

LASTEN PÄÄNSÄRKYYN LIITTYVÄT KESKUSTELUT INTERNETIN KESKUSTELUPALSTOILLA

Reeta Kannainen
Maria Pohjonen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2011

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) KANNIAINEN, Reeta POHJONEN, Maria	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 09.05.2011
	Sivumäärä 34	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi LASTEN PÄÄNSÄRKYYN LIITTYVÄT Keskustelut Internetin keskustelupalstoilla		
Koulutusohjelma HOITOTYÖ		
Työn ohjaaja(t) HEINÄMÄKI, Ritva PUNNA, Mari		
Toimeksiantaja(t) SUOMEN MIGREENIYHDISTYS RY		
Tiivistelmä <p>Päänsärky on lasten tavallisin neurologinen oire ja se on tutkimusten mukaan viime vuosikymmenten aikana lisääntynyt. Vanhempien osallistuminen lasten päänsärkyyn hoitoon on tärkeää. Ammatillisen avun lisäksi vertaistuki on keino jakaa kokemuksia ja saada ymmärrystä samaa kokeneilta ihmisiltä. Verkossa jaetun vertaistuen merkitys on internetin käytön yleistymisen myötä kasvanut. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaisia kysymyksiä lasten päänsärkyyn liittyen internetin keskustelupalstoilla esiintyy ja millaista tukea vertaiset toisilleen antavat. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa päänsärystä kärsivien lasten hoitotyöhön.</p> <p>Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineistona tutkimuksessa oli 16 keskusteluketjua, jotka sisälsivät yhteensä 306 puheenvuoroa Vauva-lehden ja KaksPlus-lehden keskustelupalstoilta. Keskustelut oli käyty vuoden 2010 tammikuun ja kesäkuun välisenä aikana. Aineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla.</p> <p>Tulokset osoittivat, että keskustelupalstoilla esitetyt kysymykset voidaan jakaa aiheen mukaan neljään luokkaan: päänsärkyyn syyt, hoitoon hakeutuminen, päänsärkyyn esiintyvyys ja päänsärkyyn luonne. Vertaisten kesken jaettu tuki luokiteltiin neljään luokkaan, joita ovat toimintaehdotus, kokemusten jakaminen, tiedon jakaminen ja jaksamisen tukeminen. Tulosten perusteella keskustelupalstoilla käytävä lasten päänsärkyyn liittyvä keskustelu on monipuolista ja suuri osa keskustelupalstoilla esiintyvistä vertaistuesta on kokemuksiin perustuvaa. Tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyössä päänsärkyä kärsivän lapsen ja hänen huoltajiensa ohjauksessa. Jatkossa olisi hyvä selvittää keskustelupalstoilla vertaisten kesken jaetun lasten päänsärkyyn liittyvän tiedon luotettavuutta.</p>		
Avainsanat (asiasanat) päänsärky, lapsi, internetin keskustelupalsta, vertaistuki		
Muut tiedot		



Author(s) KANNIAINEN, Reeta POHJONEN, Maria	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 9.5.2011
	Pages 34	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title DISCUSSIONS ABOUT CHILDREN'S HEADACHE IN THE INTERNET DISCUSSION FORUMS		
Degree Programme Degree Programme of Nursing		
Tutor(s) HEINÄMÄKI, Ritva PUNNA, Mari		
Assigned by SUOMEN MIGREENIYHDISTYS RY		
Abstract <p>Headache is the most common neurological symptom of children and according to the studies during the last decade it has increased. It is important that parents participate in the treatment of the children's headache. Together with professional help peer support is a way to share experiences and receive empathy from other people in the same situations. While the Internet has become more common, the peer support given on the Internet has also increased. The purpose of the thesis was to find out what kind of questions about children's headache appeared in discussion forums and what kind of support people shared there. The intention was to produce information for the treatment of children with headache.</p> <p>The research method was qualitative. The data were collected from 16 discussion chains in the discussion forums of the Vauva-magazine and KaksPlus-magazine's websites. The discussion chains included 306 floors in all. They had taken place from January 2010 to June 2010. The data was analyzed by using content analysis.</p> <p>The results showed that the questions appearing in the discussion forums could be placed under four categories according to their theme. The four categories were: the reasons for headache, seeking the treatment, incidence of headache and nature of the headache. The peer support given in the forums was placed under four categories which were: suggestions for action, sharing the experiences, sharing the information and supporting. According to the results, discussion about children's headache on the internet discussion forums is comprehensive. A great deal of peer support which appeared in the discussion forums was based on experiences. The results can be used in nursing care when children with headache are having treatment and information is given to their parents. Further study is needed to examine the reliability of information about children's headache which people share with each other in the internet discussions forums.</p>		
Keywords headache, child, discussion forum, peer support		
Miscellaneous		

Sisältö

1 JOHDANTO	2
2 LAPSEN PÄÄNSÄRKY	3
2.1 Päänsäryn etiologia.....	3
2.2 Ennaltaehkäisy	8
2.3 Lapsen yleistilan arviointi ja kliininen tutkiminen	9
2.4 Hoitomuodot	11
3 VERTAISTUKI INTERNETIN KESKUSTELUPALSTOILLA.....	14
3.1 Vertaistuki.....	14
3.2 Vertaistuki internetissä	15
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	17
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	18
5.1 Aineiston keruu	18
5.2 Aineiston kuvaus	19
5.3 Aineiston analysointi	19
6 TUTKIMUSTULOKSET	20
6.1 Kysymysten luokittelu	20
6.2 Vertaistuen luokittelu	22
7 POHDINTA.....	24
7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	24
7.2 Tutkimustulosten tarkastelu	26
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	28
LÄHTEET	29
LIITTEET.....	33
Liite 1 Kysymysten luokittelu.....	33
Liite 2 Vastausten luokittelu	34

