

SOSIAALI- JA TERVEYSALAN OPISKELIJOIDEN UNIVAIKEUDET JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULUSSA

Reeta Parkkonen
Aki Pehkonen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2013

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) PARKKONEN, Reeta PEHKONEN, Aki	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 15.04.2013
	Sivumäärä 39	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi SOSIAALI- JA TERVEYSALAN OPISKELIJOIDEN UNIVAIKEUDET JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULUSSA		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) MATILAINEN, Irmeli RAUTIAINEN, Heli		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten yleisiä univaikeudet ovat Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan 18–35-vuotiailla suomenkielisillä opiskelijoilla ja miten univaikeudet ilmenevät. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada luotettava ja ajantasainen tilanearvio Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden univaikeuksista, niiden yleisyydestä ja ilmenemisestä.</p> <p>Opinnäytetyön teoriaosuus tehtiin kevään ja syksyn 2012 aikana. Tiedonhaussa käytettiin Medic:n, JaNet:n, Terveysportin ja kirjastojen tietokantoja. Kysely toteutettiin kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää käyttäen ja tulokset analysoitiin prosentuaalisesti. Kysely oli avoinna kohdejoukolle 14 vuorokauden ajan joulukuussa 2012 Optima-verkkoympäristössä. Kohdejoukko oli kooltaan 321(N) opiskelijaa, vastanneita oli 34 (n).</p> <p>Tulosten perusteella unettomuus ei ole kohdejoukollamme keskimääräistä yleisempää. Unettomuus ilmeni kohdejoukolla virkistämättömänä yöunena tai liian lyhyinä yöunina. Vuorokauden unenmäärän keskiarvo oli 7 tuntia 43 minuuttia. Nukahtamisvaikeuksia oli 11,8 %:lla useammin kuin kolme kertaa viikossa. Päivittäistä tai lähes päivittäistä väsymystä oli 21 %:lla vastanneista. Valtaosa vastanneista ilmoitti olevansa stressaantunut kärsiessään unettomuudesta.</p>		
Avainsanat (asiasanat) uni, unihäiriöt, univaje, kyselytutkimus, Jyväskylän ammattikorkeakoulu		
Muut tiedot		



Author(s) PARKKONEN, Reeta PEHKONEN, Aki	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 15.04.2013
	Pages 39	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title STUDENTS' SLEEP DISORDERS AT THE SCHOOL OF HEALTH AND SOCIAL STUDIES IN JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES		
Degree Programme Degree Programme of Nursing		
Tutor(s) MATILAINEN, Irmeli RAUTIAINEN, Heli		
Assigned by		
Abstract <p>The aim of the thesis was to investigate the prevalence and incidence of insomnia among the target population which consisted of Finnish-speaking, 18- to 35-year-old students of the School of Health and Social Studies at JAMK University of Applied Sciences. The objectives of the study were to obtain a reliable and up-to-date overview of insomnia among the target population and to collect evidence on the occurrence and indicators of students' sleep disorders.</p> <p>The theoretical part of the thesis was compiled in the spring and autumn of 2012, and the main data resources were the Medic, JaNet and Terveystieto databases as well as various libraries. A survey was opened for the target population for a fortnight in December 2012 in the University's intranet, and the results were analyzed by using percentages. The target group consisted of 321 (N) students, and the actual sample comprised 34 (n) respondents.</p> <p>According to the results, the prevalence of insomnia was not higher than average among the target population. The main indicators of insomnia included a poor quality and lack of sleep. The average amount of sleep per night was seven hours and 43 minutes. A total of 11.8 per cent of the respondents reported difficulties in falling asleep more than three times a week, whereas 21 per cent felt tired on a daily or near daily basis. Furthermore, the majority of the respondents stated that they were stressed while suffering from insomnia.</p>		
Keywords sleep, sleep disorders, sleep deprivation, survey, JAMK University of Applied Sciences		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 UNEN FYSIOLOGINEN TAUSTA	4
2.1 Terve uni	4
2.2 Unen tärkeys	6
3 UNETTOMUUS	7
3.1 Unettomuuden määritelmä	7
3.2 Unettomuuden yleisyys	8
3.3 Unettomuuden syitä	9
3.4 Unettomuuden seuraukset	10
3.5 Korkeakouluopiskelijoiden uupumus.....	12
3.6 Unitottumusten tutkiminen	14
3.7 Univaikeuksien itsehoito.....	14
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	18
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	18
5.1 Aineiston keruu	18
5.2 Aineiston analyysi.....	20
6 TULOKSET.....	21
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	24
8 LUOTETTAVUUS	25
9 POHDINTA.....	26
LÄHTEET.....	28
LIITTEET	31
Liite 1. Kyselylomake ja saadut vastaukset.....	31

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Ammattikorkeakouluopiskelijoiden keskimääräinen yöunen pituus vuorokaudessa	13
TAULUKKO 2. Nukahtamisvaikeuksien yleisyys	21
TAULUKKO 3. Yöaikaisten heräämisten lukumäärä	21
TAULUKKO 4. Päiväaikaisen väsymyksen yleisyys	22

KUVIO

KUVIO 1. Oletko kärsinyt joistakin seuraavista asioista uneen liittyvien ongelmien yhteydessä?	23
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aihe on Sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden univaikeudet Jyväskylän ammattikorkeakoulussa. Työmme käsittelee yleisesti unta, sen rakennetta sekä unen fysiologiaa, jotta univaikeuksien syiden ymmärtäminen on helpompaa. Työ käsittelee myös univaikeuksien syitä ja univaikeuksia vähentäviä tai hoitavia keinoja. Lisäksi työssä käydään läpi kuinka univaikeudet voivat ilmetä. Olemme kiinnostuneita nuorten aikuisten univaikeuksista ja tästä syystä rajasimme työn 18–35-vuotiaisiin. Lisäksi monissa muissakin tutkimuksissa on käytetty tätä rajausta ja näin vertailu on helpompaa. Opinnäytetyö toteutettiin kyselynä Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan 18–35 -vuotiaille, suomenkielisille opiskelijoille. Tässä opinnäytetyössä käytetään rinnakkaiskäsitteinä unettomuutta ja univaikeuksia, jotka ovat unihäiriön alakäsitteitä.

Valitsimme aiheen, koska unihäiriöt ovat lisääntyneet viime vuosikymmeninä (Kukkonen-Harjula, Fogelholm & Härmä 2007, 18). Univajeella on merkittäviä seurauksia terveyteen ja hyvinvointiin. Onkin tärkeää, että unihäiriöt tunnistetaan ja hoidetaan mahdollisimman varhain. (Paunio & Porkka-Heiskanen 2008, 700.) Unettomuus on unihäiriöiden yleisin muoto. (Salo 2009, 41).

On itsestään selvää, että unettomuus häiritsee jokapäiväistä elämää varsin kokonaisvaltaisesti, koska uni on erittäin tärkeää aivojen toiminnan kannalta. Unettomuus aiheuttaa keskittymiskyvyn heikentymistä, muistin huonontumista ja vaikeuksia uuden oppimiseen. Unettomuus heikentää aivojen kykyä käsitellä tietoa sekä vaikuttaa alentavasti ihmisen motoriseen toimintakykyyn. (Partinen & Huovinen 2011, 25.)

Valtakunnallisen korkeakouluopiskelijoille tehdyn terveystutkimuksen mukaan alle 35 -vuotiaista korkeakouluopiskelijoista 8 % ilmoitti nukkuvansa alle 7 tunnin yöunia ja 3 % ilmoitti nukkuvansa yli 10 tuntia yössä. Tutkimukseen vastanneista opiskelijoista 19 % oli sitä mieltä, että he nukkuivat tuskin koskaan tai harvoin riittävästi. 9 % opiskelijoista ilmoitti kokevansa väsymystä päivittäin. Myös koulutusasteiden välillä oli eroa. Ammattikorkeakouluopiskelijat ilmoittivat nukkuvansa yleisemmin lyhyempiä yöunia verrattuna yliopisto-opiskelijoihin. (Kunttu & Huttunen 2009, 53.)

2 UNEN FYSIOLOGINEN TAUSTA

2.1 Terve uni

Unen määrään ei ole olemassa vakioitua viitearvoa, sillä unen määrään liittyy paljon yksilöllisiä vaihteluita. Valtaosa aikuisväestöstä nukkuu yössä keskimäärin 7-8 tuntia. On kuitenkin terveitä ihmisiä, joille riittävä unen määrä on 4-6 tuntia. Toisaalta on myös sellaisia ihmisiä, jotka tarvitsevat vuorokautta kohti 9-10 tuntia unta tai jopa enemmän. (Soinila, Kaste & Somer 2006, 586.)

Huttusen (2011) mukaan riittävän yöunen määrä on yksilöllinen ja se on tavallisesti kuudesta yhdeksään tuntia. Yöuni muodostuu perusunesta, jota kutsutaan NREM-uneeksi ja vilkeunesta, jota kutsutaan REM-uneeksi. Termi NREM tulee sanoista Non-Rapid-Eye-Movements ja REM sanoista Rapid-Eye-Movements (Tietoa unettomuudesta n.d.). Kajasteen & Markkulan (2011, 22–23) mukaan NREM-uni on jaettu torkkeeseen, kevyeen uneen sekä syvään uneen. Nukahtamisen jälkeen ihminen siirtyy normaalisti torkevaiheen kautta kevyeen uneen, syvään uneen ja tätä seuraa REM-uni. Torkevaiheen aloittamaa ja REM-unen lopettamaa vaihetta kutsutaan unisykliksi. Sitä aika, mikä kuluu nukahtamisesta REM-unen alkuun, kutsutaan taas REM-latenssiksi. REM-latenssi voi olla lyhentynyt esimerkiksi masennuksen, narkolepsian tai pitkään jatkuneen univajeen yhteydessä. Äärimmäisessä tilanteessa uni voi alkaa REM-unella.

Normaalisti unesta on noin 5 % torketta, noin 50 % kevyttä unta, noin 10–20 % syvää unta ja noin 25 % REM-unta. Ensimmäinen REM-jakso alkaa NREM-unen jälkeen noin 1,5 tuntia nukahtamisesta. Ensimmäinen unisykli kestää noin 70–100 minuuttia ja seuraavat 90–120 minuuttia. Yön pisin syvän unen jakso kestää noin 20–40 minuuttia ja sijoittuu ensimmäiseen unisykliin. Normaalisti lähes kaikki yöunen syvän unen jaksot sijoittuvat yön ensimmäiselle puoliskolle. REM-jaksot taas pitenevät aamua kohden mentäessä ja samalla NREM-vaiheet muodostuvat pääasiassa torkkeesta ja kevyestä unesta. On myös normaalia, että yön aikana tapahtuu lyhyitä heräämisiä, joita nukkuja ei kuitenkaan enää aamulla muista. Näitä kutsutaan mikroheräämisiksi. (Kajaste & Markkula 2011, 22.)

EEG eli aivosähkökäyrä on erilainen unen aikana kuin valveilla ollessa (Paunio & Porkka-Heiskanen 2008, 695; Saarenpää-Heikkilä 2001, 1087). Unen aikana EEG muuttuu laajoiksi ja pienitaajuisiksi aalloiksi. Aivokuoren toiminta taas pysyy yhtä vilkkaana kuin valveilla oltaes-

sa, erityisesti REM-unen aikana. Ainoa ero on se, että yhteys ympäristöön muuttuu. NREM-unen aikana sympaattisen hermoston toiminta vähenee ja on kaikkein vähimmillään syvässä unessa. REM-unen aikana taas sydämen syketaajuus ja verenpaine voivat vaihdella sympaattisen hermoston aktivoituessa. (Paunio & Porkka-Heiskanen 2008, 695–696.)

