

Unettomuuden lääkkeettömän CBT-I-hoidon vaikutukset unettomuuden subjektiivisiin mittareihin

Lääketieteen koulutusohjelma

Laatija:
Vilja Kalliokorpi

19.2.2026

Turku

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu

Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

Syventävien opintojen kirjallinen työ

Tutkinto-ohjelma, oppiaine: Yleislääketiede

Tekijä: Vilja Kalliokorpi

Otsikko: Unettomuuden lääkkeettömän CBT-I-hoidon vaikutukset unettomuuden subjektiivisiin mittareihin

Ohjaajat: LT Elina Bergman, LT Päivi Korhonen

Sivumäärä: 23 sivua

Päivämäärä: 19.2.2026

Vähintään joka kolmas aikuinen kärsii vuosittain unettomuuden oireista, joita ovat nukahtamisvaikeus, vaikeus pysyä unessa ja virkistämätön uni. Unettomuuden diagnoosi perustuu pitkälti potilaan arvioon omasta nukkumisestaan. Unettomuushäiriötasoisesta oireistosta puhutaan, kun oireita on vähintään kolmena päivänä viikossa ja ne vaikuttavat negatiivisesti päiväaikaiseen toimintakykyyn. Krooniseksi unettomuus kehittyy usein akuutin stressin aiheuttaman lyhytaikaisen unihäiriön kautta. Lähes 12 % suomalaisista aikuisista kärsii pitkäaikaisesta unettomuudesta, jossa unettomuusoireet ovat kestäneet vähintään kolmen kuukauden ajan. Perusterveydenhuollossa työskentelevä lääkäri ei voi välttää unettomuuspotilaiden kohtaamiselta: perusterveydenhuollon potilaista jopa 25–30 % kärsii pitkäaikaisesta unettomuudesta ja vastaanotolla noin puolet potilaista tuo esiin unettomuusoireita.

Unettomuutta on syytä hoitaa, sillä se heikentää elämänlaatua ja altistaa useille sairauksille. Pitkäkestoinen unettomuus on suoraan yhteydessä moniin kansansairauksiin kuten sydän- ja verisuonisairauksiin, masennukseen ja tyypin 2 diabetekseen. Kansantaloudellisesti unettomuus on merkittävä ongelma muun muassa lisääntyvien terveydenhuollon käyntien, kroonisten terveysongelmien ja sairauspoissaolojen vuoksi.

Unettomuuden kognitiivis-behavioraaliset hoitomuodot (CBT-I) on monissa tutkimuksissa todettu olevan pitkäkestoisen unettomuuden tehokas hoitomuoto. Opinnäytetyöni kirjallisuuskatsausosiossa selvitän aiemmasta kirjallisuudesta, millaisia vaikutuksia CBT-I-hoidolla on saatu unettomuuden subjektiivisiin mittareihin. Suomalainen Käypä hoito -suositus linjaa kognitiivis-behavioraalisten menetelmien olevan ensisijainen hoitomuoto unettomuuteen. Näiden hoitojen saatavuus on kuitenkin ollut riittämätöntä perusterveydenhuollossa.

Opinnäytetyöni kokeellinen osa on osa laajempaa TIP-tutkimusta (Treatment of Insomnia in Primary Care), jonka tarkoituksena on selvittää, onko kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä hyödyntävä Unikoulu tehokkaampi unettomuuden hoitomuoto kuin tavanomainen unettomuuden hoito perusterveydenhuollon potilailla. TIP-tutkimus toteutetaan Varsinais-Suomen hyvinvointialueen terveysasemilla avoimena satunnaistettuna kliinisenä tutkimuksena, jossa potilaat satunnaistetaan kahteen ryhmään. A-ryhmä saa CBT-I-hoitoa ja B-ryhmä toimii kontrolliryhmänä odotusjakson ajan saaden tavanomaista hoitoa eli lyhytneuvontaa. Tulokseni koostuvat ensimmäisten 33 potilaan alku- ja seurantatiedoista kahdeksan viikon ajalta. Tutkimukseni tarkoituksena on tarkastella, kuinka tehokkaasti Unikoulu vähentää unettomuudesta aiheutuvaa itsearvioitua haittaa perusterveydenhuollon potilailla. Tutkimuksen ensisijaisena vastemuuttujana on unettomuuden haitta-astetta kuvaava ISI-pistemäärä. Unikoulun jälkeen CBT-I-hoitoa saaneen potilasryhmän unettomuuden haitta-aste oli laskenut kontrolliryhmää enemmän ja unen laatu oli parantunut. Näiden alustavien tulosten perusteella Unikoulu vaikuttaa tehokkaammalta hoidolta kuin tavanomainen hoito. Tilastollisesti merkitsevien tulosten saamiseksi tarvitaan laajempi potilasaineisto, joka saadaan TIP-tutkimuksen jatkuessa.

Avainsanat: unettomuus, kognitiivis-behavioraalinen, perusterveydenhuolto

Sisällysluettelo

1	Johdanto	4
1.1	Unettomuuden määritelmä ja diagnoosi	4
1.2	Unettomuuden merkitys ja yleisyys	4
1.3	Subjektiiiset mittarit unettomuuden arvioinnissa	6
1.3.1	Kyselyt	6
1.3.2	Nukkumispäiväkirjasta saatavat suureet	7
1.4	Unettomuuden CBT-I-hoito	8
1.5	CBT-I-hoidon tehokkuus unettomuuden hoidossa	11
1.5.1	CBT-I-hoidon teho subjektiivisilla mittareilla arvioituna	11
1.5.2	CBT-I-hoidon teho Insomnia Severity Index (ISI) -mittarilla arvioituna	13
2	TIP-tutkimuksen tarkoitus	15
3	Menetelmät	16
3.1	Koehenkilöt	16
3.2	Tutkimuksen kulku	16
4	Tulokset	18
5	Pohdinta	22
	Lähteet	24

1 Johdanto

1.1 Unettomuuden määritelmä ja diagnoosi

Unettomuus on yleisin unihäiriö (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2023). Unettomuuteen liittyvät koetut nukahtamisvaikeudet, vaikeudet pysyä unessa, liian aikainen herääminen tai huonolaatuinen yöuni, vaikka henkilöllä olisi mahdollisuus nukkua (AASM 2014).

Unettomuushäiriödiagnoosi vaatii, että unettomuudella on negatiivisia vaikutuksia henkilön valveaikaiseen toimintakykyyn tai se aiheuttaa huolta potilaalle (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011, ICD-10).

Unettomuuden diagnoosi on subjektiivinen (Riemann ym. 2017). Se perustuu yksilön kokemuksiin eikä mittaustuloksia unen laadusta vaadita sen asettamiseksi. ICD-10-luokituksen mukaisesti lyhytkestoisessa unettomuushäiriössä univaikeudet ilmenevät vähintään 3 kertaa viikossa vähintään kuukauden ajan ja oireet vaikuttavat arkielämän toimintoihin (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011). Jos oireet jatkuvat yli kolmen kuukauden ajan, puhutaan pitkäkestoisesta unettomuushäiriöstä (AASM 2014).

Unettomuuden diagnosoinnissa anamneesi, kliininen tutkimus ja nukkumispäiväkirja ovat ensiarvoisen tärkeitä. Unettomuutta tutkiessa tulee varmistaa, etteivät unettomuutta aiheuta elimelliset syyt tai lääkitykset. Erotusdiagnostisia unettomuutta aiheuttavia sairauksia ovat esimerkiksi levottomien jalkojen oireyhtymä, uniapnea ja kilpirauhasen liikatoiminta. (Bergman ja Rantanen 2024).

1.2 Unettomuuden merkitys ja yleisyys

Väestötutkimusten mukaan 30–35 % aikuisista kärsii tilapäisestä unettomuudesta (Sateia 2014). Unettomuus oireena onkin yleistä stressitekijöiden, kuten menetysten, aiheuttamana. Tilapäisenä unettomuus on normaali osa elämää eikä sitä tarvitse välttämättä hoitaa. (Partonen ja Järnefelt 2023). Toisaalta unettomuuteen aikaisin puuttumalla voidaan estää kroonisen unettomuushäiriön kehittyminen.

Lähes 12 % suomalaisista aikuisista kärsii pitkäaikaisesta unettomuudesta (Ohayon ja Partinen 2002b). Perusterveydenhuollon potilaista jopa 25–30 % kärsii pitkäaikaisesta unettomuudesta (Riemann ym. 2017) ja lääkärin vastaanotolla noin puolet potilaista tuo esiin unettomuusoireita (Unettomuus: Käypä hoito -suositus, 2023). Viime vuosikymmenien aikana

satunnainen ja pitkäaikainen unettomuus on lisääntynyt erityisesti työssäkäyvässä väestössä (Kronholm ym. 2008).

Lähes kaikkiin mielenterveyden häiriöihin liittyy unen yhtäjaksoisuuden häiriintyminen. Krooniseen unettomuuteen liittyy usein samanaikainen mielenterveyden häiriö, erityisesti masennus, minkä vuoksi unihäiriötä selvittäessä mahdollisen mielenterveyden häiriön olemassaolo pitäisi tutkia. (Riemann ym. 2017). Unettomuuspotilaista yli 40 %:lla on rinnakkaisena ongelmana mielenterveyden häiriö tai alkoholin tai lääkkeiden väärinkäyttöä (Mai ym. 2008).

