

Unen sosiologia: hoiva, sukupuoli ja uniongelmat

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata, miten sosiologinen tutkimus voi lisätä ymmärrystämme unesta. Korostamme kvalitatiivisen unitutkimuksen merkitystä luomalla katsauksen viimeisimpiin tutkimustuloksiin, joissa on tarkasteltu sukupuolen, yhdessä nukkumisen ja yöaikaisen hoivaamisen vaikutuksia uneen. Artikkelissa tarkastellaan myös kvantitatiivisia unitutkimuksia. Aineistona käytetään Britanniaa koskevaa “*Understanding Society 2009*” -tutkimusta (n = 14 746). Osoitamme, miten ikääntyneen tai sairastuneen sukulaisen hoivaaminen kotona on yhteydessä uniongelmiin ja että matala sosioekonominen asema ja huono terveydentila vaikuttavat hoivan ja unen yhteyteen vain vähän.

SARA ARBER, ROBERT MEADOWS

JOHDANTO

Sosiologit tutkivat unta sosiaalisena, kulttuurisena ja historiallisesti vaihtelevana ilmiönä. Miten nukumme, milloin nukumme, missä nukumme, kenen kanssa nukumme ja mitä merkityksiä ja arvoja annamme unelle ovat kaikki tärkeitä sosiologisen tutkimuksen aihealueita. Ne eivät vaihtelee pelkästään eri puolilla maailmaa ja eri ajan-kohtina, vaan myös yhteiskunnan eri ryhmissä sekä eri kulttuureissa ja niiden välillä (Williams ym. 2010).

Tämä taustanaan sosiologit ovat tutkineet unen sekä makro- että mikronäkökulmia. Makrotaso sisältää tavat, joiden avulla yhteiskunnat järjestävät unta. Aubert ja White (1959a, 1959b) korostivat unen kulttuurista vaihtelua, uneen liittyviä rituaaleja ja sääntöjä sekä tapoja, joilla uni kytkeytyy yhteiskunnallisiin instituutioihin, asemaan ja valtaan. Vastaavasti, Schwarz (1979) keskittyi uneen ’periodisena remissiona’, säännöllisenä taukona valveillaolon vaatimuksista ja osoitti, miten yhteiskunta on organisoitu suojelemaan yksilöitä, kun he nukkuvat.

Mikrotason sosiologiset tutkimukset selvittävät, kuinka unikäytäntöjen kulttuurinen ja historiallinen vaihtelu on upotettu sosiaaliseen taustaan arkielämässä (Steger ja Brunt 2003, Brunt ja Steger 2008). Monet yksilön sosiaaliseen taustaan kuuluvat seikat vaikuttavat uneen. Uni kytkeytyy yksilöiden sukupuoleen, sosiaalisiin rooleihin,

asumismuotoon ja terveyteen sekä elämänkaaren aikana tapahtuviin muutoksiin, kuten parisuhteen alkamiseen, lasten saamiseen ja palkkatyöstä eläkkeelle siirtymiseen (Hislop ja Arber 2003a, 2006). Tästä syystä Taylor (1993) kehitti käsitteen unen ’tekeminen’, mikä viittaa unen merkityksiin, menetelmiin, motiiveihin ja hallintaan. Hän esitti myös käsitteen unen havainnointi, mikä on erityistä merkitystä lasten unen ja laitoshoidossa olevien unen tutkimuksessa eli sellaisissa tilanteissa, joissa nukkujalla ei välttämättä ole yksityisyyttä ja siihen liittyviä oikeuksia.

Sosiologiset tutkimukset ovat keskittyneet sekä ’normaalin’ että ’huonon’ unen kokemukseen ja järjestämiseen. Häiriintyneellä tai huonolla unen laadulla on negatiivinen vaikutus terveyteen ja kognitiivisiin toimintoihin, sairauspoissaoloihin, turvallisuuteen, tuottavuuteen ja suorituskykyyn. Näistä syistä on tärkeää pohtia, kuinka sosiologinen perheisiin ja jokapäiväiseen elämään keskittyvä tutkimus sekä yhteiskunta vaikuttavat unen ymmärtämiseen eri elämänvaiheissa ja vaihtelevissa sosiaalisissa konteksteissa.

Artikkelilla on kaksi tavoitetta. Ensiksi artikkelin alkupuoli on katsaus, joka kuvaa sosiologisen, kvalitatiivisia menetelmiä soveltavan unitutkimuksen merkitystä. Katsauksessa keskitytään tarkastelemaan erityisesti sitä, miten sukupuoli ja yhdessä nukkuminen vaikuttavat uneen sekä korostetaan ikääntymisen, hoivan ja unen tutkimis-

ta. Kvalitatiivisen tutkimuksen merkitys on ollut tarkastella unen merkityksiä ja uneen liittyviä järjestelyjä ja ‘neuvotteluja’ pariskuntien ja perheiden kesken. Sitä vastoin laaja ja edustava kvantitatiivinen tutkimusaineisto tuottaa tietoa unen sosiaalisista taustatekijöistä ja erilaisten sosiaalisten tekijöiden sekä elintapoihin ja terveyteen liittyvien tekijöiden vaikutuksesta yksilöiden unen laatuun ja määrään. Artikkelin toisessa osassa hyödynnetään brittiläistä tutkimusaineistoa “*Understanding Society*” vuodelta 2009 ja tutkitaan, onko ikääntyneen tai sairaan sukulaisten hoivaaminen kotona yhteydessä uniongelmiiin sekä kuinka paljon sosioekonomiset tekijät ja terveydentila selittävät yhteyttä.

SUKUPUOLI JA PARISUHDE

Jotta unen laatua voi ymmärtää, on tärkeä havaita, että uni on osa jokapäiväistä arkea, erityisesti osa koti- ja perhe-elämää. Kuten Pahl huomauttaa (2007), kotitalouksien uni on jaettu (in)aktiiviteetti, ja siksi siihen usein liittyy neuvotteluita aikataulusta (kuka menee nukkumaan ja milloin), nukkumapaikoista (yhdessä tai erikseen nukkuminen), ja kuka on vastuussa häiriötekijöiden hoitamisesta (itkevä lapsi, ulkopuolinen meteli).

Unen sukupuolisidonnaisiin näkökohtiin on viime aikoina kiinnitetty erityistä huomiota Surreyn yliopiston unisosiologian ryhmän tutkimuksissa (Hislop ja Arber 2003a, 2003b, 2003c, 2006, Venn ym. 2008, www.sociologyofsleep.surrey.ac.uk). Tutkimuksissa on selvitetty unen merkityksiä ja jokapäiväistä unta naisilla ja pariskunnilla. Tutkimuksissa on osoitettu, kuinka unen sosiologia on ikkuna sukupuolirooleihin ja sukupuolten väliseen eriarvoisuuteen perheissä (Arber ym. 2007a). Naisten monet roolit, kuten rooli äitinä, puolisona, huoltajana ja työntekijänä voivat luoda naisille näkymättömän ‘työpaikan’ öisin (Hislop ja Arber 2003a, 2003b). Lasten ja nuorten uni kytkeytyy erottamattomasti sukupuolirooleihin ja äitien vastuisiin. Äitien oletetaan pitävän huolta siitä, että heidän lapsensa saavat ‘riittävästi’ unta öisin (takaamaan lasten toimintakyvyn seuraavana päivänä ja terveyden ja hyvinvoinnin turvaamiseksi). Lisäksi normatiivisesti oletetaan äitien olevan paikalla vastaamaan lasten tarpeisiin öisin.

Venn ym. (2008) kehittivät käsitteen ‘Neljäs vuoro’ korostamaan, että naisilla on edelleen hoivaajan rooli koko yön. Nämä yölliset roolit eivät rajoitu vain hoivan tarjoamiseen, kuten lasten fyysisten tarpeiden hoitamiseen yön aikana, vaan

liittyvät myös naisten henkiseen työhön eli perheenjäsenten yöaikaisten tarpeiden ennakoimiseen ja niistä huolehtimiseen. Britanniassa naisten unitutkimus (Women’s Sleep Survey) osoitti, että naisten huoli perheenjäsenistään haittasi heidän untaan (Arber ym. 2007b).

Koska useimmat aikuiset eivät nuku yksin, on olennaista pohtia unen kaksijakoista luonnetta. Sukupuoli, sosiaaliset roolit ja normatiiviset odotukset unen tarpeessa vaikuttavat siihen, miten pariskunta neuvottelee unesta ja kokee unen (Meadows 2005, Meadows ym. 2008). Puolisoiden yhdessä nukkumista tarkasteleva katsaus kuitenkin havaitsi, että pariskuntien unta on tutkittu hyvin vähän (Troxel ym. 2007). Sen sijaan, että yhdessä nukkuminen olisi aina mukavaa ja rauhoittavaa, Hislop ja Arber (2003a, 2003b, Hislop 2007) toteavat, että keski-ikäisille ja vanhemmille naisille makuuhuone voi olla ‘taistelulenttä’. He myös väittävät, että naisten näkökulmasta tarkastellen miehellä voi olla merkittävä vaikutus puolisoitensa uneen. Mies voi esimerkiksi herättää *naisen* yöllä keskustelemaan ongelmista tai vaatia, että valot sammutetaan.