Kajasteen ja Markkulan (2011, 23–26) mukaan ruumiinlämmön on todettu vaikuttavan väsymystilaan. Ruumiinlämmön ollessa alimmillaan ihminen kokee olevansa väsyneimmillään. Tällöin nukahtamisen todennäköisyys on kasvanut. Tällainen hetki on normaalisti aamuyöllä kello neljän aikoihin. Mikäli uni on alkanut ruumiinlämmön ollessa alimmillaan, jää uni kuitenkin normaalia lyhyemmäksi. Tämä johtuu siitä, että uni on aloitettu sisäisen kellon mukaan myöhässä ja elimistö alkaa valmistautua heräämiseen. Kaikki tämä johtuu maapallon pyörimisestä eli pimeyden ja valon vuorottelusta. Tätä kutsutaan sirkadiaaniseksi säätelyksi.

Nukahtamisalttius vaihtelee vuorokausittain kehon lämpörytmin kanssa. Tämän lämpörytmin mukaan nukahtaminen on helpointa, kun aivojen ja kehon lämpötila on alkanut laskea, joka tapahtuu tavallisimmin noin kello 21–24. Tätä vaihetta voidaan kutsua myös uniportiksi. Unen pituuteen, vireystilaan ja nukahtamisalttuteen vaikuttavat ihmisen sisäiset rytmit, jotka ovat pituudeltaan valtaosalla ihmisistä 24 tunnin mittaisia. Ihmisellä on sirkadiaanisen rytmin lisäksi muita lyhyempiä vireystilaan vaikuttavia rytmejä, joista käytetään nimeä ultra-diaaniset rytmit. Näiden lyhyempien rytmien perusteella on normaalia, että kokee olevansa iltapäivisin väsynyt. Ihmisellä on myös olemassa niin sanottu perusväsymys, joka on jatkuvaa ja vaihtelevaa. Tämä perusväsymys voi aiheuttaa nukahtamisen paikallaan ollessa aterian jälkeen, motivaation laskiessa tai rasituksen jälkeen. (Soinila, Kaste & Somer 2006, 586.)

Uni-valverytmiämme säätelee sirkadiaanisen säätelyn lisäksi homeostaattinen prosessi. Tämä tarkoittaa, että mitä pitemmän ajanjakson olemme valveilla, sitä voimakkaampi on unipaine eli pyrkimys nukahtaa. Unipaine vähenee unen aikana. Elimistö pyrkii tasapainottamaan unipainetta korvaamalla univajetta tavallista pidemmällä unella sekä pidemmällä syvän unen jaksolla. Tätä unta kutsutaan korvausuneksi. (Kajaste & Markkula 2011, 26–27.)

Uni-valverytmin säätely ei muodostu kuitenkaan pelkästään sirkadiaanisesta säätelystä ja homeostaattisesta prosessista. Sirkadiaanisen säätelyn katsotaan kuuluvan ns. pysy hereillä - systeemiin, joka koostuu lisäksi muista komponenteista, kuten stressistä ja muista vireystilaa

kohottavista tekijöistä. Näin unipaineen vaikutus pienenee. (Kajaste & Markkula 2011, 28–29.)

Adenosiini on yksi tärkeimmistä välittäjäaineista nukahtamiseen liittyen (Kajaste & Markkula 2011, 91). Adenosiini estää hermosolujen toimintaa adenosiini₁-reseptorien välityksellä ja stimuloi solujen aktiivisuutta adenosiini₂-reseptorien kautta. Hermosolujen aktiivisuudesta riippuu adenosiinin vapautumisen määrä. Hermosolujen aktiivisuus on suurimmillaan valveilla ollessa. Tällöin adenosiinin määrä kasvaa. Adenosiini kerääntyy etuaivojen pohjaosan alueelle valveilla olon aikana. Pitkän valveilla olon seurauksena adenosiini₁-reseptorien kautta valveilla oloa ylläpitävien solujen toiminta vähenee ja adenosiini₂-reseptorien kautta unta suosivien solujen toiminta lisääntyy. Kofeiini onkin adenosiini-reseptorin salpaaja ja näin ollen se aiheuttaa toisille univaikeuksia. (Porkka-Heiskanen & Stenberg 2008, 250–251.)

Kun ihminen nukahtaa, monien keskeisten aivoalueiden toiminta hiljenee lähes yhtä aikaa. Tätä voidaan kuvata sillä, että ikään kuin joku sammuttaisi valot. Nukahtamisvaiheen sitä mekanismia, joka saa aikaan aivojen äkillisen siirtymisen valveillaolosta uneen kuvataankin käsitteellä unikytkin. (Kajaste & Markkula 2011, 30.)

2.2 Unen tärkeys

Ihminen nukkuu keskimäärin kolmasosan elämästään (Colten & Altevogt 2006, 34). Vaikka unen tarkoitusta ei vielä täysin ymmärretä, on sen merkitys kuitenkin ihmiselle suuri. Unen puutteella on vakavia fyysisiä seurauksia.

Oppimisen kannalta uni on erityisen tärkeää. Unen aikana päivällä opitut asiat tallentuvat muistiin sekä tieto siirtyy lyhytaikaisesta muistista pitkäaikaiseen muistiin. (Kajaste & Markkula 2011, 39–40.) Kukkonen-Harjulan, Fogelholmin ja Härmän (2007, 18) mukaan tietojen oppimisen kannalta tärkein vaihe on alkuyön syvä uni, kun taas loppuyön vilkeuni on tärkeää motorisen oppimisen kannalta. Syväuni myös täydentää aivojen ns. polttoainevarastoa ja korjaa päivän aikana kertyneitä vaurioita, jotta aivot jaksaisivat toimia hyvin myös seuraavana päivänä (Kajaste & Markkula 2011, 39–40; Kukkonen-Harjula, Fogelholm & Härmä 2007, 18; Partinen n.d.).

Uni on tärkeää fyysisen terveyden kannalta. Erityisesti NREM-uni palauttaa päivän fyysisiltä

rasituksilta. Lisäksi uni edistää mm. paranemista ja rentouttaa lihaksia. (Kukkonen-Harjula, Fogelholm & Härmä 2007, 18; Tietoa unettomuudesta n.d. .) Unella on myös suuri merkitys hermosoluverkoston ylläpidossa (Paunio & Porkka-Heiskanen 2008, 696).

Lyhyistä yöunista ja päiväaikaisesta väsymyksestä aiheutuvat haittavaikutukset elämänlaatuun, terveyteen ja työn tuottavuuteen, työssä jaksamiseen sekä turvallisuuteen ovat ilmeisiä. Voidaan siis sanoa, että nykyinen fyysisestä inaktiivisuudesta sekä kiireisestä elämäntyylistä johtuva unen lyhentymisen on suuri uhka kansanterveydelle sekä taloudelle (Kukkonen-Harjula & Härmä 2009, 74).

3 UNETTOMUUS

3.1 Unettomuuden määritelmä

Unettomuus on yleinen ja kansanterveydellisesti merkittävä ongelma (Partinen, Isoaho, Kajaste, Lohi, Paakkari, Patja, Saarenpää-Heikkilä & Seppälä 2008, 1782). Unettomuus tarkoittaa kyvyttömyyttä nukkua tarpeeksi. Tämä ilmenee nukahtamisvaikeutena, unen katkonaisuutena tai heräämisestä liian aikaisin. (Huttunen 2011.)

Lisäksi unettomuus voi ilmetä huonona unen laatuun (Riikola & Partinen 2008). Salon (2009, 42) mukaan uni saattaa olla myös virkistämätöntä ilman selkeitä nukahtamisen tai unen ylläpidon ongelmia. Unettomuusdiagnoosiin liittyy myös ihmisen oma kokemus, että unettomuus heikentää valveaikaista toimintakykyä (Järnefelt & Lagerstedt 2009, 15).

Tavallisesti ihminen nukahtaa puolen tunnin sisällä. Yön aikana hereillä oloa on alle puoli tuntia. Unettomuudesta puhutaan siinä vaiheessa, kun henkilöllä on vähintään kolmena yönä viikon aikana vaikeuksia saada unta tai pysyä unessa. (Huttunen 2011.) Unettomuus jaetaan keston perusteella tilapäiseen (alle kolme viikkoa kestäneeseen) ja krooniseen (vähintään kolme viikkoa kestäneeseen) unettomuuteen (Kajaste 2005, 2453).

Unettomuutta on mahdollista luokitella eri tavoilla, kuten ilmenemistavan tai etiologisten tekijöiden mukaan. Unettomuus jaetaan etiologian eli syyn perusteella primaariseen sekä sekundaariseen unettomuuteen. Primaarinen unettomuus on kyseessä silloin, kun unettomuuden taustalta ei löydetä selittävää fyysistä tai psyykkistä syytä. Sekundaarinen unetto-

muus on kyseessä silloin, kun unettomuus johtuu somaattisista eli ruumiillisista sairauksista, parasomnioista, psykiatrisista häiriöistä, ympäristötekijöistä tai alkoholin ja lääkkeiden käytöstä (Kajaste 2005, 2453; Tietoa unettomuudesta n.d.; Nurmi, Rekiaro, Rekiaro & Sorjanen 2003, 421). Katkeileva yöuni liittyy usein somaattisiin sairauksiin ja varhainen herääminen masennukseen, kun taas ahdistuneisuus ja jännittyneisyys tekevät nukahtamisesta vaikeampaa. Kuitenkin useat unettomuudesta kärsivät valittavat näitä kaikkia. (Kajaste 2005, 2453.)

WHO:n määritelmän mukaan unettomuus johtuu erilaisten uniongelmien kasautumisesta. Uniongelmiä WHO:n määritelmässä sanotaan toistuvat nukahtamisvaikeudet, unen keston lyhyys, tai että unta ei koeta virkistäväksi. Unettomuus voi olla oireena somaattisissa sairauksissa, psyykkisissä häiriöissä ja muissa unihäiriöissä. (Hurtley 2009, 18–19.)

WHO:n mukaan unettomuuden keskeisimpinä tekijöinä ovat vaikeus nukahtaa, unen katkaisu, liian aikaisin herääminen tai että uni on kroonisesti heikkolaatuista tai sitä ei koeta virkistäväksi. Edellä mainittujen unihäiriöiden tulee myös ilmetä, vaikka henkilön nukkumisympäristö olisi kunnossa. (Hurtley 2009, 18–19.)

3.2 Unettomuuden yleisyys

Tilapäistä unettomuutta esiintyy suomalaisista aikuisista noin kolmasosalla ja kroonista unettomuutta noin joka kymmenennellä (Hublin 2010, 563). Härmän ja Sallisen (2006) mukaan (Ohayo & Partinen 2002) vuonna 2000 38 %:lla suomalaisista ilmeni vähintään yksi unettomuuteen liitettävä oire ainakin kolmena yönä viikon aikana. Erityisesti palkansaajien keskuudessa unettomuus on lisääntynyt. Suomalaisilla lapsilla on myös poikkeuksellisen paljon unihäiriöitä (Härmä & Sallinen 2006, 1705). Kansanterveydelle aiheutuva taakka univajeesta ja unihäiriöstä on valtaisa (Colten & Altevogt 2006, 19).