Melkeinpä kaikki sairaudet voivat käytännössä vaikuttaa uneen. Tietyissä sairausryhmissä unettomuusoireita esiintyy kuitenkin huomattavan usein, esimerkkeinä masennus, ahdistuneisuus, muistisairaudet, krooniset kivut, Parkinsonin tauti ja muut neurologiset sairaudet sekä uniapnea (Unettomuus: Käypä Hoito -suositus, 2023). Uniapnean voidaan katsoa olevan erotusdiagnostinen unihäiriö, mutta uniapneasta ja unettomuudesta kärsivät potilaat hyötyvät joka tapauksessa molempien vaivojen yhtäaikaista hoidosta (Ragnoli ym. 2021).

Unettomuuden riskitekijöitä ovat esimerkiksi geneettiset tekijät, masennus, naissukupuoli, korkea ikä, matala sosioekonominen status, terveydentilaan liittyvät muutokset ja lääkkeiden, piristeiden ja alkoholin käyttö. (Ohayon 2002a, Unettomuus: Käypä Hoito -suositus, 2023). Myös eronneilla on huomattu olevan suurempi riski kärsiä unettomuudesta kuin naimisissa olevilla tai ei ikinä naimisissa olleilla henkilöillä (Ohayon 2002a). Kroonista kipua aiheuttavia sairauksia ovat esimerkiksi syövät ja nivelreuma. Kroonisilla kipupotilailla unihäiriöiden on havaittu olevan huomattavan yleisiä: 40–80 % kärsii unihäiriöistä (Husak ja Bair 2020).

Unettomuudella on monia todettuja negatiivisia vaikutuksia potilaalle. Se heikentää elämänlaatua (Kyle ym. 2010) ja aiheuttaa työkyvyttömyyttä (Overland ym. 2008). Pitkäkestoinen unettomuus on yhteydessä moniin kansanterveysongelmiin kuten sydän- ja verisuonisairauksiin, masennukseen ja tyypin 2 diabetekseen (Kryger ym. 2011).

Unettomuudesta kärsivät henkilöt raportoivat mielialansa ja kognitiivisten kykyjensä, kuten ongelmanratkaisun ja muistin, heikentyneen (Moul ym. 2002). Unettomuudesta kärsivät henkilöt kokevat myös vaikeuksia työelämässä ja sosiaalisissa suhteissa. Kun potilaat saavat unettomuuden hoitoa, he raportoivat myös kognitiivisten kykyjensä paranevan (Buyse ym. 2007).

Unettomuus on myös kansantaloudellisesti merkittävä ongelma. Unettomuus on yhdistetty lisääntyneisiin terveydenhuollon käynteihin, kroonisiin terveysongelmiin, lisääntyneisiin sairauspoissaoloihin, vähentyneeseen työn tuottavuuteen ja lisääntyneisiin onnettomuuksiin (Kyle ym. 2010). Arvioidaan, että Suomessa viidesosassa kuolonkolareista yksi taustatekijä on väsymys (Räty 2023).

1.3 Subjektiiiset mittarit unettomuuden arvioinnissa

Tietoa unettomuudesta voidaan kerätä monin eri keinoin. Unettomuusoireen arvioimiseen on kehitetty useita kyselyitä. Lisäksi potilas voi pitää nukkumispäiväkirjaa, joka tarjoaa tietoa unen laadusta ja määrästä.

1.3.1 Kyselyt

Insomnia Severity Index (ISI)

Insomnia Severity Index -kyselyn avulla selvitetään unettomuuden haitta-astetta potilaalle seitsemän kysymyksen avulla. ISI käsittelee subjektiivisia oireita, unettomuuden haittavaikutuksia sekä unettomuudesta aiheutuvaa huolta potilaalle. Kysymyksillä arvioidaan useita eri osa-alueita: nukahtamisen vaikeutta, unen keskeytymättömyyttä, liian aikaista heräämistä, tyytyväisyyttä unen laatuun, väsymyksen vaikutusta päivittäiseen toimintaan, unihäiriöstä johtuvan toiminnan aleneman havaittavuutta ja unettomuuden aiheuttamaa stressiä ja huolta. Oireita arvioidaan viimeksi kuluneen kuukauden perusteella.

Maksimipisteiden ollessa 28, pisteet 8–14 kuvaavat lievää unettomuutta, pisteet 15–21 keskivaikeaa unettomuutta ja pisteet 22–28 vaikeaa unettomuutta. Kyselyn täyttäminen kestää vähemmän kuin viisi minuuttia ja pisteytys vähemmän kuin yhden minuutin. ISI on herkkä mittari unettomuuden kliinisten interventioiden tuloksien arviointiin. (Bastien ym. 2001).

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Pittsburghin unilaatukyselyn avulla voidaan arvioida unen laatua ja häiriöitä edellisen kuukauden ajalta. Kysely sisältää 19 kysymystä, joiden avulla lasketaan seitsemän eri osa-alueen pisteet: subjektiivinen unen laatu, nukahtamisviive, unen kesto, tavanomainen unen tehokkuus, unihäiriöt, unilääkkeiden käyttö ja päiväaikaiset häiriöt. Osa-aluekohtaiset pisteet

yhdistämällä saadaan kyselyn kokonaispisteet. Pistemäärä yli 5 kuvaa huonolaatuista unta 89,6 %:n herkkyydellä ja 86,5 %:n tarkkuudella. (Buysse ym. 1989.)

Pohjoismainen unikysely (Basic Nordic Sleep Questionnaire, BNSQ)

Pohjoismainen unikysely BNSQ on käytössä perusterveydenhuollossa unettomuuden diagnostiikan ja hoidon apuna. Kysely sisältää 25 kysymystä, joista osaan valitaan sopiva vastausvaihtoehto ja osaan vastataan sanallisesti. Kysymykset koskevat esimerkiksi yöllistä heräilyä ja päiväväsymystä. Potilas valitsee viidestä vastausvaihtoehdosta, kuinka usein kyseistä vaivaa ilmenee. Perusasteikko on: 1. ”ei lainkaan tai harvemmin kuin kerran kuussa”, 2. ”harvemmin kuin kerran viikossa”, 3. ”1–2 päivänä viikossa”, 4. ”3–5 päivänä viikossa”, 5. ”päivittäin tai lähes päivittäin”. Kysymykset pisteytetään yhdestä viiteen sen mukaan, kuinka monena yönä tai päivänä kysyttävä oire esiintyy. Sanalliset kysymykset koskevat muun muassa unen määrää, nukkumaanmenoaikaa ja unihäiriön kuvailua. Kyselyssä selvitetään myös kuorsaustaipumusta, hengityskatkoksista ja levottomien jalkojen oireita. (Partinen ja Gislason 1995).

The Sleep Condition Indicator (SCI)

SCI on itsearviokysely, joka sisältää 8 pisteyttävää kysymystä ja yhden lisäkysymyksen. SCI-kysely soveltuu perusterveydenhuoltoon unihäiriön seulontaan ja sillä voidaan seurata myös unettomuuden hoidon toimivuutta. Kysymykset koskevat esimerkiksi nukahtamiseen kulunutta aikaa, yöllisiä heräilyjä, sekä huonon unen vaikutusta mielialaan ja keskittymiseen viimeisen kuukauden aikana. Kyselystä voi saada kokonaispistemääräksi 0–32 pistettä ja mitä korkeammat pisteet kyselystä saadaan, sitä parempaa unta se kuvaa. Kliinisesti merkittävän unihäiriön epäilylle voidaan käyttää raja-arvoa 16 pistettä tai vähemmän. Kysely on osoitettu toimivaksi ainakin Iso-Britanniassa, Italiassa, Ranskassa ja Ruotsissa (Hellström ym. 2019), joten voidaan olettaa, että lähtökohtaisesti se toimii Suomessakin. (Espie ym. 2014, Espie ym. 2018.)

1.3.2 Nukkumispäiväkirjasta saatavat suureet

Nukkumispäiväkirja on tärkeä osa unettomuuden arviointia ja seuranta.

Nukkumispäiväkirjasta voidaan nähdä, minkä tyyppinen potilaan uniongelma on ja sen avulla suunnitella sopivaa hoitoa. Potilas täyttää nukkumispäiväkirjaa vähintään viikon ajan kotona

paperille tai puhelimelle. Aamuisin merkitään edellisen yön nukkumista koskevat tiedot ja iltaisin arvioidaan kulunutta päivää ja merkitään mahdollisesti uneen vaikuttavia tekijöitä kuten kahvin juonti. Nukkumispäiväkirjaan merkitään nukkumaanmeno- ja heräämisajan lisäksi esimerkiksi yölliset WC-käynnit ja päivän aikana tulleet väsymyskohtaukset.