Tutkimukset pariskuntien unesta ovat siten osoittaneet (epä)tasapainon vuoteen jakamisen mukavuuden ja rauhoittavuuden sekä toisen kanssa nukkumisen aiheuttamien häiriötekijöiden välillä (Troxel 2010). Yksi yleisimmistä häiriötekijöistä on kuorsaaminen. Vaikka kuorsaamiseen usein suhtaudutaan huvittuneesti ja pilkallisesti, sillä voi olla vakavia vaikutuksia ei vain kuorsaajiin ja heidän puolisoihinsa, mutta myös pariskuntien väliseen suhteeseen. Useat tutkimukset kuorsaamisesta ja uniapneasta ovat kuitenkin keskittyneet kuorsaajaan ja vain harvat ovat tunnistaneet kuorsaajan puolisololle mahdolliset aiheutuvia ongelmia (Sharief ym. 2008). Kun kuorsaamisen vaikutusta puolisoon on arvioitu, huomio on pääasiassa ollut miesten kuorsaamisen vaikutuksissa naisten unen häiriintymiseen. Kuorsaavia naisia on sen sijaan tutkittu vähän. Rosenblatt (2006) osoitti vain, kuinka naiset kehittivät strategioita, joiden avulla he voivat selviytyä kuorsaavan (mies)puolison kanssa nukkumiseen liittyvistä käytännön asioista. Ulfberg ja tutkimusryhmä (2000) havaitsivat, että naiset, joiden puoliset kuorsasivat, raportoivat kolme kertaa todennäköisemmin unettomuusoireita verrattuna naisiin, joiden puoliset eivät kuorsanneet.

Vennin (2007) 40 pariskuntaa koskevat haastattelut korostivat kahta mahdollista kuorsauksen

haitallista vaikutusta: a) kuorsaamisella oli haitallisia vaikutuksia parisuhteeseen, kun yksi tai molemmat puoliset kuorsasivat ja b) kuorsaamisella oli haitallisia vaikutuksia kuorsaajien itsetuntoon. Tutkimuksessa selvitettiin naisten ja miesten strategioita koskien kuorsaavaa puolisoa. Tutkimus kertoi myös stigmasta, jota naiset kokevat kuorsaamisensa takia. Kuorsaavat naiset olivat haluttomia myöntämään, että he kuorsaavat siksi, koska heidän mielestään kuorsaaminen oli 'epänaisellista'. Tulos kuvaa käsitystä, joka nousee sosiaalisista ja kulttuurisista normeistamme: kuorsaaminen on jotain 'mitä *miehet* tekevät' ja siten jotain mitä naiset *eivät* tee. Strategiat, joita naiset kehittivät selviytyäkseen puolisoidensa kuorsaamisen kanssa, töniminen (mutta ei puolison herättäminen), makaaminen ja kuuntelu sekä siirtyminen pois makuuhuoneesta, olivat täysin yhdenmukaisia normatiivisten naisellisuuden odotusten kanssa, joiden mukaan naiset ovat sopeutuvia ja passiivisia (Coppock ym. 1995). Alitavalla oman unen tarpeensa puolisonsa unelle, naiset heijastivat epätasaista sukupuoli-valta-suhdetta pariskuntien sisällä.

Sukupuoli on siis tärkeä ottaa huomioon ainakin kahdesta syystä. Ensinnäkin kvalitatiivinen sosiologinen unitutkimus voi paljastaa kätkeytyjä ja epäsuoria sukupuolinormeja ja sukupuolten välisen eriarvoisuuden perusteita yhteiskunnassa. Toiseksi, on hyvin osoitettu, että naiset raportoivat heikompaan unen laatua kuin miehet (Groeger ym. 2004, Sekine ym. 2006, Zhang ja Wing 2006). Unitutkijoiden selitykset sukupuolieroille liittyvät miesten ja naisten biologisiin tai fysiologisiin eroavaisuuksiin (Manber ja Armitage 1999) ja naisten hormonitasoihin, erityisesti estrogeeniin (Dzaja ym. 2005, Chen ym. 2005). Psykologiset selitykset naisten huonolle unen laadulle ovat myös yleisiä (Lindberg ym. 1997). Kuitenkin vain harvat tieteelliset tutkimukset unen sukupuolierosta ovat sisältäneet sosiologisia selityksiä. Chen ym. (2005, 488) tutkimuksen johtopäätös oli: ”Vastoin sukupuolierojen biologisia ja aiempaan psykiatriseen sairastavuuteen liittyviä selityksiä, olemassa oleva kirjallisuus ei ole juuri huomionnut sosiologista näkökulmaa”. Sosiologiset tulkinnat voivat näin ollen lisätä ymmärrystä uniongelmiin raportoinnin sukupuolierosta.

IKÄÄNTYMINEN, HOIVA JA UNI

Sosiologit tutkivat, kuinka valtaan, asemaan ja kontrolliin liittyvät kysymykset vaikuttavat unen laatuun ja luonteeseen. Nämä seikat vaihtelevat

elämänkaaren aikana (Arber ym. 2007a). Siten lapsuudessa, aikuisena ja myöhemmissä elämänvaiheissa unen hallinta ja yksityisyys vaihtelee. Esimerkiksi kun ikääntyneet siirtyvät hoitokotiin, heidän untaan tarkkaillaan suuremmin (Williams 2005, Williams ym. 2010). Omat tutkimuksemme osoittavat, että hoitokodeissa elävien henkilöiden uni häiriintyy läpi yön henkilökunnan tunnin välein suorittamien rutiinitarkastusten takia (Luff ym. 2011).

Ikääntyminen on yhteydessä asteittäisiin unen laadun ja rakenteen heikkenemiseen (Bliwise 2005). Keskeisinä syinä heikkoon unen laatuun ikääntymisen myötä ovat krooniset taudit, jotka aiheuttavat kipua ja epämukavuutta öisin ja näin erilaisia univaikeuksia (Davidson ym. 2002, Stewart ym. 2006, Vitiello ym. 2002). Dementiaa sairastavien unen laatu on huonoa, koska heidän vuorokausirytmensä on häiriintynyt, yöaikainen uni vähentynyt ja päivällä nukkuminen lisääntynyt (Bliwise 1993, Van Someren 2000). Parkinsonin tautia sairastavista henkilöistä 74–98 prosentilla on uniongelmiä, joihin kuuluu unen katkonaisuutta, kouristuksia, kipuja, painajaisunia sekä heikentyneitä motorisia toimintoja yöaikaan (Happe ja Berger 2002). Sairaudet eivät heikennä ainoastaan näihin ryhmiin kuuluvien ikääntyneiden unta, vaan tilanne vaikuttaa myös heidän perheenjäsentensä ja hoivaajien uneen.

Puolison tai vanhempien sukulaisten hoivaaminen voi vaikuttaa voimakkaasti hoitajan unen laatuun erityisesti, kun hoivattavana on dementiaa sairastava henkilö (Lee ym. 2007, Wilcox ja King 1999, Beaudreau ym. 2008). Koska naiset ovat miehiä useammin hoivaajina (Arber ja Ginn 1991, Wolff ja Kasper 2006, Sims-Gould ym. 2008), yöaikainen hoivan antaminen vaikuttaa haitallisesti naisten unen laatuun, määrään ja yhtäjaksoisuuteen todennäköisesti enemmän kuin miesten uneen.

Hoivaamisen vaikutuksia hoivaajan uneen on tärkeä tutkia useista syistä. Ensiksi unen puute aiheuttaa päiväaikaista uupumusta ja heikentää hoivaajan elämänlaatua (Riedel ja Lichstein 2000, Ross ym. 2008). Toiseksi unen puute aiheuttaa väsymystä ja huonoa mielialaa, mikä voi vähentää hoivaajan kykyä antaa hyvälaatuisia ja emotionaalisesti kannustavaa hoitoa sukulaiselleen. Kolmanneksi, uniongelmat ennustavat hoitokoteihin siirtymistä (Pollak ja Perlick 1991, Kesselring ym. 2001). Yhdysvaltalainen tutkimus hoitokoteihin äskettäin siirtyneistä vanhuksista osoitti, että yöaikaiset ongelmat, lähinnä hoivaa-

jan oma häiriintynyt uni, vaikuttivat siihen, että 70 prosenttia hoivaajista päätti hakea hoidettavan laitoshoitoon (Pollak ja Perlick 1991). Lopuksi unitutkijat ovat osoittaneet, että uni on tärkeää fyysiselle ja psyykkiselle terveydelle ja että lyhyt unen kesto ennustaa kuolleisuutta (Cappuccio ym. 2010).

