

Opinnäytetyö (AMK)

Fysioterapian koulutusohjelma

Fysioterapia

2016

Carola Nylund, Miia Peltola, Annastiina Saastamoinen

MIGREENI JA LIIKUNTA

– Vaikuttaako migreeni liikuntaan vai liikunta migreeniin?

Carola Nylund, Miia Peltola, Annastiina Saastamoinen

MIGREENI JA LIIKUNTA

- Vaikuttaako migreeni liikuntaan vai liikunta migreeniin?

Opinnäytetyössä selvitettiin migreeniä sairastavien henkilöiden liikunnan ja liikkumisen edistäviä ja rajoittavia tekijöitä. Migreeni on kohtauksellinen, geenien säätelemä neurologinen sairaus, jonka yksi migreenikohtaus kestää 4 - 72 tuntia (Färkkilä ym. 2015). Kohtauksen pitkä kesto vaikuttaa oleellisesti elämänlaatuun, toimintakykyyn ja liikunnan harrastamiseen. Migreeniä sairastaa jopa 14,6 % naisista sekä 4,8 % miehistä ja yleisesti migreeniä hoidetaan lääkehoidolla (Färkkilä ym. 2015).

Tutkimustavoitteena oli koota migreeniä sairastavan liikuntaa edistäviä ja rajoittavia tekijöitä ICF:n tasoilla, ottaen huomioon migreeniä sairastavien moninaiset oireet. Tämän ohjeistuksen tarkoituksena oli antaa lisätyökaluja migreeniä sairastavan fysioterapeuttiseen neuvontaan ja tutkia, miten fysioterapia kuuluu migreenin hoitoon. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin sähköistä kyselylomaketta, jonka linkki lähetettiin kaikille Suomen Migreeniyhdistyksen sähköpostilistalla olevalle 2059 jäsenelle ympäri Suomea. Kysely umpeutui 200 vastauksen jälkeen.

Suurin osa migreenikyselyyn vastanneista harrasti jonkinlaista liikuntaa. Liikuntaa harrastettiin keskimäärin viisi tuntia viikossa. Eniten migreenikohtauksia aiheuttivat rasittava, hengästyttävä ja sykettä nostattava liikunta. Myös ulkoisilla tekijöillä sisä- ja ulkoliikuntapaikassa oli merkitystä. Näistä eniten migreenikohtauksen yleisyyteen vaikuttivat valot ja kirkkaus, ukkonen ja painostava ilma, hajut ja tuoksut, äännet ja lämpötilojen vaihtelut. Migreeniä sairastavan kannattaa huomioida nämä asiat liikuntaharrastusta valitessaan. Suurin osa vastaajista koki, että liikunta ei auta migreenikohtauksen hoitona. Ne, joiden mielestä liikunta auttoi migreenikohtaukseen, kokivat erityisesti kevyen liikkumisen ja venyttelyn olevan avuksi. Yli puolet vastaajista oli käynyt fysioterapiassa, mutta suurin osa heistä ei kokenut fysioterapian auttavan migreenin hoidossa. Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää, millaisilla keinoilla fysioterapeutit migreeniä hoitavat ja onko hoitona käytetty tutkitusti migreeniä auttavia keinoja, kuten rentoutustekniikoiden opettamista, triggerpisteiden käsittelyä sekä liikuntaohjausta. Opinnäytetyön perusteella tehty ohjeistus voi toimia ohjenuorana migreeniä sairastavan fysioterapeuttisessa ohjauksessa.

ASIASANAT:

migreeni, liikunta, fysioterapia.

Carola Nylund, Miia Peltola, Annastiina Saastamoinen

MIGRAINE AND EXERCISE

- Does migraine effect to the exercise or exercise to the migraine

This thesis studied what kind of exercise and physical movement promotes or limits a person who suffers from migraine. Migraine is an attack illness, a neurological disease regulated by genes, in which one scene lasts 4-72 hours (Färkkilä etc. 2015). The long duration of the scene can significantly affect quality of life, functioning and to practice sports. Up to 14.6% of women and 4.6% of men suffers from migraine and migraine is generally treated with medical treatment (Färkkilä etc. 2015).

The purpose of this study was to gather restrictive and promoting factors of migraine patients in ICF level standards. In this gathering were taking into account manifold symptoms of migraine patients. The aim was to provide additional tools to be used in physiotherapy consultation and study how to include physical therapy in treatment to the migraine. The method for data collection was an electronic questionnaire, in which a link was sent to all the Finnish Migraine Association's mailing listed 2059 members. Poll expired after 200 responses.

The majority of respondents of a questionnaire could do some kind of exercise. Exercise was practiced approximately five hours per week. Migraine attacks were mostly caused by strenuous, breath-taking and rate-raising exercises. Also indoor and outdoor factors were relevant. Of these migraine attack promoting factors lights and brightness, thunder and sultry air, odors and scents, sounds and temperature fluctuations were majority reasons that caused migraine. These factors should be considerate in migraine patients' physical activity. The majority of respondents felt that migraine treatment could not be helped by physical activity. Those who felt that exercise helped to the migraine attack felt that especially gentle movements and stretching exercises helped. Physiotherapists were visited by more than half of the respondents, but most of them did not get any benefit from physiotherapy. In the future would be interesting to find out, what kind of practices are used by physiotherapists in migraine patients' physiotherapy and are proven treatment methods for migraine patients like teaching relaxation techniques, handling Trigger treatment and exercise control used. In conclusion the basis of the thesis could be a guideline in physiotherapy consultation for those who suffer from migraine.

KEYWORDS:

migraine, physical activity, physiotherapy.

SISÄLTÖ

KÄYTETTY SANASTO	6
1 JOHDANTO	7
2 MIGREENI	8
2.1 Määritelmä	8
2.2 Migreenikohtauksen eri osa-alueet sekä migreenin diagnosointi	9
2.2.1 Esioireet	9
2.2.2 Aura	9
2.2.3 Migreeniin kuuluva päänsärky	10
2.2.4 Toipumisvaihe	10
2.3 Migreenidiagnoosi	10
2.4 Migreenin laukaisevat tekijät	11
2.5 Migreenikohtauksen hoito	12
3 LIIKUNTA JA MIGREENI	13
3.1 Aerobinen liikunta ja migreeni	13
3.2 Liikunnan fysiologinen vaikutus migreeniin	13
3.3 Migreeniä sairastavan liikunnan harrastaminen	14
3.4 Migreeni ja fysioterapia	15
4 ICF TOIMINTAKYVYN ARVIOINNIN APUVÄLINEENÄ	17
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	18
5.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	18
5.2 Opinnäytetyön tutkimusongelmat	18
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	19
6.1 Tutkimusjoukko	19
6.2 Havaintoyksiköt ja otanta	19
6.3 Aineistonkeruumenetelmä	19
6.4 Aineiston analyysi	20
6.5 Tutkimuksen reliabiliteetti, validius ja eettisyys	21
7 TULOKSET	22

7.1 Osallistujat	22
7.2 Halu harrastaa liikuntaa	23
7.3 Fyysinen kunto ja liikunnan harrastaminen	23
7.4 Migreeni ja migreenikohtaukset	26
7.5 Liikunta ja migreeni	29
7.6 Migreeni ja fysioterapia	31

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA 33

8.1 Johtopäätökset	33
8.2 Liikuntaohjeistus	37
8.3 Pohdinta	38
8.4 Kehitysideat ja tutkimuksen merkitys fysioterapialle	39
8.5 Jatkotutkimusehdotukset	39

LÄHTEET 40

LIITTEET

- Liite 1. Saatekirje.
- Liite 2. Kyselylomake
- Liite 3. Liikuntasuositus migreeniä sairastavalle

KUVIOT

Kuvio 1. Ikähaarukat.	22
Kuvio 2. Maakunnat.	23
Kuvio 3. Fyysinen kunto.	24
Kuvio 4. Liikunnan harrastamisen syyt.	24
Kuvio 5. Liikunnan määrä viikossa.	25
Kuvio 6. Liikuntamuodot.	26
Kuvio 7. Migreenin alkamisikä.	26
Kuvio 8. Migreenikohtauksen yhtäjaksoinen kesto.	27
Kuvio 9. Migreenin muoto.	27
Kuvio 10. Migreenikohtausten määrä kk.	28
Kuvio 11. Laukaisevat tekijät.	29
Kuvio 12. Migreenikohtaukseen auttava liikunta.	30
Kuvio 13. Migreeniä laukaiseva liikunta.	31
Kuvio 14. Fysioterapia migreenin hoidossa.	32

KÄYTETTY SANASTO

Aerobinen liikunta	Aerobinen liikunta on kestävyysliikuntaa, joka vaikuttaa erityisesti sydämen pumppaustehoon sekä keuhkojen ja verisuonten kuntoon ja toimintakykyyn. Aerobista kestävyysliikuntaa ovat esimerkiksi kävely, juoksu, pyöräily ja hiihto. (UKK-instituutti 2014c.)
Hyötyliikunta	Hyötyliikunta on päivän mittaan tapahtuvaa liikkumista, mikä kertyy arjen askareissa, kuten siivoamisessa, lasten kanssa leikkiessä, haravoinnissa, portaissa kävelyssä. (UKK-instituutti 2014d.)
Lihaskunto	Lihaskunto auttaa hallitsemaan tasapainoa, ylläpitämään ryhtiä ja mahdollistaa turvallisen liikkumisen. Hyvä lihaskunto takaa hyvän toiminta- ja liikkumiskyvyn. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014.)
Liikehallinta	Liikehallinta on kehon osien ja liikkeiden hallintaa, kuten tasapainoa, reaktiokykyä, koordinaatiota, ketteryyttä ja liikenopeutta. (UKK-instituutti 2014e.)
Rasittava liikunta	Rasittava liikunta sopii hyvin terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja kuntoliikkuksille. Liikunta on rasittavaa silloin, kun hengästyy ja puhuminen vaikeutuu. (UKK-instituutti 2015f.)
Kestävyyskunto	Kestävyyskunto on verenkierron ja hengityselimistön kunnan yhteissumma. (UKK-instituutti 2014g.)
Fysioterapia	Fysioterapia on osa lääkinällistä kuntoutusta. Fysioterapia pyrkii vaikuttamaan ihmisen toimintakyvyn ja normaalin elämän edellytyksiin tukemalla kuntoutujan aktiivista kuntoutusta. Menetelminä on liikkumisen ja toimintakyvyn häiriöiden ennaltaehkäisy, mahdollinen korjaaminen ja tasapainottaminen. Fysioterapialla myös pyritään ylläpitämään ja parantamaan sen hetkistä toimintakykyä. (Talvitie ym. 2006, 18-19.)

1 JOHDANTO

Migreeni on kohtauksellinen ja geenien säätelemä neurologinen sairaus. Keskeisinä oireina migreenissä ovat toispuoleisena, sykkivänä, kovana tai kohtalaisena ilmenevä päänsärky ja sen seurauksena mahdollisesti ilmenevä pahoinvointi, oksentaminen ja ääni- ja valoherkkyys. Migreenikohtauksen kesto on 4 - 72 tuntia ja kohtauksia on kahdesta kohtauksesta jopa viiteentoista kohtaukseen kuukaudessa, jolloin migreeni määritellään krooniseksi. (Färkkilä ym. 2015.)

Migreeniä sairastaa 14,6 % naisista ja 4,6 % miehistä. Yleisesti migreeniä hoidetaan lääkkeellisesti. Liikunta auttaa tutkitusti jännityspäänsärkyyn, mutta migreenissä räsistä ohjeistetaan välttämään. (Färkkilä ym. 2015.) Liikunnalla on kuitenkin positiivisia vaikutuksia ihmisen terveyteen, hyvinvointiin, sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen (UKK-instituutti 2014a). Migreeniä sairastava voi harrastaa liikuntaa ja liikkua ilman migreenikohtauksen ilmenemistä, liikkuesssa on vain otettava huomioon liikuntaa rajoittavat tekijät. Näitä tekijöitä haettiin kyselytutkimuksen avulla.

Opinnäytetyön avulla selvitettiin, miten migreeniä sairastava voi harrastaa liikuntaa ja jopa ennaltaehkäistä migreenikohtauksia. Kyselytutkimuksen avulla saatiin ensitietoa migreeniä sairastavilta. Näiden vastausten avulla luotiin ohjeistus liikuntaa edistävistä ja rajoittavista tekijöistä ICF-luokituksen tasoilla. Tämä ohjeistus voi toimia ohjenuorana liikuntaneuvontaa antavalle fysioterapeutille sekä migreeniä sairastavalle itselleen.

Tutkimuksen toimeksiantajana on Turun Ammattikorkeakoulun Neuroliikkuja paikallistasolla 2013–2015 -projekti. Neuroliikkuja paikallistasolla 2013–2015 –projekti on kansallinen, Opetus-kulttuuriministeriön rahoittama hanke. Hanke toimii Turun ammattikorkeakoulun yhteydessä ja sen tarkoituksena on kehittää neuroliikkujen mahdollisuutta harrastaa liikuntaa pilottikunnissa Turku, Paimio, Loimaa sekä Uusikaupunki. (Turku AMK 2016.) Opinnäytetyön tutkimus toteutettiin yhteistyössä Suomen Migreeniyhdistys ry:n kanssa. Suomen Migreeniyhdistys ry on kansallinen migreeniä sairastavien yhdistys.

2 MIGREENI

2.1 Määritelmä

Migreeni on hermosto- ja verisuoniperäinen, kohtauksellinen sairaus, joka alkaa aivorungon tumakkeista. Migreenikohtauksen aikana aivojen pintaverisuonet laajenevat ja tästä seuraa päänsärkyä. Tarkkaa syytä migreenikohtauksen alkamiselle ei tunneta, eikä syytä vain osan väestön migreeniin sairastumiselle. Migreeni syntyy monien mekanismien, kuten perinnöllisyys- ja ympäristötekijöiden vaikutuksesta. Vaikka suvussa ilmenee migreeniä, on geenien periytyminen kuitenkin yksilöllistä. Migreenin ilmene-mismuoto voi vaihdella saman perheenkin sisällä hyvin paljon. (Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim & Suomen Apteekkariliitto-Finlands Apotekareförbund, 2002, 52.)

Migreeni on yleinen sairaus, 14,6 % prosenttia naisista ja 4,8 % miehistä sairastaa migreeniä. Toisin kuin jännityspäänsärky, migreeni saattaa aiheuttaa oksentamista tai pahaa oloa, lisäksi särky on voimakasta sekä kohtauksittaista. Migreeni jaetaan kahteen eri muotoon; aurattomaan ja auralliseen. Aurallista kohtausta ennakoi mahdollisesti näköhäiriö, puutuminen, lihasheikkous tai puheen vaikeus. Auraton migreenikohtaus alkaa päänsäryllä, ilman aurallisen migreenin ennakko-oireita. (Färkkilä ym. 2015.) Migreenikohtauksen jälkeen aivorungon migreenialue palaa normaalitilaan, eikä aivo-runkoon tai muualle aivoihin jää pysyviä merkkejä migreenistä (Färkkilä ym. 2009).

Migreeniin sairastutaan usein kouluiässä ja sen aiheuttamat oireet helpottavat tavalli-sesti iän myötä. Naisilla migreenipäänsäryt saattavat helpottua raskauden aikana ja loppuvat tavallisesti vaihdevuosisien jälkeen. (Mustajoki 2013.)

Kroonisen migreenin kriteerit täyttyvät, jos henkilö kärsii päivittäin tai melkein päivittäin migreenistä, vähintään 15 päivää kuukaudessa ja puolen vuoden ajan. Kroonista migreeniä sairastavat ovat tavallisesti sairastaneet migreeniä joitain vuosia ennen sen kroonistumista. Tämä voi lopulta johtaa siihen, että migreeni muuttuu päivittäiseksi tai lähes päivittäiseksi vaivaksi. (Svenska Migränförbundet 2016.)