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2011 julkaiseman Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksen mukaan 15–24-vuotiaista naisista 27,4 % ja miehistä 17,3 % kertoo kärsineensä unettomuudesta viimeisen kuukauden aikana. Samassa tutkimuksessa 25–34-vuotiaista naisista 20,7 % ja miehistä 16,5 % kertoi kärsineensä unettomuudesta viimeisen kuukauden aikana. (Helakorpi, Holstila, Virtanen & Uutela 2011, 46.)

Unettomuuden yleisyyttä miesten ja naisten välillä on tutkittu jonkin verran. On havaittu, että naisilla on suurempi alttius unettomuudelle kuin miehillä. Tähän vaikuttaa myös kulttuuri- ja alueelliset erot. Eurooppalaisilla naisilla on suurempi alttius unettomuuteen kuin esimerkiksi Itä-Aasian naisväestöllä. (Zhang & Wing 2006, 91.)

3.3 Univaikeuksien syitä

Riikolan ja Partisen (2008) mukaan unettomuus kehittyy monien tekijöiden vuorovaikutuksesta. Ihmisen persoonallisuuspiirteillä, tottumuksilla ja elämäntilanteella on merkittävä vaikutus unettomuuteen (Hublin 2010, 563). Huttusen (2011) mukaan tilapäinen, yksittäisinä öinä ilmenevä unettomuus on suhteellisen yleistä. Tähän saattaa olla syynä ohimenevä stressi, aikaerorasitus tai uni-valverytmin häiriö. Lyhytaikaiseen ja alle kuukauden kestävään unettomuusjaksoon syynä on usein elämäntilanteen rasittavuus, sairaus tai suru. Pitkäaikaisempaan tai jatkuvaan unettomuuteen syynä on tavallisesti elämäntilanteen stressaavuus, masennus tai muu psykiatrinen sairaus, dementia, alkoholin käyttö tai unilääkkeiden toistuvan käytön seurauksena tullut lääkeriippuvuus. Syvälahden (2005, 1950) mukaan unettomuutta voi aiheuttaa myös somaattisen sairauden oireet, kuten tiheävirtsaisuus tai krooninen sydämen vajaatoiminta.

Toisaalta Partisen (2011, 807) mukaan seurantatutkimuksissa on havaittu, että unettomuus edeltää usein masennusta ja saattaaakin aiheuttaa noidankehän, ellei unettomuutta hoideta. Unettomista vähintään kolmasosalla on todettavissa selkeä psykiatrinen häiriö, kolmasosa on psyykkisesti terveitä ja lopuilla on vaihtelevasti erilaisia psyykkisiä oireita (Kajaste & Markkula 2011, 84).

Ihmisellä on useampi stressijärjestelmä: hypothalamus-aivolisäke-lisämunuaisjärjestelmä, lisämunuaisytimen hormonaalinen järjestelmä sekä sympaattinen hermosto. Kaikki nämä järjestelmät kiihdyttävät elimistön toimintoja. Tämä tarkoittaa sitä, että elimistön vireystila kohoaa. Vireystilaan vaikuttavat stressin aikana erittyvät välittäjäaineet: kortisoli, adrenaliini ja noradrenaliini. Hajoamistuotteena syntyy kuitenkin kortikotropiinia, mikä taas edistää unta. Tämä hajoamistuote auttaa nukahtamaan stressaavan tilanteen tai rasituksen lauetua. (Kajaste & Markkula 2011, 40–41.) Stressin kroonistuessa stressiä ylläpitävien molekyylien määrät ovat suuret. Nämä estävät unta edistävien molekyylien toimintaa. Seurauksena unen määrä pysyy vähäisenä. Tämä onkin yksi tärkeimmistä unettomuuden syistä. Myös

valveillaoloaikana oleva stressi vaikuttaa seuraavan yön unen laatuun. Vastaavasti myös ajatus seuraavan päivän stressistä muuttaa unen rakennetta vähentäen syvää unta. Toisaalta unen merkitys stressistä toipumisessa on merkittävä (Paunio & Porkka-Heiskanen 2008, 695-697.)

Unettomuuskierteen taustalla voi olla myös ylivireys, joka voi olla liiallista henkistä tai fyysistä aktiivisuutta. Tähän voi liittyä myös ongelmien huomiotta jättäminen päivällä ja nämä asiat palaavat mieleen yöllä. Toisaalta myös huoli unesta ja aikaisesta herätyksestä saattaa rikkoa unta. Lisäksi univaikeuksiin voivat vaikuttaa huumeet, alkoholi, tupakka ja kofeiinipitoiset juomat. (Riikola & Partinen 2008.)

Pitkäkestoisen unettomuuden taustalla on usein erilaisia altistavia, laukaisevia ja ylläpitäviä tekijöitä, joiden vaikutus voi vaihdella unettomuuden eri vaiheissa. Altistavilla tekijöillä voidaan tarkoittaa tunteiden säätelyvaikeuksia. Laukaisevia tekijöitä voivat olla elämänmuutokset ja ylläpitäviä tekijöitä voivat olla huonot nukkumistottumukset ja elämäntavat. (Järnefelt & Lagerstedt 2009, 15.)

Työhön liittyvien tekijöiden on havaittu vaikuttavan unettomuuteen. Suuri osa unettomista arvioi univaikeuksien johtuvan työstä ja vaikuttavan eniten juuri työhön. Erityisesti työhön liittyvien vaikutusmahdollisuuksien puute, korkeat vaatimukset, työuupumus ja pitkät työpäivät lisäävät unettomuuden todennäköisyyttä. Myös vuorotyö ja epäsäännölliset työajat altistavat unettomuudelle. (Järnefelt & Lagerstedt 2009, 15–16.) Lisäksi työn fyysisen kuormittavuuden on havaittu vaikuttavan uneen (Lallukka & Rahkonen 2009, 49). Stressaava työ ja unettomuus yhdessä taas altistavat työuupumukselle (Kajaste & Markkula 2011, 170).

3.4 Univaikeuksien seuraukset

Pitkään jatkuneiden univaikeuksien seurauksena ihmiselle syntyy univajetta. Univajeella tarkoitetaan sitä unen määrää, joka jää uupumaan riittävän unen määrästä. Univajetta alkaa syntyä heti, kun uni jää normaalia lyhyemmäksi. Univaje voi syntyä yhden valvotun yön seurauksena tai vähitellen jopa vuosien varrella. (Kajaste & Markkula 2011, 38.)

Univaikeuksista aiheutuvat seuraukset arkirutiineihin ovat hyvin selviä. Univaikeudet hankaloittavat jokapäiväistä elämää kahdella tavalla. Ensinnäkin väsyneenä ei ole voimavaroja teh-

dä muuta kuin kaikista välttämättömimmät toimet. Toiseksi väsyneenä vältetään tekemästä mitään sellaista, joka voisi vaikuttaa unenlaatuun kielteisesti. (Partinen & Huovinen 2011, 36.)

Ensimmäisenä univaje näkyy aivotoiminnan häiriönä, jolloin keskittymiskyky kärsii, muisti ja oppiminen häiriintyvät, virhesuoritukset kognitiivisissa tehtävissä kasvavat. Univajeen seurauksena myös mieliala kärsii ja depressiiviset piirteet korostuvat. Jo lyhytkestoisen univajeen seurauksena sydämen syke kiihtyy ja verenpaine kasvaa. (Stenberg 2009, 21.) Banksin & Dingessin (2007, 522–525) mukaan toistuva unen pituuden rajoittuminen vaikeuttaa psykomotorista tarkkaavaisuutta vaativia toimia. Univaje vaikuttaa myös monin eri tavoin kognitiiviseen toimintakykyyn, mutta erityinen vaikutus sillä on normaaliin valppauteen.

Univajeen ja lihavuuden yhteyttä on tutkittu paljon. Onkin havaittu yhteys erityisesti lasten, nuorten aikuisten ja naisten univajeen ja lihomisen välillä. Tutkimukset osoittavatkin, että univaje estää näläntunnetta vähentävän leptiinihormonin eritystä ja lisää greliinihormonin eritystä, joka toimii päinvastaisella tavalla. Lisäksi univajeesta kärsivät tutkittavat kaipaavat erityisesti rasva- ja sokeripitoista ravintoa. On myös havaittu, että univajeen muutokset elimistössä edistävät rasvan varastoitumista rasvakudokseen. (Kukkonen-Harjula, Fogelholm & Härmä 2007, 18–19). Pitkään jatkunut unen puute altistaa elimistöä metabolisille sairauksille. (Paunio & Porkka-Heiskanen 2008, 698–699.) Univaje vaikuttaa sokeriaineenvaihduntaan siten, että aterian jälkeen vereen erittyy normaalia enemmän insuliinia, mikä kertoo siitä, että insuliinin teho on heikentynyt. Voidaan siis puhua insuliiniresistenssistä eli tyypin 2 diabeteksestä. (Stenberg 2009, 21.) Unen puute aiheuttaa myös verenpaineen nousua, sympaattisen hermoston aktiivistumista ja tulehduksellisuutta ilmaisevien arvojen nousemista (Banks & Dinges 2007, 525).

Univajeen seurauksena sympaattinen hermosto yliaktivoituu. Mikäli univaje ajautuu äärimmäiseen tilanteeseen, saattaa seurauksena olla homeostaattisen säätelyn romahdus ja kuolema (Paunio & Porkka-Heiskanen 2008, 696–697.) Homeostaattisella säätelyllä tarkoitetaan kehon pyrkimystä säilyttää kehon tila tasapainossa eri tilanteissa (Nurmi ym. 2003, 160).

Pitkäkestoinen unettomuus lisää masennus- ja ahdistushäiriöiden riskiä (Järnefelt & Lagerstedt 2009, 16). Salo (2009, 44) kertoo, että brittiläisen tutkimuksen mukaan jopa yli 80 % masennukseen sairastuneista raportoi myös jonkinlaisia univaikeuksia. Näillä univaikeuksilla

tarkoitettiin vähintään keskivaikeita nukahtamisen tai unen ylläpidon vaikeuksia. Unettomuuden ja masennuksen suhde näyttää kuitenkin olevan kaksisuuntainen. (Salo 2009, 44.) Tällä tarkoitetaan sitä, että myös masennus voi aiheuttaa unettomuutta.

Univaikeudet vaikuttavat negatiivisesti mm. immunitettiin ja metaboliaan (Järnefelt & Lagerstedt 2009, 16). Akuutin unen puutteen seurauksena immuunivaste aktivoituu. Elimistö kokee itsensä uhatuksi ja asettaa näin itsensä hälytysvalmiuteen. Krooninen unen puute taas aiheuttaa immuunivasteen heikkenemistä. Unen puutteella on havaittu olevan vaikutusta myös influenssarokotteiden vasteeseen. (Paunio & Porkka-Heiskanen 2008, 698.) Lyhyiden yöunien ja huonosti nukuttujen öiden on havaittu altistavan influenssaan sairastumiselle. (Cohen, Doyle, Alper, Janicki-Deverts & Turner 2009, 62).

Mikäli univaikeudet jatkuvat pitkään, lisääntyy monien sairauksien riski (Riikola & Partinen 2008). Kajasteen ja Markkulan (2011, 88) mukaan elimistön sisäisen kellon eräs tehtävä onkin solun jakautumisen säätely. Mikäli sisäisen kellon toiminta häiriintyy, solujen jakautuminen voi poiketa normaalista. Tämä saattaa johtaa pahanlaatuisten solujen muodostumiseen.