Taulukko 1. Nukkumispäiväkirjan sanastoa (Carney ym. 2012, Shrivastava ym. 2014)

Suure	Määritelmä
Unilatenssi SOL tai SL	Se aika, kun on menty vuoteeseen nukkumista varten siihen asti, kunnes nukahtetaan.
Unen tehokkuus SE	Kuvaa, kuinka suuri osuus sängyssä vietetystä ajasta on vietetty nukkuessa. Lasketaan jakamalla kokonaisuniaika TST sängyssä vietetyllä ajalla TIB:llä.
Aika hereillä nukahtamisen jälkeen WASO	WASO viittaa yön aikaisiin hereilläolojaksoihin. Tämä suure mittaa yön aikaista hereilläoloa.
Kokonaisuniaika TST	Kokonaisaika, joka vietettiin unessa
Sängyssä vietetty aika TIB	Kokonaisaika, joka vietettiin sängyssä

SOL; sleep onset latency, SL; sleep latency, SE; sleep efficiency, WASO; wake after sleep onset, TST; total sleep time, TIB; total time in bed

1.4 Unettomuuden kognitiivis-behavioraaliset hoitomuodot (CBT-I)

CBT-I-hoito on ohjattu lääkkeetön hoitomuoto unettomuuteen, jossa yhdistyy useita koulutuksellisia, kognitiivisia ja behavioraalisia komponentteja. CBT-I-hoidolla vaikutetaan unettomuutta ylläpitäviin tekijöihin ja niinpä hoidon teho säilyy hoidon lopettamisen jälkeenkin. Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät on kehitetty muuttamaan unettomuudesta kärsivien yleisiä toimintamalleja, jotka myötävaikuttavat unettomuushäiriössä. Hoidon hyöty säilyy, kun potilas oppii tukemaan ja edistämään kehon luontaisia unimekanismeja. (Unettomuus: Käypä hoito -suositus, 2023.)

CBT-I-hoitoa voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmämuotoisesti koulutetun terveydenhuollon työntekijän johdolla. Tapaamisia on yleensä 4–8 (Riemann ym. 2017). Unettomuuden

kognitiivis-behavioraalinen hoito koostuu useista komponenteista eikä kaikissa malleissa ole kaikkia komponentteja.

Unen huolto

Unen huolto muodostaa pohjan kaikille muille kognitiivis-behavioraalisille menetelmille. Sen pohjimmaisena tarkoituksena on auttaa vähentämään unen tuloa estäviä ärsykeitä ja säännöllistää unirytmää. Unen huolto on joukko unen tuloa helpottavia ja nukkumisen laatua parantavia ohjeita. Vaikka yleisesti hyvät nukkumistottumukset parantavat unen laatua, kaikki ohjeet eivät välttämättä sovellu jokaiselle potilaalle. (Unettomuus: Käypä hoito -suositus, 2023.)

Taulukko 2: Unen huollon menetelmiä

Joka päivä samaan aikaan nukkumaan meneminen ja herääminen
 Aamuvalon käyttäminen
 Sängyssä oleskelun välttäminen
 Liikunta
 Terveelliset elintavat
 Mieltä painavien asioiden käsittely päivällä
 Kofeiinin välttäminen iltapäivällä ja illalla
 Ruutujen katselemisen välttäminen ennen nukkumaanmenoa
 Rentouttavan iltarutiinin noudattaminen
 Huomion pois vieminen nukahtamisen yrittämisestä öisin

CBT-I:n behavioraaliset komponentit:

Vuoteessa olon rajoittaminen

Monet unettomuudesta kärsivät potilaat menevät aikaisin sänkyyn ja aamulla pysyvät sängyssä pidempään yrittäen näin saada lisää uniaikaa. Tämän seurauksena he viettävät aikaa sängyssä hereillä entistäkin enemmän. Vuoteessa olon rajoittamisen tarkoitus on lisätä unipainetta ja vahvistaa unta (Edinger ym. 2021). Tarkoituksena on, että sängyssä vietetty aika vastaisi paremmin todellista nukkumisaikaa. Tuleva vuoteessa vietettävä aika määritetään laskemalla nukkumispäiväkirjasta 5 päivän kokonaisuniajan keskiarvo ja olemalla sängyssä vain tuon verran. Heräämisaika pyritään pitämään joka päivä samana, jolloin myös unirytmä säännöllistyy. Unen tehokkuuden perusteella vuoteessaoloaikaa sitten lyhennetään tai pidennetään 15 minuuttia kerrallaan. (Kajaste 2015). Vuoteessa olon rajoittaminen voi hoidon alkuvaiheissa lisätä päiväväsymystä sekä heikentää psykomotorista toimintakykyä väliaikaisesti ja potilaita onkin hyvä tiedottaa tästä etukäteen (Edinger ym. 2021).

Uniärsykkeen hallinta

Unettomuuden seurauksena vuode yhdistyy mielessä ahdistukseen ja valvomiseen. CBT-I-hoidossa vuode suositellaan rajaamaan ainoastaan nukkumista ja rakastelua varten. Kaikki muut aktiviteetit kuten TV:n katsominen ja syöminen tulee siirtää toiseen huoneeseen. Jos potilas ei saa unta noin 15 minuutin sisällä, hänen tulisi nousta ylös vuoteesta, siirtyä eri huoneeseen ja tehdä jotain rentouttavaa, kunnes tuntee olonsa taas väsyneeksi. (Unettomuus: Käypä hoito -suositus, 2023.)

Rentoutumisharjoitukset

Rentoutumisharjoitukset auttavat vähentämään somaattista jännitystä ja kognitiivista ylivirittyneisyyttä. Rentoutumismenetelmiä ovat esimerkiksi progressiivinen rentoutus, joka perustuu lihasten vuorotellen jännittämiseen ja rentouttamiseen, hengitysharjoitukset, mielikuvatekniikat ja meditaatio. (Morin ym. 1999b). Rentoutumisharjoitukset saavat aikaan sympaattisen hermoston toiminnan vähenemisen ja parasympaattisen voimistumisen. Rentoutuessa serotoniinin ja dopamiinin määrä kasvaa ja oksitosiinin erityks alkua. Oksitosiini muun muassa lievittää ahdistusta ja vaimentaa stressiakselin toimintaa. Tietoiset rentoutusmenetelmät aikaansaavat näitä hyödyllisiä fysiologisia muutoksia elimistössä. (Kajaste 2015).

CBT-I:n kognitiiviset komponentit:

Ajatusmallien muokkaaminen (kognitiivinen restrukturointi)

Unettomuudesta kärsivät potilaat kehittävät usein negatiivisen mielikuvan unesta, mikä on seurausta heidän toistuvista unettomuuteen liittyvistä kielteisistä kokemuksistaan. Potilailla on usein epärealistisia käsityksiä unesta, kuten uskomus siitä, että riittävä määrä unta on vähintään 8 tuntia ja tätä vähemmällä unella ei voi tulla toimeen. Ajatusmallien muokkaamisen tarkoitus on näiden negatiivisten ajatusten tunnistaminen, haastaminen ja muokkaaminen rakentaviksi. (Morin ym. 1999b).

Huolihetki

Vaativat kognitiot aikaansaavat ylivireystilan, mikä vaikeuttaa nukahtamista. Kognitiivisia menetelmiä käytettäessä on tarkoitus löytää vireystilan kohoamista aiheuttavat tunteet ja

ajatukset, kuten työ- ja perhehuolet tai ahdistus unettomuudesta. Huolihetki on toimivin yksittäinen kognitiivinen menetelmä. Huolihetki pidetään mielellään useampi tunti ennen nukkumaanmenoa ja huolihetki kestää 15–30 minuuttia kerrallaan. Potilas kirjoittaa muistiin huolensa, pelkonsa ja mahdolliset ratkaisut ja ratkaisujankohdat. (Kajaste 2015).

Huolihetken avulla huolia voi pohtia säännöllisesti ja rakentavasti päiväsaikaan, jolloin huolet eivät jää pyörimään mieleen öisin yhtä herkästi.

Tietoisuustaidot

Tietoisuustaidot eli mindfulness on meditaation muoto, jossa keskitytään tietoiseen läsnäoloon ja hyväksyvään omien ajatusten ja tunteiden tiedostamiseen. Omia ajatuksia ja tunteita ei arvoteta, vaan niitä havainnoidaan ja niistä päästetään irti. (Martires ja Zeidler 2015).

1.5 CBT-I-hoidon tehokkuus unettomuuden hoidossa

CBT-I-hoidon on todettu olevan vähintään yhtä tehokasta kuin unettomuuden lääkehoito, mutta ilman lääkkeisiin liittyviä negatiivisia sivuvaikutuksia (van Straten ym. 2018). Toisin kuin unilääkkeiden teho, CBT-I-hoidon teho vaikuttaisi olevan pysyvää (Morin ym. 1999 a). CBT-I-hoito tehoaa sekä primaariseen että muuhun sairauteen (esimerkiksi syöpään, uniapneaan, neurologiseen sairauteen) liittyvään unettomuuteen (van Straten ym. 2018, Riemann ym. 2023). Suomalaisen unettomuuden Käypä hoito -suosituksen mukaan kognitiivis-behavioraaliset menetelmät ovatkin unettomuushäiriön hoidossa ensisijaisia niiden tehokkuuden ja turvallisuuden vuoksi.