2.2 Migreenikohtauksen eri osa-alueet sekä migreenin diagnosointi

Migreenikohtaus voidaan jakaa seuraaviin neljään eri vaiheeseen: esioireet, aura, päänsärkyvaihe sekä näitä seuraava toipumisvaihe (Lindberg 2003, 45).

2.2.1 Esioireet

Migreenikohtauksen ennakko-oireita esiintyy usein edeltävänä päivänä. Näitä ovat esimerkiksi väsymys, haukottelu, makeanhimo sekä mielialan muutokset. Esioireena voi ilmentua myös noin 5-60 minuuttia kestävä halvausoire tai puheenhäiriötä. Usein päänsärky alkaa ilman esioireita. Migreenipäänsärky on sykkivää, kovaa tai kohtalaista toispuoleista pääkipua, josta seuraa pahoinvointia sekä oksentamista. Siihen voi liittyä myös autonomisen (tahdosta riippumattoman) hermoston häiriötä, kuten ripulia ja ihon kalpeutta. Migreenikohtauksen laukaisijana saattaa olla ulkoinen tekijä ja nämä laukaavat tekijät vaihtelevat yksilöittäin. (Mustajoki 2013.)

2.2.2 Aura

Aurattomassa migreenissä päänsärky alkaa ilman ennakko-oireita. Aurallisessa migreenissä ennakko-oireita ovat lihasheikkous tai puheen vaikeus, näköhäiriöt sekä puutuminen. (Färkkilä ym. 2015.) Migreeniä sairastavilla, vain 15 %:lla, esiintyy aurallista migreeniä. Aurallisessa migreenissä näköaivokuorelta välittyvä eteenpäin leviävä, sähköinen aalto (näköaivokuori sijaitsee takaraivon alueella). Tämän aallon reuna-alue muodostaa ilmiön, jota kutsutaan auraksi. Jos kyseinen aalto pyyhkäisee näköaivokuoren yli, seurauksena on näköaistimuksia. Auran oireet riippuvat täysin siitä, minkä osan aivokuoresta aalto ylittää. Näköön liittyvät aurat ovat yleisimpiä, kuten näkökenttäpuutokset, sahalaidat, kirkkaat valot tai näköhavaintojen koon vääristymät. Tuntoaivokuoren oireita ovat pistelyt sekä puutumiset. Auraoireen kesto on yleensä korkeintaan tunnin, ennakoiden tulevaa päänsärkykipua. Päänsärkykipu voi alkaa myös alkaa auraoireen aikana. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Apteekkariliitto-Finlands Apotekareförbund, 2002, 52-55.)

2.2.3 Migreeniin kuuluva päänsärky

Migreenikipu on yleensä pään sisällä tuntuva kohtalaista tai kovaa, jyskyttävää kipua. Migreenikipu voi alkaa myös lihassärkynä, pään tai niskan yhdeltä puolta. Niskassa oleva lihassärky ei ole migreenin aiheuttaja, vaan tämä liittyy migreenikohtaukseen. Migreenikivun särkyvaihe kestää muutamasta tunnista muutamaan vuorokauteen. Kipuun kuuluu usein myös autonomisen hermoston oireita, kuten hikoilua, palelua, pahoinvointia tai oksentamista, verenpaineen sekä pulssin muutoksia ja suoliston toiminnan lamaantumista. Harvinaisena ilmiönä saattaa esiintyä myös kasvojen tai silmien punoitusta, kasvojen hikoilua tai kivun puoleisen sieraimen tukkoon menemistä. Migreenikohtaus vaikuttaa normaaliin toimintaan jopa lamaannuttavasti ja normaali työskenteleminen tai liikkuminen voi estyä. Migreenikohtauksen aikana tavallinen aisti-informaatio voidaan kokea normaalia voimakkaampana. (Lindberg 2003, 50-59.)

2.2.4 Toipumisvaihe

Migreenipäänsärky kestää muutamasta tunnista muutamaan vuorokauteen. Tämän jälkeen alkaa toipumisvaihe, jonka kesto voi olla jopa muutamia päiviä. Aivojen kuorikerros toipuu vähitellen normaaliin tilaan tämän vaiheen aikana. Toipumisvaiheen oireet ovat keskittymiskyvyn aleneminen, tunne ajatusten kulkemattomuudesta, väsymys, tunteiden vaihtelu sekä lihassärky. (Lindberg 2003, 58-59.)

2.3 Migreenidiagnoosi

Migreenidiagnoosi tehdään lääkärin haastattelun sekä kliinisten testien perusteella. Aurattoman migreenidiagnoosin saadakseen on potilaalla ollut vähintään viisi päänsärkykohtausta, joiden kesto on ollut 4-72h. Tämän lisäksi kohtauksissa on oltava vähintään kaksi A-ryhmän kriteeriä sekä yksi B-ryhmän kriteeri:

A-ryhmä:

- sykkivä särky
- särky on toispuoleista

- särky on joko kohtalaista tai kovaa
- normaali kehon rasitus (kuten esim. portaiden nousu tai kävely) pahentaa päänsärkyä tai toimintaa on vältettävä päänsärryn takia

B-ryhmä:

- pahoinvointi tai oksentaminen
- valonarkuus tai ääniyliherkkyys

Aurallisen migreenidiagnoosiin saadakseen on potilaalla ollut vähintään kaksi migreenikohtausta. Oireina on oltava vähintään kolme seuraavista:

- auraoire
- auraoire on kestänyt yli neljä minuuttia tai kaksi peräkkäistä auraoiretta
- auran kesto on alle tunnin tai auran jälkeen päänsärkyä alkaa alle tunnissa

(Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Apteekkariliitto-Finlands Apotekareförbund, 2002, 56.)

2.4 Migreenin laukaisevat tekijät

Migreeniä laukaisevia ärsykejä tulisi välttää. Migreeniä sairastavat tunnistavat usein omat migreeniä laukaisevat tai pahentavat tekijät. Näitä ärsykejä välttämällä osa kohtauksista saattaa kokonaan estyä tai helpottua. (Färkkilä ym. 2015.)

Kirkas valo on tavallisin migreeniä aiheuttavista ärsykeistä. Muita yleisiä migreeniä aiheuttavia tekijöitä ovat hajut, kuumuus, hormonaaliset tekijät, valvominen, lämpötilan suuret vaihtelut, jotkin ruoka-aineet sekä vuorokausirytmien muutokset. (Färkkilä ym. 2015.)

Miesten migreenikohtauksien kesto on keskimääräisesti lyhyempi kuin naisilla, joilla usein kuukautiset ja ovulaatio ovat migreenikohtauksia laukaisevia tekijöitä. Raskauden aikana naisten migreeni saattaa lievitä tai jopa pahentua. Migreenikohtaus voi alkaa ilman laukaisevankin tekijän vaikutusta. (Svenska Migränförbundet 2016.)

2.5 Migreenikohtauksen hoito

Migreeniin sairastumisen taipumusta ei voi ehkäistä. Aikaisemmillä elämäntavoilla ei tiedetä olevan yhteyttä myöhempään taipumukseen saada migreenikohtauksia. (MUSTAJOKI 2013.) Migreenin hoito riippuu migreenin oireista ja potilaan omista toiveista. Hoito on lääkkeellinen, lääkkeetön tai näiden yhdistelmä. Hoitoon vaikuttavat muun muassa kohtausten vaikeusaste, mahdollinen pahoinvointi tai oksentaminen sekä kohtauksen alkamisajankohta. (FÄRKKILÄ ym. 2015.)

Migreenikohtausta voidaan lääkittää kahdentyypisillä lääkkeillä, toisena ovat migreenin täsmälääkkeet, kuten triptaani- tai tulehduskipulääkkeet. Triptaani vaikuttaa aivojen sekä aivorungon tiettyihin reseptoreihin ja tehoa voi edistää ottamalla sen heti migreenipäänsäryn alettua. Näin ollen se saattaa lievittää kaikkia migreenikohtauksen oireita. Myöhemmin otetun lääkkeen vaikutus migreenikohtaukseen on lievempi. (FOSTER 2007, 114-115, 176.) Kaikki triptaanit supistavat migreenikohtauksen aikana laajentuneita aivoverisuonia (FÄRKKILÄ ym. 2015).

Migreenin estoon käytetään verenpainelääkkeitä beetasalpaajien ryhmästä sekä topiramaattia, joka lukeutuu epilepsialääkkeisiin. Lääkkeiden vaikutus migreeniin on yksilöllistä. Migreeniä voidaan ennaltaehkäistä ei-lääkinnällisin keinoin panostamalla terveisiin elämäntapoihin, kuten hyvän ryhdin ja lihaskunnon ylläpitoon, terveelliseen ja säännölliseen ruokailuun, rentoutumisen opetteluun sekä riittävään uneen. Lievää migreenikohtausta voi yrittää hoitaa levolla ja oleskelemalla pimeässä sekä viileässä huoneessa, jolloin kohtaukselta saatetaan välttyä. Migreeniä voidaan helpottaa myös ei-lääkkeellisin keinoin, kuten rentoutumisharjoituksella tai lämpimällä suihkulla. (SUOMALAINEN LÄÄKÄRISEURA Duodecim & Suomen Apteekkariliitto-Finland Apotekareförbund, 2002, 57-62.)

3 LIIKUNTA JA MIGREENI

3.1 Aerobinen liikunta ja migreeni

Aerobinen liikunta vähentää migreenikohtausten todennäköisyyttä, niiden kestoa ja intensiivisyyttä. Vielä ei ole tarpeeksi tieteellistä näyttöä aerobisen liikunnan käytöstä migreenin hoitona. (Varkey ym. 2011.) Liikunnalla on positiivisia vaikutuksia ihmisen terveyteen, kuten hyvinvointiin, sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen. Liikunta vaikuttaa oleellisesti myös ihmisen terveyskuuntoon hengitys- ja verenkiertoelimistön, tuki- ja liikuntaelimestön, liikehallintakyvyn, kehon koostumuksen ja aineenvaihdunnan kautta. Toki perimä ja yksilölliset tekijät ovat osatekijöinä ihmisen terveyteen ja koettuun hyvinvointiin. (UKK-instituutti 2014a.) Tutkimusten mukaan migreeniä sairastavat harrastavat vähemmän liikuntaa tai jopa välttävät sitä, kuin migreeniä sairastamattomat (Kelman 2007; Varkey ym. 2011). On kuitenkin todistettu, että migreeniä sairastavakin voi harrastaa liikuntaa aiheuttamatta lisäriskiä migreenikohtauksille, saavuttaen liikunnan tuomia hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia (Osün Narin ym. 2003; Varkey ym. 2008; Varkey ym. 2009; Varkey ym. 2011; Overath ym. 2014).

3.2 Liikunnan fysiologinen vaikutus migreeniin

Aerobinen liikunta sytyttää aivoissa opioidireseptoreiden sitoutumisaktiivisuuden syrjäyttäen kivun tuntemuksen ja saaden liikkujan tuntemaan hyvänolon tunnetta kivun sijaan (Ahn 2013). Aerobinen liikunta saa aivoissa erilaisten migreenikohtauksen synnyssä vaikuttavien neurovälittäjäaineiden, neuro-peptidien ja hormonien vähentymisen tai optimoitumisen. Aerobisen liikunnan vaikutus aivoihin on samankaltainen kuin lääkkeellisen hoidon. Neurovälittäjäaineista aerobinen liikunta vähentää tai optimoi muun muassa serotoniinia, dopamiinia, asetyylikoliinia ja noradrenaliinia (hermon kulun toimintaa lisääviä aineita). Liikunta aktivoi opioidijärjestelmää (mielihyväkeskus) ja endokannabinoidijärjestelmää (monivaikutteinen välittäjäainejärjestelmä mielihyvän säätelyssä (Savolainen ym. 2004.)). Vaikutuksena voi olla myös neurotrofisen järjestelmän inhibointi eli hermotoimintaa estävä vaikutus, kortisolin tason aleneminen (stressireaktiossa vaikuttava hormoni), angiogeneesin (verisuonten uusiomuodostus) ja aivoverisuonten virtauksen paraneminen. Nämä liikunnan aiheuttamat muutokset aivoissa vaikuttavat erityisesti migreenikohtauksen keston. (Overath ym. 2014.) Vaikutuksena on

siis hyvänolontunne, vähentynyt stressi ja mahdollinen migreenikohtausten fysiologisten vaikutuksien väheneminen (Savolainen ym. 2004; Ahn 2013; Overath ym. 2014).

Migreenikohtauksen aikana on todettu myös aivoverisuonten laajenemista ja nitriittioksiditason nousemista (nitriittioksidi laajentaa verisuonia). Keskitehoinen (60-80% maksimisykkeestä), kaksi tuntia kestävä liikunta, ja kardiovaskulaarisen kunnon paraneminen saavat aikaan nitriittioksidin tasaisen vapautumisen lievittäen migreenin aiheuttamaa kipua, kohtausten ilmenemistä ja kestoja sekä lisäten rentoutumista. Säännöllinen liikunta voi vaikuttaa myös endoteeliriippuvaisen vaskulaarisen rentoutumisen avulla migreeniin (verisuonista lähtevä rentoutuminen). (Osün Narin ym 2003.) Syynä voi olla myös liikunnan aiheuttaman kivun intensiivisyyden tunteen väheneminen yleensäkin. Niin sanottu ”juoksijoiden humala” aiheuttaa opioidireseptoreiden sitoutumisaktiivisuuden eli hyvän olon tunteen lisääntymisen aivoissa. Tämä prosessi syrjäyttää kivun tunteen. (Ahn 2013.) Liikunta aktivoi endogeenisiä neurovälityssignaaleja (hermosynapsin välittäjäaineita) ja tasoittaa nitriittioksidin vapautumista ja nämä vaikutukset voivat vähentää migreenikohtauksen intensiivisyyttä, kohtausten yleisyyttä ja kestoja (Osün Narin ym 2003; Ahn 2013).

3.3 Migreeniä sairastavan liikunnan harrastaminen

Migreeniä sairastavan viikoittaisen liikunnan lisääminen ei lisää migreenikohtausten todennäköisyyttä, vaan liikunnan avulla migreeniä sairastavakin voi tuntea olonsa paremmaksi (Osün Narin ym. 2003; Varkey ym. 2009). Säännöllinen liikunta vaikuttaa migreenikohtausten yleisyyteen, intensiivisyyteen, keston ja yleiseen hyvinvointiin positiivisesti. Liikunnan on todettu olevan yhtä tehokas keino migreenikohtausten toistuvuuden vähentämiseen kuin rentoutusharjoitukset ja topiramaatti. Lääkkeen lisääminen migreenikohtausten estämiseksi saattaa aiheuttaa kuitenkin sivuoireita. (Varkey ym. 2011.) Oikeanlaisen liikunnan harrastaminen saattaa vähentää tarvetta migreenilääkkeille sekä vähentää migreenikohtausten kestoja ja toistuvuutta (Varkey ym. 2009).

Migreenin hoidossa suositellaan myös lääkettämiä ratkaisuja lääkkeellisen hoidon rinnalle, kuten migreenikohtausten aiheuttajien välttämistä, rentoutusterapiaa, akupunktiota ja joskus myös liikuntaa (Varkey ym. 2008). Myös liikkumaan tottumattomat, migreeniä sairastavat, voivat lisätä nousujohteisesti liikkumisen määrää lisäämättä migreenikohtausten määrää (Varkey ym. 2009). Fyysinen inaktiivisuus lisää migreenikoh-

tausten todennäköisyyttä. Fyysinen inaktiivisuus voi olla migreenikohtauksen aiheuttaja, koska uupumus tulee fyysisesti huonokuntoiselle liikkuesssa nopeammin. Vaikka migreeniä sairastavat ovat tutkitusti inaktiivisempia kuin sairastamattomat, fyysinen inaktiivisuus aiheuttaa suurempaa riskiä jännityspäänsärkyyn. (Varkey ym. 2008.)

