

TRE -HARJOITTELULLA RENTOUTTA JA MIELEN RAUHAA
- unihäiriöitä potevien työkäisten kokemuksia TRE -harjoittelusta (tension releasing exercises) ja nukkumisesta

Riitta Knaappila

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma
Liikuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2017

TIIVISTELMÄ

Knaappila, R. 2017. TRE -harjoittelulla rentoutta ja mielen rauhaa – unihäiriöitä potevien työikäisten kokemuksia TRE -harjoittelusta (Tension releasing exercises) ja nukkumisesta. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma, 64 s., 3 liitettä.

Unettomuus on maailmanlaajuinen ilmiö, joka vaikuttaa haitallisesti terveyteen ja elämänlaatuun. Joka kolmas työikäinen suomalainen kärsii tilapäisestä unettomuudesta ja kymmenesosalla esiintyy kroonista unettomuutta. Unettomuuden Käypä hoito -suosituksen (2015) mukaan uniongelmiin on tärkeä löytää muita ratkaisuja kuin unilääkkeet, joilla on haitallisia sivuvaikutuksia sekä yhteys lisääntyneeseen kuolleisuuteen. Tension/Trauma Releasing Exercises (TRE), stressinpurkuliikkeet on kehollinen itsehoitomenetelmä, joka aktivoi limbisen järjestelmän toimintaa. Menetelmä perustuu kehon biologiseen ja neurologiseen kykyyn palautua stressaavista tai muista kuormittavista tilanteista. Tässä tutkimuksessa kartoitettiin osallistujien kokemuksia TRE -harjoittelusta ja nukkumisesta 10 viikkoisen intervention aikana. Tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, millä tavoin osallistujat kokevat TRE -harjoittelun ja kuinka he nukkuvat harjoittelun jälkeisinä öinä.

Intervention osallistui 10 henkilöä (naisia n=8, miehiä n=2). Tutkimusaineisto koostui osallistujien pitämistä päiväkirjoista intervention aikana syyskuusta marraskuuhun 2015. Intervention kuului ohjattu TRE -ryhmäharjoitus kerran viikossa sekä osallistujien itsenäinen harjoittelu 1-3 kertaa viikossa. Lisäksi osallistujilta kerättiin tietoa nukkumiseen liittyvistä tekijöistä BNSQ -unikyselylomakkeella intervention alussa ja lopussa. Päiväkirja-aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä ja kyselyaineisto analysoitiin käyttäen frekvenssejä ja prosenttiosuuksia.

TRE -harjoittelu koettiin pääasiassa myönteisenä sekä hyödyllisenä rauhoittumisen ja rentoutumisen välineenä, joka lievensi arjen kiireistä, stressaantunutta tai ahdistunutta olotilaa, lisäksi menetelmä koettiin kipua lievittäväksi. Harjoituksen jälkeen koettiin sekä levottomia että levollisia öitä. Yöaikaiset heräämiset pysyivät ennallaan. Sen sijaan puolella osallistujista nukahtamiseen kuluva aika lyheni sekä aamu- ja päiväaikaista väsymystä koettiin jonkin verran harvemmin intervention lopussa kuin alussa.

Tutkimustulosten perusteella rentouttavana ja rauhoittavana koettu TRE -menetelmä koettiin vaikuttavan myönteisesti nukahtamiseen ja päiväaikaiseen jaksamiseen, minkä vuoksi TRE -menetelmää voidaan hyödyntää uniongelmaisilla työikäisillä jaksamista ja hyvinvointia tukevana itsehoitomenetelmänä.

Asiasanat: Tension releasing exercises, itsehoitomenetelmä, työikäinen, nukkuminen, unihäiriöt

ABSTRACT

Knaappila, R. 2017. "TRE -training relaxation and peace of mind"- working-age people suffering from sleep disorders experience TRE -training and sleep. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 64 pp., 3 appendices.

Insomnia is a global phenomenon that adversely affects the health and quality of life. One third of the working-age Finnish suffer from temporary insomnia and tenth occur in chronic insomnia. According to the Current Care Guidelines of insomnia (2015) is important for sleeping problems find other solutions than sleeping pills that have harmful side effects, as well as access to increased mortality. Tension / Trauma Releasing Exercises (TRE) is a bodily self-help method, which activates the activity of the limbic system. The method based on the body's biological and neurological ability to recover from stressful situations or other burden on the environment. This study surveyed participants experiences of TRE -training and sleep during the 10-weeks intervention. The aim was to provide information on how the participants feel TRE -training and how they sleep after training.

Intervention attended by 10 people (women n = 8, men n = 2). The data consists of keeping diaries of the participants during the intervention from September to November 2015. Intervention was controlled TRE -group exercise once a week, as well as independent work of participants 1-3 times a week. In addition, the participants collected information on factors associated with sleeping BNSQ -sleep questionnaire at the beginning and at the end of the intervention. Diary data were analyzed by qualitative content analysis and survey data were analyzed using frequencies and percentages.

TRE -training was seen as mainly positive, as well as a useful tool for calming and relaxation, which mitigated the everyday life, the stressed and anguished state of mind, in addition to the method was seen as an analgesic. After the exercise was felt restless and the restful nights. Term awakenings remained unchanged. Instead, this time for the participants to fall asleep was reduced, as well as morning and daytime drowsiness was seen as somewhat less at the end than at the beginning of the intervention.

Based on the results relaxant and sedative affection TRE -method was seen as a positive impact on falling asleep and day-time endurance, which is why the TRE -method can be utilized for working age people who suffer from sleep problems, coping and well-being in support of self-help method.

Key words: Tension releasing exercises, self-help method, working age, sleeping, sleep disorders

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1	JOHDANTO	1
2	UNI JA NUKKUMINEN	3
2.1	Univaiheet ja niiden merkitys.....	3
2.2	Unihäiriöt.....	5
3	UNEN ITSEHOITO	7
3.1	Unen huolto	7
3.2	Rentoutuminen	8
3.3	Kognitiiviset ja behavioraaliset menetelmät.....	9
4	STRESSINPURKULIIKKEET, TENSION RELEASING EXERCISES	10
4.1	Itsesäätely	13
4.2	Kehotietoisuus	13
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	15
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	16
6.1	Osallistujat	16
6.2	Intervention kuvaus	17
6.3	Tutkimusmenetelmä ja aineisto	18
6.4	Aineiston analyysi	19
7	TULOKSET	22
7.1	Tärinän moninaisuus	22
7.2	Erilaiset valinnat ja kokeilut.....	24
7.3	Erilaiset tunne- ja olotilat	26
7.4	Kehon viestien huomioiminen.....	28
7.5	Ryhmän merkitys.....	29

7.6	Vaihteleva unikokemus	29
7.7	Unikyselyaineiston tuloksia.....	32
8	POHDINTA.....	36
8.1	Tutkimustulosten tarkastelua.....	36
8.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	40
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	43
	LÄHTEET	45
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Uni on ihmiselle välttämätön, koska se toimii aivojen ja koko kehon toiminnan palauttajana (Partinen 2009; Järnefelt & Hublin 2012, 8, 16-17; Xie ym. 2013; Petit ym. 2015). Kaksi kolmasosaa suomalaisista nukkuu riittävästi, mutta noin joka kolmas työkäinen suomalainen kärsii tilapäisestä unettomuudesta ja kroonista unettomuutta esiintyy kymmenesosalla (Hublin & Lagerstedt 2012, 20; Unettomuus 2015).

Unettomuus on maailmanlaajuinen ilmiö, joka vaikuttaa haitallisesti terveyteen ja elämänlaatuun, lisäksi sen aiheuttamat taloudelliset ja kansanterveydelliset kustannukset ovat mittavat (Jansson-Fröjmark ym. 2012; Yang ym. 2012; Porkka-Heiskanen ym. 2013; Ho ym. 2015; Anothaisintawee ym. 2015). On todettu, että unettomuus on yhteydessä sydän- ja verisuonisairauksiin (Aho ym. 2013; Ho ym. 2015), tyyppin 2 diabetekseen (Cappuccio ym. 2010a; Anothaisintawee ym. 2015), kohonneeseen verenpaineeseen (Palagini ym. 2013), masennukseen (Paunio ym. 2015), lasten ja aikuisten ylipainoon (Cappuccio ym. 2010a; Yang ym. 2012) sekä kuolleisuuteen, erityisesti ikääntyneillä ja sairailta (Gangwish ym. 2008; Cappuccio ym. 2010b; Unettomuus 2015). Lisäksi unihäiriöiden on todettu nostavan suomalaisessa väestössä keskivartalolihavuusriskin 1.2 - 2.3-kertaiseksi (Unettomuus 2015).

Unen tärkeys tunnistetaan osaksi terveystyöskäytymistä, minkä vuoksi uniongelmiin mahdollisimman varhainen hoito sekä unettomuuden kroonistumisen ennaltaehkäisy on tärkeää (Hagger 2009; Järnefelt 2012a, 70). Unihäiriöiden taustalla on usein ylivireystila, jota aiheuttavat erilaiset arjen tilanteet ja kuormitustekijät, muun muassa stressitekijät (Åkerstedt & Kecklund 2012; Jansson-Fröjmark 2012; Konsta ym. 2013; Porkka-Heiskanen ym. 2013). Uniongelmiin suositellaan muita ratkaisuja kuin unilääkkeet, joilla on haitallisia sivuvaikutuksia (Mitchell ym. 2012; Ho ym. 2015) sekä yhteys lisääntyneeseen kuolleisuuteen (Bogdan ym. 2009; Järnefelt ym. 2012; Yang ym. 2012; Unettomuus 2015).

Lääkkeettömistä hoitomuodoista tehokkaimmaksi on todettu kognitiivis-behavioraalinen (CBT) menetelmä (Bogdan ym. 2009; Ritterband ym. 2009; Järnefelt ym. 2011; Jansson-Fröjmark ym. 2012; Mitchell ym. 2012; Ho ym. 2015), mutta ongelmana on sen heikko saatavuus, koulutettujen ohjaajien puute ja menetelmän kalleus (Ong ym. 2008; Järnefelt ym. 2012; Mitchell ym. 2012). Muita lääkkeettömiä menetelmiä unettomuuden hoidossa ovat

liikunta (Partinen & Huovinen 2011, 133; Yang ym. 2012), unen huolto (Partinen & Huovinen 2011, 133; Harris ym. 2012), mindfulness -pohjainen (MBSR) stressinhoito-ohjelma (Winbush ym. 2007; Cincotta ym. 2011; Gross ym. 2011) sekä erilaiset yhdistelmähoitot, joissa voi olla elementtejä edellä mainituista unettomuuden lääkkeettömistä hoitomenetelmistä (Harris ym. 2012; Jansson-Fröjmark ym. 2012). Lisäksi rentoutuminen, joka kuuluu osana CBT -menetelmää (Bernstein ym. 2007; Ong ym. 2008; Cincotta ym. 2011; Järnefelt ym. 2011), on todettu vaikuttavaksi myös yksittäisenä menetelmänä uniongelmiensa hoidossa (Bogdan ym. 2009; Konsta ym. 2013). Tämän vuoksi rentouttavan ja stressiä lievittävän Tension releasing exercises (TRE) -menetelmän (Berceli 2007) käyttäminen on perusteltua tässä uniongelmaisille työikäisille suunnatussa interventiossa.

Nukkuminen on yksilöllistä ja jokainen voi tehdä jotain uniongelmalleen (Kajaste & Markkula 2011, 11, 123; Partinen & Huovinen 2011, 137; Unettomuus 2015). Unettomuuden hoidon aikaistaminen ja tehostaminen olisi tärkeää (Järnefelt 2012c, 49). Järnefelt (2012c, 49) nostaa esiin Espien hoitomallin, jossa yksilön oma vastuu ja itsehoito on ensimmäinen vaihe. Toisessa vaiheessa tulee terveydenhuollon ammattilaisten ohjaamat kognitiivis-behavioraaliset hoitoryhmät sekä kolmannessa vaiheessa unilääketieteen asiantuntijoiden ohjaus ja hoito (Järnefelt 2012c, 49). Myös tästä näkökulmasta on tärkeä tutkia uusia lääkkeettömiä menetelmiä, minkä vuoksi vähän tutkittu TRE -menetelmä (Berceli 2007, McCann 2011) valittiin tähän tutkimukseen.

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on tutkia 10 viikkoa kestäväällä interventiolla kokemuksia TRE -menetelmästä ja nukkumisesta työikäisillä, joilla on koettu uniongelma. Tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa siitä, kuinka uniongelmaiset kokevat TRE -harjoittelun ja nukkumisen intervention aikana.

2 UNI JA NUKKUMINEN

Nukkuminen ja unen tarve on yksilöllistä (Partinen 2009; Järnefelt & Hublin 2012, 8, 16-17; Pihl & Aronen 2015, 20). Riittävä unen määrä vaihtelee 5-10 tuntiin vuorokaudessa (Partinen 2009; Järnefelt & Hublin 2012, 8, 16-17) ja ihmisen herätessä virkeänä voidaan unen määrää pitää riittävänä (Pihl & Aronen 2015, 20).

Uni huoltaa aivoja ja kehoa, täydentää aivojen energiavarastoja, vahvistaa tiedonkäsittely- ja muistitoimintoja sekä korjaa soluvaurioita (Partinen 2009; Järnefelt & Hublin 2012, 8, 16-17; Xie ym. 2013; Tononi & Cirelli 2014; Petit ym. 2015; Pihl & Aronen 2015, 17, 19). Nukahtamiseen ja unessa pysymiseen vaikuttavat useat toisiinsa yhteydessä olevat sisäiset ja ulkoiset tekijät (Riemann ym. 2015). Nämä tekijät asettavat haasteita unen säätelylle, joka on monimutkainen järjestelmä (Järnefelt & Hublin 2012, 8, 11).

2.1 Univaiheet ja niiden merkitys

Unessa voidaan erottaa kaksi päävaihetta: perusunivaihe ja REM -vaihe (*rapid eye movement*) (Järnefelt & Hublin 2012, 12). Nämä vaiheet seuraavat toisiaan syklimäisesti ja yksi unisykli kestää noin 90 minuuttia. Yössä on yleensä viisi unisykliä (Partinen & Huovinen 2011, 45; Järnefelt & Hublin 2012, 13).

Perusunivaihe on kolmiosainen: ykkösvaihe on siirtymävaihe valveen ja unen välillä, kakkosvaihe vastaa subjektiivista nukahtamiskokemusta ja kolmas vaihe on syvän unen vaihe (Järnefelt & Hublin 2012, 13). Ykkösvaihe eli torke on rentouden tila, joka kestää muutaman minuutin ja jolloin aivojen suorituskyky alenee (Järnefelt & Hublin 2012, 13). 10-15 minuuttia kestävä kakkosvaihe on pinnallista unta, jolloin lihakset rentoutuvat ja verenkierto sekä aineenvaihdunta rauhoittuvat (Järnefelt & Hublin 2012, 13). Syvän unen vaihe kestää 20-40 minuuttia, jolloin parasympaattinen hermosto aktivoituu laskien sydämen sykettä ja verenpainetta (Järnefelt & Hublin 2012, 13). Syvän unen vaiheessa aivojen energiavarastot täyttyvät (Petit ym. 2015), elimistö palautuu ja kasvuhormoni erittyy (Partinen & Huovinen 2011, 44-49; Järnefelt & Hublin 2012, 12-15).

Perusunivaiheen jälkeen uni alkaa kevetä uudestaan ja siirtyään REM -vaiheeseen (Järnefelt & Hublin 2012, 13). REM -vaiheessa sympaattinen hermosto aktivoituu, mikä voi

hetkellisesti kiihdyttää sydämen sykettä, kohottaa verenpainetta, aivojen verenkiertoa ja aktiiviatotaso (Järnefelt & Hublin 2012, 13). REM -vaihe muistuttaa valvetilaa ja sen aikana nähdään pääosa unista (Järnefelt & Hublin 2012, 13). Tämän jälkeen unisykli alkaa alusta (Partinen & Huovinen 2011, 47-49; Järnefelt & Hublin 2012, 13; Pihl & Aronen 2015, 17-19).

Aikuisen unesta noin puolet on kevyttä unta ja noin neljännes on syvää unta (Partinen & Huovinen 2011, 45). REM -unen osuus on noin viidennes (Pihl & Aronen 2015, 18) ja alle viisi prosenttia on valveillaoloa (Partinen & Huovinen 2011, 45, 49; Järnefelt & Hublin 2012, 13). Syvää unta nukutaan eniten ensimmäisten 4-5 tunnin aikana, vastaavasti kevyen unen jaksot pitenevät aamuyöllä, jolloin havahtumiset ja heräämiset ovat yleisiä (Partinen & Huovinen 2011, 45, 193; Järnefelt & Hublin 2012, 13). Syvä uni on tärkeää oppimisen ja mieleen painamisen vuoksi (Partinen & Huovinen 2011, 49; Tononi & Cirelli 2014). REM -unella on merkitystä tunteiden prosessoinnissa, opitun taidon tallentamisessa ja toiminnaksi muuntumisessa käyttäytymistä säätelevällä aivojen alueella (Partinen & Huovinen 2011, 49; Pihl & Aronen 2015, 18).

Herääminen pari kolme kertaa yössä on normaalia, kun onnistuu nukahtamaan nopeasti (Partinen & Huovinen 2011, 45, 49; Järnefelt & Hublin 2012, 13; Pihl & Aronen 2015, 19). Uniongelma muodostuu silloin, mikäli ei nukahdeta uudestaan (Järnefelt & Hublin 2012, 13). Partinen ja Huovinen (2011, 46) toteavat, että aamuyön herääminen voi merkitä sitä, että unentarve alkaa olla tyydytetty ja suurin osa syvästä unesta on nukuttu.