1.5.1 CBT-I-hoidon teho subjektiivisilla mittareilla arvioituna

CBT-I-hoidon tehoa arvioidaan useimmiten ennen hoitoa ja hoidon jälkeen täytettävien kyselyiden tai nukkumispäiväkirjan avulla. Yleisimmin käytettyjä kyselyitä ovat ISI ja PSQI (van Straten ym. 2018), joista ISI on mahdollisesti tarkoitukseen sopivampi (Chen ym. 2017). Nukkumispäiväkirjoista arvioidaan yleensä kappaleessa 1.3.2 esiteltyjä suureita SE, SOL, WASO, ja TST.

Van Straten ja työtoverit tekivät vuonna 2016 meta-analyysin, jossa selvitettiin unettomuuden kognitiivis-behavioraalisen hoidon tehokkuutta. He keräsivät tietoa 87 satunnaistetusta kontrolloidusta tutkimuksesta, joissa oli yhteensä osallisena 6303 henkilöä. CBT-I-hoidolla todettiin olevan merkittävä vaikutus unettomuuden haitta-asteeseen (ISI) ($g = 0,98$), unen

tehokkuuteen (SE; $g = 0,71$), PSQI:hin ($g = 0,65$), aikaan hereillä nukahtamisen jälkeen (WASO; $g = 0,63$) ja unen laatuun ($g = 0,40$). G tarkoittaa vaikutuskokoa ja sen suuruus luokitellaan seuraavasti: pieni (0–0,32), keskisuuri (0,33–0,55) ja suuri (0,56–1,2) (Lipsey 1993). Kasvotusten toteutettu CBT-I-hoito oli tehokkaampaa verrattuna itsenäisesti toteutettuun hoitoon esimerkiksi ISI:llä mitattuna. Vähintään neljän tapaamiskerran hoidot vaikuttavat olevan tehokkaampia kuin alle neljä tapaamiskertaa sisältävät hoidot.

Meta-analyysissä vuodelta 2024 tutkijoiden tavoitteena oli selvittää, mitkä CBT-I:n komponentit ja toteutustavat vaikuttavat tehokkaimmilla. CBT-I-hoito voidaan koostaa usealla eri tavalla eikä kaikissa malleissa ole kaikkia komponentteja mukana. Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät yhdistettyinä olivat tehokkaampia unettomuuden hoidossa kuin kognitiiviset ja behavioraaliset menetelmät yksinään. Vaikuttavimmat komponentit näyttäisivät olevan ajatusmallien muokkaaminen, tietoisuustaidot, vuoteessa olon aikatauluttaminen ja uniärsykkeeseen hallinta. Vuoteessa olon aikatauluttaminen yhdistettiin parantuneeseen unen tehokkuuteen, vähentyneeseen hereillä oloon öisin ja subjektiivisesti parempaan unen laatuun. Uniärsykkeeseen hallinta liittyi parantuneeseen unen tehokkuuteen, lyhentyneeseen unilatenssiin ja subjektiivisesti parempaan unen laatuun. Ajatusmallien muokkaaminen ja tietoisuustaidot paransivat unen laatua. Hoidon tulosten säilyvyyden kannalta ajatusmallien muokkaaminen saattaa olla hyödyllistä. (Furukawa ym. 2024).

Unen huolto ei ollut tutkimuksessa remission (tyytyttävä tila millä tahansa itse ilmoitetulla asteikolla mitattuna) saavuttamisessa välttämätöntä ja rentoutumisharjoitukset vaikuttivat mahdollisesti jopa kielteisesti unen laatuun. Rentoutumisharjoitusten vaara piilee siinä, että rentoutumisharjoitukset voivat johtaa hereillä makoiluun, joka taas on ristiriidassa vuoteessa olon aikatauluttamisen ja uniärsykkeeseen hallinnan kanssa. (Furukawa ym. 2024). Usein unen huoltoa ja psykoedukaatiota käytetäänkin kontrolliryhmän hoitona unettomuustutkimuksissa, sillä yksinään ne eivät vaikuta olevan kovinkaan tehokkaita hoitomuotoja (Riemann ym. 2023).

CBT-I-hoidon toteutustavoista hyödyllisimpiä olivat terapeuttien kasvotusten johtamat ohjelmat. Myös hoidon tulosten säilyvyyden kannalta hoidon kasvotusten toteuttaminen saattaa olla hyödyllistä. (Furukawa ym. 2024). Digitaalisesti toteutetuissa hoidoissa henkilökohtainen tuki ja opastus parantavat hoidon onnistumisen todennäköisyyttä (Riemann ym. 2023).

CBT-I-hoidolla on huomattu olevan positiivisia vaikutuksia unettomuuden hoidon lisäksi myös masennusoireisiin, uupumukseen ja elämänlaatuun (Riemann ym. 2023).

1.5.2 CBT-I-hoidon teho Insomnia Severity Index (ISI) mittarilla arvioituna

ISI on kenties käytetyin kysely CBT-I-hoidon tehon arvioinnissa, ja se on käytössä myös omassa tutkimuksessa. Merkittävänä vasteena unettomuuden hoidolle ISI-kyselyssä pidetään yleensä vähintään 7 pisteen laskua lähtötilanteesta (Morin ym. 2011). Parantumisen (remissio) rajana pidetään ISI-pisteiden laskemista yhteensä alle 8 pisteeseen (Bastien ym. 2001).

Moradi ym. (Moradi ym. 2021) tutkivat CBT-I-hoidon tehokkuutta unettomuuden hoidossa menopaussin ohittaneilla unihäiriöistä kärsivillä naisilla. Tutkimus toteutettiin satunnaistettuna kontrolloituna tutkimuksena ja siihen osallistui 46 naista. CBT-I-hoitoa saava ryhmä osallistui kuuteen 60 minuuttia kestäväseen tapaamiseen viikoittain. Heidän CBT-I-hoitonsa koostui unenhuollosta, uniärsyksen hallinnasta, vuoteessa olon rajoittamisesta, rentoutumisharjoituksista ja kognitiivisista menetelmistä. Kontrolliryhmä sai tavanomaista hoitoa, johon kuului esimerkiksi unen huollon ohjeita. Kontrolliryhmään verrattuna CBT-I-hoitoa saavan ryhmän ISI-pisteet laskivat enemmän. Jo kolmen viikon kohdalla CBT-I-ryhmän ISI-pisteet olivat keskimäärin 5,04 pistettä vähemmän kuin kontrolliryhmällä. CBT-I-ryhmän ISI pisteet olivat keskimäärin hoidon alkaessa 17,95 (SD±4,27) ja 4 viikkoa hoidon loppumisen jälkeen 7,50 (±3,39). Kontrolliryhmän pisteet olivat samana aikana laskeneet 18,00:sta (±4,24) pisteestä 17,83:een (±5,09) pisteeseen. Tutkimuksessa oli siis merkittävä ero hoitoryhmien ISI-pisteiden välillä 4 viikkoa hoidon loppumisen jälkeen.

Vuonna 2021 julkaistussa tutkimuksessa (Kallestad ym. 2021) tutkijat halusivat selvittää, miten täysin automatisoitu digitaalisesti toteutettu CBT-I-hoito (dCBT-I) on verrattavissa yksilötapaamisina kasvokkain (Face to Face, FtF) toteutettuun hoitoon. He toteuttivat satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen, jossa unettomuudesta kärsivät potilaat jaettiin satunnaisesti dCBT-I-hoitoa ja FtF-CBT-I-hoitoa saaviin. FtF-ryhmän hoidon komponentteja olivat psykoedukaatio unesta ja unen huollosta, vuoteessa olon rajoittaminen, uniärsyksen hallinta ja kognitiiviset menetelmät. Tapaamisten määrä vaihteli kolmen ja kahdeksan välillä, ollen keskimäärin 6. FtF-ryhmän ISI-pisteet olivat tutkimuksen alussa keskimäärin 18,4 (SD±3,7) ja tutkimuksen loputtua viikolla 33 keskimäärin 8,9 (±6,0). FtF-ryhmän potilaista remissioon oli päässyt 9 viikon kohdalla 52 % potilaista ja 33 viikon kohdalla 56 % potilaista. Digitaalista CBT-I-hoitoa saavan ryhmän hoito koostui samoista komponenteista kuin FtF-

ryhmän. Myös dCBT-I-hoitoa saavalla ryhmällä ISI-pisteet laskivat tilastollisesti ja kliinisesti merkittävästi, mutta eivät yhtä paljon kuin FtF-ryhmällä.

Järnefelt ym. (2012a) tutkivat miten CBT-I-hoito vaikuttaa säännöllistä työaikaan tekevien potilaiden unettomuuteen. Tutkimus toteutettiin ei-satunnaistettuna ryhmäinterventiona, johon osallistui 26 suomalaista henkilöä. Hoitoon kuului yhteensä 8 tapaamista. Hoidon aikana potilaiden unettomuusoireet vähenivät ja he kokivat nukkuvansa paremmin. Hoito myös vähensi potilaiden masennus- ja ahdistusoireita. 6 kuukauden seurannassa tulokset olivat pysyviä ja usein paranivatkin. Tutkimuksen aikana potilaiden ISI-pisteet laskivat keskimäärin 13,0:sta (SD±3,4) 7,4:ään (±4,6) kuuden kuukauden seurannassa. Myös nukahtamisviive parani 28 (±20) minuutista 18 minuuttiin (±12) kuuden kuukauden seurannassa.

