

Eve Keskinen ja Pekka Torvi

Uneton toimintaterapiassa

Vaikuttavia menetelmiä unettomuuden hoitoon

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti (AMK)

Toimintaterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

7.4.2017

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Eve Keskinen ja Pekka Torvi Uneton toimintaterapiassa: vaikuttavia menetelmiä unettomuuden hoitoon 48 sivua + 3 liitettä 7.4.2017
Tutkinto	Toimintaterapeutti (AMK)
Koulutusohjelma	Toimintaterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Toimintaterapia
Ohjaaja(t)	Lehtori Jennie Nyman Lehtori Riitta Keponen
<p>Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, mitä vaikuttavia menetelmiä työikäisten unettomuuden hoitoon löytyy, ja miten menetelmät ovat hyödynnettävissä toimintaterapiassa. Vaikka uni ja lepo ovat toimintaterapian viitekehysten mukaan alueita, joihin toimintaterapeutin tulisi puuttua, ei työikäisten unettomuuden hoitoa ole toimintaterapian alalla juuri tutkittu. Unettomuuden hoito osana toimintaterapiaa on perusteltua, sillä unettomuusoireilla on laaja-alaiset haitalliset vaikutukset ihmisen toiminta- ja suorituskykyyn.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin integroivana kirjallisuuskatsauksena. Aineistoon valittiin yhteensä kymmenen tutkimusartikkelia, jotka oli julkaistu vuosina 2012–2017. Niistä viisi sisälsi satunnaiskontrolloidun tutkimusasetelman ja loput viisi olivat systemaattisia kirjallisuuskatsauksia. Tulokset muodostuivat kahdeksasta erilaisesta lääkkeettömästä menetelmästä. Valtaosassa menetelmiä oli joko kognitiivisia tai behavioraalisia piirteitä, tai näiden yhdistelmiä. Ainoastaan yhdessä tutkimuksessa vertailtiin toimintaterapeuttien toteuttamia interventioita. Teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä aineistosta etsittiin vastauksia menetelmien mahdollisesta hyödynnettävyydestä toimintaterapiassa. Viimeisessä vaiheessa opinnäytetyön tulokset esiteltiin neljälle kentällä työskentelevälle toimintaterapeutille.</p> <p>Sisällönanalyysin ja keskustelusta saadun palautteen perusteella esitellyt unettomuuden hoitomenetelmät ovat hyvin hyödynnettävissä toimintaterapiassa. Toimintaterapeutti voi työskennellä asiakkaan kanssa tukeakseen tämän lepoa sekä valmistautumista ja osallistumista nukkumiseen. Lepoa ja nukkumista parantavat interventiot voivat sisältää rauhoittavien toimintojen lisäämistä, unta tukevan nukkumiskäyttäytymisen edistämistä sekä toimintasuunnitelmien laatimista yöllisten heräämisten varalle.</p> <p>Tämä opinnäytetyö täydentää uneen ja unettomuuteen liittyvää toimintaterapian tutkimusta. Lisää tutkimusta tarvitaan, jotta työikäisten unettomuuteen kohdistuvia interventioita voidaan kehittää. Toimintaterapeuteilla on vaadittavaa osaamista palauttavan unen edistämiseksi: toimintaterapiassa voidaan hyödyntää ymmärrystä ihmisen, ympäristön ja toiminnan vuorovaikutuksesta, rutiineista sekä toiminnallisesta tasapainosta.</p>	
Avainsanat	uni, unettomuus, toimintaterapia, integroiva kirjallisuuskatsaus

Author(s) Title Number of Pages Date	Eve Keskinen, Pekka Torvi Sleepless in Occupational Therapy: Effective Interventions for Primary Insomnia 48 pages + 3 appendices Spring 2017
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Occupational Therapy
Specialisation option	Occupational Therapy
Instructor(s)	Jennie Nyman, Senior Lecturer Riitta Keponen, Senior Lecturer
<p>The purpose of this Bachelor's thesis was to identify efficacious interventions for insomnia in working-age adults and to examine how these interventions may be applied in the domain of occupational therapy. Despite being areas of occupation in Occupational Therapy Practice Frameworks, sleep and rest remain overlooked in occupational therapy. The need for addressing insomnia symptoms within occupational therapy is clearly demonstrated by the detrimental impact of insomnia on an individual's overall functioning and health.</p> <p>The integrative literature review includes five randomized controlled trials and five systematic reviews published between 2012 –2017. The results comprised of eight different interventions mainly with a cognitive or behavioral basis. Only one research paper compared interventions delivered by an occupational therapist. A theory-based content analysis of the research and review papers was conducted to explore the possible application of the interventions within occupational therapy practice. A discussion was held in the final phase of the thesis to present the findings to four practicing occupational therapists.</p> <p>Based on the data analysis and feedback of the discussion, the interventions are well-suited for treating insomnia symptoms in occupational therapy practice. An occupational therapist can work with the client to promote sleep preparation, participation and rest. Strategies involve improving sleep behavior, creating an action plan in case of trouble falling asleep after nighttime waking and increasing engagement in restful occupations.</p> <p>This thesis adds to the growing body of research on sleep in occupational therapy. More research in the field of occupational therapy is needed to develop and evaluate interventions targeting insomnia. Occupational therapists have the know-how to promote restful sleep through the understanding of routines, environment and occupation. To treat insomnia, it is important for therapists to consider the reciprocal relationship of sleep and occupation that affects sleep performance.</p>	
Keywords	sleep, insomnia, occupational therapy, integrative literature review

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Uni	3
2.1	Mitä uni on?	3
2.2	Miksi nukumme?	4
3	Unettomuus	6
3.1	Unettomuuden luokittelu	6
3.2	Altistavat, laukaisevat ja ylläpitävät tekijät	7
3.3	Kognitiivis-behavioraalinen viitekehys	9
4	Toimintaterapian näkökulmia	12
4.1	Uni ja toimintaterapia	12
4.2	Uni toimintana AOTA:n mukaan	14
4.3	Unen ja toiminnan suhde	15
4.3.1	Unettomuuden vaikutus toimintaan	16
4.3.2	Toiminnan vaikutus uneen	18
5	Integroiva kirjallisuuskatsaus	20
5.1	Aineiston keruu ja laadun arviointi	20
5.2	Aineiston analyysi	25
5.3	Näyttöön perustuva toimintaterapia	26
6	Tulokset	29
6.1	Unettomuuden hoidossa käytetyt menetelmät	29
6.2	Menetelmien hyödynnettävyys toimintaterapiassa	33
6.3	Keskusteluosion yhteenveto	35
7	Johtopäätökset	37
8	Pohdinta	40
	Lähteet	43
	Liitteet	
	Liite 1. Lyhenteet	
	Liite 2. Tutkimusartikkelien koontitaulukko	

1 Johdanto

Unettomuus niin oireena kuin unihäiriönä on lisääntyvä ongelma, joka koskee etenkin työtätekevää väestöä (Kronholm ym. 2008: 54; Partonen 2011: 123; Kronholm ym. 2016: 454). Suomalaisessa väestötutkimuksessa havaittiin, että kolmannes aikuisista kärsii ajoittain unettomuusoireista. 10-15%:lla unettomuuteen liittyi toimintakyvyn häiriöitä. Pitkäkestoista unettomuutta taas esiintyi 12%:lla aikuisista. (Duodecim 2015.)

Unettomuusoireiden kasvava yleisyys ja niiden hoito asettavat haasteita niin perusterveydenhuollolle kuin työterveyshuollolle. Käypä hoito -suositusten (2015) mukaan unettomuuden hoidon lähtökohtana ovat lääkkeettömät menetelmät, mutta niiden saatavuudessa terveydenhuollossa on vielä parantamisen varaa (Järnefelt ym. 2016). Unettomuuden hoitoon tulisi panostaa myös sen aiheuttamien välillisten kustannusten takia, jotka syntyvät lisääntyneen hoidon tarpeen ja ennenaikaisen eläköitymisen kautta (Haaramo 2014: 11–12).

Työikäisten unettomuutta ja sen hoitoa on tutkittu laajasti, mutta toimintaterapian alalla tutkimus on vähäistä. Koska uniongelmat ovat merkittävä toiminta- ja työkykyä sekä elämänlaatua heikentävä tekijä (Duodecim 2015), on sitä perusteltua tarkastella toimintaterapian näkökulmasta. Uniongelmien hoitoon liittyvä tiedon ja tutkimuksen tarve toimintaterapian alalla on tunnistettu kansainvälisesti (Fung – Wiseman-Hakes – Stergiou-Kita – Nguyen – Colantonio 2013: 386; Leland – Marcione – Schepens Niemic – Fogelberg – Kelkar 2014: 141).

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää unettomuuden vaikutuksia ihmisen toimintaan sekä sitä, minkälaisia työikäisten unettomuuden hoitoon käytettäviä, vaikuttavia menetelmiä on olemassa ja miten ne soveltuvat toimintaterapiaan. Taustalla vaikuttavana kunnianhimoisena tavoitteena on myös samalla kasvattaa toimintaterapian toimialaa Suomessa luomalla uusia toimintatapoja ja mahdollisia toimintaympäristöjä osoittamalla vaikuttavien interventioiden soveltuvuutta toimintaterapian viitekehukseen. Opinnäytetyöllä tuotetaan tietoa työelämään ja tulokset esitellään palautetta keräävän keskustelun avulla.

Opinnäytetyön on tarkoitus vastata seuraaviin kysymyksiin:

- Mitä vaikuttavia lääkkeettömiä menetelmiä voidaan käyttää työikäisten unettomuuden hoitoon?
- Miten menetelmät olisivat hyödynnettävissä toimintaterapiassa?

Opinnäytetyön ensimmäisessä osassa esitellään taustatietoa unesta sekä unettomuudesta ja sen luokittelusta, synnystä ja teoreettisista malleista. Sen jälkeen nukkumista tarkastellaan toimintaterapian näkökulmasta. Toimintaterapiassa nukkuminen nähdään aktiivisena toimintana, johon liittyvät sekä lepo että valmistautuminen ja osallistuminen nukkumiseen. Toiminnan ja unen suhdetta tarkastellaan myös muiden alojen tutkimusten kautta.

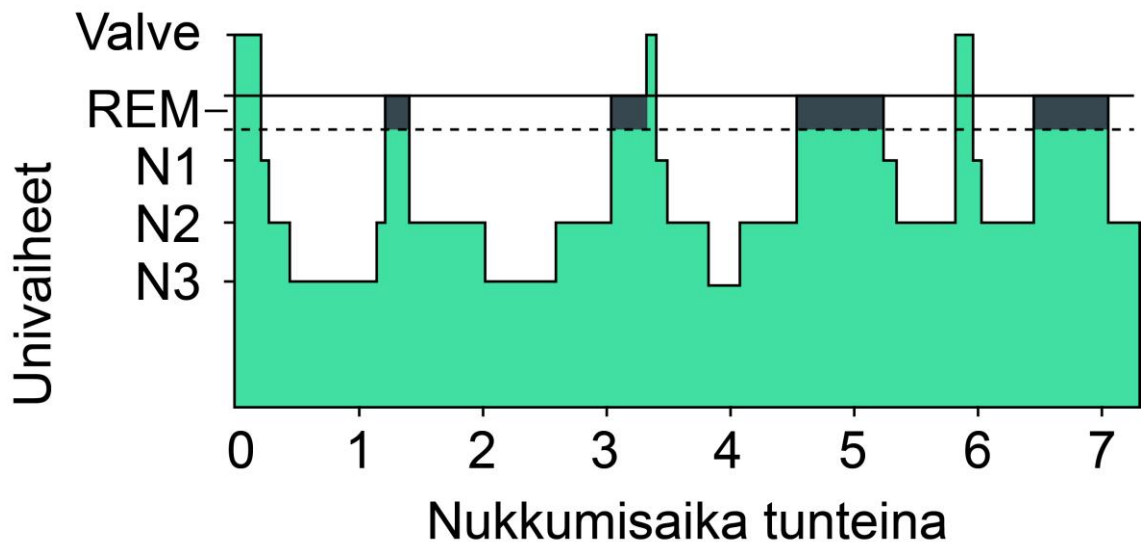
Toinen osa pitää sisällään integroivan kirjallisuuskatsauksen, jonka avulla etsitään vastauksia opinnäytetyön kysymyksiin. Saatu aineisto analysoidaan teoriaohjaavan sisällönanalyysin keinoin. Saaduista tuloksista ja niiden hyödynnettävyydestä keskustellaan kentällä työskentelevien toimintaterapeuttien kanssa. Lopuksi esitellään tulokset ja niistä tehdyt johtopäätökset sekä pohditaan opinnäytetyöprosessin eri vaiheiden toteutumista.

2 Uni

Uni on edellytys muulle toiminnalle ja kaikkien nisäkkäiden perustarve: kompleksinen prosessi, jonka jokaisella vaiheella on homeostaattinen eli elimistön tasapainoa säätelevä ja ylläpitävä merkityksensä (Wilcock 2006: 81-82). Tuloksellinen unettomuuden hoito ja arviointi edellyttävät ymmärrystä unen ja sen fysiologian perusasioista (Järnefelt – Hublin 2012: 8). Sen vuoksi opinnäytetyön aluksi esitellään tietoa unesta, sen rakenteesta, edellytyksistä sekä merkityksestä ihmisen hyvinvoinnille.

2.1 Mitä uni on?

Uni on aktiivinen aivotoinnin tila, josta uusimman luokituksen mukaan voidaan tunnistaa neljä eri vaihetta: 3 perusunivaihetta sekä REM-vaihe. Perusunivaihe jakautuu kahteen kevyen unen sekä syvään kolmosvaiheen uneen. Unen eri vaiheet muodostavat noin 90 minuuttisia unisyklejä. Syklien rakenne muuttuu unijakson aikana; ensimmäisen kolmanneksen aikana vallalla on syväuni kun taas aamuyöstä kevyen unen jaksot ja erityisesti REM-vaihe alkavat dominoida (kuvio 1). Unesta havahtumiset ovatkin tavanomaisempia juuri aamuyöstä – ja ovat normaali osa unen luontaista rakennetta. (Järnefelt – Hublin 2012: 12–13.)



Kuvio 1. Univaiheet (mukaillen Carskadon – Dement 2011)

Autonomisen hermoston parasympaattinen puoli hallitsee perusunivaiheessa; sydämen syke hidastuu ja verenpaine laskee erityisesti syväunen aikana. Koko elimistö lepää – myös aivot. REM-vaiheessa sympaattinen hermosto aktivoituu ja vaikutus elimistölle on päinvastainen: syke kiihtyy ja verenpaine nousee. Aivoissa voidaan havaita lisääntyntä aktiviteettia ja elimistön lämpötila kohoaa. Myös vilkkaimmat unet nähdään REM-vaiheessa. (Järnefelt – Hublin 2012: 13.)

2.2 Miksi nukumme?

Ei ole olemassa yhtä selittävää tekijää, miksi ihminen tarvitsee unta. Unella on todistettua merkittävä rooli aivojen aineenvaihdunnan toteutumisessa: energiavarastojen sääntämisessä ja täydentämisessä sekä ylimääräisten aineenvaihduntatuotteiden poistamisessa. Unen aikana tapahtuu myös tiedonkäsittelyyn ja muistiin liittyvien toimintojen vahvistumista. Unella on myös merkityksensä soluvaurioita korjaamisessa sekä immunologisen tasapainon säätelyssä. (Järnefelt – Hublin 2012: 16; Duodecim 2015.) Tiivistetysti voidaan sanoa, että nukkuminen on ihmisen perusjärjestelmä; unen avulla aivot ja sitä kautta koko keho palautuvat ja elpyvät (Järnefelt – Hublin 2012: 8, 16).

Edellytykset unelle – nukahtamiselle ja unessa pysymiselle – koostuvat useista erilaisista, toisiinsa vaikuttavista tekijöistä. Keskeisimpinä pidetään unipainetta, sirkadiaanista rytmiä sekä kehon ja mielen rentoutuneisuutta (*deaktivaatio*). (Järnefelt – Hublin 2012: 8–11.)

Unipaine on osa homeostaasia, joka säätelee uni-valverytmiä (Taylor ym. 2014: 18). Unipainetta kertyy aivoihin valveilla ollessa, jolloin sen määrä eli unen tarve kasvaa (Järnefelt – Hublin 2012: 8). Sirkadiaaninen rytmi taas on noin vuorokauden mittainen, ja se säätelee unen ja valveen vaihtelua sekä esimerkiksi kehon lämpötilaa ja kortisolin ja melatoniinin eritystä. Sirkadiaaninen rytmi rakentuu useista toisiinsa vaikuttavista biologisista kelloista, joita ns. keskuskello ohjaa. Keskuskellon tahdistus tapahtuu pääosin silmän verkkokalvojen kautta kulkeutuvien valosignaalien avulla. (Järnefelt – Hublin 2012: 8–11; Taylor ym. 2014: 18.) Kolmas unen perusedellytys on ihmisen rentoutuneisuus, jonka edellytyksiä riittävän alhainen aktivaatiotaso ja rauhallinen ympäristö ovat (Järnefelt – Hublin 2012: 8–11).

Normaalia unta on mahdoton määritellä, koska unen tarve ja uni ovat yksilöllisiä. Unen laatua ja tarvetta muuttaa esimerkiksi ikääntyminen. Keskimääräinen unen tarve aikuisella on noin 7–8 tuntia vuorokaudessa ja noin kaksi kolmasosaa ihmisistä kertoo tarpeen täyttyvän. Muutamalla prosentilla väestöstä esiintyy lyhyt- tai pitkäunisuutta, jolloin unen tarve on joko keskivertoa lyhyempi tai pidempi. (Järnefelt – Hublin 2012: 8, 13, 17–18.) Ihmiset eroavat myös sen mukaan, ovatko he luontaisesti ilta- vai aamuvirkkuja (Järnefelt – Hublin 2012: 18; Partonen 2014: 43).