Unen rakenne muuttuu iän myötä, jolloin syvä uni vähenee ja kevyt uni lisääntyy, minkä vuoksi yöaikaiset heräämiset voivat lisääntyä 50-60 -vuotiaana (Pihl & Aronen 2015, 20-21). Lisäksi unirytmä muuttuu ikääntyessä, jolloin koetaan väsymystä aikaisemmin illalla ja herätään aikaisemmin aamulla (Pihl & Aronen 2015, 20-21). Naisilla vaihdevuodet altistavat erilaisille unihäiriöille: 40-60 %:lla vaihdevuosi-ikäisistä naisista uni on häiriintynyt, mutta fysiologiset perusteet unihäiriöiden esiintymiselle ovat puutteelliset (Baker ym. 2015).

2.2 Unihäiriöt

Uni on herkkä häiriintymään, mihin vaikuttavat sekä sisäiset että ulkoiset tekijät (Järnefelt & Hublin 2012, 11; Riemann ym. 2015). Keskeisenä tekijänä unihäiriöiden synnyssä pidetään elimistön ylivireystilaa, koska se estää elimistön rauhoittumisen ja unta tuottavien mekanismien käynnistymisen (Hublin & Lagerstedt 2012, 22). Esimerkiksi huoli työ- tai kotiasioista nostaa vireystilaa, mikä vaikeuttaa nukahtamista, lisäksi erilaiset nautintoaineet nostavat aktivaatiotasoa (Jansson-Fröjmark 2012; Järnefelt & Hublin 2012, 11; Unettomuus 2015).

Unettomuus on yleisin unihäiriö (Marza-Danila & Marza-Danila 2013; Ho ym. 2015). Unettomuuteen kuuluvat sekä yö- että päiväaikaiset oireet, joita ovat nukahtamisvaikeus, yöllinen heräily, liian aikainen heräily ja virkistämätön uni (Järnefelt ym. 2011). Nämä puolestaan aiheuttavat päiväaikaista uupumusta, stressiä ja mielialan laskua, mikä ilmenee mielenkiinnon ja mielihyvän kokemisen vähenemisenä sekä ärsyyntymisherkkyytenä (Järnefelt ym. 2011; Hublin & Lagerstedt 2012, 20). Unettomuutta esiintyy naisilla miehiä enemmän (Partinen 2011, 278; Unettomuus 2015).

Suomessa käytetyn tautiluokituksen (ICD-10) mukaan unettomuus voidaan arvioida primaariksi tai sekundaariksi unettomuudeksi (Hublin & Lagerstedt 2012, 28). Primaariin unettomuuteen ei liity elimellistä sairautta, sen sijaan sekundaarissa unettomuudessa unettomuus liittyy johonkin sairauteen (Hublin & Lagerstedt 2012, 28). Suurin osa unettomuudesta on primaarista ja sen yleisin muoto on toiminnallinen eli psykofysiologinen unettomuus (Järnefelt ym. 2011; Hublin & Lagerstedt 2012, 28-29; Unettomuus 2015).

Unettomuus voidaan jakaa sen keston mukaan tilapäiseen, lyhytkestoiseen ja pitkäaikaiseen unettomuuteen (Unettomuus 2015). Tilapäisen unettomuuden kesto on alle yksi kuukausi, lyhytkestoinen unettomuus kestää yhdestä kolmeen kuukautta ja pitkäaikainen unettomuus tarkoittaa yli kolme kuukautta kestävästä unettomuudesta (Unettomuus 2015).

Stressitekijöiden on todettu pahentavan unettomuutta, toisaalta stressi voi olla unettomuuden seuraus (Winbush ym. 2007; Hagger 2009; Partinen & Huovinen 2011, 126; Åkerstedt & Kecklund 2012; Konsta ym. 2013; Porkka-Heiskanen ym. 2013). Unettomuus voidaan luokitella myös akuutiksi stressireaktioksi, minkä vuoksi on tärkeä huomioida stressitekijät

unettomuuden hoidossa, toteavat Brand ym. (2010) sekä Hublin ja Lagerstedt (2012, 21). Sallinen ym. (2012, 170) tuovat esiin, että reagoiminen työn stressitekijöihin on yksilöllistä, koska stressin käsittelyssä ja geneettisesti määräytyvässä herkkäunisuudessa on yksilöllisiä eroja. Erityisesti unessa pysymisen vaikeus ja virkistämättömän unen kokeminen ovat vahvasti perimän säätelemiä (Sallinen ym. 2012, 170). Unettomuus yhdistetään myös heikentyneeseen itsesäätelytaitoon (Hagger 2009).

Unettomuus ja erilaiset unihäiriöt ovat kiinnostaneet tutkijoita useamman vuosikymmenen ajan. Markku Partinen teki vuonna 1982 väitöskirjan suomalaisten miesten nukkumistottumuksista ja varusmiesten unihäiriöistä. Lukuisista tutkimuksista huolimatta Cappuccio ym. (2010b) toteavat, että unen rakenteet ja pitkäaikaisvaikutukset ovat edelleen heikosti ymmärrettyjä, vaikka tutkimusten mukaan on yhä enemmän näyttöä siitä, että liian vähäisellä unella on yhteyttä laaja-alaisesti ihmisen terveyteen: aineenvaihduntaan, immunitettiin sekä endokriinisiin toimintoihin (Gangwisch ym. 2008; Unettomuus 2015).

3 UNEN ITSEHOITO

Nukkuminen on yksilöllistä ja siihen voidaan vaikuttaa monella tapaa, kuten unen huollolla sekä kognitiivisilla ja behavioraalisilla menetelmillä (Van Straten & Cuijpers 2009; Partinen & Huovinen 2011, 45; Pihl & Aronen 2015, 84). Erilaiset itsehoitomenetelmät ovat lisääntyneet viime vuosina ja ne on todettu hyödyllisiksi unihäiriöissä, joissa päälimmäisenä ongelmana on nukahtamisvaikeus (Bogdan ym. 2009, Unettomuus 2015).

Järjestelmällisen tiedonhaun perusteella voidaan todeta, että TRE -menetelmästä löytyy vähän tutkimuksia, eikä sitä ole tutkittu nukkumisen näkökulmasta. Sen sijaan CBT -menetelmä on lukuisissa tutkimuksissa todettu tehokkaimmaksi unettomuuden hoidossa, koska sillä pyritään vaikuttamaan unettomuutta aiheuttaviin tekijöihin kokonaisvaltaisesti (Järnefelt 2012 b, 60-61). Lisäksi CBT -menetelmään pohjautuvat itsehoitomenetelmät ovat lisääntyneet unettomuuden hoidossa, toteavat Ho ym. (2015).

3.1 Unen huolto

Unen huollolla tarkoitetaan unta lisäävän käyttäytymisen edistämistä ja unta heikentävän käyttäytymisen vähentämistä (Järnefelt 2012a, 70, 72). Unen huollon tavoitteena on nukahtamisen ja unessa pysymisen perusedellytysten tukeminen (Harris ym. 2012; Järnefelt 2012a, 72). Unen huollon keinoja ovat riittävä palautuminen, rentoutuminen, rauhoittuminen, unirytmien säännöllistäminen sekä unta ja vireyttä tukevat elämäntavat ja nukkumisolosuhteet (Harris ym. 2012; Järnefelt 2012a, 72; Pihl & Aronen 2015, 81-84). Unen huolto on tärkeä osa unettomuuden kokonaishoitoa, mutta yksinään riittämätön, toteavat Harris ym. (2012) sekä Järnefelt (2012a, 72).

Liikunta on tärkeä osa unen huoltoa ja liikunnan myönteisistä vaikutuksista on runsaasti näyttöä (Järnefelt 2012a, 72; Yang ym. 2012; Unettomuus 2015). Liikunta voi ehkäistä unihäiriöitä (Wennman ym. 2014), koska sen on todettu lisäävän unen määrää ja syvää unta, erityisesti keski-ikäisillä (Partinen & Huovinen 2011, 49; Yang ym. 2012; Unettomuus 2015). Raskasta liikuntaa ei suositella myöhään illalla (Myllymäki ym. 2011), mutta toisaalta myöhään illalla harjoitettu liikunta voi myös vaikuttaa myönteisesti nukkumiseen (Brand ym. 2014).

Nukkumisolosuhteilla, kuten makuuhuoneen melu-, valo- ja lämpötilatekijöiden huomioimisella, voidaan edistää nukkumista (Harris ym. 2012; Pihl & Aronen 2015, 104). Makuuhuone olisi hyvä rauhoittaa nukkumista varten, minkä vuoksi esimerkiksi tietokone ja televisio olisi hyvä siirtää pois makuuhuoneesta tai eristää ne sermillä (Pihl & Aronen 2015, 104-105). Lisäksi makuuhuoneen tulisi olla viileä, pimeä ja siisti (Pihl & Aronen 2015, 104-105). Makuuhuoneen suositeltava lämpötila on 18-21 astetta ja makuuhuone olisi hyvä tuulettaa ennen nukkumaan menoa. (Pihl & Aronen 2015, 104).

3.2 Rentoutuminen

Rentoutuminen on kokonaisvaltainen tapahtuma, jolla voidaan katkaista ajatuksissa, tunnetasolla ja käyttäytymisessä ilmenevän ylivireyden noidankehä (Järnefelt 2012a, 84). Elimistön ylivireystilassa sympaattinen hermosto aktivoituu nostaen sydämen sykettä ja hengitystiheyttä, kun taas rentoutuessa autonomisen hermoston toiminta painottuu parasympaattisen hermoston suuntaan, mikä tarkoittaa sydämen sykkeen ja hengityksen hidastumista (Järnefelt 2012a, 84).

Fysiologisesti rentoutuminen vaikuttaa autonomisen hermoston lisäksi ääreishermoston sekä immuuni- ja sisäeritysjärjestelmän kautta koko kehoon (Järnefelt 2012a, 84). Psykologisesti rentoutumiseen liittyy hallinnan tarpeesta luopuminen, periksi antaminen tai antaa mennä – asenne (Järnefelt 2012a, 84). Rentoutuminen on vaikeaa, mikäli sitä suoritetaan tai yritetään liikaa, toteaa Järnefelt (2012a, 84).

Rentoutumisella on useita positiivisia vaikutuksia, joiden vuoksi siitä on apua unettomuuden hoidossa. Rentoutuminen lisää stressinhallinta- ja keskittymiskykyä, itseymmärrystä sekä nopeuttaa fyysistä ja psyykkistä palautumista (Järnefelt 2012a, 84; Hollenbach ym. 2013; Konsta ym. 2013). Rentoutuessa stressihormonien, muun muassa kortisolin erityys vähenee (Berceli 2007). Progressiivisesta lihasrentoutuksesta (Cincotta ym. 2011; Järnefelt ym. 2011) on saatu hyviä tuloksia unettomuuden hoidossa, samoin autogeenisestä rentoutumisesta (Stetter & Kupper 2002; Unettomuus 2015).

3.3 Kognitiiviset ja behavioraaliset menetelmät

Kognitiiviset menetelmät käsittävät ajatukselliseen ylivireyteen liittyvät asiat, haitalliset ajattelutavat sekä huolet, joita työstetään rakentavilla tavoilla rauhoittaa pelkotiloja sekä purkaa huolia (Järnefelt 2012b, 61). Keinoina käytetään muun muassa huolihetkien pitämistä, hyväksymis- ja omistautumisterapeuttisia menetelmiä (HOT) (Järnefelt 2012b, 61) sekä tietoisien läsnäolon keinoja (Pihl & Aronen 2015, 139-150).

Behavioraalisilla menetelmillä pyritään säännöllisen unirytmien ylläpitämiseen sekä korjaamaan unettomuutta ylläpitäviä nukkumistottumuksia (Järnefelt 2012b, 60). Keinoina käytetään muun muassa vuoteessa oloajan rajoittamista sekä erilaisia uniärsykkeiden hallintamenetelmiä (Järnefelt 2012b, 60).

Kognitiivisia ja behavioraalisia menetelmiä voidaan käyttää unettomuuden hoidossa erikseen tai yhdistettynä. Kognitiivisbehavioraalinen terapia (CBT) on kokonaisvaltainen menetelmä, joka sisältää kognitiiviset ja behavioraaliset menetelmät, tiedon antamisen unesta ja unihäiriöistä, unen huollon sekä rentoutusmenetelmien käytön (Morin ym. 1999; Järnefelt 2012b, 60-61). CBT on todettu tehokkaimmaksi lääkkeettömistä unettomuuden hoitomenetelmistä (Unettomuus 2015) ja on unettomuuden hoidossa vaikutukseltaan vähintään yhtä tehokas kuin lääkehoito (Mitchell ym. 2012).

Kognitiivisbehavioraaliseen terapiaan (CBT) pohjautuvan itsehoitomenetelmän käyttö on lisääntynyt unettomuuden hoidossa (Ho ym. 2015). Tutkimusten mukaan se on tehokas ja hyväksytty menetelmä ja sitä voidaan suositella unettomuuden hoitoon paikoissa, joissa perinteinen CBT on vaikeasti saatavissa tai se on liian kallista (Thorndike ym. 2008; Ritterband ym. 2009; Ho ym. 2015). Mahdollisuus puhelinkonsultaatioon lisää CBT - pohjaisen itsehoitomenetelmän hyödyllisyyttä, toteavat Ho ym. (2015).

4 STRESSINPURKULIIKKEET, TENSION RELEASING EXERCISES

Tension Releasing Exercises (TRE), stressinpurkuliikkeet on kehollinen itsehoitomenetelmä, joka vaikuttaa kehoon sekä mieleen (Berceli 2007). Menetelmän kehittäjä on amerikkalainen stressin- ja traumanhoidon asiantuntija David Berceli, joka kehitti menetelmän toimiessaan sota- ja kriisialueilla (Berceli 2011, 5-7). TRE perustuu kehon luonnolliseen biologiseen ja neurologiseen kykyyn palautua stressaavista tai muista kuormittavista tilanteista (Berceli 2007). TRE aktivoi limbisen järjestelmän toimintaa ja parasympaattista hermostoa, mikä saa aikaan rauhoittumisen (Berceli 2007). Berceli on käyttänyt TRE -menetelmää yli 20 vuotta eri puolilla maailmaa ja se on kustannustehokas, laajasti saatavilla riippumatta sosiaaliluokasta, arvoista, moraalista tai uskomuksista (Berceli 2007; Berceli 2015, 3). Viime vuosina on kiinnostus TRE -menetelmää kohtaan kasvanut ja sen käyttö on lisääntynyt (McCann 2011).

TRE -menetelmään kuuluu seitsemän harjoituksen liikesarja, jolla kehoa valmistellaan tärinään (Berceli 2007; Berceli 2011, 81-89). Ensimmäiset viisi liikettä tehdään seisten, kuudes liike nojaamalla seinää vasten ja seitsemäs liike lattialla selinmakuulla (Berceli 2007; Berceli 2011, 81-89). Harjoitukset tehdään paljain jaloin tai luistamattomat sukat jalassa (Berceli 2007; Berceli 2011, 81-89).

Ensimmäisessä liikkeessä seistään polvet hieman koukussa, jalat hieman lantion leveyttä leveämmässä asennossa. Paino siirretään vuorotellen jalkaterien sisä- ja ulkosyrjälle siten, että paino on toisen jalkaterän sisäsyryllä ja toisen jalkaterän ulkosyryllä (Berceli 2007). Viivytään asennossa 2-3 hengityksen ajan ja toistetaan viisi kertaa molemmin puolin (Berceli 2007). Toisessa liikkeessä seistään käyntiasennossa: toinen jalka edessä ja toinen takana. Noustaan edessä olevan jalan varpaille, takana oleva jalka tasapainottaa liikettä. Tarvittaessa otetaan tukea esimerkiksi seinästä tai tuolin selkänojasta. Varpaille nousu toistetaan 10-15 kertaa tai niin pitkään, että tunnetaan lievä väsymys pohjelihaksessa. (Berceli 2007; Berceli 2011, 81-82; Berceli 2015, 297-298.)

Kolmannessa liikkeessä tukeudutaan käsillä kevyesti lattiaan, taivutetaan ylävartalo eteen polvista koukistaen, Toinen jalka on tukijalka ja toinen jalka nostetaan irti alustasta polvi koukussa. Tukijalan polvea koukistetaan ja ojennetaan työntäen lantiota kohti kattoa. Liike toistetaan 10-15 kertaa kummallakin jalalla tai kunnes aletaan tuntea väsymystä reidessä.

Neljännessä liikkeessä seisotaan jalat reilussa haara-asennossa, polvet hieman koukussa varpaiden osoittaessa suoraan eteenpäin. Taivutetaan ylävartalo eteen alas, kädet kohti lattiaa, hartiat ja niska mahdollisimman rentoina. Pysytään ja hengitellään asennossa 2-3 hengityksen ajan, minkä jälkeen viedään ylävartalo ja kädet toisen jalan puoleen. Pysytään ja venytään asennossa 2-3 hengityksen ajan, minkä jälkeen ylävartalo ja kädet viedään toisen jalan puoleen, missä viivytään 2-3 hengityksen ajan. Lopuksi viedään ylävartalo keskelle ja työnnetään kädet jalkojen välistä taakse niin pitkälle kuin mahdollista kämmenselät lattiaa vasten ja hengitellään rauhallisesti 2-3 kertaa. Tämän jälkeen nostetaan ylävartalo rauhallisesti ylös. (Berceli 2007; Berceli 2011, 83-85; Berceli 2015, 299-300.)

Viidennessä liikkeessä venytetään lonkan koukistajia ja lantionseutua. Seistään polvet hieman koukussa ja laitetaan kädet ristiselän taakse tukemaan alaselkää. Työnnetään lantiota eteen ja taivutetaan selkää kaarelle sen verran kuin oma selkä sallii, kivuttomasti. Hengitetään rauhallisesti 2-3 kertaa, minkä jälkeen kierretään ylävartalo sivulle ja käännetään katse vaakatasossa samalle puolella. Pysytään asennossa 2-3 hengityksen ajan, minkä jälkeen ylävartalo ja pää käännetään toiselle puolelle. Pysytään asennossa ja hengitetään rauhallisesti 2-3 kertaa. Lopuksi käännetään pää ja ylävartalo keskelle ja pysytään venytyksessä 2-3 hengityksen ajan, minkä jälkeen ojentaudutaan rauhallisesti suoraksi. Päätteeksi voidaan vielä taivuttaa ylävartalo eteen selkä pyöreänä. (Berceli 2007; Berceli 2011, 86; Berceli 2015, 301.)