3.5 Korkeakouluopiskelijoiden uupumus

Korkeakouluopiskelijoiden opiskelu-uupumuksen voidaan katsoa olevan pitkittynyt stressioireyhtymä, joka on seurausta jatkuvasta opiskeluun liittyvästä stressistä. Opiskelu-uupumus muodostuu kolmesta eri tekijästä: ekshaustiosta, kyynisestä suhtautumisesta opiskeluun sekä opiskeluun liittyvästä riittämättömyyden tunteesta. Ekshaustio on voimakasta emotionaalista opiskeluun liittyvää väsymystä, joka ei lopu esimerkiksi nukkumalla. Emotionaalinen väsymys saa alkunsa, kun opiskelija joutuu pinnistelemaan pitkään saavuttaakseen tavoitteitaan ilman riittäviä edellytyksiä. Kyyninen suhtautuminen opiskeluun tarkoittaa opiskelun merkityksen väheksymistä sekä opiskelun mielekkyyden kokemisen häviämistä. Opiskelija voi menettää mielekkyyden opintoihin monesta eri syystä. Joka tapauksessa opiskelijan motivaatio laskee, mikäli hän kokee, että hän ei pysty vastaamaan opintoihin liittyviin vaatimuksiin. Opiskeluun liittyvä riittämättömyyden tunne syntyy kun opiskelija tuntee olevansa riittämätön ja tehoton, ja kun hän tuntee opiskeluun liittyvän itsetunnon olevan alentunut. Opiskeluun liittyvä itsetunto alenee, jos opiskelija kokee, että hän ei saa riittävästi aikaa tai pysty tekemään tarpeeksi. (Salmela-Aro 2009, 12.)

Salmela-Aron (2009, 12) tutkimuksen mukaan voidaan ajatella, että nämä tekijät ovat yhteydessä toisiinsa. Ensimmäinen opiskelu-uupumuksen oire on voimakas emotionaalinen väsyminen. Toisin sanoen opiskelija väsyä suuren opintotaakkansa alle, ja tämä häiritsee hänen oloaan opinnoissa ja vapaa-ajalla. Ongelmat ilmenevät usein myös uniongelmina. Pitkittyessään tästä seuraa kyyninen, kielteinen suhtautuminen opiskelua kohtaan, jolloin opiskelusta katoaa mielekkäisyys. Opiskelija tavallaan suojaa itseään opintoihin liittyvältä väsymiseltä ja alkaa vähentää opiskelun mielekkyyttä ja arvoa. Mikäli opiskelua ei koeta enää mielekkääksi, tämä johtaa lopulta riittämättömyyden tunteeseen opintoihin liittyen. Opiskelija tuntee, että hän ei saa enää aikaan yhtä paljon kuin aiemmin ja opinnoissa suoriutuminen laskee voimakkaasti.

Kuntun & Huttusen (2009, 116) tekemään selvitykseen vastasi 2336 ammattikorkeakoulussa opiskelevaa henkilöä. Miehiä oli 864 ja naisia 1472. Kyselyn perusteella noin puolet miehistä ilmoitti nukkuvansa öisin 7 tuntia tai vähemmän. Naisilla vastaava osuus oli 42 %. Kun otetaan huomioon kaikki ammattikorkeakouluopiskelijat, 7 tuntia tai vähemmän nukkuvia oli 44,7 % vastanneista. Taulukko 1 kertoo jakaumasta tarkemmin.

TAULUKKO 1. Ammattikorkeakouluopiskelijoiden keskimääräinen yöunen pituus vuorokaudessa

Nukkumistuntien määrä	Naiset	Miehet	Kaikki
Lukumäärä	1472	864	2336
Alle 7 tuntia	9,3 %	11,3 %	10,1 %
7 tuntia	32,7 %	37,8 %	34,6 %
8 tuntia	43,5 %	40,9 %	42,5 %
9 tuntia	11,1 %	7,8 %	9,9 %
10 tuntia tai yli	3,4 %	2,2 %	3,0 %

Kuntun & Huttusen (2005, 14) vuonna 2004 tekemän tutkimuksen mukaan, kaikki korkeakouluopiskelijat huomioiden, miesopiskelijoista 13,1 % nukkuu omasta mielestään harvoin tai tuskin koskaan tarpeeksi. Naisilla vastaava luku oli 14,4 %. Vuonna 2008 tehdyn tutkimuksen perusteella (Kunttu & Huttunen 2009, 118) miesopiskelijoista 19,1 % omasta mielestään nukkuu harvoin tai tuskin koskaan tarpeeksi. Naisopiskelijoilla vastaava luku oli 18,9 %.

Kuntun & Pesosen (2013, 295) vuonna 2012 tekemän Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen mukaan korkeakoulussa opiskelevista miehistä väittämän ”nukun usein huonosti erilaisten opiskeluasioiden takia” kanssa oli osittain samaa mieltä 12,3 % vastaajista. Samaa mieltä tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli 4,9 % miehistä. Naisopiskelijoista saman väittämän kanssa osittain samaa mieltä oli 15,5 % vastanneista ja samaa mieltä tai täysin samaa mieltä oli 7,2 % naisista.

3.6 Unitottumusten tutkiminen

Mikäli epäilee kärsivänsä univaikeuksista ja univaikeuksien itsehoitokeinoista ei ole ollut apua, on unen määrän ja laadun tarkkailuun ja hahmottamiseen on kehitetty monenlaisia lomakkeita. Käytössä on mm. Charles Morinin unihäiriöindeksi, unipäiväkirja sekä mielialahäiriöiden ja ahdistuksen todennäköisyyttä, uniongelmien liittyvän toimintakyvyn heikkene- mistä arvioivia lomakkeita. (Kajaste & Markkula 2011, 79–80.) Unipäiväkirjaan merkitään päivittäin nukkumaanmeno- ja heräämisajat sekä nukahtamiseen kulunut aika. Unipäiväkirjaa pidetään 2-3 viikon ajan. (Järnefelt & Lagerstedt 2009, 16.)

Univaikeudet saattavat olla hyvin monien eri asioiden summa, jonka vuoksi unihäiriön syyn selvittäminen vaatii tarkkaa lääkärin tutkimusta. Tilannekohtaisesti tutkimus painottuu akuutin huolen kuuntelemiseen, somaattisen terveyden ja psyykkisen tilan arvioon. Mikäli unettomuus on pitkittynyt, käytetään perusteellista haastattelua ja kyselylomakkeita unihäiriön ilmenemismuotojen selvittämiseksi. Samalla selvitetään unettomuuden tuottaman ongelmat sekä mahdolliset unettomuutta ylläpitävät elintavat, ristiriidat ja elämänolosuhteet. (Kajaste 2005, 2453.)

Tilapäisen unettomuuden hoidossa on keskeistä unettomuuden laukaisevien tekijöiden selvittäminen ja tukeminen mahdollisessa vaikeassa elämänvaiheessa (Järnefelt & Lagerstedt 2009, 16). Myös pitkäkestoisen unettomuuden hoito lähtee liikkeelle syiden arvioinnilla (Järnefelt & Lagerstedt 2009, 16).

3.7 Univaikeuksien itsehoito

Syvälahden (2005, 1950) mukaan yleisiä neuvoja nukkumaan menosta on monia. Vuoteessa ei tule valvoa. Mikäli uni ei tule puolesta tunnissa, olisi hyvä nousta sängystä ja palata takai-

sin kun tuntee olevansa väsynyt. Kajaste ja Markkula (2011, 88) toteavat, että yli 15 minuutin päiväunia tulisi välttää, sillä syvään uneen vaivuttaessa on herääminen huomattavasti vaikeampaa. Mikäli päiväunet kestävät yli tunnin, lyhentää tämä jo yöunta. Syvälahti (2005, 1950) kertoo, että sänkyyn kannattaa mennä aina samaan aikaan, myös viikonloppuisin. Herääminen kannattaa myös kohdistaa joka päivä samaan kellonaikaan. Kajasteen ja Markkulan (2011, 88–89) mukaan onkin tärkeää huomioida uni-valverytmin ja ruokailun säännöllisyys sekä sisäinen kello, joka pysyy ajassa ulkoisten merkkien, kuten valon ja pimeän vaihtelun avulla.

Liikuntaa tulisi harrastaa säännöllisesti, mutta ei mielellään myöhään illalla. Intensiivistä ajatustoimintaa ja tunnekokemuksia tulisi välttää iltaisin. (Syvälahti 2005, 1950.) Liikuntaa harrastettaessa aineenvaihdunta kiihtyy. Kun liikunta loppuu ja aineenvaihdunta rauhoittuu, keho viilenee edistäen unta. (Kajaste & Markkula 2011, 95.) Liikunta vaikuttaa nimenomaan nukahtamiseen, syvään uneen ja unen pituuteen edullisesti (Kukkonen-Harjula ym. 2007, 20). Säännöllisen liikunnan on katsottu vaikuttavan positiivisesti koettuun unen laatuun sekä päiväaikaiseen vireyteen. Liikunnalla on todettu olevan yhteys häiriintymättömään uneen (Kukkonen-Harjula & Härmä 2009, 72). Näin ollen liikunta kannattaa ajoittaa myöhäiseen iltapäivään tai aikaiseen iltaan (Kajaste & Markkula 2011, 95). Tutkimuksissa on havaittu, että kestävyysliikunta neljästi viikossa 30–40 minuutin ajan vähensi unihäiriöitä ja päiväaikaista uneliaisuutta erityisesti ikääntyvillä ja yötyötä tekevilla (Kukkonen-Harjula, Fogelholm & Härmä 2007, 20). Liikunnan voidaan siis sanoa olevan yksi unen huollon keskeisimpiä osia (Kukkonen-Harjula ym. 2007, 74). Lisäksi makuuhuoneen tulisi olla lämpötilaltaan 17–21 astetta. Lämpimät sukat voivat auttaa nukahtamisessa, koska ne lisäävät pintaverenkiertoa jaloissa ja tällöin elimistön sisäinen lämpötila laskee. (Huttunen 2011.)

Henkilön, joka kärsii unettomuudesta, on syytä välttää tupakointia ja kofeiinia sisältäviä juomia 4–5 tunnin ajan ennen nukkumaan menoa (Huttunen 2011). Kofeiini on adenosinireseptorien salpaaja ja vaikuttaa unen kannalta tärkeimpään välittäjäaineeseen, adnosiiniin (Kajaste & Markkula 2011, 27, 91). Tupakan taas on todettu vaikuttavan keskushermoston asetyylikoliinijärjestelmän nikotiinireseptoreiden kautta ja seurauksena monien eri välittäjäaineiden pitoisuudet voivat hetkellisesti nousta hyvinkin suuriksi. Eräs näistä välittäjäaineista on dopamiini, joka yhdessä nikotiinien muiden vaikutusten kanssa virkistää. Mikäli tupakoitsija lopettaa tupakoinnin, nukahtaminen nopeutuu ja yöllinen heräily vähenee. Tämä tilanne voidaan kuitenkin saavuttaa vasta tupakoitsijan voitettua vieroitusoireet. Jo tupakoinnin

vähentämisellä ilta- ja yöaikaan on positiivisia vaikutuksia uneen. (Kajaste & Markkula 2011, 87–90.)

Myös alkoholia tulisi välttää kahden tunnin ajan ennen nukkumaan menoa (Huttunen 2011). Alkoholi vaikuttaa aktivoivasti GABA-, kannabinoidi- ja opiaattijärjestelmien toimintaan. Alkoholin seurauksena NREM-unen määrä lisääntyy ja REM-unen määrä vähenee unen alkuvaiheessa. Kun alkoholi poistuu elimistöstä, REM-unen määrä lisääntyy, mikä aiheuttaa sen, että unesta tulee pinnallisempaa. Lisäksi painajaiset ja unen näkeminen lisääntyvät sekä sympaattisen hermoston aktiivisuus kasvaa. Pitkään jatkunut alkoholinkäyttö taas saattaa heikentää unen laatua monin tavoin, kuten nukahtamisviive pitenee, unen kokonaiskesto lyhenee sekä hidasaaltouni ja REM-uni vähenevät. (Kajaste & Markkula 2011, 94.)