Migreeniä sairastavan suositellaan lämmittelemään hyvin ennen liikuntasuoritusta, sillä riittämätön lämmittely voi olla migreenikohtauksen laukaisija. Myös voimakastehoinen liikunta nostaa todennäköisyyttä migreenikohtauksille. (Varkey ym. 2008.) Migreeniä sairastavalle liikunnassa ja liikkumisessa intensiteetti, kesto ja säännöllisyys ovat liikuntalajia tärkeämpiä asioita migreenikohtauksen välttämiseksi. Migreenikohtauksen välttämiseksi on huomioitava myös liikuntapaikan ympäristötekijät, kuten myös liikkujan itsensä stressitila, yönunen riittävyys, hyvä ravitsemus ja nesteytys. (Varkey ym. 2009.)

3.4 Migreeni ja fysioterapia

Kansallinen Käypä hoito -suositus pitää lääkkeellistä hoitoa migreenin hoidossa ensisijaisena hoitona ja lääkkeettömistä keinoista suositellaan laukaisevien tekijöiden välttämistä, biopalautehoitoa, rentoutushoitoja ja fysikaalisia hoitoja. Fysioterapiasta ei ole suosituksessa mainintaa. (Färkkilä ym. 2015.) Fysioterapiaa on kuitenkin tutkittu migreenin hoidossa. Yhdysvaltalainen tutkimus vertaili fysioterapiaa ja biopalautehoitoon perustuvaa rentoutushoitoa. Lopputuloksena huomattiin migreeniä sairastavan hyötyvän fysioterapiasta lääkkeellisen hoidon rinnalla. Lopputuloksena todettiin, että kahden vuoden tutkimuksen jälkeen keskimääräisesti 30 % osallistujista koki hyötynensä fysioterapiasta ja 38 % rentoutustekniikoista. Ensimmäisen vuoden, ja tutkimuksen ensimmäisen osan, jälkeen luku oli fysioterapiasta kuitenkin vain 13 %. (Marcus ym. 1998.)

Fysioterapiakeinona olivat alkuarviointi, jossa arvioitiin seisoma-asento (kaularanka, mahdollinen skolioosi ja alaraajojen pituuserot), luustoli hasten tilanne (erityisesti triggeripisteet eli kipupisteet lihaksissa) ja mekaaniset ongelmat (nivelt en liikelaajuudet). Fysioterapeuttisissa harjoitteissa keskityttiin kaularangan liikelaajuuteen ja itse tehtyihin mobilisaatioharjoituksiin sekä venyttelyyn, kuntoharjoitteluun ja itsehoitokeinojen opettamiseen (kylmä-lämpöhoidot, asentohuimauksen ja huojunnan torjuminen, triggeripisteiden käsittelyn opettaminen). Harjoitteita oli tarkoitus tehdä kotona kaksi kertaa päivässä, 30 minuuttia kerrallaan. (Marcus ym. 1998.)

Rentoutuskeinoiksi opetettiin progressiivista lihasrentoutusta, hengitysharjoitteita ja pintaämpötilaan perustuvaa biopalautehoitoharjoitetta. Tutkimuksessa rentoutusryhmän hoito perustui harjoitusten opettamiseen ja kaksi kertaa päivässä toteutettuun, 20–30 minuuttia kestävään, itsenäiseen harjoitteluun. (Marcus ym. 1998.) Pintaämpötilaan perustuvaa biopalautehoitoa ja rentoutushoitoja suositellaan lääkkeettömiksi hoidoiksi myös migreenin Käypä hoito -suosituksessa (Färkkilä ym. 2015).

Huomioitavaa tutkimuksessa oli, että vuoden seurannan jälkeen fysioterapiasta edellä mainituilla menetelmillä oli hyötynyt 13 % fysioterapiaryhmästä ja rentoutusryhmästä jopa 50 %. Fysioterapian kannalta merkittävää oli kuitenkin, että niistä, jotka eivät hyöttyneet ensimmäisellä kierroksella rentoutusryhmästä, jopa 55 % hyötyi fysioterapiasta toisella kierroksella. Tärkeä ero ryhmissä oli myös, että rentoutusryhmässä olleet kokivat saaneensa vuoden intervention jälkeen parannusta elämänkontrolliin ja kivun sietämiseen, kuten myös uskoa omaan pystyvyyteen tai itsehillintään. Nämä keinot ovat yleensäkin merkkejä onnistuneesta hoidosta. Migreenin hoidossa tunne itsensä ja sairautensa hallitsemisesta ja lihasrentouden saavuttamista pidetään keskeisinä asioina. Fysioterapiainterventiossa näitä asioita ei saavutettu. (Marcus ym. 1998.)

4 ICF TOIMINTAKYVYN ARVIOINNIN APUVÄLINEENÄ

ICF on kansainvälinen luokitusjärjestelmä toimintakyvylle, toimintarajoitteille ja terveydelle (THL 2015). Sen tarkoituksena on auttaa järjestelemään ja dokumentoimaan tietoa erityisesti terveydenhuollossa. ICF antaa pohjaksi standardoidun kielen ja valmiin pohjan biopsykososiaalisen ihmisen toimintakyvyn arvioimiselle. (World Health Organization 2013, 6.)

ICF jakautuu kahteen osaan; toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden osaan sekä kontekstuaalisiin tekijöihin (World Health Organization 2013, 7). Toimintakykyyn kuuluvat ruumiin ja kehon toiminnot sekä näihin perustuvat suoritukset ja osallistuminen. Toimintarajoitteilla tarkoitetaan ongelmia edellä mainituissa osa-alueissa. (Maailman terveysjärjestö 2013, 3.) Kontekstuaaliset tekijät jakautuvat ympäristöön ja yksilötekijöihin. Nämä kaikki tekijät vaikuttavat toisiinsa ja niistä muodostuvan kuvion avulla hahmottuu yksilön toimintakyky ja sen rajoitteet. Tärkeää on saada tietoa kaikista osa-alueista ihmisen kokonaisuuden hahmottamiseksi. (World Health Organization 2013, 7.)

ICF tarjoaa hyvän keinon, esimerkiksi fysioterapioissa saadun tiedon vertailuun, ja antaa rakenteen toimintakyvyn kirjalliseen kuvaamiseen terveydenhuollossa (THL 2014). ICF:n tavoitteena on toimia apuvälineenä ihmisen terveyden ja toimintakyvyn kokonaisuuden hahmottamisessa, toimia yhteisenä kielenä viestinnässä ja työkaluna terveydenhuollossa. ICF toimii hyvin klinisen työn välineenä ja koulutusvälineenä. (Maailman terveysjärjestö 2013, 5.) Tässä opinnäytetyössä ICF-luokitusta käytetään erityisesti koulutusvälineen ja ohjeistuksen työkaluna migreeniä sairastavan toimintakyvyn kokonaisuuden hahmottamiseen. ICF-luokituksen osa-alueet kokoava kuvio löytyy liitteestä 3.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

5.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kyselytutkimuksen avulla migreeniä sairastavan liikuntaa edistäviä ja rajoittavia tekijöitä ICF-luokituksen tasoilla.

Tutkimustavoitteena on luoda ohjeistus migreeniä sairastavalle ICF:n tasoilla, fysioterapeuttisesta näkökulmasta, ottaen huomioon migreeniä sairastavien moninaiset oireet. Tämän ohjeistuksen avulla voidaan parantaa migreeniä sairastavan liikuntaneuvontaa. Ohjeistus antaa lisätietoa fysioterapeuttiseen neuvontaan, kun asiakkaana on migreeniä sairastava. Tutkimuksen avulla selvitetään myös, onko fysioterapialla kyetty auttamaan migreeniä sairastavia.

5.2 Opinnäytetyön tutkimusongelmat

Tutkimusongelmana ovat

- Miten fysioterapeuttisesti voidaan ohjata miten migreeniä sairastavaa?
- Voiko fysioterapeutti ohjata migreeniä sairastavaa harrastamaan liikuntaa migreenin moninaisista oireista huolimatta?
- Mitkä ovat migreeniä sairastavan liikuntaa rajoittavat ja edistävät tekijät ICF-luokituksen tasoilla?

Kyselyn pohjalta luodun ohjeistuksen avulla pyritään auttamaan migreeniä sairastavaa ylläpitämään ja parantamaan toimintakykyään UKK-instituutin 18 – 64 -vuotiaiden liikuntapiirakan mukaisesti. UKK-instituutti on yksityinen tutkimus- ja asiantuntijakeskus, jonka tehtävänä on edistää terveyttä ja toimintakykyä väestössä lisäämällä terveystoimintaa (UKK-instituutti 2014f).

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusjoukko

Tutkimusjoukon havaintoyksiköt koostuvat migreeniä sairastavista, Suomen Migreeniyhdistyksen sähköpostilistan 2059 jäsenestä. Vastausmäärä rajattiin 200:n ensimmäiseen vastaajaan.

Poissulkukriteerinä oli alle 18-vuoden ikä. Vastaajat rajattiin täysi-ikäisiin vastaajiin, lasten migreenin erilaisuuden sekä oiretiedostuksen nimeämisen erilaisuuden takia (Hämäläinen ym. 2015). Perusteina olivat myös oppivelvollisuuden päättyminen ja lapsilla ja nuorilla koulun kautta tapahtuva koululiikunta. Iän rajausta pohjautui myös UKK-instituutin 18 - 64-vuotiaiden liikuntapiirakan käyttämiseen kyselyssä. Poissulkukriteerinä oli myös haluttomuus liikunnan harrastamiseen tai liikkumiseen, koska tutkimuksella kartoitettiin liikunnan harrastamisen mahdollistavia ja estäviä tekijöitä.

Sisäänottokriteereinä olivat halu liikunnan harrastamiseen ja yli 18-vuoden ikä.

6.2 Havaintoyksiköt ja otanta

Määrällisessä tutkimuksessa, jossa käytetään tilastollisia menetelmiä, on havaintoyksiköitä oltava vähintään 100 (Vilka 2007, 17). Jotta otanta oli kattava, rajattiin havaintoyksiköiden määrän 200 vastaajaan. Kysely lähetettiin toimeksiantajan kautta Suomen Migreeniyhdistyksen 2059 jäsenelle sähköpostitse. Vastaukset kerättiin yksinkertaisella satunnaisotannalla, jolloin kaikilla perusjoukon havaintoyksiköillä oli yhtä suuri todennäköisyys tulla valituksi (Vilka 2007, 53). Jokaisella yhdistyksen sähköpostilistalla olevalla henkilöllä oli yhtä suuri todennäköisyys päästä mukaan tutkimukseen.

6.3 Aineistonkeruumenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena, jolloin saatuja tuloksia analysoidaan ja esitetään numeroiden sekä erilaisten tilastojen avulla. Tuloksien esittämisessä käytetään usein taulukoita sekä erilaisia kuvioita. (Heikkilä 2014, 15.) Kyselyssä ICF-luokitus toimi tausta-ajatuksena jäsentelyyn.

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin sähköistä kyselylomaketta (Liite 2), jonka linkki lähetettiin toimeksiantajan kautta kaikille Suomen Migreeniyhdistyksen sähköpostilistalla olevalle jäsenelle ympäri Suomea. Määrällisessä tutkimuksessa aineisto voidaan kerätä monivalintakysymyksillä, avoimilla kysymyksillä sekä sekamuotoisilla kysymyksillä. Monivalintakysymyksissä kysymysmuoto on tarkkaan strukturoitu ja vakioitu, koska tarkoituksena on tavoitella kysymysten ja vastausten vertailukelpoisuutta. (Vilkkä 2007, 67.) Suurin osa kysymyksistä oli monivalintakysymyksiä, jotta lomake pysyisi mahdollisimman yksinkertaisena ja helposti täytettävänä vastaajille.

Avoimilla kysymyksillä saadaan vastaajien spontaaneja mielipiteitä, vaikka niiden ryhmittely onkin vaativaa. (Vilkkä 2007, 68) Avoimia kysymyksiä oli lomakkeessa muutama, lähinnä lisäkysymyksenä tarkentamassa monivalintakysymystä. Avointen vastausten ryhmittely oli haastavaa, koska vastaukset vaihtelivat suuresti.

Sekamuotoiset kysymykset ovat monivalintakysymyksiä, joissa on myös yksi avoin vastausvaihtoehto. Avoin vastausvaihtoehto on lähinnä täydentämässä mahdollisuutta, että vaihtoehtoista puuttuu jokin oleellinen asia. (Vilkkä 2007, 69). Kyselyssä käytettiin myös sekamuotoisia kysymyksiä, joilla varmistettiin, että kaikki vastausvaihtoehdot ovat tuotu esiin.

Kyselylomake luotiin verkkolomakkeeksi, jonka linkki saatekirjeineen toimitettiin toimeksiantajalle. Toimeksiantaja lähetti linkin yhdistyksen sähköpostilistalla oleville henkilöille. Kyselyyn vastattiin nimettömänä, eikä vastaajan henkilöllisyyttä voida tunnistaa. Kyselylomake luotiin verkkoversiona, sen helpon levitettävyyden sekä vastausten keräämisen vuoksi. Yllätykseksi jäsenet olivat hyvin aktiivisia kyselyyn vastaajia ja tavoitettamäärä eli 200 vastausta tuli täyteen vajaassa kahdessa vuorokaudessa.

6.4 Aineiston analyysi

Kvantitatiivisen tutkimuksen analyysissä aineistoa kuvataan ja tulkitaan numeroiden sekä tilastojen avulla. Määrällisellä tutkimuksella selvitetään erilaisten ilmiöiden syyseuraussuhteita, ilmiöiden välisiä yhteyksiä tai yleisyyttä ja esiintymistä. (Heikkilä 2014, 15.)

Kysely analysoitiin frekvenssien avulla eli laskemalla tulosten toistuvuutta. Tulokset esitettiin sekä sanallisesti prosentteja käyttäen sekä visuaalisesti kaavioina, jotka tehtiin Microsoft Excel laskentaohjelmalla. Avoimet vastaukset pyrittiin ryhmittelemään

kirjallisuuspohjaan peilaten sopiviin ryhmiin, jotta tulokset voitiin esittää kaavioina, käyttäen ICF-luokitusta apuna.

6.5 Tutkimuksen reliabiliteetti, validius ja eettisyys

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tässä mittauksen toistettavuutta. Tutkimus ei saa olla riippuvainen tutkijasta, vaan tutkimuksen on oltava niin luotettava ja tarkka, että tulos on tutkijasta riippumatta täysin sama. (Vilkka 2007, 149) Tutkimuksen validius tarkoittaa sitä, että tutkimus mittaa juuri sitä asiaa, mitä oli tarkoituskin mitata. (Vilkka 2007, 150)

Tutkimuksen luotettavuus on hyvä, sillä vastauksia kertyi kaikki 200. Yksittäisiä vastauksia poistettiin väärän vastaustavan vuoksi, esimerkiksi kysymyksessä pyydettiin ajanmäärettä ja vastaaja vastasi kertoina, jolloin vastaaja ei ollut lukenut kysymystä tarpeeksi tarkoin. Tutkimuksen tulokset ovat samankaltaiset, verrattuna aiempiin kansainvälisiin tutkimuksiin liikunnan vaikutuksesta migreeniin. Tutkimusjoukon suuruuden vuoksi, korkean vastausprosentin ja aiempien tutkimusten tukemana, voidaan sanoa että tutkimuksen tulos on yleistettävissä.