1 JOHDANTO

Toistuvasta, vähintään kerran kuukaudessa esiintyvistä, päänsärystä kärsii noin 10 % koulunsa aloittavista suomalaislapsista ja migreenistä vastaavasti noin 5 % (Lasten päänsärky 2010). Päänsärky onkin lasten tavallisin neurologinen oire (Korpela 2004). Viime vuosikymmenten aikana päänsärlyn esiintyvyys on selvästi lisääntynyt niin lapsilla kuin aikuisilla. Yksittäisiä selkeitä syitä tähän ei voida osoittaa, mutta yhteyttä yleistymisen kanssa voi olla muiden muassa perherakenteiden ja elämäntapojen muutoksilla. (Sillanpää 2010.) Vuonna 1992 suomalaisista seitsemän vuotiaista koululaisista noin 15 % kärsi toistuvasta päänsärystä ja vuonna 2002 noin 28 %. Myös migreenin esiintyvyys lisääntyi; vuonna 1992 noin 6 % ja vuonna 2002 13 % suomalaisista seitsemän vuotiaista kärsi migreenistä. (Anttila, Metsähonkala & Sillanpää 2006.)

Iän myötä päänsärlyn esiintyvyys lapsilla lisääntyy. Alle murrosikäisillä pojilla päänsärky on yhtä yleistä tai yleisempää kuin tytöillä. Murrosiässä ero tyttöjen ja poikien välillä tasaantuu, mutta murrosiästä lähtien tytöt kärsivät päänsärystä poikia useammin. (Sillanpää 2010.) Kouluterveyskyselyn tuottamien tulosten mukaan vuosista 2002 ja 2003 eteenpäin päänsärlyn esiintyvyys 8- 9- luokkalaisilla on koko ajan lisääntynyt. Vähintään kerran viikossa esiintyvistä päänsärystä kertoi kärsivänsä 31–33 % vastanneista. (Luopa, Lammi, Kinnunen & Jokela 2010.) Yleisemmin päänsärkytaipumus tulee esille 14–15-vuotiaana ja ennustaa päänsärlyn esiintyvyyttä aikuisena (Valtonen 2004).

Lapsen päänsärky aiheuttaa perheelle usein paljon huolta ja pelkoja, joita on hoitotyössä tärkeä pyrkiä hälventämään (Korpela 2004). Ammatillisen avun lisänä vertaistuki on lisääntyvä auttamismenetelmä ja ne voivatkin toimia toisiaan täydentäen (Hyväri 2005, 214). Internetissä jaettavan vertaistuen merkitys on kasvanut samalla kun internetin käyttö on yleistynyt (Huuskonen 2010). Tilastokeskuksen tekemän tutkimuksen mukaan internetin yhteisöpalvelujen käyttö Suomessa on jatkuvasti lisääntynyt. Kevääseen 2010 mennessä 42 % 16–74-vuotiaista oli rekisteröitynyt johonkin internetin yhteisöpalveluun, esimerkiksi Facebookiin tai Twitteriin. Yhtä moni oli myös kirjoittanut keskustelupalstoille tai yhteisöpalveluun. Lisäksi terveystiedon

hankkiminen kuuluu yleisimpiin internetin käyttötapoihin. (Tilastokeskus 2010b.) Tutkimuksen mukaan 57 % 16–74- vuotiaista suomalaisista käytti internetiä sairauksiin, ravitsemukseen tai terveyteen liittyvän tiedon etsinnässä (Tilastokeskus 2010a).

Opinnäytetyö käsittelee lasten pääsärkyyn liittyviä keskusteluja internetin keskustelupalstoilla. Aiheen valintaan vaikutti tekijöiden oma kiinnostus lasten kipuun sekä yhteistyökumppanin, Suomen Migreeniyhdistyksen, toive käsitellä lasten päänsärkyä keskustelupalstojen pohjalta. Suomen Migreeniyhdistys on toteuttanut vuosina 2005–2007 valtakunnallisen hankkeen, jossa keskityttiin lasten ja nuorten päänsärkyihin. Nyt ajankohtaiseksi koettiin aiheen tutkiminen sosiaalisen median näkökulmasta.

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää keskustelupalstoilla esiintyvien kysymysten ja vertaisten kesken jaetun tuen sisältöä lasten päänsärkyyn liittyen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tutkittavasta aiheesta tietoa, jota voidaan hyödyntää päänsärystä kärsivien lasten hoitotyössä.

2 LAPSEN PÄÄNSÄRKY

2.1 Päänsärlyn etiologia

Päänsärkyksi kutsutaan silmien ja korvien tason yläpuolella, takaraivossa tai niskassa olevaa kipua. Lasten kohdalla käsitys on laajempi, sillä se sisältää missä tahansa pään alueella esiintyvän kivun. (Sillanpää 2010). Päänsärkyä kokee jossain elämänsä vaiheessa 70–95% ihmisistä. Päänsärkyt jaetaan kansainvälisten kriteereiden mukaan 14 eri luokkaan. Luokat on jaoteltu primaareihin ja sekundaarisiin päänsärkyihin sekä aivohermojen neuralgioihin, kasvokipuihin ja muihin päänsärkyihin. (Färkkilä 2009c.) Päänsärky on primaarista, jos se on sairaus itsessään ja sekundaarista, jos päänsärlyn aiheuttaa jokin muu sairaus. Primaarin päänsärlyn keskeinen piirre on, että potilas on kokenut samanlaisen kivun useasti aiemminkin ja kipu on kohtauksittaista. (Kallela 2008.)