Järnefelt ja työtoverit (2012b) toteuttivat samalla protokollalla tutkimuksen epäsäännöllistä työaikaan tekeville suomalaisille potilaille. Hoito koostui seitsemästä ryhmätapaamisesta ja yhdestä yksilötapaamisesta. Tutkimukseen osallistui 19 henkilöä. Heillä hoidon aikana ISI-pisteet laskivat 15,2:sta (SD±3,6) 8,4:ään (±6,5). ISI:llä arvioituna (>8 pistettä) unettomuudesta kärsi tutkimuksen aloitusvaiheessa 95 % potilaista ja 6 kuukauden seurannassa enää 37 % potilaista.

Ruotsalaisessa perusterveydenhuollossa toteutetussa unettomuustutkimuksessa potilaiden CBT-I-hoitoon kuului 5 pienryhmätapaamista. Tutkimukseen osallistui 66 potilasta, joista osa arvottiin ensin odotuslistalle, joka toimi CBT-I-hoitoryhmän kontrolliryhmänä.

Tutkimuksessa huomattiin merkittävä ero hoitoryhmien välillä. CBT-I-hoitoa saaneiden ISI-pisteet laskivat keskimäärin 19,0:sta 13,4:ään 9 viikon hoidon aikana verrattuna kontrolliryhmän ISI-muutokseen 18,1:stä 17,1:een. Myös unilatenssi lyheni ja yöllinen hereillä olo väheni CBT-I-hoidolla. (Bothelius ym. 2013).

Vuonna 2022 julkaistussa tutkimuksessa (Perrault ym. 2022) 62 kroonisesta unettomuudesta kärsivää potilasta jaettiin CBT-I-hoitoa saavaan ryhmään ja odotusryhmään. Hoito kesti 3 kuukautta ja sisälsi 8 ryhmätapaamista. Kontrolliryhmä odotti 3 kuukauden ajan.

Tutkimuksessa CBT-I-hoitoa saavan ryhmän ISI-pisteet laskivat keskimäärin 7,5 (±4,9) pistettä. Kontrolliryhmän ISI-pisteet eivät laskeneet merkittävästi (-0,98 ± 4,3). CBT-I-ryhmässä 50 % potilaista sai vasteen, kontrolliryhmässä 4,5 %. CBT-I-ryhmän potilaista 38 % saavutti remission ja kontrolliryhmässä yksi potilas eli 4,5 %.

2 TIP-tutkimuksen tarkoitus

Syventävä opinnäytetyöni on osa laajempaa TIP-tutkimusta (Treatment of Insomnia in Primary Care). TIP-tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, onko Unikoulu tehokkaampi unettomuuden hoitomuoto kuin tavanomainen unettomuuden hoito perusterveydenhuollon potilailla. Unikoulu on Suomessa kehitetty kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä hyödyntävä strukturoitu CBT-I-terapia. Kognitiivinen käyttäytymisterapia on todettu tehokkaaksi unettomuuden hoitomuodoksi ja sitä suositellaan unettomuuden ensisijaiseksi hoitomuodoksi (Unettomuus: Käypä Hoito -suositus, 2023). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvoston vuonna 2021 antaman suosituksen mukaan unettomuuden kognitiivis-käyttäytymisterapeuttiset menetelmät kuuluvat kansalliseen palveluvalikoimaan. Lääkkeettömien hoitojen saatavuus Suomen perusterveydenhuollossa on kuitenkin riittämätöntä. Varsinais-Suomen terveyskeskuksiin on koulutettu vuodesta 2020 lähtien unihoitajia eli edistyneen tason unettomuusterapeutteja toteuttamaan Unikoulu-menetelmän mukaista unettomuuden CBT-I-hoitoa.

Unikoulua voidaan käyttää yksilö- tai ryhmähoitona ja kasvokkain tai videovälitteisesti. TIP-tutkimuksessa Unikoulu toteutetaan ryhmätapaamisina. Unikoulun tehoa verrataan tavalliseen unettomuuden hoitoon kahden kuukauden kuluttua lähtömittauksista. Ensisijaisesti tutkitaan unikoulun vaikutusta unettomuuden haitta-asteeseen ISI-pisteillä mitattuna ja toissijaisesti elämänlaatuun, masennusoireisiin sekä työikäisten itsearvioituun työkykyyn.

Tämä syventävä opinnäytetyö on pilottitutkimus TIP-tutkimuksen aineistoista.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää, miten hyvin Unikoulu vähentää unettomuudesta aiheutuvaa itsearvioitua haittaa perusterveydenhuollon potilailla. Unikoulun tehoa arvioidaan vertaamalla sitä unettomuuden tavanomaiseen hoitoon (lyhyt kirjallinen ja suullinen ohje unen huollosta) 2 kuukauden kuluttua lähtötasomittauksesta. Tutkimushypoteesi on, että Unikoulu on teholtaan parempi kuin tavanomainen unettomuuden hoito.

3 Menetelmät

3.1 Koehenkilöt

TIP-tutkimukseen otetaan mukaan n. 250 tutkittavaa. TIP-tutkimuksen tutkimusaineisto kerätään Varsinais-Suomen hyvinvointialueen terveysasemilta, joissa Unikoulu-menetelmä on käytössä. TIP-tutkimukseen kutsutaan mukaan kaikki vähintään 18-vuotiaat, jotka haluavat hoitoa unettomuuteensa, joiden unettomuusoire on kestänyt vähintään 3 kuukautta ja joiden ISI-pisteet ovat vähintään 8 pistettä. Poissulkukriteereinä ovat diagnosoitu muistisairaus, akuutti itsetuhoisuus ja psykoottisuus. Opinnäytetyössäni käsittelen ensimmäisten 45 tutkittavan perustietoja sekä 33 tutkittavan seurantatuloksia.

3.2 Tutkimuksen kulku

TIP-tutkimus on avoin satunnaistettu kliininen tutkimus.

Täysi-ikäisille unettomuusoireen vuoksi hoitoa haluaville potilaille annetaan kutsu TIP-tutkimukseen. Samalla he saavat ensimmäisen kyselyn, jossa selvitetään potilaan terveydentilaa, taustoja ja unitottumuksia.

Unihoitajan ensikäynnillä tarkistetaan potilaan suostumus tutkimukseen sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Tutkimukseen sopivat ja halukkaat potilaat satunnaistetaan kahteen ryhmään A ja B. Potilaat ositetaan unilääkkeiden käytön ja ISI-pisteiden mukaan, jotta varmistetaan potilaiden tasainen jakautuminen ryhmiin. B-ryhmä toimii kontrolliryhmänä. He saavat unihoitajan ensikäynnillä unettomuuden tavallista hoitoa eli lyhytneuvonnan ja kirjallisen ohjeen unen huollosta. B-ryhmä ohjataan Unikouluun 8 viikon kuluttua ensikäynnistä.

A-ryhmä ohjataan mahdollisimman pian ensikäynnin jälkeen saamaan Unikoulun mukaista CBT-I-hoitoa 8 viikon ajan. Ennen Unikoulun aloittamista tai tavanomaisen hoidon saamista potilaat vastaavat alkukartoituskyselyyn, josta saadaan lähtötasotulokset. Unikouluun kuuluu 6 ryhmätapaamista. 8 viikon kohdalla molemmat ryhmät vastaavat kontrollikyselyyn. Potilaita seurataan yhteensä vuoden ajan toistomittauksin. Omassa tutkimuksessani käsittelen pilottiaineistoa, jonka tiedot koostuvat alkukyselystä ja 8 viikon kontrollikyselystä.

Kyselyt

Tutkimuksen alkukartoituksessa ja 8 viikon kohdalla tutkittavat vastasivat useisiin kyselyihin.

Yhtenä keskeisimmistä kyselyistä on unettomuuden haitta-asteen kysely (Insomnia Severity Index, ISI), joka on esitelty tarkemmin kappaleessa 1.3.1. Tutkimukseni ensisijainen vastemuuttuja on unettomuuden haitta-astetta kuvaava ISI-pistemäärä.

Itsearvioidun unenlaadun selvittämiseksi tutkittavia pyydettiin arvioimaan unen laatunsa viimeisen kuukauden aikana joko erittäin hyväksi, hyväksi, huonoksi tai erittäin huonoksi. Tämä kysymys on PSQI-unilaatukyselystä, ja sen on todettu korreloivan hyvin koko PSQI-kyselyn tulokseen (Buysse ym. 1989).

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) -kyselyssä on 9 kysymystä, joilla kartoitetaan masennusoireita viimeisten 2 viikon aikana. Vastaukset pisteytetään sen mukaan, miten usein potilas kokee masennusoireita, kuten alakuloisuutta, univaikeuksia tai itsetuhoisia ajatuksia. Pisteet vaihtelevat 0 ja 27 välillä. Pisteet 5–9 viittaavat lieviin masennusoireisiin, 10–14 pistettä lievään masennukseen, 15–19 pistettä kohtalaiseen masennukseen ja 20–27 pistettä vakavaan masennukseen. (Kroenke ym. 2001.)