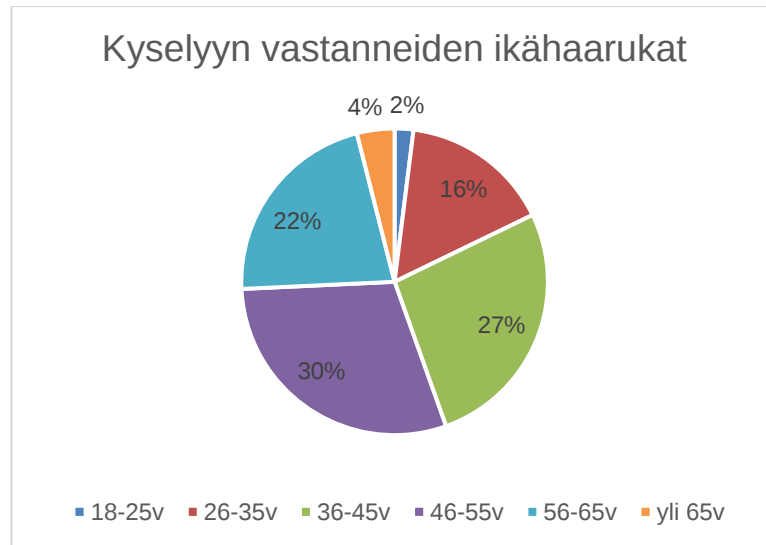
Kyselylomakkeen saatekirjeessä (Liite 1) vastaajille kerrottiin tutkimuksen luottamuksellisuudesta. Vastaajien nimiä tai osoitetietoja ei kysytty, jolloin vastaajat pysyivät täysin anonymineinä. Tutkimuksen tulokset esitettiin niin, ettei yksittäisiä henkilöitä tai vastauksia kyettä tunnistamaan. (Vilkka 2007, 164)

Tieteellisen tutkimuksen tulokset ovat luotettavia ja uskottavia vain silloin, kuin tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Hyvän tieteellisen tutkimuksen lähtökohtia ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä. Hyvässä tutkimuksessa käytetään kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, kunnioitetaan muiden tutkijoiden työtä viittaamalla julkaisuihin asianmukaisella tavalla ja tutkimus suunnitellaan, toteutetaan, raportoidaan sekä aineistot tallennetaan vaatimusten mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2013.) Tutkimuksessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä toimimalla eettisesti sekä tutkimustyössä, raportoinnissa sekä tiedonhankintamenetelmissä.

7 TULOKSET

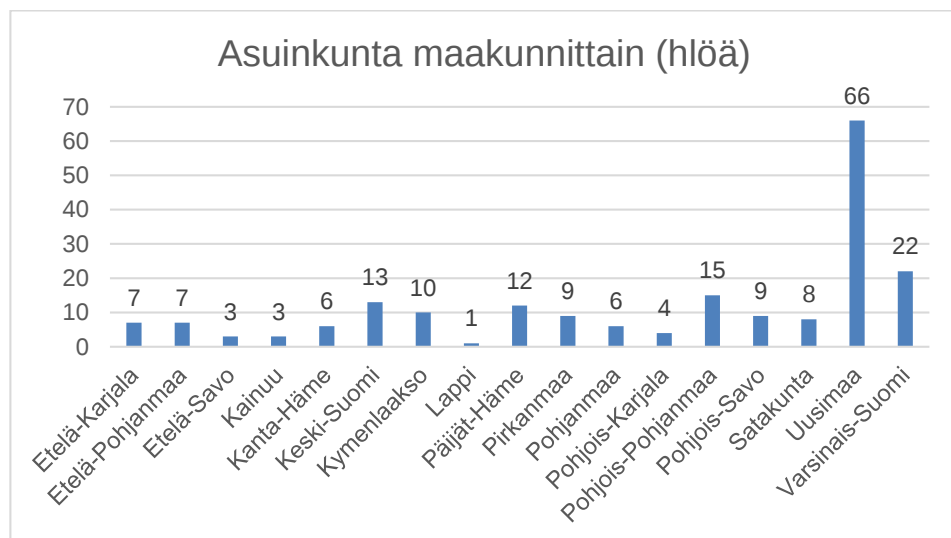
7.1 Osallistujat

Kyselyyn vastasi 200 henkilöä, joista 188 oli naisia ja 12 miehiä. Kyselyyn vastanneiden keski-ikä oli 46,7 vuotta.



Kuvio 1. Ikähaarukat.

Vastaajien kotikunta vaihteli suuresti, eniten vastauksia tuli Uudeltamaalta 33 %, Varsinais-Suomesta 11 % ja Pohjois-Pohjanmaalta 7,5 %.



Kuvio 2. Maakunnat.

Kyselyssä oltiin erityisen kiinnostuneita migreeniä sairastavien liikunnasta, miten se vaikuttaa migreeniin ja mitkä asiat voivat vaikuttaa esimerkiksi liikuntapaikan tai – lajin valinnassa. Otannasta erotettiin vastaajat (N=4), jotka eivät harrastaneet mitään, eivät-kä olleet kiinnostuneita liikunnasta (N=3). Näistä henkilöistä tutkimukseen mukaan otettiin vastaaja (N=1), joka kertoi liikkumattomuuden johtuvan migreenistä, muut suljettiin pois otannasta liikuntaharrastuksiin liittyvien kysymysten osalta.

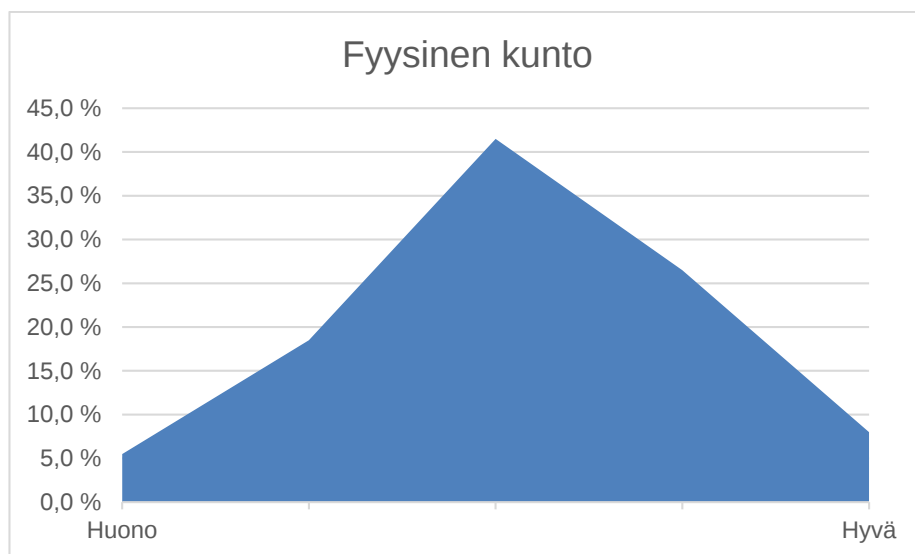
7.2 Halu harrastaa liikuntaa

Kysymyksessä määriteltiin liikunnan tarkoittamaan kaikenlaista liikkumista. Esimerkiksi se voi olla kestävyyskuntoa (kuten vauhdikkaat liikuntaleikit, arki- ja hyöty- ja työmatkaliikunta, kävely, pyöräily, raskaat koti- ja pihatyöt ja marjastus, kalastus, metsästys), lihaskuntoa ja liikehallintaa (kuten kuntopiiri, kuntosali, jumpat, pallopelit, luistelu, venyttely, tasapainoharjoittelu, tanssi) ja rasittavaa liikuntaa (kuten sauva-, porras- ja ylämäkikävely, kuntouinti, vesijuoksu, aerobic, pyöräily, juoksu, maastohiihto ja maila-, juoksu- ja pallopelit).

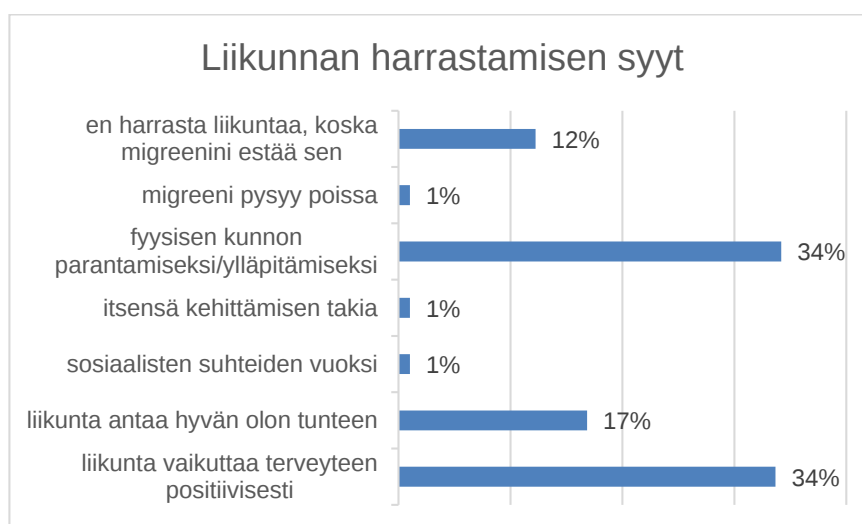
Vastaajista 98 % (N=196) halusi harrastaa liikuntaa ja 2 % (N=4) ei halua harrastaa liikuntaa. Ei-vastanneet (N=3) siirtyvät kysymykseen 7. jossa selvitetään syitä miksi henkilöt eivät harrasta mitään, mukaan otokseen otettiin kaikki (N=1) joiden liikkumattomuus johtuu itse migreenistä.

7.3 Fyysinen kunto ja liikunnan harrastaminen

Vastaajia pyydettiin arvioimaan omaa fyysistä kuntoaan tällä hetkellä Likert-asteikolla 1-5, huonosta ja hyvään. Valtaosa vastaajista, 41,5 %, koki kuntonsa olevan keskinen (taso 3).



Kuvio 3. Fyysinen kunto.



Kuvio 4. Liikunnan harrastamisen syyt.

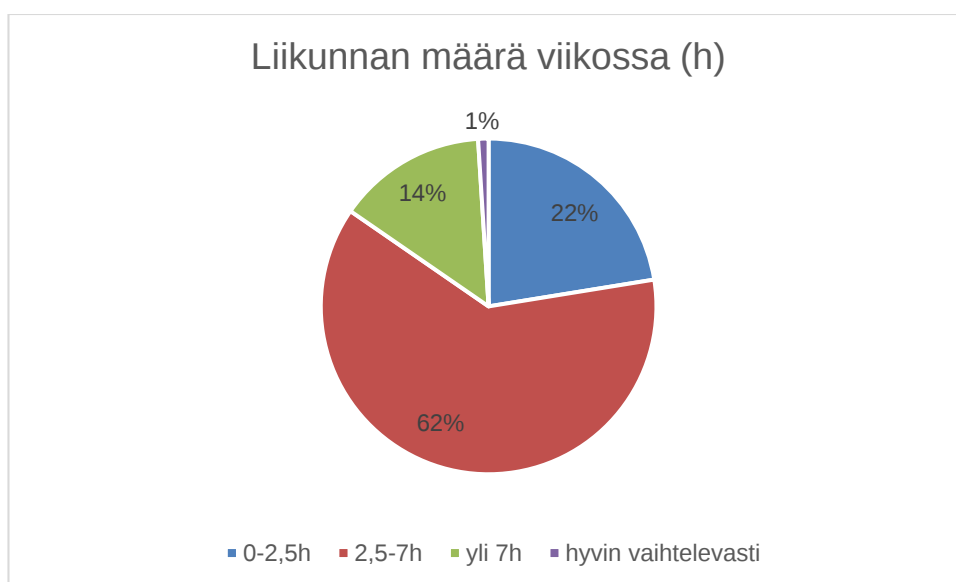
Seuraavalla kysymyksellä kartoitettiin syitä, minkä vuoksi henkilöt harrastavat liikuntaa. Kysymyksessä sai valita useamman vaihtoehdon.

Kyllä -vastanneista 196 henkilöstä, 34 %, harrasti liikuntaa parantaakseen tai ylläpitääkseen fyysistä kuntoaan (N=67) sekä toiset 34 % harrastivat liikuntaa (N=66), koska se vaikuttaa positiivisesti terveyteen ja 17 % liikkui hyvän olon tunteen vuoksi (N=33).

Toisella kysymyksellä taas selvitettiin syitä, miksi henkilöt eivät halunneet harrastaa liikuntaa vai onko migreeni syy, minkä vuoksi vastaajat eivät kyenneet harrastamaan liikuntaa.

Yksi ei-vastanneista kertoi migreenin estävän liikuntaharrastuksen ja kolme muuta kertoivat syyn olevan jokin muu, kuten laiskuus tai sairaus/vamma. Migreenin vuoksi liikumaton otetaan mukaan otokseen, koska henkilö täyttää sisäänottokriteerit. Kolme muuta vastaajaa eivät täten vastaa harrastuksiin liittyviin kysymyksiin.

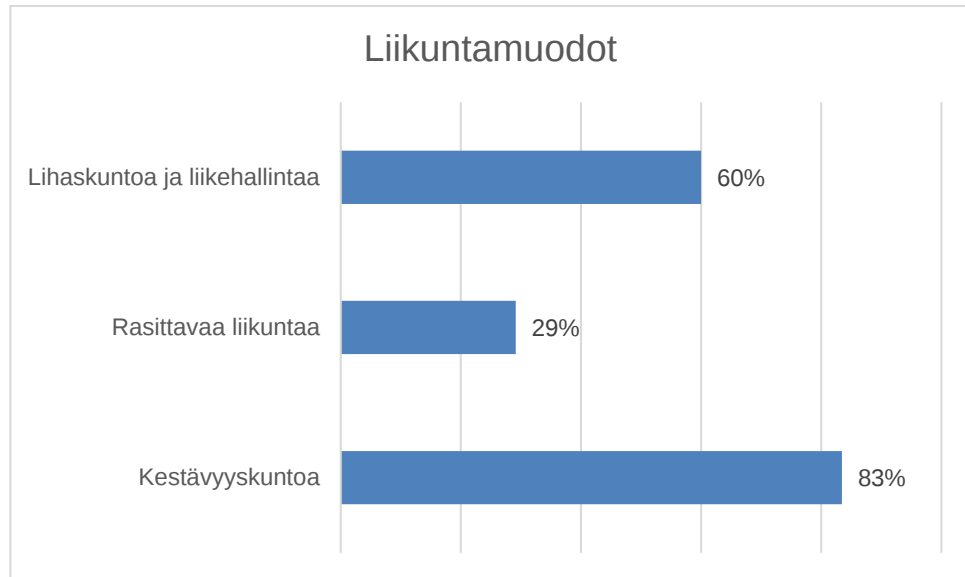
174 vastaajaa harrasti liikuntaa tai liikkui viikossa keskimäärin 5 tuntia. Yksi vastaajista jouduttiin poistamaan väärän vastaustavan vuoksi. 22 % vastaajista (N=39) harrasti liikuntaa alle 2,5 h viikossa.



Kuvio 5. Liikunnan määrä viikossa.

Kyselyyn vastanneilta selvitettiin minkälaista liikuntaa henkilöt harjoittavat. Kysymyksessä oli mahdollista valita useampi vastausvaihtoehto.