Hoivaajiin kohdistuva kvalitatiivinen sosiologinen tutkimus on osoittanut hoivan antamisen vaikuttavan uneen. Arber ja Venn (2011) kuvasivat kuusi erilaista tapaa, joilla yöaikainen hoivaaminen voi vaikuttaa hoivaajan uneen haitallisesti. Ensiksi osallistuminen hoidon tarpeessa olevan ikääntyneen omaisen fyysisten tarpeiden täyttämiseen, kuten wc-käynneissä avustaminen, peseminen (ja/tai vuodevaatteiden vaihtaminen) pidätyskyvyttömyyden (inkontinenssi) takia, kääntäminen ja asettelu vuoteessa ja lääkkeiden ottamisessa avustaminen voivat häiritä hoivan antajan unta. Toiseksi unta voi häiritä hoitoa tarvitsevan yöaikaisten tarpeiden ennakoiminen, jolloin hoivaaja menee itse nukkumaan myöhemmin, on valppaana auttamaan ja nukkuu kevyempää unta. Kolmanneksi kroonisesti sairas tai dementiaa sairastava voi olla 'altis' tai vaarassa vahingoittaa itseään yöllä, jolloin hoivan antajan pitää 'valvoa' ja 'pysyä öisin tarkkaavaisena' (Martin ja Bartlett 2007, Askham ym. 2007). Neljänneksi hoivaajien uni voi häiriintyä, jos omaisen on hereillä pitkiä aikoja yöllä, vaeltelee tai on poissa tolaltaan öisin, huutaa tai kärsii kivusta ja tarvitsee rauhoittamista. Viidenneksi hoivaajat tarjoavat emotionaalista tukea öisin ja heidän unensa voi häiriintyä hoivaamiseen liittyvien huolten tai ahdistuksen takia. Lopuksi hoivaaminen voi häiritä unta vielä kauan sen jälkeenkin, kun se on lakanut, sillä omaisten kärsimykseen erityisesti terminaalivaiheissa liittyvät mielikuvat voivat 'vainota' mieltä ja lisäksi syyllisyyden tunteet voivat vaikuttaa uneen (Bianchera ja Arber 2007).

Nämä yöaikaiset unen 'keskeytykset' tai häiriöt voivat aiheuttaa hoivaajalle eri tasoista stressiä tai ahdistusta (Beaudreau ym. 2008), mitkä vaikuttavat siihen, kuinka helppoa hoivaajan on nukahtaa uudelleen häiriön jälkeen. Hoivan haitalliset vaikutukset hoivaajan uneen olivat suurimmat, kun hoivaa annettiin omassa kodissa, erityisesti kun hoivattava oli puoliso tai läheinen sukulainen, joka kärsi haittaavasta sairaudesta tai dementiaasta (Arber ja Venn 2011). Sosiaaliturvan taso ja hoitokotipaikkojen saatavuus ikääntyneille voivat välittää hoivan vaikutuksia uneen. Biancher ja Arber (2007) tutkivat italialaisia yli 40-

vuotiaita naisia ja osoittivat, että intensiivinen hoivan tarjoaminen pitkiä ajanjaksoja vaikutti haitallisesti hoivan antajan uneen. Tilannetta vaikeutti sosiaaliturvan ja hoivapaikkojen puute Italiassa sekä sukupuoliroolien epätasa-arvo. Sitten italialaiset naiset antoivat intensiivisempää ja pidempikestoista hoivaa kuin englantilaiset, ja tällä oli heidän unelleen suurempia haitallisia vaikutuksia.

KVALITATIIVISESTA KVANTITATIIVISEEN TUTKIMUKSEEN

Viimeaikainen sosiologinen tutkimus on lähinnä pohjannut perinteisiin kvalitatiivisiin metodeihin kuten syvä- ja ryhmähaastatteluihin. Lisäksi on kehitetty uusia kvalitatiivisia menetelmiä, joiden tavoitteena on ymmärtää yksilöiden kokemuksia unesta. Esimerkkinä näistä menetelmistä ovat audiopohjaiset unipäiväkirjat (Hislop ym. 2005), joihin osallistujat nauhoittavat yksityiskohtia unestaan heti heräämisensä jälkeen. Koska monet nukkumisympäristöt jaetaan toisten henkilöiden kanssa, Venn ym. (2008) osoittivat, että on tärkeä haastatella pariskuntia yhdessä, jotta kumpikin puoliso voi kertoa toisen unesta. Lisäksi voidaan myös haastatella kumpaakin puolisoa erikseen omasta unestaan ja toisen unesta. Jälkimmäinen antaa kummallekin puolisolalle mahdollisuuden nostaa esiin asioita puolisonsa unesta sekä kuvata nukkumisympäristöön liittyvä ahdistusta tai huolia, joita ei sanottaisi ääneen molempien puolisoitten läsnä ollessa. Pari- ja yksilöhaastattelut valaisevat valtaosan ja epätasa-arvoon liittyviä seikkoja, joista puhutaan eri tavoin sen mukaan onko puoliso mukana haastattelutilanteessa.

Kvalitatiivisten menetelmien erityisarvona on auttaa ymmärtämään merkityksiä ja prosesseja ja paljastaa aiemmin tunnistamattomia ja kätkettyjä uneen liittyviä asioita. Nämä menetelmät selvittävät yksilöiden mielipiteet perusteellisilla haastatteluilla. Niiden avulla saavutetaan rikas näkemys useiden unen dynaamiseen luonteeseen vaikuttavien sosiaalisten tekijöiden ja normien välisestä vuorovaikutuksesta ja yksilöiden ja pariskuntien nukkumaympäristöön liittyvästä hallinnasta sekä arkipäiväisen elämän rajoitteista. Kvalitatiiviset menetelmät voivat paljastaa strategioita, joiden avulla selviydytään kuorsaavan puolison kanssa (Venn 2007) sekä syitä, miksi yhdessä puolison kanssa asuvat naiset vaihtavat tilapäisesti eri huoneeseen nukkumaan (Hislop 2007). Kvalitatiiviset tutkimukset eivät kuiten-

kaan kerro, kuinka usein eri ryhmiin kuuluvat naiset voivat päätyä tällaiseen ratkaisuun tai eroavatko kuorsaavan puolison kanssa asuvien selviytymisstrategiat sosiodemografisten tekijöiden kuten iän, koulutuksen tai aseman mukaan.

Useimmat kvalitatiiviset tutkimukset perustuvat suhteellisen pieniin ja epäedustaviin otoksiin ja eivät siksi voi tuottaa tietoa siitä, onko uniongelmiin esiintyvyydessä eroa sosiaalisten tekijöiden mukaan. Näihin tarkoituksiin tarvitaan suuria ja mieluiten väestöä edustavia otoksia. Tällaisia tutkimuksia on käytetty muun muassa osoittamaan, miten huolet vaikuttavat naisten uneen (Arber ym. 2007b). Vastaavilla aineistoilla on myös selvitetty, missä määrin matalatuloiset ja vähän koulutetut raportoivat heikompaa unen laatua kuin korkeammassa asemassa olevat (Arber ym. 2009, Banks ym. 2010). Lisäksi kyseiset aineistot mahdollistavat sosioekonomisten tekijöiden ja unen laadun välisen yhteyden tutkimisen niin, että tutkimuksessa vakioidaan sekoittavia tekijöitä, kuten ikä ja välittäviä tekijöitä, kuten terveydentila (Arber ym. 2009). Kuitenkin tähän asti vain harvat sosiaaliin tekijöihin keskittyvät tutkimukset ovat keränneet tietoa unesta. Vielä vähemmän on saatavilla aineistoja, joissa olisi tietoa kunkin perheenjäsenen unesta. Tietoa tarvittaisiin, jos sosiologit haluaisivat tehdä kvantitatiivista tutkimusta pariskuntien unesta, esimerkiksi tutkia kummankin puolison sosioekonomisen aseman (tulot, koulutus, ammattiasema) vaikutusta molempien puolisoitten uneen. Tällä hetkellä kvantitatiivisia menetelmiä soveltavien sosiologisten tutkimusten tekoa vaikeuttaa pariskuntien molempien puolisoitten unitietoja sisältävien isojen tutkimusaineistojen puute.

Tämän artikkelin toinen puoli keskittyy kvantitatiivisiin tutkimuksiin. Tavoitteena on tutkia, ovatko hoivan antaminen ja omaishoitoon käytetty tuntimäärä viikossa yhteydessä uniongelmiin, kuten kvalitatiivisissa tutkimuksissa on todettu. Yksi harvoista kvantitatiivisista tutkimuksista, johon on sisällytetty kysymyksiä sekä hoivaamisesta että unesta, on brittiläinen Carer's Survey, hoivatutkimus. Tutkimus osoitti, että hoivaamisen käytetyt tunnit olivat yhteydessä häiriintyneeseen uneen (Maher ja Green 2002). Lähes puolet niistä hoivan antajista (47 %), jotka käyttivät hoivaamiseen yli 50 tuntia viikossa, raportoivat häiriintynyttä unta. Vastaava osuus oli 24 prosenttia hoivaa 20–49 tuntia viikossa antavista ja vain 7 prosenttia, jos hoivaamiseen käytetty aika oli alle 20 tuntia viikossa. Vaikka tutkimuksessa

havaittiin yhteys hoivan ja häiriintyneen unen välillä, tilastollisissa analyysissä ei vakioitu ikää, terveydentilaa eikä sosioekonomisia olosuhteita. Tulosten perusteella ei siten ole mahdollista arvioida, mikä on hoivan oma vaikutus uneen, kun monimuuttuja-analyysissä on otettu huomioon hoivan ja unen laatuun vaikuttavia muita tekijöitä kuten ikä, sosioekonomiset olosuhteet ja terveys. Tämän artikkelin loppuosassa tarkastellaan, onko hoivaajien uniongelmiin taustalla sekoittavia tekijöitä tai välittävätkö sosioekonomiset tekijät, kuten koulutus ja työmarkkina-asema ja terveydentila hoivan ja uniongelmiin välistä yhteyttä.

