämän tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi ym. 2011, 108-113.)

Tutkimusaineisto tulostettiin vastaus vastaukselta paperiversioksi, minkä jälkeen aineisto luettiin useaan kertaan läpi. Aktiivisella lukemisella on tarkoitus luoda pohja analyysille (Kyngäs ym. 1999, 5). Aineisto pelkistettiin kirjoittamalla

alkuperäisilmaisuja isoille kartongeille avoimesta kyselylomakkeesta. Niistä etsittiin samankaltaisia kokemuksia, joista muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja. Seuraavaksi aineisto ryhmiteltiin, eli pelkistetyistä ilmaisuista tehtiin alakategorioita sekä samalla aineistoa abstrahoitettiin eli käsitteellistettiin.

Aineistoa ryhmiteltäessä on tarkoitus yhdistää pelkistetyistä ilmauksista yhteen ne asiat, jotka näyttävät kuuluvan samaan kategoriaan. Ilmaisut, joilla tarkoitetaan samaa, tulee yhdistää samaan kategoriaan ja kategorialle annetaan nimi, joka kuvaa hyvin sen sisältöä (Kyngäs ym. 1999, 5). Seuraavalla sivulla on esimerkki (kuvio 2) alkuperäisilmauksista, pelkistetyistä ilmaisuista, alakategoriasta sekä abstrahoinnista, joilla havainnoidaan aineiston analyysin etenemistä.

Esimerkki tutkimuskysymyksestä: kuvaile käyttämiäsi lääkkeettömiä hoitomuotoja.

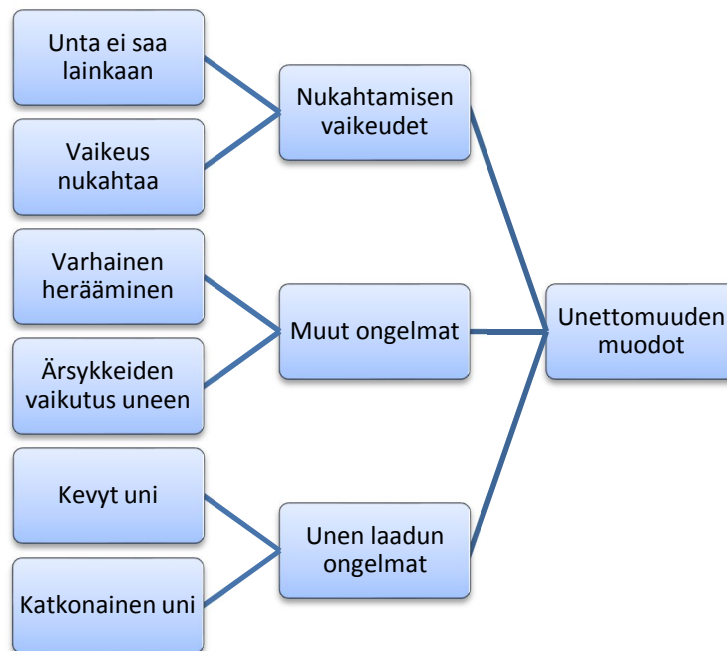


Kuvio 2. Esimerkki sisällön analyysin kulusta

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Avoimen verkkokyselylomakkeen vastausten perusteella voidaan sanoa, että tässä tutkimuksessa naiset kärsivät unettomuudesta enemmän kuin miehet. Kyselyyn saatiin kolmetoista vastausta, joista vastanneesta kaksi oli miehiä ja suurin osa eli yksitoista oli naisia. Vastaajien keskimääräinen ikä oli 45 vuotta ja unettomuuden kesto 4 vuotta ja 4 kuukautta.

### 6.1 Unettomuuden muodot



Kuvio 3. Unettomuuden muodot

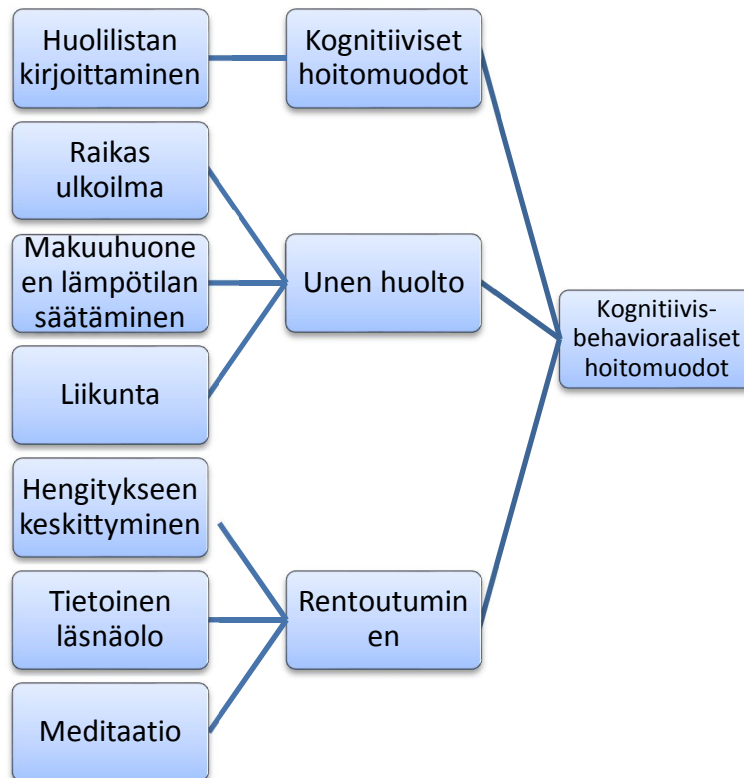
Ensimmäinen kysymys käsitteli millaista unettomuus on. Tutkimuksessa selvisi, että eniten kärsitään huonosta unen laadusta, joista yleisimmäksi oli koettu katkonainen yöuni. Toiseksi eniten koettiin olevan vaikeuksia nukahtamisessa, jolloin unta ei saatu lainkaan tai oli vaikea nukahtaa. Unettomuuden muodoissa ilmeni myös muita ongelmia, kuten varhain heräämistä ja ärsykkeiden vaikutusta uneen (kuvio 3).

