

## Ülevaade unetuse epidemioloogiast Tuuliki Hion – TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliinik

### unetus, epidemioloogia, elukvaliteet

Unetuse levimuse hindamisel lahknevad tulemused sõltuvalt sellest, kas arvestatakse vaid unehäiretega kaasnevaid sümptomeid või ka sellega kaasneda võivaid päevase tegevuse häireid. Unetus on vastavalt kas üht kolmandikku või 6–10% täiskasvanud elanikkonnast haarav seisund, millel on laialdane komorbiidsus. Unetuse esinemine on riskiks depressiooni ja erinevate kehaliste haiguste kujunemiseks. Elukvaliteet on unetuse puhul halvenenud sõltumatult komorbiidsetest seisunditest. Unetuse varane äratundmine aitab vähendada mitmeid terviseriske.

Laiemalt võttes mõistetakse unetuse all järgmisi kaebusi: raskus alustada und; sagedane öine ärkamine ja/või rahutu uni; liigvarajane hommikune ärkamine, misjärel ei suudeta uinuda; mittekosutav uni. Need on niinimetatud unetuse sümptomid. Klassifikatsioonides lisanduvad häirespetsiifilised tingimused: mitteorgaanilise insomni (see on n-ö puhas, orgaanilise põhjuseta unetus) puhul arvestatakse sümptomite kestust – ühe kuu vältel ja unehäire esinemist üle kolme öö nädalas. Sealjuures on häiritud päevase tegevusega toimetulek või on häire distressi põhjustaja (muretsemine unetuse pärast, mis võib halvemal juhul muutuda valdavaks). Ägeda insomni kestus on tavaliselt alla 1 kuu, alaägeda 1–6 kuud ning kroonilise insomni kestus on vähemalt 6 kuud. Ei ole täpselt määratletud, kui pikk peaks olema uinumisaeg või kui varane hommikune ärkamine. Nagu märgitud, on diagnoosimiseks piisav, kui inimene ei ole rahul unega ja see häirib teda. Sageli ei korreleeru inimese hinnang oma unele polüsomnograafilise uuringu tulemustega. Paljud vähem magajad ei taju seda häiriva sümptomina. Seevastu on inimesi, kes ei ole vähesema unega rahul ka juhul, kui see ei takista päevase tegevusega toimetulekut.

Üldiselt peetakse unetust raskeks, kui magama heites on uinumisaeg üle 30 minuti, seda esineb kolmel või enamal ööl nädalas ning häire on kestnud üle 6 kuu (1).

### Levimus

Unetuse levimusnäitajad kõiguvadki laiades piirides sõltuvalt sellest, milliseid unetuse

sümptomeid arvestatakse. Erinevates Euroopa riikides on leitud sümptomite levimuses ligi kahekordseid erinevusi. Eesti terviseuuringu andmetel kaebas vähemalt üht unetuse sümptomit sageli või pidevalt 26,1%; üht sümptomit 12%; kahte sümptomit 8% ja kolme sümptomit 6% täiskasvanud elanikkonnast (2). Paljude uuringute alusel võib väita, et umbes kolmandikul täiskasvanud elanikkonnast esineb vähemalt üks unetuse sümptom (3). See on tõepärane, kuna lühemaajalist unetust võivad põhjustada paljud elusündmused. Sugugi alati ei pea inimesed ajutist unetust vaevavaks. Diagnoosimisel on oluline arvestada päevase toimetuleku häiritust ja rahulolematust unega. Kui arvestada lisaks unetuse kolmele kõige sagedasemale kaebusele ka päevase toimetuleku häiritust, võib unetuse levimuseks arvestada 9–15% (3). Une hulga või kvaliteediga pole rahul 8–18% uuritutest. Suurbritannias korraldatud representatiivse uuringu põhjal esines unetuse sümptomeid 36,2% isikutest, kuid unega rahulolematust kaebas neist vaid 24,1%. Neil isikutel esines sagedamini ka une- ja psüühilisi häireid, nad tarvitasid sagedamini uinuteid, kartsid magamamineku-aega (mis on üks tüüpilisi sümptomeid isikutel, kellel on une suhtes kujunenud ärevus) ning neil olid unetuse sümptomid kauem kestnud. Unega rahulolematust on seega heaks une häirituse indikaatoriks (4). Uuringute põhjal on leitud, et DSM-IV diagnoosi kriteeriume arvestades võib unetus esineda 6% täiskasvanud elanikkonnast, neist 2–4%-l esineb primaarne insomnia, muude põhjustajatega unetus 1–3%-l.