General Anxiety Disorder 7-item Scale (GAD-7) -kyselyllä arvioidaan ahdistuneisuusoireita. Kysely koostuu 7 kysymyksestä, joihin potilas vastaa, kuinka usein seuraavat ongelmat ovat vaivanneet häntä edeltäneen 2 viikon aikana. Esimerkiksi tutkittava vastaa, kuinka usein vaikeus rentoutua on vaivannut häntä viimeisen 2 viikon aikana ja vastausvaihtoehdot ovat ei lainkaan, useana päivänä, suurimpana osana päivistä tai lähes joka päivä. Kokonaispisteet vaihtelevat 0–21 pisteen välillä. Kynnysarvojen 5, 10 ja 15 pistettä tulkitaan edustavan vastaavasti lievää, kohtalaista ja vaikeaa ahdistuneisuutta. (Spitzer ym. 2006)

Tutkittavien työllisyystilannetta kartoitettiin kysymällä ovatko he kyselyn hetkellä pääasiassa palkkatyössä tai yrittäjänä/ammattinharjoittajana, työttömänä, opiskelijana, työkyvyttömyys- tai vanhuuseläkkeellä vai pitkäaikaisella sairauslomalla.

Lisäksi TIP-tutkimuksessa selvitetään laajasti potilaiden elintapoja, kuten tupakointia, liikuntatottumuksia ja unilääkkeiden käyttöä.

4 Tulokset

Tässä työssä käsittelen 45:n ensimmäisen tutkittavan potilaan perustietoja. Seurantatiedot kahden kuukauden kuluttua lähtötilanteesta ovat käytettävissä 33 potilaalta. Tutkittavat satunnaistettiin joko ensin CBT-I-hoitoa saavaan A-ryhmään (n=26) tai tavanomaista hoitoa saavaan B-ryhmään (n=19).

Tämän opinnäytetyön koehenkilöiden mediaani-ikä on 68 vuotta ja suurin osa pilottitutkimuksen koehenkilöistä on eläkkeellä (71 %) ja naisia (76 %). Tutkittavista 62 % käytti reseptiunilääkettä vähintään kerran viikossa ja 44 % yli 5 kertaa viikossa. Ilman reseptiä saatavia unilääkkeitä käytti vähintään kerran viikossa 16 % tutkittavista.

Unilääkkeistä melatoniini voi esiintyä taulukossa sekä reseptilääkkeenä että itsehoitolääkkeenä. Suurimmalla osalla (91 %) univaikeudet olivat jatkuneet yli vuoden ajan. Tutkittavien perustiedot esitetään taulukossa 3.

Taulukko 3: Kaikkien tutkittavien perustiedot lähtötilanteessa

	Tutkittavat
ikä mediaani, (alakvartaali, yläkvartaali)	68,0 (60, 73)
sukupuoli (n, %)	
naiset	34 (75,6 %)
miehet	11 (24,4 %)
työtilanne (n, %)	
työkyvyttömyys- tai vanhuuseläkkeellä	32 (71,1 %)
palkkatyössä tai yrittäjänä/ammattinharjoittajana	7 (15,6 %)
työtön	3 (6,7 %)
opiskelija	1 (2,2 %)
pitkäaikaisella sairauslomalla	2 (4,4 %)
reseptilääkkeiden käyttö (n, %)	
ei lainkaan	14 (31,1 %)
harvemmin kuin kerran viikossa	3 (6,7 %)
1–2 krt/vk	2 (4,4 %)
3–5 krt/vk	6 (13,3 %)
yli 5 krt/vk	20 (44,4 %)
itsehoitolääkkeiden käyttö nukahtamisen helpottamiseen (n, %)	
ei lainkaan	31 (70,5 %)
harvemmin kuin kerran viikossa	6 (13,6 %)
1–2 krt/vk	1 (2,3 %)
3–5 krt/vk	2 (4,6 %)
yli 5 krt/vk	4 (9,1 %)
univaikeuksien kesto (n, %)	
3–12 kk	4 (8,9 %)
yli 12 kk	41 (91,1 %)
kyselyjen pisteet ka, (SD), [vastanneiden määrä]	
PHQ9	7,7 (5,0), [44]
GAD7	7,2 (5,6), [39]
ISI	16,2 (3,4), [45]

ka; keskiarvo, SD; keskihajonta, PHQ9; Patient Health Questionnaire-9, GAD7; General Anxiety Disorder 7-item Scale, ISI; Insomnia Severity Index

Hieman pienemmästä potilasaineistosta on saatavilla sekä alkukyselyn että seurantakyselyn tulokset. Seuraavissa osioissa käsitellän unettomuuden haitta-asteen ja unen laadun osalta niiden potilaiden tietoja, joista on saatavilla alku- ja seurantakyselyn vastaukset.

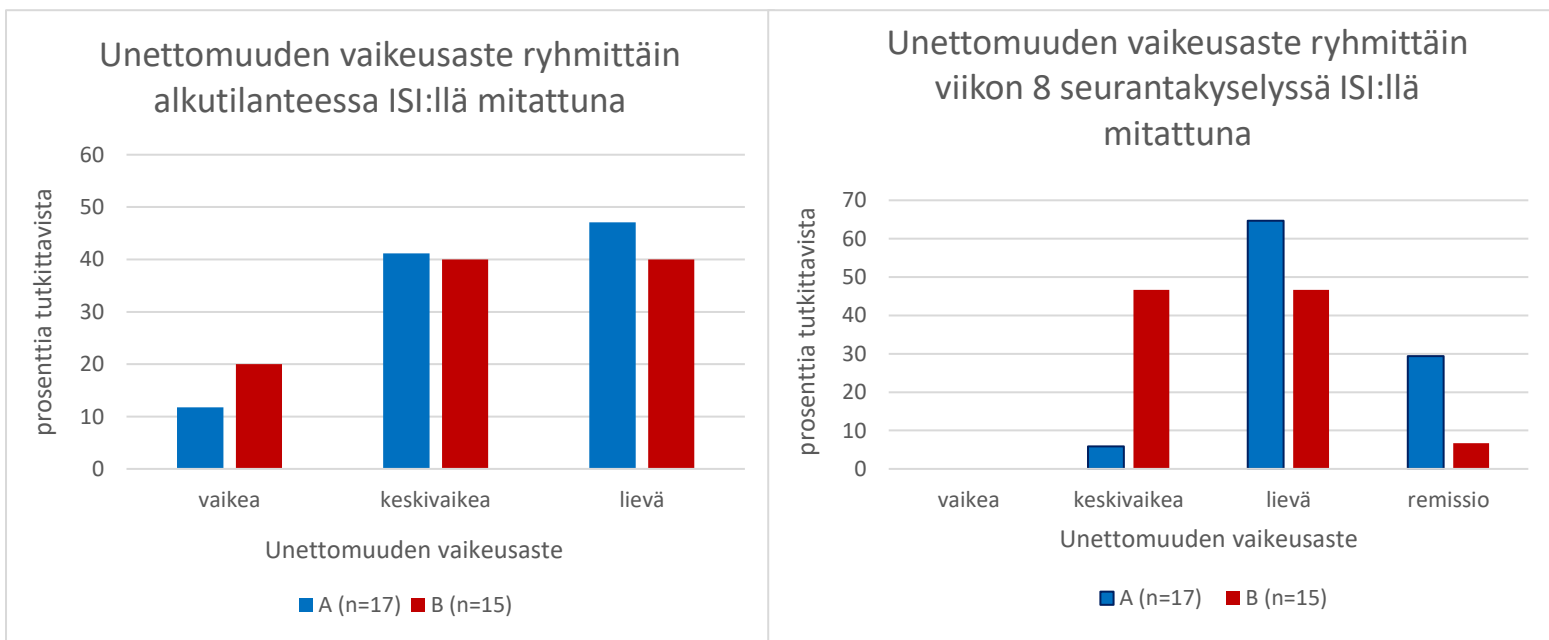
Insomnia Severity Index (ISI)

ISI-alku- ja seurantakyselyn tulokset saatiin 32 potilaalta. Kun tarkastellaan potilaita ryhmäkohtaisesti, huomataan, että unettomuuden vaikeusaste lieveni 8 viikon aikana molemmissa ryhmissä, mutta A-ryhmässä enemmän.

A-ryhmän potilailla (n=17) alkukyselyn ISI-pisteet olivat keskimäärin 15,5 (SD±3.6) viitaten keskivaikeaan unettomuuteen ja seurantakyselyssä 9,5 (±3,3) viitaten lievään unettomuuteen. B-ryhmän potilailla (n=15) alkukyselyn ISI-pisteet olivat keskimäärin 16,9 (SD±3,9) ja seurantakyselyssä 14,2 (±3,9).

A-ryhmässä 7 seitsemästätoista (41 %) seurantakyselyyn vastanneesta saivat vasteen (ISI-pisteet laskeneet yli 7 pistettä) ja remission (ISI-pisteet < 8) saavutti 5 potilasta 17:sta (29 %). B-ryhmässä vain yksi potilas 15:sta (7 %) oli remissiossa ja vasteen oli saanut 3 potilasta (20 %). Seurantakyselyssä kummastakaan ryhmästä yhdelläkään potilaalla unettomuuden vaikeusaste ei ollut enää vaikea ISI-pisteiden perusteella. Ryhmien vertailu on esitelty kuvassa 1.