Tutkimme ensin, miten hoivaan käytetty tuntimäärä kodissa (tai kodin ulkopuolella) on yhteydessä uniongelmiin. Toiseksi tutkimme, miten sosioekonomiset ja terveyteen liittyvät tekijät ovat yhteydessä uniongelmiin miehillä ja naisilla ja heikkeneekö hoivan ja uniongelmiin välinen yhteys, kun nämä tekijät on vakioitu analyysissä.

HOIVA JA UNIONGELMAT: UNDERSTANDING SOCIETY -TUTKIMUS

Analysoimme itseraportoituja uniongelmiä, jotka ovat peräisin suuren brittiläisen *Understanding Society* -tutkimuksen kyselystä. Aineisto kerättiin vuonna 2009 ja se on edustava otos Britannian kotitalouksista. Vastausaktiivisuus oli 59 prosenttia (McFall ym. 2011). Haastattelut tehtiin kaikille kotitalouden yli 16-vuotiaalle jäsenille, joilta kysyttiin yksityiskohtaisia kysymyksiä sosioekonomisesta asemasta ja terveydestä. Unikysymyksiin vastattiin erillisessä kyselylomakkeessa.

Analyysiin otettiin mukaan 25-vuotiaat ja sitä vanhemmat miehet ja naiset, jotka olivat vastanneet kolmeen tutkittavaan unikysymykseen (n=14 746). Nuoret aikuiset (ikäryhmä 16–24) poistettiin analyysistä, koska suuri osa heistä oli kokopäivätoimisia opiskelijoita, joilla ei ollut suoritettua tutkintoa ja jotka eivät vielä olleet siirtyneet kokopäivätyöhön. Tämän vuoksi uniongelmiin, koulutuksen ja työmarkkina-aseman yhteyttä on vaikea tutkia alle 25-vuotiailla.

MUUTTUJEN KUVAUS

Kolme itseraportoituja kysymystä unesta (nukahdamiseen kuluva aika, unessa pysyminen ja unen laatu) yhdistettiin uniongelmiä kuvaavaksi mittariksi monimuuttuja-analyseja varten. *Nukahtamisaikaa* selvitettiin kysymällä, kuinka usein vastaajalla oli vaikeuksia nukahtaa alle 30 minuutis-

sa viimeisen kuukauden aikana. Vastausvaihtoehtoja oli viisi (ei viimeisen kuukauden aikana – useammin kuin kerran useimpina öinä). *Unessa pysymiseen* liittyvän kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat samat. Vastaaajilta kysyttiin, kuinka usein he heräsivät keskellä yötä tai aikaisin aamulla. *Unen laatua* mitattiin kysymällä, millaiseksi vastaajat arvioivat unensa laadun yleisesti viimeisen kuukauden aikana. Vastausvaihtoehtoja oli neljä: erittäin hyvä, melko hyvä, melko huono ja erittäin huono. Aiemman tutkimuksen (Arber ja Meadows 2011) mukaan unikysymysten ja useiden sosioekonomisten ja terveystuuttajien välinen yhdenmukaisuus on vahva. Pearsonin korrelaatiokertoimet unikysymysten välillä vaihtelivat 0.46 ja 0.53 välillä. Uniongelmia kuvaava mittari muodostettiin kolmen kysymyksen vastausten perusteella: 1) vaikeudet nukahtaa *tai* 2) pysyä unessa vähintään kolmena tai useampana yönä viikossa *ja* 3) melko huono tai erittäin huono unen laatu.

Kaikkissa analyyseissa oli mukana ikä 10-vuotiskäryhminä ja siviilisääty, joka luokiteltiin neljään ryhmään (naimisissa/avoliitossa, naimaton, eronnut/asumuserossa, leski). Kotona tehtävää hoivaamista tiedusteltiin kysymällä, asuuko vastaajan kanssa joku, joka on sairas, vammautunut tai vanha ja kaipaa erityisapua häneltä. Kysymyksen myönteisesti vastanneilta kysyttiin seuraavaksi tuntimäärää viikossa, jonka vastaaja käyttää kyseisen henkilön auttamiseen tai hoivaamiseen. Vastaukset luokiteltiin kolmeen ryhmään: alle 20 tuntia, 20–99 tuntia ja 100 tuntia tai enemmän viikossa. Muualla tapahtuvaa hoivaa mitattiin kysymällä, hoitaako vastaaja säännöllisesti jotakin sairasta, vammautunutta tai ikääntynyttä henkilöä, joka ei asu hänen kanssaan. Lisäksi kysyttiin kodin ulkopuoliseen hoivan antamiseen käytetty tuntimäärä. Vastaukset luokiteltiin neljään ryhmään: ei hoivaamista, alle 10 tuntia, 10–19 tuntia ja 20 tuntia tai enemmän viikossa.

Koulutus luokiteltiin viiteen ryhmään matalimmasta (ei tutkintoa) korkeimpaan. Nykyinen työmarkkina-asema luokiteltiin myös viiteen ryhmään: työssäkäyvä (ryhmään kuuluivat itsenäiset ammatinharjoittajat ja myös pieni ryhmä kokopäivätoimisia opiskelijoita), työttömät, perhettä tai kotia hoitavat, eläkeläiset ja työelämän ulkopuolella pitkäaikaissairauden takia olevat.

Tutkimuksessa analysoitiin, vaikuttavatko kaksi itseraportoitua terveystuuttaria uniongelmiin ja muiden tuuttajien väliseen yhteyteen.

Koettua terveyttä mitattiin kysymällä vastaajilta, oliko heidän terveytensä erinomainen, erittäin hyvä, hyvä, kohtalainen vai huono. *Haittaavaa sairastavuutta* mitattiin kysymällä, haittaako heidän terveytensä jokapäiväisiä toimintoja vähän, paljon tai ei ollenkaan. Koska pääasiallinen huomio on hoivaamisessa ja uniongelmissa, elintapoja kuten tupakointia ja alkoholin käyttöä ei otettu mukaan analyysiin. Arberin ym. (2009) ja Lallukan ym. (2010) tutkimusten mukaan elintavat eivät välitä sosioekonomisten tekijöiden ja uniongelmiin yhteyttä.

KAHDEN MUUTTUJAN ANALYYSIT

Vaikeudet nukahtaa alle 30 minuutissa olivat yleisempiä naisilla kuin miehillä (Taulukko 1). Naisista 24 prosenttia ja miehistä 17 prosenttia raportoi vaikeuksia nukahtaa alle 30 minuutissa kolme kertaa viikossa tai useammin. Vaikeuksia pysyä unessa tai liian aikaisin aamulla heräämistä raportoi vastaavasti 45 prosenttia naisista ja 39 prosenttia miehistä. Myös unen laatu oli naisilla heikompi kuin miehillä: 26 prosenttia naisista ja 20 prosenttia miehistä raportoi unen laadunsa kohtuulliseksi tai erittäin huonoksi. Kun kaikki kolme uniongelmaa yhdistettiin ja dikotomisoitiin, 28 prosentilla naisista ja 20 prosentilla miehistä oli vähintään kaksi uniongelmaa.

Taulukossa 2 näytetään vähintään kaksi uniongelmaa raportoivien naisten ja miesten osuudet (%) siviilisäädyn, hoivaamiseen viikossa käytettyjen tuntien, koulutuksen, työmarkkina-aseman ja kahden terveystuuttajien mukaan. Naimisissa olevilla oli vähemmän uniongelmia, erityisesti naimisissa olevilla miehillä (19 %) oli harvoin uniongelmia, kun taas eronneilla uniongelmat olivat yleisempiä. Erityisesti eronneilla naisilla uniongelmiin esiintyvyys oli korkea (38 %).

Lähes puolet naisista, jotka hoitivat kotona sairasta tai ikääntynyttä perheenjäsentään yli 100 tuntia viikossa raportoivat vähintään kaksi uniongelmaa. Uniongelmiin ja hoivaamisen välinen yhteys ei miehillä ollut tilastollisesti merkitsevä, mutta suhteellisen pieni osuus miehistä oli hoivaajana kotona yli 20 tuntia viikossa (Taulukko 2). Hoiva kodin ulkopuolella ei ollut yhteydessä naisten uniongelmiin. Sitä vastoin miehet, jotka olivat hoivaajina kodin ulkopuolella 1–20 tuntia viikossa raportoivat *vähemmän* uniongelmia, kuin miehet, jotka eivät olleet hoivaajia. On mahdollista, että muut tekijät, kuten ikä, voivat sekoittaa uniongelmiin ja hoivan välistä yhteyttä.