Unehäired sagenevad vanuse kasvades. Unetuse sümptomeid on küsitlustel avaldanud (esinemine sageli) ligikaudu 10% noortest täiskasvanutest, 20% keskealistest ja 1/3 üle 65aastastest (5). Eesti terviseuuringu põhjal oli paradoksaalseks leiuks uinumiskeskuste ja liiga varajase hommikuse ärkamise kaebuste esinemine 15–19aastastel noortel sagedamini kui 20–29 aastaste earühmas. Naistel esineb unetust 1,5 korda sagedamini kui meestel, vanemas eas isegi 1,7 korda sagedamini. Üldiselt magavad siiski terved vanemaalised niisama hästi kui noored. Sugudevaheline lahknevus unetuse sümptomite esinemissageduses tekib pärast 40. eluaastat. 20.–40. eluaastatel on meestel ja naistel unetuse esinemissagedus ühesugune (6). Idiopaatilise unetusega patsiendid kannatavad hapra une all lapseeas peale. Primaarse ja mitteorgaanilise unetuse korral on vallandajaks tavaliselt stress, samuti une-ärkveloleku rütmi pikaajalised ebakorrapärasused. Nende tegurite pikaajalisel toimel muutub unehäire krooniliseks. Sekundaarset unetust võivad

põhjustada mitmesugused orgaanilised tervisehäired.

### **Komorbiidsus**

Unetusega võivad kaasneda mitmesugused tervisehäired, mille patognees on unetusel oluline osa, või on unetus nende häirete riskiteguriks. Unetus võib sageli olla põhjustatud ärevushäiretest või depressioonist ning abi võidakse otsida just unetuse pärast (7). Uuringus Kanada prantsuse elanikkonna hulgas jõuti järeldusele, et diagnoosimata depressioon võib manifesteeruda unetusena (8). Neljas Euroopa riigis korraldatud uuringus üle 6 kuu kestnud unetusega isikute hulgas oli 28%-l kaasuv psüühikahäire diagnoos ning 25,65-l esinesid anamneesis psüühikahäired. Depressiivsete häirete korral ilmneb üle 40% juhtudest unetus enne meeleoluhäire kujunemist, 22% juhtudest esinevad need samaaegselt. Ärevushäirete korral esineb 38% isikutest unetus koos ärevushäirete sümptomitega, 34% kujunevad need hiljem haiguse käigus (7).

Paljude uuringute põhjal on arvatud, et unetuse hoolikal ravil võib ära hoida psüühikahäireid, eriti depressiooni (9).

Unetus kaasneb paljude kehaliste haigustega. Umbes pooltel unetuse sümptomitega isikutest on lisaks mitmesugused korduvad või püsivad terviseprobleemid. Sageli kaasub unetus valu ja hüpooksiaga seotud haigusseisunditega.

Sagedamini esinevad unetuse algpõhjused ja seda säilitavad tegurid on toodud joonisel 1.

Uuringutes on näidatud unetuse seost obstruktiivsete hingamishäiretega, eriti bronhiaalastma ja kroonilise bronhiidiga. Unetus võib kujuneda ka obstruktiivse uneapnoe korral. Osaline uneaegne ülemise hingamistee obstruktsioon on kõige laiemalt levinud uneaegsete hingamishäirete vorm ning see võib esineda ka ilma obstruktiivsele uneapnoele tüüpilise tugeva norskamiseta. Sel puhul on kliiniliste tunnuste alusel võimatu unetust hingamishäiretega seostada. Seepärast on ravile mittealluva unetuse korral on näidustatud polüsomnograafiline uuring, millega on hingamishäire võimalik kindlaks teha.

Unetust on seostatud ka ravimata hüpertensiooni, südamehaiguste, tserebrovaskulaarse haigusega, samuti mitmesuguste valuga kulgevate haigusseisunditega.