Vaikka uni ei aina tulisikaan, on myös rentoutumisella elimistön kannalta edullisia vaikutuksia (Kajaste & Markkula 2011, 102). Kirjan lukemista tai television katsomista on syytä välttää sängyssä, elleivät nämä toiminnat ole tapa rentoutua. Hiljainen ja rauhallinen musiikki on hyvä menetelmä rentouttaa lihakset tai katkaista kehäajatukset. Unen saantia voi siis edistää se, että musiikki jätetään soimaan tai ohjelmoidaan katkeamaan itsestään. (Huttunen 2011.)

Unettomuudesta kärsivän henkilön ei tulisi pelätä unettomuutta, jotta itsehoito onnistuisi. Mitä enemmän pelkoa unettomuus herättää, sitä hankalampaa on unen saaminen tai uudelleen nukahtaminen yöllä heräämisen jälkeen. (Huttunen 2011.) Unettomuudesta aiheutuvat epäonnistumisen ja turhautumisen tunteet lisäävät vireystilaa, jonka seurauksena nukahtaminen on entistäkin hankalampaa (Kajaste & Markkula 2011, 96). Ajoittaisesta unettomuudesta kärsivän on syytä hyväksyä alttiutensa unettomuuteen (Huttunen 2011). Mikäli unettomuus johtuu jostakin äkillisestä elämänmuutoksesta, tarvitsee unettomuudesta kärsivä tukea, lohduttamista ja neuvontaa (Riikola & Partinen 2008).

Univaikeuksien lääkkeettömillä hoitokeinoilla voidaan ennaltaehkäistä ja purkaa univaikeuksia ylläpitäviä tekijöitä. Lääkkeettömän hoidon perusta on ns. huolto-ohjaus (unihuolto, unihygienia), jossa potilaalle annetaan tietoa elämäntapoihin ja nukkumistottumuksiin liittyvistä keinoista, joilla voidaan vähentää unta heikentävää ja edistää unta parantavaa käyttäytymistä. (Järnefelt & Lagerstedt 2009, 16.) Kajaste ja Markkula (2011, 83–84) puhuvat kongnitiivis-behavioraalisista toimista, joihin kuuluu unen huolto, rentoutuminen, unen rajoittaminen, uniärsykkeiden hallinta, ns. huolihetki sekä uneen liittyvien vaatimusten tarkastelu.

Lyhytkestoista eli alle 12 viikkoa kestänyttä unettomuutta suositellaan hoidettavaksi ensisijaisesti nukkujan tukemisella ja unen huoltoon paneutumisella (Partinen & Huovinen 2011, 133). Olennaista on, että selvitetään syyt unettomuuden taustalla ja unettomuutta laukaisevat tekijät. Mikäli tästä ei ole tarpeeksi apua, unta edistävää lääkitystä voidaan käyttää lyhytaikaisesti.

Pitkäkestoista eli yli kolme kuukautta kestänyttä unettomuutta hoidetaan kognitiivisia menetelmiä hyödyntäen. Etuna kognitiivisissa menetelmissä on se, että niillä voidaan vaikuttaa tekijöihin, jotka ylläpitävät unettomuutta. Kognitiivisten menetelmien teho myös säilyy hoidon lopettamisen jälkeen. Kognitiivisten menetelmien haittapuolena unettomuuden hoidossa on hoitojen huono saatavuus. Pitkäkestoista unettomuutta hoidettaessa on myös muistettava hoitaa mahdollista perussairautta, jolla voi olla vaikutusta uneen. (Partinen & Huovinen 2011, 133, 136.)

Ellei uni tule aiemmin esitellyillä passiivisia rentoutuskeinoja käyttämällä, voidaan unen tuloa edistää myös aktiivisilla rentoutuskeinoilla. Aktiivisen ja tietoisien rentoutumisen seurauksena sympaattisen hermoston toiminta vähenee ja parasympaattisen hermoston toiminta vilkastuu. Kun elimistö rentoutuu, välittäjäaineiden toiminta tasapainottuu. Rentoutusharjoituksina voidaan käyttää mm. hengitys-, lihasten rentoutus- sekä erilaisia mielenhallintaharjoituksia. (Kajaste & Markkula 2011, 102, 104.)

Rentoutumista voidaan edistää erilaisilla hengitysharjoituksilla. Tahdonalainen hengittäminen rauhoittaa autonomista hermostoa, mikä taas edesauttaa rentoutumista. Tärkein sääntö onkin, että henkilön tulee keskittyä itse hengittämiseen ja pitää samalla mieli rauhallisena. Aina, kun ajatus karkaa muualle, on se palautettava takaisin hengittämiseen. (Kajaste & Markkula 2011, 101.)

Progressiivinen rentoutus on myös oiva keino rentoutumisen löytämiseen. Progressiivisessa rentoutuksessa lihaksia jännitetään ja rentoutetaan vuoron perään. Samalla voidaan havaita ero jännittyneen ja rentoutuneen lihaksen välillä. Lihasten jännittäminen voi lisätä vireyttä, minkä vuoksi progressiivisia rentoutusharjoituksia ei tule tehdä juuri ennen nukkumaanmenoa. Progressiiviseen rentoutukseen on olemassa erilliset ohjeet, joissa on useita eri vaiheita. Lisäksi on olemassa autogeeninen rentoutus, jossa puhutaan itselle minä-muodossa. Itselle kerrotaan kuinka rennolta keho tuntuu. (Kajaste & Markkula 2011, 104-108.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka yleisiä univaikeudet ovat Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan 18–35-vuotiailla suomenkielisillä opiskelijoilla ja miten univaikeudet ilmenevät. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada luotettava ja ajantasainen tilannearvio Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden univaikeuksista, niiden yleisyydestä ja ilmenemisestä.

Opinnäytetyömme on rajattu käsittämään univaikeuksia, niiden syitä, seurauksia ja lääkkeettömiä hoitokeinoja. Univaikeuksien hoidossa käytettävät lääkkeettömät hoitomuodot ovat osittain käyttökelpoisia myös muiden unihäiriöiden hoidossa. Opinnäytetyössämme käsiteltä unettomuuden kohdalla voidaan puhua myös univaikeuksista. Unettomuus on yksi yleisimmistä unihäiriöistä.

Kohderyhmä oli Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan 18–35-vuotiaat, suomenkieliset opiskelijat. Aiempia vastaavia selvityksiä Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalla ei ole tehty.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Aineiston keruu

Tietoa teoriapohjaa varten kerättiin kevään ja syksyn 2012 aikana. Käyttökelpoisia hakusanoja haettiin YSA-asiasanahaun avulla. Tiedonhaussa käytetyimpiä hakusanoja ovat olleet uni, unihäiriöt ja univaje. Tiedonhakua on tehty Medic-artikkelitietokannassa, JaNetin, Terveysportin sekä kirjastojen tietokantojen avulla. Lisäksi hyödynnettiin aiheeseen liittyvien tutkimusten, pro gradujen ja opinnäytetöiden lähdeluetteloita. Teoriapohja koostuu kirjoista, ammatillisista lehdistä ja tutkimusartikkeleista keräämästämme tiedosta. Suurin osa artikkeleista on Lääketieteen aikakauslehti Duodecimista ja Työterveyslääkäri-lehdestä. Keskeisin osa kansainvälistä tiedosta on Journal of clinical sleep medicine-lehdestä.

Opinnäytetyön empiirinen osa toteutettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille joulukuussa 2012. Empiirinen osa toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Aineiston keruussa käytetään survey-tutkimuksen kyselymenetelmää strukturoiduin kysymyksin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 188, 194.) Valitsimme strukturoidut kysymykset, koska tämä helpottaa vastausten käsittelyä, vertailua ja analysointia. Kysely osoitettiin kaikille kohderyhmään kuuluville Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille. Tämä perusjoukko (N) oli kooltaan 321 opiskelijaa. (Hirsjärvi ym. 2007, 174.) Kyselytutkimuksen kohderyhmänä olivat Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan suomenkielellä opiskelevat opiskelijat. Sosiaali- ja terveysalalla voi opiskella hoitotyön, fysioterapian, kuntoutuksen ohjauksen ja suunnittelun sekä sosiaalialan koulutusohjelmassa.

Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin hyödyntäen keräämäämme teorian tietoa unettomuudesta. Apuna käytettiin Työterveyslaitoksen vuonna 2007 käyttämää Unikysely- ja terveystietolomaketta sekä BNSQ-FIN 2008 unikyselylomaketta. Kysymyksillä haettiin vastauksia tutkimuskysymykseen eli miten yleisiä univaikeudet ovat ja miten ne ilmevät Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan 18–35-vuotiailla suomenkielisillä opiskelijoilla. Opinnäytetyössä kartoitettiin taustatietoja, kuten ikää, sukupuolta ja mahdollisten nukkumista helpottavien valmisteiden käyttöä, unen riittävää pituutta, nukahtamisvaikeuksia, öistä heräilyä sekä unen laatua. Kyselyyn vastaaminen tapahtui internetissä Digiumin kautta. Linkki tutkimukseen julkaistiin Optima-verkkoympäristön ilmoitustaululla. Kysely oli avoinna 14 vuorokauden ajan. Vastausprosentti kyselyssä oli 9,4.

Kysymyslomakkeen muoto, ulkoasu ja sisältö harkittiin tarkoin. Kyselylomakkeessa käytettiin monivalintakysymyksiä sekä asteikkoihin perustuvaa kysymystyyppiä, mikä helpottaa tulosten analysointia. Asteikkoihin perustuvissa kysymyksissä käytettiin pääsääntöisesti viisipor- taista asteikkoa. Kysymykset olivat mahdollisimman lyhyitä, jotta ne olisivat helpommin ymmärrettävissä (Hirsjärvi ym. 2007, 197). Kysymyksiä laadittaessa pyrittiin välttämään kysymyksiä, jotka saattaisivat olla usealla tapaa ymmärrettävissä. Kysymyslomaketta laadittaessa sijoitettiin lomakkeen alkuun vastaajaa koskevat kartoituskysymykset. (Hirsjärvi ym. 2007, 198). Spesifiset kysymykset sijoitettiin kyselylomakkeen loppuun.

Kyselylomake esitettiin kuudella Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijalla, jotka eivät kuuluneet kohdejoukkoon. Esitetauksen perusteella lisäsimme muutamaan kysymykseen

uusia vastausvaihtoehtoja ja tarkensimme kahta kysymystä. Esitestaajista kolme oli naisia ja kolme oli miehiä. Esitestauksesta huolimatta Digiumin kyselyyn jäi kolme kysymystä, joihin vastaaminen ei onnistunut. Kysely jouduttiin keskeyttämään. Lomakkeen virheet korjattiin ja kysely avattiin uudelleen vastaajille.

Tutkimuslupa kyselyä varten haettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun Hyvinvointiyksiköstä. Luovutamme valmiin opinnäytetyön Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijaterveydenhuollon käytettäväksi.