Kuudennessa liikkeessä nojataan selkä ja hartiat seinää vasten ja koukistetaan polvet. Jalat tulee asettaa siten, että seinään nojattaessa varpaat ovat polvien etupuolella ja polvet koukussa maksimissaan 90 asteen polvikulmassa. Liike aloitetaan alhaalta, jossa pysytään muutaman hengityksen ajan ja nousee vähitellen ylöspäin, 2-3 senttiä kerrallaan, selkä pidetään harjoituksen aikana kiinni seinässä. Välillä voidaan ojentautua ylös, ravistella jalkoja ja asettautua uudestaan seinää vasten. Tärinää tunnetaan usein tässä asennossa ja seinäharjoitusta voidaan jatkaa 5-10 minuuttia. (Berceli 2007; Berceli 2011, 87; Berceli 2015, 302.)

Seitsemäs eli viimeinen harjoitusliike tehdään selinmakuulla. Ensin levätään hetki raajat suorina alustalla ja kuunnellaan kehon tuntemuksia. Tämän jälkeen koukistetaan ja käännetään polvet sivulle ja laitetaan jalkapohjat vastakkain. Tässä asennossa nostetaan lantio ylös ja pidetään se ylhäällä noin minuutin ajan. Lantio lasketaan alas ja tarvittaessa voidaan ojentaa jalat hetkeksi suoriksi. Tämän jälkeen koukistetaan ja käännetään polvet sivulle ja laitetaan jalkapohjat vastakkain ja annetaan jalkojen olla hetken aikaa auki niin paljon kuin

mahdollista. Tämän jälkeen nostetaan polvia hieman ylöspäin, 3-5 senttiä kerrallaan. Polvien nostamista ylöspäin jatketaan rauhalliseen tahtiin kunnes polvet osoittavat kohti kattoa. Tärinää voidaan tuntea eri kohdissa ja sen kuuntelemista voidaan jatkaa 15-20 minuuttia. Tärinä yleensä lakkaa, kun ojennetaan jalat suoriksi (Berceli 2007; Berceli 2011, 88-89; Berceli 2015, 303-305). Harjoituksen päätteeksi ojennetaan jalat suoriksi ja voidaan laittaa raajat X-asentoon. Lopuksi käännytään kyljelle ja koukistetaan polvet vatsan eteen. Tässä niin sanotussa sikiöasennossa levätään hetken aikaa ennen kuin nouseaan kyljen kautta istumaan. (Berceli 2007; Berceli 2011, 89; Berceli 2015, 306.)

Tärinä alkaa yleensä lantion seudusta ja tavoitteena on, että tärinä etenee ja tuntuu harjoittelun myötä koko kehossa (Berceli 2011, 27-28). Keskeisellä sijalla menetelmässä ovat lonkan koukistajalihakset, jotka ovat kehon vahvimpia lihaksia ja niin sanotut ”taistele-pakene” -lihakset (Berceli 2007; Berceli 2011, 37). Tärinä on jokaisella ihmisellä erilainen ja sen eteneminen on yksilöllistä (Berceli 2007). Tärkeää on sallia kehon tärinä omalla tavalla, koska keho tärisee sillä tavalla kuin sille on kulloinkin tarpeen (Berceli 2011, 91). Tärinää ei ole tarkoitus arvostella, ainoastaan sitä voi opetella tarkkailemaan, toteaa Berceli (2011, 91).

TRE -harjoittelu sopii pääosin kaikille, joille on sallittu fyysinen harjoittelu (Berceli 2007). Liikkeitä sovelletaan tarvittaessa yksilöllisesti. Berceli (2011, 79-80) suosittaa maltillista harjoittelun aloittamista, tarvittaessa TRE -ohjaajan ohjauksessa. Harjoittelun aloittamista ei suositella henkilöille, joilla on vaikea sydän- ja verisuonisairaus tai mielenterveysongelma eikä myöskään raskaana oleville (Berceli 2007; Berceli 2015, 295-296). Lisäksi on syytä keskustella lääkärin kanssa, mikäli on hankalia tule-oireita tai on epävarma siitä, että soveltuuko menetelmä itselle (Berceli 2015, 294).

TRE -menetelmä vaikuttaa nopeasti ja sillä on pääasiassa myönteisiä vaikutuksia: se auttaa vapautumaan syvällä olevista jännitystiloista, lievittää stressioireita ja rentouttaa (Berceli 2007; Berceli 2011, 27). Liian usein tai pitkään kerrallaan jatkuva harjoittelu voi aiheuttaa epämiellyttäviä tuntemuksia, ahdistusta tai levottomuutta, minkä vuoksi harjoittelussa on tärkeää itsesääteily sekä kehollisten tuntemusten kunnioittaminen (Berceli 2015, 294-295). Itsesääteily ja yhteys omaan kehoon on harjoittelussa tärkeää myös siksi, koska tärinä aktivoituu aivorungon alueelta, joka on tietoisuuden toiminnan säätelyn ulkopuolella (Berceli 2007). Tärinän esiintymistä eläimillä pidetään luonnollisena, mutta ihmisillä sitä on pidetty patologisena, eri sairauksiin liittyvänä oireena (Berceli 2007; Berceli 2015, 7).

4.1 Itsesäätely

Itsesäätely on yksi ihmisen tärkeimmistä taidoista ja sen ymmärtäminen on välttämätöntä ihmisen kehityksen ymmärtämisen kannalta (Posner & Rothbart 2009). Itsesäätelytaidot ovat yksilön käyttäytymisen, tunteiden ja sosiaalisuuden perusta, jota voidaan kehittää ja vahvistaa monilla tavoin (Baumeister 1996; Higgins 1996). Itsesäätely voidaan määrittää ihmisen kyvyksi säädellä ajatuksia, tunteita ja toimintaa sekä taidoksi hallita sisäisiä ja ulkoisia vaatimuksia sekä sosiaalista vuorovaikutusta (Muraven ym. 1999; Heatherton & Wagner 2011; Rofey ym. 2013).

Hyvä itsesäätelytaito tukee toimivia ihmissuhteita, työssä menestymistä sekä henkistä hyvinvointia, mutta heikko itsesäätelytaito voi aiheuttaa sosiaalisia, taloudellisia ja terveydellisiä ongelmia mm. ylipainoa ja päihdeongelmia (Heatherton & Wagner 2011; Kelley ym. 2015). Itsesäätelytaito nähdään tärkeänä terveyskäyttäytymistä tukevana tekijänä, esimerkiksi fyysisessä harjoittelussa tai terveellisen ruokavalion noudattamisessa (Hagger 2009). Itsesäätelytaitoa voidaan vahvistaa harjoittelulla (Muraven ym. 1999; Gailliot MT ym. 2007; Muraven 2010)

Uni on yhdistetty itsesäätelyn sosiaalipsykologisiin malleihin, joiden terveyskäyttäytymisen tuloksia selittävänä tekijänä uneen liittyvät tekijät nähdään (Hagger 2009). Loft (2011) toteaaakin, että itsesäätelytaitojen ja unen tutkimiseen on tarvetta edelleen, jotta ymmärrettäisiin paremmin itsesäätelyyn liittyvien kognitiivisten prosessien, tunteiden ja käyttäytymisen periaatteita.

4.2 Kehotietoisuus

Kehotietoisuuden käsitteelle ”body awareness” annetaan harvoin selkeää määritelmää, vaikka siitä on kehkeytynyt viime vuosina tieteellisen tutkimuksen kohde. Kehotietoisuuden fokuksena on tarkkaavaisuus ja tietoisuus kehon sisäisistä tuntemuksista sekä käsitys kehollisesta olotilasta, prosesseista ja toiminnoista, joiden oletetaan saavan alkunsa asento- ja liikeaistiin liittyvistä sekä sisäelimestä tietoa välittävistä aistinreseptoreista (Klemola 2005, 78, 85; Mehling ym. 2009). Kehotietoisuus sisältää sekä spesifien fyysisten aistimusten (esim. sydämen syke) että monimutkaisempien toimintakokonaisuuksien (kipu, rentoutumisen tunne,

tunteiden keholliset aistimukset) tiedostamisen (Mehling ym. 2009, Emanuelsen ym. 2015). Lisäksi kehotietoisuus nähdään interaktiivisena ja dynaamisena prosessina, joka heijastaa monimutkaisia neuraalisia toimintoja, sisältää kognitiivisia arvioita ja tiedostamattomia osia (Mehling ym. 2009). Mehlingin ym. (2009) mukaan kehotietoisuuteen vaikuttavat yksilön asenteet, uskomukset, kokemukset sekä oppiminen sosiaalisessa ja kulttuurisessa kontekstissa.

Kehotietoisuus on moniulotteinen käsite, jonka määrittelyssä fyysiset, henkiset ja emotionaaliset näkökulmat ovat merkittävät elementit (Brytek-Matera & Koziel 2015). Nämä ovat vuorovaikutuksessa keskenään koko ajan ja niiden välillä on jatkuva tiedon virtaus, joka ilmenee tiedostamalla jokainen liike, huomioimalla sensoriset ärsykkeet, aistimukset ja tunteet sekä olemalla läsnä (Brytek-Matera & Koziel 2015).

Filosofian dosentin ja kehotietoisuuden opettajan Timo Klemolan (2005, 86-87) mukaan kehon viestejä opitaan jopa välttämään, eikä olla lainkaan tietoisia siitä, mitä kehossa koetaan. Eletään mielikeskeisessä kokemuksessa, jossa ajatellaan, suunnitellaan ja muistetaan (Klemola 2005, 86). Myös aistit suuntautuvat ulospäin näkemään, kuulemaan ja maistamaan, jolloin sisäiset tuntemukset jäävät huomioimatta (Klemola 2005, 86). Keho toimii automaattisesti, esimerkiksi kävellessä ja portaita noustessa ja useimmiten tullaan tietoiseksi kehosta vasta silloin, kun tunnetaan kipua tai keho ei toimi toivotulla tavalla (Klemola 2005, 86-87, 91).

Kehotietoisuudelle löytyy laajasti erilaisia määritelmiä tarkasteltavasta näkökulmasta riippuen (Bekker ym. 2008; Mehling ym. 2009). Roxendalin (1985, 10) mukaan kehotietoisuus on kaiken kattava käsite kehon kokemisesta, käytöstä ja sen hallinnasta. Kehotietoisuus korostaa kehon subjektiivista, kokemuksellista ja aistimuksellista näkökulmaa (Cioffi 1991; Saari ym. 2014, 7) ja se voidaan nähdä `tarkkailijana` stressiin liittyvien fyysisten oireiden suhteen aloitettaessa stressiä lievittäviä interventioita, toteavat Baas ym. (2004).

Kehotietoisuutta lisäävillä menetelmillä, kuten mindfulness-, jooga- ja taiji-harjoittelulla on todettu myönteinen vaikutus nukkumiseen (Ong ym. 2008, Cincotta ym. 2011, Mehling ym. 2011; Yang ym. 2012; Hollenbach ym. 2013). Myös kehollinen itsehoitomenetelmä, TRE tukee kehotietoisuutta, koska harjoittelussa on tärkeää kehon kuuntelu ja yhteyden säilyttäminen omaan kehoon (Berceli 2007; Berceli 2011, 28).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän interventiotutkimuksen tarkoituksena on selvittää työikäisten kokemuksia TRE-harjoittelusta ja nukkumisesta.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

Millaisia kehollisia kokemuksia osallistajat toivat esiin?

Millaisena osallistajat kokivat ryhmän merkityksen?

Millaisia kokemuksia osallistujilla oli nukkumisesta?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksessa toteutetaan työikäisille suunnattu 10-viikkoinen TRE -harjoitteluun pohjautuva interventio, jonka tavoitteena on tutkia osallistujien kokemuksia TRE -menetelmästä ja nukkumisesta intervention aikana.

6.1 Osallistujat

Tutkimukseen osallistujien rekrytointi tapahtui erään Itä-Hämeen kaupungin Kunnossa kaiken ikää -hankkeen sekä kaupungissa toimivien työterveyshuoltojen kautta. Tutkimusesite lähetettiin yhteistyötahoille sähköpostitse. Lisäksi tutkimusesite lähetettiin sähköpostitse peruskoulun (ala- ja yläkoulu) ja toisen asteen oppilaitosten (lukio ja koulutuskeskus Salpaus) rehtoreille sekä kirjastoon, jossa se oli esillä yleisillä ilmoitustauluilla. Tutkimuksesta kiinnostuneet ilmoittautuivat sähköpostitse, minkä jälkeen tutkija varmisti jokaiselta ilmoittautuneelta, että osallistumiskriteerit (työikäinen ja koettu uniongelma) täyttyivät.

Tutkimukseen ilmoittautui 15 henkilöä, joista kolmetoista saapui ensimmäiseen ryhmäohjaukseen. Kahdesta poissaolleista ei kumpikaan pystynyt jatkossa sitoutumaan viikoittaiseen tapaamiseen, joten heidät jätettiin pois tutkimuksesta. Lopullinen osallistujamäärä oli 10, koska kolme henkilöä luopui tutkimuksesta terveydellisten ja aikataulullisten tekijöiden vuoksi. Osallistujien taustatiedot on kuvattu alla (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Osallistujien taustatiedot

lukumäärä	10
sukupuoli	
- nainen	8
- mies	2
Ikä	
- keskiarvo	47.6
- vaihtelu	34 – 60
Työ	
- päivätyö	10
- ruumiillisesti kevyt työ	9
- ruumiillisesti keskiraskas työ	1
Liikunta-aktiivisuus; vähintään 30 min kerrallaan	
- 2-6 x/vko	7
- joka päivä	3

6.2 Intervention kuvaus

Tutkimukseen kuului 10 viikkoa kestävä ryhmämuotoinen interventio, joka sisälsi kerran viikossa ohjatun TRE -harjoituksen ryhmässä sekä osallistujien itsenäisen harjoittelun 1-3 x/vko. Ryhmäohjauksesta vastasi tutkija, jolla on TRE -ohjaajakoulutus. Ryhmäohjauksen kesto oli 90 minuuttia. Ensimmäinen ja viimeinen ryhmäohjaukset olivat pidempiä, noin 120 minuuttia tutkimussuostumuksen ja BNSQ -unikyselylomakkeen (liite 1) täyttämisen vuoksi.

Ensimmäisellä kerralla osallistujia informoitiin TRE -menetelmästä, kotiharjoittelusta ja sen kirjaamisesta. Tuotiin esiin tutkimuksen luottamuksellisuus ja se, että ryhmässä käsiteltävät asiat jäävät osallistujien keskuuteen. Ensimmäisen kerran lopuksi jaettiin päiväkirjat sekä kirjalliset ohjeet TRE -harjoitteluliikkeistä, joiden käyttämiseen oli kysytty lupa David Berceleitä. Kaksi osallistujaa valitsi päiväkirjan kirjoittamisen sähköisesti. Lisäksi tuotiin esiin, että kaikkiin ryhmäohjauksiin osallistuminen on tärkeää ja mahdollisista poissaoloista ilmoitetaan ohjaajalle.

TRE -menetelmään kuuluvat harjoitusliikkeet käytiin läpi joka kerta sekä keskusteltiin kotiharjoitteluun liittyvistä asioista osallistujien kysymysten pohjalta. Ensimmäisillä kerroilla harjoitusliikkeiden ohjaamiseen käytettiin enemmän aikaa, jotta osallistujat oppivat tekemään liikkeet kunnolla. Viimeisillä ryhmäohjauskerroilla jätettiin enemmän aikaa itse tärinälle. Ohjaaja antoi tarvittaessa ohjeita ja huolehti siitä, että harjoitus sujui turvallisesti.

Jokaisen ryhmäharjoituksen päätteeksi käytiin loppukeskustelu, jossa osallistujat saivat jakaa harjoituskokemuksia sen verran kuin halusivat sekä esittää tarvittaessa kysymyksiä. Osallistujat saivat jakaa muutaman kerran kokemuksia myös pareittain ja pienryhmissä ennen yhteistä loppukeskustelua, jonka tavoitteena oli myös olotilan rauhoittuminen ennen kotiin lähtöä.

Osallistujille jaettiin Vivofit2 -aktiivisuusrannekkeet intervention puolesta välissä. Rannekkeen käytön tarkoituksena oli antaa osallistujille tietoa päiväaikaisesta aktiivisuudesta ja nukkumisesta. Vivofit2 -ranneke voidaan liittää tietokoneeseen tai mobiililaitteeseen ja sen avulla voidaan seurata liikunta-aktiivisuutta (askelmäärä, äänimerkki tunnin istumisen jälkeen), kalorikulutusta sekä unta (kevyt-syvä uni) (Vivofit2 2015). Ranneke ei ollut

tutkimuksellinen mittari, koska se ei ole validoitu ja sen käyttö perustui vapaaehtoisuuteen. Osa osallistujista käytti mittaria loppuintervention ajan. Osa palautti rannekkeen lyhytaikaisen kokeilun jälkeen, koska heillä oli vastaavanlainen itselle tai rannekkeen käyttäminen koettiin yöunta häiritsevänä.

Viimeisellä kerralla osallistujat täyttivät BNSQ -unikyselylomakkeen, palauttivat päiväkirjan sekä kirjalliset kotiharjoitusohjeet, joiden palauttamisesta sovittiin intervention alussa. Kaksi osallistujaa palautti harjoituspäiväkirjan sähköisesti intervention päättymisen jälkeen.