3 Unettomuus

Unettomuus ei ilmiönä ole yksiselitteinen. Sama koskee myös sen syntyyn ja syihin liittyviä tekijöitä. Unettomuuden yleisyyttä on evoluutionäkökulmasta selitetty niin, että vireyden ylläpito ja kyky valppauteen ovat olleet selviytymisen kannalta jopa unta tärkeämpiä (Järnefelt – Hublin 2012: 11). Toisaalta uni nähtiin muinaisina aikoina vilvoittavana vetenä, tilana johon pyrittiin. Nykyään unen merkitys on pikemminkin pakollinen paha tuottavuutta korostavan elämäntyylin mahdollistajana. (Summers-Bremner 2008: 7–14.)

Unen arvon heikentyminen suhteessa muihin toimintoihin on tapahtunut pikkuhiljaa. Esimerkiksi vielä 150 vuotta sitten nukuimme noin kaksi tuntia pidempään. Jatkuvaa kiirettä, minuuttiaikatauluja sekä kirkkaiden valojen alla suoritettavia iltaisia harrastuksia voitaneen syyttää yleistyneestä unettomuudesta ja vähentyneestä nukkumisajasta. Kulttuurimme asettaa meidät paradoksaaliseen tilaan, jossa biologinen kellomme haluaisi seurata luonnon merkkejä mutta sosiaaliset aikataulumme eivät anna sille mahdollisuutta. Unen sen hetkinen arvostus heijastaa hyvin kulloinkin elettyä ajanjaksoa. (Partonen 2014: 36–38, 54; Summers-Bremner 2008: 7–14.)

3.1 Unettomuuden luokittelu

Tässä opinnäytetyössä unettomuutta käsitellään oireena, ei niinkään lääketieteellisenä diagnoosina. Diagnostisten kriteereiden tarkastelu on kuitenkin hyödyllistä, sillä kriteerit voivat auttaa toimintaterapeuttia tunnistamaan hoitoa vaativia oireita. Unettomuus määritellään *American Academy of Sleep Medicinen* (2014) julkaiseman kansainvälisen unihäiriöluokituksen (ICSD-3) mukaan seuraavanlaisesti:

Unettomuus määritellään toistuvaksi vaikeudeksi nukahtaa, vaikeudeksi pysyä unessa, liian varhaiseksi heräämiseksi aamulla tai huonolaatuisiksi yöuneksi tilanteessa, jossa henkilöllä on mahdollisuus nukkua (Duodecim 2015).

Unettomuusoireet voivat esiintyä yksinään tai olla yllämainittujen erilaisia yhdistelmiä (Hublin – Lagerstedt 2012: 20). Unettomuuden luokitteluun vaikuttaakin usea eri tekijä ja luokittelutapoja tunnetaan useampia. Lähtökohtana luokittelulle pidetään usein unettomuuden luonnetta: onko kyseessä oire- vai häiriötasoinen unettomuus? Toinen tärkeä lähtökohta on, arvioidaanko unettomuus primaariksi vai sekundaariksi – itsenäiseksi vai

jonkun muun sairauden kanssa esiintyväksi tai sen aiheuttamaksi. (Hublin – Lagerstedt 2012: 28; Taylor – Gehrman – Dautovich – Lichstein – McCrae 2014: 1–6.)

Kansainvälisessä unihäiriöluokituksessa (2014) puhutaan unettomuudesta, mikäli unettomuusoireita esiintyy vähintään kolmena yönä viikossa vähintään kolmen kuukauden ajan. Unettomuuden Käypä hoito -suosituksissa taas painotetaan ICD-10 -luokituksen yhden kuukauden aikarajaa. Yhteistä eri luokittelutavoille on, että niissä kaikissa mainitaan unettomuuden seurauksena heikentynyt päivittäistoiminta. (Duodecim 2015; Taylor ym. 2014: 1–6.) Toimintaterapian näkökulmasta luokittelua merkittävämpänä seikkana voidaankin pitää unettomuuden aiheuttamaa haittaa toimintakyvyille.

Objektiivisesti mitattuna unettomuus voi tarkoittaa lyhyeksi jäänyttä tai pirstoutunutta yönä, mutta myös ihmisen subjektiivinen kokemus on merkityksellinen. Kokeeko ihminen olonsa virkeäksi herättyään ja/tai rajoittaako väsymys päivittäistä toimintakykyä? (Järnefelt – Hublin 2012: 8, 13, 17–18.) Onnistuessaan uneen ei tule juuri kiinnitettyä huomiota, mutta toistuvasti häiriintyneet yöunet vaikuttavat päivittäiseen toimintaan ja voivat aiheuttaa suurta huolta (Järnefelt – Hublin 2012: 11, 18; Duodecim 2015).

3.2 Altistavat, laukaisevat ja ylläpitävät tekijät

Pitkään jatkuneeseen unettomuuteen ei yleensä ole löydettävissä vain yhtä syytä. Unettomuuden moniulotteisen luonteen takia myös sitä selittäviä malleja on olemassa useita. Jos stressi nähdään merkittävimpana akuuttia unettomuutta aiheuttavana tekijänä, esiintyy useimpien mallien mukaan kroonisen unettomuuden taustalla keskushermoston yliaktiivisuutta sekä yksilön kyvyttömyyttä valvetta tuottavien prosessien ehkäisyyn. (Hublin – Lagerstedt 2012: 22; Kajaste 2015b.)

Tässä opinnäytetyössä hyödynnetään usean eri mallin selitystä unettomuudesta. Syytä selittävien tekijöiden jäsentämiseksi käytetään Spielmanin (1987) kolmen tekijän mallia, koska se tarjoaa joustavan näkemyksen unettomuudesta. 3-P -mallissa unettomuuden syyt jaetaan kolmeen luokkaan (Järnefelt 2012: 36; Kajaste 2015b):

1. altistavat tekijät,
2. laukaisevat tekijät ja
3. ylläpitävät tekijät.

Altistavia tekijöitä ovat fysiologinen unen säätelyn häiriöherkkyys ja yleinen reagoimis-herkkyys. Ne ovat osittain perinnöllisiä ominaisuuksia. Unettomuudelle altistavia persoonallisuuteen liittyviä tekijöitä ovat alttius masentuneisuudelle ja ahdistuneisuudelle sekä ylitunnollisuus. Muita altistavia tekijöitä ovat ikääntyminen sekä ympäristötekijät kuten esimerkiksi huonot nukkumisolosuhteet tai epäsäännölliset työajat. (Järnefelt 2012: 37–38.)

Toimintaterapian tutkimuksessa uniongelmien syitä ollaan selvitetty tutkimalla aistitiedonkäsittelyn vaikeuksien (*sensory processing difficulties*) ja unen välistä suhdetta. Huonomman unen laadun havaittiin korreloivan aistitiedonkäsittelyn mallin, jota leimaa aistiyliherkkyys ja ärsykkeiden välttäminen, kanssa. Huonosti nukkuvilla havaittiin suurempi herkkyys visuaalisille ja taktiisille ärsykeille sekä suurempi audittiivinen välttäminen suhteessa hyvin nukkuviin. Tulokset viittaavat, että kohonnut aistiherkkyys voi olla huonolle unelle altistava tekijä. (Engel-Yeger – Shochat 2012: 134–141.)

Joskus unettomuuden syyt löytyvät ympäristötekijöistä. Meteli, valaistus tai lämpötila voivat rikkoa unettomuudesta kärsivän yöunen. Jo pelkästään sähköisten tai kommunikointoon liittyvien välineiden läsnäolo makuuhuoneessa saattavat lisätä ylivireyttä, kun ne assosioituvat unta edistämättömään käytökseen. Myötävaikuttamassa vireyteen toimii myös esimerkiksi älypuhelimien tuottama valo. Miellyttävän vuoteen, peiton ja tyynyn merkitys korostuvat erityisesti kivuista kärsivien nukkumisessa. (Taylor ym. 2014: 14–15.)

Laukaiseviin tekijöihin lasketaan kuuluviksi elämänmuutokset ja äkilliset kriisit, joita esimerkiksi onnettomuudet, erot ja ristiriitatilanteet ovat (Järnefelt 2012: 37–38). Unettomuutta voidaan pitää ymmärrettävänä reaktiona osana elämäntarinaa, johon kuuluu epäonnea, ahdistusta, sairautta tai innostusta. Usein unettomuudesta kärsivän elämäntarina tarjoaa vihjeitä unettomuuden syihin, syntyyn ja tapaan, jolla yksilö siihen suhtautuu. (Neubauer 2003: 95–97.) Unen häiriintyminen ja unettomuus liittyvät usein turvallisuuden ja yhteenkuuluvuuden tunteen horjumiseen. Tätä tunnetta uhkaavan elämäntapahtuman myötä on tavallista kokea vaikeutta rentoutua uneen. (Steer 2010: 71–73.) Muutama huonosti nukuttu yö voi muuttua pitkäkestoisemmaksi ongelmaksi vahvasti lautuneen negatiivisen suhtautumisen kautta (Neubauer 2003: 95–97).

Myös esimerkiksi liian kovista työvaateista kasautuva stressi voi laukaista unettomuuden. Ahdistuneisuus, kipu sekä muu psyykinen ja somaattinen sairastaminen voivat

luoda puitteet unettomuuden laukeamiselle. (Järnefelt 2012: 37–38.) Useiden lääkkeiden ja stimulanttien sivuvaikutuksina voi olla seurauksena unettomuutta; niiden yhteisvaikutukset ja ottamisajankohdat tuleekin ottaa huomioon (Taylor ym. 2014: 20–21).

Unettomuus ei liity pelkästään elämäntapahtumiin vaan sillä on yhteys myös muihin tekijöihin kuten ikään ja sukupuoleen. Ikääntyminen vaikuttaa uneen vähentämällä unen tarvetta, lisäämällä yöllisiä heräämisiä sekä muuttamalla unen arkkitehtuuria (Maglione – Ancoli-Israel 2012: 770). Toisaalta ikääntyminen voi tuoda mukanaan monia muita tekijöitä, jotka voivat laukaista tai ylläpitää unettomuutta. Sairauksien yhteisesiintyvyys, fyysisen aktiivisuuden väheneminen, sosiaalinen eristäytyneisyys, oletus vähenevästä unesta sekä esimerkiksi läheisten menetykset ovat asioita, joilla on vaikutuksensa nukkumiseen. (Taylor ym. 2014: 12–14.)

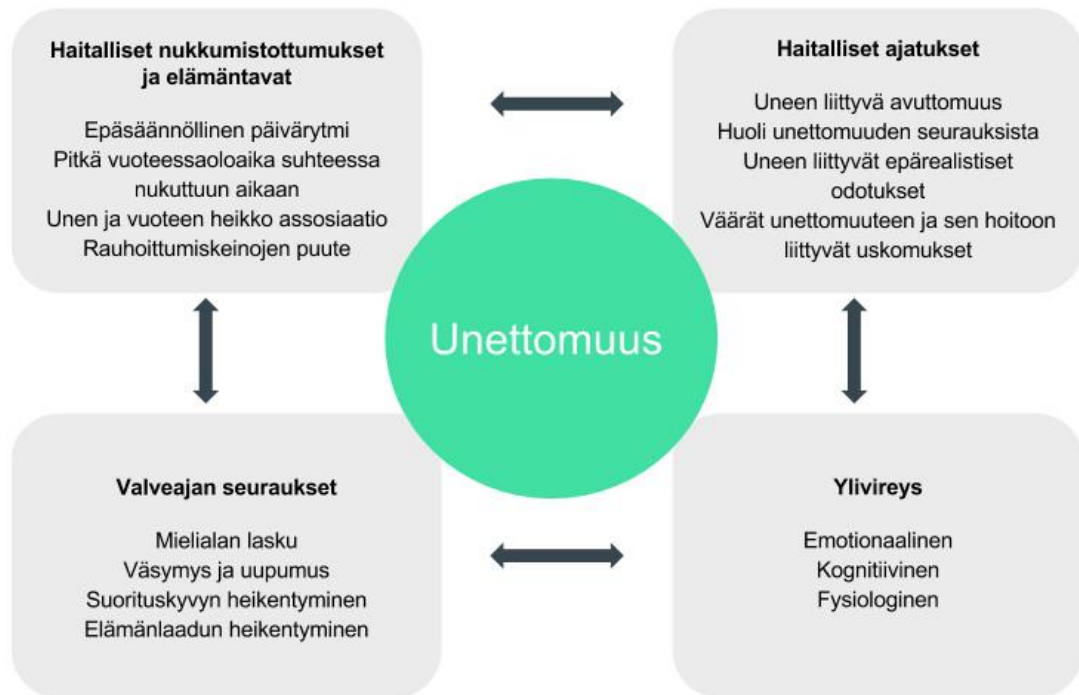
Unettomuuden pitkittyessä unettomuutta **ylläpitävien tekijöiden** merkitys korostuu. Nukkumiseen liittyvä huoli sekä unettomuuden takia muuttuneet nukkumistottumukset ja epäsäännöllinen unirytmii ylläpitävät ylivireystilaa. (Järnefelt 2012: 37–38.) Ylivireystilan on todettu olevan muodoltaan myös hyvin somaattista: unettomuudesta kärsivien sympaattisen hermoston on todettu olevan aktiivisempi. Ero hyvin nukkuviin on selkeämpää juuri yöaikaan. (Taylor ym. 2014: 15–16.) Myös elämäntavat ovat saattaneet muuttua epäedullisemmiksi esimerkiksi liiallisen kofeiinin tai päihteiden käytön lisäämisen johdosta (Järnefelt 2012: 37–38).

3.3 Kognitiivis-behavioraalinen viitekehys

Tässä opinnäytetyössä pitkäkestoista unettomuutta tarkastellaan kognitiivis-behavioraalisen viitekehysten avulla. Sitä pidetään unettomuuden lääkkeettömän hoidon keskeisimpänä taustateorianana, ja siihen pohjautuvilla kognitiivis-behavioraalisilla (*cognitive behavioral treatment for insomnia*, CBT-I) menetelmillä on saatu parhaat hoitotulokset (Järnefelt 2012: 56–59; Duodecim 2015). Tuore, 87 RCT-tutkimusta sisältävä meta-analyysi CBT-I-menetelmän tai sen yksittäisten komponenttien vaikuttavuudesta (van Straten ym. 2017) vahvistanee CBT-I:n asemaa entisestään. CBT-I on myös unettomuuden Käypä hoito -suosituksessa ensisijainen menetelmä (Duodecim 2015).

Kognitiivis-behavioraalisen mallin mukaan pitkäkestoisen unettomuuden taustalla on usein ylivireys, jonka ylläpitäviä tekijöitä ovat nukkumistottumusten ja elämäntapojen muutokset sekä uneen liittyvät haitalliset ajatukset. Nämä ylläpitävät tekijät – yhdessä

valveajan seurausten kanssa – saavat aikaan unettomuuden noidankehän (kuvio 2). Unettomuuden alkuvaiheessa ihminen saattaa kehittää selviytymiskeinoja, jotka myöhemmin kääntyvät häntä itseään vastaan. Näitä unettomuutta ylläpitäviä tapoja ja muutoksia voivat olla esimerkiksi epäsäännöllinen päivärhythmi, pitkä vuoteessaoloaika suhteessa nukuttuun aikaan, unen ja vuoteen heikko assosiaatio, rauhoittumiskeinojen puute.



Kuvio 2. Unettomuuden noidankehä (mukaillen Järnefelt 2012: 57)

Osaltaan ylivireyttä ylläpitävinä tekijöinä toimivat myös ajatukset, jotka häiritsevät unta tai estävät nukahtamisen. Unettomuudesta kärsivät saattavat keskittyä liiaksi unettomuuden ajattelemiseen ja tarkkailemiseen, ja heillä voi olla vääristyneitä uskomuksia unesta ja sen vaikutuksesta päiväaikaiseen suoriutumiseen. Unettomuuteen liittyvät ajatusprosessit vaikuttavat toisiinsa kehämäisesti tuottaen lisää ahdistuneisuutta ja huolta, jotka edelleen lisäävät fyysistä ja psyykkistä vireystilaa. Tyypillisiin ajatusmalleihin kuuluvat negatiiviset uskomukset omasta kyvystä nukkua ja huoli unettomuuden seurauksista. Unettomuudesta kärsivä saattaa yliarvioida huonosti nukutun yön vaikutuksen seuraavaan päivään tai kantaa huolta esimerkiksi unettomuuden seurauksista terveyteen. (Taylor ym. 2014: 40–41.)

CBT-I-menetelmän tai sen yksittäisten komponenttien käyttäminen edellyttää unen ilmiöiden tuntemusta sekä tekniikoiden hallintaa (Kajaste 2015a). Kuka tahansa perusterveydenhuollon henkilö voi täydennyskouluttautumalla oppia käyttämään CBT-I-menetelmiä niiden selkeän ja mutkattoman luonteen vuoksi. Kognitiivis-behavioraalisten menetelmien avulla voidaan pureutua unettomuutta ylläpitäviin tekijöihin sekä noidankehän katkaisemiseen (Duodecim 2015). CBT-I:n eduiksi voidaan laskea myös hoitotehon pysyvyys sekä käytön soveltuvuus komorbideettien eli liitännäissairauksien yhteydessä. (van Straten ym. 2017: 16–19; Duodecim 2015.)