Kuva 1

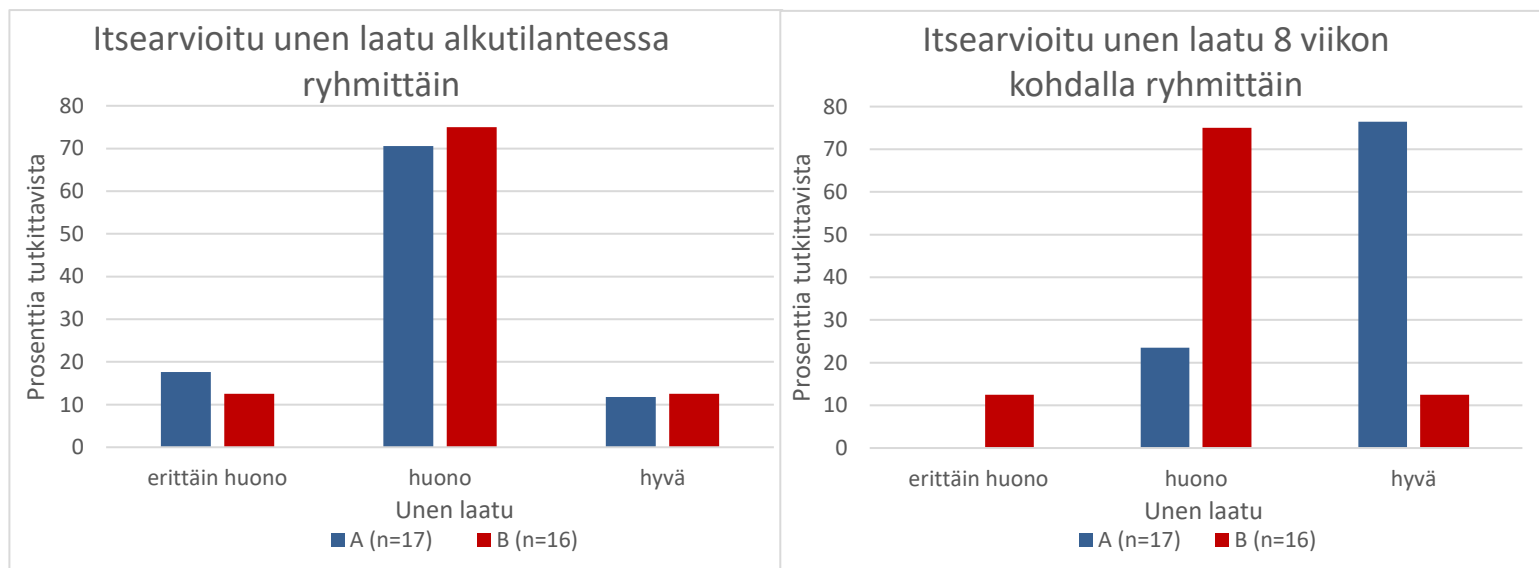


ISI; Insomnia Severity Index, A; CBT-I-hoitoa saava A-ryhmä, B; tavanomaista hoitoa saava B-ryhmä

Itsearvioitu unen laatu

Käytettävissä on 33 potilaan arvio unensa laadusta. Kyselyissä potilaita pyydettiin arvioimaan unen laatuaan erittäin hyväksi, hyväksi, huonoksi tai erittäin huonoksi. Alkutilanteessa ryhmien välillä ei ollut juurikaan eroa unen laadussa ja suurin osa potilaista kuvasi unen laatuaan huonoksi. Potilaiden itsearvioima unen laatu parani seurantakyselyssä vain A-ryhmän (n=17) potilailla. Alkutilanteessa A-ryhmän potilaista huonoksi tai erittäin huonoksi unen laatuaan kuvasi 88 % tutkittavista ja 8 viikon kohdalla enää 24 % huonoksi eikä yksikään erittäin huonoksi. Tavanomaista unettomuuden hoitoa saavalla ryhmällä (n=16) unen laadussa ei tapahtunut ollenkaan muutosta 8 viikon aikana. Kyselyiden tulokset on esitetty kuvassa 2.

Kuva 2



A; CBT-I-hoitoa saava A-ryhmä, B; tavanomaista hoitoa saava B-ryhmä

5 Pohdinta

Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät ovat suomalaisen Käypä hoito -suosituksen mukaan ensisijaisia keinoja unettomuuden hoitoon. CBT-I-hoidon teho on tutkimuksissa aiemmin todistettu. TIP-tutkimuksessa tarkastellaan Suomessa kehitetyn, CBT-I-menetelmiin perustuvan ryhmämuotoisen Unikoulu-menetelmän tehoa ja soveltuvuutta suomalaiseen perusterveydenhuoltoon. Pilottitutkimuksen aineisto on pieni, joten sen tuloksia ei voi yleistää.

Itse arvioitu unen laatu parani tässä pilottitutkimuksessa vain CBT-I-hoitoa saavalla A-ryhmällä. Huonolaatuiseksi koettu uni on yhteydessä esimerkiksi masennusoireisiin ja suurempaan sairaustaakkaan. Hyväksi arvioitu unenlaatu on toisaalta vahvasti yhteydessä parempaan elämänlaatuun ja työkykyyn. Ilman psyykkisten oireidenkin kuten masennuksen ilmentymistä, unen laatu on vahva ennustetekijä määrittämässä elämänlaatua sen useimmilla osa-alueilla. (Bergman ym. 2020). Näinkin yksinkertaisen ja subjektiivisen mittarin kuin unen laadun parantuminen voi tuoda merkityksellisiä positiivisia muutoksia potilaan elämään.

Potilaan tyytyväisyys unen laatuun on aiempien tutkimusten mukaan vahvasti yhteydessä hänen ISI-pisteisiinsä (Bastien ym. 2001). Käykin järkeen, että unettomuuden haitta-aste pieneni CBT-I-hoitoa saavilla potilailla enemmän kuin tavanomaista hoitoa saavilla.

A-ryhmän potilaiden ISI-pisteet laskivat keskimäärin 6 pistettä. Se on suunnilleen samansuuruinen lasku kuin johdannossa esiteltyissä suomalaisessa (Järnefelt ym. 2012a) ja ruotsalaisessa tutkimuksessa (Bothelius ym. 2013), joissa CBT-I-hoidolla saatiin 5,6 pisteen ISI-lasku.

Pilottiaineistossa CBT-I-hoitoa saavan A-ryhmän potilaat saavuttivat 8 viikon aikana yli neljä kertaa useammin remission kuin B-ryhmän potilaat (29 % vs. 7 %). Johdannossa esittelemässäni Kallestadin ja työtovereiden (2021) tutkimuksessa remissioon pääsi 9 viikon CBT-I-hoidolla 52 % tutkittavista. Pilottiaineistossa ei päästy näin suureen remissioprosenttiin. Erona pilottitutkimuksen aineistoon heidän potilasmääränsä oli suurempi, potilaat olivat nuorempia (ka 41,3-vuotiaita) ja CBT-I-hoitoa annettiin kahden kesken kasvatusten. Poissulkukriteereinä heidän tutkimuksessaan oli muun muassa uniapnea ja aktiivinen päihdeaddiktio.

Omassa tutkimuksessani ISI:llä mitattuna vaste hoitoon saatiin A-ryhmässä noin kaksi kertaa useammin kuin B-ryhmässä (41 % vs. 20 %). Johdannossa esittelemässäni Perraultin ja

työtovereiden (2022) tutkimuksessa CBTI-I-hoidolla vasteen sai 50 % potilaista. Pilottiaineistossa ei 8 viikon hoidolla päästy yhtä isoon vasteprocenttiin. Perraultin tutkimuksessa hoito kesti pidempään kuin TIP-tutkimuksessa ja siihen kuului enemmän tapaamisia. Potilaat olivat nuorempia ($48,8 \pm 17$) ja poissulkukriteereinä oli useita sairauksia, kuten krooniset kiputilat, keskivaikea ja vaikea uniapnea, vaikeat sydän- ja verisuonisairaudet ja -toimenpiteet. Heidän potilaansa olivat siis melko puhtaasti unettomuuspotilaita, joka selittää hyvää vastetta hoidolle.

Opinnäytetyössäni on pieni pilottiaineisto, mutta siinä erottui eroja A- ja B-ryhmän välillä A-ryhmän eduksi. Toisaalta myös B-ryhmän unettomuuden haitta-aste lieveni tavanomaisella hoidolla. Tämä voi viitata siihen, että tavanomaisellakin hoidolla on tehoa sekä siihen, miten unettomuus joskus liittyy tiettyyn elämäntilanteeseen ja voi helpottua itsestään. B-ryhmän potilaat kävivät kertaalleen unihoitajan vastaanotolla alkukäynnillä, jossa he saivat neuvontaa sekä tiedon, että pääsevät Unikouluun myöhemmin. Mahdollisesti tieto tulevasta hoidosta huojentaa potilaan mieltä ja vähentää ahdistusta, mikä voi lievittää unettomusoireita.