6.3 Tutkimusmenetelmä ja aineisto

Tämä tutkimus on laadullinen, koska haluttiin selvittää ja ymmärtää tutkittavien kokemusta luonnollisissa tilanteissa sekä saada tietoa ilmiöön liittyvistä syy-seuraussuhteista (Metsämuuronen 2006, 208; Kylmä & Juvakka 2007, 23, 28). Lisäksi tiedetään vähän osallistujien kokemuksista osallistua harjoitusinterventioihin, minkä vuoksi on tarvetta laadulliselle tutkimukselle, toteavat Kerkelä ym. (2015). Laadullisella tutkimuksella voidaan lisätä ymmärrystä harjoitusinterventioiden vaikuttavuudesta osallistujien näkökulmasta, koska se antaa tietoa osallistujien kyvyistä ja psykologisista tarpeista (Kerkelä ym. 2015).

Kylmä ja Juvakka (2007, 28) tuovat esiin tutkijan aktiivisen roolin sekä vuorovaikutteisuuden laadullisessa tutkimuksessa, mikä tässä interventiossa oli oleellista. Ryhmäohjaukset vaativat vuorovaikutuksellista otetta, lisäksi tutkija piti päiväkirjaa koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuspäiväkirja on Hirsjärvi ym. (2009, 45) mukaan hyvä apuväline tutkimuksen edetessä ja tutkimusprosessin raportointivaiheessa.

Laadullisen tutkimuksen aineisto on usein valmiiksi kirjoitettu kuten tässäkin tutkimuksessa, jossa aineistonkeruumenetelmänä käytettiin päiväkirjaa (Metsämuuronen 2006, 238). Tutkimuksellisesti päiväkirja voidaan rinnastaa kyselylomakkeeseen, jolla haetaan vastauksia spesifiin kysymyksiin ja on tärkeää, että päiväkirjan täyttäjät tietää, mitä on tehtävä, miksi ja milloin (Hirsjärvi ym. 2009, 219-220). Aineisto koostui kymmenestä päiväkirjasta. Päiväkirja-aineisto kirjoitettiin puhtaaksi tutkijan toimesta ja aineistoa kertyi yhteensä 70 sivua rivivälillä 1, Times New Romania ja fonttikokoa 12 käyttäen.

Toisena aineistonkeruumenetelmänä käytettiin Markku Partisen laatimaa pohjoismaista unikyselylomaketta (BNSQ-FIN2008). BNSQ -unikyselylomake sisältää henkilötietojen lisäksi nukkumiseen ja unettomuuteen liittyviä kysymyksiä (25 kappaletta). Useimmat kysymykset ovat Likert-asteikollisia (1-5) ja viimeisenä on avoin kysymys unihäiriön kuvaamista varten. BNSQ -unikyselylomake on laajasti käytetty Pohjoismaisissa tutkimuksissa ja se on todettu validiksi (Partinen & Gislason 1995). Lupa unikyselylomakkeen käyttämiseen kysyttiin Markku Partiselta sähköpostitse. Unikyselyyn liitettiin tutkijan toimesta muutama lisäkysymys. Lisäkysymyksillä kartoitettiin tutkimukseen osallistuvien työn luonnetta ja kuormittavuutta sekä osallistujien fyysistä aktiivisuutta, suhtautumista nukkumiseen ja uneen liittyviä itsehoitokeinoja (liite 2).

6.4 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin laadullisella aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä Schreierin (2012) sekä Tuomen ja Sarajärven (2013) mukaan. Tässä työssä tarkoituksena oli aineistossa ilmenevien merkitysten systemaattinen kuvaaminen tutkimuskysymysten näkökulmasta (Schreier 2012, 61) sekä perustiedon hakeminen ilmiön perusolemuksesta (Eskola ja Suoranta 1998, 19). Tutkija tiedosti omat ennakkokäsitykset aiheesta sekä suhtautui avoimin mielin aineistoon ja sen analysointiin (Eskola & Suoranta 1998, 19-20; Tuomi & Sarajärvi 2013, 96).

Päiväkirjat numeroitiin ja jokainen päiväkirja muodosti yhden analyysiyksikön. Osallistujille annettiin uudet nimet anonyymiteetin varmistamiseksi. Aineisto luettiin useampaan kertaan ja huolellisen lukemisen myötä hahmottui merkitykselliset asiat, jotka alleviivattiin. Aineisto jaettiin merkitysyksiköihin, joiden koko vaihteli sanaparista useampaan lauseeseen. Analyysiin otettiin mukaan pääosin koko aineisto, koska pienen aineiston kohdalla haluttiin varmistua siitä, että mitään keskeistä ei jää pois (Schreier 2012, 168).

Merkitysyksiköiden mukaisista alkuperäisilmauksista muodostettiin pelkistetyt ilmaukset, jotka numeroitiin. Tämän jälkeen etsittiin pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia niitä yhdistellen ja ryhmitellen. Näin toimittiin koko aineiston eli kaikkien analyysiyksiköiden kohdalla. Ryhmittelyjen pohjalta alkoi hahmottua alaluokat, joiden perusteellisen pohdinnan ja tarkastelun jälkeen muodostettiin relevantit pääluokat. Aineistoa ei voida analysoida ilman perusteellista pohdintaa ja luokkia muodostettaessa pidettiin koko ajan mielessä tutkimuskysymykset (Schreier 2012, 61, 95).

Luotettavuuden varmistamiseksi osa aineistosta luokiteltiin uudestaan kahden viikon kuluttua ensimmäisestä luokittelusta (Schreier 2012, 167, 174-175). Uudelleen luokitukseen valittiin laajimmat analyysiyksiköt, jotta ilmiöstä saataisiin mahdollisimman laaja-alaista tietoa ja jotta lopullinen analyysikehys kattaisi mahdollisimman hyvin aineiston merkitykset. Tämän jälkeen verrattiin kahden luokittelun yhdenmukaisuutta sekä tarkasteltiin luokkien toimivuutta, minkä pohjalta tarkentui muutosta vaativat kohdat sekä luokkien määrä ja sisältö (Schreier 2012, 164). Muutokset eivät olleet suuria, joten koko aineiston uudelleen luokittelu ei ollut tarpeen (Schreier 2012, 164-165). Tämä vaihe on tärkeä, koska luokittelun yhdenmukaisuus kertoo luokittelun laadusta ja analyysin hyväksyttävyydestä (Schreier 2012, 167-169).

Lopullisten luokkien määrästä ja analyysikehysten rakenteesta päättää tutkija, joka katsoo mikä on relevanttia (Schreier 2012, 61). Aluksi oli tarkoitus tehdä jokaisesta analyysiyksiköstä oma analyysikehys ja oma tarinansa, mutta alkuperäisilmauksista muodostetut pelkistetyt ilmaukset ryhmittelyineen olivat pitkälti saman sisältöisiä, minkä vuoksi päädyttiin yhteen analyysikehykseen. Tässä tutkimuksessa päiväkirja-aineiston analyysissa muodostettiin yhteensä 35 alaluokkaa ja kuusi pääluokkaa. Analyysin etenemistä on havainnollistettu esimerkillä (taulukko 2).

Unikyselyaineisto analysoitiin frekvenssein ja prosenttiluvuin. Metsämuuronen (2006, 333) toteaa, että aineiston informaatio pitää tiivistää tunnetuksi tunnusluvuksi, kuten frekvenssi, keskiarvo ja prosentti. Analyysiin valittiin unihäiriötä keskeisesti kuvaavat kysymykset, joita muokattiin analyysivaiheessa tutkittavan ilmiön kannalta tarkoituksenmukaisemmiksi muuttamalla, tiivistämällä viisiasteikolliset vastaukset kolmeasteikollisiksi (Metsämuuronen 2006, 335-336). Alku- ja loppukyselyn tuloksia verrattiin toisiinsa, mikä on kirjoitetun tekstin ohessa havainnollistettu taulukoin.

TAULUKKO 2. Esimerkki analyysin etenemisestä

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
”harjoitus oli todella voimakas tärinän suhteen”(P3) ”tärinä oli vielä vaatimatonta” (P6)	Voimakas tärinä Mieto tärinä	Vaihteleva voimakkuus	MONINAINEN TÄRINÄ
”tärinä vuorotellen jaloissa ja ylävartalossa, jalat tärisee, ylävartalo veivaa kuin aallokko” (P8) ”viimeisessä liikkeessä rauhallista tärinää ja kevyttä ”kehon soutamista” (P9)	Vuorottainen tärinä ja aaltomainen liike Rauhallinen tärinä ja edestakainen liike	Vaihteleva rytmi	
” tuntui kuin värinä olisi lähtenyt selkäytimestä ja levinnyt sieltä sivuille ja alaspäin” (P5) ”seinällä alkoi värinät taas hartioista selkää pitkin pakaroihin” (P9)	Tärinän leviäminen sivuille ja alas Tärinä hartioista pakaroihin	Kehossa etenevä	
”värinä voimakkaampaa vasemmalla puolella kehoa” (P10) ”tärinää molemmin puolin” (P4)	Vasemmanpuoleinen tärinä kehossa Molemminpuolinen tärinä	Symmetrian vaihtelu	
”pieni väräily ”pinnan alla” jatkuu vaikka jo istutaan” (P8) ”tein harjoituksen alusta loppuun, missään vaiheessa ei tuntunut värinää eikä tärinää (P5)	Tärinän jatkuminen harjoituksen jälkeen Tärinättömyys	Itsenäinen ja yllätyksellinen	
”sain tärinän nousemaan ylös pakottamalla polvet yhteen” (P1) ” jalkojen asentoa vaihtamalla saan kohdistettua jalkojen vatkamista eri puolille alakehoa” (P10)	Tärinän siirtäminen kehossa ylöspäin Tärinän kohdistaminen eri puolille kehoa	Ohjattavissa oleva	
”hyvin venyy takareidet” (P8) ”voimakas alaraajaväsymys” (P1)	Takareisien venyminen Alaraajojen väsyminen	Lihaksia venyttävä ja väsyttävä	
”kaiken kaikkiaan tärinä auttaa kipuun ja lantionseutu jotenkin rennompi kuin aloitettaessa” (P7) ”särkylääkkeiden käyttö vähentynyt” (P2)	Kivun lieventyminen Kipulääkityksen vähentyminen	Kipua lievittävä	

7 TULOKSET

Päiväkirja-aineiston tulosten mukaan osallistujien TRE -kokemukset rakentuivat moninaisesta tärinästä, valinnoista ja kokeiluista, erilaisista tunne- ja olutiloista, kehon viestien huomioimisesta, ryhmän merkityksestä sekä vaihtelevasta unikokemuksesta. Tuloksia havainnollistetaan kuvilla sekä päiväkirjoista poimituilla suorilla lainauksilla (P = päiväkirja).

Unikyselyaineiston tulosten mukaan interventio toi myönteisiä asioita nukkumiseen: nukahtamisaika lyheni, aamu- ja päiväaikaista väsymystä esiintyi jonkin verran harvemmin intervention lopussa kuin intervention alussa. Unikyselyaineiston tuloksia havainnollistetaan taulukoiden avulla.

7.1 Tärinän moninaisuus

Interventioon osallistuneet kokivat TRE -harjoitteluun kuuluvan tärinän usealla tavalla, mitä ilmentää päiväkirjojen kuvaukset tärinän moninaisesta luonteesta (kuva 1).



KUVA 1. Osallistujien kokemuksia harjoittelutärinän luonteesta

Tyypillistä oli, että tärinä koettiin alkuun pienenä, lievänä tai vaimeana. Useamman harjoittelukerran myötä tärinä useimmiten voimistui ja sitä kuvattiin mm. vispauksena, voimakkaana vatkauksena tai ravistuksena. Toisaalta muutama osallistuja koki tärinän jo

ensimmäisessä ryhmäharjoituksessa voimakkaana ja toisaalta harjoittelun edetessä koettiin ajoittain vaimeaa tärinää.

Tärinän voimakkuuden vaihtelun lisäksi osallistujat kokivat tärinän rytmin vaihtelevana, mikä nousi kaikissa päiväkirjoissa esiin. Tärinä saattoi olla tasaista, aaltoilevaa, jaksottaista tai nykäyksittäistä. Tärinä koettiin ajoittain epäsymmetrisenä ainoastaan toisella puolella kehoa tai toisessa ylä- tai alaraajassa. Voimakkaammin tärisevä kehon puolisko tai kehon osa koettiin heikommaksi, kireämmäksi tai kehon osaan oli sattunut aiemmin jokin vamma.

Kaikki osallistujat kuvasivat tärinän etenemistä kehon osasta toiseen. Tärinä alkoi yleensä jaloista ja lantion seudusta, josta se nousi ylävartaloon, käsiin ja joillakin osallistujilla päähän saakka. Toisaalta joillakin kerroilla tärinä alkoi ylävartalosta ja laskeutui siitä alaspäin, erityisesti seinäharjoituksessa. Suurin osa osallistujista tunsii tärinää koko kehossa. Tyypillisesti tärinän eteneminen uusiin kehon osiin koettiin uutena, erilaisena ja positiivisena kokemuksena sekä harjoittelussa edistymisenä. Sen sijaan paikallaan pysyvä ja mieto tärinä koettiin harmittavana, toisaalta luonnollisena asiana.

”Tärinä oli vihainen ja raju, sen piti päästä ulos” (P1)

”Tein ohjelman alusta loppuun. Missään vaiheessa ei tuntunut värinää eikä tärinää. Harmi.” (P5)

”En pidä vatkauksen puuttumista/vähyyttä mitenkään huonona asiana, koska värinää kuitenkin esiintyy. Jokainen ihminen on oma yksilö.” (P10)

Suurin osa osallistujista toi esiin tärinän itsenäisyyden, joka koettiin yllätyksellisenä ja ennalta arvaamattomana. Tärinä saattoi alkaa nopeasti, loppua yllättäen tai tärinää piti houkutella pitkään tai sitä ei tullut lainkaan. Liika yrittäminen ei tuonut tärinää, mikä nousi muutamassa päiväkirjassa esiin. Osa osallistujista kuvasi itsenäisen tärinän vastapainoksi sitä, kuinka he saivat ohjattua tärinän kehon osasta toiseen.

”Sain tärinän nousemaan ylös pakottamalla polvet yhteen, ensimmäisen kerran tällä tekniikalla. Vaihtelin kaksi kierrosta tärinää salmiakista keskivartaloon ja siitä jalat ylös.” (P1)

”Lämmittelyliikkeiden jälkeen tärinävaiheessa oli mielenkiintoista huomata, miten itse ei voinut vaikuttaa tärinän etenemiseen.” (P4)

Päiväkirja-aineistosta nousi myös esiin se, että tärinä koettiin alaraajoja väsyttävänä, erityisesti voimakkaan tärinän yhteydessä. Toisaalta osallistujat toivat esiin, että olivat ennen TRE -harjoitusta kuormittaneet alaraajoja kuntosalilla, lenkillä tai raskaissa pihatöissä. Tärinä koettiin myös venyttävänä. Erityisesti ne osallistujat, jotka tekivät harjoituksen aamulla kuvasivat harjoittelun hyvänä venyttelynä. Tärinä koettiin myös palauttavana, esimerkiksi edellisen päivän kuormittavan pyörä- tai juoksulenkin jälkeen. Osa osallistujista koki tärinän kipua lievittäväksi, erityisesti selän osalta, koska se rentoutti lantion seutua. Tärinä saatettiin kokea voimakkaimpana kipukohdassa, mutta samalla hyvänä ja hoitavana. Yksi osallistuja toi esiin särkylääkkeiden käytön vähenemisen TRE-harjoittelun myötä.

”Tärinä todella voimakasta alaselän kipukohdassa. Harjoituksen jälkeen selkä oli parempi.” (P8)

7.2 Erilaiset valinnat ja kokeilut

Päiväkirjoista kävi ilmi, että TRE -harjoittelua toteutettiin eri tavoin ja se pyrittiin sovittamaan osaksi omaa arkea. TRE -menetelmä koettiin myös mahdollisuutena (kuva 2).



KUVA 2. Itsenäiseen TRE -harjoitteluun liittyvät tekijät

Suurin osa sovitti kotiharjoittelun osaksi muuta liikuntaharrastusta tai kotiaskareita ja teki TRE -harjoituksen esimerkiksi kuntosalin, lenkin, jumpan, pihatöiden tai siivouksen jälkeen. Osa teki koko harjoitusohjelman alusta loppuun, mutta suurin osa siirtyi ensimmäisten harjoitusviikkojen jälkeen suoraan seinä- tai lattiaharjoitukseen oman liikuntaharrastuksensa jälkeen.

Tyypillistä TRE -harjoittelussa oli myös se, että haettiin parempaa tärinäasentoa vaihtelemalla alaraajojen asentoa harjoituksessa. Kaksi osallistujaa kokeili harjoitusta myös saunassa nostamalla jalat kohti kattoa ja koki sen omalla kohdallaan toimivaksi. Osa ryhmäläisistä teki harjoituksen aamuisin ja osa iltaisin. Harjoitusajankohtaa vaihdeltiin sen mukaan, miten harjoitus sopi omaan arkeen ja kuinka se vaikutti heidän olotilaansa. Tyypillistä oli, että aamuharjoittelua tekivät säännöllisesti ne osallistujat, jotka heräsivät aamulla aikaisin sekä he, joita TRE -harjoittelu piristi.

Erilaisten valintojen ja kokeilujen kautta osallistujat löysivät itselle sopivan harjoitustavan, jonka nostivat päiväkirjoissa esiin. Kaksi osallistujaa koki lyhyet sohva- ja saunaharjoitukset itselle toimiviksi ja tehokkaiksi. Toisaalta lyhempiin kotiharjoituksiin ajauduttiin arjen kiireisen aikataulun vuoksi, kun harjoittelun sovittaminen arkeen oli usealla osallistujalla haasteellista.

Yksi osallistuja totesi intervention loppupuolella, että kotiharjoittelu ei ole oma juttu, vaan ohjatut yhteisharjoitukset sopivat hänelle paremmin ja vapaa-ajalla hän lähtee mieluummin lenkille TRE -harjoittelun sijaan. Vastaavasti yhdellä osallistujalla kotiharjoittelu jäi vähemmälle intervention loppu puolella kiireisen arjen lisäksi huonon keskittymisen sekä tärinän vähyden vuoksi. Kaksi osallistujaa kokeili myös kontrollista ja suorittamisesta luopumista, mitä kuvattiin luvan antamisella ja sen seurauksena tärinä aktivoitui.