Kivun kokemus on jokaiselle yksilöllistä (Kotovainio & Mäenpää 2010b). Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (IASP) määritelmän mukaan kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaivurioon tai jota kuvataan kudosaivurion käsitteillä (Proposed taxonomy changes 2008). Kipu on siis sekä aisti- että tunnekokemus ja voi esiintyä lyhyt- ja pitkäaikaisena (Vainio 2009).

Useimmiten kovakin akuutti päänsärky johtuu hyvänlaatuisesta syystä. Joissakin tapauksissa se voi kuitenkin jopa ainoana oireena merkitä välitöntä hengenvaaraa, minkä vuoksi on nopeasti selvitettävä onko kyseessä primaari vai sekundaari päänsärky. Suurin osa päänsärlyn syistä on primäärisiä, useimmiten migreeniä. (Kallela 2008.) Päänsärkyille löydetään elimellisiä syitä 10–20%:ssa tapauksista. On muistettava, että mitä nuorempi lapsi on, sitä todennäköisemmin päänsärlyn taustalta löytyy jokin elimellinen syy. (Valtonen 2004.)

Päänsärky syntyy, kun pään alueen herkästi kipua aistiviin kudoksiin kohdistuu painetta, venytystä tai tulehdusta. Pään alueella kipua aistivia kudoksia ovat esimerkiksi silmät, hampaat, korvat ja luusto sekä suuret verisuonet ja aivokalvot kallon sisällä. Päänsärkyjen erottelua hankaloittaa osaltaan se, että niin primäärisissä kuin sekundaarisissa päänsärkyissä kipuradat ovat samat, minkä vuoksi toisistaan poikkeavat sairaudet voivat aiheuttaa samankaltaista kipua sekä liitännäisoireita. (Kallela 2008.)

Päänsärky on lapsella yleisoire, jonka voi aiheuttaa monenlaiset tekijät. Lasten päänsärkyt voidaan jakaa syyn mukaan kolmeen ryhmään: primääristen ja sekundaaristen päänsärkyjen lisäksi elämäntapoihin ja psykososiaalisiin ongelmiin liittyviin päänsärkyihin. Migreeni ja jännityspäänsärky ovat lasten kaksi tavallisinta primääristä päänsärkytyyppiä. Näiden laukaisijoina voivat toimia monenlaiset elämäntavat ja elimelliset tekijät. Kolmas primäärisen päänsärlyn muoto, sarjoittainen päänsärky, on lapsilla harvinainen. (Lasten päänsärky 2010.)

Migreeni on kohtauksellinen päänsärkysairaus, jonka esiintymiselle on perinnöllinen taipumus. Keskimääräinen esiintyvyys väestössä on 10 %, mutta sen syntymekanismia ei ole pystytty tarkkaan määrittelemään. (Färkkilä 2009b.) Käypä hoito -suosituksessa migreeni on määritelty International Headache Societyn kriteerien mukaisesti kahteen päämuotoon: auralliseen ja aurattomaan. Aurallisessa muodossa ennen migreenisärkyä esiintyy aura eli esioireita, joita ovat näkö- ja muut neurologiset häiriöt. Aurattomassa migreenissä kohtaus alkaa suoraan päänsäryllä ilman esioireita. (Migreeni 2008.) Pieniä eroavaisuuksia lukuun ottamatta lasten migreenin diagnosoinnissa noudatetaan samoja kriteerejä kuin aikuisilla. Muun muassa kohtauksen kesto lapsilla voi olla lyhyempi, 1-72 tuntia jälkiuni mukaan luettuna. (Lasten päänsärky 2010.) Jälkiuni seuraa migreenikohtausta etenkin pienillä lapsilla (Lasten ja nuorten päänsärky 2010). Aikuisten migreenissä kohtausten kestoksi määritellään 4-72 tuntia. (Migreeni 2008.) Lapsilla migreeni on yleisintä 6-11-vuotiaana ja sen ennuste on melko hyvä. Jopa 30 %:lla lapsista, joilla migreeni on alkanut ennen kouluikää, se jää kokonaan pois, ja muissakin tapauksissa se usein lievenee selvästi. (Valtonen 2004.)

Jännitys- eli tensiopäänsärky on yleisin päänsäryn muoto ja voi johtua sekä lihasten jännityksestä että henkisestä jännittyneisyydestä. Sen hoidossa oleellista ovat ei-lääkkeelliset hoitokeinot, kuten hieronta, liikunta ja rentoutus. Tyypillisesti jännityspäänsärky on tasaista, puristavaa ja päivän aikana pahenevaa kipua, joka paikallistuu erityisesti ohimoille, takaraivolle tai päälaelle. Lisäksi voi esiintyä huimausta ja tasapainon katoamisen tunnetta seisomaan noustessa ja istuessa. Jännityspäänsärky voi olla joko episodista että kroonista. Jos migreeniä ja jännityspäänsärkyä esiintyy yhtä aikaa, kutsutaan sitä vyyhtipäänsäryksi. (Färkkilä 2009a.) Diagnoosin tekemisen kannalta ei ole merkitystä sillä, minne alueille kipu paikallistuu. Sekä migreenissä että jännityspäänsäryssä kipu voi paikallistua minne pään alueelle tahansa ja 12-vuotiailla päänsärky paikallistuukin takaraivolle yli kaksi kertaa todennäköisemmin migreenissä kuin jännityspäänsäryssä. (Nissilä 2005, 681.) Migreenin ja jännityspäänsäryn eroja on kuvattu taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Migreenin ja jännityspäänsäryn eroja (Vrt. Migreeni 2008; Färkkilä 2009c).