Opinnäytetyöni heikkous on pieni potilasmäärä, jonka vuoksi tulokset eivät ole yleistettävissä, eikä tilastollista merkitsevyyttä voi laskea. TIP-tutkimuksen vahvuus on, että sitä tehdään melko valikoitumattomassa perusterveydenhuollon potilasmateriaalissa. Unen laatuun vaikuttavat sairaudet, kuten uniapnea tai masennus, eivät ole poissulkukriteerejä TIP-tutkimuksessa. Näin ollen tutkittavat edustavat perusterveydenhuollon potilasjoukkoa todenmukaisesti.

TIP-tutkimuksen rekrytointi jatkuu, kunnes saadaan 250 tutkittavaa. Pilottiaineisto auttaa ennustamaan TIP-tutkimuksen lopullisia tuloksia. Jos tutkimustulokset pysyvät samankaltaisina kuin pilottiryhmässä, niin erot ryhmien välisissä ISI-pisteissä ovat todennäköisesti tilastollisesti merkitseviä.

Tutkimustieto unettomuuden kognitiivis-behavioraalisten hoitojen käyttökelpoisuudesta suomalaisessa perusterveydenhuollossa voi edistää hoidon saatavuutta. Lisäksi terveydenhuollon henkilökunnan tietoutta tästä tehokkaasta hoitomuodosta tulisi lisätä. Pitkällä tähtäimellä unettomuuden kognitiivis-behavioraaliset hoitomuodot tuovat mahdollisesti säästöjä yhteiskunnalle (Palveluvalikoimaneuvoston suositus: Unettomuushäiriön hoito kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmillä (CBT-I), 2021). Unettomuuden koskiessa suurta osaa väestöstä sen hoitoa tehostamalla voidaan parantaa kansanterveyttä ja potilaiden elämänlaatua merkittäväällä tavalla.

Lähteet

- AASM. The International classification of sleep disorders. 3. painos (ICSD-3). Rochester, Minnesota: American Academy of Sleep Medicine (AASM), 2014
- Bastien, C. H. et al. (2001) Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep medicine*, 2 (4), 297–307.
- Bergman, E. et al. (2020) Factors associated with quality of life and work ability among Finnish municipal employees: a cross-sectional study. *BMJ open*, 10 (9), e035544.
- Bergman ja Rantanen (2024) Uneton yleislääkärin vastaanotolla, *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2024;140(18):1527–33.
- Bothelius, K. et al. (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 (6), 688–696.
- Buysse, D. J. et al. (1989) The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28 (2), 193–213.
- Buysse, D. J. et al. (2007) Daytime symptoms in primary insomnia: A prospective analysis using ecological momentary assessment. *Sleep medicine*, 8 (3), 198–208.
- Carney, C. E. et al. (2012) The Consensus Sleep Diary: Standardizing Prospective Sleep Self-Monitoring. *Sleep (New York, N.Y.)*, 35 (2), 287–302.
- Chen, P.-Y. et al. (2017) Are the Insomnia Severity Index and Pittsburgh Sleep Quality Index valid outcome measures for Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia? Inquiry from the perspective of response shifts and longitudinal measurement invariance in their Chinese versions. *Sleep medicine*, 3535–40.
- Espie, C. A. et al. (2014) The Sleep Condition Indicator: a clinical screening tool to evaluate insomnia disorder. *BMJ open*, 4 (3), e004183.

- Espie, C. A. et al. (2018) The Sleep Condition Indicator: reference values derived from a sample of 200 000 adults. *Journal of sleep research*, 27 (3), e12643-n/a.
- Furukawa, Y. et al. (2024) Components and Delivery Formats of Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia in Adults: A Systematic Review and Component Network Meta-Analysis. *JAMA psychiatry (Chicago, Ill.)*, 81 (4), 357.
- Hellström, A. et al. (2019) A classical test theory evaluation of the Sleep Condition Indicator accounting for the ordinal nature of item response data. *PloS one*, 14 (3), e0213533.
- Husak, A. J. & Bair, M. J. (2020) Chronic Pain and Sleep Disturbances: A Pragmatic Review of Their Relationships, Comorbidities, and Treatments. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 21 (6), 1142–1152.
- a Järnefelt, H. et al. (2012) Cognitive Behavior Therapy for Chronic Insomnia in Occupational Health Services. *Journal of occupational rehabilitation*, 22 (4), 511–521.
- b Järnefelt, H. et al. (2012) Cognitive behavioral therapy for shift workers with chronic insomnia. *Sleep medicine*, 13 (10), 1238–1246.
- Kajaste S. 2015. Kognitiiviset (CBT, kognitiivis-behavioraaliset) menetelmät pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa. Lisätietoartikkeli Käypä hoito -suosituksessa: Unettomuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2023 (viitattu 1.2.2026). Saatavilla internetissä: <https://www.kaypahoito.fi/nix01074#R4>
- Kallestad, H., Scott, J., Vedaa, Ø., Lydersen, S., Vethe, D., Morken, G., Stiles, T. C., Sivertsen, B., & Langsrud, K. (2021). Mode of delivery of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: a randomized controlled non-inferiority trial of digital and face-to-face therapy. *Sleep*, 44(12), zsab185.

- Kroenke, K. et al. (2001) The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine: JGIM*, 16 (9), 606–613.
- Kronholm, E. et al. (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.
- Kryger, M. H. et al. (2011) *Principles and practice of sleep medicine*. 5th. ed. St. Louis, Miss: Saunders/Elsevier.
- Kyle, S. D. et al. (2010) Insomnia and health-related quality of life. *Sleep medicine reviews*, 14 (1), 69–82.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *The American psychologist*, 48(12), 1181–1209. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.48.12.1181>
- Mai, E. & Buysse, D. J. (2008) Insomnia: Prevalence, Impact, Pathogenesis, Differential Diagnosis, and Evaluation. *Sleep medicine clinics*, 3 (2), 167–174.
- Martires, J. & Zeidler, M. (2015) The value of mindfulness meditation in the treatment of insomnia. *Current opinion in pulmonary medicine*, 21 (6), 547–552.
- Moradi Farsani, H. et al. (2021) The effect of group cognitive behavioural therapy for insomnia in postmenopausal women. *Journal of sleep research*, 30 (5), e13345-n/a.
- a Morin, C. M. et al. (1999) Behavioral and Pharmacological Therapies for Late-Life Insomnia: A Randomized Controlled Trial. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 281 (11), 991–999.
- b Morin, C. M. et al. (1999) Nonpharmacologic Treatment of Chronic Insomnia. *Sleep* (New York, N.Y.), 22 (8), 1134–1156.

- Morin, C. M. et al. (2011) The Insomnia Severity Index: Psychometric Indicators to Detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response. *Sleep* (New York, N.Y.), 34 (5), 601–608.
- Moul, D. E. et al. (2002) Symptom reports in severe chronic insomnia. *Sleep* (New York, N.Y.). 25 (5), 553–563.
- a Ohayon, M. M. (2002) Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews* 6 (2) p.97–111.
- b Ohayon, M. M. & Partinen, M. (2002) Insomnia and global sleep dissatisfaction in Finland. *Journal of sleep research*, 11 (4), 339–346.
- Overland, S. et al. (2008) A Comparison of Insomnia and Depression as Predictors of Disability Pension: The HUNT Study. *Sleep* (New York, N.Y.), 31 (6), 875–880.
- Partinen, M., & Gislason, T. (1995). Basic Nordic Sleep Questionnaire (BNSQ): a quantitated measure of subjective sleep complaints. *Journal of sleep research*, 4(S1), 150–155. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.1995.tb00205.x>. PMID: 10607192
- Partonen T, Järnefelt H. 2023: Ei-elimellinen unettomuus (unettomuushäiriö) Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, ym. (toim.). [online]. *Psykiatria*. S. 514, 15. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2021 (luettu 1.2.2026). Saatavilla Internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): www.oppiportti.fi/op/pkr00215
- Perrault, A. A. et al. (2022) Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia on subjective and objective measures of sleep and cognition. *Sleep medicine*, 9713–26.
- Ragnoli, B. et al. (2021) Comorbid Insomnia and Obstructive Sleep Apnea (COMISA): Current Concepts of Patient Management. *International journal of environmental research and public health*, 18 (17), 9248.
- Riemann, D. et al. (2017) European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of sleep research*, 26 (6), 675–700.

- Riemann, D. et al. (2023) The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *Journal of sleep research*, 32 (6), e14035-n/a.
- Räty E. (2023) Onnettomuustietoa tiiviisti 2/2023. Vuosina 2012–2021 tapahtuneet väsymysonnettomuudet. Onnettomuustietoinstituutti OTI. Helsinki. ISBN 978-952-7335-15-4
- Sateia, M. & American Academy of Sleep Medicine (2014) International classification of sleep disorders. Third edition. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- Shrivastava, D. et al. (2014) How to interpret the results of a sleep study. *Journal of community hospital internal medicine perspectives* 4 (5) p.24983–24984.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Tautiluokitus ICD-10. Suomalainen 3. uudistettu painos Maailman terveysjärjestön (WHO) luokituksesta ICD-10. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011
- Unettomuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2023 (viitattu 1.2.2026). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- van Straten, A. et al. (2018) Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 383–16.