TRE -menetelmä nähtiin myös mahdollisuutena. Osallistujat toivat esiin toimintatapojensa kriittisen tarkastelun ja muutostarpeen. Suorituskeskeisyyden ja kontrolloinnin sijaan nostettiin esiin mahdollisuus toimia toisin.

”Ja kun osasin ajaa ajatukset päästäni pois tärinä tuli myös lattialla melko hyvin. Eli annoin itselleni luvan. Olen kuitenkin optimistinen, koska koen saaneeni tästä TRE-menetelmästä elämäni välineen jolla rauhoittaa ja tasoittaa tätä tunnepuolta.” (P2)

”Huomasin, että minulle tehokkaampi tapa on tehdä harjoitus saunassa, vaikka kesto onkin lyhyempi.” (P4)

”Mietin, vaikuttaako jatkuva aikatauluttaminen ja kontrolli siihen, etten pysty aikaansaamaan värinöitä? Sunnuntaisin ja loman jälkeen kuitenkin on tuntunut parhaimmalta ja värinää on saatu aikaan.” (P5)

”Tähän ajankäyttöasiaan pitää saada muutos. Tämä TRE -treenauksen säännöllisyyspyrkimys auttoi huomaamaan sen. Täytyy jatkossa keskittyä oman tilan ja ajan ottamiseen puoleksi tunniksi.” (P6)

”Olo on usein ns. suorituskeskeinen, joten sillä voi olla vaikutusta. Pitäisi vain antaa mennä.”(P10)

7.3 Erilaiset tunne- ja olotilat

Osallistujien olotila ja tuntemukset vaihtelivat suuresti ennen TRE -harjoitusta. Osallistujat toivat esiin väsymystä, ahdistusta ja stressaantuneisuutta, mutta myös hyvää oloa, pirteyttä ja rauhallisuutta. Olotilaan vaikutti päivän tapahtumat, tekemiset ja se, kuinka he olivat nukkuneet edellisenä yönä. Tyypillistä oli, että kielteiset ja epämiellyttävät tuntemukset muuttuivat useimmiten myönteisiksi TRE -harjoituksen aikana tai sen jälkeen (kuva 3).



KUVA 3. TRE -harjoitteluun liittyvät erilaiset tunne- ja olotilat

Tyypillisin harjoituksen jälkeinen tuntemus oli rentoutuneisuus, jota kaikki osallistujat kuvasivat päiväkirjoissa. Harjoitus koettiin ahdistusta, stressiä ja jännittyneisyyttä vähentävänä, mitä kuvattiin harjoituksen jälkeisenä rentona ja hyvänä olona. Lisäksi tyypillistä oli mielen rauhallisuus ja levollisuus, joita kuvattiin muun muassa mielen tyhjentymisenä ja pään nollaantumisena.

Rentoutumisen ja rauhoittumisen lisäksi koettiin usein raukeutta, jota kuvattiin hyvänlaisena väsymyksenä. Toisaalta harjoitus koettiin myös fyysisesti raskaana ja uuvuttavana, erityisesti voimakkaan tärinäharjoituksen jälkeen. Väsymys oli yleensä hetkellistä, mutta yhdellä osallistujalla väsymys oli niin voimakasta, että hänen oli käytävä tavallista aikaisemmin nukkumaan harjoituksen jälkeisinä iltoina. Harjoitus koettiin myös piristävänä, mitä kuvattiin harjoituksen jälkeisenä energisenä olona ja parempana jaksamisena.

”harjoituksen aikana alkoi jo väsyttää, harjoituksen jälkeen olo oli raukean väsynyt.” (P1)

”Oma mielenrauha lisääntynyt. Koen, että harjoitteen jälkeen olo on tasainen, rauhallinen.” (P2)

”puolituntinen, jolloin keho rentoutuu, hengitys tasaantuu, hyvä pysähdys” (P6)

”olo hyvä, rentoutunut harjoituksen jälkeen.” (P7)

”Väsyneenä menin, mutta pirteämpänä tulinkin takaisin. Piristymisen jatkui harjoituksen jälkeen ja jaksoin tehdä kotihommia hyvin.” (P9)

Menetelmä koettiin myös iloa tuottavana ja kahdella osallistujalla harjoitukseen liittyi nauru. Muutamalle osallistujalle menetelmä aiheutti hämmennystä ja ihmetystä. Menetelmä ja tärinä koettiin hämmentävinä, erityisesti intervention alussa. Lisäksi ihmeteltiin sitä, kuinka TRE -menetelmä on yhteydessä nukkumiseen ja kuinka harjoituksen jälkeisestä rentouttavasta olosta huolimatta tärinän jälkeinen yö oli tavallista huonompi.

”Värähtelyjen aikana mielialani valtasi ilo ja naurahduksia lipsui ääneenkin.” (P4)

”Miksi heti harjoituksen jälkeen on ihanan rento olo, mutta yö on sitten ihan surkea?”(P8)

Pääasiassa myönteisenä koettu menetelmä koettiin hetkellisesti epämiellyttävänä, kun värinä oli erittäin voimakas, erityisesti alaraajoissa.

7.4 Kehon viestien huomioiminen

Päiväkirjoissa nousi esiin kehon viestien huomioimisen ja tunnistamisen tärkeys (kuva 4).



KUVA 4. Kehon viestien huomioiminen TRE -harjoittelussa

Ensimmäisten harjoitteluviikkojen aikana tuotiin esiin kehon tottuminen TRE -harjoitteluun. Liikkeet ja värinä alettiin kokea tutuiksi ja kehonmukaisiksi. Osallistujat kirjoittivat TRE -harjoituksen tauottamisesta ja lopettamisesta, kun keho alkoi väsyä tai harjoittelu tuntui epämukavalta. Lisäksi muutama osallistuja toi esiin sen, että kipu asetti harjoittelulle omat haasteensa ja joitakin liikkeitä jätettiin väliin, jotta kipu ei pahentuisi. Yksi osallistuja toi esiin värinän loppumisen vaikeuden hänen jatkettuaan harjoitusta vastoin kehonsa tuntemuksia.

”Harkan jälkeen värinä ei meinannut loppua, kun jatkoin vielä siitä tunteesta kun keho sanoi, että lopeta. Tein vielä hetken ja sen seurauksena värinä vain jatkui. Ohjaaja tuki hetken minua ja värinä rupesi helpottamaan” (P4)

”Nyt harjoitukset alkavat tuntua jo tutuimmilta, ehkä elimistö alkaa tottua harjoituksiin.” (P10)

7.5 Ryhmän merkitys

Kerran viikossa toteutunut ryhmäharjoittelu koettiin myönteisenä vuorovaikutuksen sekä harjoitustärinän näkökulmasta, sen sijaan keskittyminen koettiin kahtiajakoisesti (kuva 5).



KUVA 5. Ryhmän merkitys TRE -harjoittelussa

Tuntemusten jakaminen ryhmässä koettiin myönteisenä ja harjoitustärinä koettiin parempana sekä voimakkaampana ryhmässä kuin yksin harjoiteltaessa. Suurin osa ryhmäläisistä koki myös keskittymisen ryhmässä paremmaksi kuin kotona, koska ryhmässä oli aika ja paikka harjoittelulle, kun taas kotona oli erilaisia häiriötekijöitä. Toisaalta ryhmässä keskittymistä vaikeutti se, kun seurattiin toisten ryhmäläisten harjoittelua.

”Painisalissa tulee aina parhaat tärinät. Kun ei ole kiire minnekään, vaan aika tärinälle on tässä ja nyt”. (P1)

”Kiinnitän harjoituksissa myös vähän huomiota muiden tekemiseen, joten ehkä silloin oma tekeminen ei ole niin keskittynyttä.”(P10)

7.6 Vaihteleva unikokemus

Osallistujat kirjoittivat päiväkirjaan TRE -harjoittelun jälkeisen yön nukkumisesta ja siihen liittyvistä kokemuksista ja tuntemuksista. Päiväkirja-aineiston mukaan osallistujat nukkuivat sekä hyvin että huonosti TRE -harjoittelun jälkeisinä öinä (kuva 6).

VAIHELEVA UNIKOKEMUS



KUVA 6. Nukkuminen TRE -harjoittelun jälkeisinä öinä

Nukahtamisen vaikeus illalla ja erityisesti yöllisen heräämisen jälkeen koettiin ongelmalliseksi, kun uni ei tullut ja sitä jouduttiin odottamaan pitkään. Unen odottamiseen liitettiin turhautumisen tunnetta ja epätoivoa, yksi osallistuja koki myös pelkoa tulevasta yöstä. Lisäksi työasioiden miettiminen ja stressin kokeminen vaikeuttivat nukahtamista sekä illalla että yöllä. Yhtenä nukahtamista pitkittävänä tekijänä tuotiin esiin iltapirteys, joka oli muutaman osallistujan kohdalla seurausta myöhäisestä iltalenkistä. Toisaalta nukahtamisen pitkittymiselle ei aina löydetty syytä, koska suurin osa osallistujista kävi väsyneenä ja rauhallisin mielin nukkumaan.

Osallistujissa oli myös nopeita nukahtajia, joilla ei ollut muistikuvaa nukahtamisesta. Yksi osallistuja oli TRE -harjoittelun jälkeisinä iltoina erittäin väsynyt ja nukahti tavallista aikaisemmin. Muutamalla osallistujalla oli alkuun ongelmia nukahtamisessa, mutta intervention lopussa nukahtaminen oli helpompaa illalla sekä yöllä heräämisen jälkeen.

”Väsymys haihtuu oloksi, kun väsyttää, mutta ei nukuta. Nukahtaminen on hankalaa, tuntuu, että olen juuri nukahtamassa ja taas herään. Aikaa menee yli 30 minuuttia.” (P1)

”Vaikka oli sunnuntai ja loma loppuu, olo oli rauhallinen nukkumaan mennessä. Nukahdin melko pian klo 22 jälkeen, kun menin sänkyyn.” (P1)

Osallistujat kokivat sekä levottomia että levollisia öitä intervention aikana. Tyypillistä oli, että levottomina öinä mietittiin työasioita, seurattiin kelloa ja erityisesti naisille oli tyypillistä yölliset vessakäynnit, vaikka vessahätä oli harvoin heräämisen syy. Lisäksi unta häiritsevinä tekijöinä koettiin stressi, painajaiset ja kipu. Yksi osallistuja koki alkuun nukkuvansa levottomammin TRE -harjoitusten jälkeisinä öinä, kun taas toisella osallistujalla levottomat yöt toistuivat TRE -harjoittelun jälkeen.

Osa ryhmäläisistä pyrki rauhoittamaan olotilaansa yöllisten heräämisten yhteydessä ja käytti uudelleen nukahtamiseen erilaisia keinoja kuten lukemista, hengitys- ja rentoutusharjoituksia. Lisäksi muutama käytti lääkitystä, josta ei välttämättä aina ollut apua.

”Nukuin huonosti, töissä tulossa isoja muutoksia, joka lisännyt stressiä” (P2)

”Tunne huonosta yöstä todella vahvana, kuinka taas jaksaa päivän töissä näin surkeilla unilla? Melatoniini ei tuntunut kyllä yhtään auttavan tällä kertaa.” (P8)

Päiväkirjoista kävi myös ilmi rauhallisia ja levollisia öitä, jolloin herättiin harvemmin tai nukuttiin yhtäjaksoisesti ilman heräämisiä. Toisaalta useasta heräämisestä huolimatta nukkuminen koettiin hyväksi, kun onnistuttiin nukahtamaan nopeasti uudestaan. Ylipäänsä useampi osallistuja koki levollisempaa ja parempaa nukkumista intervention aikana: yksi osallistuja toi esiin yöllisten heräämisten vähentymisen ja toinen yöunen pidentymisen tunnilla.

”nukuin hyvin, vaikka heräsin useasti yöllä, nukahdin aina heti uudestaan ja heräsin aamulla kellonsoittoon” (P2)

”Heräilyt ovat olleet minulla tavallisia, mutta jos nyt miettii koko aikaa, niin ehkä olen oikeastaan vähemmän heräillyt yöllä kuin aikaa ennen tätä. Syksy ja stressi on koetellut hyvin paljon, että heräämisiä olisi voinut olla enemmän ilman tätä TRE:tä” (P4)

”nukkumisessa on tapahtunut edistystä, olen nukkunut noin tunnin pidempään” (P10)

Osallistujat toivat esiin pirteämpää aamun olotilaa päiväkirjoissaan, kun olivat nukkuneet paremmin. Toisaalta päiväkirjoista kävi myös ilmi, että aamun vireystila ei ollut aina suorassa

yhteydessä siihen, kuinka yö oli nukuttu. Aamuvointi koettiin hyväksi ja pirteäksi levottomasta yöstä huolimatta ja toisaalta yhtäjaksoisen nukkumisen jälkeen saatettiin kokea aamuväsymystä.

Neljä osallistujaa toi esiin, että näki aikaisempaa enemmän unia intervention aikana. Pääosa unista oli myönteisiä, mutta osa oli painajaismaisia unia. Painajaiset koettiin unta häiritsevinä, kun taas miellyttävät unet koettiin nukkumista rauhoittavina.

”Olo on pirteämpi kuin eilen aamulla. TRE -treenin ansiotako?” (P6)

”Tänään aamulla herään tai heräsin jo n. klo 4 aikoihin. Olo ei kuitenkaan ole uupunut”.
(P7)

”Koko harjoitusjakson aikana tuntuu siltä, että unia näkee enemmän kuin ennen harjoituskautta. Osa unista on painajaisia, pääosin kylläkin miellyttäviä.” (P3)

7.7 Unikyselyaineiston tuloksia

Kaikki kymmenen osallistujaa vastasi unikyselyyn sekä intervention alussa että lopussa. Unikyselyaineiston perusteella keskimääräinen unen määrä vuorokaudessa vaihteli viidestä tunnista kahdeksaan ja puoleen tuntiin. Keskimääräisen unen määrän ilmoitti lisääntyneen intervention aikana 70 % osallistujista, joista useimmilla keskimääräisen unen määrä lisääntyi tunnilla ja osalla 30 minuuttia.

Nukahtamisvaikeuksia koettiin jonkin verran harvemmin intervention lopussa kuin alussa. Intervention alussa 20 % osallistujista koki nukahtamisvaikeuksia kolmena tai useampana päivänä viikossa, kun intervention lopussa nukahtamisvaikeuksia koettiin ainoastaan parina päivänä viikossa tai sitä harvemmin (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Nukahtamisvaikeuksien yleisyys syyskuussa (kysely 1) ja marraskuussa 2015 (kysely 2)

Nukahtamisvaikeus viikkotasolla	Kysely 1 (n = 10)	Kysely 2 (n = 10)
Harvemmin kuin kerran viikossa	50 %	80 %
1 – 2 päivänä viikossa	30 %	20 %
3 tai useampana päivänä viikossa	20 %	0 %
yhteensä	100 %	100 %

Nukahtamiseen kuluva aika lyhenyi 50 % osallistujista. Intervention alussa 40 % osallistujista kului nukahtamiseen aikaa yli 30 minuuttia, kun intervention lopussa 90 % osallistujista kului nukahtamiseen aikaa 30 minuuttia tai sitä vähemmän (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Nukahtamiseen kuluva aika syyskuussa (kysely 1) ja marraskuussa 2015 (kysely 2)

Nukahtamiseen kuluva aika	Kysely 1 (n = 10)	Kysely 2 (n = 10)
Alle 10 minuuttia	20 %	30 %
10 – 30 minuuttia	40 %	60 %
Yli 30 minuuttia	40 %	10 %
yhteensä	100 %	100 %

Osallistujien yöaikaisten heräämisten yleisyys viikkotasolla pysyi lähes ennallaan intervention aikana (taulukko 5). Intervention lopussa 80 % osallistujista heräsi edelleen kolmena tai useampana yönä viikossa kuten heräsivät intervention alussa. Osallistujien yöaikaisten heräämisten lukumäärä yötä kohti pysyi täysin ennallaan ja intervention lopussa 30 % osallistujista heräsi kolme tai neljä kertaa yössä ja loput heräsi kerran tai kaksi yössä.

TAULUKKO 5. Yöaikainen herääminen viikkotasolla syyskuussa (kysely 1) ja marraskuussa 2015 (kysely 2).

Yöaikainen herääminen viikkotasolla	Kysely 1 (n = 10)	Kysely 2 (n = 10)
Harvemmin kuin kerran viikossa	0 %	10 %
1 – 2 yönä viikossa	10 %	10 %
kolmena tai useampana yönä viikossa	90 %	80 %
yhteensä	100 %	100 %

Osallistujien kokema aamu- ja päiväväsytys vähenivät jonkin verran intervention aikana. 80 % osallistujista koki voimakasta aamuväsytystä kolmena tai useampana päivänä viikossa intervention alussa. Vastaavasti intervention lopussa yli puolet eli 60 % osallistujista koki voimakasta aamuväsytystä ainoastaan parina päivänä viikossa tai sitä harvemmin ja 40 % kolmena tai useampana päivänä viikossa (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Aamuväsytymyksen yleisyys syyskuussa (kysely 1) ja marraskuussa 2015 (kysely 2).

Tuntenut itsensä erittäin väsyneeksi aamuisin	Kysely 1 (n = 10)	Kysely 2 (n = 10)
harvemmin kuin kerran viikossa	0 %	30 %
1 – 2 päivänä viikossa	20 %	30 %
kolmena tai useampana päivänä viikossa	80 %	40 %
yhteensä	100 %	100 %

Vastaavasti 70 % osallistujista koki päiväväsytystä intervention alussa kolmena tai useampana päivänä viikossa. Intervention lopussa kolmena tai useampana päivänä viikossa päiväväsytystä kokevien osuus oli 50 % (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Päiväväsytymyksen yleisyys syyskuussa (kysely 1) ja marraskuussa 2015 (kysely 2).