MIGREENI	JÄNNITYSPÄÄNSÄRKY
Ennako-oireita	Ei ennako-oireita
Särky kohtauksittaista	Särky tasaista, jatkuvaa
Särky kovaa	Särky kohtalaista
Särky usein toispuoleista	Särky molemminpuoleisesti tai toispuoleisesti usein ohimolla, takaraivolla ja päällelaella
Voi alkaa myös öisin	Alkaa päiväsaikaan, pahenee iltaa kohden
Oksentelua ja valonarkuutta	Ei oksentelua eikä valonarkuutta
Rasitus pahentaa	Liikunta helpottaa

Myös lapsilla päänsärky voi muuttua krooniseksi. Siihen puuttuminen nopeasti ja varhaisessa vaiheessa on tärkeää, jotta sen kroonistuminen saadaan estettyä. Päänsärkytaipumus lapsuudessa jatkuu aikuisuuteen. (Metsähonkala & Viheriälä 2007.) Murrosikäisillä krooninen päänsärky onkin lisääntyvä ongelma. Päivittäisestä päänsärystä kärsivää lasta tutkittaessa on tärkeää selvittää, onko päänsäryn taustalla psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä. (Lasten päänsärky 2010.)

Sekundaarisia päänsäryn syitä lapsilla ovat esimerkiksi erilaiset infektioaudit, anemiat, purentavirheet ja silmien taittovirheet. Harvinaisia syitä ovat vakavammat aiheuttajat, kuten aivoverenkierron häiriöt ja kallonsisäisen paineen nousu. Lisäksi tulehduskipulääkkeiden liiallinen ja liian tiheä käyttö voi lisätä päänsäryn esiintyvyyttä aiheuttamalla niin sanottua särkylääkepäänsärkyä. (Lasten päänsärky 2010.) Silmäperäiset päänsäryt ovat harvinaisempia kuin yleisesti luullaan. Päänsärystä kärsivistä lapsista alle 5 %:lla taustalla on silmäperäinen syy. Myös epilepsia voi olla sekundaarisen päänsäryn syy. Päänsärky voi olla epilepsian ainoa oire tai se voi esiintyä kohtausta edeltävästi tai kohtausten jälkeen. (Sillanpää 2010.)

Stressi voi aiheuttaa erityisesti jännityspäänsärkykohtauksen, mutta se voi olla myös migreenikohtauksen laukaisija. Migreenikohtauksen voi toisaalta aiheuttaa myös

stressin purkautuminen. Stressiä voivat aiheuttaa monenlaiset tilanteet, esimerkiksi vaikeudet perhe- ja ystäväpiirissä sekä koulunkäynnissä. Myös psykososiaaliset ongelmat voivat laukaista lapselle päänsäryn. Jos päänsäryn pääasiallinen aiheuttajan on psyykkinen tekijä, puhutaan psykogeenisestä päänsärystä. Tällöin päänsärky loppuu, kun psyykkinen ongelma saadaan poistettua. Näitä ongelmia voivat olla esimerkiksi koulupelko ja masennus. (Lasten päänsärky 2010.) Erityisesti murrosikäiselle nuorelle psyykkinen stressi onkin merkittävä kroonisen päänsäryn aiheuttaja. Eräässä tutkimuksessa masentuneilla nuorilla päänsärky oli kaksi kertaa yleisempää kuin psyykkisesti terveillä nuorilla. (Sillanpää 2010.)

Unen ja päänsäryn yhteyttä lapsilla ja nuorilla selvittäneen italialaisen tutkimuksen mukaan huonounisuus on yleisin laukaiseva tekijä sekä migreenissä että muissa päänsärkytyypeissä. Tutkittavista 8-15-vuotiaista päänsärkyä kärsivistä lapsista ja nuorista 32 % kertoi huonounisuuden merkittävimmäksi päänsäryn laukaisijaksi. (Bruni, Russo, Ferri, Novelli, Galli & Guidetti 2008.) Unen määrällä ja laadulla on vaikutusta päänsäryn esiintymiseen. Jos unirytmä on epäsäännöllinen tai uni on liian vähäistä ja pinnallista, voi se laukaista päänsäryn. Liian vähäiseen unenmäärään liittyy valvomisen television ja tietokoneen ääressä. Tietokoneen käyttöön liittyy lisäksi huonot asennot, jotka aiheuttavat niska- ja päänsärkyä, sekä oleskelu sisätiloissa. (Sillanpää 2010.) Vaikka päänsäryn ja tietokoneen käytön yhteyttä selittävää mekanismia ei tiedetäkään, voi se olla päänsärkykohtauksen laukaisija erityisesti migreeniä sairastavilla lapsilla. (Lasten päänsärky 2010.)