4 Toimintaterapian näkökulmia

Toimintaterapia on asiakaslähtöistä kuntoutusta, jonka tarkoituksena on edistää ihmisen terveyttä ja hyvinvointia toiminnan kautta. Toimintaterapeutit työskentelevät ihmisten ja yhteisöjen kanssa parantaakseen heidän mahdollisuuksiaan osallistua toimintaan, jota he haluavat, jota heidän tarvitsee tai jota heidän pitää tehdä. Tukeakseen asiakkaan toiminnallista osallistumista, voi toimintaterapeutti muokata myös toimintaa tai ympäristöä yhdessä asiakkaan kanssa. (WFOT 2012.)

Toimintaterapiassa toiminnalla tarkoitetaan jokapäiväisiä asioita, joita ihmiset tekevät yksin, perheenä tai yhteisössä kuluttaakseen aikaa sekä saadakseen tarkoitusta ja merkitystä elämäänsä (WFOT 2012). Juuri toiminnan tarkoituksellisuuden ja merkityksellisyyden katsotaan erottavan sen tekemisestä. Toiminta on myös tavoitteellista – se tähtää johonkin päämäärään. (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2013: 20–26.) Toiminnan avulla ihminen jäsentää aikaa ja luo struktuuria elämäänsä: rutiinit ja tavat syntyvät usein asioiden säännöllisen tekemisen kautta (Wilcock 2006: 50–54).

4.1 Uni ja toimintaterapia

Unen tai nukkumisen rooli toimintaterapiassa on vaiherikas. Toimintaterapiafilosofian muodostumiselle keskeinen henkilö, neuropsykiatri Adolf Meyer (1922) korosti toiminnan tasapainon merkitystä ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta. Meyer puhui tasapainosta työn, levon, leikin ja unen välillä. Historiallisesti uni on kuitenkin jäänyt vähemmälle huomiolle toimintaterapian paradigman kehityksessä. (Green 2015: 22.)

Doris Pierce on tuonut esille unen merkitystä ihmisen hyvinvoinnin kannalta toimintaterapeutillisesta näkökulmasta (Pierce 2003: 98–99; Pierce – Summers 2011: 736–754). Piercen mukaan toimintaterapeuttien tulisi tarkastella ihmisen toimintaa läpi vuorokauden ja ymmärtää unen merkitys kaiken toiminnan perustana – ei pelkästään energiaa kuluttavien toimintojen vastapainona (Pierce – Summers 2011: 746). Myös Ann Wilcock (2006) on korostanut unen asemaa monivaiheisena, itsenäisenä toimintana, jonka vaikutukset ihmisten päivittäiseen toimintaan ovat kiistattomat (Wilcock 2006: 81–82, 189). Nyt uni onkin saanut levon rinnalla omat osionsa myös tuoreimmassa yhdysvaltalaisissa toimintaterapian perusteoksissa (Koketsu 2013: 313–336; Solet 2013: 714–730).

Toiminnan tieteessä ollaan myös nostettu unen merkitystä suhteessa päivittäiseen toimintaan: ihminen nukkuu paremmin, kun toimintojen kirjo (*occupational pattern*) ja siihen kuuluvat päivittäiset rutiinit ovat samassa rytmissä ihmisen sisäisen kellon kanssa. Koska uni tahdittaa päivää fysiologisesti säädellyn sirkadiaanisen rytmin kautta, se luo pohjan ihmisen toimintojen kirjolle (Pierce 2003: 98; 173). Sirkadiaanista rytmiä voidaan pitää ajallisena kehyksenä, jonka ympärille päivittäiset rutiinit muodostuvat sen määrittämän heräämis- ja nukkumisajan sekä vaihtelevien energiatasojen kautta (Pierce – Summers 2011: 737). Tapahtumat ja toiminnot voivat auttaa synkronoimaan kehon sirkadiaanista rytmiä ulkomaailman kanssa. Näitä voivat olla säännöllinen yhteydenpito ystävän kanssa, ruokailun ajoitus, kotiaskareiden hoitaminen ja nukkumaanmenoaika. (Christiansen – Matuska 2011: 55–56.)

Piercen toiminnan subjektiivisiin ulottuvuuksiin kuuluu vahvistavuuden käsite, jonka alle uni voi lukeutua. Vahvistavuus on kuitenkin mielihyvän, tuotteliaisuuden ja vahvistavuuden ulottuvuuksista vähiten tunnettu toimintaterapiassa (Howell – Pierce 2000: 68). Osa moderneimmista toiminnan teorioista on sulkenut ovensa unelle, koska nukkumisen ei ole katsottu sisältävän aktiivisia ominaisuuksia, joita sisäänpääsy toiminnan ytimeen olisi niiden mielestä vaatinut (Wilcock 2006: 81–82). Piercen (2003) mukaan nukkuminen ja niin sanotut hiljaiset toiminnot ovat keskeisiä selviytymiselle ja mielenterveydelle, mutta niitä ei olla juuri tutkittu tai teoreettisesti kehitetty toimintaterapiassa (Pierce 2003: 127). Yhdeksi syyksi on arveltu toimintaterapian länsimaalaisia juuria, missä työ ja tuotteliaisuus ovat yliarvostettuja (Green 2015: 23).

Viime vuosina kiinnostus unta ja uniongelmiä kohtaan on noussut toimintaterapiajulkaisuissa esiintyvistä artikkeleista päätellen. Unettomuutta on tutkittu mielenterveyskuntoutujien ja ikääntyneiden parissa. Faulkner ja Mairs (2015) kartoittivat mielenterveyskontekstissa toimivien toimintaterapeuttien näkemyksiä toimintaterapeutin roolista uniongelmiä hoidossa fokusryhmähaastattelun avulla. Tutkimukseen osallistuneet toimintaterapeutit totesivat uniongelmiä olevan vakava ongelma heidän asiakasryhmälle, ja samanaikaisesti kokivat niiden jäävän usein vaille huomiota hoitoprosessissa. Haastatteluun osallistuneet toimintaterapeutit ilmaisivat tarvitsevansa näyttöön perustuvia suosituksia ja työkaluja uniongelmiä hoitoon. (Faulkner – Mairs 2015: 516–524.)

Ikääntyneiden unettomuuden hoitoa ja siihen sopivia menetelmiä tutkittiin kartoittavassa kirjallisuuskatsauksessa. Tuloksissa toimintaterapian kontekstiin todettiin sopiviksi kog-

nitiivis-behavioraaliset menetelmät, liikunta ja interventiot, jotka sisälsivät useita eri komponentteja (Leland ym. 2014: 141–149). Ikääntyneiden unta tutkittiin myös toimintaterapeuttien kehittämässä Lifestyle redesign -ohjelmassa. Tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita ohjelman vaikutuksesta uneen ja päiväunien ottamiseen. Ohjelman loputtua siihen osallistuneet nukkuivat vähemmän päiväunia ja korvasivat ne pidemmällä yönillä. (Leland ym. 2016.)

4.2 Uni toimintana AOTA:n mukaan

Opinnäytetyössä hyödynnetään *American Occupational Therapy Associationin* (AOTA), vuonna 2014, julkaisemaa *Occupational Therapy Practice Framework* (OTPF) -viitekehystä. Viitekehysten avulla halutaan tuoda esille toimintaterapian näkökulmaa ja kuvata nukkumista toimintana. AOTA:n (2014) mukaan viitekehys esittelee keskeisiä käsitteitä heijastaen toimintaterapian tämänhetkisiä käytänteitä, ja sitä voidaan käyttää ohjaamaan toimintaterapiainventioita (AOTA 2014: 1–3). OTPF:ssä unta kuvataan moniulotteisemmin kuin esimerkiksi suomalaisessa toimintaterapianimikkeistössä (2003): siinä uni ei ole läsnä, mutta lepo on oma toimintakokonaisuutensa. Uudessa – toistaiseksi julkaisemattomassa – nimikkeistössä unen roolia tultaneen korostamaan.

AOTA lisäsi unen OTPF:ään vasta vuonna 2002. Alun perin uni luokiteltiin ADL-toiminnoksi, mutta vuonna 2014 unen rooli vahvistui ja se luokiteltiin omaksi, erilliseksi toiminnaksi. (Watson – Garden – Swedlove – Brown 2014: 8.) Uni istuu myös Wilcockin ja Townsendin (2013) sekä WFOT:n (2012) määritelmään, jossa toiminnalla tarkoitetaan ”kaikkia niitä asioita, joita ihmiset haluavat, joita heidän tarvitsee tai joita heidän pitää tehdä” (Wilcock – Townsend 2013: 542; WFOT 2012).

OTPF:n toimintojen luokituksessa unen ja levon toimintakokonaisuuteen kuuluvat toiminnot, jotka liittyvät vahvistavan levon ja unen saavuttamiseen sekä tukevat aktiivista osallistumista muihin toimintoihin (AOTA 2014: 20).

Toimintakokonaisuuden alaluokat ovat:

1. lepo (*rest*),
2. valmistautuminen nukkumiseen (*sleep preparation*),
3. osallistuminen nukkumiseen (*sleep participation*).

Lepo on hiljaista ja vaivatonta, joko yksin tai yhdessä koettua toimintaa, jonka tarkoitus on luoda puitteet muiden päivittäisten toimintojen suorittamiselle. Lepo voidaan saavuttaa esimerkiksi kuuntelemalla musiikkia, lukemalla tai kävelemällä ja sen tavoitteena on aikaansaada yksilölle rentoutunut olotila. Lepoon kuuluu myös rentoutumisen tarpeen tunnistaminen. Levon voidaan ajatella olevan pysähdyspaikka fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten velvoitteiden keskellä. (Nurit – Michal 2003: 227; AOTA 2014: 20.)

Valmistautuminen nukkumiseen on osallistumista rutiineihin, jotka edesauttavat unta. Valmistautumiseksi lasketaan esimerkiksi riisuutuminen, lukeminen, rauhallisen musiikin kuunteleminen, hyvän yön toivottaminen ja meditointi. Valmistautumiseen kuuluu myös sopivan valveilla- ja unessaoloajan määrittäminen sekä fyysisen ympäristön valmistelu, jota voi olla esimerkiksi makuuhuoneen valmistelu tai herätyskellon päälle kytkeminen. (AOTA 2014: 20.)

Osallistuminen nukkumiseen tarkoittaa uneen liittyvien tarpeiden hoitamista, kuten aktiveettien rauhoittamista unta varten, unien näkemistä, unen ylläpitämistä sekä yöllisiä wc-käyntejä. Myös sosiaalinen ulottuvuus on mainittu uneen liittyvien tarpeiden neuvottelemisena esim. kumppanin tai lasten kanssa sekä muiden nukkuvien turvallisuuden ja mukavuuden tarkkailemisena. (AOTA 2014: 20.)

4.3 Unen ja toiminnan suhde

On yleisesti tiedossa, että päiväaikainen toiminta vaikuttaa uneen, mutta tätä ei toimintaterapian alalla ole vielä riittävästi tutkittu (Green 2012: 138). Unella ja toiminnalla on vastavuoroinen suhde, jonka dynamiikasta toimintaterapeuttien tulisi olla tietoisia (Green – Brown 2015: 13). Puutteellisen unen vaikutukset paljastavat unen arvon päiväaikaisen toiminnan kannalta – ja tätä tietämystä voidaan käyttää perustelevaan uniongelmiin hoitoa myös toimintaterapeutin näkökulmasta. Unettomuuden suoranaista ja välillisistä vaikutuksista toimintaan ja erityisesti toimintakykyyn löytyy paljon tutkimustietoa. Seuraavaksi esitellään unen ja toiminnan suhdetta alkaen siitä, miten unettomuus voi vaikuttaa toimintaan.

4.3.1 Unettomuuden vaikutus toimintaan

Riittävä uni on tärkeää terveyden ja hyvinvoinnin lisäksi myös ihmisen toiminnallisen osallistumisen ja suoriutumisen kannalta (Howell – Pierce 2000: 68). Ihmisten kertomista unettomuuden vaikutuksista hereilläoloaikaan löytyy mittavasti tutkimustietoa, mutta vaikutuksia on ollut vaikea osoittaa objektiivisilla mittareilla (Shekleton – Rogers – Rajaratnam 2009: 47–60).

Unettomuuden merkittävä haitallinen vaikutus ihmisen päivittäiseen toimintaan tulee esiin unettomuuden diagnostisia kriteereitä tarkasteltaessa. Kriteereihin kuuluu häiriintyneen yön lisäksi kokemus unettomuuteen liittyvän päiväaikaisen toimintakyvyn heikentymisestä, johon voi liittyä väsymystä, muistivaikeuksia, ärsyyntyneisyyttä, ylivireyttä sekä heikentynyt suoriutuminen työssä tai sosiaalisissa suhteissa. ICSD-3 -luokitukseen kuuluu myös taipumus tehdä virheitä. On kuitenkin selvää, että kärsiäkseen jonkin asteisesta toimintakyvyn alenemisesta, unettomuuden ei tarvitse olla vakavuusasteeltaan diagnosoitavan häiriön tasolla. (Taylor ym. 2014: 3–6.)

Viime vuosina unettomuuden tutkimuksessa on löytynyt ihmisten raportoimien kokemusten kanssa linjassa olevaa objektiivista näyttöä liittyen unettomuuden vaikutuksesta hereilläoloaikaan. Unettomuuden on havaittu olevan yhteydessä heikentyneeseen kognitiiviseen suoriutumiseen (Alhola – Polo-Kantola 2007: 553; Li ym. 2016: 124), ja univaje voi vaikuttaa negatiivisesti tarkkaavaisuuden säätelyyn ja muistitoimintoihin (Li ym. 2016: 124; Green 2012: 136). Koska yksi unen tehtävistä on vahvistaa uusia muistijälkiä, voi unettomuus myös hankaloittaa uuden oppimista (Green – Alford 2015: 83).

Neuropsykologisissa testeissä, joissa verrattiin unettomuudesta kärsivien ja normaalisti nukkuvien tuloksia, unettomuudesta kärsivät suoriutuivat heikommin työmuistiin, episodiseen muistiin ja toiminnanohjaukseen liittyvissä tehtävissä. Unettomuus vaikutti negatiivisesti myös ongelmanratkaisukykyyn. (Fortier-Brochu – Beaulieu-Bonneau – Ivers – Morin 2012: 83–94.) Tutkimusten valossa voidaan sanoa, että unettomuudesta kärsivien kognitiiviset puutosoireet vaikuttavat päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen. Tämä tulisikin ottaa huomioon unettoman toiminta- ja työkykyä arvioitaessa (Markkula 2015).

Unettomuudesta seuraavat kognitiiviset ja sosiaaliset vaikeudet näkyvät työelämässä. Riittämätön uni voi lisätä työn kuormittavuutta, sillä se synnyttää epätasapainon

työn vaatimusten ja työntekijän työssä suoriutumisen välille. Seurauksena voi olla työntekijän alentunut työtyytyväisyys ja haitallinen kompensoiva käyttäytyminen, kuten ylitöiden tekeminen. Työntekijöiden riittämätön uni lisää työtapaturmia sekä poissaoloja, ja voi pitkällä aikavälillä lisätä työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen todennäköisyyttä. (Paunio – Tuisku – Korhonen 2015: 59–60.)

Unettomuudella on kognitiivisia oireita laaja-alaisemmat vaikutukset mieleen. Päiväaikaisen väsymyksen ja voimattomuuden kokemukset nousevat usein esille unettomuudesta kärsivien kertomuksissa, kun taas uneliaisuuden kokemukset ovat harvinaisempia. Uneliaisuuden puutteen katsotaan olevan unettomuuden alla usein piilevän ylivireyden ilmentymä. (Taylor ym. 2014: 3.) Psykkisiin vaikutuksiin lukeutuvat myös stressi ja mielialan muutokset, jotka voivat näyttäytyä mielenkiinnon heikentymisenä ja mielihyvän kokemisen vähentymisenä (Hublin – Lagerstedt 2012: 21). Unettomuudesta kärsivillä on havaittu olevan jopa kaksinkertainen riski sairastua masennukseen verrattuna normaalisti nukkuviin ihmisiin (Baglioni ym. 2011: 10–19; Paunio ym. 2015: 58).

Unettomuus on myös vahvasti yhteydessä niin akuutin kuin kroonisen kivun syntyyn ja aistimiseen. Univaje voi lisätä kivunarkuutta eli hyperalgesiaa ja näin mukauttaa kipukokemusta. (Lautenbacher – Kundermann – Krieg 2006: 357; Choy 2015: 513.) Epidemiologiset tutkimukset ovat osoittaneet, että huono unen laatu on riskitekijä kroonisten kipujen yleistymiselle muuten terveen väestön keskuudessa (Choy 2015: 513). Kivulla on tutkitusti laaja-alaiset vaikutukset päivittäiseen toimintaan (Brown – Green 2015: 291–303).

Toimintaterapian alalla unettomuuden tai univajeen vaikutusta aikuisten toiminnalliseen osallistumiseen ei ole juuri tutkittu (2 artikkelia: Green ym. 2008; O'Donoghue – McKay 2012), ja tutkimustieto on heikosti sovellettavissa muun muassa pienen otoskoon takia. Olemassa oleva näyttö puhuu sen puolesta, että unettomuus vaikuttaa päiväaikaiseen toimintaan. Unettomuudesta kärsivät kokivat unettomuuden heikentävän toiminnallista suoriutumista työssä sekä sosiaalisissa suhteissa. Myös huolta ajokyvystä ilmaistiin. Heikentynyt elämänlaatu oli myös yksi unettomuuden seurauksista. (Green – Hicks – Wilson 2008: 196–204.) Vakava negatiivinen vaikutus elämänlaatuun käy ilmi myös muissa tutkimuksissa (Hall ym. 2015; Ishak ym. 2012: 13).