Tuntenut itsensä väsyneeksi päivisin	Kysely 1 (n = 10)	Kysely 2 (n = 10)
harvemmin kuin kerran viikossa	0 %	30 %
1 – 2 päivänä viikossa	30 %	20 %
kolmena tai useampana päivänä viikossa	70 %	50 %
yhteensä	100 %	100 %

Osallistujista 70 % kuorsasi. Kuorsaus oli tasaista, eikä kukaan osallistujista tuonut esiin hengityskatkoksia. Osallistujista 40 % käytti Melatoniinia nukahtamiseen. Melatoniinia käyttävistä osallistujista kaksi oli 60 vuoden iässä ja kaksi oli alle 50 vuotta.

Unikyselylomakkeen lisäkysymyksillä kartoitettiin osallistujien keinoja oman nukkumisensa tueksi sekä heidän suhtautumista nukkumiseen. Kaikki osallistujat liikkuvat säännöllisesti (taulukko 1) ja voimakasta liikuntaa vältettiin myöhään illalla. Lisäksi pyrittiin välttämään

kofeiinipitoisia juomia, raskasta syömistä sekä elektronisten laitteiden käyttöä ennen nukkumaan menoa. Muita nukahtamista tukevia keinoja olivat säännöllinen päivärytmi, pimeässä ja viileässä nukkuminen sekä rauhoittuminen ennen vuoteeseen menoa.

Edellä mainittujen nukkumista edistävien keinojen koettiin vakiintuneen intervention aikana. Lisäksi rauhoittuminen ilta-aikaan oli tullut osaksi arkea niille osallistujille, joilla se ei ollut kuulunut iltarutiineihin intervention alussa. Nukkumiseen suhtautumisen koettiin myös muuttuneen rauhallisemmaksi, myönteisemmäksi sekä hyväksyvämmäksi intervention aikana.

8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa siitä, kuinka uniongelmaiset kokevat TRE -menetelmän ja nukkumisen 10-viikkoisen intervention aikana. Tässä luvussa tarkastellaan tutkimustuloksia yleisesti sekä suhteessa aiempiin tutkimuksiin. TRE -menetelmästä tehtyjen vähäisten tutkimusten vuoksi tuloksia on tarkasteltu pääosin tutkittavaan ilmiöön liittyvien muiden tutkimusten valossa, mm. rentoutumisen näkökulmasta. Lisäksi tarkastellaan tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä sekä esitetään tutkimuksen johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.

8.1 Tutkimustulosten tarkastelua

TRE -harjoitteluun kuuluva tärinä, sen eteneminen ja vaihtelu eri harjoittelukerroilla koettiin monin eri tavoin. Tämä kulkee linjassa aikaisempien tutkimusten kanssa: harjoittelutärinä on yksilöllistä, vaihtelevaa ja etenee eri tavalla eri harjoituskerroilla (Berceli 2011, 28).

Osallistujat toivat esiin myös tärinän itsenäisyyden. Tärinään tai tärinättömyyteen ei voinut aina itse vaikuttaa muuta kuin pitämällä taukoja tai lopettamalla harjoitus. Tätä tukee aikaisempi tutkimustieto, jossa on todettu harjoittelutärinän lähtevän aivorunkotasolta, joka on tietoisien kontrollin ulkopuolella (Berceli 2011, 39).

Päiväkirja-aineiston kuvauksissa tärinän voimakkuudesta ja harjoittelussa edistymisestä saattoi päätellä, että harjoittelua jollain tavalla arvioitiin ja suoritettiin. Osallistujat oivalsivat tämän harjoittelussaan ja kokivat luvan antamisen sekä kontrollista hellittämisen tärinää edistävänä. Berceli (2011, 28, 91) toteaa, että tärinää ei ole tarkoitus arvostella ja korostaa tärinän hyväksymistä sekä luvan antamista. Ohjaajana toin esiin, että ei ole olemassa hyvää tai huonoa tärinää ja tärinä voi olla näkymätöntä, kehon sisällä tuntuva miedompaa värinää. Lisäksi rentoutumisen psykologinen aspekti tarkoittaa hallinnan tunteesta luopumista ja luvan antamista (Järnefelt 2012, 84).

Päiväkirjoista oli luettavissa TRE -harjoittelun ja tärinäkokemuksen tietynlainen jatkumo ja prosessi, joka aktivoi osallistujia harjoittelemaan, kokeilemaan ja tekemään omia valintoja. Osallistujat pohtivat omia tapoja toimia arjessa, toivat esiin kriittistä, mutta myös hyväksyvää

suhtautumista, muun muassa omaan iltaunisuuteen. Lisäksi koettiin tarve muutokseen: löydettävä lisää omaa aikaa arkeen, päästävä eroon arjen suorittamisesta sekä melatoniinin käytöstä. Näin ollen TRE -harjoittelu aktivoi osallistujien ajattelua, käsitystä omasta itsestä ja omista tarpeista suhteessa arjessa jaksamiseen ja hyvinvointiin. Tämä osoittaa menetelmän kokonaisvaltaisuuden. Berceli (2011, 10) on todennut, että TRE -menetelmä lisää luottamusta itseensä ja omiin voimavaroihin.

TRE -harjoittelun myötä tutustuttiin myös paremmin omaan kehoon ja sen tuntemuksiin. Keholliset tuntemukset koettiin pääasiassa myönteisiksi, joskin hetkellistä epämukavuutta tuotiin esiin alaraajojen väsymyksen ja kovan tärinän yhteydessä. Tuolloin osallistujat tauottivat harjoittelua tai lopettivat sen kokonaan. Harjoittelussa on keskeistä kunnioittaa omia tuntemuksia ja lopettaa harjoitus, mikäli se tuntuu epämiellyttävältä (Berceli 2011, 28).

Kaikissa päiväkirjoissa tuotiin esiin harjoittelun jälkeinen rento ja hyvä olotila. Tämä tulos vastaa aiempia tutkimuksia, joissa TRE -menetelmä on todettu rentouttavaksi (Berceli 2007; McCann 2011). Lisäksi on todettu, että rentoutuminen on menetelmä, joka katkaisee ylivireystilan sekä nukahtamista estävien mekanismien aktivoitumisen, minkä vuoksi uniongelmaiset hyötyvät rentoutumisesta (Järnefelt 2012, 84; Konsta ym. 2013; Unettomuus 2015; Pihl&Aronen 2015, 90-91). Näin ollen tässä tutkimuksessa nukahtamisvaikeuksien harveneminen ja nukahtamiseen kuluvan ajan lyheneminen puolella osallistujista johtuu TRE -menetelmän kokemisesta rentouttavana (Berceli 2007; McCann 2011).

Rentoutumisen lisäksi TRE -menetelmä koettiin mieltä rauhoittavana ja stressiä lievittävänä. Ennen harjoitusta koettu levottomuus, ahdistuneisuus, kiire ja stressi muuttuivat rauhalliseksi olotilaksi harjoituksen aikana tai sen jälkeen. Tätä tukee aiempi tutkimustieto, jossa on todettu TRE -harjoittelun välitön vaikutus fyysiseen tai psyykkiseen olotilaan (Berceli 2011, 28).

TRE -menetelmä koettiin myös kipua lievittävänä, erityisesti alaselän osalta. Harjoitustärinä saatettiin tuntea voimakkaimpana kipukohdassa, mutta samalla hoitavana. Yhden osallistujan onnistui vähentää kipulääkitystä intervention aikana. Kivusta johtuvan uniongelman ensisijainen hoito on lääkkeellinen kivun hoito, lisäksi unen määrän ja laadun parantuminen voivat auttaa kipuun, toteavat Partinen ja Huovinen (2011, 129). Toisaalta Kivun käypä hoito -suosituksessa (2015) painotetaan lääkkeettömiä menetelmiä.

Päiväkirja- ja unikyselyaineistojen tulokset nukkumisen suhteen vastasivat pääosin toisiaan. Nukahtamisvaikeuksien väheneminen ja nukahtamisen nopeutuminen tuotiin esiin molemmissa aineistoissa. Lisäksi aamu- ja päiväaikainen vireystila koettiin jonkin verran paremmaksi intervention lopussa, mikä johtui useimmiten levollisemmin nukutusta yöstä. TRE -harjoittelun jälkeisinä iltoina käytiin nukkumaan pääosin levollisin mielin, eikä nukkumisesta koettu paniikkia tai pelkoa samalla tavoin kuin intervention alussa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että myönteinen suhtautuminen sekä haitallisten ajatusten ja tunteiden vähentyminen ovat yhteydessä parempaan nukkumiseen (Bogdan 2009; Loft 2011; Jansson-Fröjmark 2012; Järnefelt ym. 2012; Mitchell ym. 2012 & Konsta ym. 2013).

Yöaikaisten heräämisten pysyminen lähes ennallaan kuvastui molemmista aineistoista. Suurin osa osallistujista heräsi edelleen yksi tai kaksi kertaa yössä, kolmena tai useampana yönä viikossa. Herääminen kerran tai kaksi yössä on tavallista (Partinen & Huovinen 2011, 59; Harris ym. 2012), keskeistä on uudelleen nukahtaminen, painottavat Partinen ja Huovinen (2011, 59). Näin ollen tuloksissa esiin noussut uudelleen nukahtamisen helpottuminen ja nopeutuminen voidaan nähdä yöaikaisten heräämisten aiheuttamaa unihäiriötä lieventävänä.

Sen sijaan unikyselyaineistossa esiin noussut keskimääräisen unen määrän lisääntyminen suurimmalla osalla osallistujista hämmästytti, koska sen toi päiväkirja-aineistossa selkeästi esiin ainoastaan yksi osallistuja. Toisaalta päiväkirja-aineiston tulosten mukaan suurin osa osallistujista koki nukkuvansa jonkin verran paremmin intervention lopussa kuin alussa. Tätä selittivät osallistujien kokema nopeampi nukahtaminen, levollisempi nukkuminen sekä levollisempi suhtautuminen nukkumiseen. Sen sijaan nukkumaan menoajoissa ja heräämisajoissa ei ollut nähtävissä unen määrän myönteistä muutosta. Voidaanko näin ollen päätellä, että lisääntynyt keskimääräisen unen määrä selittyy osittain unitehokkuuden lisääntymisenä.

Tulokset unikyselylomakkeen osalta olivat lupaavia, koska BNSQ -lomaketta käytettiin tavallista lyhemmällä ajalla. Alku- ja loppukyselyn toteuttamisen väli tulisi olla vähintään kolme kuukautta (Partinen & Gislaen 1995). Tässä tutkimuksessa kyselyjen väli oli kaksi kuukautta ja yksi viikko, mikä oli edellä mainittua suositusaikaa (3 kk) lyhyempi.

Kaikki osallistujat tekivät säännöllistä työaika, liikkuvat säännöllisesti ja noudattivat pääosin säännöllistä univalverytmiä, myös elämäntavat kuvattiin olevan kunnossa. Moni osallistuja toi esiin työperäistä stressiä ja huolta, jotka häiritsivät nukkumista. Järnefelt (2012) toteaa, että säännöllinen työaika vaikuttaa nukkumiseen yhtä lailla kuin epäsäännöllinen työaika, erityisesti kiire työssä kuormittaa ja aiheuttaa stressiä. Partinen ja Huovinen (2011, 126-127) puolestaan muistuttavat, että työn aiheuttamat stressitekijät haittaavat unta, vaikka elämäntavat olisivat kunnossa. Useimmiten uni korjaantuu stressitekijän poistuessa (Partinen & Huovinen 2011, 127), lisäksi stressinhallintamenetelmillä voidaan saavuttaa hyviä tuloksia unettomuuden hoidossa (Konsta ym. 2013).

Kerkelä ym. (2015) toteavat, että harjoitteluinterventioissa harvemmin tutkitaan sitä, kuinka osallistujat pystyvät toteuttamaan arjessa tutkimukseen kuuluvia harjoituksia, vaan keskiössä pidetään harjoitusten määrällisiä suorituksia. Tässä tutkimuksessa päiväkirja-aineiston tulosten pohjalta saatiin tietoa siitä, millä tavoin osallistujat pystyivät toteuttamaan itsenäistä harjoittelua TRE -menetelmän osalta. Harjoittelu vaati osallistujilta aikaa, kokeiluja ja valintoja sovitaa harjoittelu omaan arkeen. Itsenäinen harjoittelu toteutui keskimäärin 2 kertaa viikossa intervention alussa. Intervention loppupuolella itsenäinen harjoittelu väheni muutamalla osallistujalla heidän huomattua, että kotiharjoittelu ei ole itseä varten tai tärinä kotiharjoittelussa oli vaatimatonta. Tutkijan näkökulmasta tämä oli arvokasta tietoa, joka voi auttaa jatkossa interventioiden suunnittelussa ja toteutuksessa.

Tutkijana pohdin sitä, että olisiko henkilökohtainen tapaaminen tai muu seuranta, esimerkiksi päiväkirjamerkintöjen tarkistaminen intervention aikana tukenut osallistujien itsenäistä harjoittelua. Robson (1995, 255) toteaa, että pidemmällä aikavälillä tutkijan olisi hyvä tarkistaa päiväkirjamerkinnät henkilökohtaisin kontaktein. Koska kyseessä oli ryhmäinterventio ja tutkimus perustui vapaaehtoisuuteen, en nähnyt tätä tarpeellisenä. Osallistujilla oli ryhmäohjauksissa mahdollisuus esittää kysymyksiä heitä askarruttaviin asioihin. Lisäksi tutkimuspäiväkirjamerkintöjen mukaan osallistujat vaikuttivat tutkimukseen sitoutuneilta ja ilmoittivat aina etukäteen, mikäli eivät päässeet ryhmäohjaukseen. Ryhmäohjauksen osallistumisprosentti oli 85.

Kun kyseessä on terveyden edistämistä koskeva tutkimus, on tutkimuksen perimmäisenä tarkoituksena osallistujien hyvinvoinnin tukeminen sekä itsehoitotaitojen vahvistuminen. Näihin tavoitteisiin tutkimustulokset vastasivat hyvin. TRE -menetelmä koettiin myönteisenä,

rentouttavana, kipua lievittävänä sekä jossain määrin uniongelmaan auttavana. Osallistujat arvostivat hyvän olon kokemuksia sekä harjoitteluaikaa, joka oli aikaa itselle. Rentoutuminen näkyi myös osallistujien tavassa suhtautua nukkumiseen, mikä muuttui alkutilannetta rennommaksi ja hyväksyvämmäksi. Lisäksi osallistujien nukkumista tukevat itsehoitokeinot vakiintuivat ja vahvistuivat, kun he huomasivat rauhoittumisen merkityksen iltaisin ennen nukkumaan menoa. Lisäksi myönteisenä asiana voidaan nähdä alle 50-vuotiaiden Melatoniinia käyttävien osallistujien pyrkimys lopettaa valmisteiden käyttö. Melatoniinin eli niin sanotun yöhormonin on todettu toimivan erityisesti yli 50-vuotiailla käyttäjillä, joilla hormonin oma tuotanto on vähentynyt (Unettomuus 2015).

Päiväkirja-aineiston tulosten mukaan unielämä vilkastui ja osallistujat näkivät unia intervention aikana aikaisempaa enemmän. Tämä voidaan nähdä positiivisena asiana, koska REM -uni on tärkeä tunnemuistin sekä psyykkisen tasapainon säilymisen vuoksi (Partinen & Huovinen 2011, 50). Lisäksi päivällä opitut taidot tallentuvat REM -unen aikana aivojen käyttäytymistä säätelevälle alueelle (Partinen & Huovinen 2011, 49; Järnefelt & Hublin 2012, 16-17).

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa arvioidaan tutkimus kokonaisuutena, jossa painottuvat sisäinen johdonmukaisuus ja tutkimusprosessin eri vaiheet suhteessa toisiinsa (Tuomi & Sarajärvi 2013, 140). Tutkijan tulee olla selvillä siitä, mitä tutkii ja miksi (Tuomi & Sarajärvi 2013, 140). Lisäksi tutkijan on hyvä tiedostaa oma asemointi ja sitoumukset tutkijana (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Tuomi & Sarajärvi 2013, 96, 140).

TRE -menetelmä oli tutkijalle tuttu menetelmä, jonka hän oli kokenut henkilökohtaisesti hyvinvointia tukeväksi menetelmäksi. Tämän vuoksi ennako-oletusten ja -käsitysten karsiminen oli keskeistä aineistoon perehtymis- ja analysointivaiheessa, jotta osallistujien kokemukset ja aineistolähtöiset merkitykset havaittiin (Tuomi & Sarajärvi 2013, 96). Lisäksi ryhmäohjaustilanteissa tutkija pyrki välttämään omakohtaisten kokemusten esille tuomista ja keskittyi ohjaamaan objektiivisesti, mutta läsnäolevasti.

Sisällön analyysissa luotettavuuden tärkeimpiä kriteerejä on johdonmukaisuus aineiston käsittelyn kaikissa vaiheissa (Schreier 2012, 174). Tutkimus suunniteltiin huolellisesti.

Tutkimusaineisto analysoitiin johdonmukaisesti ja vaiheet esitettiin yksityiskohtaisesti, jotta lukija ymmärtää, mitä on tehty missäkin vaiheessa (Tuomi & Sarajärvi 2013, 141). Pienen aineiston vuoksi otettiin analyysiin mukaan lähes koko aineisto, mikä myös lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Osa aineistosta luokiteltiin uudestaan, mihin valittiin kattavimmat ja monipuolisimmat analyysiyksiköt. Aineiston uudelleen luokittelu on keskeinen tekijä analyysikehyksen luotettavuuden arvioinnissa, koska luokittelujen yhdenmukaisuus kertoo analyysin sisäisestä yhtäpitävyydestä ja pysyvyydestä (Schreier 2012, 167-168). Toisaalta analyysikehystä voidaan aina muokata aineiston mukaan analyysin tavoitteiden, toistettavuuden ja validiuden saavuttamiseksi (Schreier 2012, 167-168). Aloittavana tutkijana sorruin aineiston pikkutarkkaan analysointiin ja asioiden tarkasteluun, mikä toisaalta on Hirsjärvi ym. (2009, 160-161) mukaan laadullisen sisällön analyysin lähtökohta.