Myös vääränlaiset ruokailutottumukset ja päihteiden käyttö voivat olla elämäntapoihin liittyvän päänsäryn taustalla (Lasten päänsärky 2010). Päihteiden käyttö aloitetaan entistä nuorempaan ja sitä käytetään aikaisempaa enemmän. Ruokailurytmin epäsäännöllisyys ja paastoaminen sekä jotkin ruuan ainesosat, kuten suklaa, rasvaiset ja paistetut ruuat sekä jäätelö ja muut kylmät syömiset, voivat monen kokemuksen mukaan olla päänsäryn aiheuttajia. Lisä- ja väriaineet sekä keinotekoiset makeutusaineet voivat myös laukaista päänsäryn. Kahvin ja muiden kofeiinipitoisten juomien vaikutuksen mahdollisuudesta päänsäryn aiheuttajina ei ole vielä yksimielisyyttä. (Sillanpää 2010.)

On tutkittu, että päänsärkyä voivat aiheuttaa myös allergiat ja lihavuus. Allergiaoireita potevilla lapsilla on todettu olevan päänsärkyä, erityisesti migreeniä, enemmän kuin muilla lapsilla. Myös lihavuudella on todettu olevan vaikutusta päänsärlyn esiintyvyyteen. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan painon alentaminen vähensi päänsärlyn esiintyvyyttä lapsilla. (Sillanpää 2010.)

2.2 Ennaltaehkäisy

Kohtausten tiheys ja kohtaukselle altistavat tekijät ovat jokaiselle yksilöllisiä. Tärkeää on oppia tunnistamaan päänsärkykohtauksen laukaisijat. Altistavien tekijöiden kartoittamista selkeyttää päänsärkypäiväkirjan pitäminen, sillä usein näiden tunnistaminen ei ole kovinkaan helppoa. Migreenin ehkäisyssä olennaista on terveellisten elämäntapojen noudattaminen, kuten säännöllinen ja riittävä lepo, liikunta, ulkoilu ja ruokailu sekä kyky rentoutumiseen. Lisäksi tulee välttää muita yksilöllisiä migreenikohtauksen aiheuttajia, kuten kirkkaita valoja ja voimakkaita hajuja, mahdollisuuksien mukaan. Jännityspäänsärlyn ehkäisyssä terveellisten elämäntapojen lisäksi apukeinoja voivat olla venyttely, hartioiden hieronta, lämpimät hauteet ja oikeanlaiset työasennot. Tietokoneen käyttöä on myös syytä rajoittaa varsinkin alle kouluikäisillä lapsilla. (Hämäläinen 2010.)

Lasten päänsärlyn lääkkeettömästä ennaltaehkäisystä eniten on tutkittu rentoutusta, biopalautehoitoa ja kognitiivis-behavioraalista terapiaa. Rentoutusta voidaan käyttää joko ohjattuna menetelmänä tai itsenäisesti ja se voi yksistäänkin käytettynä ehkäistä lasten jännityspäänsärkyä, mutta migreenin ehkäisyssä siitä on harvoin apua. Rentoutushoito yhdistettynä stressinhallintaharjoituksiin, biopalautehoitoon tai kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan voi kuitenkin olla tehokkaampi keino ehkäistä sekä jännityspäänsärkyä että migreeniä. Kognitiivisia menetelmiä käytetään harvoin yksistään ehkäisykeinona. Myös akupunktiosta voi olla apua päänsärlyn ehkäisyssä. Lisäksi on syytä muistaa suojata lapsen pää iskuilta varsinkin harrastettaessa kontaktiurheilulajeja. (Lasten päänsärky 2010.)

2.3 Lapsen yleistilan arviointi ja kliininen tutkiminen

Päänsärky on oireena yksilöllinen. Sitä voi esiintyä jo hyvin pienillä lapsilla, jopa imeväisikäisillä, mutta sen toteaminen on haastavaa, koska pieni lapsi ei osaa ilmaista särkyään selkeästi. Yleensä lapsi osaa kuvailla päänsärkynsä kohtalaisen hyvin vasta kolme-neljävuotiaana, minkä vuoksi pienten lasten kohdalla päänsärky joudutaankin usein toteamaan vanhempien havaintojen pohjalta. Lapselle tulee kuitenkin aina antaa mahdollisuus ensin itse kuvailla oloaan, ja tämän jälkeen aikuinen perheenjäsen voi täydentää kuvailua. (Sillanpää 2010). Lasten kivun arvioimisen avuksi on kehitetty eri-ikäisille lapsille suunnattuja kivun arviointitapoja. Valitun kipumittarin tai apuvälineen käyttö on kuitenkin esiteltävä lapselle, jotta kivun arviointi on luotettavaa. Samalla tulee myös varmistaa, että lapsi ymmärtää, miten kipumittaria käytetään. (Hamunen 2009.)

Ammattilaisten, jotka arvioivat työssään lasten kipua, tulee osata tunnistaa oikein eri-ikäisten lasten merkit kivusta. Lapsen kivun arvioinnissa on tärkeää huomioida, että siihen, miten lapsi kokee ja ilmaisee kipunsa, vaikuttavat muun muassa ikä, sukupuoli, kielellinen ja kognitiivinen kehitystaso sekä aiemmat kipukokemukset. Vaikuttavia tekijöitä ovat myös ero vanhemmista, ympäristö sekä lapsen ymmärrys omasta sairaudestaan ja siihen liittyvistä toimenpiteistä. (Hamunen 2009.)