Taulukko 1.

Unikysymykset yli 25-vuotiailla miehillä ja naisilla

	Miehet	Naiset	Yhteensä
a) Ei nukahda alle 30 minuutissa			
Ei viimeisen kuukauden aikana	46.9	37.9	41.9
Harvemmin kuin kerran viikossa	21.8	21.0	21.4
Kerran tai kahdesti viikossa	14.7	17.2	16.1
3+ kertaa viikossa tai useammin	16.6	23.9	20.7
	100 %	100 %	100 %
N=	6786	8710	15496
b) Herääminen keskellä yötä			
Ei viimeisen kuukauden aikana	22.6	18.4	20.2
Harvemmin kuin kerran viikossa	16.8	15.7	16.2
Kerran tai kahdesti viikossa	21.9	20.7	21.2
3+ kertaa viikossa tai useammin	38.7	45.2	42.4
	100 %	100 %	100 %
N=	6895	9039	15934
c) Unen laatu			
Erittäin hyvä	26.8	23.6	25.0
Melko hyvä	53.7	50.6	51.9
Melko huono	15.8	20.6	18.5
Erittäin huono	3.7	5.2	4.6
	100 %	100 %	100 %
N=	7401	9678	17079
d) Uniongelmiä lukumäärä¹			
Ei yhtään	56.1	49.6	52.4
Yksi	23.6	21.8	22.6
Kaksi	11.9	14.8	13.5
Kolme	8.4	13.7	11.4
	100 %	100 %	100 %
N=	6462	8284	14746

¹ Seuraavien kolmen uniongelman summa: (a) Vaikeus nukahda alle 30 minuutissa vähintään kolme kertaa viikossa; (b) Herääminen keskellä yötä tai aikaisin aamulla vähintään kolme kertaa viikossa; (c) Unen laatu – Itse-raportoitu melko huono tai erittäin huono unen laatu.

Lähde: *Understanding Society*, 2009, peruskysely (kirjoittajien analyysi)

Uniongelmiä yhteys koulutukseen oli voimakas ja lähes lineaarinen: uniongelmiä esiintyvyys oli alhaisin korkeimmalla koulutetuilla miehillä (15 %) ja korkein koulutustamattomilla naisilla (37 %). Työssäkäyvät raportoivat uniongelmiä harvimmalla (17 prosenttia miehistä ja 24 prosenttia naisista), kun taas 29 prosenttia työttömistä miehistä ja 36 prosenttia työttömistä naisista raportoivat vähintään kaksi uniongelmaa. Kuten odotettua, työkyvyttömyys miehistä 57 prosenttia ja naisista 69 prosenttia raportoivat vähintään kaksi uniongelmaa.

Uniongelmiä yhteys kahteen tutkittuun terveysindikaattoriin oli erityisen voimakas. Vain 9 prosenttia miehistä ja 14 prosenttia naisista, jotka arvioivat terveytensä erinomaiseksi raportoivat vähintään kaksi uniongelmaa. Vastaavat luvut olivat 57 prosenttia ja 68 prosenttia miehillä ja

naisilla, jotka kokivat terveytensä heikoksi. Miehistä 47 prosenttia ja naisista 56 prosenttia raportoivat vähintään kaksi uniongelmaa, jos terveys häiritsee toimintaa paljon. Heikko unen laatu oli selvästi yhteydessä heikkoon terveyteen, mutta lisätutkimusta tarvitaan päättelemään syy-vaikutussuhteita uniongelmiä ja sairastavuuden välillä.

Logistisen regressioanalyysin avulla tutkittiin, kuinka uniongelmiä, hoivan, siviilisäädyn ja muiden tekijöiden välinen yhteys muuttuu, kun ikä, sosioekonomiset tekijät ja terveys on vakioitu.

MONIMUUTTUJA-ANALYYSI

Vähintään kaksi uniongelmaa raportoivien vetosuhteet (OR) esitetään erikseen miehille ja naisille neljässä sisäkkäisessä mallissa (Taulukko 3).

Taulukko 2.

Kaksi tai useampia uniongelmia raportoivien osuudet (%) sukupuolen mukaan yli 25-vuotiailla (osallistujat perusvaiheessa, N)

	%	%	%	Osallistujat (N) perusvaiheessa		
				Miehet	Naiset	Yhteensä
Yhteensä	20.3	28.5	24.9	6462	8284	14746
Siviilisäätty	***	***	***			
Naimissa/ avoliitossa	18.8	25.9	22.6	4918	5642	10560
Naimaton	23.7	30.4	27.2	878	971	1849
Eronnut/asumuserossa	27.2	37.7	34.5	445	1027	1472
Leski	27.1	34.3	32.5	218	644	862
Hoiva kotona	*	***	***			
Ei hoivaajana	20.1	27.6	24.3	6059	7692	13751
<20 tuntia viikossa	20.3	39.1	29.8	202	207	409
20 < 100 tuntia viikossa	27.0	37.4	33.5	126	214	340
100+ tuntia viikossa	31.3	48.0	43.1	64	152	216
Hoiva kodin ulkopuolella	**	(ns)	**			
Ei hoivaajana	20.7	28.4	25.0	5771	7044	12815
<10 tuntia viikossa	15.4	27.4	22.7	538	833	1371
10-19 tuntia viikossa	16.7	33.6	28.9	84	217	301
20+ tuntia viikossa	27.5	33.0	31.5	69	188	257
Koulutus	***	***	***			
Korkein koulutus	15.1	20.0	17.7	1620	1876	3496
2. korkein	19.3	27.6	24.8	543	1084	1627
Keskikoulutus	21.4	25.7	23.8	543	693	1236
Matala koulutus	20.1	29.3	25.3	1979	2550	4529
Ei koulutusta	25.3	36.7	31.5	1771	2076	3847
Ammattiasema	***	***	***			
Työelämässä	17.4	24.1	21.0	4255	4809	9064
Työtön	29.4	36.1	32.1	412	285	697
Hoitaa kotia/ perhettä	23.8	33.6	33.2	42	847	889
Eläkkeellä	19.0	29.2	24.7	1435	1846	3281
Pitkäaikaisesti sairaana	56.8	69.1	63.1	287	307	594
Koettu terveys	***	***	***			
Erinomainen	9.3	13.5	11.7	1130	1506	2636
Oikein hyvä	14.5	20.5	17.9	2092	2749	4841
Hyvä	20.5	29.4	25.3	1892	2227	4119
Kohtuullinen	30.1	45.8	39.2	929	1259	2188
Huono	56.9	67.8	63.0	418	540	958
Terveys häiritsee tavanomaista toimintaa	***	***	***			
Ei, ei häiritse ollenkaan	16.9	23.5	20.5	5337	6463	11800
Kyllä, häiritsee vähän	29.9	39.6	35.8	672	1064	1736
Kyllä, häiritsee paljon	47.0	55.8	52.5	451	755	1206
N=	6462	8284	14746	6462	8284	14746

* $p < .05$; ** $p < .01$, *** $p < .001$

Lähde: *Understanding Society*, 2009, peruskysely (kirjoittajien analyysi)

Ikä vakioitiin kaikissa malleissa (10-vuotiskäryhmät). Mallissa 1 oli mukana ikä, siviilisäätty ja kotona tapahtuva hoiva. Kodin ulkopuolella tehtävään sairaan tai vammautuneen henkilön hoivaamiseen käytetty aika (tunnit) ei ollut tilastollisesti merkitsevä, kun ikä oli vakioitu. Siksi vain kotona annettu hoiva oli mukana malleissa. Mallissa 2 oli mukana koulutus ja mallissa 3 työmarkkina-asema. Lopuksi malliin 4 lisättiin kaksi itseraportoitua terveysindikaattoria.

Naimisissa olevilla uniongelmat olivat harvinaisempia (vertailuryhmä), kun taas eronneiden/asumuserossa olevien ja leskien uni oli heikointa (OR yli 1.60). Yksinelävillä oli myös useammin uniongelmia kuin naimisissa olevilla (OR 1.35).

Kun koulutus ja työmarkkina-asema oli vakioitu, yhteys heikon unen ja siviilisäädyn välillä eronneilla ja leskillä heikkeni noin kolmanneksella. Vakioinnin jälkeen unella ei ollut enää tilastollisesti merkitsevää yhteyttä naimattomilla miehillä.

Taulukko 3.