Tutkimustuloksia raportoitaessa on tärkeää, että ne esitetään selkeästi ja ymmärrettävästi (Tuomi & Sarajärvi 2013, 141). Tuloksia kirjoitettaessa raportoitiin ainoastaan se, mitä aineistosta nousi esiin ilman omakohtaista tulkintaa. Lisäksi tuloksia on havainnollistettu kuvin, taulukoin sekä alkuperäisilmauksin. Toisaalta Schreier (2012, 2) sekä Tuomi ja Sarajärvi (2013, 108) tuovat esiin, että aineistosta itsestään ei nouse mitään, vaan se on tutkijan tulkintaa ja tuotosta. Pidän tutkimuspäiväkirjaa koko tutkimuksen ajan ja hyödynsin sitä tutkimuksen edetessä, mikä lisää tutkimuksen vahvistettavuutta ja uskottavuutta (Kylmä & Juvakka 2007, 129).

Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistotriangulaatiota. Päiväkirja-aineiston ohella toisena aineistonkeruumenetelmänä käytettiin validia BNSQ -kyselylomaketta. Ennen analysointia kyselylomakkeeseen tehtiin muuttujamuunnoksia, joilla varmistettiin pienen aineiston kohdalla tarkoituksenmukaisuus sekä ilmiön kannalta keskeisen tiedon saaminen. Aineistojen tulokset vastasivat pitkälti toisiaan, mikä vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2013, 143).

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös käytettyjen lähteiden näkökulmasta (Tuomi & Sarajärvi 2013, 136-137). Suurin osa tässä tutkimuksessa käytetyistä artikkeleista on vertaisarvioitu sekä julkaistu arvostetuissa ulkomaisissa tiedelehdissä. Lisäksi pyrittiin käyttämään alkuperäislähteitä sekä hakemaan systemaattisella tiedonhaulla uusinta ja

päivitettyintä tietoa. Kotimaisia lähteitä käytettiin kohtalaisen paljon, koska suomalaiset ovat tutkineet unta ja uniongelmia useamman vuosikymmenen ajan sekä julkaisseet lukuisia tutkimuksia kansainvälisissä tiedelehdissä. Lisäksi kotimaisten lähteiden käyttämisestä puoltaa se, että lukijat löytävät helpommin suomalaiset teokset kuin ulkomaiset artikkelit. Toivonkin, että tutkimukseni löydettäisiin ja stressinpurkuliikkeisiin tutustuttaisiin, koska kouluttautuneita TRE -ohjaajia löytyy eri puolelta Suomea (TRE -FINLAND 2016).

Tämän tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää tutkimustiedon vähäisyyttä TRE -menetelmän osalta. Käytetty tieto painottui pääosin menetelmän kehittäjän ja sitä tutkineen Bercelein tutkimuksiin. Tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt osallistujien haastattelut, joilla olisi voitu syventää tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Metsämuuronen 2006, 233; Tuomi & Sarajärvi 2013, 73-76).

Laadullisessa tutkimuksessa eettisyys kulkee rinnalla koko tutkimuksen ajan. Aiheen valinta on jo eettinen ratkaisu ja on syytä pohtia, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Laadullisen tutkimuksen tulisi olla arvolähtöistä ja ihmiskäsitystä kunnioittavaa (Kylmä & Juvakka 2007, 144-145; Tuomi & Sarajärvi 2013, 129).

Tässä tutkimuksessa toimittiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (TENK 2013). Tutkija toimi avoimesti ja rehellisesti sekä noudatti huolellisuutta ja tarkkaavaisuutta tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa (Kylmä & Juvakka 2007, 154-155; TENK 2013; Tuomi & Sarajärvi 2013, 132-133). Tutkimus suunniteltiin huolellisesti ja tutkimukselliset lupa-asiat hoidettiin kuntoon ennen tutkimuksen aloittamista. Tutkimukseen osallistuneille lähetettiin sähköpostitse informaatiokirje, josta ilmeni tutkimuksen tarkoitus ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus (TENK 2013). Lisäksi kirjallinen tutkimussuostumus allekirjoitettiin ennen intervention aloittamista (TENK 2013). Osallistujien nimet muutettiin ja aineistoja käsiteltiin niin, että missään vaiheessa ei osallistujien henkilöllisyys voinut paljastua tai heille aiheutua muuta vaaraa (TENK 2013). Lisäksi muiden tutkijoiden työ ja saavutukset huomioitiin asianmukaisin viittauksin tekstissä sekä lähdeluettelossa (TENK 2013).

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa, jota tämä tutkimus tuotti menetelmästä, josta tutkimustieto on vähäistä. Tämä pro gradu -tutkielma oli ensimmäisiä TRE -menetelmästä tehtyjä yliopistotasoisia tutkimuksia Suomessa. Kiitos ohjaajalleni Kirsti Kasilalle, joka rohkaisi ja kannusti minua ottamaan menetelmän osaksi tätä pro gradu -tutkielmaa.

Tutkimustulosten perusteella tehdyt johtopäätökset ovat seuraavat:

- ▶ TRE -menetelmän kokeminen rentouttavana puoltaa menetelmän käyttämistä uniongelmaisilla, koska rentoutumisen on todettu aiemmissa tutkimuksissa estävän nukahtamista estävien mekanismien käynnistymisen
- ▶ TRE -menetelmä koettiin myönteisenä niin ajattelun, tunteiden ja toiminnan tasolla, minkä vuoksi se soveltuu hyvin uniongelmaisille, joiden hoidossa tarvitaan kokonaisvaltaista otetta
- ▶ unettomuuden keskeisten oireiden lievittyminen (nukahtamisvaikeudet, päiväaikainen väsymys) tässä tutkimuksessa tukee TRE -menetelmän hyödyllisyyttä uniongelmaisille ja menetelmää voidaan jatkossa suositella itsehoitomenetelmänä tilapäisistä uniongelmistä kärsiville henkilöille uniongelman pahentumisen ehkäisemiseksi
- ▶ unihäiriöisten lisäksi TRE -menetelmää voidaan suositella itsehoitomenetelmäksi stressaantuneille ja suorituskeskeisille henkilöille, koska TRE -harjoittelun myötä keho rentoutui, mieli rauhoittui ja suhtautuminen omaa itseä ja toimintaa kohtaan muuttui rennommaksi ja hyväksyvämmäksi, mikä tukee jaksamista ja yleistä hyvinvointia

Uniongelmiin yleisyyden ja niiden aiheuttamien terveyshaittojen vuoksi on yhä tärkeämpää kehittää lääkkeettömiä hoitomenetelmiä sekä tukea uniongelmaisilla heidän itsehoitonsa. Rentouttava ja rauhoittava TRE -menetelmä koettiin univaikeuksia vähentävänä, lisäksi TRE -menetelmä on edullinen ja helposti saatavilla, minkä vuoksi olisi tärkeä tutkia menetelmää

jatkossa määrällisesti: suuremmalla otoksella, objektiivisilla mittareilla sekä pidemmällä tutkimusajalla seurantajaksoineen.

Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia kehollisen TRE -menetelmän rinnalla kognitiivista menetelmää, esimerkiksi Mindfulnessia ja niiden yhteisvaikutusta. Eri menetelmien kombinaatioista on saatu hyviä tuloksia uniongelmiin hoidossa.

LÄHTEET

- Aho, V., Ollila, M., Rantanen, V., Kronholm, E., Surakka, I., Van Leeuwen, WMA, Lehto, M., Matikainen, S., Ripatti, S., Härmä, M., Sallinen, M., Salomaa, V., Jauhiainen, M., Alenius, H., Paunio, T., Porkka-Heiskanen, T. 2013. Partial Sleep Restriction Activates Immune Response-Related Gene Expression Pathways: Experimental and Epidemiological Studies in Humans. *PLOS ONE* 8(10):e77184
- Anothaisintawee, T., Reutrakul, S., Cauter, EV. & Thakkinstian, A. 2015. Sleep disturbances compared to traditional risk factors for diabetes development: Systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews* 30, 11 – 24. doi:10.1016/j.smrv.2015.10.002
- Baker, FC., Willoughby, AR., Sassoon, SA., Colrain IM. & Zambotti, M. 2015. Insomnia in women approaching menopause: Beyond perception. *Psychoneuroendocrinology* , 96-104.
- Baumeister, RF., & Heatherton, TF. 1996. Self-regulation failure: An overview. *Psychological Inquiry* 7, 1-15.
- Bekker, MH., Croon, MA., van Balcom, EG. & Vermeë, JB. 2008. Predicting individual differences in autonomy connectedness: The role of body awareness, alexithymia, and assertiveness. *Journal of Clinical Psychology* 64, 747-765.
- Berceli, D. 2007. Evaluating The Effects Of Stress Reduction Exercises. A Dissertation Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy. Arizona State University.
- Berceli, D. 2011. TRE – stressinpurkuliikkeet. Stressin ja traumojen helpottamiseen. Suomennos Katriina Mähönen. Jyväskylä: Bookwell.
- Berceli, D. 2015. Shake it off naturally. Reduce stress, anxiety and tension with TRE. USA.
- Bernstein, D., Carlson, C. & Schmidt, J. 2007. Progressive Relaxation, Abbreviated methods. In P. Lehrer (Ed.), *Principles and practice of stress management*. New York: Guilford Press, 88-125.

- BNSQ-FIN2008. Unikyselylomake, peruslomake aikuiset. Copyright M. Partinen /Väitöskirjan/varusm (1978) ja BNSQ:n (1986) pohjalta. Viitattu 12.08.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50088a.pdf>
- Bogdan, Vasile A, Balazsi R, Lupu, V. & Bogdan, V. 2009. Treating primary insomnia : A comparative study of self-help methods and progressive muscle relaxation. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies* 9 (1), 67-82.
- Brand, S. Gerber, M. Puhse, U. & Holsboer-Trachsler, E. 2010. Depression, hypomania and dysfunctional sleep-related cognitions as mediators between stress and insomnia: The best advice is not always found on the pillow. *International Journal of Stress Management* 17 (2), 114-134.
- Brand, S., Kalak, N., Gerber, M. ym. 2014. High self-perceived exercise exertion before bedtime is associated with greater objectively assessed sleep efficiency. *Sleep Med* 15, 1031-1036.
- Brytek-Matera, A. & Koziel, A. 2015. The body self-awareness among women practising fitness: a preliminary study. *Polish Psychological Bulletin* 46 (1), 104-111. doi:10.1515/ppb-2015-0014.
- Cappuccio, FP., D'Elia, L. Strazzullo, P. & Miller, MA. 2010a. Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes care* 33 (2), 414-420.
- Cappuccio, FP., D'Elia, L. Strazzullo, P. & Miller, MA. 2010b. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep* 33 (5), 585-592.
- Cincotta, AL., Gehrman, P., Gooneratne, N. & Baime, MJ. 2011. The Effects of a Mindfulness-based Stress Reduction Programme on Pre-sleep Cognitive Arousal and Insomnia Symptoms: A Pilot Study. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress* 27 (3), 299-305.
- Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 109, 25-41. doi:10.1037/0033-2909.109.1.25

- Emanuelson, L., Drew, R. & Köteles, F. 2015. Interoceptive sensitivity, body image dissatisfaction, and body awareness in healthy individuals. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 167-174.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus.
- Gailliot, MT., Plant, EA, Butz, DA. & Baumeister, RF. 2007. Increasing self-regulatory strength can reduce the depleting effect of suppressing stereotypes. *Personality and Social Psychology Bulletin* 33, 281-294.
<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0146167206296101>
- Gangwish, JE., Heymsfield, SB., Boden-Albala, B., Buijs, RM., Kreier, F., Opler, MG., Pickering, TG., Rundle, AG., Zammit, GK. & Malaspina, D. 2008. Sleep duration associated with mortality in elderly, but not middle-aged, adults in a large US sample. *Sleep* 31 (8), 1087-1096.
- Gross, CR., Kreitzer, MJ. & Reilly-Spong, M. Mindfulness-based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: a randomized controlled clinical trial. *Explore (NY)* 7, 76-87.
- Hagger, M. 2009. Sleep, self-regulation, self-control and health. *Stress and Health* 26 (3), 181-185.
- Harris, J., Lack, L., Kemp, K. Wright, H. & Bootzin, R. 2012. A Randomized Controlled Trial of Intensive Sleep Retraining (ISR): A Brief Conditioning Treatment for Chronic Insomnia. *Sleep* 35 (1), 49-60.
- Heatheron, TF. & Wagner, DD. 2011. Cognitive Neuroscience of self-regulation Failure. *Trends Cognitive Science* 15 (3), 132-139.
- Higgins, E.T. 1996. The "self digest": Self-knowledge serving self-regulatory functions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71. 1062-1083.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. Sajavaara, P. 2009. 15. painos. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

- Ho, FY-Y., Chung, K-F., Yeung, W-F., Ng, TM., Kwan, K-S., Yung, K-P. & Cheng, SK. 2015. Self-help cognitive-behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews* 19, 17-28.
- Hollenbach, D., Broker, R., Herlehy, S & Stuber, K. 2013. Non-pharmacological intervention for sleep quality and insomnia during pregnan: Systematic review. *J Can Chiropr Assoc* 57 (3), 260-270.
- Hublin, C. & Lagerstedt, R. 2012. Unettomuuden arviointi ja diagnostiikka. Teoksessa H. Järnefelt & C. Hublin (toim.) *Työikäisten unettomuuden hoito*. Helsinki: Työterveyslaitos, 20-34.
- Jansson-Fröjmark, M., Lind, M. & Sunnhed, R. 2012. Don't worry, be constructive: A randomized controlled feasibility study comparing behaviour therapy singly and combined with constructive worry for insomnia. *British Journal of Clinical Psychology* 51 (2), 142-157.
- Järnefelt, H. 2012a. Psykoedukaatio, unen huolto ja rentoutuminen. Teoksessa H. Järnefelt & C. Hublin (toim.) *Työikäisten unettomuuden hoito*. Helsinki: Työterveyslaitos, 69-90.
- Järnefelt, H. 2012b. Unettomuuden kognitiivis-behavioraalinen ryhmähoito. Teoksessa H. Järnefelt & C. Hublin (toim.) *Työikäisten unettomuuden hoito*. Helsinki: Työterveyslaitos, 55-68.
- Järnefelt, H. 2012c. Unettomuuden lääkkeettömän hoidon lähtökohdat. Teoksessa H. Järnefelt & C. Hublin (toim.) *Työikäisten unettomuuden hoito*. Helsinki: Työterveyslaitos, 36-54.
- Järnefelt, H. & Hublin, C. 2012. Unen ABC. Teoksessa H. Järnefelt & C. Hublin (toim.) *Työikäisten unettomuuden hoito*. Helsinki: Työterveyslaitos, 8-18.
- Järnefelt, H., Akila, R., Hirvonen, A., Hyvärinen, HK., Kajaste, S., Keskinen, U., Lagerstedt, R., Leivategija, T., Lindholm, H., Rosenström, E., Sallinen, M., Savolainen, A., Virkkala, J., Vuori, M., Hublin, C. 2011. Unettomuuden arviointi ja hoito työterveyshuollossa. Työympäristötutkimuksen raporttisarja nro 59. Helsinki: Työterveyslaitos.

- Järnefelt, H., Lagerstedt, R., Kajaste, S., Sallinen, M., Savolainen, A. & Hublin, C. 2012. C. 2012. Cognitive Behavior Therapy for Chronic Insomnia in Occupational Health Services. *Journal of Occupational Rehabilitation* 22, 511-521.
- Kajaste, S. & Markkula, J. 2011. Hyvää yötä. Apua univaikeuksiin. Helsinki: Kirjapaja.
- Kelley, WM., Wagner, DD. & Heatherton, TF. 2015. In Search of a Human Self-Regulation System. *Annual Review of Neuroscience* 38, 389-411.
- Kerkelä, EV., Jonsson, L. & Strand, J. 2015. Health and Sports. Individual experiences following a 6-month exercise intervention: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 10, 26376 - <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.26376>
- Kipu. 2015. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 25.6.2016. <http://www.kaypahoito.fi>
- Klemola, T. 2005. Taidon filosofia – Filosofin taito. Tampere: Tampere University.
- Konsta, A., Dikeos, D, Bonakis, A., Ekonomou, N., Chrousos, G. & Darviri, C. 2013. Stress management techniques in primary insomnia: a randomized controlled trial. *Sleepmedicine* 14 (1), 173-182.
- Kronholm, E., Puusniekka, R., Jokela, J. ym 2015. Trends in self-reported sleep problems, tiredness and related school performance among Finnish adolescents from 1984 to 2011. *J Sleep Res* 24, 3-10.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Loft, M. 2011. Sleep self-regulation: understanding and improving the sleep initiation process in daytime employees. Doctoral Theses. University of Auckland.
- Marza-Danila, DN. & Marza-Danila, D. 2013. The importance of mental and physical relaxation in treating sleep disorders. *Science, Movement and Health* 13 (2), 641-649.