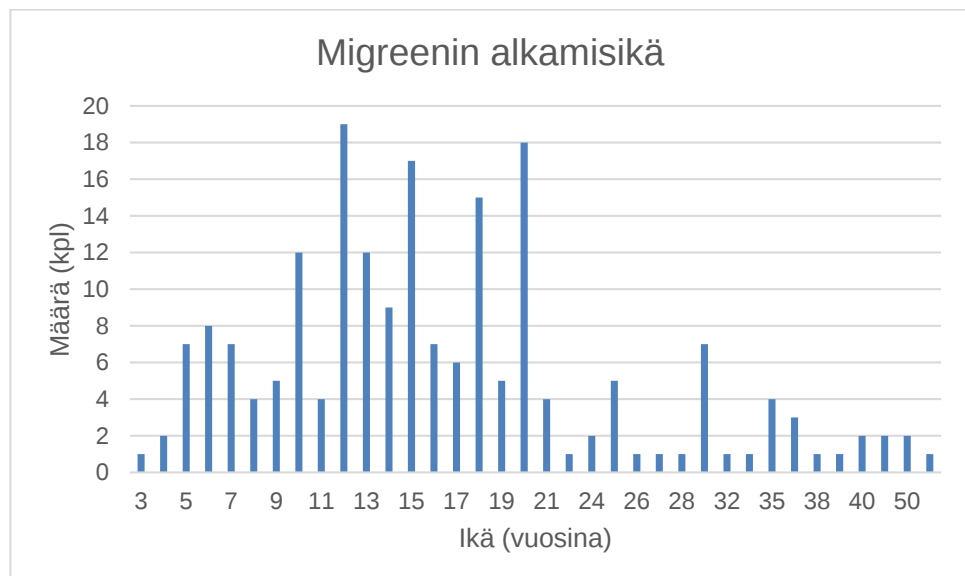
Vastanneista 83 % harrastaa kestävyyskuntoa kehittävää liikuntaa eli reipasta liikuntaa esimerkiksi hyötyliikuntaa, kävely, pyöräilyä, raskaita koti- ja pihatöitä (N=146), 60 % lihaskuntoa ja liikehallintaa esimerkiksi kuntopiiriä, kuntosalia, jumppaa, venyttelyä, tanssia, joogaa, itämaisia taistelulajeja ja pilatesta (N=105) sekä 29 % rasittavaa liikuntaa esimerkiksi juoksua, pyöräilyä, pallopelejä, kuntouintia, aerobicia (N=51).



Kuvio 6. Liikuntamuodot.

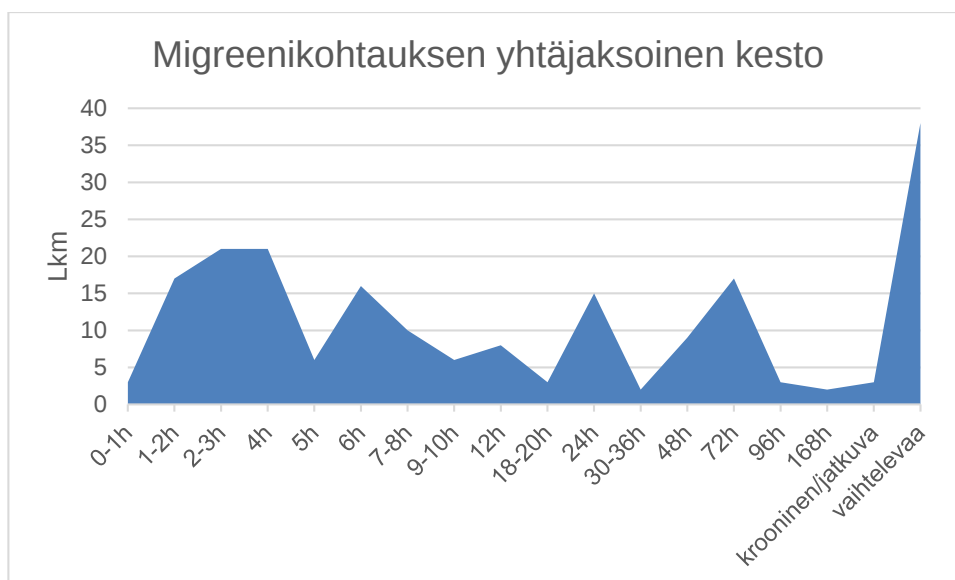
7.4 Migreeni ja migreenikohtaukset

68,5 % vastanneista (N=137) migreeni on alkanut 18-vuotiaana tai nuorempana, 31,5 % (N=63) migreeni on alkanut täysi-ikäisyyden jälkeen. Migreenin alkamisikä vaihteli 3-vuotiaasta 60-vuotiaaseen.



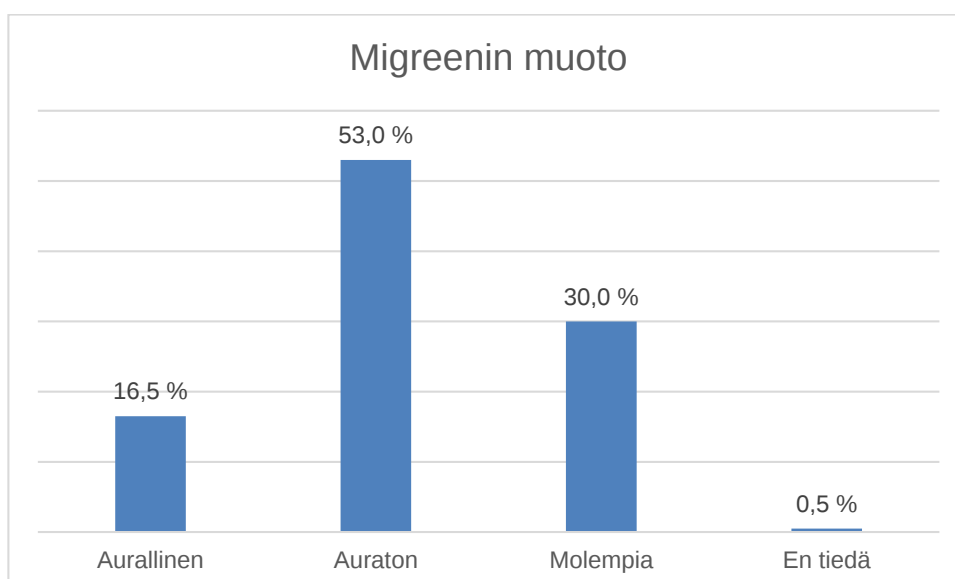
Kuvio 7. Migreenin alkamisikä.

200 vastaajasta 63 %:lla migreenikohtaus kesti yhtäjaksoisesti maksimissaan vuorokauden (N=126), yli 24 tuntia 18 %:lla (N=36) ja 19 % vastaajista (N=39) kertoi kohtausten keston olevan hyvin vaihtelevaa muun muassa 1h- viikkoon, 3-12h, 48-72h, 2h-3 vuorokaudessa ja niin edelleen.



Kuvio 8. Migreenikohtauksen yhtäjaksoinen kesto.

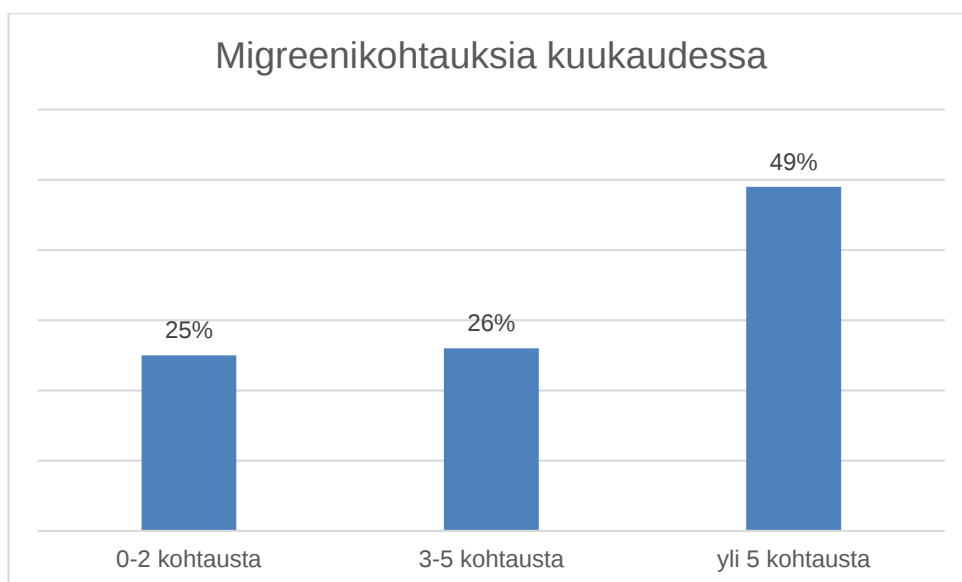
Kyselyyn vastanneista 16,5 %:lla on aurallinen migreeni (N=33), 53 %:lla auraton (N=106) ja 30 %:lla molemmat (N=60).



Kuvio 9. Migreenin muoto.

Migreenikohtausten määrästä voidaan tehdä oletuksia, kuinka paljon migreenikohtaukset rajoittavat vastaajan mahdollisuutta liikkumiseen tai osallistumista liikuntaharrastukseen kuukaudessa.

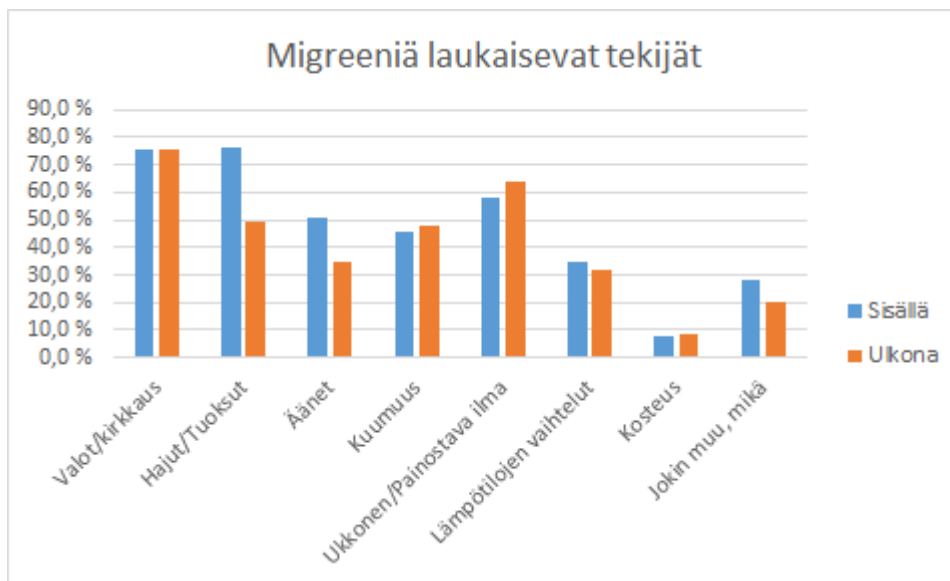
25 % vastanneista saa 0-2 migreenikohtausta kuukaudessa (N=50), 26 % saa 3-5 kohtausta kuukaudessa (N=52) ja 49 % saa yli 5 kohtausta kuukaudessa (N=98).



Kuvio 10. Migreenikohtausten määrä kk.

Migreenikohtauksen yhtäjaksoinen kesto vaihteli hyvin paljon vastaajien kesken. Kysymykseen vastasi 40 vastaajaa, ilman keskimääräistä arviota. Tästä voisi päätellä, että migreenikohtauksen kesto voi vaihdella yksilöllä suurestikin. Yhdeksän vastaajaa vastasi migreenikohtauksen kestävän alle 12 tuntia (0,5-12 tunnin välillä), kuusi vastaajaa alle 24 tuntia (2-24 tunnin välillä), yksi vastaaja alle 48 tuntia (2-48 tuntia), kahdeksan vastaajaa alle kolme vuorokautta (2 tunnin – 3 vuorokauden välillä), kolme vastaajaa alle neljä vuorokautta (1-4 vuorokauden välillä) ja yhdeksän vastaajaa vastasi migreenikohtauksen kestävän hyvin vaihtelevasti (1 tunnin ja kroonisen migreenin välillä).

Kyselyyn vastaajilta haluttiin selvittää minkälaiset tekijät laukaisevat migreenikohtauksia sisätiloissa sekä ulkona. Kysymyksessä sai valita useamman vaihtoehtoehdon. Kysymysten pohjalta pohdittiin erilaisia tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa migreeniä sairastavan liikuntaharrastuksen ja/tai -paikan valintaan.



Kuvio 11. Laukaisevat tekijät.

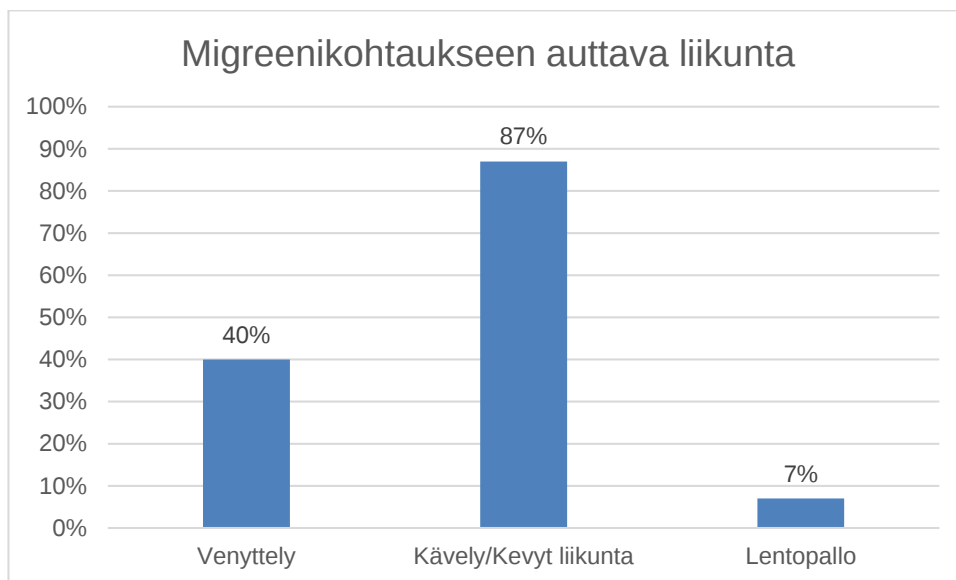
Suurimpina laukaisevina tekijöinä sisätiloissa vastaajat mainitsivat valot/kirkkaus 75,5 % (N=151) sekä hajut/tuoksut 76,5 % (N=153). Ukkonen/painostava ilma oli 58 %:lla (N=116) migreeniä laukaiseva tekijä, sekä 50,5 % kertoo äänten laukaisevan migreenin (N=101) 28 % kertoo myös muita syitä migreenikohtauksen laukaiseviksi tekijöiksi (N=56), mutta näistä vastauksista ympäristöön liittyviä muita tekijöitä olivat puhal-lus/veto (N=5), huono ilma (N=7) ärsyttävät kuosit kuten siksak, raidat, ruudut sekä pilkut (N=2) ja kemikaalit (N=1).

Suurimpina laukaisevina tekijöinä ulkona vastaajat mainitsivat valot/kirkkaus 75,5 % (N=151) sekä ukkonen/painostava ilma 63,5 % (N=127). Hajut/tuoksut olivat 49,5 %:lla migreeniä laukaiseva tekijä (N=99), sekä 48 % kertoo kuumuuden laukaisevan migree-nin (N=96). 20,5 % (N=41) kertoo myös muita syitä migreenikohtauksen laukaiseviksi tekijöiksi. Ympäristöön liittyen muissa vastauksissa ilmi tulivat tuuli/viima, etenkin nis-kan seudulle (N=20) sekä kylmyys/pakkanen (N=6).

7.5 Liikunta ja migreeni

7,5 % vastanneista kertoo, että liikunta auttaa migreenikohtaukseen (N=15) ja 91,5 % kertoo, että liikunta ei auta migreenikohtaukseen (N=185).

15 vastaajaa koki liikunnan auttavan migreenikohtaukseen ja kertoivat, että erityisesti kävely tai muu kevyt liikkuminen (N= 13) sekä venyttely (N=6) auttaisivat migreenikohtaukseen.



Kuvio 12. Migreenikohtaukseen auttava liikunta.

185 vastaajasta 69,7 % oli sitä mieltä, että liikunta laukaisee migreenikohtauksen (N=129). 30,3 % taas on sitä mieltä, että liikunta ei laukaise migreenikohtausta (N=56).

Kyllä -vastanneilta kysyttiin lisäksi avoimella kysymyksellä, minkälainen liikunta laukaisee migreenikohtauksen. 129 vastaajaa vastasi avoimeen kysymykseen. Tieto oli tärkeä, jotta pystyttiin luomaan migreeniä sairastavalle liikuntaohjeistus. Yleisimmin migreenikohtauksia aiheuttava liikunta oli fyysisesti raskas tai rasittava liikunta 37,5 % (N=48), sykettä nostava liikunta 29,7 % (N=38), hartiaseutua rasittava liikunta 13,3 % (N=17) ja kuntosali ja raskaat liikkeet 15,6 % (N=20).