## **Elukvaliteedi halvenemine**

On endastmõistetav, et elukvaliteediuuringutes leitakse unetuse korral elukvaliteedi näitajate madalamat taset võrreldes tervetega. Head elukvaliteeti tunnistas 91% tervetest, aga vaid 70% kroonilise unetusega patsientidest (5). Elukvaliteedi halvenemise määra tajumine sõltub unetuse raskusest (10).

Unetuse korral raskendab elukvaliteedi hindamist erineva unetuse hindamis-  
metoodika kasutamine erinevate autorite poolt ning sobivate hindamisskaalade puudu-  
mine. Unehäirete korral esineb üldist laadi elukvaliteedi halvenemine. Inimesed võivad  
kehaliselt olla üsna terved ja nii ei sobi unetuse mõju uurimisel küsimustikud, mis  
hindavad pigem tervisekvaliteeti.

Ulatuslikus unehäiretega seotud elukvaliteediuuringus (*Sleep Heart Health Study*)  
ilmnes, et isikutel, kel esinesid vähemalt 3 unehäire sümptomit, olid kehvemad  
elukvaliteedi näitajad kõigil alaskaaladel. Elukvaliteedi halvenemine on silmatorkav ka  
haigete grupis, kel esinevad uneaegsed hingamishäired (üle 5 korra tunni jooksul) ja  
sellest tulenev liigne päevane unisus. Seepärast on oluline ka esmatasandi arstiabis  
hinnata patsientide une hulka ja kvaliteeti. Unehäired on alati seotud elukvaliteediga.  
Sagedasti on need isikud väsinud, neil esineb peavalu, unisus, neil on häiritud elu ja  
tööga toimetulek ning peresuhted (11). Unehäiretega isikutel halveneb mälu ja  
keskendumisvõime, neil on väsimusest tingitud autoõnnetuste risk kaks korda  
suurem (12). Unega rahulolematute seas hindas 70% oma päevast toimetulekut unetuse  
tõttu kahjustatuks, 21% kehva unega teismelistest tuli koolis halvemini toime võrreldes  
11% hästi magajatega (6).

Päevaste toimetulekuhäiretega unetutel on sageli kaebuseks kurnatustunne, mis  
teeb tegevuste alustamise ja jätkamise piinavalt raskeks. Selline inimene võib olla haja-  
meelne, tema arutlusvõime, otsustusvõime ja töö kiirus võivad väheneda, meeleolu võib  
olla kõikuv, rohkeneda ärevus, ärritatavus. Osal inimestel valutab pea või silmad, osa  
kaebab südame rütmihäireid või valusid südames. Sümptomid on isikuti väga erinevad.  
Objektiivsed uuringud motoorse võimekuse kohta ei too veenvaid viiteid, et unetute  
ärksus ja koordinatsioon oleksid kehvemad, kuigi inimesed ise seda usuvad. Lühikest  
aega kestnud unetuse korral on tavaline tugev päevane unisus, kroonilise unetuse korral  
on pigem tegu toimimistaseme teatava langusega, kurnatustundega, kuid tugev unisus on

taandunud. Mitteorgaanilise insomniaga patsiente häirib ärevusseisunditaoline rohke muretsimine une ja unetuse päevaste tagajärgede pärast.

### **Unehäiretega seotud materiaalsed kulud**

On teada, et unetud ei suuda alati töusta, et tööle minna. Voodis veedetud ja haiguse tõttu piiratud aktiivsusega päevad on unetute puhul tavalised, kaks korda sagedamad kui tervetel (13).

Materiaalsed kulutused tulevad puudutud tööpäevadest, uinumiseks kasutatavatest ravimitest ja arstivisiitidele kulutatud rahast (on teada, et umbes ligikaudu 10% rasketest unetutest on kroonilised ravimikasutajad). Unetud patsiendid kasutavad tervetest enam tervishoiuteenuseid (10) ning nende ravikulud on tunduvalt kõrgemad võrreldes unetuseta isikutega (13). Unehäiretega isikud külastavad sagedamini arsti, neid hospitaliseeritakse sagedamini ja nende arvele tuleb rohkem töövõimetuspäevi mitmesugustel põhjustel.