Lievää silloin tällöin esiintyvää päänsärkyä on turvallista seurata ja hoitaa kotioloissa, jos siihen ei liity muita oireita. Hoitoon hakeutumiselle ei ole tarvetta myöskään silloin, jos päänsärky on selkeä itsestään paraneva syy tai kyseessä on diagnosoitu migreeni. Jos päänsärky sen sijaan alkaa äkillisesti voimakkaana tai siihen liittyy voimakkaita muita oireita, tulee hoitoon hakeutua kiireellisesti. Myös äkillisesti alkanut, useita päiviä kestänyt päänsärky sekä päänsärkykohtausten tiheneminen, aivot toiminnan häiriöistä johtuvien oireiden ilmeneminen (tajunnanhäiriöt, näkö- ja kuulohäiriöt ja pahoinvointi) ajoittain esiintyvän päänsärlyn yhteydessä ja normaalia elämää haittaava pitkittyvä ja toistuva päänsärky ovat syitä tarkempaan tutkimukseen hakeutumiselle. (Saarelma 2010.) Jatkotutkimuksia vaativat aina myös tilanteet, joihin liittyy lapsen luonteen tai käytöksen muuttuminen tai normaalin kehityksen ja kasvun hidastuminen.

Jatkotutkimuksiin lähetetään herkästi myös silloin, jos lapsi on alle viisivuotias. (Pihko 2009.)

Lapsen päänsärky herättää perheessä monia huolia ja pelko päänsärlyn vakavuudesta onkin usein hoitoon hakeutumisen taustalla. Tämä on tärkeää muistaa hoidettaessa päänsärystä kärsivää lasta, jotta aiheettomat pelot voidaan hälventää. On siis varattava riittävästi aikaa selvittää lapsen tilanne selkeästi lapselle ja perheelle. Yleinen pelko lapsen päänsärkyyn liittyen on aivokasvaimen mahdollisuus. (Korpela 2004.) Aivokasvain on kuitenkin hyvin harvinainen päänsärlyn aiheuttaja lapsilla (Sillanpää 2010).

Päänsärlyn arviointi tapahtuu useimmiten perusterveydenhuollossa. Usein lapsen päänsärlyn selvittämiseksi riittävät huolellinen anamneesi ja kliininen tutkimus. Niiden pohjalta yleensä selviää onko päänsärlyn taustalla jokin elimellinen syy ja päättämään lisätutkimuksen tarpeesta. Oleellista akuutista päänsärystä kärsivän potilaan tutkimisessa onkin pystyä erottamaan hyvälaatuiset primaarit päänsäryt sekundaarisista. (Lapsen päänsärky 2010, Kallela 2008.) Anamneesiin kuuluu selvittää päänsärlyn alkamisaika, oheisoireet, elämäntavat, nautintoaineiden käyttö, muut sairaudet sekä aikaisemmat päänsäryt, niiden hoidot ja miten hoidot ovat auttaneet. Päänsärkypotilaiden kohdalla on hyvä myös selvittää päänsärlyn esiintyminen suvussa. (Forssell & Haanpää 2009, 326.) Vointia arvioitaessa selvitetään myös onko asentoja, jotka pahentavat tai helpottavat kipua sekä kysytään kivun taustatekijöitä: (Kotovainio & Mäenpää 2010a).

Lisäksi potilaalle tulee tehdä statustutkimus, johon kuuluvat neurologisten oireiden selvittäminen, verenpaineen mittaaminen, ohimovaltimoiden ja kalloa ympäröivien rakenteiden tunnustelu, leukanivelten ja puremalihasten arviointi sekä niskan kliininen tutkimus. Tarvittaessa tarkistetaan myös korvat, nenä ja kurkku ja tehdään silmänpainemittaus. (Forssell & Haanpää 2009, 326.)

Keskeisin lisätutkimuksista päänsärlyn sekundaarisen syyn selvittämiseksi on pään tietokonetomografia ja/tai lannepisto. Lannepistolla suljetaan pois keskushermostopäiset infektiot. Pään magneettitutkimus, kaulasuonten kaikututkimus sekä aivove-

risuonten tietokonetomografia tai magneettiangiografia ovat muita tarvittaessa tehtäviä neuroradiologisia tutkimuksia. Laboratoriokokeiden perusteella saadaan harvoin selville akuutin päänsäryn syy. Poikkeuksena kuitenkin on esimerkiksi bakteerin aiheuttama aivokalvontulehdus, jolloin CRP:n ja veriviljelyn tulokset ovat tärkeitä tiedon lähteitä. (Kallela 2008.) Jos päänsäryn arvellaan olevan epileptinen oire, lapselle tehdään EEG-tutkimus. Sitä ei kuitenkaan tehdä automaattisesti päänsäryn syyn selvittämiseksi. (Lasten päänsärky 2010.)

2.4 Hoitomuodot

Migreenikohtauksen hoidossa avainasemassa ovat vuodelepo hämärässä, tilanteen ja paikan rauhoittaminen sekä turvallisuuden luominen. Päänsärky saattaa helpottaa myös ohimoille asetettavalla kylmällä kääreellä. Migreenin lääkkeettömässä hoidossa tärkeää on muistaa noudattaa terveellisiä elämäntapoja. (Hämäläinen 2010; Kassinen & Virta-Helenius 2010.) Jännityspäänsäryn hoitona käytetään fysioterapiaa ja hierontaa. Lisäksi on huolehdittava riittävästi liikunnasta sekä niska-hartiaseudun lihasten venyttelystä ja rentoutuksesta. Pitkittyneessä jännityspäänsäryssä voidaan käyttää hoitona myös akupunktiota. (Kassinen & Virta-Helenius 2010.)