Kaksi tai useampia uniongelmia, ikävakioidut vetosuhteet (OR), 25-vuotiaat ja vanhemmat miehet ja naiset

	Miehet				Naiset			
	Malli 1	Malli 2	Malli 3	Malli 4	Malli 1	Malli 2	Malli 3	Malli 4
Siviilisäät	+++	+++	++	+	+++	+++	+++	+++
Naimissa/ avoliitossa	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Naimaton	1.35**	1.32**	1.12	1.11	1.35**	1.35**	1.23*	1.14
Eronnut/asumuserossa	1.65**	1.59**	1.40**	1.29*	1.70**	1.62**	1.49**	1.37**
Leski	1.94**	1.80**	1.65**	1.57*	1.70**	1.62**	1.55**	1.50**
Hoiva kotona	++	+	(ns)	(ns)	+++	+++	+++	+++
Ei hoivaajana	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
<20 tuntia viikossa	1.07	1.02	1.01	0.87	1.82**	1.82**	1.70**	1.64**
20 < 100 tuntia viikossa	1.68*	1.60*	1.28	1.22	1.71**	1.58**	1.38*	1.29
100+ tuntia viikossa	2.10**	1.94*	1.58	1.56	2.48**	2.23**	1.91**	1.69**
Koulutus		+++	+++	(ns)	+++	+++	++	
Korkein koulutus		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
2. korkein		1.35*	1.28	1.15	1.52**	1.47**	1.36**	1.36**
Keskikoulutus		1.49**	1.41**	1.30*	1.31*	1.23	1.13	1.13
Matala koulutus		1.38**	1.30**	1.12	1.65**	1.54**	1.37**	1.37**
Ei koulutusta		2.10**	1.66**	1.31**	2.35**	2.00**	1.52**	1.52**
Ammattiasema			+++	+++			+++	++
Työelämässä			1.00	1.00			1.00	1.00
Työtön			1.72**	1.52**			1.50**	1.22
Hoitaa kotia/ perhettä			1.17	1.02			1.45**	1.19*
Eläkkeellä			1.54**	1.16			1.11	0.88
Pitkäaikaisesti sairaana			5.53**	1.78**			5.30**	1.61**
Koettu terveys				+++				+++
Erinomainen				1.00				1.00
Oikein hyvä				1.70**				1.62**
Hyvä				2.44**				2.47**
Kohtuullinen				3.73**				4.29**
Huono				8.82**				8.53**
Terveys häittää tavanomaista toimintaa				+++				+++
Ei, ei häittää ollenkaan				1.00				1.00
Kyllä, häittää vähän				1.33**				1.29**
Kyllä, häittää paljon				1.70**				1.54**
R²	0.015	0.030	0.071	0.143	0.026	0.047	0.079	0.163
N=	6409	6409	6409	6409	8072	8072	8072	8072

+ p < .05; ++ p < .01; +++ p < .001 – Mallissa olevan muuttujan tilastollinen merkitsevyys

* p < .05; ** p < .01 – ero vertailuryhmään, tilastollinen merkitsevyys

lä (OR 1.12) mallissa 3. Yhteys heikkeni lisää, kun terveys oli vakioitu (malli 4). On mahdollista, että iso osa naimattomien huonosta unesta liittyi naimattomien muuten heikompaan asemaan, kuten matalaan koulutukseen, työttömyyteen ja heikompaan terveyteen. Tulokset olivat samansuuntaisia miehillä ja naisilla, eli leskillä oli eniten uniongelmia, erityisesti vakiointien jälkeen. Epäedulliset sosioekonomiset olosuhteet ja heikko terveys selittivät eronneiden/asumuserossa olevien (ja naimattomien) uniongelmissa suuremman osuuden kuin mitä havaittiin leskien osalta.

Sairaana tai vammaisen hoivaaminen kotona oli yhteydessä uniongelmiin miehillä ja naisilla, mutta yhteydet olivat voimakkaampia naisilla. Yli 100 tuntia viikossa hoivaa antavien vetosuhteet uniongelmiin oli 2.48 naisilla ja 2.10 miehillä. Myös pienempi määrä kotona annettavaa hoivaa oli naisilla yhteydessä uniongelmiin (1–20 tuntia, OR = 1.82; 20–99 tuntia, OR = 1.71). Kuitenkaan 1–20 tuntia viikossa hoivaajina olleet miehet eivät raportoineet yhtään enempää uniongelmia kuin miehet, jotka eivät olleet hoivaajia. On mahdollista, että vähäisiä määriä hoivaa kotona antaneet miehet elivät kotitaloudessa, jossa heidän

puolisonsa oli pääasiallinen hoivaaja. Miehet voivat olla toissijaisia, täydentäviä hoivaajia, millä ei ole vaikutusta heidän omaan uneensa.

Koulutuksen vakiointi muovasi vain vähän hoivan ja uniongelmienvälisestä yhteydestä. Sen sijaan työmarkkina-asemalla oli voimakkaampi vaikutus, sillä paljon hoivaa antavien voi esimerkiksi olla vaikea säilyttää työpaikkansa. Terveydellä vakiointi vaikutti hoivan ja uniongelmienväliseen yhteyteen naisilla, mutta terveydellä oli vähän vaikutusta miehillä. Kausaalisuuden suunta on epäselvä, sillä hoivaajien uniongelmat voivat aiheuttaa terveyden heikkenemistä sen sijaan, että hoivaajiksi valikoituisivat terveydentilaltaan heikommät henkilöt. Pitkittäistutkimuksia tarvitaan varmistamaan hoivan, uniongelmienvälisen yhteyden väliset yhteydet.

Koulutuksen ja uniongelmienvälillä oli lähes lineaarinen yhteys myös monimuuttuja-analyysissä (malli 3): kouluttautumattomilla oli eniten uniongelmia (miehet, OR = 2.10; naiset, OR = 2.35). Työmarkkina-asemalla (OR = 1.66) ja molemmilla terveysindikaattorilla (OR = 1.31) vakiointi heikensi yhteyttä miehillä. Naisilla koulutuksen ja uniongelmienväläinen yhteys säilyi merkitseväenä myös vakiointien jälkeen.

Palkkatyössä olevat nukuivat paremmin kuin työttömät. Työttömät miehet (OR = 1.72) ja naiset (OR = 1.50) raportoivat useammin uniongelmia. Myös kotia ja perhettä hoitavat ja eläkeläiset raportoivat enemmän uniongelmia kuin työssäkäyvät, vaikka yhteys oli heikompi kuin työttömillä. Yhteys oli tilastollisesti merkitsevä ainoastaan eläkkeelle siirtyneillä miehillä ja kotia hoitavilla naisilla. Uniongelmillä oli erityisen voimakas yhteys työelämästä poisjääntiin sairauden takia (OR yli 5.00). Kun molemmat terveysindikaattorit vakioitiin, uniongelmienväläinen yhteys työttömyyteen säilyi miehillä (OR = 1.52) sekä sairauden takia poissa työelämästä olevilla (miehet, OR = 1.78; naiset, OR = 1.61).

Uniongelmienvälisen itseraportoidun koetun terveyden välillä oli poikkeuksellisen voimakas yhteys (malli 5), sillä vetosuhte oli yli 8.00 vastaajilla, joiden terveys oli heikko. Vertailuryhmänä olivat vastaajat, joiden terveys oli erinomainen. Uniongelmillä oli voimakas yhteys myös päivittäisiä toimintoja haittaavaan sairastavuuteen: vetosuhte oli 1.70 miehillä ja 1.54 naisilla, joiden terveydentila häiritseviä toimintoja paljon (vertailuryhmä OR = 1.00, ei sairautta), kun kaikki muut muuttujat oli vakioitu mallissa. Siten uniongelmienvälisen yhteyden lisäksi itseraportoitua

koettuun terveyteen että päivittäisiä toimintoja haittaavaan sairastavuuteen oli hyvin voimakas myös kaikkien vakiointien jälkeen.

Analyysit tehtiin lisäksi yhdistämällä miehet ja naiset samaan aineistoon (tuloksia ei näytetä taulukossa). Naisten vetosuhte raportoitiin vähintään kaksi uniongelmaa oli 55 prosenttia korkeampi kuin miesten, kun ikä oli vakioitu. Tulos sukupuolten välisestä erosta on samansuuntainen, kuin aiemmin on havaittu muissa tutkimuksissa (Arber ym. 2009, Zhang ja Wing 2006). Siviilisäädellä ja hoivaamisella vakiointi muovasi yhteyttä vain vähän (OR = 1.46). Yhteys säilyi ennallaan, kun koulutus ja työmarkkina-asema (OR = 1.49) ja molemmat terveysindikaattorit (OR = 1.51) vakioitiin. Näin ollen, vaikka naisten terveys on heikompi kuin miesten, terveys ei selitä, miksi naiset raportoivat enemmän uniongelmia kuin miehet.

POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämä artikkelin tarkoituksena oli kuvata, miten sosiologinen tutkimus voi lisätä ymmärrystämme unesta. Artikkelin ensimmäinen osio korosti kvalitatiivisten sosiologisten tutkimusten merkitystä ja osoitti, miten sukupuoliroolit ja kotitalous vaikuttavat unen luonteeseen. Lisäksi kuvattiin, miten puolison kanssa nukkuminen ja hoivaaminen vaikuttavat uneen. Naisten unen laatu vaarantuu yöaikaan suoritetun hoivaamisen sekä esimerkiksi puolisojen kuorsauksen ja muun käyttäytymisen takia. Kvalitatiivinen tutkimus syventää ymmärrystämme tavoista, joilla unen laatu voi vaarantua toisten henkilöiden vuoksi.