Migreenikohtauksen saattoi vastaajien mukaan aiheuttaa esimerkiksi *”todella sykettä nostava, fyysisesti raskas”* liikunta, *”kaikenlainen liikunta, jossa hikoilen ja pulssi on pitkäaikaisesti koholla”* ja *”liian kova fyysinen tekeminen”*.

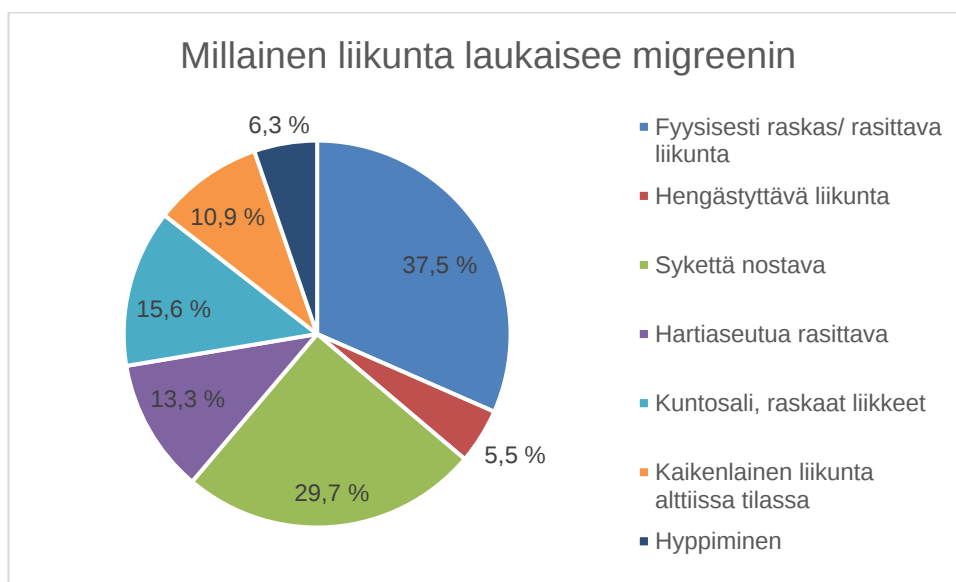
Viisi vastaajaa kertoi juoksun ja lihaskunnan aiheuttavan migreenikohtauksia. *”Juoksu, hyppiminen”* olivat toistuvia vastauksia.

Migreenikohtauksia aiheuttavat myös voimakkaat ja liikunnan ulkoiset tekijät kuten *”huonossa sisäilmassa”* ja *”joskus voimakkaat venytykset”* (N=4). Kuntosali ja niska-

hartiaseutua rasittavat liikkeet saattavat aiheuttaa myös migreenikohtauksia (N=8) kuten ”kova kuntosali harjoittelu niska-hartia-alueella”.

Neljä vastaajaa kertoi saavansa migreenikohtauksia jumpasta, ”esim. aerobic tai kuntosali – ei jooga, pilates”. Erilaisista liikuntalajeista migreenikohtauksen kertoi saavansa 11 vastaajaa ja lajeina oli esimerkiksi lentopallo ja uinti. Yksilöllistä vaihtelua siis on yleisimpien vastauksien lisäksi. Kaikenlaisesta liikunnasta migreenikohtauksen kertoi saavansa jopa 13 vastaajaa, esimerkiksi eräs vastaaja kertoi: ”mikä tahansa, kävely vähiten, kivussa ei jaksa kuin pakollisen”.

Usein toistuvia liikuntalajeja ja –tyyppejä, jotka laukaisevat migreenikohtauksen.



Kuvio 13. Migreeniä laukaiseva liikunta.

7.6 Migreeni ja fysioterapia

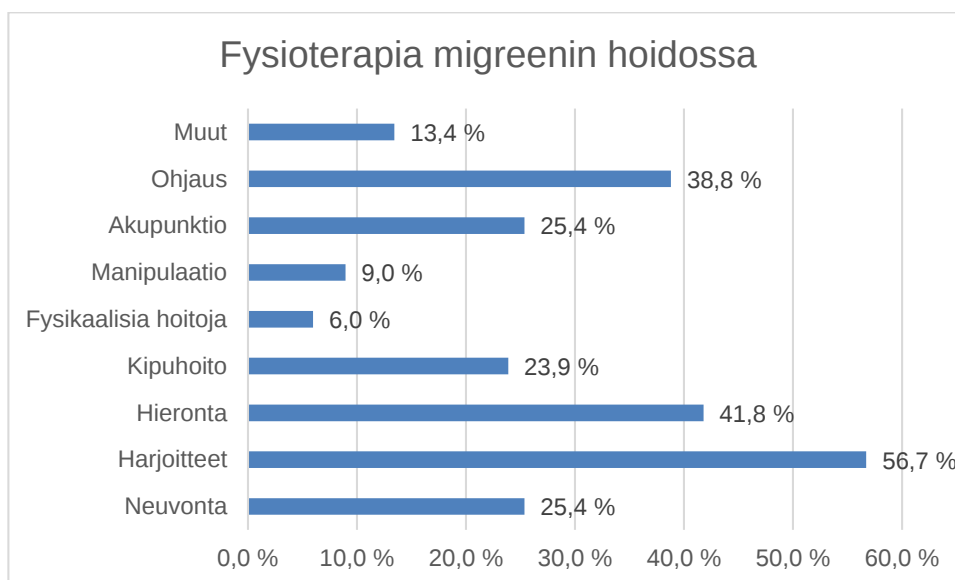
Fysioterapiaan liittyvien kysymysten avulla haluttiin kartoittaa kuinka moni kyselyyn vastanneista on käynyt fysioterapeutilla migreeninsä vuoksi, miksi ei ole käynyt, onko käynnistä ollut jotakin hyötyä ja minkälaista fysioterapiaa vastanneet ovat saaneet migreeniinsä.

43,7 % ei ollut käynyt fysioterapeutilla migreeninsä vuoksi (N=81), joista 61,7 % ei ollut tietoinen, että fysioterapeutilta voidaan hakea apua myös migreenin hoitoon (N=50). 23,5 % olisi kokenut fysioterapian hyödylliseksi (N=19), mutta ei ole käyttänyt fysio-

rapiapalveluja ja 14,8 % oli sitä mieltä, ettei tarvitse fysioterapiaa migreeninsä hoitoon (N=12).

119 fysioterapeutilla käyneestä migreeniä sairastavasta henkilöstä, 56,3 % (N=67) kertoo, että fysioterapiasta on ollut hyötyä migreenin hoidossa ja 43,7 % (N=52) kertoo, että käynnistä ei ole ollut hyötyä migreenin hoidossa.

Fysioterapeutilla migreeninsä vuoksi käyneistä 67 vastaajasta 56,7 % oli saanut fysioterapeutilta kotiharjoitteita, etenkin niska-hartia alueelle. Fysioterapiakäynnin yhteydessä lähes puolet oli saanut hierontaa sekä ohjausta etenkin niska-hartia-alueen jännitystilojen helpottamiseen. Neljäsosa oli myös saanut kipuhoidoja sekä akupunktiota. Muissa hoitomuodoissa esiin tulivat OMT-fysioterapia, triggerhoito, purenta-asiat, lymfahoito, rentoutuminen jne. Kysymys oli avoin kysymys, jolloin vastaajilla oli mahdollisuus tuoda esille useita eri vaihtoehtoja.



Kuvio 14. Fysioterapia migreenin hoidossa.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

8.1 Johtopäätökset

Kyselyyn vastaajien vastaamisen nopeudesta ja kyselyn nopeasta umpeutumisesta voisi päätellä, että tämän kaltaiselle selvitykselle on tarvetta. Migreeniyhdistyksen jäsenille lähetettynä kyselyn 200 vastaajaa täyttyi jo muutamassa päivässä. Suurin osa vastaajista kertoi haluavansa harrastaa liikuntaa, joten tuloksia tuli paljon. Tuloksista voi olla apua niille, jotka kokevat liikunnan harrastamisen migreeninsä takia hankalaksi. Liikuntaa pystyttiin harrastamaan, mutta lajeja ja liikuntamuotoja, jotka aiheuttivat migreeniä, oli useita. Kuitenkin yhteenvetoja vastausten perusteella pystyttiin tekemään.

Migreeni on alkanut useimmilla vastaajilla melko nuorena. Tämä aiheuttaa vaikutuksia kasvuiästä aikuisuuteen. Useimmiten migreeni alkaakin kouluiässä ja oireet saattavat helpottua iän myötä, tai nuorena aikuisena (Mustajoki 2013). Migreeni oli osalle vastaajista lamauttavaa ja sen aiheuttajia oli useita. Migreenikohtauksen kesto saattoi olla hyvinkin pitkä, jopa 72 tuntia. Jos tällaisia kohtauksia tulee esimerkiksi viisi kertaa kuukaudessa, kuten suurimmalla osalla vastaajista, kärsii henkilö migreeniä jo 15 vuorokautta kuukaudessa. Migreenin vaikutus elämänlaatuun ja liikunnan harrastamiseen on siis hyvin suuri. Yleisestikin migreenin kesto on yksilöllistä, kesto on 4-72 tunnin välillä aurattomassa migreenissä (Färkkilä ym. 2015).

Migreenikohtausten lukumäärä ja kesto ovat kuitenkin hyvin yksilöllisiä. Osa migreeniä sairastavista pystyy elämään tavallista elämää, kun taas toisille migreenikohtaukset saattavat olla arkielämää estävä tapahtuma, niin henkisesti kuin fyysisestikin. Moni vastanneista mainitsee, että kaikki liikkuminen migreenille alttiissa tilassa saattaa laukaista kohtauksen, joten tämä on alttiissa tilassa rajoittavana tekijänä liikuntaharrastukseen osallistumiseen. 12 % vastaajista kertoi migreenin estävän liikunnan harrastamisen, vaikka kiinnostusta liikkumiseen olisi. Liikunnan lisäämisen ei pitäisi aiheuttaa suurempaa riskiä migreenikohtauksille, tutkimusten mukaan fyysinen inaktiivisuus on migreenikohtauksia lisäävä riskitekijä (Varkey ym. 2008; Varkey ym 2009). Syynä liikunnan aiheuttamille migreenikohtauksille voikin olla, että vääränlaisen liikuntalajin harrastaminen on aiheuttanut pelon liikunnan harrastamiseen ja fyysinen inaktiivisuus on lisännyt migreenikohtauksia.

Yleisimmin liikuntaa haluttiin harrastaa, koska se vaikuttaa positiivisesti terveyteen. Liikkumisen syitä tutkivan tutkimuksen mukaankin suurin syy liikkua on terveydellisen ja hyvinvoinnin syyt, toki yksilölliset tekijät, kuten myös fyysiset ja psykologiset tekijät vaikuttavat syihin harrastaa liikuntaa (Ketteridge & Boshoff 2008). Terveysvaikutus on hyvä motivaattori liikunnan harrastamiseen, jos löytyy oikeanlaiset keinot toteutukseen. Jo pelkästään halu harrastaa liikuntaa, migreenistä huolimatta, kasvattaa kiinnostusta selvittää minkälaisia liikuntavaihtoehtoja migreeniä sairastavalle voidaan suositella.

Osa vastaajista on löytänyt erilaisia keinoja liikkumisen ja liikunnan mahdollistamiseen. Kyselyn avulla pyritään kuitenkin ohjaamaan migreeniä sairastava liikuntaharrastukseen tai liikkumiseen, joka ei tutkitusti ja kyselyn perusteella provosoi migreenikohtausta. Suurin osa vastaajista koki kuntonsa vähintään keskinkertaiseksi, joten huonon fyysisen kunnon ei pitäisi olla suurimmalle osalle vastaajista migreenikohtauksen laukaisija. Suurin osa vastaajista halusi harrastaa liikuntaa fyysisen kunnon paranemisen takia, joka on hyvä syy myös migreenikohtausten välttämiseen. Liikuntaa haluttiin myös harrastaa, koska liikunnan harrastaminen vaikuttaa terveyteen positiivisesti. Kolmanneksi suurin syy harrastaa liikuntaa olikin liikunnan hyvän olon tuominen. Liikunta lisää todistetusti hyvinolon tunnetta, vähentää stressireaktiota elimistössä ja voi estää migreenikohtausten fysiologisia vaikutuksia lääkkeen tavoin (Savolainen ym. 2004; Ahn 2013; Overath ym. 2014).

Ulkona liikkumisessa eniten migreenikohtauksia aiheuttivat valot ja kirkkaus, ukkonen ja painostava ilma, hajut ja tuoksut, äänet ja lämpötilojen vaihtelut. Kirkkaan valon on todettukin olevan tavallisin migreenin aiheuttava ärsyke. Tavallinen migreeniä aiheuttava ärsyke on myös lämpötilan vaihtelut. (Färkkilä ym. 2015.) Migreeniä sairastavan tulisi välttää siis liikkumista kirkkaassa auringonpaisteessa, ukkosilmassa tai ilmanpaineen noustua, kovassa helteessä tai kovaäänisissä paikoissa, esimerkiksi isomman kaupungin keskustassa. Säätilaan ei pysty vaikuttamaan, mutta kenties liikuntaa voitaisiin harjoittaa sellaisena ajankohtana, jolloin vältetään pahimmat migreenikohtauksen laukaisevat tekijät. Esimerkiksi lenkin tekeminen aamuisin ennen auringonnousua ja korkean lämpötilan kesäpäivää, tai iltaisin auringon laskettua voi olla hyvä keino välttää liikunnan aiheuttama migreenikohtaus.

Sisätiloissa migreenikohtausta provosoivat erityisesti valot ja kirkkaus, hajut ja tuoksut, äänet ja kuumuus. Migreenikohtauksia aiheuttavia ärsykeitä tutkimusten mukaan ovat kirkkaat valot, hajut ja kuumuus (Färkkilä ym. 2015). Valaistukseen voi pyrkiä vaikuttamaan liikuntapaikassaan, hajusteita ohjataan useissa liikuntapaikoissakin välttämään

muiden huomioimisen takia ja lämpötila on sisätiloissa muunneltavissa. Voisi ajatella, että kirkasvalojooga tai lämpöjooga ei ole migreeniä sairastavalle sopiva harrastus eikä paikka, jossa käytetään suitsukkeita tai muita hajusteita. Vaikka rauhallinen ja venytellyyn perustuva liikunta voi rentouttaa ja olla suositeltava harrastus migreeniä sairastavalle, nämä joogan lajit voivat lämpötilan ja kirkkauden takia provosoida migreenikohtauksen syntymistä. Kuntosaleilla sekä ryhmäliikuntatunneilla valaistus voi olla kirkas, ilmanvaihto heikko, puhallus tai veto liian voimakas ja musiikki liian kovalla, joten harrastuspaikan valintaan on hyvä kiinnittää huomiota. Liikuntapaikkojen ylläpitäjien sekä perustajien kannattaa miettiä valaistusta, ilmanvaihtoa, paikan väri- ja kuviomaailmaa sekä äänitasoa, jotta paikka soveltuisi paremmin kaikenlaisille liikkujille. Tutkimusten mukaan on hyvä ottaa huomioon myös riittävä yöuni, oikeanlainen ravitsemus ja nysteytytys, hormonaaliset tekijät ja vuorokausirytmien muutokset ennen liikunnan harrastamista (Varkey ym. 2009; Färkkilä ym. 2015). Tämän kaltaisia vastauksia tuli myös avoimissa vastauksissa.