4.3.2 Toiminnan vaikutus uneen

Ei ole yhdentekevää, miten päiväaikainen toimintamme sijoittuu suhteessa uneen. Partosen (2014) mukaan nukahtaminen vapaa-ajalta on helpompaa ja näin ollen työssäkäymisen olisi hyvä sijoittua päiväsaikaan (Partonen 2014: 104). Kaikella fyysisellä ja psyykkisellä aktiivisuudella voi olla nukahtamista estävä vaikutus (Järnefelt – Hublin 2012: 11). Se mikä toisella pilaa koko yön, saattaa toisella olla levollisen unen mahdollistava rutiini. Hyvänä esimerkkinä tästä on vaikkapa iltaiseen aikaan tehty juoksulenkki. (Green 2012: 105–106.)

Kaikki toiminta, myös nukkuminen, tapahtuu aina vuorovaikutuksessa sosiaalisen ja fyysisen ympäristön kanssa. Rauhallista unta ja rentoutunutta oloa on vaikea saavuttaa ilman turvallisuuden tunnetta. Yleensä tunne kumpuaa fyysisen ympäristön vakaudesta, luotettavien ihmisten läsnäolosta, rutiineista ja rituaaleista sekä uneen liittyvän käyttäytymisen sosiaalisesta hyväksynnästä. Nukkumista edeltävät iltarutiinit voivat sisältää esimerkiksi yövaatteiden vaihtamista ja television katselua. (Steer 2010: 71–73.)

Makuuhuoneessa ja vuoteessa tehtävät toiminnot voivat vaikuttaa uneen, sillä sänky ja makuuhuone ovat normaalisti voimallisia vihjeitä nukkumiselle. Unettomalle nämä samat vihjeet taas saattavat muistuttaa valveilla olemisesta, mikäli vuoteessa ja makuuhuoneessa on tottunut tekemään valvetta ja vireyttä ruokkivia asioita, kuten esimerkiksi katsomaan televisiota, murehtimaan tai tekemään töitä. (Taylor ym. 2014: 15.)

Liikunnalla ja fyysisellä aktiivisuudella taas on positiivisia vaikutuksia uneen. Fyysisesti aktiivisemmat ihmiset voivat nukahtaa nopeammin (Loprinzi – Cardinal 2011: 68). Unettomuudesta kärsivillä liikunta, ja etenkin kevyempi kestävyysliikunta, voi pidentää unen kestoa ja parantaa unen laatua (Kukkonen-Harjula 2015). Liikuntaa harrastavat vaikuttavat nukkuvan paremmin riippumatta liikunnan kestosta tai rankkuudesta. Vähempi istuminen on myös yhteydessä parempaan uneen. (Green 2015: 98.)

Aktiivinen sosiaalinen elämä voi suojata uniongelmilta. Sosiaaliseen vapaa-ajan toimintaan osallistuvilla on vähemmän uniongelmia verrattuna itsenäiseen vapaa-ajan toimintaan osallistuvilla (Green 2015: 100). Sosiaaliseen elämään tyytymättömyys taas voi ennakoida unettomuutta (Ohayon – Zulley – Guilleminault – Smirne – Priest 2001). Yksinäisyyden ja huonon unen välillä on todettu olevan merkittävä yhteys; vaikutusmekanismit ovat tosin jääneet epäselviksi (Smith – Kozak – Sullivan 2010: 166).

Työn ja unen yhteyttä on tutkittu laajasti. Epäsäännölliset työajat – etenkin varhaisaamu- ja yötyö – heikentävät unta. Yötyö ja sen aiheuttama väsymys ovat usein jonkin asteisenä syynä auto-onnettomuuksiin sekä muihin vahinkoihin. Työstressi voi aiheuttaa unettomuutta siihen liittyvän, usein nukkumaan mentäessä tapahtuvan huoliajattelun kautta. (Åkerstedt – Kecklund 2012: 248.)

5 Integroiva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö toteutettiin integroivana kirjallisuuskatsauksena. Integroiva kirjallisuuskatsaus mahdollistaa erilaisin metodologisin perustein tehtyjen tutkimusten sisällyttämisen lopulliseen katsaukseen (Whittemore – Knafl 2005: 547). Integroivassa kirjallisuuskatsauksessa voidaan yhdistellä tietoa kvantitatiivisista ja kvalitatiivisista tutkimuksista, ja lähteinä voidaan käyttää empiirisen tiedon lisäksi teoreettista tietoa. Sen avulla voidaan myös rakentaa kokonaisvaltaisempaa kuvaa tietystä asiakokonaisuudesta sekä arvioida, kehittää tai luoda uutta teoriaa. Hyvin toteutetulla integroivalla kirjallisuuskatsauksella on merkittävä rooli näyttöön perustuvan tiedon sekä uusien toimintatapojen ja vaikuttavien menetelmien tuomisessa terveydenhuoltoon. (Whittemore – Knafl 2005: 546–547, 552.)

Integroivan kirjallisuuskatsauksen päivitetty metodologia sisältää systemaattisemman ja tarkemman lähestymistavan prosessiin mahdollistaen luotettavan ja mahdollisimman kattavan synteessin menetelmien vaikuttavuudesta ja haitoista sekä arvion tiedon sovellettavuudesta käytäntöön (Whittemore – Knafl 2005: 552; Malmivaara 2008: 273). Integroivan kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen voidaan jakaa viiteen eri vaiheeseen: tutkimuskysymysten asettaminen, aineiston keruu, aineiston laadun arviointi, aineiston analyysi sekä aineiston esittely ja raportointi (mukaillen Whittemore – Knafl 2005: 548–549).

5.1 Aineiston keruu ja laadun arviointi

Tiedonhankintaa edelsi aiheen rajaaminen ja huolellisesti pohdittujen tutkimuskysymysten asettaminen. Tutkimuskysymyksiä olivat:

- Mitä vaikuttavia lääkkeettömiä menetelmiä voidaan käyttää työikäisten unettomuuden hoitoon?
- Miten menetelmät olisivat hyödynnettävissä toimintaterapiassa?

Tutkimuskysymysten laatimisessa hyödynnettiin PICO-asetelmaa, jota käytetään, kun pyritään intervention vaikuttavuuden arvioon. PICO on lyhenne sanoista *Patients* (potilaat, asiakkaat), *Intervention* (tutkittava toimenpide), *Control* (vertailutoimenpide) ja *Outcome* (mitattava tulos) (Malmivaara 2008: 274). Ennen aineiston keruuta luotiin hakustrategia, jonka perustana hyödynnettiin PICO-asetelman lisäksi yhdessä kirjaston informaattikon kanssa tehtyjä koehakuja.

Aineiston keruussa käytettiin kotimaisia ja kansainvälisiä sähköisiä tietokantoja. Tutkimusartikkeleita haettiin seuraavista tietokannoista: Academic Search Elite, Cinahl, Finna, Medic, PubMed ja Science Direct. Artikkelien haku tapahtui Metropolian verkossa 9.–10.2. sekä 13.2.2017. Täydennys haku Cochrane -tietokantaan suoritettiin 17.2.2017 ja se kohdennettiin koskemaan ainoastaan Cochranen omia systemaattisia kirjallisuuskatsauksia eri hoitomenetelmien vaikuttavuudesta. Toimintaterapian interventioita haettiin jo ennen varsinaisen integroivan kirjallisuuskatsauksen suorittamista joulukuussa 2016, jolloin sisäänottokriteerit täyttäviä ja tutkimuskysymykseen vastaavia tutkimuksia ei löytynyt yhtään. 6.3.2017 suoritettiin täydennys haku, jonka tavoitteena oli tarkistaa, oliko uusia tutkimuksia julkaistu.

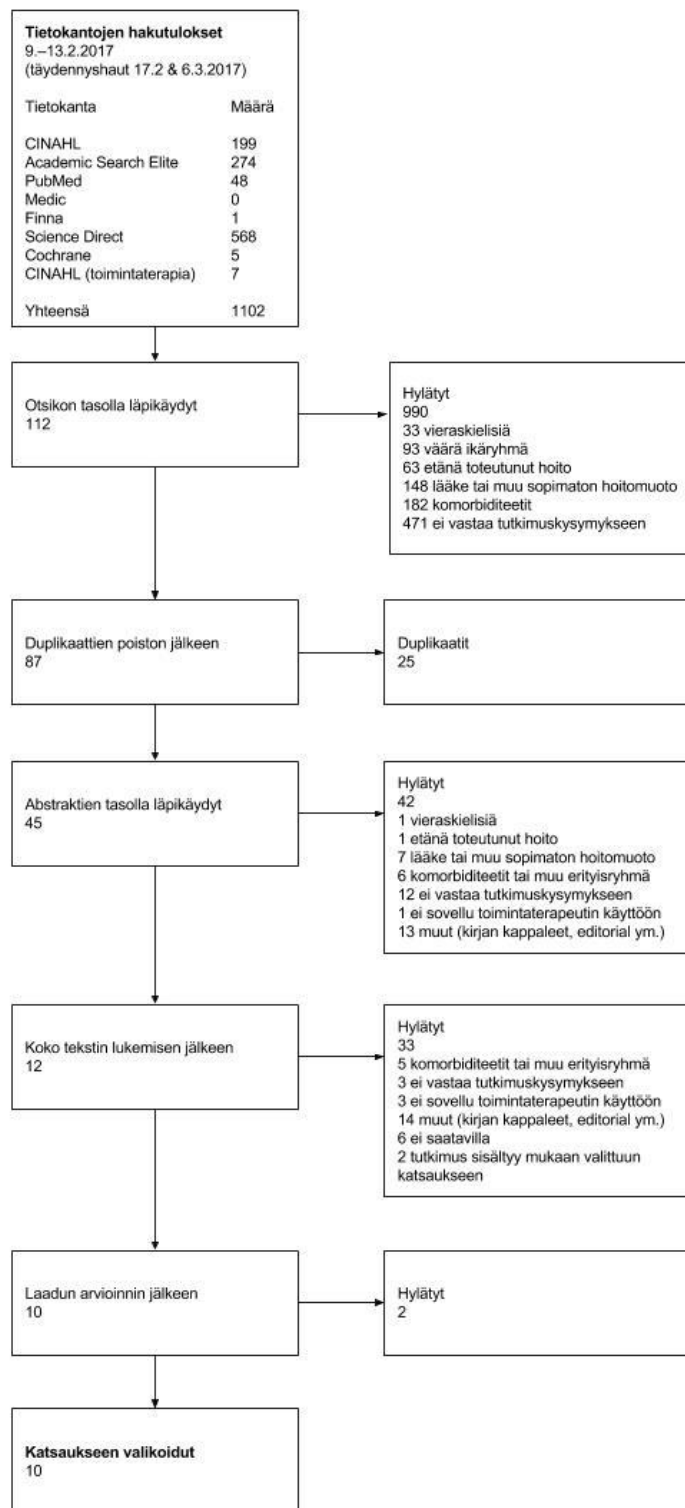
Tiedonhaussa käytettiin seuraavaa hakulauseketta: insomnia AND non-pharma* OR cognitive OR behav* sekä NOT "drug therapy" niissä hakukoneissa, missä NOT-ope-raattorin käyttö oli mahdollista. PubMedissä ja Medic -tietokannassa hyödynnettiin myös MeSH termiä "Sleep initiation and maintenance disorders". Toimintaterapian menetelmiin kohdennetussa haussa hakulauseke oli occupational therap* AND sleep interven-tion ja tietokantana Cinahl.

Tutkimusten tuli olla julkaistu viiden vuoden sisällä vertaisarvioituja artikkeleita sisältävissä julkaisuissa. Julkaisuaika päädyttiin rajaamaan suhteellisen lyhyeksi varsinaista hakua edeltävien koehakujen perusteella, jolloin hakutulokset osoittautuivat liian laajoiksi. Tutkimusten kieleksi rajattiin englanti tai suomi. Kaikki sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Artikkelien sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Kielenä suomi tai englanti	Kielenä jokin muu
Julkaistu 5 vuoden sisällä	Julkaistu tapahtunut yli 5 vuotta sitten
RCT tai systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Jokin muu tutkimusasetelma
Kohderyhmänä aikuiset	Kohderyhmänä lapset, nuoret tai vanhukset
Aineisto vastaa tutkimuskysymykseen	Aineisto ei vastaa tutkimuskysymykseen
Koko teksti saatavilla ilmaiseksi	Ei saatavilla tai maksullinen
Ei-etä-interventio	Netin tai puhelimen välityksellä tapahtuva interventio
Toimintaterapiaan soveltuva interventio	Lääke tai muu sopimaton interventio
Osanottajilla ei muita sairauksia, raskautta eikä vuorotyötä	Osanottajilla jokin komorbiditeetti: psykiatrinen häiriö tai somaattinen sairaus; raskaus tai vuorotyö
Osanottajilla unettomuutta tietyillä mittareilla mitattuna (liite 1)	Osanottajilla jokin muu unihäiriö tai unettomuutta mitattu soveltumattomilla mittareilla

Tutkimukset luettiin eri tasoilla arvioiden sisäänottokriteerien täyttymistä ja sitä, vastasivatko ne tutkimuskysymykseen. Poissulkukriteereiden mukaisesti hylättyjen tutkimusten lukumäärät tilastoitiin, jotta aineiston valinta toteutui mahdollisimman systemaattisesti ja läpinäkyvästi (kuvio 3). Tutkimukset käytiin läpi otsikon ja abstraktin tasolla molempien opinnäytetekijöiden toimesta. Artikkelien koko tekstin lukuvaiheessa tutkimukset jaettiin.



Kuvio 3. Integroivan kirjallisuuskatsauksen artikkelien haku- ja valintaprosessi

Valintaprosessin viimeisessä vaiheessa toteutettiin tutkimusten luotettavuuden arviointi, johon käytettiin Joanna Briggs Instituutin kriteeristöä ja Suomen JBI-yhteistyökeskuksen kriittisen arvioinnin tarkistuslistoja. Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään tutkimuksen metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan harhan riskin (*risk of bias*) tunnistamiseen (Hotus 2017). Arviointikriteeristö vaihteli sen mukaan, oliko tutkimusasetelmana kokeellinen tutkimus vai järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus.

Luotettavuuden arviointi suoritettiin itsenäisesti molempien opinnäytetyötekijöiden toimesta. Kaksi RCT-tutkimusta tippui tässä vaiheessa pois niiden pisteiden jäädessä alle 6:een. Kaikkien jatkoon valittujen tutkimusten pisteytykset asettuivat välille 8-10/10, ja ne arvioitiin metodologisesti korkealaatuisiksi lukuun ottamatta yhtä RCT-tutkimusta (1), jonka pistesaaalis asettui välille 6-8. Tutkimuskohtaiset JBI-pisteet ovat nähtävissä tutkimusartikkelien koontitaulukossa (liite 2).

Katsaukseen hyväksyttiin lopulta 10 tutkimusta, joista satunnaiskontrolloituja tutkimuksia (RCT) oli 5 ja systemaattisia kirjallisuuskatsauksia/meta-analyysyjä 5. Molemmat tutkimusasetelmat edustavat hyvin toteutettuina korkeinta mahdollista **näytön tasoa** ja niillä on mahdollisuus tuottaa luotettavin arvio toimenpiteiden vaikuttavuudesta (Alnervik – Linddahl 2011: 27; Malmivaara 2008: 274-275).

Taulukko 2. Näytön asteen luokitus (Duodecim 2015)

Koodi	Aste	Huomautukset
A	Vahva tutkimusnäyttö	Useita menetelmällisesti tasokkaita tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia
B	Kohtalainen tutkimusnäyttö	Ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelpollisia tutkimuksia
C	Niukka tutkimusnäyttö	Ainakin yksi kelpollinen tieteellinen tutkimus
D	Ei tutkimusnäyttöä	Asiantuntijoiden tulkinta (paras arvio) tiedosta, joka ei täytä tieteelliseen tutkimukseen perustuvan näytön vaatimuksia

Katsaukseen sisältyvien tutkimusten **näytön aste** taas vaikuttaa tutkimustulosten uskottavuuteen ja hyötyarvoon. Katsausartikkelien näytön asteet on arvioitu Käypä hoito -suositusten mukaisesti (taulukko 2), ja ne ilmaistaan kirjaimin tutkimusartikkelien koontitaulukossa (liite 2).

5.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi toteutettiin kahdessa osassa hakien vastausta tutkimuskysymyksiin. Ensimmäiseksi haettiin vastausta kysymykseen ”mitä vaikuttavia menetelmiä työikäisten unettomuuden hoitoon löytyy”. Kysymystä lähestyttiin kokoamalla tutkimuksissa esiintyneet menetelmät taulukkoon. Tutkimusartikkelien koontitaulukossa (liite 2) esitetään käytetyt menetelmät sekä tutkimusten tulokset.

Tässä vaiheessa kiinnitettiin huomiota myös tutkimuksessa käytettyihin mittareihin, joilla menetelmien vaikuttavuutta arvioitiin. Mittareiden lyhenteiden selvennykset on esitetty liitteessä 1. Unen fysiologiset ja subjektiivisesti mitatut tilastollisesti merkittävät muutokset kertovat menetelmän vaikuttavuudesta (Morin 2003: 271). Menetelmien vaikuttavuutta ei ole kuitenkaan yksinkertaista arvioida, sillä konsensusta unettomuuden hyvästä hoitotuloksesta ei olla saavutettu unettomuuden tutkimuksessa (Morin 2003: 263).

Toisessa vaiheessa aineisto käytiin läpi teoriaohjaavan sisällönanalyysin mukaisesti ja vastausta haettiin menetelmien hyödynnettävyydestä toimintaterapiassa. Teoriaohjaava analyysi etenee aluksi aineistolähtöisen analyysin mukaisesti, mutta viimeinen analyysivaihe eroaa, kun oppinäytetyön teoreettisessa osassa määritellyt käsitteet tuodaan ohjaamaan analyysiyksiköiden lopullista jaottelua (Tuomi – Sarajärvi 2009: 97). Ero teorialähtöiseen analyysiin näkyy lähestymisessä aineistoon; teoriaohjaavassa analyysissä aineistosta poimitaan ilmaisuja aineiston omilla ehdoilla, kun teorialähtöisessä ilmaukset poimitaan valitun teorian mukaan (Tuomi – Sarajärvi 2009:117).