Akuutin päänsäryn hoito tulee olla oireenmukaista ja aloittaa viivytyksettä. Sekundaarinen päänsärky hoidetaan perussyyn mukaan. Jos mitään elimellistä syytä ei löydy, hoito toteutetaan yleensä migreenin tai jännityspäänsäryn hoitokäytäntöjen mukaisesti. Kivun hoito aloitetaan jo tutkimusten aikana, vaikka päänsäryn syytä ei ole saatu vielä selville. Hoidossa kuitenkin vältetään sellaisia lääkkeitä, jotka voivat pahentaa mahdollista kallonsisäistä verenvuotoa tai aivoiskemiaa (Kallela 2008.) Usein jännityspäänsärky ja migreeni esiintyvät samanaikaisesti tai rajaa niiden välille on vaikea vetää. Jos sekapäänsärky on voimakkuudeltaan kohtalaista, siihen voi auttaa samanlainen akuuttihoito, jota suositellaan migreenin hoitoon. (Lasten päänsärky 2010.)

Lasten päänsärky on otettava aina vakavasti ja särkykierre pyrittävä katkaisemaan ennen kuin oireilusta tulee pysyvä reagoititapa elämän ongelmatilanteissa (Korpela

2004). Kipulääkityksen tuleekin olla vain yksi keino lievittää päänsäryn aiheuttamaa kipua (Sillanpää 2010). Jännityspäänsäryn lääkehoidosta on hyvin vähän tieteelliseen näyttöön perustuvaa tietoa. Lievässä jännityspäänsäryssä lääkehoidosta ei ole havaittu olevan hyötyä eikä lääkkeitä suositellakaan sen hoidoksi. Parhaimmat tulokset on saatu biopalautehoidolla sekä rentoutuksella, mutta biopalautehoidon saatavuus Suomessa on vähäistä. (Korpela 2004). Biopalautehoidolla lisätään lapsen tietoisuutta kehonsa toiminnan säätelystä välittömän palautteen avulla. Yleisimmin käytetään lihasjännityseli EMG- tai lämpöbiopalautehoitoa. EMG- biopalautehoidossa pään alueen lihasjännitystä mitataan asettamalla elektrodeja tavallisesti potilaan otsalle. Hoidoissa lapsi saa palautteen harjoitusten onnistumisesta joko äänisignaalina tai monitorin näytöltä. Lämpöbiopalautehoidossa lapsen sormeen asetetaan anturi, joka mittaa lämpöä koko hoitokerran ajan. Lihasjännityksen ollessa korkea lämpötila on matala ja lihasten rentoutuessa lämpötila nousee. (Pölkki 2010.)

Migreenikohtauksissa lääkehoito on usein tarpeen. Oleellista on riittävän suuren lääkeannoksen antaminen riittävän ajoissa oireiden ilmaannuttua. Suun kautta otettuina parasetamoli ja ibuprofeeni ovat todettu tehokkaiksi migreenikohtausten hoidossa. Jos kipu ei hellitä, voidaan ensimmäisen annoksen jälkeen tarvittaessa antaa uusi annos kahden tunnin kuluttua. Lääkeannosten suuruus määräytyy lapsen painon mukaan ylittämättä kuitenkaan aikuisten vuorokausiannosta. Parasetamolia voi turvallisesti käyttää kaikenikäisillä lapsilla ja ibuprofeenia yli 1-vuotiailla. Lasten kohdalla näitä ei suositella käytettäväksi samanaikaisesti. (Lasten päänsärky 2010.) Parasetamolien vaikutus alkaa nopeammin, mutta ibuprofeinilla saadaan migreenikohtaus katkaistua kaksi kertaa todennäköisemmin. (Korpela 2004.) Kuitenkaan muiden tulehduskipulääkkeiden ohella ibuprofeeni ei ole soveltuva tiheästi uusiutuvan päänsäryn eikä kohtauskierteen hoitoon. Erityisesti kofeiinia tai kodeiinia sisältävät yhdistelmävalmisteet voivat aiheuttaa särkylääkepäänsärkyä liiallisessa käytössä. (Lasten päänsärky 2010.) Lapsen migreenin kohtaushoidossa käytettäviä lääkkeitä ja niiden annostuksia on esitelty taulukossa 2.

Sumatriptaaninäsuihke on todettu tehokkaaksi lasten migreenikohtausten hoidossa ja se on rekisteröity 12-vuotiaille ja sitä vanhemmille. Tablettimuotoisena sen vaiku-

tus on ollut lasten vaikeiden migreenikohtausten hoidossa selvästi aikuisia heikompaa. (Lasten päänsärky 2010.) Sumatriptaani kuuluu reseptilääkkeisiin ja sen aloituksesta lasten ja nuorten kohdalla päättää aina joko erikoislääkäri tai migreenin hoitoon hyvin perehtynyt lääkäri. Markkinoilla on muitakin triptaaneja, mutta niiden tutkiminen lasten migreenikohtausten hoidossa on vähäistä. (Hämäläinen 2003.)

TAULUKKO 2. Migreenin hoidossa käytettäviä lääkkeitä lapsilla (Lasten päänsärky 2010).