*”Uni kestää vain kaksi tuntia ja sen jälkeen ei uni tule millään uudelleen, ja jos tulee niin herään taas kahden tunnin päästä ja joskus lähden samoilla silmillä töihin.”*

*”Yöllä herään aina klo 3-4 aikoihin, enkä sen jälkeen saa unta ennen kuin alkaisi olla heräämisen aika, jolloin nukuttaisi tosi paljon.”*

*”Erityisesti Sunnuntain ja Maanantain välisenä yönä on hankalaa saada unta.”*

## 6.2 Käytetyt lääkkeettömät hoitomuodot



Kuvio 4. Käytetyt lääkkeettömät hoitomuodot

Toisessa kysymyksessä vastaajat kuvailivat käyttämiään lääkkeettömiä hoitomuotoja (kuvio 4). Näitä hoitomuotoja käytettiin useita erilaisia ja toiset keinot sopivat toisille paremmin. Eniten käytettiin Kognitiivis-behavioraalisia hoitomuotoja. Näitä olivat kognitiiviset hoitomuodot, unenhuolto ja rentoutuminen. Vastauksista ilmeni että kognitiivisista hoitomuodoista käytettiin eniten huolilistan kir-

joittamista. Unen huollon keinoja mainittiin useasti, joita olivat esim. liikunta, raikas ulkoilma ja makuuhuoneen lämpötilan säätäminen sopivan viileäksi. Vastauksissa tuli esille myös meditaatiota, hengitykseen keskittymisen ja tietoisien läsnäoloharjoituksen keinoja, jotka kuuluvat rentoutuminen-alakategoriaan.

Tutkimukseen osallistuneiden kesken oli myös käytetty seuraavia unen huoltoon liittyviä hoitomuotoja. Vastaajat kertoivat nauttivansa lämmintä kofeiinitonta juomaa iltaisin, käyvänsä saunassa sekä käyttävänsä pimennysverhoja makuuhuoneessa. Muita hoitokeinoja olivat maadoituslakanan käyttäminen vuoteessa, sähkölaitteiden poistaminen makuuhuoneesta ja luontaislääkinnän keinot (akupunktio, homeopatia, vyöhyketerapia).

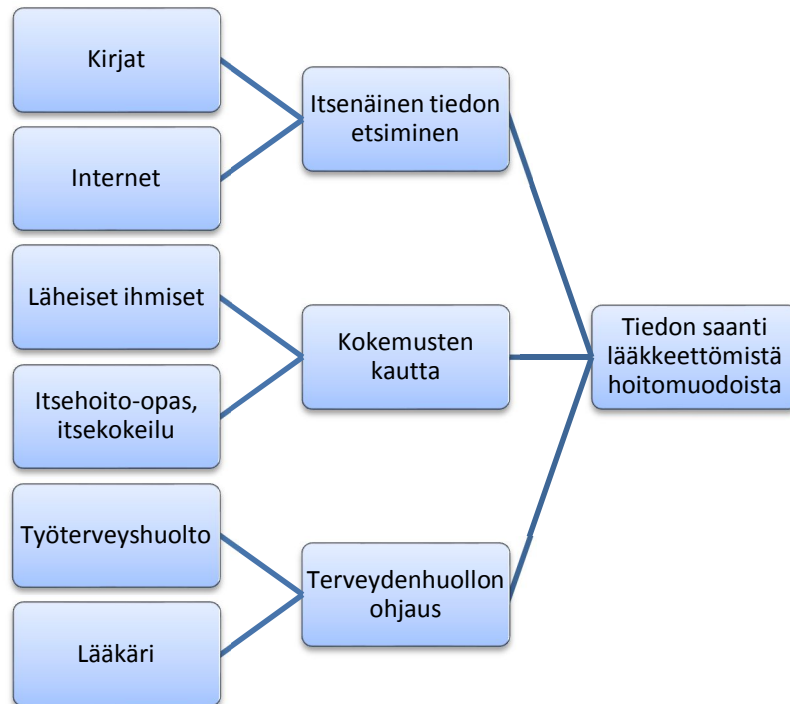
*”Mieltä painavat asiat on hyvä käydä mielessä läpi hyvissä ajoin ennen nukkumaan menoa. Kun asiat palaavat mieleen sängyssä ja niitä alkaa vatvomaan on hyvä tiedostaa ne ja sanoa itselle: ”nyt olen sängyssä ja minun ei tarvitse näitä asioita miettiä ja murehtia”.*

*”Huolipäiväkirjan ja –hetken pitämistä minulle suositeltiin, mutta stressiä aiheuttanut työvaihe oli niin intensiivinen, ettei siinä oikein kyennyt rajaamaan huolia vain tietyille hetkille.”*