Teoriaohjaavan sisällönanalyysin prosessi on kolmivaiheinen. Prosessin vaiheet ovat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi (Tuomi – Sarajärvi 2009:117). Pelkistämisenvaiheessa aineistoon valikoituneet tutkimusartikkelit luettiin tarkasti läpi etsien menetelmiä kuvaavia ilmaisuja. Artikkeleista saadut ilmaisut pelkistettiin, jonka jälkeen niitä vertailtiin keskenään etsien yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia (taulukko 3).

Taulukko 3. Esimerkki alkuperäisen ilmauksen pelkistämisestä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
9b. Osallistujille laaditaan yksilöllinen nukkumisaikataulu, joka sisältää nukkumaanmeno- ja heräämisajat.	9b. Nukkumisaikataulun laatiminen.

Samankaltaisia sisältöjä kuvaavat ilmaiset ryhmiteltiin keskenään, jolloin eri artikkeleissa esiintyvät ilmaiset yhdistyivät muodostaen alaluokkia (taulukko 4). Alaluokat nimettiin kuvaamaan menetelmien yhteisiä merkityssisältöjä.

Taulukko 4. Esimerkki alaluokkien muodostumisesta

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
6a. Toteutusaikomis-mielikuvatekniikka voi parantaa nukkumiskäyttäytymistä, joka edistää hyvää unta.	Unta edistävän nukkumiskäyttäytymisen tukeminen
7a. Unirajoite voi auttaa hyvän yön saavuttamisessa.	
7b. Vuoteessaoloajan rajoittaminen vastaamaan nukkumisaikaa.	
8d. Unihygienia: yleiset hyvää unta tukevat ohjeet ja käytännöt	
9a. Ohjeistetaan säännöt, jotka koskevat vuoteessaoloa ja unirytmää.	
9b. Laaditaan nukkumisaikataulu.	

Viimeisessä vaiheessa, eli abstrahoinnissa, alaluokat yhdistettiin OTPF:sta tuotuihin yläluokkiin. Näin löydettiin unettomuuden hoidossa käytettyjen menetelmien ja OTPF:n levon ja unen kategorian välinen yhdistettävyyden. Analyysin kautta muodostuneet alaluokat esitellään myöhemmin tuloksissa (ks. luku 6.2).

5.3 Näyttöön perustuva toimintaterapia

Opinnäytetyön linkitys työelämään tapahtui keskustelun avulla. Keskustelun tarkoituksena oli edistää näyttöön perustuvaa toimintaterapiaa: tuoda ajantasaista tietoa kentällä työskentelevien toimintaterapeuttien tietoisuuteen sekä pohtia tiedon harkittua käyttöä asiakkaan hoidossa toimintaterapian näkökulmasta. Tämän osion sisältö ei enää kuvaa kirjallisuuskatsausta, mutta oli luontevaa liittää se katsauksen jälkeiseen jatkumoon, kun aineisto ja siitä kummunneet tulokset tuli esitellä ja raportoida.

Keskustelun rakentamisessa hyödynnettiin Ruotsin toimintaterapeuttiliiton (FSA) kehittämää toimintamallia, jota voidaan käyttää, kun tutkimustietoa halutaan tuoda käytännön työhön (Alnervik – Linddahl 2011: 2). Kyseinen toimintamalli valittiin ajattelua jäsentäväksi ja keskustelua ohjaavaksi pohjaksi, koska se kehitettiin nimenomaan edistämään näyttöön perustuvan toimintaterapian toteutumista työpaikoilla. Sen avulla voidaan myös fasilitoida formaaleja opintopiirejä ja tehostaa ryhmäkeskusteluiden antia (Alnervik – Linddahl 2011: 2).

Sen sijaan, että työpaikoilla tehtäisiin niin kuin on aina tehty, näyttöön perustuvan otteen myötä työn taustalle etsitään tutkimustietoa, jonka avulla asiakkaiden kanssa käytettäviä menetelmiä ja kliinistä päätöksentekoa voidaan perustella. Tämä paradigman muutos ja sen toteuttaminen käytännön työssä mahdollistavat vaikuttavampien interventioiden käytön ja kliinisen harkinnan laajentumisen. Näyttöön perustuvan otteen omaksuminen aikaansaa muutoksen kliinisessä harkinnassa ja sitä kautta myös tutkimustietoon pohjautavassa päätöksenteossa. (Alnervik – Linddahl 2011: 9.)

Toimintaterapeuttinelikko tavattiin ensimmäisen kerran 17.2. Heille esiteltiin sekä opin- näytetyön tavoite että mahdollisen keskusteluosion tarkoitus tavoitteen saavuttamisessa. Jokainen terapeutti lupasi osallistua keskusteluun ja tuleva ajankohta sovittiin yhteisesti. Keskustelun suunnittelua varten terapeuttien tämänhetkiset työpaikat ja asiakasryhmät sekä kokemukset unettomuuden hoidosta kartoitettiin. Kaksi neljästä terapeutista kertoi työskentelevänsä itsenäisenä ammatinharjoittajana; toisen puoliskon toimipaikkoja olivat terveyskeskukset. Yhden terapeutin asiakasryhmänä olivat aikuiset, muulla kolmella lapset – tosin yhdellä heistä oli konsultoiva rooli myös aikuisasiakkaiden asioissa. Kokeneet toimintaterapeutit kertoivat uneen ja lepoon liittyvän problematiikan olevan läsnä jokapäiväisessä työssään.

Varsinainen keskustelu tapahtui Metropolian tiloissa 17.3 ja siihen osallistui opinnäytetyöparin lisäksi sovitusti neljä toimintaterapeuttia. Tuokion aluksi terapeuteille esiteltiin unen määrittely OTPF:n mukaan, jonka jälkeen vuorossa oli integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla löydettyjen menetelmien esittely. Ennen varsinaista keskustelua terapeutit saivat vielä tutustua opinnäytetyön varsinaisiin tuloksiin – eli sisällönanalyysin jälkeen muodostuneiden alaluokkien ja OTPF:sta tuotujen yläluokkien synteesiin (ks. taulukko 5). Alkuosio vei aikaa kokonaisuudessaan 30 minuuttia.

Keskustelua ohjaamaan käytettiin FSA:n toimintamallin mukaan laadittuja apukysymyksiä, joita olivat:

- Miten esitellyt menetelmät mielestäsi sopivat toimintaterapiaprosessiin?
- Koetko, että sinulla on valmiuksia käyttää vastaavia menetelmiä? Jos ei, mitä tarvitsisit menetelmien käyttämiseen?
- Minkälaisten asiakkaiden kanssa voisit kuvitella käyttäväsi menetelmiä?

Kysymykset poikkesivat FSA:n esittämistä esimerkeistä jonkin verran, koska jo ensitaapaamisella oli käynyt ilmi, että neljästä toimintaterapeutista vain yksi työskenteli täyspäiväisesti työikäisten parissa. Keskusteluosuuden kesto oli 60 minuuttia. Keskustelun yhteenveto esitellään myöhemmin opinnäytetyön tuloksissa (ks. luku 6.3).

6 Tulokset

Integroivan kirjallisuuskatsauksen perusteella löydettiin kahdeksan erilaista menetelmää työikäisten unettomuuden hoitoon. Kymmenestä tutkimuksesta yksi sisälsi toimintaterapiainervention. Menetelmien sisällöstä kerrotaan tutkimusartikkeleissa esiteltyjen kuvausten pohjalta. Tutkimuksiin viitataan numeroilla tutkimusartikkelien koontitaulukon numeroinnin mukaisesti (liite 2).

6.1 Unettomuuden hoidossa käytetyt menetelmät

Cognitive refocusing treatment for insomnia (CRT-I):

Uudenlaista unettomuuden hoitomenetelmää CRT-I:tä testattiin RCT-tutkimuksessa, jossa saatiin lupaavaa näyttöä menetelmän vaikuttavuudesta. Menetelmän hyödyt vaikuttaisivat olevan unen parantuminen ja kognitiivisen ylivireyden tasaantuminen. CRT-I:ssä (1) vaikutetaan unta edeltävään ajatussisältöön. Menetelmällä pyritään siirtämään huomio pois unta häiritsevistä negatiivisista ajatuksista. Intervention aluksi asiakas työskentelee terapeutin kanssa löytääkseen interventioon sopivia ajatusaiheita. Ajateltavien aiheiden tulee olla tarpeeksi kiinnostavia pitääkseen mielenkiintoa yllä, mutta niiden ei tule nostaa vireystilaa psyykkisesti tai fyysisesti. Aiheita tunnistetaan esimerkiksi kolme aiheelle tulee olla vaihtoehtoja, mikäli asiakas huomaa, että aihe ei syystä tai toisesta täytä edellä mainittuja vaatimuksia. Asiakasta neuvotaan ajattelemaan aiheita vuoteessa nukkumaan mentäessä sekä mahdollisen yöllisen heräämisen yhteydessä, ja siirtämään huomio aina takaisin määritettyyn aiheeseen huomion karkaillessa muihin ajatuksiin.

Mindfulness-meditaatio:

Tietoisuustaitoharjoituksia ollaan tutkittu ainoana interventiona (2) tai CBT-I:n lisäkomponenttina (10) vahvistamaan CBT-I:llä saatua hoitovastetta. Erilaisia mindfulness-interventioita tutkineessa meta-analyysissä menetelmän havaittiin parantavan erityisesti unen laatua, mutta näyttö ainoana hoitomuotona ei ole vedenpitävää (2). Vahvin näyttö (2; 10) tietoisuustaidoista löytyy toisen menetelmän tai lääkityksen tukena. Tietoisuustaitoharjoituksilla pyritään kehittämään tietoisuutta käsillä olevasta hetkestä arvottamatta sitä (2). Harjoituksilla kehitetään lisäksi kehotietoisuutta, tunteiden säätelyä ja käsitystä itsestä sekä muista. Unettomuuteen käytettyjä tietoisuustaitoharjoituksia ovat esimerkiksi perinteinen istumameditaatio, kehon skannaus -meditaatio ja 3-minuutin hengityksen tarkkailu -meditaatio (10). Harjoituksia tehdään ennen nukkumaanmenoa, herätessä

tai mihin aikaan tahansa päivällä. On hyvä huomioida, että harjoituksia ei tule käyttää nukahtamisen yrittämiseen ja niitä ei tule tehdä sängyssä. Muita laajempia mindfulness-interventioita, joita ollaan käytetty unettomuuteen hoitoon ovat MBSR, MBCT ja MBTI (2).

Dreampad-tyyny:

Dreampad-tyynyä käytettiin RCT-tutkimuksessa toimintaterapeuttien toteuttamassa interventiossa unettomuuden hoidossa (3). Tyynyn havaittiin vähentävän yöllisten heräilyjen määrää. *Dreampad*-tyyny tuottaa äänivärähtelyä, joka on vain tyynyn käyttäjän kuultavissa. Sen unta parantavan vaikutuksen uskotaan perustuvan äänivärähtelyn tuottamaan parasympaattisen hermoston aktivaatioon. Unettomuuden hoidossa tyynyä ollaan käytetty ajastettuna kahden tunnin ajan sängyssä (3).

iRest-meditaatio:

RCT-tutkimuksessa verrattiin kolmea uneen kohdistuvaa toimintaterapian interventiota (3). Tutkimuksessa *iRest*-meditaation havaittiin lisäävän kokonaisunen määrää. *iRest*-meditaatio on äänite, jonka tarkoitus on johdattaa kuulija unta edeltävään rentoutuneeseen tilaan (3). *iRest*-meditaatiota tutkittaessa (3) sitä ollaan käytetty 20 minuutin ajan ennen nukkumaanmenoa.

Musiikin kuuntelu:

Musiikin käyttämistä unettomuuteen tutkittiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja meta-analyysin keinoin (4). Katsaus sisälsi yhteensä kuusi RCT-tutkimusta. Musiikilla todettiin olevan kohtalainen vaikutus subjektiiviseen unen laatuun unettomuusoireisilla aikuisilla. Musiikkia käytettiin interventiona keskimäärin kolmen viikon ajan, noin 45 minuuttia kerrallaan kerran päivässä, yleensä nukkumaanmeno-aikaan. Interventio sisälsi viikoittaisen kontaktin. Käytettävä musiikki oli pääasiassa rauhallista: temmoltaan hidas sekä dynamiikalta ja tonaliteetiltaan vähäeleistä. Genrerajoituksia ei ollut. Musiikin mahdolliset vaikutusmekanismit uneen liittyvät psykologisilla mittareilla todettuihin muutoksiin, jotka heijastuvat autonomiseen hermostoon. Stressaavat ajatukset kaikkoavat, sympaattinen vireystila laskee – ja näin ollen unen laatuakin voi parantua (4).

Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I):

CBT-I:n vaikuttavuutta unettomuuteen tutkittiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja meta-analyysin keinoin (8). Katsaus sisälsi 20 RCT-tutkimusta. Tulosten pohjalta CBT-I vahvisti jo entuudestaan vankkaa asemaansa pitkäaikaisesta unettomuudesta kärsivien

ensisijaisena hoitomuotona; menetelmä voi merkittävästi lyhentää nukahtamisaikaa, vähentää heräilläoloaikaa yöllisen heräämisen yhteydessä sekä lisätä unen tehokkuutta. CBT-I:hin sisältyy 5 erilaista komponenttia (taulukko 5).

Taulukko 5. CBT-I:n komponentit kuvauksineen (8)

Komponentti	Kuvaus
Kognitiivinen terapia	Uneen ja unettomuuteen liittyvien vääristyneiden uskomusten ja asenteiden tunnistaminen, haastaminen ja korvaaminen. Harhakäsitykset voivat olla esimerkiksi epärealistisia odotuksia unesta, pelkoa siitä ettei saa nukuksi sekä huonosti nukutun yön seurausten yliarviointia.
Ärsykekontrolli	Nukkumisen ja vuoteen välisen assosiaation vahvistaminen. Ohjeet sisältävät makuuhuoneen pyhittämisen nukkumiselle; makuuhuoneeseen menemisen vain uneliaana; vuoteesta nousemisen, mikäli uni ei ole tullut 15–20 minuutissa sekä sinne palaamisen vasta, kun olo on jälleen uninen.
Unirajoite	Vuoteessaoloajan rajoittaminen vastaamaan nukuttua aikaa niin, että unen tehokkuus säilyy vähintään 85 %:ssa. Unen tehokkuus = nukuttu aika/vuoteessaoloaika x 100 %. Unirajoitteella pyritään lisäämään tarvetta nukahtaa sekä vähentämään hereilläoloaikaa vuoteessa.
Unihygienia	Yleiset hyvää unta tukevat ohjeet ja käytännöt: esimerkiksi makuuhuoneen valmistelu niin, että kelloa ei ole mahdollista nähdä; säännöllinen nukkumisaikataulu ja pitkien päiväunien välttely; alkoholin, kofeiinin ja nikotiiniin välttäminen erityisesti ennen nukkumaanmenoa.
Rentoutuminen	Mikä tahansa asiakkaan hyväksi kokema rentoutumistekniikka, joka vähentää kognitiivista ylivireyttä sekä lihasjännitystä. Esimerkiksi meditaatio, mindfulness, progressiivinen lihasrentoutus, mielikuva- tai hengitysharjoitukset.

Ryhmämuotoisen CBT-I:n vaikuttavuutta tutkittiin meta-analyysin avulla (5). Analyysi sisälsi kahdeksan RCT-tutkimusta. Analyysin perusteella CBT-I säilyttää vaikuttavuutensa menetelmänä myös ryhmämuotoisena ja on hyvä vaihtoehto, kun menetelmän tarve on suurempi kuin tarjonta. Ryhmämuotoinen CBT-I voi myös tarjota hyötyjä, joihin yksilöterapia ei taivu. Sosiaalisen tuen merkitys tilanteessa, jossa asiakkaita pyydetään tekemään haastavia muutoksia nukkumiskäyttäytymiseensä, voi olla erityisen tärkeä.

Kognitiivista terapiaa (CT) tutkittiin myös CBT-I:n lisäkomponenttina (10). RCT-tutkimukseen osallistuneiden kanssa tarkasteltiin unettomuuden yksilöllistä noidankehää ylläpitäviä kognitiivisia tekijöitä. Tulosten perusteella CT:n lisääminen perinteiseen CBT-I:hin voi merkittävästi parantaa terapian tuloksellisuutta.

Implementation intention imagery:

(6) RCT-tutkimuksessa havaittiin, että toteutusaikomus-mielikuvatekniikan (*implementation intention imagery*) käyttö voi lisätä hyvää nukkumiskäyttäytymistä ja parantaa unta päivätyössä olevilla työntekijöillä. Menetelmässä asiakas visualisoi hyvään unihygieni-
aan perustuvan toimintasuunnitelman. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneen tutkimuk-
sen (6) mukaan asiakasta ohjeistetaan visualisoimaan hyvää unta tukeva iltarutiini to-
teutusaikomusten avulla.

Toteutusaikomukset ovat yleensä "kun, niin" -muotoisia sääntöjä, jotka auttavat tavoit-
teiden saavuttamisessa. Sääntö voi olla "kun kohtaan tilanteen A, niin teen toiminnon B".
Toteutusaikomukset yhdistävät tietyn tilanteen ja tavoitteen mukaisen toiminnan. En-
nalta määrätystä tilanteesta tulee vihje tavoitteen mukaiselle toiminnalle. (Gollwitzer –
Sheeran 2006: 69–70.)