Liikuntaa harrastettiin keskimäärin viisi tuntia viikossa. Tutkimusten mukaan migreeniä sairastavat harrastavat liikuntaa vähemmän kuin ne, joilla migreeniä ei ole ja jopa välttävät sitä (Kelman 2007; Varkey ym. 2011). Tämä ei käynyt ilmi kuitenkaan kyselyssä. Keskimääräisesti migreeniä sairastavat harrastavat liikuntaa riittävästi, jos vertaa kansalliseen liikuntasuositukseen, UKK:n liikuntapiirakkaan (UKK-instituutti 2014b). Suosituksena on harrastaa kestävyysliikuntaa 2 tuntia ja 30 minuuttia tai vaihtoehtoisesti raskasta liikunta 1 tunti ja 15 minuuttia sekä lihaskuntoa ja liikehallintaa kaksi kertaa viikossa. Migreeniä sairastavalle keskitehoinen ja matalatehoinen kestävyysliikunta on mahdollista ja suositeltavaa, jo migreenikohtauksia estävästi. 83 % vastanneita kertoi harrastavansa kestävyysliikuntaa ja lihaskuntoa harrasti 60 % vastanneista. Lihaskunnan harjoittaminen auttaa myös niska-hartiaseudun lihaskuntoon ja lihaskireyksiin, jotka olivat osalla vastaajista syy migreenikohtauksiin. Rasittava liikunta ei välttämättä ole kaikille migreeniä sairastaville mahdollista, onhan se vastausten perusteella suurin liikunnallinen syy migreenikohtauksiin. Rasittavan liikunnan (1h 15min) voi kuitenkin liikuntapiirakan mukaan korvata harrastamalla kestävyysliikuntaa (2h 30min). Lihaskunnosta ja liikehallinnasta olisi pidettävä huolta, erityisesti ikääntyessä kaatumisen ehkäisyksi. Aerobisen liikunnan vaikutus aivoihin on samankaltainen kuin lääkkeellisen hoidon (Overath ym. 2014). Tämänkin takia kestävyysliikuntaa kannattaa harrastaa.

Suurin osa (91,5 %) vastaajista kertoo, ettei liikunta auta migreenikohtaukseen. Vastaajista ne, jotka kokivat liikunnan auttavan migreenikohtaukseen, 87 % koki kevyen

liikkumisen ja 40 % venyttelyn auttavan. Rauhallinen kevyt puuhastelu, kävely sekä ulkoilu koettiin sellaisina liikuntalajeina, jotka auttavat migreenikohtaukseen. Venyttelyllä, joogalla sekä pilateksella oli myös saatu helpotusta migreeniin. Säännöllinen liikunta vaikuttaa migreenikohtausten yleisyyteen, intensiivisyyteen, kestoon ja yleiseen hyvinvointiin positiivisesti. Liikunnan on todettu olevan yhtä tehokas keino migreenikohtausten toistuvuuden vähentämiseen kuin rentoutusharjoitukset ja topiramaatti. (Varkey ym. 2011.) Kuitenkaan tämä ei käynyt ilmi kyselyssämme. Ehkä kyselyyn vastanneet eivät ole löytäneet oikeanlaisia liikuntalajeja itselleen. Oikeanlaisen liikunnan harrastaminen saattaa nimittäin vähentää migreenikohtausten kestoa ja toistuvuutta (Varkey ym. 2009).

Iso osa vastaajista (69,7 %) koki, ettei liikunta laukaise migreenikohtausta. Niitä, jotka kokivat liikunnan aiheuttavan migreenikohtauksen, kysyttiin minkälainen liikunta kohtauksen aiheuttaa. Yleisimpiä vastauksia olivat fyysisesti raskas tai rasittava liikunta, sykettä nostava liikunta sekä kuntosali ja raskaat liikkeet. Laajemmin määriteltynä jopa 66 % vastaajista kertoi fyysisesti rasittavan ja raskaan liikunnan, jossa hengästyy ja syke nousee, aiheuttavan migreenikohtauksen. Myös tutkimusten mukaan voimakashoivoinen liikunta nostaa todennäköisyyttä migreenikohtauksille (Varkey ym. 2008). Yksilöllistä vaihtelua avoimessa kysymyksessä oli paljon. Jopa 14 vastaajaa kertoi kaikenlaisen liikunnan aiheuttavan migreenin, erityisesti migreenikohtaukselle alttiissa tilassa. Voidaan siis päätellä, että migreeniä sairastavalle parhaiten soveltuvat liikuntalajit löytyvät kestävyysliikunnasta. Yleisesti migreeniä sairastavan kannattaa vältellä liian rasittavaa liikuntaa, jossa sykkeet vaihtelevat voimakkaasti tai se on liian hikeä nostattavaa. Liikunnan lisääminen migreeniä sairastavalla ei lisää migreenikohtausten todennäköisyyttä vaan liikunnan avulla migreeniä sairastavakin voi tuntea olonsa paremmaksi (Osün Narin ym. 2003; Varkey ym. 2009).

56,7 % kysymykseen vastanneista kertoi käyneensä fysioterapeutilla migreeninsä takia, mutta jopa 43,7 % ei ole kokenut siitä hyötyä migreenin hoidossa. Tässä on suuri haaste fysioterapeuteille. Eniten fysioterapiassa oli annettu kotiharjoitteita niskahartiaseudun alueelle (56,7 %), hierontaa ja ohjeita niskahartiaseudun jännitystilojen helpottumiseksi (yli puolet fysioterapiassa käyneet) ja kipuhoidoa ja akupunktiota (neljäsosa fysioterapiassa käyneistä). Fysioterapiaa migreenin hoitona tutkivassa tutkimuksessa oli keskitytty kaularangan liikelaajuuden ja itse tehdyn mobilisaatioharjoitukseen sekä venyttelyyn, kuntoharjoitteluun ja itsehoitokeinojen opettamiseen ja vuoden jälkeen vain 13 % oli kokenut fysioterapiasta hyötyä (Marcus ym. 1998). Kyselyyn vas-

tanneiden fysioterapiassa on selkeästi keskitytty niska-hartiaseudun ongelmiin, mutta koska lähes puolet vastaajista ei ole kokenut fysioterapiaa hyödylliseksi ja 13,3 % vastaajista kertoo hartiaseutua rasittavan liikunnan aiheuttavan migreeniä. Tämän perusteella voitaisiin miettiä onko fysioterapiassa keskitytty oikeaan asiaan. Fysioterapiassa voitaisiin esimerkiksi ohjeistaa migreeniä sairastavaa harjoittamaan erilaisia kestävyysliikuntamuotoja. Fysioterapeutti voisi myös opettaa migreeniä sairastavaa tunnistamaan migreenin laukaisevat ulkoiset tekijät, psykologisia ja psykobiologisia keinoja (kuten biopalautehoito ja rentoutushoito) ja mahdollisesti käyttää fysikaalisia hoitoja (akupunktio ja TENS-hoito), sillä näillä keinoilla on todettu olevan hyödyllisiä vaikutuksia migreeniin (Marcus 1998; Färkkilä ym. 2015). Fysioterapiassa olisi otettava huomioon migreeniä sairastavan koko psyko-fyysinen kokonaisuus ja pyrkiä parantamaan migreeniä sairastavan elämänkontrollia, kivun sietämistä, tunnetta omasta pystyvyydestä ja itsehillinnästä (Marcus 1998).

Huomionarvoista on myös, että suuri osa vastaajista (43,7 %) ei ollut saanut lähetettä fysioterapiaan, eikä tiennyt että fysioterapiasta olisi voinut saada apua (61,7 %). Osa näistä vastaajista (23,5 %) olisi kokenut fysioterapian hyödylliseksi. Voidaan siis pohtia, kuinka hyvin lääkärit ovat tietoisia migreenin hoitomuodoista sekä miten fysioterapeutit tuovat omaa osaamistaan esille migreenin hoidossa. Olisi tärkeää myös tutkia, miten paljon fysioterapeuteilla on tietoa migreenistä.

Kyselymme perusteella voisi päätellä, että suurin osa migreeniä sairastava pystyy osallistumaan liikuntaharrastuksiinsa ja omaan elämäänsä liikkumalla. Kuitenkin huomionarvoista on, että 10,9 % 128 vastaajasta koki, ettei migreenikohtaukselle alttiissa tilassa pysty liikkumaan laisinkaan. Suorituksista erityisesti hyppiminen ja niska-hartiaseudun liikkeet aiheuttivat vastaajille migreeniä (6,3 % vastaajista). Ruumiin tason ongelmista erityisesti niska-hartiaseudun lihasten jännitystilat provosoivat migreenikohtauksille.

8.2 Liikuntaohjeistus

Kyselyn tulosten ja johtopäätösten avulla luotiin liikuntaohjeistus (Liite 3). Liikuntaohjeistus on tarkoitettu terveysalan työntekijälle migreeniä sairastavan liikuntaneuvontaan. Suosituksessa viitataan ICF-luokitukseen ja ohjeistuksessa on käytetty fysioterapeutista näkökulmaa.

8.3 Pohdinta

Migreeniä sairastavien halu ja motivaatio liikkua ovat jo itsessään merkittäviä asioita sopivien liikuntamuotojen selvittämiseen. Tutkimuksia migreenin ja liikunnan vaikutuksista toisiinsa on tehty vähän, mutta tähän mennessä tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, että liikunnalla on positiivisia vaikutuksia migreenin hoidossa. Liikunnalla voidaan saada ihminen tuntemaan olonsa hyväksi ja kivun tunteminen voi alentua. Migreenin ja liikuntamieltymysten yksilöllisyys vaikeuttaa ohjeistuksen tekemistä, mutta sen avulla voidaan luoda ohjenuoraa ja vinkkejä henkilöille, jotka eivät usko pystyvänsä harrastamaan liikuntaa.

Oman kehon tuntemusta on tärkeää harjoitella. Liikunnan raskauden tunnistaminen on hyödyllistä, jotta migreenikohtauksen syntyä pystyy välttämään omilla valinnoillaan: ryhmäliikuntatunneilla voi liikkua omaan tahtiinsa ja käyttää itselleen sopivampia kevyempiä painoja ja kuntosalillakin voi harjoitella pidempiä sarjoja pienillä painoilla (keskityen enemmän kestävyYTEEN). Tässä asiassa fysioterapeutit voisivat opastaa oikeaan tekniikkaan, määriin ja vastuksiin.

Kyselyn perusteella saadut tulokset tukevat aiempia tutkimuksia liikunnan vaikutuksesta migreeniin ja tämä lisää kyselyn luotettavuutta (Osün Narin ym. 2003; Varkey ym. 2008; Varkey ym. 2009; Varkey ym. 2011; Overath ym. 2014). Aiempaa tutkimusmateriaalia migreenin ja liikunnan yhteisvaikutuksesta oli tehty yllättävän vähän, joten tämän suuntaisia laajempia tutkimuskokonaisuuksia olisi syytä tehdä lisää tarkempien tulosten saamiseksi. Vastausten suuri määrä lisää myös luotettavuutta, kun vastausten hajonnan määrä kasvaa ja tulos on yleistettävissä. Tehdyt tilastolliset menetelmät tuloksista myös vähentävät tutkijasta riippuvaa tulkintaa. Näitä asioita käsiteltiin myös kappaleessa 5.6.

Tutkimuksella saatu liikuntaohjeistus on pieni opas fysioterapeuteille ICF:n tasoilla. Oppaaseen on listattu asioita, joita kannattaa ottaa huomioon migreeniä sairastavan fysioterapiassa. Samoin ohjeistusta voivat hyödyntää migreeniä sairastavat, jotka miettivät itselleen sopivia liikuntamuotoja. Ohjeistus on hyvä alku laajemman ohjeistuksen tekemiseen, mutta tähän tarvitaan vielä tarkempaa tutkimusta etenkin fysioterapeuttien käytännöistä, kokemuksista sekä koulutuksista migreenin hoitoon liittyen.

8.4 Kehitysideat ja tutkimuksen merkitys fysioterapialle

Kyselyn avulla voisi päätellä, että fysioterapiasta voisi olla hyötyä migreeniä sairastavalle. Fysioterapeutin toimenkuva on laaja ja tietämystä paljon, mutta erikoistumisen takia kaikkea tietämystä ei ole kaikilla. Toki myös ohjaaminen toiselle fysioterapeutille on mahdollista. Esimerkiksi rentoutuskeinojen opettaminen, triggerpisteiden käsittely ja erilaiset liikuntaohjaukset ovat mahdollisia keinoja migreeniä sairastavan fysioterapiassa. Fysioterapeutilta on mahdollista saada myös neuvoja ja vaihtoehtoja migreenikohtauksia aiheuttaville liikuntalajeille ja -tyypeille. Toki haaste on, että miten fysioterapeutin tietämystä migreenistä voisi laajentaa ja miten migreeniä sairastavat ohjautuisivat fysioterapiaan. Kyselyn tulosten perusteella tehty ohjeistus voisi olla fysioterapeutille ohjekirjana (Liite 3), miten migreeniä sairastavan liikunnan harrastamista voisi ohjata ja neuvoa. Tämä ohjeistus voisi olla helppo antaa myös migreeniä sairastavalle itselleen.

8.5 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimuksena olisi hyvä selvittää enemmän migreeniin annettua fysioterapiaa. Millaista fysioterapiaa migreenipotilaille yleisemmin tehdään ja annetaan? Mitä on fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta migreeniä sairastavalle? Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, ettei fysioterapiasta ollut apua migreeniin. Fysioterapian kehittämisen kannalta olisi hyvä selvittää, miten fysioterapia migreenin hoidossa on toteutunut. Suuri osa vastaajista kertoo, että kaikki niska-hartiaseudun harjoittaminen aiheuttaa migreenin ja vastaavasti suuri osa on saanut juuri niska-hartiaseudun käsittelyä ja niihin keskittyneitä voimisteluohjeita. Silloin voisi miettiä tässä olevaa ristiriitaa. Kokevatko migreenipotilaat juuri tämän vuoksi, että fysioterapiasta ei ole ollut apua? Eikö fysioterapia ole auttanut, koska on annettu vääränlaisia "hoito-ohjeita". Annetaanko liian rankkoja lihasvoimaharjoitteita ja venytysliikkeitä niska-hartiaseutuun, jotka laukaisevat migreenikohtauksen? Jatkotutkimuksessa olisi hyvä selvittää minkälaista ohjeistusta fysioterapeutit antavat migreenin hoitoon, erityisesti lihasvoimaliikkeiden ja lihasvenyttelyjen osalta. Lisäksi olisi mielenkiintoista tietää, mistä fysioterapeutit itse ovat hankkineet tietonsa migreenipotilaiden hoidosta. Perustuuko tämä jo olemassa olevaan tutkimustietoon vai kenties vuosien varrella opittuun, "kokeilun kautta" saatuun hyvään palautteeseen asiakailta?

Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos. 2014. Lihaskunto. Viitattu 15.3.2015. www.thl.fi -> Aiheet -> Tapaturmat -> iäkkäät -> Kaatumisen ehkäisy -> Liikkuminen ja toimintakyky

THL - Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. ICF-luokitus. Viitattu 29.2.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

THL - Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Toimintakyky ICF-luokituksessa. Viitattu 29.2.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyky-icf-luokituksessa>

Toimia. 2014. Johdatus psykometriikan arvioimiseen. Viitattu 20.2.2016. <http://www.toimia.fi/opas/2.html>

Turku AMK. 2016. Neuroliikkuja paikallistasolla 2013-2015. Viitattu 17.3.2016. <http://www.turkuamk.fi/fi/tutkimus-kehitys-ja-innovaatiot/hae-projekteja/neuroliikkuja-paikallistasolla-2013-2015/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 29.2.2016. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

UKK-instituutti. 2014a. Liikunnan vaikutukset. Viitattu 11.08.2015. http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunnan_vaikutukset

UKK-instituutti. 2014b. Liikuntapiirakka. Viitattu 11.12.2015. www.ukkinstituutti.fi -> Ammattilaisille -> Terveysliikuntasuositukset

UKK-instituutti. 2014c. Hyvä kestävyyskunto suojaa monelta sairaudelta. Viitattu 15.3.2015. www.ukkinstituutti.fi -> Tietoa terveysliikunnasta -> Liikunnan vaikutukset

UKK-instituutti. 2014d. Arkiliikunta, hyötyliikunta, perusliikunta. Viitattu 15.3.2015. www.ukkinstituutti.fi -> Tietoa terveysliikunnasta -> Liikkumaan

UKK-instituutti 2014e. Liikehallinnan perusta luodaan lapsuudessa. Viitattu 15.3.2015. www.ukkinstituutti.fi -> Tietoa terveysliikunnasta -> Liikunnan vaikutukset -> Tuki- ja liikuntaelämä

UKK-instituutti. 2014f. UKK-instituutti- osaamista terveysliikunnan edistämiseen. Viitattu 17.3.2016. <http://www.ukkinstituutti.fi/instituutti>

UKK-instituutti. 2015f. Terveysliikuntaa ja kuntoliikuntaa. Viitattu 15.3.2015. www.ukkinstituutti.fi -> Tietoa terveysliikunnasta -> Liikkumaan -> Aloittajan liikuntaopas

UKK-instituutti. 2014g. Hyvä kestävyyskunto suojaa monelta sairaudelta. Viitattu 15.3.2015. www.ukkinstituutti.fi -> Tietoa terveysliikunnasta -> Liikunnan vaikutukset

Varkey, E.; Cider, Å.; Carlsson, J. & Linde, M. 2009. A Study to Evaluate the Feasibility of an Aerobic Exercise Program in Patients With Migraine. Headache. Vol. 55, No 49, 563-570.