*”Iltakävely, raitis ilma ja sauna jonkin verran helpottaa.”*



## 6.3 Tieto lääkkeettömistä hoitomuodoista



Kuvio 5. Tieto lääkkeettömistä hoitomuodoista

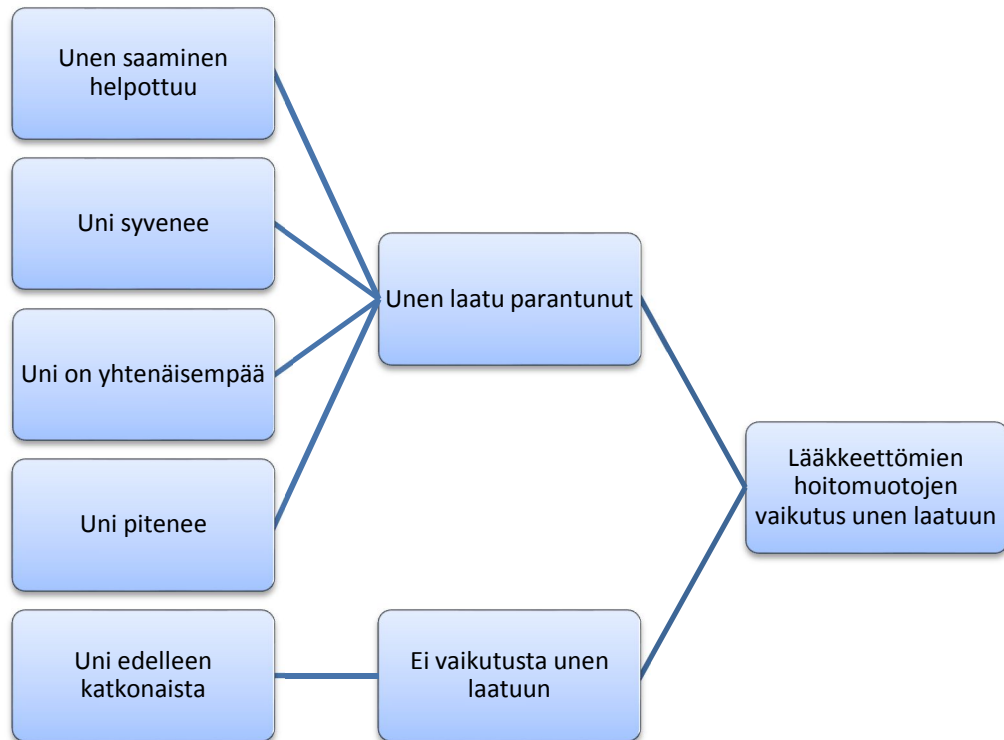
Kolmannessa kysymyksessä vastaajilta kysyttiin mistä he olivat saaneet tietoa lääkkeettömistä hoitomuodoista. Kyselyyn vastanneista suurin osa oli saanut tietoa lääkkeettömistä hoitomuodoista itsenäisesti tietoa etsimällä esim. kirjoista ja Internetistä (kuvio 5). Toiseksi eniten he kokivat saaneensa tietoa terveydenhuollon ohjauksen kautta, joita olivat työterveyshuolto ja lääkäri. Vastauksista tuli myös ilmi, että tietoa oli saatu kokemusten kautta ystäviltä ja sukulaisilta sekä itse testaamalla. Vastauksista ilmeni kuitenkin kokemuksia, ettei terveydenhuollossa anneta kaikille riittävää tietoa lääkkeettömistä hoitomuodoista.

*”Unettomuutta käsittelevistä kirjoista ja terapeuteilta.”*

*”Itsehoitoon kannattaisi kannustaa enemmän, eikä pelkästään unihygienia ohjeistusta. Itse koin kamalana, jos joku kehtasi tulla sanomaan että ”oletko siivonnut makuuhuoneen, vaihtanut lakanat, tuulettanut” kun en ollut nukkunut puoleen vuoteen.”*

*”En ainakaan terveydenhuollosta”*

## 6.4 Lääkkeettömien hoitomuotojen vaikutus unen laatuun



Kuvio 6. Lääkkeettömien hoitomuotojen vaikutus unen laatuun

Neljännessä kysymyksessä saatiin vastauksia aiheesta, kuinka lääkkeettömät hoitomuodot ovat vaikuttaneet unen laatuun. Suurin osa vastanneista oli kokenut lääkkeettömien hoitomuotojen parantavan unen laatua. Tämän kautta unen saaminen oli helpottunut, nukkuminen pidentynyt, uni oli syvempää sekä yhtenäisempää (kuvio 6). Unen laadun parantuminen oli vaikuttanut siihen, että aamulla olo oli virkeämpi hyvin nukutun yön jälkeen. Kokemuksia oli myös etteivät lääkkeettömät hoitomuodot vaikuttaneet unen laatuun lainkaan.

*”Nukun syvää unta keskeytyksittä ja herään virkeänä.”*

*”Nukahdan helposti. Jos herään yöllä, nukahdan yleensä pian uudelleen. En käy enää öisin wc:ssä. Olen aamulla pirteä enkä väsynyt kuin ennen. Pärjään hieman lyhyemmillä yönillä, koska nukun todella sikeästi.”*

*”Edelleen tahtoo olla hyvin katkonaista uni.”*

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata unettomuudesta kärsivien työikäisten kokemuksia lääkkeettömistä hoitomuodoista. Aineistoa saatiin kerättyä sen verran, että opinnäytetyön tutkimustehtävään saatiin riittävä vastaus. Unettomuudesta kärsivät olivat vastanneet avoimen verkkokyselylomakkeen avulla kysymyksiin enemmän kuin odotettiin.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta työikäisten naisten kärsivän enemmän unettomuudesta kuin työikäisten miesten. Myös kansallisessa FINRISKI 2012 terveystutkimuksessa (vrt. Borodulin ym. 2013) oli tutkittu naisten kärsivän prosentuaalisesti useammin unettomuudesta kuin miesten.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että suurin osa unettomuudesta kärsiviä oli yli 50-vuotiaita, sekä loput vastaajista oli alle 40-vuotiaita, keski-ikä ollessa 45 vuotta. Tämän perusteella voidaan todeta, että unettomuus oli yleisempää iäkkäämmillä. Uniliitto ry (2014,11) toteaa ikääntymisen vaikuttavan unen laatuun, jolloin esimerkiksi kyky nukkua yhtäjaksoisesti heikkenee.