- McCann. 2011. An evaluation of the effects of a training program in trauma release exercises on quality of life. Cape Town, South Africa: University of Cape Town.
<http://traumaprevention.com>
- Mehling, W. E., Gobisetty, V., Daubenmier, J., Price, C., Hecht, F. M. & Stewart, A. 2009. Body Awareness: Construct and self-report measure. PLoS ONE 4 (5):e5614.
 doi:10.1371/journal.pone.0005614.
- Mehling ym. 2011. Body Awareness: A phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy and Humanities in Medicine* 6 (6), 1-12.
- Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3.painos. Helsinki: Methelp.
- Mitchell, MD., Gehrman, P., Perlis, M. & Umscheid, CA. 2012. Comparative effectiveness of cognitive Comparative effectiveness behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Family Practice* 13:40.
- Morin, CM., Hauri, PJ., Espie, CA, Spielman, AJ., Buysse, DJ. & Bootzin, RR. 1999. Nonpharmacologic treatment of cronic insomnia: an American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep* 22, 1-23.
- Muraven, M. 2010. Practising self-control lowers the risk of smoking lapse. *Psychology Addiction Behavior* 24, 446-452.
- Muraven, M., Baumeister, RF & Tice, DM. 1999. Longitudinal improvement of self-regulation through practice: building self-control strength through repeated exercise. *Journal of Social Psychology* 139 (4), 446-458.
- Myllymäki, T., Kyröläinen, H., Savolainen, K. ym. 2011. Effects of vigorous late-night exercise on sleep quality and cardiac autonomic activity. *J Sleep Res* 20, 146-153.
- Ong, JC., Shapiro, SL. & Manber, R. 2008. Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: A treatment-development study. *Behavior Therapy* 39 (2), 171-182.

- Palagini, L., Bruno, RM., Gemignani, C., Ghiadoni, L & Riemann, D. 2013. Sleep loss and hypertension: a systematic review. *Curr Pharm Des* 19 (13), 2409-2419.
- Partinen, M. 2009. Unihäiriöt. *Terveyskirjasto Duodecim*. Viitattu 28.10.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00052.
- Partinen, M. 2011. Epidemiology of Sleep Disorders. Teoksessa P. Montagna & S. Chokroverty (toim.) *Handbook of Clinical Neurology*, vol 98. *Sleep Disorders*, vol I., Elsevier, Amsterdam: , 275-314.
- Partinen, M. & Huovinen, M. 2011. *Unikoulu aikuisille. Opi selättämään unettomuus*. Juva: Bookwell Oy.
- Partinen, M. & Gislaven T. 1995. Basic Nordic Sleep Questionnaire (BNSQ): a quantitated measure of subjective sleep complaints. *Journal of Sleep Research* 4 (1), 150-155.
- Partinen, M., Westermarck, T. & Atroshi, F. 2014. Nutrition, sleep and sleep disorders – relations of some food constituents and sleep. Teoksessa F. Atroshi (toim.) *Pharmacology and nutritional intervention in the treatment of disease*. InTech, 191-223.
- Paunio, T., Korhonen, K., Hublin, C. ym. 2015. Poor sleep predicts symptoms of depression and disability retirement due to depression. *J Affect Disord* 172, 381-389.
- Petit, JM., Burlet-Godinot, S., Magistretti, PJ. ym. 2015. Glycogen metabolism and the homeostatic regulation of sleep. *Metab Brain Dis* 30, 263-279.
- Pihl, S. & Aronen, A-M. 2015. *Unentaidot. Löydä uni ilman lääkkeitä. 3. uudistettu painos*. Helsinki: Duodecim.
- Porkka-Heiskanen, T., Zitting, KM. & Wigren, HK. 2013. Sleep, its regulation and possible mechanisms of sleep disturbances. *Acta Physiology* 208 (4), 311-328.
- Posner, MI. & Rothbart, MK. 2009. Toward a physical basis of attention and self regulation. *Physiology Life Review* 6 (2), 103-120.
- Riemann, D., Nissen, C., Palagini, L. ym. 2015. The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. *Lancet Neurology* 14, 547-558.

- Ritterband, LM., Thorndike, FP., Gonder-Frederick, LA., Magee, JC. & Bailey, ET. 2009. Efficacy of an Internet-based behavioral intervention for adults with insomnia. *Archives of General Psychiatry* 66 (7), 692-698.
- Robson, C. 1995. *Real world research. A resource for social scientist and practitioner researchers.* Blackwell: Oxford UK & Cambridge USA. Viitattu 12.12.2016.
http://www.dem.fmed.uc.pt/Bibliografia/Livros_Educacao_Medica/Livro34.pdf
- Rofey, DL., McMakin, DL., Shaw, D. & Dahl, RE: 2013. Self-regulation of sleep, emotion, and weight during adolescence: implications for translational research and practice. *Clinical Translation Science* 6 (3), 238-243.
- Roxendal, G. 1985. *Body Awareness Therapy and The Body Awareness scale.* University of Goteborg, (Thesis).
- Saari, A., Kortelainen, I. & Väänänen, M. 2014. Lukijalle. Teoksessa I. Kortelainen, A. Saari & M. Väänänen (toim.) *Mindfulness ja tieteet. Tietoisuustaidot ja kehotietoisuus monitieteisen tutkimuksen kohteena.* Tampere: Tampere University Press, 7-8.
- Sallinen, M., Hakola, T. & Lagerstedt, R. 2012. Hyvästä työstä hyvää unta. Teoksessa H. Järnefelt & C. Hublin (toim.) *Työikäisten unettomuuden hoito.* Helsinki: Työterveyslaitos, 164-172.
- Schreier, M. 2012. *Qualitative Content Analysis in Practice.* Thousand Oaks (Calif.): Sage Publications.
- Stetter, F. & Kupper, S. 2002. Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 27, 45-98.
- TENK. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 16.8.2016.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Thorndike, FP., Saylor, DK., Bailey, ET., Gonder-Frederick, L. & Morin, CM. 2008. Development and perceived utility and impact of an internet intervention for insomnia. *E-journal of Applied Psychology* 4 (2), 32-42.

- Tononi, G. & Cirelli, C. 2014. Sleep and the price of plasticity: from synaptic and cellular homeostasis to memory consolidation and integration. *Neuron* 81, 12-34.
- TRE -FINLAND. 2016. Sertifioidut TRE -ohjaajat. Viitattu 12.11.2016.
http://www.trefinland.fi/?page_id=13
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11.painos. Helsinki: Tammi.
- Unettomuus. 2015. Käypä hoito - suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 30.12.2015. <http://www.kaypahoito.fi>.
- Van Straten, A. & Cuijpers, P. 2009. Self-help therapy for insomnia: a meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews* 13, 61-71.
- Vivofit2. Aktiivisuusranneke. Viitattu 28.10.2015.
<http://connect.garmin.com/fi-FI/start/vivofit2/expressii>
- Winbush, NY., Gross, CR & Kreitzer MJ. 2007. The effects of mindfulness-based stress reduction on sleep disturbance: a systematic review. *Explore* 3 (6), 585-591.
- Wennman, H., Kronholm, E., Partonen, T. ym. 2014. Physical activity and sleep profiles in Finnish men and women. *BMC Public Health* 14, 82 .
- Xie, L., Kang, H., Xu, Q 2013. Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. *Science* 342, 373-377.
- Åkerstedt, T. & Kecklund, G. 2012. Sleep, work and occupational stress. Teoksessa *In The Oxford handbook of sleep and sleep disorders*, edited by Morin, CM., Espie, CA: Oxford University Press, New York.
- Yang, P-H., Ho, K-H., Chen, H-C. & Chien, M-Y. 2012. Exercise training improve sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* 58, 157-163.

BNSQ -FIN₂₀₀₈ unikyselylomake

Tässä lomakkeessa esitetyt kysymykset ovat tärkeitä unihäiriöiden diagnostiikan ja hoidon kannalta. Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin ympyröimällä oikea vaihtoehto ja / tai täydentämällä puuttuvat kohdat KUIVAMUSTEKYNÄLLÄ. Osa kysymyksistä muistuttaa paljon toisiaan. Vastatkaa kuitenkin kaikkiin kysymyksiin. Se on tärkeätä unen ja unihäiriöiden kartoittamisen kannalta.

Tämän lomakkeen täyttämispäivämäärä: Tänään on ____ . ____ .20 ____ .

1. Sukunimi _____ Etunimi _____
(tekstaten) (tekstaten)

2a. Syntymäaika ja henkilötunnus _____ - _____ SUKUPUOLI: 0 nainen 1 mies
pv kk v tunnus
IKÄ: Olen nyt _____-vuotias

2b. Siviilisäätty

1. Naimisissa 2. Avoliitossa 3. Naimaton 4. Eronnut 5. Leski

NUKKUMISTA JA UNETTOMUUTTA KOSKEVIA KYSYMYKSIÄ

(miettikää aina viimeksi kuluneita kolmea kuukautta paitsi, jos asiaa kysytään lyhemmältä ajanjaksolta)

3. Onko Teillä ollut vaikeuksia nukahtaa?

1. Ei koskaan 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

4. Kuinka nopeasti nukahdatte yleensä käytyänne vuoteeseen (sammutettuanne valot)?

1. Yli 40 minuutissa
2. 31 - 40 minuutissa
3. 21 - 30 minuutissa
4. 10 - 20 minuutissa
5. Alle 10 minuutissa

5. Kuinka usein olette herännyt yöllä?

1. En koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
2. Harvemmin kuin kerran viikossa
3. 1 - 2 yönä viikossa
4. 3 - 5 yönä viikossa
5. Joka yö tai lähes joka yö

5b. Jos heräätte öisin, niin kuinka monena yönä keskimäärin olette herännyt virtsalle?

1. En koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
2. Harvemmin kuin kerran viikossa
3. 1 - 2 yönä viikossa
4. 3 - 5 yönä viikossa
5. Joka yö tai lähes joka yö

6. Jos heräilette yleensä yöllä, kuinka monta kertaa yössä olette keskimäärin herännyt?

1. En yleensä herää öisin
2. Kerran yössä
3. Kahdesti yössä
4. 3-4 kertaa yössä
5. Ainakin 5 kertaa yössä

- 6b. Kuinka monta kertaa yössä keskimäärin joudutte käymään virtsalla (kuinka monta kertaa yössä keskimäärin olette herännyt virtsahätään viimeksi kuluneen kolmen kuukauden aikana)?
1. En kertaakaan
 2. Kerran yössä
 3. Kahdesti yössä
 4. 3-4 kertaa yössä
 5. Ainakin 5 kertaa yössä
7. Oletteko käyttänyt reseptillä määrättyjä unilääkkeitä (viimeksi kuluneen 3 kk aikana)?
1. En 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
- Mitä unilääkkeitä:
-
-
8. Oletteko tuntenut itsenne erittäin väsyneeksi aamuisin heräämisen jälkeen?
1. En koskaan 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
9. Oletteko tuntenut itsenne väsyneeksi päivisin?
1. En koskaan 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
10. Oletteko tuntenut itsenne uneliaaksi päivisin?
1. En koskaan 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
11. Oletteko kärsinyt pakonomaisesta nukahtamistaipumuksesta (joutunut taistelemaan nukahtamista vastaan) arki /työpäivinä?
1. En kertaakaan 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
12. Oletteko kärsinyt pakonomaisesta nukahtamistaipumuksesta (joutunut taistelemaan nukahtamista vastaan) vapaa-aikana?
1. En kertaakaan 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

 13. Oletteko kärsinyt levottomien jalkojen oireista (viimeksi kuluneiden kolmen kuukauden aikana)?

Levottomilla jaloilla tarkoitetaan pakonomaista jalkojen liikkumisen tarvetta (rauhattomia jalkoja), joka johtuu epämiellyttävistä tuntemuksista (kuumotusta, kylmän tunnetta, kihelmöintiä, "muurahaisten kävelyä", omituista syvää kipua tms.) etenkin jaloissa. Oireet ilmenevät levossa istuessa (kokouksissa, teatterissa, ruokapöydässä, pitkällä lentomatalla, TV:tä katsottaessa) tai maataessa (vuoteeseen mentäessä) etenkin iltaisin tai öisin. Epämiellyttävät tuntemukset lieviytyvät selvästi liikuteltaessa jalkoja tai kävellessä. Levottomat jalat voi vaikeuttaa nukahtamista. Levottomiin jalkoihin voi liittyä myös yöllistä jalkojen jaksottaista liikehdintää.

1. En kertaakaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
2. Harvemmin kuin kerran viikossa
3. 1 - 2 iltana / yönä viikossa
4. 3 - 5 iltana / yönä viikossa
5. Joka ilta / yö tai lähes joka ilta / yö

13b. Onko joku lääkäri diagnosoinut teillä levottomat jalat oireyhtymän? 1. Ei ole 2. Kyllä

 YÖUNEN PITUUS, NUKKUMISAJAT, PÄIVÄUNET JA KUORSAUS

 14. Kuinka monta tuntia nukutte keskimäärin vuorokaudessa päiväunet mukaan lukien?

Nukun keskimäärin noin _____ tuntia vuorokaudessa.

14b. Kuinka monta tuntia nukutte keskimäärin öisin?

Nukun keskimäärin noin _____ tuntia yössä.

15. Mihin aikaan menette yleensä nukkumaan iltaisin?

- a. Arkipäivisin / työpäivinä käyn nukkumaan noin klo _____
- b. Lauantaisin / vapaapäivinä käyn nukkumaan noin klo _____

16. Mihin aikaan yleensä heräätte aamuisin?

- a. Arkipäivisin / työpäivinä herään yleensä noin klo _____
- b. Sunnuntaisin / vapaapäivinä herään yleensä noin klo _____

17. Kuinka usein nukutte päiväunia?

1. En koskaan 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

18. Kuorsaatteko nukkuessanne? (Kysykää muilta, jos ette tiedä varmasti)

1. Kerran kuussa tai harvemmin (tai en koskaan)
2. Harvemmin kuin kerran viikossa
3. 1 - 2 yönä viikossa
4. 3 - 5 yönä viikossa
5. Joka yö tai lähes joka yö

19. Millaista kuorsauksenne on laadultaan? (Kysykää muilta, jos ette tiedä varmasti)

1. En kuorsaa
2. Kuorsaan hiljaa ja tasaisesti
3. Kuorsaan tasaisesti, mutta melko äänekkäästi
4. Kuorsaan tasaisesti, mutta niin äänekkäästi, että se kuuluu jopa viereiseen huoneeseen
5. Kuorsaan hyvin äänekkäästi ja epätasaisesti (välillä on hengityskatkoja, jolloin ei kuulu ääntä ja välillä kuuluu kovaa korahtelevaa kuorsautta). Muiden on hyvin vaikea nukkua samassa huoneessa

20. Onko Teillä tai ovatko muut huomanneet, että Teillä on hengityskatkoja (apneoita, hengityspysähdyksiä) nukkuessanne?

1. Ei koskaan tai harvemmin kuin kerran kuussa
 2. Harvemmin kuin kerran viikossa
 3. 1 - 2 yönä viikossa
 4. 3 - 5 yönä viikossa
 5. Joka yö tai lähes joka yö
-

21. Jos kuorsaatte ainakin 1-2 kertaa viikossa, kuinka monta vuotta olette kuorsannut? (Kysykää tarvittaessa muilta)

Olen kuorsannut noin _____ vuotta. Olin arviolta noin _____-vuotias alkaessani kuorsata.

22. Tunnetteko itsenne uupuneeksi päiväsaikaan?

1. En koskaan 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

23. Oletteko mielestänne päivisin väsyneempi kuin muut suunnilleen saman ikäiset ystävänne, kanssaihmisenne tai työtoverinne?

1. En, olen selvästi virkeämpi
 2. En, olen jonkin verran virkeämpi
 3. En huomaa eroa
 4. Kyllä, olen jonkin verran väsyneempi
 5. Kyllä, olen selvästi väsyneempi
-

24. Kuinka monta tuntia unta tarvitsette vuorokaudessa (kuinka monta tuntia nukkuisitte, jos voisitte nukkua niin pitkään kuin haluatte)? Toisin sanoen, kuinka pitkän unen tarvitsette ollaksenne seuraavana päivänä virkeä ja hyvässä työvireessä?

Tarvitsen noin _____ tuntia ja _____ minuuttia unta vuorokaudessa.

25. Lopuksi pyydämme Teitä kirjoittamaan vapaasti mahdollisista unihäiriöistänne. Voitte myös kirjoittaa muita kommenttejanne seuraavalle sivulle. Jatkakaa tarvittaessa lomakkeen kääntöpuolelle. Jos Teillä on unihäiriöitä, kuvailkaa omin sanoin millaisia ne ovat. Kirjoittakaa myös millaista apua toivotte ensisijaisesti saavanne:

Tarkistakaa vielä, että vastasitte kaikkiin kysymyksiin. Kiitos.

Lisäkysymykset:

1. Onko työsi?

- päivätyötä
- vuorotyötä/ epäsäännöllinen työaika

2. Kuinka ruumiillisesti rasittavaa työsi on?

- kevyt istumatyö
- ruumiillisesti kevyt seisomatyö tai kevyt liikkuva työ
- ruumiillisesti keskiraskas liikkuva työ
- raskas ruumiillinen työ
- erittäin raskas ruumiillinen työ

3. Kuinka usein harrastat liikuntaa; vähintään puoli tuntia kerrallaan?

- en lainkaan
- 1-3 kertaa kuukaudessa
- kerran viikossa
- 2-6 päivänä viikossa
- joka päivä

4. Kuinka suhtaudut nukkumiseen ja onko käytössäsi keinoja, joista on apua nukkumiseesi?

KIITOS VASTAUKSESTASI!

HARJOITUSPÄIVÄKIRJAN TÄYTTÖOHJEET

Itsenäinen harjoittelu 1-3 x/vko ryhmäharjoituksen lisäksi.

1. Kirjaa TRE -harjoituksesta

- Päivämäärä, harjoitusajankohta (kellon aika/aamu/päivä/ilta) ja harjoituksen kesto
- Tunteukset ja vireystila ennen ja jälkeen harjoituksen (esim. väsynyt, pirteä, levoton, rauhallinen, iloinen, ahdistunut ym.)
- Missä tärinä/värinä tuntui, miten se eteni ja tapahtuiko muutoksia kehon eri osien välillä ja jos muuttui, mikä ja miten?

2. Kirjaa olotila ja tunteuksesi

- Harjoittelupäivän iltana ennen nukkumaan menoa sekä seuraavana aamuna herättyäsi.
- Arvioi, kuinka nukuit ja mahdollisesti nukkumiseen vaikuttavat asiat.

Huom!

Harjoitteluun ja nukkumiseen liittyviä keskeisiä tunteuksia ja ajatuksia voit kirjata muinakin ajankohtina kuin kohdassa 1 ja 2 on mainittu.