Tutkimuksessa (6) toteutusaikomukset seurasivat rakennetta: kun on tietty aika (esim.
puoli tuntia ennen nukkumaanmenoaikaa) ja on tietyssä paikassa (esim. kotona, makuu-
huoneessa), niin tehdään tietty ketju toimintoja (istuminen alas ja hiljainen rentoutumi-
nen). Interventiossa asiakas visualisoi toteutusaikomusten mukaisen toimintasuunnitel-
man 2 kertaa päivässä, töiden jälkeen ja nukkumaanmentäessä, 20 päivän ajan.

Unirajoite (SRT):

Unirajoite (*sleep restriction therapy*, SRT) sisältyy CBT-I:hin ollen yksi sen itsenäisestäikin
käytetyistä komponenteista (5, 7, 8), ja siksi sitä ei lasketa omaksi menetelmäkseen.
Unirajoitetta tutkittiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin (7). Katsaus sisälsi
yhdeksän tutkimusta, joista neljä oli RCT-tutkimuksia. SRT:n todettiin olevan tehokas
hoitomenetelmä pitkäaikaisen unettomuuden hoidossa: se voi yksittäisenä behavioraali-
sena menetelmänä lyhentää nukahtamisaikaa, vähentää heräillöoloaikaa yöllisen herää-
misen yhteydessä sekä lisätä unen tehokkuutta ja kokonaisunenmäärää. SRT:ssä aute-
taan potilasta määrittämään unipäiväkirjan pohjalta optimaalinen aikaikkuna nukkumi-
selle, jolloin vuoteessaoloaika vastaa nukkumisaikaa. Asiakkaalle annetaan lupa olla
vuoteessa vain nukkumiseen käytetty aika. Kun unen tehokkuus on 90 % tai yli, lisätään
vuoteessaoloaikaa 15 minuuttia. Mikäli unen tehokkuus on 85 % – 90 %, pidetään vu-
teessaoloaika samana. Jos taas unen tehokkuus jää alle 85 %:n, vähennetään vuotees-
saoloaikaa 15 minuuttia – ei kuitenkaan alle 5:een tuntiin. (7)

Brief behavioral treatment for insomnia (BBT-I):

BBT-I:n vaikuttavuutta tutkittiin satunnaiskontrolloidusti (9). BBT-I:n huomattiin parantavan unen laatua ja päivittäistä toimintakykyä. Tutkimuksen perusteella BBT-I:n todettiin olevan yksinkertainen ja tehokas menetelmä kroonisesta unettomuudesta kärsiville aikuisille. BBT-I:hin sisältyy unirajoite sekä ärsykekontrolli, jotka ovat aikaisempien tutkimusten perusteella tehokkaimmat behavioraaliset menetelmät unettomuuden hoidossa. BBT-I:n etuja verrattuna CBT-I:hin ovat lyhytkestoisempi interventio (4 viikkoa) ja mahdollisesti nopea vaste, joka helpottaa ohjeiden noudattamista sekä se, että menetelmän käyttäminen ei vaadi monimutkaista koulutusta. Intervention ohjeistukseen kuuluvat: vuoteessaoloajan vähentäminen vastaamaan nukkumisaikaa, herääminen samaan aikaan joka päivä, vuoteeseen meneminen vain uneliaana sekä sieltä nouseminen, mikäli uni ei tule. Asiakkaalle laaditaan myös yksilöllinen nukkumisaikataulu sekä suunnitellaan aktiviteetit mahdollisten yöllisten heräämisten varalle. (9)

6.2 Menetelmien hyödynnettävyys toimintaterapiassa

Teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä saatiin tietoa kirjallisuuskatsauksesta nousseiden menetelmien hyödynnettävyydestä toimintaterapiassa. Menetelmät vaikuttavat OTPF:n levon ja unen eri osa-alueisiin. Sisällönanalyysissä yksi menetelmä voi esiintyä useassa alaluokassa, sillä moni katsauksessa olevista menetelmistä rakentuu useasta eri komponentista. Luokkien yhdistyminen esitetään taulukossa 6.

Taulukko 6. Ala- ja yläluokkien yhdistyminen

Yläluokat (OTPF)	Alaluokat
Lepo	Tietoisuustaitoharjoitusten tekeminen. Vireystilan laskeminen
Valmistautuminen nukkumiseen	Unta tukevan nukkumiskäyttämisen edistäminen. Nukkumaanmenoa edeltävän suunnitelman visualisointi. Ympäristön muokkaaminen unta tukevaksi. Sosiaalinen tuki muutoksissa.
Osallistuminen nukkumiseen	Illalla/yöllä huomion ja ajatusten suuntaaminen ennalta määritettyyn aiheeseen. Unta tukevien toimintojen suunnittelu yöllisen heräämisen varalle.
CBT-viitekehys	Unettomuuteen liittyvien ajatusten kanssa työskentely.

Lepo:

Toimintaterapiassa lepoa voidaan edistää lisäämällä rentouttavia tai rauhoittavia toimintoja osaksi toimintojen kirjoa. Illalla tehtävillä rentoutumismenetelmillä voidaan valmistella kehoa ja mieltä lepoon (3, 8). Esimerkiksi musiikin kuuntelua (4) illalla voidaan käyttää laskemaan vireystilaa. Levon edistämistä voidaan lähestyä taitojen opettelulla: tietoisuustaitoja harjoittelemalla voi opetella kykyä rauhoittumiseen ja hiljentymiseen. Tietoisuustaitoharjoitukset voivat myös auttaa levon tarpeen tunnistamisessa sekä parantaa stressinsäätelykykyä (10).

Valmistautuminen nukkumiseen:

Toimintaterapeutti voi työskennellä asiakkaan kanssa kehittääkseen yksilöllisiä unta tukevia toimintamalleja. Unta tukevan iltarutiinin luominen nousi erityisen tärkeäksi unettomuuden hoidossa (6, 7, 8, 9). Unettoman toimintaterapiassa on yhtä lailla keskeistä ohjeistaa ja tukea asiakasta säännöllisen nukkumisaikataulun luomisessa ja noudattamisessa. Unta tukevien toimintamallien kehittämisessä voidaan käyttää apuna yleisiä hygieniaohjeita, mutta pelkät ohjeet eivät ole käypää unettomuuden hoitoa (1, 3, 5, 7, 8, 9).

Rutiinien muuttaminen on usein hankalaa. Apuna voidaan käyttää mielikuvaharjoituksia, jotka auttavat tavoitteen mukaisen toiminnan toteuttamisessa (6). Vuoteessaoloajan rajoittaminen vastaamaan nukkumisaikaa on tehokas menetelmä (5, 6, 8, 9), mutta sen toteuttaminen voi olla asiakkaalle haastavaa. Haastavimpia muutoksia voidaankin toteuttaa ryhmässä, jolloin sosiaalisesta tuesta voi olla apua (5).

Osallistuminen nukkumiseen:

Makuuhuoneen, vuoteen ja nukkumisen välistä assosiaatiota voidaan parantaa. Se tarkoittaa käytännössä sitä, että vuoteesta noustaankin, mikäli uni ei tule (7, 8, 9). Heräämisen varalle voidaan asiakkaan kanssa suunnitella toimintoja (9) tai ajatuksen aiheita (1) siirtämään huomiota pois unettomuuteen liittyvistä stressaavista ajatuksista. Yhteinen periaate kaikille nukkumiseen osallistumista edistäville interventioille on: luopuminen nukkumisen yrittämisestä.

Unettomuuteen liittyvien ajatusten kanssa työskentely:

Unettomuuteen liittyvien ajatusten kanssa työskenteleminen ei löytänyt paikkaansa OTPF:n kategorioissa, joten toimintaterapeutin tulee intervention ymmärtämisessä hyödyntää kognitiivis-behavioraalista viitekehystä. Unettomuuteen liittyviä ajatuksia on hyödyllistä tunnistaa ja työstää terapeutin kanssa. Intervention kohdistaminen sisäiseen kokemukseen on keskeinen osa useaa eri menetelmää (1, 2, 5, 8, 10). Unettomuuteen liittyvät negatiiviset ajatukset voivat aiheuttaa ja ylläpitää ylivireyttä, joka estää levollisen unen. Ajatusten kanssa työskentely voi tarkoittaa ajatusten tunnistamista (8, 10), haastamista tarkastelemalla niitä toisesta näkökulmasta (8, 10), ajatusaiheen vaihtamista (1) tai lempeän suhtautumisen ja hyväksynnän opettelua (2, 10).

6.3 Keskusteluosion yhteenveto

Toimintaterapeuttien kanssa käyty keskustelu vahvisti katsauksen ja teoriaohjaavan analyysin avulla saatuja tuloksia. Kaikki neljä terapeuttia olivat yhtä mieltä siitä, että esitellyt menetelmät sopivat hyvin toimintaterapiaprosessiin. Jokainen kertoi jo tietämättään käyttäneensä onnistuneesti hiukan samantyyllisiä menetelmiä, ja saivat näin ollen perusteluja tekemilleen valinnoille. Terapeutit korostivat unen merkitystä toimintakyvyn muutoksissa sekä arvioinnissa, ja olivat yksimielisiä unen ja toiminnan molempiin suuntiin kulkevasta vaikutuksesta.

Terapeutit eivät tuominneet minkään esitellyn menetelmän hyödynnettävyyttä toimintaterapiassa. Vaikka unettomuuteen liittyvien ajatusten kanssa työskenteleminen ei varsinaisesti istunut mihinkään OTPF:n kategorioista, ei sen soveltuvuutta toimintaterapiaan kyseenalaistettu. Erityistä kiinnostusta herättivät unta tukevien toimintojen suunnittelu yöllisen heräämisen varalle sekä ajatusten suuntaaminen ennalta määritettyihin aiheisiin. Myös nukkumaanmenoa edeltävän suunnitelman visualisointi sai suurta kannatusta.

Keskusteleva ryhmä korosti toimintaterapeutin asemaa arjen asiantuntijana: ihmisenä, jolla on osaamista kartoittaa asiakkaan toimintaa hänen omassa ympäristössään. Tämän tietämyksen avulla voidaan edistää asiakkaan unta tukevaa nukkumiskäyttäytymistä sekä suunnitella juuri hänen unta tukevia toimintoja, rutiineja sekä mielikuvaharjoitteita. Nukkumisen ymmärtäminen sosiaalisena ja ympäristöön sidoksissa olevana toi-

mintana nousi myös esille selvänä ammatillisena vahvuutena, joka mahdollistaa ympäristön muokkaamisen unta tukevaksi sekä sosiaalisen tuen huomioimisen nukkumiskäyttämiseen tehtävien muutosten yhteydessä.

Kliinikot kertoivat omaavansa valmiuksia esiteltyjen menetelmien käyttämiselle. He kertoivat kaivanneensa menetelmiä liittyen uneen ja lepoon aikaisemman unihygienia- ja uniergonomiaosaamisen lisäksi. Nyt he kokivat saaneensa alkuosion ja keskustelun myötä nimiä ja perusteluja jo tutuille menetelmille mutta myös ideoita uusista menetelmistä, joihin he voisivat jatkossa perehtyä lisää. Tarve lisäkoulutukselle nousi esiin erityisesti CBT-l:hin liittyvien menetelmien, kuten unirajoitteen, mahdolliselle käyttöön ottamiselle. Keskustelua herätti menetelmän hyödyntäminen erityisesti muiden asiakasryhmien kuin työikäisten ja -kykyisten aikuisväestön parissa.

Juuri unettomuuteen kohdistuvista tietoisuustaitoharjoituksista ja niiden tekemisestä jäätettiin kaipaamaan lisää tietoa. Vireystilan laskeminen musiikkia kuuntelemalla taas oli jo entuudestaan hyväksi ja toimivaksi havaittu nukahtamisen apuväline. Kaiken kaikkiaan terapeutit kokivat unen ja levon merkityksen korostamisen olevan tätä päivää: vireystilaa jatkuvasti kuormittavien tekijöiden säännöstelyä, rentoutumistarpeiden ja -keinojen tunnistamista ja hallintaa sekä yksilöllisten iltarutiinien ja nukkumaanmenoaikataulujen suunnittelua ja toteuttamista.

7 Johtopäätökset

Tällä opinnäytetyöllä ja sen sisällä toteutetulla integroivalla kirjallisuuskatsauksella etsittiin tietoa, minkälaisia työikäisten unettomuuden hoitoon käytettäviä, vaikuttavia menetelmiä on olemassa ja miten ne soveltuvat toimintaterapiaan. Tutkimuskysymyksiin saatiin vastauksia aineistoon valituista tutkimuksista sekä teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla. Lisävahvistusta menetelmien hyödynnettävyydestä antoi keskustelu neljän toimintaterapeutin kanssa.

Tällä hetkellä Suomessa ei tulla toimintaterapiaan unettomuuden takia, mutta toimintaterapeutin tulee pystyä vastaamaan toimintaterapian viitekehyksessä linjattuihin toimintakokonaisuuksiin, joista yksi on uni ja lepo. Yhtenä opinnäytetyön tavoitteena oli kasvattaa toimintaterapian toimialaa osoittamalla vaikuttavien interventioiden soveltuvuutta toimintaterapian viitekehukseen. Opinnäytetyön tulokset antavat alustavaa näyttöä menetelmien hyödynnettävyydestä unettoman toimintaterapiassa.

Integroivassa kirjallisuuskatsauksessa toimintaterapian menetelmiä työikäisten unettomuuden hoitoon löytyi vain yhdestä tutkimuksesta, jossa verrattiin kolmea unen parantamiseen käytettävää interventiota. Aineiston analyysissä kävi kuitenkin ilmi, että kirjallisuuskatsaukseen sisältyvät menetelmät toimintaterapian ulkopuolisilta aloilta vastaavat sisällöllisesti hyvin OTPF:n unen ja levon toimintakokonaisuuteen, ajatusten kanssa työskentelyä lukuun ottamatta. Unettomuuteen liittyvien ajatusten kanssa työskentely vaikutti olevan osana lähes jokaista interventiota. Kognitiivis-behavioraalisen viitekehksen hyödyntäminen osana toimintaterapian interventiota lienee tarpeellista.

Aineiston analyysin perusteella toimintaterapeutti voi työskennellä asiakkaan kanssa tukeakseen tämän lepoa sekä valmistautumista ja osallistumista nukkumiseen. Rauhoittavien toimintojen lisääminen, unta tukeva nukkumiskäyttäytyminen ja suunnitelmat yöllisten heräämisten varalle, voivat parantaa unta ja lepoa. Vaikka OTPF:n toiminnan kategorioista lepo ei ole varsinaisesti nukkumista, se sisällytettiin kirjallisuuskatsauksen analyysivaiheeseen. Koska unettomuuteen liittyy olennaisesti ylivireys (Gehrman – Findley – Perlis 2012: 418), on perusteltua kohdistaa unettomuuden hoitointerventio levon edistämiseksi pitkin päivää. Kirjallisuuskatsauksessa löytyi useita lepoon liittyviä menetelmiä, joilla on näyttöä unen parantamisen kannalta. Rentouttavien tai rauhoittavien toimintojen lisäämisessä voidaan nähdä yhteys myös toiminnalliseen tasapainoon.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa CBT-I sekä siihen liittyvät menetelmät saivat vahvaa näyttöä. CBT-I on myös unettomuuden Käypä hoito -suosituksessa ensisijainen menetelmä (Duodecim 2015). Katsauksen tulokset ovat linjassa viime aikoina esitettyjen tutkimustulosten kanssa. Tuoreessa, 87:ää CBT-I:tä koskevaa RCT-tutkimusta kattavassa, systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ja meta-analyysissä (van Straten ym. 2017) CBT-I todettiin vaikuttavaksi menetelmäksi unettomuuden hoidossa. Meta-analyysin antamien tulosten perusteella ei ole väliä, käyttääkö CBT-I:tä kokonaisuudessaan vai yksittäisinä komponentteina; vaikuttavuudessa ei tapahdu tilastollisesti merkitsevää eroa. (van Straten ym. 2017: 16–19). Tämä voi olla hyödyttävä tieto toimintaterapeutille, mikäli aikaa tai mahdollisuutta CBT-I:n käyttämiseen kokonaisuudessaan ei ole. Toimintaterapeuttien mielenkiintoa kognitiivis-behavioraalisten menetelmien käyttöön on vaikea ennustaa, mutta osana opinnäytettä toteutettu keskusteluosio antoi kuvan myönteisestä suhtautumisesta uusien menetelmien omaksumiselle.

Toimintaterapeuttien tai muun terveydenhuollon henkilöstön antamasta CBT-I:stä on olemassa alustavaa näyttöä. Kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle jäi tutkimus perusterveydenhuollon henkilöstön antamasta CBT-I:stä (Bothelius – Kyhle – Espie – Broman 2013: 688–696). Tutkimuksen perusteella CBT-I:n vaikuttavuus unettomuuden hoidossa näyttäisi säilyvän, vaikka intervention toteuttaa perusterveydenhuollon edustaja koulutustaustasta riippumatta – kunhan toteuttaja on asiaansa perehtynyt (Bothelius ym. 2013: 694–695). Lisätukea väitteelle voi antaa myös toimintaterapeuttien ohjaaman, CBT-I:hin pohjautuvan, ryhmäterapien tuottama tulos (Green – Hicks – Weekes – Wilson 2005: 518). Greenin ym. (2005) tutkimus oli kuitenkin metodologialtaan heikohko.