5.2 Aineiston analyysi

Kyselyyn vastanneiden henkilöiden vastauksia tarkasteltiin ilman ennakko-oletuksia. Selvitimme, mihin kysymyksiin on vastattu ja mihin on jätetty vastaamatta. Koska kyselylomake täytettiin Digiumissa, ei tuloksia tarvitse syöttää tilastointiohjelmaan, sillä Digium toimii myös tilastointiohjelmana. Seuraavana teimme havaintoja saamastamme aineistosta ja vertasimme tekemiämme havaintoja keräämäämme teoriapohjaan ja aikaisempiin tutkimuksiin. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2011, 123–124; Ernvall, Ernvall & Kaukkila 2002, 19–20, 34.) Aineistoa analysoidessa on erityisen tärkeää tarkastella sitä suhteessa tutkimuskysymyksemme: miten yleisiä univaikeudet ovat Jyväskylän ammattikoreakoulun sosiaali- ja terveysalan 18–35-vuotiailla suomenkielisillä opiskelijoilla ja miten univaikeudet ilmenevät. Millaisia vastauksia saatiin tutkimuskysymykseen? Seuraavaksi saadut tulokset sidottiin teoriaan ja aikaisempiin tutkimuksiin. (Hakala 2008, 177.)

Aineistoa analysoidessa on tärkeää muistaa, että tutkittava ei saa tulla tunnistetuksi. Raportoitaessa ei myöskään saa jättää pois tietoja, jotka voivat vaikuttaa tulosten arviointiin. (Ronkainen ym. 2011, 48.)

Kun aineistosta saadut tulokset oli käsitelty, tarkasteltiin tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Kuvasiko käytetty mittari tutkittavaa ilmiötä? Onko tutkimusmenetelmä ollut riittävän tarkka? (Ronkainen ym. 2011, 129–131.)

Kyselyyn vastanneista lähes kaikki olivat vastanneet kaikkiin kysymyksiin. Kolmessa vastauslomakkeessa oli jätetty yhteen kohtaan vastaamatta. Jokaisen tutkimuslomakkeen tulokset

olivat sellaisia, että nämä voitiin ottaa mukaan analysoitavaksi. Opinnäytetyö esitettiin maaliskuussa 2013 ja jätettiin arvioitavaksi huhtikuussa 2013.

6 TULOKSET

Kyselymme vastasi 34 opiskelijaa. Kaikki vastaajista olivat naisia. Vastanneista 58,8 % oli iältään 21–23 -vuotiaita. Loput vastaajista jakautuivat muihin ikäryhmiin. Kyselyn perusteella keskimääräinen yöunien pituus oli 7 tuntia 9 minuuttia (n=34). Minimi yöunien pituudessa oli 5 tuntia ja maksimi 10 tuntia. Koko vuorokauden unenmäärän keskiarvo oli 7 tuntia 43 minuuttia (n=34).

TAULUKKO 2. Nukahtamisvaikeuksien yleisyys

N=34	Ei koskaan tai harvem- min kuin kerran kuus- sa	Harvemmin kuin kerran viikossa	1 – 2 päivä- nä viikossa	3 - 5 päivänä viikossa	Päivittäin tai lähes joka päivä
Lukumäärä	8	9	13	3	1
Prosentti	24	26	38	9	3

Kyselyn mukaan 11,8 %:lla opiskelijoista nukahtamisvaikeuksia on useammin kuin kolme kertaa viikossa. Kuitenkin vastaajista 73,5 % ilmoitti nukahtavansa alle 30 minuutissa sänkyyn mentyyään ja valot sammutettuaan.

Kyselyyn vastanneista 29,4 % ilmoitti heräävänsä öisin vähintään 3 kertaa viikossa. Öisistä heräilijöistä 14,7 % ilmoitti heräävänsä lähes joka yö. Kuten taulukossa 3 on havainnollistettu, kyselyyn vastanneista 42,5 % kertoo heräävänsä vähintään kahdesti yössä. Opiskelijoista 3 % ilmoitti, että heillä on aina tai lähes aina vaikeuksia nukahtaa uudelleen yöllisen heräämisen jälkeen.

TAULUKKO 3. Yöaikaisten heräämisten lukumäärä

N=33	En yleensä herää öisin	Kerran yössä	Kahdesti yössä	3 – 4 kertaa yössä	Ainakin 5 kertaa yössä
-------------	-----------------------------------	---------------------	---------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

Lukumäärä	9	10	12	2	0
Prosentti	27,3	30,3	36,4	6,1	0

Saamiemme vastauksien perusteella 61,8 % opiskelijoista kokee heräävänsä väsyneenä useammin kuin kolmena päivänä viikossa. Kuitenkin niiden opiskelijoiden osuus, jotka kokevat nukkuneensa huonosti useammin kuin 3 päivänä viikossa on 14,7 %. 1 – 2 päivänä viikossa kokee nukkuneensa huonosti 52,9 % vastanneista. Taulukosta 4 selviää myös kuinka usein opiskelijat kokevat olevansa väsyneitä päivisin.

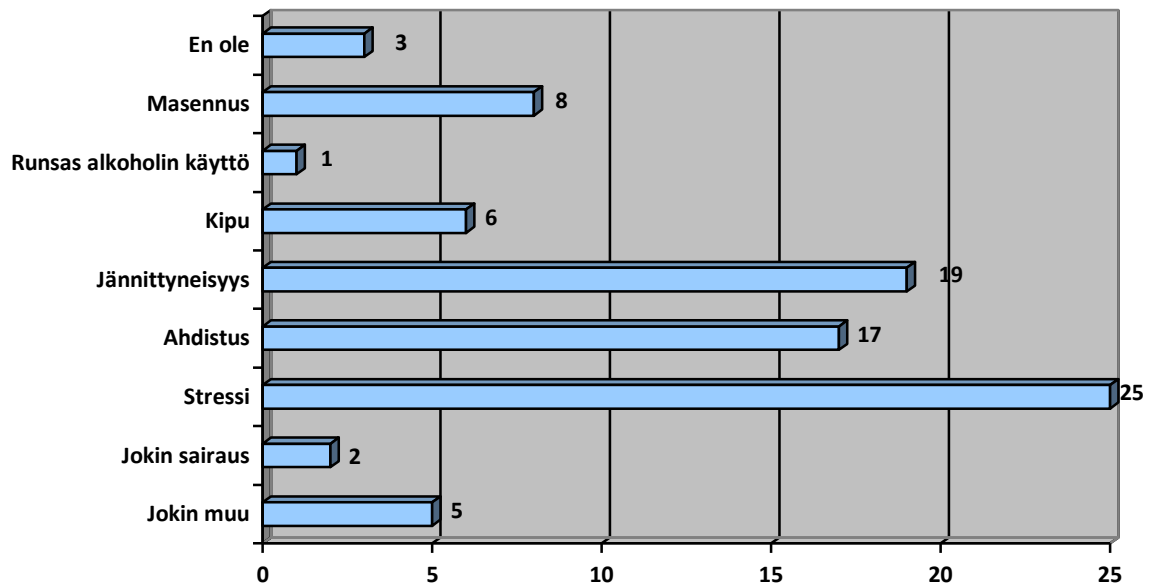
TAULUKKO 4. Päiväaikaisen väsymyksen yleisyys

N=33	En koskaan tai harvem- min kuin kerran kuus- sa	Harvemmin kuin kerran viikossa	1 – 2 päivä- nä viikossa	3 – 5 päivä- nä viikossa	Päivittäin tai lähes päivit- tään
Lukumäärä	2	4	9	11	7
Prosentti	6	12	27	33	21

Opiskelijoista 44,1 % ilmoitti kärsivänsä unettomuudesta harvemmin kuin kerran kuussa tai ei koskaan. 17,7 % vastasi kärsivänsä unettomuudesta vähintään kolmena päivänä viikossa.

Vastaajista 14,7 % oli täysin samaa mieltä väittämän ”unirytmieni on säännöllinen” kanssa. Jokseenkin samaa mieltä oli 41,2 % vastaajista. Täysin eri mieltä väittämän kanssa oli 11,8 % vastanneista.

Kun opiskelijoilta kysyttiin, ovatko he kärsineet muista ongelmista unihäiriöiden yhteydessä, 76 % ilmoitti kärsivänsä stressistä. Tarkemmin vastauksia voi tarkastella kuvioista 1. Kohtaan jokin muu oli liitetty avovastausmahdollisuus. Nämä viisi henkilöä kertoivat mm. lasten ja lihassäryn valvottavan.



KUVIO 1. Oletko kärsinyt joistakin seuraavista asioista uneen liittyvien ongelmien yhteydessä?

Vastaajista 91 % ilmoitti, että he käyttävät lääkevalmisteita nukahtamisen helpottamiseen tai unen laadun parantamiseen enintään kerran kuussa. Muut vastaukset jakautuivat tasaisesti muiden vastausvaihtoehtojen kesken. Vain yksi vastaaja ilmoitti käyttävänsä näitä lääkevalmisteita päivittäin tai lähes päivittäin.

Lääkkeettömiä apumenetelmiä kertoi käyttävänsä päivittäin tai lähes päivittäin 11,8 % vastanneista. Vastaajista 70,6 % ilmoitti käyttävänsä lääkkeettömiä apumenetelmiä harvemmin kuin kerran kuussa tai ei koskaan. Ammattiapua nukkumiseen liittyviin ongelmiin ilmoitti hakeneensa 11,8 % vastaajista.

Kun opiskelijoilta kysyttiin avoimella kysymyksellä, millä tavoin he pyrkivät helpottamaan nukahtamistaan, yleisimmiksi keinoiksi ilmoitettiin makuuhuoneen pitäminen viileänä, lämpimän juoman nauttimista, rankan liikunnan välttämistä sekä lukemista. Myös jooga, samojen iltarutiinien toistaminen, sekä itselle rentouttavien ja rauhoittavien ajatusten toistaminen mainittiin apumenetelmiksi.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Saatujen vastausten perusteella Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan 18–35-vuotiaat opiskelijat nukkuvat keskimäärin 7 tuntia 9 minuuttia yössä ja 7 tuntia 43 minuuttia vuorokaudessa, kun päiväunet otetaan huomioon. Kuntun & Huttusen (2009, 117) tutkimuksen mukaan ammattikorkeakoulun opiskelijat nukkuvat keskimäärin 7 tuntia 38 minuuttia; miehet 7 tuntia 32 minuuttia ja naiset 7 tuntia 41 minuuttia. Kyselymme perusteella kohdejoukkomme opiskelijan nukkuvat vuorokaudessa keskimäärin hieman enemmän, kuin korkeakouluopiskelijat yleensä.

Vastaajista 43 % ilmoitti heräävänsä vähintään kahdesti yössä, kuitenkin 97 % ilmoitti, ettei heillä ole juuri koskaan vaikeuksia nukahtaa uudestaan yöllisen heräämisen jälkeen. Tätä tulosta ei pidetä huolestuttavana, sillä yölliset heräilyt ovat täysin normaaleja, ja lähes kaikki vastanneet ilmoittivat, ettei heillä ole vaikeuksia nukahtaa uudelleen heräämisen jälkeen. Partinen ja Huovinen (2011, 46) toteavat kirjassaan ettei kaksi tai kolme kertaa yöllä heräämisessä ole mitään epänormaalia, jos nukahtaa uudelleen kymmenen minuutin kuluessa.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella 62,0 % opiskelijoista kokee heräävänsä väsyneenä useammin kuin kolmena päivänä viikossa. Päivittäistä tai lähes päivittäistä väsymystä oli vastausten perusteella 21,0 %:lla vastaajista ja 3-5 päivänä viikossa 33,0 %:lla vastaajista. Toisin sanoen yli puolella vastanneista on päivittäistä väsymystä vähintään kolmena päivänä viikossa. Mikäli väsymys ajoittuu iltapäivän tunneille, ei väsymystä voida tällöin pitää kovin huolestuttavana sillä Soinalan, Kasteen & Somer:n (2006, 586) mukaan on normaalia, että ihminen kokee väsymystä iltapäivisin.