Tutkimukseen osallistuneet olivat kärsineet unettomuudesta keskimäärin 4 vuotta, joka on kroonista unettomuutta. Duodecim & Unitutkimusseura ry:n (2008) mukaan krooniseksi unettomuudeksi luetaan unettomuus, joka on kestänyt yli kolme kuukautta. Sen mukaan 12-15% aikuisista kärsii kroonisesta unettomuudesta. Tämä on meidän mielestä asia, johon tulisi puuttua hyvissä ajoin, jotta välttyttäisiin inhimillisiltä kärsimyksiltä sekä säästettäisiin yhteiskunnan varoja.

Tämän tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että unettomuus voi ilmetä erilaisina muotoina. Yleisimmäksi muodoksi havaittiin unen laadun ongelmat, josta yleisin oli katkonainen yöuni, jonka koettiin vaikuttavan unen laatuun. Kajasteen ym. (2011,68,71) mukaan unettomuutta tuottaa keskeisesti krooninen ylivireys. Uni katkeaa helposti, koska tärkeissä ja uhkaavissa tilanteissa on parasta olla valpas, sekä siksi koska uni kevenee noin puolentoista tunnin välein sisäisen rytmin vuoksi.

Kognitiiviset hoitomuodot, unen huolto ja rentoutuminen todettiin käytetyimmiksi lääkkeettömiksi hoitomuodoiksi, jotka kuuluvat kognitiivis-behavioraalisiin hoitomuotoihin. Kognitiivisesta hoitomuodosta eniten käytettiin huolilistan kirjoittamista, unen huollosta liikuntaa sekä rentoutumismenetelmistä mm. hengitykseen keskittymistä ja tietoista läsnäoloharjoittelua. Tutkimukseen osallistujat käyttivät huolihetkeä yhtenä hoitomuotona, josta Pihl ym. (2012, 216) kertovat kirjassaan, että huolihetken tarkoitus on lopettaa tulevaisuuden ja suunnitelmien miettiminen, jotta voi nukkua. Liikunnan on todettu lyhentävän unettomilla nukahtamisviivettä, parantavan unen laatua sekä lisäävän tunnetta siitä että on levähtänyt yön aikana, todetaan Soares Passos ym. (2012) tutkimuksessa. Meidän tutkimuksen perusteella liikuntaa oli käytetty yhtenä suosittuna lääkkeettömänä hoitomuotona, jonka hyödyllisyyden edellinen tutkimus paljastaa. Kolmas käytetyimmistä hoitumuodoista oli rentoutusmenetelmät. Kajaste ym. (2011, 102) kuvaavat erilaisia rentoutumisen keinoja ja kertoo, että pelkästään rentoutusharjoittelun auttavan pienentämään unettomuudesta johtuvia haittoja.

Osallistujat olivat saaneet tietoa unettomuuden lääkkeettömistä hoitumuodoista ensisijaisesti itse tietoa etsimällä mm. kirjallisuudesta. Tutkimuksesta ilmeni kokemuksia, että kaikki eivät olleet saaneet riittävästi tietoa lääkkeettömistä hoitumuodoista terveydenhuollossa. Potilaan tiedonsaantioikeus-lain (Laki potilaan asemista ja oikeuksista, 785/1992 5 §) mukaan potilaan tulisi saada tarvittava selvitys terveydentilastaan ja eri hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista. Lain tarkoituksena on että kaikki henkilöt, myös unettomat, saavat tarvittavan hoidon, jota osa tutkimukseen osallistuneista eivät kokeneet saaneensa. Lain ja vastausten perusteella voidaan todeta, että terveydenhuollossa tulisi lisätä lääkkeettömistä hoitovaihtoehdoista kertomista ja niiden käyttöön kannustamista.

Lääkkeettömien hoitomuotojen kautta oli koettu unen laadun parantuvan. Uni oli syvempää ja yhtäjaksoisempaa sekä unen saaminen oli helpottunut ja nukkuminen pidentynyt. Tutkimustulosten mukaan vähäisessä määrin oli koettu, että lääkkeettömät hoitomuodot eivät olleet vaikuttaneet millään lailla unen laatuun. Kysymykseen lääkkeettömien hoitomuotojen vaikutuksesta unen laatuun oli vastattu laajasti, mutta unen laadun ilmaiseminen oli jäänyt vähäiseksi. Osa

vastaajista oli ymmärtänyt kysymyksen erillä tavalla kuin odotettiin. Vastaukset eivät täysin olleet tässä kysymyksessä sitä mitä haettiin. Kysymys oli, kerro kuinka lääkkeettömät hoitomuodot ovat vaikuttaneet unesi laatuun. Tähän kysymykseen kyselylomakkeessa osa oli vastannut, mikä lääkkeetön hoitomuoto oli auttanut eniten unettomuuden hoitoon. Kyselylomakkeesta ilmeni seuraavallaisia vastauksia:

*”Akupunktio ja hypnoosi tosi hyvin pidemmäksi aikaa..  
Vyöhyketerapia samaten myös.”*

*”Tuonut enemmän keinoja vaikuttaa asiaan.”*

*”Toinen lääkkeetön asia, jolla on selvästi positiivista vaikutusta unen laatuun on kylmässä vedessä uiminen ja ulkoilu.”*

Tämän kysymyksen mukaan, johon saatiin osittain erilaisia vastauksia kuin odotettiin, olisi kysymys voitu muotoilla uudelleen. Tämän muutoksen myötä olisi mahdollisesti saatu enemmän tarkentavia vastauksia aiheesta. Tästä huolimatta, että kaikki eivät olleet ymmärtäneet kysymystä oikein, saatiin kuitenkin riittävästi vastauksia tutkimuksen onnistumisen kannalta.