Tässä katsauksessa tutkittiin työikäisten primaarin unettomuuden hoitoa, eikä kantaa tämän perusteella voida ottaa menetelmien sovellettavuudesta toisiin potilasryhmiin. Katsaukseen valikoituneista menetelmistä CBT-I:tä ollaan muualla tutkittu kattavasti myös muiden ikäryhmien ja sekundaarisen unettomuuden hoidossa. Van Stratenin ym. (2017) toteuttaman laajan meta-analyysin tulokset puhuvatkin sen puolesta, että CBT-I on tehokas menetelmä liitännäissairauksista tai iästä huolimatta (van Straten ym. 2017: 19).

Kirjallisuuskatsaus sisälsi yksittäisiä menetelmiä, joiden käytöstä ollaan saatu vasta alustavaa näyttöä. CRT-I ja toteutusaikomus-mielikuvatekniikka tarvitsevat jatkotutkimusta, ennen kuin mielekkäitä johtopäätöksiä menetelmien vaikuttavuudesta kliinisessä

käytössä voidaan tehdä. Molemmat menetelmät olivat kuitenkin hyvin siedettyjä tutkimuksiin osallistuneiden keskuudessa, ja ne vaikuttaisivat sopivan toimintaterapian viitekehukseen varsin hyvin.

Kirjallisuuskatsauksen tuottamaa tietoa voidaan käyttää antamaan suuntaa yksilöllisten interventioiden suunnitteluun. Sopivan menetelmän valinnassa voi olla hyödyllistä ottaa huomioon, mihin unen parametreihin menetelmällä on suurin vaikutus. Tämän lisäksi tarvitaan tietoa asiakkaan uniongelman laadusta: onko keskeisimpänä ongelmana nukahtamisen vaikeus, rikkonainen uni vai liian aikainen herääminen. Kirjallisuuskatsauksesta käy ilmi, miten toisilla menetelmillä on suurempi hyöty unen laadun kannalta – kun taas toinen menetelmä voi pidentää kokonaisunenmäärää. Menetelmän valintaan vaikuttaa luonnollisesti myös muut asiakkaan yksilötekijät, mutta parametrien tunteminen voi antaa osviittaa intervention suunnitteluun.

Morinin (2003) mukaan vaikuttavan unettomuuden hoidon ei tulisi parantaa pelkästään unta, vaan tuottaa myös merkityksellisiä muutoksia päivittäiseen toimintaan, mielialaan ja elämänlaatuun (Morin 2003: 263). Katsaukseen valikoiduista tutkimuksista ainoastaan yhdessä kävi ilmi intervention aikaansaama, DBAS-mittarilla mitattu, positiivinen muutos päivittäisessä toiminnassa (Wang – Wei – Wu – Zhong – Li 2016: 1971–1972). Lähes jokaisen tutkimusartikkelin tutkimusagenda tulevaisuutta varten sisälsi maininnan, että intervention vaikuttavuutta päivittäiseen toimintaan tulisi mitata. Toimintaterapeuteille olisi luontevaa käyttää toimintakykyä arvioivia mittareita myös unettomuuteen kohdistuvien interventioiden yhteydessä. Myös toimintaterapian omia arviointivälineitä sekä mittareita voitaisiin hyödyntää – riippuen siitä, mitä asiaa toiminnallisuudesta haluttaisiin intervention yhteydessä seurata.

Tämä opinnäytetyö täydentää uneen ja unettomuuteen liittyvää toimintaterapian tutkimusta. Työikäisten unettomuus ja sen hoito ovat jääneet vaille huomiota toimintaterapiassa. Unettomuusoireet tällä ryhmällä vaikuttavat yleistyvän Suomessa (Kronholm ym. 2016: 454), joten niihin on syytä puuttua. Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella toimintaterapeuteilla on tarvittavaa osaamista työikäisten unettomuuden hoidossa: toimintaterapiassa voidaan hyödyntää ymmärrystä ihmisen, ympäristön ja toiminnan vuorovaikutuksesta, rutiineista sekä toiminnallisesta tasapainosta. Toimintaterapeutin tulee myös olla tietoinen toiminnan ja unen vastavuoroisesta suhteesta – joka voi joko edistää tai vaikeuttaa unta.

8 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli vastata kysymyksiin, mitä vaikuttavia lääkkeitömiä menetelmiä voidaan käyttää työikäisten unettomuuden hoitoon sekä miten menetelmät olisivat hyödynnettävissä toimintaterapiassa. Vastauksia kysymyksiin etsittiin integroivalla kirjallisuuskatsauksella, joka osoittautui hyväksi menetöksi vastausten löytämiseksi.

Integroivan kirjallisuuskatsauksen toteutus oli huolellisesti suunniteltu. Hakustrategian luominen sisälsi lukuisia koehakuja hakulausekkeiden sekä tutkimusten sisään- ja pois-sulkukriteereiden optimoimiseksi. Koehakujen suorittamiseen jouduttiin käyttämään huomattavasti oletettua enemmän aikaa, sillä niistä löytyneiden artikkelien määrä oli valtaisa. Hakusanojen tarkempi kirjaaminen ja hakulausekkeiden perusteleminen saattoivat suuren aineiston alla jäädä hiukan liian vähälle huomiolle. Hakutulosten määrien kohtuullistamiseksi jouduttiin sisäänottokriteeristöä tiukentamaan, ja tutkimusten julkaisujankohdat rajautuivat viimeiseen 5:een vuoteen. Päätös osoittautui oikeaksi: rajaus mahdollisti sen, että aineisto oli ensinnäkin kooltaan hallittava ja toisaalta katsaukseen nousseet menetelmät varmasti ajantasaisia. Toisaalta jälkeinpäin voidaan olettaa, että joitakin vaikuttavia menetelmiä, joita ei ole tutkittu lähivuosina, jäi tulosten ulkopuolelle.

Integroiva kirjallisuuskatsaus olisi mahdollistanut erilaisin metodein tehtyjen tutkimusten sisäänottamisen. Tätä mahdollisuutta ei kuitenkaan täysin osattu hyödyntää. Tutkimusasetelmaltaan heikompiä tutkimuksia rajattiin pois, koska fokus oli voimakkaasti suuntautunut vaikuttavien interventioiden löytämiseen. Myös aineiston koko olisi saattanut kasvaa hallitsemattomaksi, jos sisäänottokriteeristö olisi ollut väljempi. Duodecimin (2015) mukaan intervention toteaminen näytön asteeltaan edes kohtalaiseksi (B-aste) vaatii tuekseen vähintään yhden menetelmällisesti tasokkaasti toteutetun tutkimuksen. Katsaukseen valikoitujen tutkimusten rajaaminen pelkästään laadukkaasti toteutettuihin RCT-tutkimuksiin ja systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin oli tutkimuskysymyksiin peilattuna perusteltua.

Aivan kuten opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa oletettiin, oli katsauksesta löydettyjen unettomuuden hoitomenetelmien pääpaino kognitiivis-behavioraalisissa menetelmissä. Toki valikoitujen hakulausekkeiden sisältö jo osaltaan ennusti CBT-I -menetelmien runsasta esiintyvyyttä tuloksissa. Voitaneen silti todeta, että kognitiivis-behavioraalisen vii-

tekeyksen valinta tähän opinnäytetyöhön oli onnistunut: menetelmien osalta katsauksen tulokset olivat yhdensuuntaisia tuoreimpien tutkimusten kanssa ja tukivat unettomuuden Käypä hoito -suosituksia.

Vastatakseen kysymykseen menetelmien hyödynnettävyyteen toimintaterapiassa, kirjallisuuskatsauksen aineistoa analysoitiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin keinoin. Teoriaohjaava sisällönanalyysi osoittautui toimivaksi tavaksi yhdistämään pääasiassa muilta aloilta peräisin olevan aineiston toimintaterapian viitekeykseen. Haasteelliseksi analyysin teki opinnäytetyön aineiston luonne: katsauksen tuloksina oli sekä yksittäisiä RCT-tutkimuksia että useita RCT-tutkimuksia koonneita systemaattisia kirjallisuuskatsauksia. Yksittäisistä RCT-tutkimuksista oli helppo poimia analysoitavia yksiköitä, jotka tässä tapauksessa olivat menetelmiä kuvaavia lauseita tai ajatuskokonaisuuksia. Analysoitavat yksiköt poimittiin tutkimuksen osiosta, jossa kuvattiin intervention kulkua. Systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa niissä tutkittavia menetelmiä ei kuvattu yhtä yksityiskohtaisesti, joten tutkimuskysymykseen vastaavia analysoitavia yksiköitä oli vaikeampaa poimia. Systemaattisten kirjallisuuskatsausten kohdalla päädyttiin laajentamaan analyysissä tarkasteltavaa kohdetta koskemaan myös tutkimuksen taustaa kuvaavaan tekstiin, jotta analysoitavat yksiköt olisivat tarkoituksenmukaisia.

Opinnäytetyön linkittäminen työelämään keskusteluosion avulla osoittautui hyväksi tavaksi tarkastella tuoreen tiedon harkittua käyttämistä toimintaterapiassa. Keskusteluun osallistuneiden toimintarepeuttien kyky reflektioon ja kriittiseen pohdintaan – yhdessä laajan kliinisen kokemuksen ohella – mahdollistivat hedelmällisen keskustelun: sen avulla saatiin varmistusta tämän opinnäytetyön ajankohtaisuuden ja tärkeyden lisäksi menetelmien soveltuvuudesta toimintaterapiaan. Valitettavasti vain yhdellä terapeuteista oli asiakasryhmänä työikäiset. Suoranaista asiakaskytköstä ei voitu luoda ja keskustelu muodostui erilaiseksi kuin mihin FSA:n ohjeistus sen olisi mahdollisesti johdattanut. Keskustelusta muodostetut johtopäätökset jäivät edellä mainittujen seikkojen vuoksi melko suppeiksi.

Kyky kriittiseen tarkasteluun ja perehtyneisyys aiheeseen ovat tämän opinnäytetyön vahvuuksia. Esimerkiksi lähteiden valinnassa ja käyttämisessä pyrittiin tarkkaavaiseen johdonmukaisuuteen. Kriittisyydestä oli hyötyä oman työn tarkastelussa. Henkilökohtainen suhde aiheeseen ja taipumus perusteellisuuteen olisivat voineet olla esteitä edistymiselle mutta nämä sudenkuopat onnistuttiin onneksi välttämään. Fokuksen säilymisessä

auttoi suunnitelmallinen ja järjestelmällinen lähestymistapa. Opinnäytetyön toteuttamisvaiheen aluksi laadittiin tarkka aikataulu osatavoitteineen; etenemistä seurattiin viikoittain ja aikataulua päivitettiin läpi prosessin. Näin vältettiin ajan käyttäminen turhiin pikkutarkkuuksiin ja esimerkiksi lähteiden etsiminen osattiin lopettaa. Vaikka lähdeluettelo on opinnäytteeksi varsin mittava, kyky rajata, tiivistää ja keskittyä olennaiseen näkyvät opinnäytetyön maltillisessa mitassa ja luettavassa kirjoitusasussa.

Tämän opinnäytetyön yhtenä tavoitteena oli kasvattaa toimintaterapian toimialaa osoittamalla vaikuttavien interventioiden soveltuvuutta toimintaterapian viitekehukseen. Interventioiden alustava soveltuvuus pystyttiin esittämään, mutta toimialan kasvamista ei voida tässä vaiheessa arvioida. Tämän kaltaisen tavoitteen esittämisen toivottiin synnyttävän keskustelua. Nähtäväksi jää, minkälaisena keskustelunavauksena se tulee toimimaan. Jotta unettomuuden kasvavaa väestöllistä taakkaa voidaan keventää, tulee nukkumista jatkossa tarkastella itsenäisenä, aktiivisena toimintana ja siihen liittyviin ongelmiin puuttua. Myös toimintaterapiassa.

Lähteet

Alhola, Paula – Polo-Kantola, Päivi 2007. Sleep deprivation: Impact on cognitive performance. *Neuropsychiatric disease and treatment* 3 (5). 553–567.

Alnervik, Anitha – Linddahl, Irène 2011. Value of occupational therapy – about evidence-based occupational therapy. Sweden: FSA.

American Occupational Therapy Association (AOTA) 2014. Occupational therapy practice framework: Domain & process. 3. painos.

Baglioni, Chiara – Battagliese, Gemma – Feige, Bernd – Spiegelhalder, Kai – Nissen, Christoph – Voderholzer, Ulrich – Lombardi, Caterina – Riemann, Dieter 2011. Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of affective disorders* 135 (1–3). 10–19.

Bennett, Sally – Bennett, John W. 2000. The process of evidence-based practice in occupational therapy: Informing clinical decisions. *Australian occupational therapy journal* 47. 171–180.

Blanchard, Jeanine – Leland, Natalie E. – Vigen, Cheryl – Mallinson, Trudy – Fogelberg, Don – Carlson, Mike – Clark, Florence – Sleight, Alix 2015. Does sleep change after an occupation-based lifestyle intervention?: A pilot study. *American journal of occupational therapy* 69 (1).

Bothelius, Kristoffer – Kyhle, Kicki – Espie, Colin A. – Broman, Jan-Erik 2013. Manual-guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: a randomized controlled effectiveness trial. *Journal of sleep research* 22. 688–696.

Brown, Cary – Green, Andrew 2015. The relationship between sleep and pain. Teoksessa Green, Andrew – Brown, Cary (toim.): *An occupational therapist's guide to sleep and sleep problems*. Lontoo: Jessica Kingsley publishers. 291–303.

Carskadon, Mary A. – Dement, William C. 2011. Monitoring and staging human sleep. Teoksessa Kryger, M.H. – Roth, T. – Dement, W. C. (toim.): *Principles and practice of sleep medicine*. 5. painos. St. Louis: Elsevier Saunders. 16–26.

Choy, Ernest H. S. 2015. The role of sleep in pain and fibromyalgia. *Nature reviews rheumatology* 11. 513–520.

Christiansen, Charles H. – Matuska, Kathleen M. 2011. Lifestyle balance: a review of concepts and research. *Journal of occupational science* 13 (1). 49–61.

Duodecim 2015. Unettomuus. Käypä hoito -suositukset. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50067>>. Luettu 16.1.2017.

Engel-Yeger, Batya – Shochat, Tamar 2012. The relationship between sensory processing patterns and sleep quality in healthy adults. *Canadian journal of occupational therapy* 79 (3). 134–41.

Faulkner, Sophie – Mairs, Hilary 2015. An exploration of the role of the occupational therapist in relation to sleep problems in mental health settings. *British journal of occupational therapy* 78 (8). 516–524.

Fortier-Brochu, Émilie – Beaulieu-Bonneau, Simon – Ivers, Hans – Morin, Charles M. 2012. Insomnia and daytime cognitive performance: a meta-analysis. *Sleep medicine reviews* 16 (1). 83–94.

Fung, Christina – Wiseman-Hakes, Catherine – Stergiou-Kita, Mary – Nguyen, Michelle – Colantonio, Angela 2013. Time to wake up: bridging the gap between theory and practice for sleep in occupational therapy. *British journal of occupational therapy* 76 (8). 384–386.

Gehrman, Philip – Findley, James – Perlis, Michael 2012. Insomnia I: Etiology and conceptualization. Teoksessa Morin, Charles M. – Espie, Colin A. (toim.): *The Oxford handbook of sleep and sleep disorders*. Oxford, New York: Oxford university press. 405–427. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780195376203.001.0001/oxfordhb-9780195376203-e-020?rskey=kv2gJk&result=1>>. Luettu 31.3.2017.

Green, Andrew 2012. A question of balance. Teoksessa Westcombe, Alex – Green, Andrew (toim.): *Sleep: multi-professional perspectives*. London: Jessica Kingsley publishers. 121–148.

Green, Andrew 2015. The effects of daytime activity on sleep. Teoksessa Brown, Cary – Green, Andrew (toim.): *An occupational therapist's guide to sleep and sleep problems*. Lontoo: Jessica Kingsley publishers. 92–109.

Green, Andrew – Alford, Chris 2015. The effects of sleep and sleep loss on performance. Teoksessa Brown, Cary – Green, Andrew (toim.): *An occupational therapist's guide to sleep and sleep problems*. Lontoo: Jessica Kingsley publishers. 77–87.

Green, Andrew – Hicks, Jane – Weekes, Rosemarie – Wilson, Sue 2005. A cognitive-behavioural group intervention for people with chronic insomnia: an initial evaluation. *British journal of occupational therapy* 68 (11). 518–522.

Green, Andrew – Hicks, Jane – Wilson, Sue 2008. The experience of poor sleep and its consequences: a qualitative study involving people referred for cognitive-behavioural management of chronic insomnia. *British journal of occupational therapy* 71(5). 196–204.

Gollwitzer, Peter M. – Sheeran, Paschal 2006. Implementation intentions and goal achievement: a meta-analysis of effects and processes. *Advances in experimental social psychology* 38. 69–119.

Haaramo, Peija 2014. *Insomnia, ill health and work disability: a longitudinal study among employees*. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Hall, Martica H. – Kline, Christopher E. – Nowakowski, Sara 2015. Insomnia and sleep apnea in midlife women: prevalence and consequences to health and functioning. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4447062/#bib-014>>. Luettu 18.1.2017.

Harvey, Allison G. 2002. A cognitive model of insomnia. *Behaviour research and therapy* 40 (8). 869–893.

Hautala, Tiina – Hämäläinen, Tuula – Mäkelä, Leila – Rusi-Pyykönen, Mari 2013. *Toiminnan voimaa: toimintaterapia käytännössä*. Helsinki: Edita.

Hotus 2017. Näyttöön perustuva toiminta. Kriittinen arviointi. Verkkodokumentti. <<http://www.hotus.fi/jbi-fi/kriittinen-arviointi>>. Luettu 20.2.2017

Howell, Dana – Pierce, Doris 2000. Exploring the forgotten restorative dimension of occupation: Quilting and quilt use. *Journal of occupational science* 7. 68–72.