Lisäksi osoitimme kvantitatiivisen analyysin merkityksen unen sosiologisen tutkimuksen alueella. Suuret Britanniassa kerätyt aineistot, kuten Understanding Society (McFall and Garrington 2011) ja ELSA – English Longitudinal Study of Ageing (Banks ym. 2010), sisältävät kysymyksiä unesta. Tämä mahdollistaa unen sosiaalisten taustatekijöiden tutkimuksen. Kuitenkin unen mittaukseen käytettävistä kysymyksistä ei ole yksimielisyyttä ja unikysymykset ovat vaihdelleet eri tutkimuksissa. Näin ollen myös tulokset saattavat olla erilaisia. Lisäksi tutkimuksissa ei yleensä kysytä laajasti sosiaalista tekijöistä, joiden kvalitatiivinen tutkimus on osoittanut olevan yhteydessä uneen. Esimerkiksi perhe- ja taloudelliset huolet, kuorsaava puoliso, unihäiriöt lapsen tai vanhemman henkilön hoivaamisen takia ovat tällaisia tekijöitä. Huomattavana poikkeuksena

on brittiläinen Women's Sleep Survey, Naisten unitutkimus (Arber ym. 2007b).

Me käytimme *Understanding Society* -poikkeikkausaineistoa tutkiessamme sukupuolta, hoivaa ja unta. Uniongelmat perustuivat kolmeen kysymykseen. Logistinen regressioanalyysi osoitti, että miesten ja naisten välillä uniongelmiin esiintyvyydessä oli suurempi ero, kuin aiemmissa tutkimuksissa on havaittu (Zhang ja Wing 2006, Arber ym. 2009). Naimisissa ja avoliitossa olevien miesten ja naisten uni oli parasta, kun taas lesket, eronneet ja asumuserossa elävät raportoivat eniten uniongelmiä. Suuri osa aiemmin naimisissa olleiden (ja vastaushetkellä naimattomien) ja yksin elävien huonosta unesta oli yhteydessä työttömyyteen ja heikompaan terveydentilaan. Kvalitatiivisen tutkimuksen perusteella olisi voinut olettaa, että naimisissa olevien naisten uni on heikompa kuin muiden puolison aiheuttamien häiriöiden takia. Kuitenkin, aiemmin naimisissa olleiden naisten uni voi edelleen vaarantua jatkuvan hoivan takia. Hoivaaminen ilman puolisoa voi jopa olla vaativampaa kuin aiemmin. Kvalitatiivinen tutkimuksemme osoitti, että yksinellä keski-ikäisillä ja vanhemmilla naisilla on usein uniongelmiä, joiden taustalla on huolia turvallisuudesta ja yksinäisyys (Hislop ja Arber 2006). Unitutkimuksissa on kysytty harvoin minikäläisiä huolia vastaajalla on, yksinäisyydestä ja monista muista tekijöistä, joiden on kvalitatiivisessa tutkimuksessa osoitettu liittyvän naisten, eronneiden ja leskien huonoon uneen.

Kvantitatiivinen tutkimus osoitti, että kotona tapahtuva hoivaaminen on yhteydessä huonoon uneen, erityisesti naisilla. Tämä tukee kvalitatiivisia tutkimustuloksiamme öisin tapahtuvasta hoivasta (Bianchera ja Arber 2007, Arber ja Venn 2011). Suurin haitallinen vaikutus uneen oli hoivaamisella, jota tehtiin kotona yli 100 tuntia viikossa. Yhteys säilyi merkitsevänä naisilla, vaikka sosioekonomiset olosuhteet ja terveys oli va-

kioitu. Hoiva kodin ulkopuolella ei ollut yhteydessä uneen. Kvalitatiiviset ja kvantitatiiviset tutkimukset tuottivat tässä yhteydessä samanlaiset tulokset kotona tehtävän hoivan haitallisesta vaikutuksesta unen laatuun.

Artikkelissa käytettiin kahta sosioekonomisia olosuhteita kuvaavaa mittaria, koulutusta ja työmarkkina-asemaa. Molemmilla oli voimakas yhteys uniongelmiin. Kouluttamattomilla oli eniten uniongelmiä, mutta tämä selittyi pääasiassa sillä, että he olivat työttömiä ja heidän terveytensä oli heikompi, erityisesti miehillä. Tarvitaan lisätutkimuksia, joissa laajasti hyödynnetään sosioekonomiseen asemaan, työhön ja perheeseen liittyviä tekijöitä (Arber ym. 2009, Lallukka ym. 2010), jotta sosioekonomisen aseman eri indikaattorien ja unen väliset yhteydet voidaan selvittää.

Koettu terveys on hyvin voimakkaasti yhteydessä uniongelmiin, vaikka ikä, sosiodemografiset ja sosioekonomiset tekijät on vakioitu. Huonon terveyden ja uniongelmiin väliset syy-vaikutussuhteet ovat kuitenkin epäselvät. Tutkimustulokset vahvistavat silti kasvavassa määrin näyttöä, että uniongelmat *edeltävät* usein sairauksien puhkeamista, eivätkä ole niiden seurausta (Cappuccio ym. 2010). Tämän vuoksi on keskeistä, että prospektiivisissä tutkimuksissa tutkitaan monipuolisesti useita sosioekonomia tekijöitä, terveydentilan mittareita ja unen laatua, jotta voidaan ymmärtää näiden tekijöiden väliset syy-vaikutussuhteet.

Kiitokset

Kirjoittajat kiittävät *SomnIA* (Sleep in Ageing) -projektia, jota rahoittaa *the New Dynamics of Aging* -hanke. Hanke on monitieteinen tutkimusohjelma, jota puolestaan tukevat AHRC, BBSRC, EPSRC, ESRC ja MRC (RES-339-25-0009). Kiitämme myös Susan Vennia, jonka tutkimuksiin tämä artikkeli perustuu.

Suomennos englannin kielestä Tea Lallukka.

This article illustrates the ways that sociological research can inform an understanding of sleep. We emphasise the value of qualitative studies of sleep, by reviewing recent research on the ways that gender and co-sleeping influence sleep, and the influence of caregiving at night on sleep. We then consider large-scale quantitative studies of

sleep, drawing on data from the UK *Understanding Society* 2009 survey (n = 14 746). We show how providing care to an elderly or disabled relative in the home is linked to reported sleep problems which is only marginally attenuated following adjustment for disadvantaged socio-economic characteristics and poor health.

KIRJALLISUUS

- Arber, S, Bote, M, Meadows R. Gender and the socio-economic patterning of self-reported sleep problems in Britain. *Soc Sci Med* 2009;68:281–9.
- Arber, S, Ginn, J. *Gender and Later Life: A Sociological Analysis of Resources and Constraints*. Sage Publications, London 1991.
- Arber, S, Hislop, J, Williams, S. Editor's introduction: Gender, sleep and the life course. *Sociological Research Online* 2007a;12(5). Saatavilla: <http://www.socresonline.org.uk/12/5/19.html>
- Arber S, Hislop J, Bote M, Meadows R. Gender roles and women's sleep in mid and later life: a quantitative approach. *Sociological Research Online* 2007b;12(5). Saatavilla: <http://www.socresonline.org.uk/12/5/3.html>
- Arber S, Meadows R. Social and health patterning of sleep quality and duration. Teoksessa McFall S, Garrington N. (toim.) *Understanding Society: Early findings from the first wave of the UK's Household Survey*. University of Essex, Institute for Social Research, Colchester 2011, 87–98.
- Arber S, Venn S. Caregiving at night: Understanding the impact on carers' sleep. *Journal of Aging Studies*, 2011;25:155–65.
- Askham J, Briggs K, Norman I, Redfern S. Care at home for people with dementia: as in a total institution? *Ageing and Society* 2007;27:3–24.
- Aubert V, White H. Sleep: A sociological interpretation I. *Acta Sociologica* 1959a;4:46–54.
- Aubert V, White H. Sleep: A sociological interpretation II. *Acta Sociologica* 1959b;4:1–16.
- Banks J, Lessof C, Nazroo J, Rogers N, Stafford M, Steptoe A. (toim.) *Financial Circumstances, Health and Well-being of the Older Population in England: The 2008 English Longitudinal Study of Ageing*. Institute for Fiscal Studies, Uckfield 2010.
- Beaudreau SA, Spira AP, Gray HL, Depp CA, Long J, Rothkopf M, Gallagher-Thompson D. The relationship between objectively measured sleep disturbance and dementia family caregiver distress and burden. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2008;21:159–65.
- Bianchera E, Arber S. Caring and sleep disruption among women in Italy. *Sociological Research Online*, 2007;12(5). Saatavilla: <http://www.socresonline.org.uk/12/5/4.html>
- Bliwise DL. Sleep in normal ageing and dementia – a review. *Sleep* 1993;16:40–81.
- Bliwise DL. Normal aging. Teoksessa Kryger MH, Roth T, Dement WC (toim.) *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 4. painos. Elsevier Saunders, Philadelphia 2005, 24–38.
- Brunt L, Steger B. (toim.) *Worlds of Sleep*. Frank & Timme, Berlin 2008.
- Cappuccio FP, Lanfranco D, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration and all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep* 2010;33:585–92.
- Chen Y-Y, Kawachi I, Subramanian SV, Acevedo-Garcia D, Lee Y-J. Can social factors explain gender differences in insomnia? Findings from a national survey in Taiwan. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:488–94.
- Coppock V, Haydon D, Richter I. *The Illusion of Post-Feminism*. Taylor & Francis, London 1995.
- Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K. Sleep disturbance in cancer patients. *Soc Sci Med* 2002;54:1309–21.
- Dzaja D, Arber S, Hislop J, Kerkhofs M, Kopp C, Pollmacher T, Polo-Kantola P, Skene D, Stenuit P, Tobler I, Porkka-Heiskanen T. Women's sleep in health and disease. *Journal of Psychiatric Research* 2005;39:55–76.
- Groeger J, Zilstra F, Dijk D-J. Sleep quantity, sleep difficulties and their perceived consequences in a representative sample of some 2000 British adults. *J Sleep Res* 2004;13:359–71.
- Happe S, Berger K. The association between caregiver burden and sleep disturbances in partners of patients with Parkinson's disease. *Age Ageing* 2002;31:349–54.
- Hislop J. A bed of roses or a bed of thorns? Negotiating the couple relationship through sleep. *Sociological Research Online* 2007;12(5). Saatavilla: <http://www.socresonline.org.uk/12/5/2.html>
- Hislop J, Arber S. Sleepers Wake! The gendered nature of sleep disruption among mid-life women. *Sociology* 2003a;37:695–711.
- Hislop J, Arber S. Sleep as a social act: A window on gender roles and relationships. Teoksessa Arber S,