## 8 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa reliabelius ja validius ovat saaneet erilaisia tulkintoja verratessa kvantitatiiviseen tutkimukseen. Näitä termejä: reliabelius ja validius pyritään välttämään kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Koska esimerkiksi käsite validius on epäselvä, sillä kaikki ihmistä ja kulttuuria koskevat kuvaukset ovat ainutlaatuisia. Tutkimuksessa täytyy arvioida luotettavuutta ja pätevyyttä, vaikka kyseisiä termejä ei käytettäisi. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijoiden tulee selostaa tarkka kuvaus tutkimuksen kaikista vaiheista. Kun aineistoa tuotetaan, olosuhteet tulisi kertoa selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 216, 217.)

Tutkimuksen luotettavuutta lisää yhteistyö Uniliitto ry:n kanssa. Uniliitto ry:lle lähetettiin kyselylomake nähtäväksi ja arvioitavaksi ennen sen julkaisua. Kyselylomakkeet laitettiin Internetiin Uniliitto ry:n koti- ja sen facebook -sivuille, koska ne päivittyvät usein sekä ihmiset löytävät sivuille helposti nykyaikaisen sosiaalisen median avulla. Tätä kautta unettomuudesta kärsivät pystyivät löytämään kyselylomakkeen ja vastata tärkeään aiheeseen.

Tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt avoimen verkkokysely lomakkeen kysymyksen, ”Kerro, kuinka lääkkeettömät hoitomuodot ovat vaikuttaneet unesi laatuun” muokkaaminen eri muotoon. Tähän kysymykseen saatiin tarpeeksi vastauksia tutkimuksen onnistumisen kannalta, mutta muokkauksen myötä tarkentavia vastauksia olisi saatu enemmän. Tämä olisi pitänyt huomata hyvissä ajoin, ennen avoimen verkkokyselylomakkeen julkaisua.

Työssä käytettiin luotettavia lähteitä, joita etsittiin Lapin ammattikorkeakoulun tiedonhakuportaalien kautta, joita ovat esimerkiksi: EBSCO:Academic search elite, Elsevier: ScienceDirect ja PubMed. Tietoa haettiin myös ammattilaisten käyttämien sivujen kautta kuten terveystietä, käypähoito -suositukset sekä THL. Kirja- sekä nettilähteet olivat pääsääntöisesti tuoreita lähteitä eli alle 10 vuotta.

Tutkimusetiikka on hyvää tieteellistä käytäntöä, jossa tiedeyhteisö ohjaa sisäisesti itse itseään. Tutkimusta ohjaavat eettiset periaatteet, joiden tarkoitus on estää ennakkoon huono tieteellinen käytös. Tutkijoiden toiminta perustuu lainsäädäntöön, yleisesti sosiaalisiin normeihin ja eettisiin periaatteisiin. (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2010, hakupäivä 20.05.2014.)

Aihetta valittaessa uni, unettomuus ja sen hoito todettiin eettiseksi aiheeksi. Sairaanhoitajan ammatissa unen tärkeydestä ja sen rakenteesta kertominen kuuluu hoitotyöhön. Potilaan unettomuuden ottaminen vakavasti ja sen hoitamiseen keskittyminen ovat tärkeitä seikkoja ammattia harjoittaessa. Alla on otteita sairaanhoitajan eettisistä ohjeista.

*”Sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen.”*

*”Hän antaa terveyttä koskevaa tietoa väestölle ja lisää ihmisten kykyjä hoitaa itseään.”* (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 2014, hakupäivä 24.3.2015.)

Tutkimusaiheen valitsemisessa on mietittävä tutkimuksen eettisyyttä. Tutkittavalle on kerrottava tutkimuksen luonne ja tavoite sekä korostaa että vastaaminen on vapaaehtoista. Arkaluontoisia tietoja kysyttäessä tutkija pyrkii selvittämään itselleen tarvitseeko tutkimus kaikkia tietoja vai voidaanko arkaluontoiset asiat minimoida. Ovatko tiedot niin arvokas lisä tutkimukseen, että se oikeuttaisi menemään liian lähelle tutkittavan yksityisyyttä. Tutkijan on otettava huomioon käsiteltäessä tietoja kaksi tärkeää käsitettä: luottamuksellisuus ja anonymiteetti eli henkilöä ei voida tunnistaa tutkimuksessa. (Eskola & Suoranta 2008, 52-56.)

Tutkijan on turvattava osallistujan itsemääräämisoikeus eli tutkittavalla on vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen millä hetkellä tahansa. On otettava huomioon tutkittavan elämäntilanne esim. hoitosuhteessa oleva potilas voi kokea tutkimuksen velvollisuutena. Tutkittavalle on kerrottava selvästi tulostenjulkaisuista, että hänen tietonsa tulevat tutkimukseen julkaistavaksi mutta anonymyminä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177, 178.)

Tutkimus oli kaikille vapaaehtoinen ja tutkimuksesta pystyi kieltäytymään milloin vain. Tutkimustiedot kerättiin avoimella verkkokyselylomakkeella, niin että vastaaja tiesi, ettei häntä voitu yhdistää tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuva henkilö pystyi halutessaan antamaan omat yhteystiedot tutkijoille, mahdollista lisähaastattelua varten.



## 9 POHDINTA

Unettomuus on yleistä Suomessa sekä muualla maailmalla. Unilääkkeiden haittavaikutuksista puhutaan paljon, mutta kuitenkin niitä tarjotaan ensisijaisesti terveydenhuollossa. Unilääkkeiden tilalle tarvittaisiin enemmän kannustusta erilaisiin lääkkeettömiin hoitomuotoihin, jotka ovat pidemmällä aikavälillä parempia. Opinnäytetyön aihevalinta on herättänyt paljon kiinnostusta suunnittelun alkuvaiheesta lähtien, siitä millaisia erilaisia lääkkeettömiä hoitumuotoja on tarjolla unettomuuden hoitoon.