### **Riskid**

Unetutel esineb sagedamini depressiooni, ärevushäireid ning muid psüühikahäireid, alkoholi ja ravimite kuritarvitamist ning nendest sõltuvuse kujunemist ja suitsiide (8). Unehäired on nende seisundite riskiteguriks. On viiteid, et unetus võib olla seotud südame-veresoonkonnahaiguste ja suremusega, sage uinutite kasutamine on seotud suurenenud suremuse ning immuunfunktsiooni halvenemisega (14). Kuna unetus tekib ka paljude raskete kehaliste haiguste puhul, on vähe andmeid unetuse prognoosi kohta. Vanemaealiste isikute uuringutes on leitud, et unetus ei seostu eaga *per se*, vaid teiste unetusega seotud riskiteguritega nagu somaatilised häired, depressioon ning vananemisega seotud sotsiaalsed tegurid (3).

### **Diagnostika**

Unehäirete diagnostikas on oluline patsienti küsitleda unehäirete kohta, kuna on teada, et sageli ei räägi inimesed oma unekaebustest omal algatusel (3). Järgmisena peaks saama eristatud põhihaigus, mis võib unetust alal hoida. Mida pikemat aega on kestnud unetus, seda erinevamad võivad olla selle põhjused. Polüsomnograafilisel uuringul on võimalik hinnata mitmesuguseid unehäireid põhjustavaid tegureid: uneaegne ülemiste hingamis-

teede osaline sulgus, rahutute jalgade sündroom, mitmesugused uneaegsed hüperkineesid. Uuringul selgub ka une häirituse määr une mikroehituses.

[Tuuliki.Hion@kliinikum.ee](mailto:Tuuliki.Hion@kliinikum.ee)

#### Kirjandus

1. Lichstein KL, Durrence HH, Taylor DJ, Bush AJ, Riedel BW. Quantitative criteria for insomnia. *Behavior Research & Therapy* 2003;41:427–54.
2. Hion T, Aluoja A, Veldi M, Shlik J, Vasar V. Prevalence of symptoms of Insomnia in Estonia. *J Sleep Res* 2000;9 (Suppl 1):81.
3. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews* 2002;6:97–111.
4. Ohayon MM, Caulet M, Philip P, Priest R, Guilleminault C. DSM-IV and ICSD-90 insomnia symptoms and sleep dissatisfaction. *British J Psych* 1997;171:382–8.
5. Hublin CMG, Partinen MM. The extent and Impact of Insomnia as a Public Health Problem. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry* 2002;4 (suppl 1): 8–12.
6. Walsh J, Ustun TB. Prevalence and Health Consequences of Insomnia. *Sleep* 1999;22:427–37.
7. Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psych Res* 2003;37:9–15.
8. Ohayon MM, Caulet M, Lemoine P. Comorbidity of mental and insomnia disorders in the general population. *Compr Psych* 1998;39:185–97.
9. Riemann D, Voderholzer U. Primary insomnia: a risk factor to develop depression? *J Aff Dis* 2003;76:255–9.
10. Chevalier H, Los F, Boichut D, Bianchi M, Nutt DJ, Hajak G. Evaluation of severe insomnia in the general population: results of a European multinational survey. *J Psychopharmacol* 1999;13:S21–4.
11. Reimer MA, Flemons WW. Quality of life in sleep disorders. Clinical review. *Sleep Med Rev* 2003;17:335–49.
12. Roth T, Roehrs T, Costa de Silva JA, Chase MH. Public Health and Insomnia:

- Consensus Statement Regarding its Status and Needs for Future Actions. *Sleep* 1999;22:S417–20.
13. Simon GE, VonKorff M, Prevalence, Burden, and Treatment of Insomnia in Primary Care. *Am J Psych* 1997;154:1417–23.
  14. Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH. Insomnia as a Health Risk Factor. *Behavioral Sleep Medicine* 2003;1:227–47.

## **Summary**

### **On epidemiology of insomnia**

The results of interpreting epidemiological data concerning insomnia differ depending on the symptoms taken into account. The prevalence of insomnia without the restrictive criteria is about 30% of general population while about 6–10% of population suffers from more severe forms of insomnia with daytime consequences. Quality of life studies invariably present loss in the quality of life of insomnia patients. Insomnia has been established as a risk factor for developing depression and various physical disorders. Early recognition of insomnia might reduce several health risks.