Tähän kyselyyn vastanneista 44 % ilmoitti, että he kärsivät unettomuudesta harvemmin kuin kerran kuussa tai eivät koskaan. Vastaajista 18 % ilmoitti kärsivänsä unettomuudesta vähintään kolmena päivänä viikossa. Vastaajista 33 % ilmoitti, ettei heidän unirytmensä ole täysin säännöllinen ja 76 % vastaajista ilmoitti kärsivänsä stressistä unihäiriöiden yhteydessä.

Näin ollen kyselymme perusteella voimme päätellä, että unettomuus ei ole kyselyyn vastanneiden opiskelijoiden keskuudessa sen yleisempää kuin keskimäärin unettomuus yleensä. Unettomuus ilmenee virkistämättömänä yönä ja liian lyhyinä yönä. Virkistämätön yöni ilmenee väsymyksenä herätessä. Liian lyhyt yöni voi myös olla itse aiheutettua ja

tällöin se on ennemminkin syy unettomuuteen. On kuitenkin muistettava, että joissain tapauksissa liian lyhyt yöuni on seurausta unettomuudesta.

Opinnäytetyötä tehdessä esille nousi kolme jatkotutkimusaihetta. Luontevaa olisi tutkia unettomuuden yleisyyttä myös muissa Jyväskylän ammattikorkeakoulun yksiköissä. Vastaava kysely voitaisiin toteuttaa muissa yksiköissä niin, että tulokset olisivat keskenään vertailukelpoisia. Toiseksi jatkotutkimusaiheeksi nousi seurantatutkimus Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden unettomuudesta. Seurantatutkimuksen aikana voitaisiin seurata tietyn kohderyhmän mahdollisen unettomuuden tai unihäiriön muutoksia opintojen eri vaiheissa. Kolmantena jatkotutkimusaiheena on teemahaastattelu unettomuuteen liittyen. Kysely mittaa enemmän vastaajan omaa käsitystä mahdollisesta unettomuudesta, kun taas teemahaastattelulla saataisiin syvällisempää tietoa haastatellun tilanteesta.

8 LUOTETTAVUUS

Ennen empiirisen osan toteutusta, pohdimme tarkkaan, mikä mittari soveltuu parhaiten opinnäytetyöhömmme. Päädyimme survey-tutkimuksen kyselymenetelmään ja strukturoituihin kysymyksiin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 188, 194). Kyselyn luotettavuutta pyrittiin parantamaan miettimällä tarkkaan kyselylomakkeen rakenne ja kysymysten tarkoitus. Kyselylomake myös esitestattiin. Näin voitiin minimoida kysymysten väärin ymmärtämisen mahdollisuus. Esitestauksen jälkeen lisäsimme muutamaan kysymykseen uusia vastausvaihtoehtoja. Kyselyn vastausprosentti jäi todella alhaiseksi, mikä vähentää tuloksien yleistettävyyttä. Kyselyn tuloksia voidaan pitää reliabelina, sillä survey-kyselyn strukturoiduin kysymyksen voi toistaa kuka tahansa (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Kysely voidaan toistaa myös esimerkiksi muissa yksiköissä samanlaisella kyselylomakkeella, jonka seurauksena tulokset ovat vertailukelpoisia.

Kysely on validi, sillä kysely esitestattiin ja sille haettiin palautetta. Todennäköisyys kysymysten toisin ymmärtämiselle on pieni. Toteuttamalla empiirisen osan haastatteleamalla, olisimme saaneet tarkempaa tietoa vastaajien unettomuudesta, mutta toisaalta tulosten analysointiin olisivat voineet vaikuttaa omat ennako-odotuksemme.

9 POHDINTA

Opinnäytetyö toteutui lähes suunnitelmienne mukaan, eikä suurempia muutoksia tarvinnut prosessin aikana tehdä. Tietoa aiheesta löytyi helposti ja aihe on edelleen ajankohtainen. Lähteiksi löydettiin niin kotimaisia kuin myös ulkomaisia tutkimusartikkeleita, jotka vastasivat aihetta. Lähteet ovat kriittisesti valittuja, joten teoriapohjaa voidaan pitää hyvin luotettavana. Tämä opinnäytetyö on helppolukuinen ja tiivis kokonaisuus univaikeuksien tämän hetkisestä teorian tiedosta. Opinnäytetyön helppolukuisuuden ansiosta suosittelemme tätä opinnäytetyötä luettavaksi kaikille niille, jotka etsivät perustietoa univaikeuksista.

Ensimmäinen ja yksi haastavammista prosessin vaiheista oli kysymyslomakkeen laadinta. Univaikeuksia on hyvin erilaisia ja ne oireilevat eri ihmisillä eri tavoin, joten on vaikeaa vastata suoraan, miten yleisiä univaikeudet ovat. Vastaaja voi kärsiä univaikeuksista esimerkiksi unen riittämättömyyden muodossa ilman, että hän varsinaisesti ymmärtää, että kyseessä on univaikeus. Toisaalta satunnaiset levottomat yöunet ovat normaaleja, joten selkeää linjaa on vaikea vetää. Lisäksi kysely mittaa vastaajan omaa tuntemusta asiasta, mikä saattaa vääristää vastausta. Mikäli tutkimusmenetelmänä olisi käytetty esimerkiksi teemahaastattelua, olisimme luultavasti saaneet paremmin käytettävissä olevaa tietoa.

Suurin vastoinkäyminen oli vastaajien vähyyks. Empiirisen osan vastaajien vähyyks johtaa siihen, että vastauksia ei voida pitää kohdejoukon yleisenä trendinä. Kuitenkin kysely on helposti toistettavissa esimerkiksi Jyväskylän ammattikorkeakoulun muissa yksiköissä. Lisäksi työmme avaa lukuisia ehdotuksia jatkotutkimusaiheista muille opinnäytetyön tekijöille.

Empiirisen osan suunnitteluun olisimme voineet käyttää hieman enemmän aikaa. Jälkikäteen olemme havainneet useita seikkoja, jotka olisimme voineet tehdä toisin. Miksi rajasimme kohderyhmän juuri näin? Olisiko mukana voinut kuitenkin olla myös aikuisopiskelijat? Suurimmaksi ongelmaksi kuitenkin nousi alhaiseksi jäänyt vastausprosentti. Kuinka olisimme saaneet enemmän vastaajia? Tiesimme, että Optima ei ole paras väylä kerätä tietoa, mutta silti käytimme sitä kyselyymme. Harkitsimme myös kyselylomakkeen lähettämistä opiskelijoiden sähköpostiin. Tämä ei ole kuitenkaan aiemmin ollut mahdollista, joten jätimme tämän vaihtoehdon pois laskuista jo heti alusta. Olisimme kuitenkin voineet hakea aktiivisemmin vaihtoehtoisia keinoja kohderyhmämme tavoittamiseen. Olisimme voineet jatkaa kyselyn

vastausaikaa ja informoida kohderyhmää eri tiedotusväyliä käyttäen saadaksemme lisää vastaajia.

Vaikka empiirisen osan vastausprosentti on alhainen, voidaan silti ajatella, ettei univaikeuksien yleisyys Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalla ole merkittävästi huonompi kuin kansallisella tasolla.

LÄHTEET

Banks, S & Dinges, D. 2007 Behavioral and physiological consequences of sleep restriction. *Journal of clinical sleep medicine* 5, 522-525.

Cohen, S., Doyle, W. J., Alper, C., Janicki-Deverts, D. & Turner, R. B. 2009. Sleep Habits and Susceptibility to the Common Cold. *Arch Intern Med* 1, 62–67.

Colten, H. R. & Altevogt, B. M. 2006. Sleep disorders and sleep deprivation: An unmet public health problem. *Institute of medicine of the national academies*, 34

Ernvall, R., Ernvall S. & Kaukkila, H-S. 2002. Tilastollisia menetelmiä sosiaali- ja terveysalalle. Helsinki: Wsoy.

Hakala, J. 2008. Uusi graduopas. Helsinki: Gaudeamus.

Helakorpi, S., Holsitila, A-L., Virtanen S. & Uutela, A. 2011. Suomalaisen aikuisväestön terveystilanne ja terveys, kevät 2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13.uud.p. Helsinki: Tammi.

Hublin, C. 2010. Unettomuus. *Duodecim* 5, 563-565.

Hurtley, C. 2009. Night noise guidelines for Europe. WHO regional office for Europe, 18-19.

Huttunen, M. 2011. Unettomuus. Lääkärikirja *Duodecim*.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00534

Härmä, M. & Sallinen, M. 2006. Uni, terveys ja toimintakyky. *Duodecim* 14, 1705-1706.

Järnefelt, H. & Lagerstedt, R. 2009. Unettomuuden hoito työterveyshuollossa. *Työterveyslääkäri* 4, 15-17.

Kajaste, S. 2005. Krooninen unettomuus ja sen lääkkeetön hoito. *Suomen lääkäri* 22, 2453.

Kajaste, S. & Markkula, J. 2011. Hyvää yötä - apua univaikeuksiin. Helsinki: Kotimaa.

Kukkonen-Harjula, K., Fogelholm, M. & Härmä, M. 2007. Uni ja lihavuus – unen terveydelliset vaikutukset. *Terveydenhoitaja* 7, 18-20.

Kukkonen-Harjula, K. & Härmä, M. 2009. Kohentaako liikunta unta. *Työterveyslääkäri* 4, 72-74.

Kunttu, K. & Huttunen, T. 2005. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2005. Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön tutkimuksia 40. Liitetaulukot. 14
http://www.yths.fi/filebank/558-Taulukot_2004.pdf

Kunttu, K. & Huttunen, T. 2009. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2008. Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön tutkimuksia 45. 53, 116-118. http://www.yths.fi/filebank/582-Tutkimus_2008_verkkoon.pdf

- Kunttu, K. & Pesonen, T. 2013. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 47. 295. http://www.yths.fi/filebank/1839-KOTT_2012.pdf
- Lallukka, T. & Rahkonen, O. 2009. Työn psykososiaaliset tekijät, työn ja perheen yhteensovittaminen ja uni. Työterveyslääkäri 4, 47-51.
- Nurmi, T., Rekiaro, I., Rekiaro, P. & Sorjanen T. 2003. Gummeruksen suuri sivistyssanakirja, Jyväskylä: Gummerus.
- Partinen, M. 2011. Unettomuuden hoito on murroksessa. Suomen lääkärilehti 10, 806-808.
- Partinen, M. n.d. Asiantuntijavideo: Mitä unettomuus on? Tietoa unettomuudesta. Viitattu 17.10.2012. <http://www.tietoaunettomuudesta.fi/asiantuntijavideo/>
- Partinen, M., Isoaho, R., Kajaste, S., Lohi, J., Paakkari, L., Partonen, T., Patja, K., Saarenpää-Heikkilä O. & Seppälä M. 2008. Unettomuus. Duodecim 15, 1782-94.
- Partinen, M. & Huovinen, M. 2011. Uni koulu aikuisille. Opi selättämään unettomuus. Helsinki: Wsoy.
- Paunio, T. & Porkka-Heiskanen, T. 2008. Unen merkitys sairauksien synnyssä. Duodecim 15, 695-701.
- Porkka-Heiskanen, T. & Stenberg, D. 2008. Unen kemia. Duodecim 3, 246-253.
- Riikola, T. & Partinen, M. 2008. Unettomuus. Käypä hoito 28.7.2008. Viitattu 15.3.2012. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00075>
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Yläne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Wsoy.
- Saarenpää-Heikkilä, O. 2001. Nykyajan unettomat ja päivisin väsyneet lapset. Duodecim 10, 1086-1092.
- Salmela-Aro, K. 2009 Opiskelu-uupumusmittari SBI-9 yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoille. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 46. 12 http://www.yths.fi/filebank/591-46_Uupumustutkimus_Salmela-Aro.pdf
- Salo, P. 2009. Unihäiriöt, depression ja työkyky. Työterveyslääkäri 4, 41-45.
- Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. 2006. Neurologia. Helsinki: Duodecim.
- Stenberg, T. 2009. Akuutista ja kasautuvasta univajeesta palautuminen. Työterveyslääkäri 4, 19-21.
- Syvälähti, E. 2005. Unettomuuden hoito. Duodecim 18, 1950-1951.
- Tietoa unettomuudesta. n.d. Tietoa unettomuudesta sivusto. Viitattu 17.10.2012. <http://www.tietoaunettomuudesta.fi>

Zhang, B. & Wing, Y-K. 2006. Sex differences in Insomnia: A Meta-Analysis. *SLEEP* 1, 85-93.