Nykypäivän kiire, tavoitteet ja suuret odotukset voivat olla merkittäviä tekijöitä, miksi unettomia on paljon. Vielä muutamia vuosia sitten unen laatuun liittyvät ammattimaiset seurannat kuuluivat vain ammattilaisille. Viime aikoina markkinoille on kuitenkin tullut yhä enemmän unen seuraamiseen liittyviä mittareita, joilla voidaan mitata muun muassa unen laatua, syvyyttä ja pituutta. Mittareiden hankkiminen on tullutkin kuluttajien kesellä helpoksi, ja mediassa tieto leviää nopeasti. Tästä herääkin kysymys: ”Lisääkö aktiivinen unen seuranta mahdollisesti unettomuutta ja stressiä?” sekä ”Lisääkö se riippuvuutta elimistön toiminnan seuraamiseen?”. Ihmiset seuraavat yhä enemmän mittareiden avulla omia toimintojaan, tässä voikin olla yksi syy siihen, miksi ei nukuta.

Tutkimuksen aiheasuuntaus päätettiin keväällä 2014. Aluksi oli tarkoitus tutkia kroonisesti unettomuudesta kärsiviä työkäisiä, mutta lopulta päätettiin ottaa tutkimukseen mukaan kaikki unettomuudesta kärsivät työkäiset. Suunnitelmana oli tehdä ensin tutkimus haastatteluna, mutta haasteeksi tuli kuinka saataisiin tarpeeksi haastateltavia tutkimukseen. Teoriapohjaa alettiin kirjoittaa heti keväällä 2014, jonka jälkeen opinnäytetyön tekeminen sai monen kuukauden kesätauon. Syksyllä 2014 saatiin opinnäytetyön suunnitelma hyväksytyksi ja saman tien alettiin tehdä avointa verkkokyselylomaketta, joka julkaistiin Uniliitto Ry:n Internet- ja facebook- sivuilla marraskuussa 2014. Tutkimukseen osallistuneita ei voitu tunnistaa missään vaiheessa tutkimuksen tekoa. Heillä oli mahdollisuus olla vastaamatta kysymyksiin tai keskeyttää kokonaan kyselyyn vastaaminen. Kun kyselylomake oli ollut esillä kolme viikkoa ja aineisto saatu kerättyä, se analysoitiin joulukuu 2014 ja maaliskuu 2015 aikana. Sisällön analyysin ym-

märtäminen koettiin haastavana sekä luotettavien ja mahdollisimman tuoreiden lähteiden etsimiseen kului aikaa enemmän kuin kuviteltiin. Unettomuudesta oli hyvin erilaisia lähteitä, mutta paljon oli liian vanhoja tutkimuksen luotettavuuden kannalta.

Yhteistyö opinnäytetyön tekemisessä on sujunut joustavasti ja kumpikin on pitänyt kiinni sovitusta aikatauluista ja opinnäytetyöhön liittyvistä sopimuksista. Työn tekemiselle oli hyvä luoda tavoitteet, mitä milloinkin tehdä, jotta saatiin selville kuinka edetä seuraavalla työkerralla. Työtä tehdessä tuli miettineeksi terveydenhuoltoa, onko heillä tarpeeksi aikaa siihen että he kannustaisivat unettomuudesta kärsiviä lääkkeettömiin hoitomuotoihin. Ensisijaisesti on varmasti helppo antaa unilääkkeet ja usein unettomuuden hoito voi jäädä siihen. Hoitohenkilökunnalla on suuri rooli ohjata ja kannustaa unetonta potilasta kokeilemaan lääkkeettömiä hoitumuotoja. Uskomme, että unettomuudesta kärsivät ja hoitohenkilökunta saisivat enemmän kiinnostusta lääkkeettömiin hoitomuotoihin, jos niiden vaikutuksia tutkitaan lisää esimerkiksi unettomuudesta kärsivien kokemusten kautta. Tulevina sairaanhoitajina haluttaisiin tukea ensisijaisena vaihtoehtona lääkkeettömiä hoitumuotoja ja tuoda niitä julki työssä.

Apteekki- ja farmaseuteille tehdyssä kyselyssä kävi ilmi, että he kokevat unilääkkeitä määrättävän liikaa ja liian pitkäksi aikaa. Asiakkaat kyselivät eniten ilman reseptiä saatavista valmisteista, riippuvuudesta, lääkkeen jatkuvasta käytöstä sekä lääkkeen käytöstä, tehosta, vaikutuksista ja toleranssinkehitymisestä. Kahdeksan prosenttia apteekki- ja farmaseuteista oli saanut asiakkailta kysymyksiä vaihtoehtoista unilääkkeille ja lääkkeettömistä hoitomuodoista. Suurin osa apteekki- ja farmaseuteista oli vastannut täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämään: ”unettomuuden lääkkeettömät hoitomuodot ja ohjeet ovat minulle tuttuja”. Puuttuminen unettomuuden hoidon ongelmiin apteekissa ovat heikot, joten yhteistyön tehostaminen lääkäreiden, apteekkihenkilökunnan ja hoitajien välillä antaisi mahdollisuuden ehkäistä unilääkkeisiin liittyviä ongelmia. (Tiihonen, Nordlund, Nousiainen, Hartikainen, Sepponen & Ahonen 2013, 75.)