Varkey, E.; Cider, Å.; Carlsson, J. & Linde M. 2011. Exercise as migraine prophylaxis: A randomized study using relaxation and topiramate as controls. Cephalalgia. Vol. 35, No 31, Article 14, 1428-1438.

Varkey, E.; Hagen, K.; Zwart, J-A. & Linde, M. 2008. Physical activity and headache: results from the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). Cephalalgia. Vol. 35, No 28, 1292-1297.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa - Määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi /Painopaikka Gummerus Kirjapaino Oy.

World Health Organization. 2013. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. Geneva: WHO.

Liite 1. Saatekirje

Arvoisa vastaanottaja

Tämä kysely on tarkoitettu täysi-ikäisille migreeniä sairastaville henkilöille. Kyselylomake on osa Turun ammattikorkeakoulun fysioterapian opinnäytetyötä. Opinnäytetyömme käsittelee migreeniä sairastavan liikuntaa edistäviä ja rajoittavia tekijöitä. Tutkimus liittyy Turun Ammattikorkeakoulun Neuroliikkuja paikallistasolla 2013-2015 -projektiin. Hankkeen päämääränä on kehittää pilottikuntien (Turku, Uusikaupunki, Loimaa ja Paimio) liikuntatoiminnan edellytyksiä, rakenteita ja palveluja siten, että liikunnan harrastaminen on niissä myös neuroliikkuja mahdollista. Projektin tavoitteena on, että neuroliikkuja voisi liikkua haluamallaan tavalla terveytensä ja toimintakykynsä ylläpitämiseksi hankkeen pilottikunnissa. Tutkimuksen on tilannut Suomen Migreeniyhdistys ry.

Luotettavuus

Kyselyyn vastataan nimettömänä. Aineisto käsitellään luottamuksellisesti tutkimuksen tekijöiden toimesta, eikä yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa raportissa.

Kyselyn palauttaminen

Kysely tallentuu automaattisesti järjestelmään lähettämisen jälkeen. Kysely sulkeutuu 200 vastauksen jälkeen ja siihen vastaaminen vie noin 15 minuuttia.

Kyselyn tulokset

Opinnäytetyömme avulla luomme suosituksen migreeniä sairastavan liikunnalle ja kyselyn tuloksiin voi käydä tutustumassa Suomen Migreeniyhdistys ry:n sivuilta niiden valmistuttua.

Lisätiedot

Fysioterapeuttiopiskelija Miia Peltola

Vastauksista etukäteen kiittäen

Fysioterapiaopiskelijat Carola Nylund, Annastiina Saastamoinen ja Miia Peltola
Opinnäytetyön ohjaaja Kati Kulju

Liite 2. Kyselylomake

1. Ikäni *

2. Sukupuoleni *

☐ Mies

☐ Nainen

3. Kotikuntani *

4. Koen oman fyysisen kuntoni tällä hetkellä *

1 2 3 4 5

Huono ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Hyvä

5. Haluan/ Haluaisin harrastaa liikuntaa *

Liikunnalla tarkoitetaan kaikenlaista liikkumista. Esimerkiksi se voi olla kestävyyskuntoa (kuten vauhdikkaat liikuntaleikit, arki- ja hyöty- ja työmatkaliikunta, kävely, pyöräily, raskaat koti- ja pihatyöt ja marjastus, kalastus, metsästys), lihaskuntaa ja liikehallintaa (kuten kuntopiiri, kuntosali, jumpat, pallopelit, luistelu, venyttely, tasapainoharjoittelu, tanssi) ja rasittavaa liikuntaa (kuten sauva- , porras- ja ylämäkikävely, kuntouinti, vesi-juoksu, aerobic, pyöräily, juoksu, maastohiihto ja maila-, juoksu- ja pallopelit).

☐ Kyllä

☐ En

6. Harrastan liikuntaa, koska *

Valitse paras vaihtoehto

- ☐ liikunta vaikuttaa terveyteen positiivisesti
- ☐ liikunta antaa hyvän olon tunteen
- ☐ sosiaalisten suhteiden vuoksi (ystävät, perhe, lapset, parisuhde, uudet tuttavat)
- ☐ itsensä kehittämisen takia (nautin haasteista, itseni voittamisesta tai pidän uuden oppisesta)
- ☐ fyysisen kunnon parantamiseksi/ ylläpitämiseksi
- ☐ migreenini pysyy poissa
- ☐ en harrasta liikuntaa, koska migreenini estää sen

7. En halua harrasta liikuntaa, koska

- ☐ migreenini estää
jokin muu syy, mikä
- ☐ _____

8. Harrastan *

Voit valita useamman vaihtoehdon

- ☐ kestävyyskuntoa eli reipasta liikuntaa (esim. hyötyliikunta, kävely, pyöräily, raskaat koti- ja pihatyöt)
- ☐ rasittavaa liikuntaa (esim. juoksu, pyöräily, pallopelit, kuntouinti, aerobic)

- ☐ lihaskuntaa ja liikehallintaa (esim. kuntopiiri, kuntosali, jumppa, venyttely, tanssi, jooga, itämäiset taistelulajit, pilates)

9. Harrastan liikuntaa viikossa keskimäärin (h/vko) *

Liikunnalla tarkoitetaan kaikenlaista liikkumista. Esimerkiksi se voi olla kestävyyskuntoa (kuten vauhdikkaat liikuntaleikit, arki- ja hyöty- ja työmatkaliikunta, kävely, pyöräily, raskaat koti- ja pihatyöt ja marjastus, kalastus, metsästys), lihaskuntaa ja liikehallintaa (kuten kuntopiiri, kuntosali, jumpat, pallopelit, luistelu, venyttely, tasapainoharjoittelu, tanssi) ja rasittavaa liikuntaa (kuten sauva- , porras- ja ylämäkikävely, kuntouinti, vesijuoksu, aerobic, pyöräily, juoksu, maastohiihto ja maila-, juoksu- ja pallopelit).

10. Migreenini on alkanut (ikä) *

11. Minulla on lääkärin diagnosoima migreeni *

- ☐ Kyllä
☐ Ei

12. Migreenini on *

Auraton migreeni:

-vähintään viisi migreenikohtausta, joissa vähintään kaksi seuraavista oireista:

1. sykkivä särky

2. särky toispuoleisesti

3. normaalia toimintaa estävä kohtalaisena tai voimakkaana koettu särky

4. kohtaus pahentuu fyysisessä aktiivisuudessa

-vähintään yksi seuraavista oireista:

1. pahoinvointi

2. oksentaminen

3. valoarkuus

4. ääniyliherkkyys

Aurallinen migreeni:

-vähintään kaksi kohtausta, joissa vähintään kolme seuraavista oireista:

1. yli neljä minuuttia kestävä auraoire

2. kohtauksia on kaksi peräkkäin

3. auraoireen kesto on ollut enintään yhden tunnin

4. tunnin sisällä auraoireen loppumisesta on seurannut päänsärkyä

☐ Aurallinen

☐ Auraton

☐ Molempia

☐ En tiedä

13. Migreenikohtaukseni yhtäjaksoinen kesto *

*Yhden kohtauksen keskimääräinen kesto ensimmäisistä oireista migreenin loppumiseen.
Esimerkiksi 2 tuntia.*

14. Saan migreenikohtauksia kuukaudessa *

- ☐ 0-2 kohtausta
- ☐ 3-5 kohtausta
- ☐ yli 5 kohtausta

15. Liikunta auttaa migreenikohtaukseeni *

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

16. Liikunta, joka auttaa migreenikohtaukseeni

17. Liikunta ei auta migreeniäni, se laukaisee kohtauksen. *

Kyllä. Millainen liikunta laukaisee migreenisi?

☐ _____

☐ Ei, liikunta ei laukaise migreenikohtaustani.

18. Migreenikohtaukseni laukaisevia tekijöitä sisätiloissa ovat *

Voit valita useamman vaihtoehdon

- ☐ Valot/Kirkkaus
- ☐ Hajut/Tuoksut
- ☐ Äänet
- ☒ Kuumuus
- ☐ Ukkonen/Painostava ilma
- ☐ Lämpötilojen vaihtelut
- ☐ Kosteus

Jokin muu, mikä

☐ _____

19. Migreenikohtaukseni laukaisevia tekijöitä ulkona ovat *

Voit valita useamman vaihtoehdon

- ☐ Valot/Kirkkaus
- ☐ Hajut/Tuoksut
- ☐ Äänet
- ☒ Kuumuus
- ☐ Ukkonen/Painostava ilma
- ☐ Lämpötilojen vaihtelut
- ☐ Kosteus

Jokin muu, mikä

☐ _____

20. Olen käynyt fysioterapeutilla migreenini takia *

- ☐ Kyllä
- ☐ En

21. Onko käynnistä ollut hyötyä? *

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

22. Minkälaista fysioterapiaa olet migreeniisi saanut *

Esimerkiksi neuvontaa, ohjausta, harjoitteita, kivunhoitoa tms.

23. En ole käynyt fysioterapeutilla, mutta *

- ☐ Olisin kokenut sen hyödylliseksi
- ☐ En tiennyt, että fysioterapialla voidaan hoitaa migreeniä
- ☐ En tarvitse fysioterapiaa

Muista vielä painaa "LÄHETÄ" nappia lähettääksesi kyselyn vastaukset!

Liite 3. Liikuntaohjeistus migreeniä sairastavalle

Ohjeistus on tehty Migreeniliitolle tehdyn kyselyn ja kirjallisuuskatsauksen pohjalta.

Seuraavanlainen liikunta on koettu laukaisevan migreenikohtauksen:

- Fyysisesti raskas sekä rasittava liikunta, joissa hengästyy ja syke nousee
- Kuntosalilla tehtävät raskaat liikkeet
- Hartiaseutua rasittava liikunta
- Kaikenlainen hyppiminen
- Migreenikohtauksen ollessa tuloillaan kaikenlainen liikunta

Seuraavanlainen liikunta voi auttaa migreenikohtaukseen:

- Rauhallinen kevyt puuhastelu
- Kävely ja ulkoilu
- Venyttely, jooga sekä pilates

Yleisimpiä migreenikohtauksia laukaisevat tekijät sisätiloissa sekä ulkona ovat:

- Kirkkaus ja valot
- Tuoksut ja hajut
- Painostava ilma ja ukkonen
- Lämpötilan vaihtelut, kuumuus sekä kosteus
- Kylmä tuuli (niskaan)
- Äänet

Nämä liikunta- ja hoitomuodot sopivat migreeniä sairastavalle:

Osallistuminen (näitä voi tehdä migreenistä huolimatta)

- ulkoilu
- lenkkeily
- jooga, pilates, rentoutus
- kevyet kestävyystyypiset lajit

Suoritus:

- niska-hartiaseudun venyttely
- kävely
- lämpöpalautteeseen perustuva biopalautehoito
- rentoutuminen
- kevyet lihaskuntoharjoitteet

Ruumiin tason asiat:

- hieronta
- triggerpisteiden käsittely
- ergonomia-asiat (etenkin työergonomia)
- ohjaus ja ryhtiä korjaavat ohjaukset ja ohjeet
- TENS

Näitä migreenikohtauksen syntyyn vaikuttavia asioita kannattaa välttää:

Rakenteen tason asioita:

- niska-hartiaseudun jännitystilat
- huono ryhti
- sykkeen vaihtelu ja nopea sykkeen nousu
- hengästyminen

Suoritukset:

- liian raskaat niska-hartiaseudun lihasvoimaharjoitteet
- hyppiminen
- raskaat lihaskuntoliikkeet

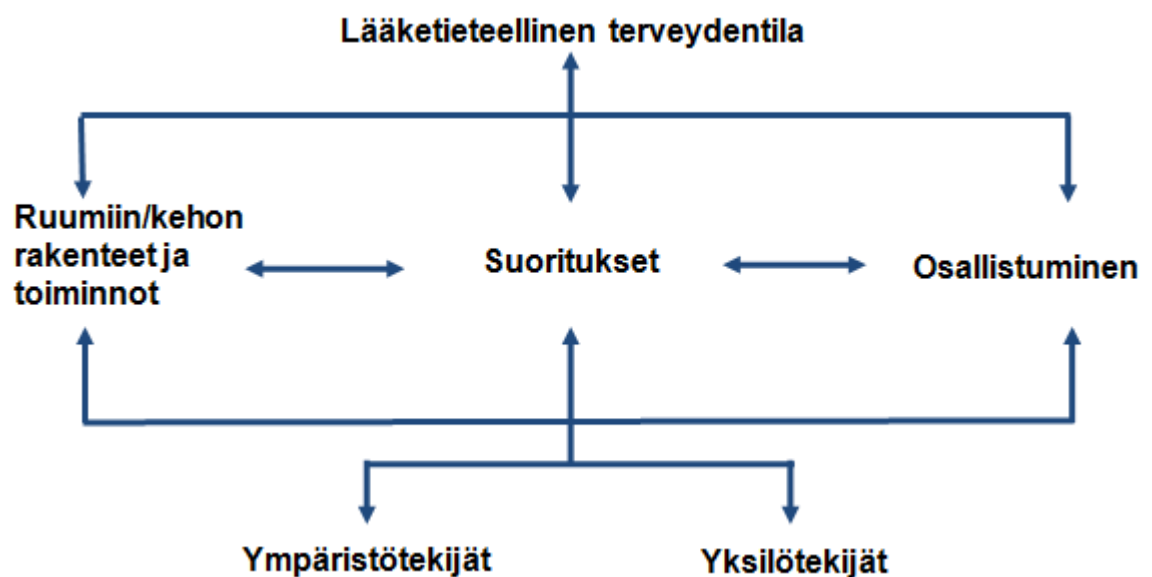
Ympäristötekijät, jotka laukaisevat migreeniä:

- Kirkkaus ja valot
- Tuoksut ja hajut
- Painostava ilma ja ukkonen
- Lämpötilan vaihtelut, kuumuus sekä kosteus
- Kylmä tuuli (niskaan)
- Äänet

Yksilötekijät:

- rasituskestävyys (mikä on kellekin fyysisesti raskasta)
- fyysinen inaktiivisuus nostaa riskiä liikunnasta rasittumiseen
- lihasvoima
- oman kehon tuntemus
- ruoka, juoma, hajut/tuoksut

Fysioterapeutin on hyvä ohjata harjoitteiden yksilöllinen oikea tekniikka ja suoritustapa ja otettava huomioon sopivat harjoitteet ja toistomäärät, jotta harjoitteet eivät rasittaisi liikaa ja laukaisisi migreenikohtauksia.



(Toimia 2014)