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake ja saadut vastaukset

Mikä on ikäsi?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	18-20	1	2,94%					
2.	21-23	20	58,82%					
3.	24-26	6	17,65%					
4.	27-29	4	11,76%					
5.	30-32	1	2,94%					
6.	33-35	2	5,88%					
	Yhteensä	34	100%					


Mikä on sukupuolesi?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	mies	0	0,00%					
2.	nainen	34	100,00%					
	Yhteensä	34	100%					

Kuinka monta tuntia nukut keskimäärin vuorokaudessa, päiväunet mukaan lukien?

 avg: 7,71

Kuinka monta tuntia nukut keskimäärin öisin?

 avg: 7,15

Onko sinulla vaikeuksia nukahtaa?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ei koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa	8	23,53%					
2.	Harvemmin kuin kerran viikossa	9	26,47%					
3.	1 - 2 päivänä viikossa	13	38,24%					
4.	3 - 5 päivänä viikossa	3	8,82%					
5.	Päivittäin tai lähes päivittäin	1	2,94%					
	Yhteensä	34	100%					

Kuinka nopeasti nukahdat mentyäsi sänkyyn ja sammutettuasi valot?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	alle 15 minuutissa	11	32,35%					
2.	16-29 minuutissa	14	41,18%					
3.	30-60 minuutissa	8	23,53%					
4.	1-2 tunnissa	1	2,94%					
5.	yli 2 tunnissa	0	0,00%					
	Yhteensä	34	100%					

Kuinka usein heräät öisin?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	En koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa	2	5,88%					
2.	Harvemmin kuin kerran viikossa	12	35,29%					
3.	1 - 2 yönä viikossa	10	29,41%					
4.	3 - 5 yönä viikossa	5	14,71%					
5.	Joka yö tai lähes joka yö	5	14,71%					
	Yhteensä	34	100%					

Kuinka monta kertaa heräät yön aikana?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	En yleensä herää öisin	9	27,27%					
2.	Kerran yössä	10	30,30%					
3.	Kahdesti yössä	12	36,36%					
4.	3 - 4 kertaa yössä	2	6,06%					
5.	Ainakin 5 kertaa yössä	0	0,00%					
	Yhteensä	33	100%					


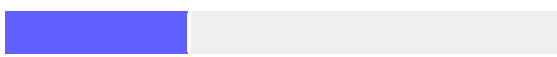
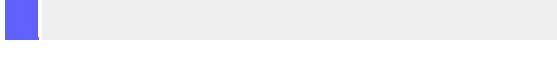
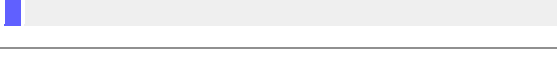

Mikäli heräilet öisin, onko sinun vaikea nukahtaa uudelleen?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ei koskaan	11	33,33%					
2.	Toisinaan	21	63,64%					
3.	Aina tai lähes aina	1	3,03%					
	Yhteensä	33	100%					

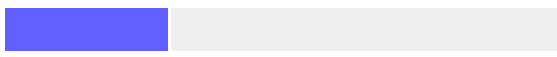

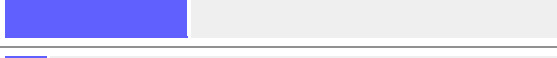
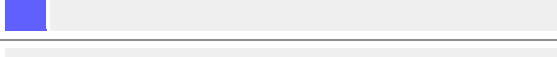

Kuinka usein heräät väsyneenä?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	En koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa	2	5,88%					
2.	Harvemmin kuin kerran viikossa	4	11,76%					
3.	1 - 2 päivänä viikossa	7	20,59%					
4.	3 - 5 päivänä viikossa	15	44,12%					
5.	Päivittäin tai lähes päivittäin	6	17,65%					
	Yhteensä	34	100%					



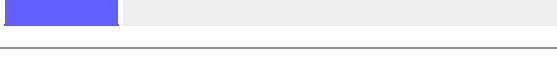

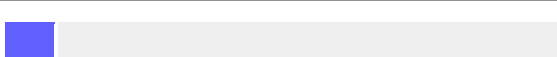
Kuinka usein nouset vuoteesta aiottua aikaisemmin?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ei koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa	19	57,58%					
2.	Harvemmin kuin kerran viikossa	11	33,33%					
3.	1 - 2 päivänä viikossa	2	6,06%					
4.	3 - 5 päivänä viikossa	1	3,03%					
5.	Päivittäin tai lähes päivittäin	0	0,00%					
	Yhteensä	33	100%					

Jos nouset vuoteesta aiottua aikaisemmin, kuinka paljon aiottua aiemmin tämä tapahtuu?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	alle 15 minuuttia	8	29,63%					
2.	16-29 minuuttia	8	29,63%					
3.	30-60 minuuttia	9	33,33%					
4.	1-2 tuntia	2	7,41%					
5.	yli 2 tuntia	0	0,00%					
	Yhteensä	27	100%					

Kuinka usein koet nukkuvasi huonosti?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ei koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa	4	11,76%					
2.	Harvemmin kuin kerran viikossa	7	20,59%					
3.	1 - 2 päivänä viikossa	18	52,94%					
4.	3 - 5 päivänä viikossa	3	8,82%					
5.	Päivittäin tai lähes päivittäin	2	5,88%					
	Yhteensä	34	100%					

Kuinka usein olet väsynyt päivisin?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	En koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa	2	6,06%					
2.	Harvemmin kuin kerran viikossa	4	12,12%					
3.	1 – 2 päivänä viikossa	9	27,27%					
4.	3 – 5 päivänä viikossa	11	33,33%					
5.	Päivittäin tai lähes päivittäin	7	21,21%					
	Yhteensä	33	100%					

Kuinka usein kärsit mielestäsi unettomuudesta?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	En koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa	15	44,12%					
2.	Harvemmin kuin kerran viikossa	8	23,53%					
3.	1 – 2 päivänä viikossa	5	14,71%					
4.	3 – 5 päivänä viikossa	6	17,65%					
5.	Päivittäin tai lähes päivittäin	0	0,00%					
	Yhteensä	34	100%					

Unirytmieni on säännöllinen

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Täysin samaa mieltä	5	14,71%					
2.	Jokseenkin samaa mieltä	14	41,18%					
3.	En osaa sanoa	0	0,00%					
4.	Jokseenkin eri mieltä	11	32,35%					
5.	Täysin eri mieltä	4	11,76%					
	Yhteensä	34	100%					

Oletko kärsinyt joistakin seuraavista asioista uneen liittyvien ongelmien yhteydessä? (Voit valita useita vaihtoehtoja)

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	En ole	3	9,09%					
2.	Masennus	8	24,24%					
3.	Stressi	25	75,76%					
4.	Ahdistus	17	51,52%					
5.	Jännittyneisyys	19	57,58%					
6.	Kipu	6	18,18%					
7.	Runsas alkoholin käyttö	1	3,03%					
8.	Jokin sairaus, joka hankaloittaa nukkumista	2	6,06%					
9.	Jokin muu, mikä	5	15,15%					
	Yhteensä							

Oletko kärsinyt joistakin seuraavista asioista uneen liittyvien ongelmien yhteydessä? (Voit valita useita vaihtoehtoja)**Jokin muu, mikä**

- rytmihäiriöt
- huimaus
- lapset valvottaa
- Kaamosmasennus
- lihasten särky

Mikäli olet kärsinyt unihäiriöistä, kuinka pitkään tätä on kestänyt? (Unihäiriöllä tarkoi-

tamme nukahtamisvaikeuksia, katkonaista unta, liian aikaista heräämistä tai unen virkistämättömyyttä.)

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	en ole	7	21,21%					
2.	alle 2 viikkoa	5	15,15%					
3.	2-4 viikkoa	2	6,06%					
4.	1-2 kuukautta	8	24,24%					
5.	2-3 kuukautta	3	9,09%					
6.	yli 3 kuukautta	8	24,24%					
	Yhteensä	33	100%					

Kuinka usein käytät lääkevalmisteita nukahtamisen helpottamiseen tai unen laadun parantamiseen?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ei koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa	31	91,18%					
2.	Harvemmin kuin kerran viikossa	1	2,94%					
3.	1 - 2 päivänä viikossa	1	2,94%					
4.	3 - 5 päivänä viikossa	0	0,00%					
5.	Päivittäin tai lähes päivittäin	1	2,94%					
	Yhteensä	34	100%					

Käytätkö jotakin apua (ei lääkevalmistetta) nukahtamisen helpottamiseen?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	En	25	73,53%					
2.	Kyllä, mitä	9	26,47%					
	Yhteensä	34	100%					

**Käytätkö jotakin apua (ei lääkevalmistetta) nukahtamisen helpottamiseen?
Kyllä, mitä**

- ajattelen itselle rentoutavia, rauhoittavia ajatuksia (olen keksinyt "vakioajatuksen", mikä toimii käytännössä joka ilta!). Lisäksi pidän makuuhuoneen lämpötilan viileänä, mikä koen miellyttäväksi nukkumisen kannalta.
- viileä raikas huone, kuuma juoma
- lukemista
- huoneen viilennys, samat iltarutiinit, ei raskaita ruokia illalla
- kuumaa kaakaota
- Stilnoct
- rentoutumista lukemalla, kahvin välttämistä illalla, rankan liikunnan välttämistä myöhään illalla
- Jooga
- Lukeminen

Kuinka usein käytät jotain muuta apua (ei lääkevalmistetta) nukahtamisen helpottamiseen tai unen laadun parantamiseen?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Ei koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa	24	70,59%					
2.	Harvemmin kuin kerran viikossa	3	8,82%					
3.	1 - 2 päivänä viikossa	2	5,88%					
4.	3 - 5 päivänä viikossa	1	2,94%					
5.	Päivittäin tai lähes päivittäin	4	11,76%					
	Yhteensä	34	100%					

Oletko hakenut ammattiapua nukkumiseen liittyviin ongelmiin?

	Vastaus	Lukumäärä	Prosentti	20%	40%	60%	80%	100%
1.	Kyllä	4	11,76%					
2.	En	30	88,24%					
	Yhteensä	34	100%					