Tutkimuksessa kävi ilmi osallistujien unettomuuden kestoksi keskimäärin 4 vuotta. Unettomuuden hoidossa pääpaino on saada unettomuus hoidettua

mahdollisimman nopeasti, jotta se ei pitkity. Suurin osa vastaajista koki, ettei saanut tietoa lääkkeettömistä hoitomuodoista terveydenhuollosta. Jatkotutkimuskohteeksi voitaisiin ehdottaa sen tutkimista, kuinka terveydenhuoltohenkilökunta (lääkärit, hoitajat, farmaseutit) puuttuu unettomuudesta kärsivän potilaan unettomuuden hoitoon. Toisena jatkotutkimuskohteena voisi olla, kuinka tieto unettomuuden lääkkeettömistä hoitomuodoista saataisiin helposti ja nopeasti terveydenhuoltohenkilökunnalta potilaalle.

## LÄHTEET

- Arnedt, J., Cuddihy, L., Swanson, L., Pickett, S., Aikens, J., & Chervin, R. 2013. Randomized Controlled Trial of Telephone-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia. Viitattu 23.2.2015  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3571746/>
- Pihl, S. & Aronen, AM. 2012. Unen taidot. 1. painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Borodulin, K., Levälähti, E., Saarikoski, L., Lund, L., Juolevi, A., Grönholm, M., Jula, A., Laatikainen, T., Männistö, S., Peltonen, M., Salomaa, V., Sundvall, J., Taimi, M., Virtanen, S. & Vartiainen, E. 2013. Kansallinen FIN-RISKI 2012 –terveystutkimus Osa 2: Tutkimuksen taulukkoliite. Viitattu 23.2.2015  
<https://www.julkari.fi/handle/10024/114942>
- Daley, M., Morin, C.M., LeBlanc, M., Gregoire, J.P., Savard, J. & Baillargeon, L. 2008. Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents. Viitattu 6.3.2015  
[http://ac.els-cdn.com/S1389945708001160/1-s2.0-S1389945708001160-main.pdf?\\_tid=840d4dc0-c3e8-11e4-9de9-00000aacb35e&acdnat=1425636594\\_0a2d65615393d4c9ddcf74b0f831f908](http://ac.els-cdn.com/S1389945708001160/1-s2.0-S1389945708001160-main.pdf?_tid=840d4dc0-c3e8-11e4-9de9-00000aacb35e&acdnat=1425636594_0a2d65615393d4c9ddcf74b0f831f908)
- Duodecim lääketietokanta. Uneton potilas päivystyksessä. Viitattu 23.2.2015  
[http://ez.lapinamk.fi:2052/terveysportti/dlr\\_laake.koti](http://ez.lapinamk.fi:2052/terveysportti/dlr_laake.koti)
- Elintarviketurvallisuusvirasto Evira 2015. Kofeiinia sisältävien elintarvikkeiden varoitus- ja käyttö-ohjemerkinnot. Viitattu 3.3.2015  
<http://www.evira.fi/portal/fi/elintarvikkeet/valmistus+ja+myynti/pakkausmerkinnat/varoitusmerkinnat+ja+kayttoohjeet/kofeiinia+sisaltavien+elintarvikkeiden+varoitus+ja+kayttoohjemerkinnot/>
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8.painos. Jyväskylä:Gummerus.
- Hetta, J., Axelsson, S. & Eckerlund, I. 2010. Behandling av sömnbesvär hos vuxna. Viitattu 11.3.2015  
<http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=15302>
- Hiller, R., Johnston, A., Dohnt, H., Lovato, N. & Gradisar, M. 2014. Assessing cognitive processes related to insomnia: A review and measurement guide for Harvey's cognitive model for the maintenance of insomnia. Viitattu 6.3.2015  
<http://ez.lapinamk.fi:2089/science/article/pii/S1087079214001300?np=y>

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004, 2009. Tutki ja kirjoita. 15,10., osin uudistettu painos. Jyväskylä: Tammi.
- Hublin, C. & Järnefelt, H. 2012. Työikäisten unettomuuden hoito. Tampere: Tammerprint Oy.
- Kajaste, S. 2008. Kognitiiviset menetelmät kroonisen unettomuuden hoidossa. Viitattu 3.3.2015  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01074>
- Kajaste, S. & Markkula, J. 2011. Hyvää yötä apua univaikeuksiin. 2.painos. Helsinki: Kirjapaja.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Karjalainen, A. & Ronkainen, S. 2008. Sähköä kyselyyn! Web-kysely tutkimuksessa ja tiedonkeruussa. Rovaniemi: Lapinyliopistopaino.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Hoitotiede vol. 11, no 1/1999.
- Käypähoito 2008. Unettomuus. Viitattu 9.9.2014  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50067>
- Käypähoito 2012. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Viitattu 3.3.2015  
<http://www.treatobacco.net/en/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/Finland%20treatment%20guidelines%20in%20Finnish%202012.pdf>
- Laki potilaan asemista ja oikeuksista 17.08.1992/785. Viitattu 18.2.2015  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P5>
- Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2002. Psykiatria. Porvoo: WSOY.
- Masalin, J. & Venho, L. 2012. Kognitiivisten ja toiminnallisten menetelmien käyttö unettomuuden hoidossa. Laurea- ammattikorkeakoulu. Otaniemi. Opin näytetyö. Viitattu 4.3.2015  
[http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49783/Masalin\\_%20Jenni%20ja%20Venho\\_Liisa.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49783/Masalin_%20Jenni%20ja%20Venho_Liisa.pdf?sequence=1)
- Ozminkowski, R.J., Wang, S. & Walsh, JK. 2007. The direct and indirect costs of untreated insomnia in adults in the United States. Viitattu 10.3.2015  
[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17425222](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17425222)
- Partinen, M & Riikola, T. 2008. Unettomuus. Viitattu 18.02.2015  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=khp00075#NaN>
- Partinen, M. 2009. Unesta terveyttä. Viitattu 18.02.2015  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00112&p\\_teos=onn&p\\_selaus=9513](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00112&p_teos=onn&p_selaus=9513)