- Davidson K, Ginn J. (toim.) *Gender & Ageing: Changing Roles and Relationships*. McGraw Hill/Open University Press, Maidenhead 2003b, 186–206.
- Hislop J, Arber S. Understanding Women's sleep management: beyond medicalisation-healthisation? *Social Health Ill* 2003c:25: 815–37.
- Hislop J, Arber S. Sleep, gender and aging. Teoksessa Calsanti TM, Slevin KL. (toim.) *Age Matters: Realigning Feminist Thinking*. Routledge, New York 2006, 225–46.
- Hislop J, Arber S, Meadows R, Venn S. Narratives of the Night: The Use of Audio Diaries in Researching Sleep. *Sociological Research Online* 2005:10(4). Saatavilla: <http://www.socresonline.org.uk/10/4/hislop.html>
- Kesselring A, Krulik T, Bichsel M, Minder C, Beck JC, Stuck AE. Emotional and physical demands on caregivers in home care to the elderly in Switzerland and their relationship to nursing home admission. *Eur J Public Health* 2001:11:267–73.
- Lallukka T, Rahkonen O, Lahelma E, Arber S. Sleep complaints in middle-aged women and men: The contribution of working conditions and work-family conflicts'. *J Sleep Res* 2010:19:466–77.
- Lee D, Morgan K, Lindsay J. Effect of institutional respite care on the sleep of people with dementia and their primary caregivers. *Journal of the American Geriatric Society* 2007:55:252–8.
- Lindberg E, Janson C, Gislason T, Bjornsson E, Hetta J, Boman G. Sleep disturbances in a young adult population: Can gender differences be explained by differences in psychological status. *Sleep* 1997:20:381–7.
- Luff R, Ellmers T, Eyers I, Cope E, Arber S. Time spent in bed at night by care homes residents. *Ageing and Society* 2011:31, Online First [Luettu 2.3.2011]
- Maher J, Green H. *Carers 2000*. The Stationery Office, London 2002.
- Manber R, Armitage, R. Sex, steroids and sleep: A review. *Sleep* 1999:22:540–55.
- Martin, W, Bartlett H. The social significance of sleep for older people with dementia in the context of care. *Sociological Research Online* 2007:12(5). Saatavilla: <http://www.socresonline.org.uk/12/5/11.html>
- McFall S, Garrington N. (toim.) *Understanding Society: Early findings from the first wave of the UK's Household Survey*. University of Essex, Institute for Social Research, Colchester 2011.
- Meadows R. The 'negotiated night': An embodied conceptual framework for the sociological study of sleep. *The Sociological Review* 2005:53:240–54.
- Meadows R, Arber S, Venn S, Hislop J. Unruly bodies and couples' sleep. *Body & Society* 2008:14:75–92.
- Pahl J. Power, ideology and resources within families: A theoretical context for empirical research on sleep. *Sociological Research Online* 2007:12(5). Saatavilla: <http://www.socresonline.org.uk/12/5/12.html>
- Pollak CP, Perlick D. Sleep problems and the institutionalization of the elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1991:4:204–10.
- Riedel BW, Lichstein KL. Insomnia and daytime functioning. *Sleep Medicine Review* 2000:4:277–98.
- Rosenblatt PC. *Two in a bed: The social system of couple bed sharing*. State University of New York Press, Albany NY, USA 2006.
- Ross A, Lloyd J, Weinhardt M, Cheshire H. *Living and Caring? An Investigation of the Experiences of Older Carers*. International Longevity Centre – UK, London 2008.
- Schwartz B. Notes on the sociology of sleep. *Sociological Quarterly* 1997:11:485–99.
- Sekine M, Chandola T, Martikainen P, Marmot M, Kagamimori S. Work and family characteristics as determinants of socioeconomic and gender inequalities in sleep: The Japanese Civil Servants Study. *Sleep* 2006:29:206–16.
- Sharief, I, Silva, GE, Goodwin, JL, Quan SF. Effect of sleep disordered breathing on the sleep of bed partners in the sleep heart health study. *Sleep* 2008:31:1449–56.
- Sims-Gould J, Martin-Matthews A, Rosenthal, CJ. Family caregiving and helping at the intersection of gender and kinship. Teoksessa Martin-Matthews, A, Phillips JE. (toim.) *Ageing and Caring at the Intersection of Work and Home Life*. Lawrence Erlbaum Associates, New York 2008, 65–83.
- Steger B, Brunt L. (toim.) *Night-time and Sleep in Asia and the West: Exploring the Dark Side of Life*. Routledge Curzon, London 2003.
- Stewart R, Besset A, Bebbington R, Brugha T, Lindsay DM, Jenkins R, Singleton N, Meltzer H. Insomnia comorbidity and impact and hypnotic use by age group in a national survey population aged 16 to 74. *Sleep* 2006:29:1391–7.
- Taylor B. Unconsciousness and society: The sociology of sleep. *International Journal of Politics, Culture and Society* 1993:6:463–71.
- Troxel WM. It's more than sex: exploring the dyadic nature of sleep and implications for health. *Psychosom Med* 2010:72:578–86.
- Troxel WM, Robles TF, Hall M, Buysse DJ. Marital quality and the marital bed: examining the covariation between relationship quality and sleep. *Sleep Medicine Reviews* 2007:11:389–404.
- Ulfberg J, Carter N, Talback M, Edling C. Adverse health effects among women living with heavy snorers. *Health Care Women International* 2000:21:81–90.
- Van Someren EJW. Circadian sleep disturbances in the elderly. *Experimental Gerontology* 2000:35:1229–37.
- Venn S. It's okay for a man to snore: The influence of gender on sleep disruption in couples. *Sociological Research Online* 2007:12(5). Saatavilla: <http://www.socresonline.org.uk/12/5/1.html>
- Venn S, Arber S, Meadows R, Hislop J. The fourth shift: Exploring the gendered nature of sleep

- disruption in couples with children, *Br J Sociol* 2008;59:79–97.
- Vitiell MV, Moe KE, Prinz PN. Sleep complaints cosegregate with illness in older adults. Clinical research informed by and informing epidemiological studies of sleep. *J Psychosom Res* 2002;53:555–9.
- Wilcox S, King AC. Sleep complaints in older women who are family caregivers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999;54:P189–98.
- Williams SJ. *Sleep and society: sociological ventures into the (un)known*. Routledge, Abingdon 2005.
- Williams S, Meadows R, Arber S. *Sociology of Sleep*. Teoksessa Cappaccio F, Miller M, Lockley S. (toim.) *Sleep Epidemiology*. Oxford University Press, Oxford 2010.
- Wolff JL, Kasper JD. Caregivers of frail elderly: updating a national profile. *The Gerontologist* 2006;46:344–56.
- Zhang B, Wing Y-K. Sex differences in insomnia: A meta-analysis, *Sleep* 2006;29:85–93.

SARA ARBER

PhD, Professor
University of Surrey
Department of Sociology,

ROBERT MEADOWS

PhD, Lecturer in Sociology
University of Surrey
Department of Sociology