Hublin, Christer – Lagerstedt, Rea 2012. Unettomuuden arviointi ja diagnostiikka. Teoksessa Järnefelt, Heli - Hublin, Christer (toim.): *Työikäisten unettomuuden hoito*. Tampere: Tammerprint Oy. 19–34.

Ishak, Waguih W. – Bagot, Kara – Thomas, Shannon – Magakian, Naira – Bedwani, Dina – Larson, Dina – Brownstein, Alexandra – Zaky, Christine 2012. Quality of life in patients suffering from insomnia. *Innovations in clinical neuroscience* 9 (10). 13–26.

Järnefelt, Heli – Hublin, Christer 2012. Unen ABC. Teoksessa Järnefelt, Heli - Hublin, Christer (toim.): *Työikäisten unettomuuden hoito*. Tampere: Tammerprint Oy. 7–18.

Järnefelt, Heli 2012. Unettomuuden lääkkeettömän hoidon lähtökohdat. Teoksessa Järnefelt, Heli – Hublin, Christer (toim.): *Työikäisten unettomuuden hoito*. Tampere: Tammerprint Oy. 35–54.

Järnefelt, Heli 2012. Unettomuuden kognitiivis-behavioraalinen ryhmähoito. Teoksessa Järnefelt, Heli – Hublin, Christer (toim.): *Työikäisten unettomuuden hoito*. Tampere: Tammerprint Oy. 55–68.

Järnefelt, Heli – Lagerstedt, Rea – Kajaste, Soili – Sallinen, Mikael – Savolainen, Aslak – Hublin, Christer 2016. Työhyvinvoinnin ajankohtaiset haasteet ja ratkaisut. Verkkodokumentti. <<http://www.terveyspsykologianjaos.net/terveyspsykologian-paivat-2016/ohjelma/paiva-1/185-2>>. Luettu 11.10.2017.

Kajaste, Soili 2015a. Kognitiiviset (CBT, kognitiivis-behavioraaliset) menetelmät pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01074>>. Luettu 23.1.2017

Kajaste, Soili 2015b. Unettomuutta selittäviä teoreettisia malleja. Duodecim. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=4B47CC0C8EF02644BEE2D5B27DA8DD83?id=nix02230#NaN>>. Luettu 24.1.2017

Koketsu, Jean S. 2013. Sleep and rest. Teoksessa Pendleton, Heidi McHugh – Schultz-Krohn, Winifred (toim.): *Pedretti's occupational therapy: practice skills for physical dysfunction*. 7. Painos. St. Louis: Elsevier Mosby. 313–336.

Kronholm, Erkki – Partonen, Timo – Laatikainen, Tiina – Peltonen, Markku – Härmä, Mikko – Hublin, Christer – Karpio, Jaako – Aro, Arja R. – Partinen, Markku –

Fogelholm, Mikael – Valve, Raisa – Vahtera, Jussi – Oksanen, Tuula – Kivimäki, Mika – Koskenvuo, Markku – Sutela, Hanna 2008. Trends in self-reported sleep duration and insomnia-related symptoms in Finland from 1972 to 2005: a comparative review and re-analysis of Finnish population samples. *Journal of Sleep Research* 17 (1). 54–62.

Kronholm, Erkki – Partonen, Timo – Härmä, Mikko – Hublin, Christer – Lallukka, Tea – Peltonen, Mikko – Laatikainen, Tiina 2016. Prevalence of insomnia-related symptoms continues to increase in the Finnish working-age population. *Journal of sleep research* 25 (4). 454–457.

Kukkonen-Harjula, Katriina 2015. Liikunnan ja unen yhteyksien tutkimusmenetelmät. Verkkodokumentti.
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02248>>. Luettu 19.1.2017.

Lautenbacher, Stefan – Kundermann, Bernd – Krieg, Jürgen-Christian 2006. Sleep deprivation and pain perception. *Sleep medicine reviews* 10 (5). 357–369.

Leland, Natalie E. – Fogelberg, Donald – Sleight, Alix – Mallinson, Trudy – Vigen, Cheryl – Blanchard, Jeanine – Carlson, Mike – Clark, Florence 2016. Napping and nighttime sleep: Findings from an occupation-based intervention. *American journal of occupational therapy* 70 (4). Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4904495>>. Luettu 1.3.2017.

Leland, Natalie E. – Marcione, Nicole – Schepens Niemic, Stacey – Fogelberg, Don – Kelkar, Kaivalya 2014. What is occupational therapy's role in addressing sleep problems among older adults? *OTJR: Occupation, participation and health* 34 (3). 141–149. Saatavilla myös verkossa:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4115019/>>. Luettu 7.3.2017.

Li, Yun – Liu, Hong – Weed, Jason G. – Ren, Rong – Sun, Yuanfeng – Tan, Lu – Tang, Xiangdong 2016. Deficits in attention performance are associated with insufficiency of slow-wave sleep in insomnia. *Sleep medicine* 24. 124–130.

Loprinzi, Paul D. – Cardinal, Bradley J. 2011. Association between objectively-measured physical activity and sleep, NHANES 2005–2006. *Mental health and physical activity* 4. 65–69.

Markkula, Juha 2015. Näytönastekatsaus: Unettomuus ja kognitiiviset puutosoireet. Verkkodokumentti.
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak08550>>. Luettu 17.1.2017.

Maglione, Jeanne E. – Ancoli-Israel, Sonia 2012. Sleep disorders in the elderly. Teoksessa Morin, Charles M. – Espie, Colin A. (toim.): *The Oxford handbook of sleep and sleep disorders*. Oxford, New York: Oxford university press. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa:
<<http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780195376203.001.0001/oxfordhb-9780195376203-e-036?rskey=cUxTQi&result=1>>. Luettu 23.3.2017.

Morin, Charles M. 2003. Measuring outcomes in randomized clinical trials of insomnia treatments. *Sleep medicine reviews* 7 (3). 263–279.

Neubauer, David N. 2003. *Understanding sleeplessness: perspectives on insomnia*. Baltimore: Johns Hopkins university press.

Nurit, Weinblatt – Michal, Avrech Bar 2003. Rest: A qualitative exploration of the phenomenon. *Occupational therapy international* 10 (4). 227–238.

O'Donoghue, Niamh – McKay, Elizabeth A. 2012. Exploring the impact of sleep apnoea on daily life and occupational engagement. *British journal of occupational therapy* 75 (11). 509–516.

Ohayon, Maurice M. – Zulley, Jurgen – Guilleminault, Christian – Smirne, Salvatore – Priest, Robert G. 2001. How age and daytime activities are related to insomnia in the general population: Consequences for older people. Verkkodokumentti. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1532-5415.2001.49077.x/full>>. Luettu 20.1.2017.

Partonen, Timo 2011. Uniongelmat mielenterveyden häiriöiden riskitekijöinä ja oireena. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 48. 123–127. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/4490/4232>>. Luettu 3.11.2016.

Partonen, Timo 2014. *Lisää unta – kiireen lyhyt historia*. Riika: Kustannus oy Duodecim.

Paunio, Tiina – Tuisku, Katinka – Korhonen, Tellervo 2015. Sleep, work and mental health. *Psychiatria fennica* 46. 55–66.

Pierce, Doris 2003. *Occupation by design: Building therapeutic power*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Pierce, Doris – Summers, Karen 2011. Rest and sleep. Teoksessa Brown, Catana – Stoffel, Virginia C. (toim.): *Occupational therapy in mental health: A vision for participation*. Philadelphia: F.A. Davis Company. 736–754.

Shekleton, Julia A. – Rogers, Naomi – Rajaratnam, Shantha M. W. 2009. Searching for the daytime impairments of primary insomnia. *Sleep medicine reviews* 14 (1). 47–60.

Smith, Simon Squire – Kozak, Nahum – Sullivan, Karen Anne 2010. An investigation of the relationship between subjective sleep quality, loneliness and mood in an Australian sample: can daily routine explain the links? *International journal of social psychiatry* 58 (2). 166–171.

Solet, Jo M. 2013. Sleep and rest. Teoksessa Schell, Barbara A. Boyt – Gillen, Glen – Scaffa, Marjorie E. (toim.): *Willard & Spackman's occupational therapy*. 12. Painos. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business. 714–730.

Spielman, Arthur J. – Caruso, Lauren S. – Glovinsky, Paul S. 1987. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatric Clinics of North America* 10 (4). 541–553.

Steer, Brigitte 2010. Cultures of sleep. Teoksessa Westcombe, Alex – Green, Andrew (toim.): Sleep: Multi-professional perspectives. London: Jessica Kingsley publishers. 68–85.

Summers-Bremner, Eluned 2008. Insomnia. A Cultural History. UK: Biddles Ltd, King's Lynn.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä 2015. Unettomuus. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50067#K1>>. Luettu 15.3.2017.

Taylor, Daniel – Gehrman, Philip – Dautovich, Natalie – Lichstein, Kenneth – McCrae, Christina 2014. Handbook of insomnia. London: Springer healthcare.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

van Straten, Annemieke – van der Zweerde, Tanja – Kleiboer, Annet – Cuijpers, Pim – Morin, Charles M. – Lancee, Jaap 2017. Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: a meta-analysis (Accepted manuscript). Sleep Medicine Reviews (?). 1–31.

Wang, Jigui – Wei, Qinling – Wu, Xiaoli – Zhong, Zhiyong – Li, Guanying 2016. Brief behavioral treatment for patients with treatment-resistant insomnia. Neuropsychiatric disease and treatment 12. 1967–1975.

Watson, Mallory – Garden, Jennifer – Swedlove, Fern – Brown, Cary 2014. Back to the basics: Sleep and occupation. Occupational therapy now 16 (6). 8–10.

Westcombe, Alex – Green, Andrew 2012. Sleep: Multi-professional perspectives. London: Jessica Kingsley publishers.

Whittemore, Robin – Knafel, Kathleen 2005. The integrative review: updated methodology. Journal of advanced nursing 52 (5). 546–553. Wilcock, Ann A. 2006. An occupational perspective of health. 2. painos. USA: Slack incorporated.

Wilcock, Ann A. – Townsend, Elizabeth A. 2013. Occupational Justice. Teoksessa Schell, Barbara A. Boyt - Gillen Glen - Scaffa, Marjorie E. (toim.): Willard & Spackman's Occupational Therapy. 12. Painos. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business. 542–552.

World federation of occupational therapists 2012. Definition of occupational therapy. <<http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>>. Luettu 17.3.2017.

Åkerstedt, Torbjörn – Kecklund, Göran 2012. Teoksessa Morin, Charles M. – Espie, Colin A. (toim.): The Oxford handbook of sleep and sleep disorders. Oxford, New York: Oxford university press. 248–265. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780195376203.001.0001/oxfordhb-9780195376203-e-012?rsk=y=zOXhEX&result=1>>. Luettu 23.3.2017.

Lyhenteet

AR: arousal reduction
BBT-I: brief behavioral treatment for insomnia
CBT: cognitive behavioral therapy
CBT-I: cognitive behavioral therapy for insomnia
ESS: Epworth sleeping scale
DBAS: dysfunctional beliefs and attitudes about sleep scale
GAD-7: generalized anxiety disorder 7-item scale
II: implementation intention
ISI: insomnia severity index
JBI: Joanna Briggs Institute:n laadun arvioinnin tarkistuslista
MBT: mindfulness based therapy
MM: mindfulness meditation
PHQ-9: patient health questionnaire
PSAS: the pre-sleep arousal scale
PSQI: Pittsburgh sleep quality index
PSG: polysomnografia
RCT: randomized controlled trial
REM: rapid eye movement
SE: sleep efficiency
SH: sleep hygiene
SHI: the sleep hygiene index
SOL: sleep onset latency
SR: sleep restriction
SQ: sleep quality
TIB: time in bed
TST: total sleep time
TWT: total wake time
VAS: visual analogue scale
WASO: wake after sleep onset
WLC: wait-list control

Katsausartikkelien koontitaulukko

Lähdetiedot	1. Gellis ym. 2012 " <i>Cognitive refocusing treatment for insomnia: A randomized controlled trial in university students</i> "	2. Gong ym. 2016 " <i>Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials</i> "
Tutkimusasetelma	RCT	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja Meta-analyysi
Aineiston koko	n=51	6 RCT (n=330)
JBI-pisteet	6-8/10	8-9/10
Näytön aste	B	A
Menetelmät	CRT-I + SH vs. SH	MM
Mittarit	ISI, PSAS, PHQ-9, GAD-7	SOL, TST, WASO, SE, SQ, TWT, ISI, PSQI, DBAS
Tulokset	CRT-I + SH paransi unta ISI:llä mitattuna sekä vähensi häiritsevää yöaikaista kognitiivista ylivireyttä.	Merkittävästi parantuneet TWT ja SQ.
Johtopäätökset	Tulokset tarjoavat alustavaa tietoa CRT-I:n vaikuttavuudesta yliopisto-opiskelijoiden unettomuuden hoidosta.	MM saattaa lievästi parantaa joitain unen parametrejä unettomuudesta kärsivillä.

Lähdetiedot	3. Gutman ym. 2017 <i>"Comparative effectiveness of three occupational therapy sleep interventions: a randomized controlled study"</i>	4. Jespersen ym. 2015 <i>"Music for insomnia in adults"</i>
Tutkimusasetelma	RCT	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi
Aineiston koko	n= 29	6 tutkimusta (n=314)
JBI-pisteet	8-9/10	10/10
Näytön aste	B	A
Menetelmät	DreamPad -tyyny vs. iRest -meditaatio vs. SH	Musiikki
Mittarit	PSQI, GSDS, SOL, WASO, TST (unipäiväkirja)	SQ, SOL, TST, SE, PSG, PSQI
Tulokset	iRest -ryhmällä pidempi TST. Dreampad -ryhmällä vähemmän yöaikaisia heräämisiä.	Musiikin kuuntelulla kohtalainen vaikutus unen laatuun (SQ).
Johtopäätökset	Interventioilla, joilla vaikutetaan ympäristöön ja yksilön kykyyn säädellä stressiä, voidaan vaikuttaa positiivisesti uneen.	Musiikilla voi olla vaikutusta subjektiiviseen unen laatuun unettomuusoireisilla aikuisilla mutta lisätutkimusta tarvitaan. Interventiona helppo ja turvallinen.

Lähdetiedot	5. Koffel ym. 2015 "A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia"	6. Loft ym. 2013 "Using mental imagery to deliver self-regulation techniques to improve sleep behaviors"
Tutkimusasetelma	Meta-analyysi	RCT
Aineiston koko	8 RCT (n=659)	n=104
JBI-pisteet	9-10/10	9/10
Näytön aste	A	B
Menetelmät	CBT-I (ryhmä)	II vs. AR vs. AR/II vs. kontrolliryhmä
Mittarit	Unipäiväkirja (TST, SOL, WASO, SE), SQ, kipu, depressio	PSQI, PSAS, SHI + unipäiväkirja
Tulokset	Vaikutus kohtalaisesta suureen SOL, WASO ja SE - pistemäärissä sekä pieni vaikutus kipuun.	II-ryhmän jäsenillä parantunut luottamus omiin kykyihin, uneen liittyvä käyttäytyminen, uneen käytettävä aika sekä SQ verrattuna muihin ryhmiin.
Johtopäätökset	On selvää, että ryhmämuotoinen CBT-I on vaikuttava menetelmä.	II-imagery voi parantaa uneen liittyvää käyttäytymistä päiväaikaan työskentelevillä aikuisilla.

Lähdetiedot	7. Miller ym. 2014 <i>"The evidence base of sleep restriction therapy for treating insomnia disorder"</i>	8. Trauer ym. 2015 <i>"Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia"</i>
Tutkimusasetelma	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi
Aineiston koko	9 tutkimusta (n=425)	20 tutkimusta (n= 1162)
JBI-pisteet	8-9/10	10/10
Näytön aste	A	A
Menetelmät	Unirajoite (SRT)	CBT-I
Mittarit	SOL, WASO, TST, SE (unipäiväkirja)	SOL, WASO, TST, SE (unipäiväkirja)
Tulokset	Vaikutus kohtalaisesta suureen SOL, WASO ja SE pistemäärissä, pieni vaikutus TST.	Merkittävästi parantuneet SOL, WASO, SE.
Johtopäätökset	Unirajoite on tehokas hoitomenetelmä pitkäaikaisen unettomuuden hoitoon.	CBT-I on vaikuttava hoitomuoto pitkäaikaisesta unettomuudesta kärsiville.

Lähdetiedot	9. Wang ym. 2016 <i>"Brief behavioral treatment for patients with treatment-resistant insomnia"</i>	10. Wong ym. 2015 <i>"Enhancing CBT for chronic insomnia: A randomised clinical trial of additive components of mindfulness or cognitive therapy"</i>
Tutkimusasetelma	RCT	RCT
Aineiston koko	n=79	n=64
JBI-pisteet	10/10	9/10
Näytön aste	B	B
Menetelmät	BBTI vs. SH	CBT+CT vs. CBT+MBT
Mittarit	PSQI, ESS, DBAS, ISI, unipäiväkirja	ISI, PSQI, TST, aktigrafia, unipäiväkirja
Tulokset	BBTI ja SH interventioiden tuloksissa on merkittäviä eroja mittareilla: PSQI, ESS, DBAS, ISI, SL, TIB, SE, WASO.	ISI tulokset paranivat merkittävästi molemmilla ryhmillä.
Johtopäätökset	BBTI voi parantaa unettomuudesta kärsivän unen laatua ja päivittäistä toimintakykyä. BBTI:n terapeutiset vaikutukset ovat merkittävästi parempia kuin pelkän SH-opetuksen.	CT tai MBT sessioiden lisääminen perinteisen CBT:n lisäksi, voi merkittävästi parantaa terapian tuloksellisuutta.