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

Partinen, M. 2014. Hyvä uni no: 1/2014.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 2014. Viitattu 24.3.2015  
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/amatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Soares Passos, G., Rollemberg Poyares, D., Goncalves Santana, M., Tufik, S. & Túlio de Mello, M. 2012. Is exercise an alternative treatment for chronic insomnia. Viitattu 20.1.2015  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3370319/>

Stressforskningsinstitutet 2012. Om sömn, hur vet hjärnan när den ska sova. Viitattu 9.3.2015  
<http://www.stressforskning.su.se/stress-s%C3%B6mn/om-stress-s%C3%B6mn/om-s%C3%B6mn>

Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2008. Unettomuus. Viitattu 20.5.2014  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=ECFE092FC306DF9DC28A0FCBCDC238A7?id=hoi50067#s13>

Tarnanen, K., Kesäniemi, A., Kettunen, J., Kujala, U., Kukkonen- Harjula, K. & Tikkanen, H. 2010. Liikunta on lääke(liikunta-suositus.) Viitattu 2.3.2015.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00077&p\\_teos=khp&p\\_osio=109&p\\_selaus=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00077&p_teos=khp&p_osio=109&p_selaus=)

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2015. Viimeisen kuukauden aikana pitkäaikaisesti tai toistuvasti unettomuutta kokeneiden osuus 25 - 64-vuotiaista työllisistä. Viitattu 23.2.2015  
<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu/grafiikkasivu?eventGraph=41>

Tiihonen, M., Nordlund, S., Nousiainen, S., Hartikainen, P., Sepponen, K. & Ahonen, R. 2013. Dosis vol. 29 n:o 2/2013.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 7., uudistettu painos. Vantaa: Tammi.

Uniliitto ry 2014. Uniutiset 1/2014.

Uniliitto ry 2015. Mikä on uniliitto ry. Viitattu 3.3.2015  
<http://www.uniliitto.fi/>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014. Suomalaiset ravitsemussuositukset.  
Viitattu 2.3.2015

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuositukset/suomalaiset+ravitsemussuositukset/>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014. Terveyttä ruoasta - suomalaiset ravitsemussuositukset. Viitattu 2.3.2015

[http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuositukset\\_2014\\_fi\\_web.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.pdf)

Woznica, A.A., Carney, C.E., Kuo, J.R. & Moss, T.G. 2014. The insomnia and suicide link: toward an enhanced understanding of this relationship. Viitattu 6.3.2015

[http://ac.els-cdn.com/S1087079214001038/1-s2.0-S1087079214001038-main.pdf?\\_tid=2c4bc634-c3f7-11e4-b43f-00000aacb35f&acdnat=1425642889\\_def3fbf22beb8eecf76ca1214eb941c7](http://ac.els-cdn.com/S1087079214001038/1-s2.0-S1087079214001038-main.pdf?_tid=2c4bc634-c3f7-11e4-b43f-00000aacb35f&acdnat=1425642889_def3fbf22beb8eecf76ca1214eb941c7)

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2010. Tutkimusetiikkaa ja lakipykälää.  
Viitattu 20.5.2014

[http://www.fsd.uta.fi/fi/laki\\_ja\\_etiikka/etiikka\\_lait.html](http://www.fsd.uta.fi/fi/laki_ja_etiikka/etiikka_lait.html)

## LIITTEET

- Liite 1. Saatekirje
- Liite 2. Avoin verkkokyselylomake



SAATEKIRJE

KEMI 26.11.2014

## HYVÄ TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJA

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Lapin ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä unettomuuden lääkkeettömistä hoitomuodoista. Tutkimuksen kohteena ovat työikäiset, 18-64 -vuotiaat henkilöt, jotka ovat jossain elämänsä vaiheessa käyttäneet unettomuuteen jotain lääkkeetöntä hoitomuotoa. Opin- näytetyössämme ja kyselyssä lääkkeettömillä hoitomuodoilla tarkoitamme kaik- kia niitä unettomuuden hoidon keinoja, joita ei lueta lääkkeiksi.

Kyselyn avulla saadaan tärkeää tietoa vastaajien kokemuksista lääkkeettömistä hoitomuodoista ja niiden toimivuudesta. Tätä tietoa voidaan hyödyntää hoito- työssä ja opetuksessa sekä ohjauksessa.

Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Antamanne vas- taukset käsittelemme nimettöminä, joten kyselyyn osallistujia ei voida tunnistaa tutkimuksessamme.

Kyselyyn vastaamisaika on 26.11.2014 - 10.12.2014.

Vastauksenne on meille hyvin tärkeä tutkimuksen onnistumisen kannalta. Opin- näytetyö tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Vastaamme mielellämme mahdollisiin kysymyksiinne. Kiitos tutkimukseen osal- listumisesta.

Ystävällisesti Lapin ammattikorkeakoulun opiskelijat Julia Laitala ja  
Jenni Koppelo

## KYSELYLOMAKE

1. Sukupuoli

Nainen \_\_\_\_

Mies \_\_\_\_

2. Ikä \_\_\_\_\_ vuotta

3. Kuinka kauan unettomuus on kestänyt \_\_\_\_\_ vuotta \_\_\_\_\_ kuukautta

4. Kuvaile millaista unettomuutesi on

5. Kuvaile käyttämiäsi lääkkeettömiä hoitomuotoja

6. Mistä sait tietoa lääkkeettömistä hoitomuodoista?

7. Kerro kuinka lääkkeettömät hoitomuodot ovat vaikuttaneet unesi laatuun

8. Mitä muuta haluat kertoa aiheesta?

Jos koet, että haluat kyselyn lisäksi kertoa kokemuksistasi enemmän, voit antaa yhteystietosi (puhelinnumero tai sähköpostiosoite) yhteydenottoamme varten  
Yhteystiedot:

Kiitos tutkimukseen osallistumisesta!