Lääke	Kerta-annos	Suurin annos/vrk	Lyhin antoväli (h)	Valmistemuodot
Ibuprofeeni	10-20mg/kg	40mg/kg	2	-tabletti -depottabletti -peräpuikko
Parasetamoli	10-15mg/kg	60mg/kg	2	-oraalisuspensio -poretabletti -hajoava tabletti -tabletti -peräpuikko
Sumatriptaani	10mg (20-39kg) 20mg (vähintään 40kg)	20mg 40mg	2	-nenäsuihke

Jos lapsella on tiheästi esiintyviä vaikeita migreenikohtauksia, harkitaan estohoidon aloittamista. Kliinisiä lääketutkimuksia on tehty useiden eri lääkkeiden tehosta, mutta mitään lääkettä ei ole voitu osoittaa kiistattomasti tehokkaaksi lasten migreenin estohoidossa. Tällä hetkellä suomalaisen Käypä hoito-suosituksen mukaisesti ensisijaisena estolääkkeenä lapsilla pidetään propranololia. Jos estohoito aloitetaan, olisi lääkityksessä hyvä pitää tauko viimeistään puolen vuoden kuluttua. Tällöin nähtäisiin selviäväkö lapsi jo ilman estolääkitystä. (Lasten päänsärky 2010.)

Kipulääkkeen varhaisella ottamisella näyttää olevan apua myös migreenikohtauksen yhteydessä ilmenevään pahoinvointiin. (Lasten päänsärky 2010.) Lisäksi pahoinvoin-

tiläläkkeet nopeuttavat särkylääkkeiden imeytymistä. (Pihko 2009). Päänsäryn yhteydessä ilmenevään pahoinvointiin voidaan tarvittaessa käyttää lääkkeenä metoklopramidia tai väsyttävämpää proklooriperatsiinia. Toisaalta niiden haittavaikutuksina voivat olla ekstrapyramidaaliset ja dystoniset oireet. (Lapsen päänsärky 2010) Kipulääkkeen antoa peräpuikkona ei suositella ensisijaisesti sen hitaan imeytymisen vuoksi, mutta jos päänsärkyyn liittyy oksentelua, se on hyvä vaihtoehto (Pihko 2009).

3 VERTAISTUKI INTERNETIN KESKUSTELUPALSTOILLA

3.1 Vertaistuki

Vertaistuessa osallistujat jakavat keskenään sellaista kokemuksiin perustuvaa tietoa, mitä muut tahot eivät voi tarjota. Toiminta perustuu omien kokemusten kautta muodostuneeseen asiantuntijuuteen ja olennaista on osallistujien välinen tasa-arvo ja yhteisöllisyys. Vertaistuessa siis olennaista on, että tuki perustuu ammattilaisavun sijaan samaa kokeneiden ihmisten toinen toistensa auttamiseen. Vertaistuki on vastavuoroista ja siinä ihminen voi olla samaan aikaan sekä tuen antajana että saajana. Vaikka vertaisia yhdistävätkin samankaltaiset kokemukset, on jokaisen tilanne yksilöllinen ja jokainen voi olla omassa prosessissaan eri vaiheessa. Tämä voi avata osallistujille uusia näkökulmia omaan tilanteeseensa. (Laimio & Karnell 2010.) Nylund (2005, 203) viittaa tekstissään Finnin (1999) esittämään tietoon, että keskustelut vertaistukiryhmissä sisältävät usein muutakin kuin yhdistävän kokemusten ja elämäntilanteiden asian läpikäymistä.

Vertaistuki ei välttämättä vaadi toteutuakseen toimintaa organisoivaa taustayhteisöä vaan se voi olla osallistujien omaehtoista toimintaa. Erilaiset järjestöt voivat kuitenkin olla vertaistuen organisoijana. Usein ihmiset kokevat tulevansa ymmärretyksi vertaisten taholta aivan eri tavoin kuin esimerkiksi ammattilaisten taholta ja he voivat olla toisilleen esimerkkejä selviytymisestä. Lisäksi vertaisten kanssa keskustelu voi auttaa ymmärtämään, etteivät omat tunteet ole epänormaaleja vaan kuuluvat tilanteeseen. Vaikka ammatillisuutta voidaankin pitää vertaistuen vastakohtana, ne eivät silti sulje

pois toisiaan vaan voivat liittyä yhteen ja täydentää toisiaan. (Laimio & Karnell 2010, 16–19.) Vertaistuki voi olla yksi auttamismenetelmä, mutta toisaalta se voidaan nähdä myös kilpailijana ammatilliselle avulle (Hyväri 2005, 214).

Vertaistukea voidaan toteuttaa kahdenkeskisenä, ryhmämuotoisena ja verkostoissa. Vertaistuellinen suhde samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien ihmisten välille voi muodostua spontaanisti esimerkiksi tuttavapiirissä. Järjestetyssä vertaistukiryhmässä taas ennestään tuntemattomien ihmisten välille muodostuu vertaistukeen perustuva suhde, ja toiminta ryhmissä on usein suunniteltua. (Nylund 2005, 203.) Tavoitteena vertaisryhmillä on jäsenten hyvinvoinnin edistäminen sekä jaksamisen ja tarvittaessa paranemisen tukeminen. Toiminta edellyttää turvallista ilmapiiriä, mikä tarkoittaa tasa-arvoisuutta, toisten hyväksyntää ja tukemista sekä sitä, että jokainen voi kertoa tunteensa ja mielipiteensä. (Heiskanen & Hiisijärvi, n.d.)

Hyväri (2005, 215) erottaa vertaisryhmän vertaistukiryhmää laajemmaksi käsitteeksi. Vertaisryhmä käsittää hänen mukaansa myös sellaiset toiminnan muodot, joissa tuki ja auttaminen eivät ole keskeisin syy yhdessä oloon vaan esimerkiksi harrastus. Vertaisverkostoihin osallistutaan sen sijaan oman aktiivisuuden ja kiinnostuksen mukaan ja ne muodostuvatkin usein spontaanisti esimerkiksi internetissä tai leikkipuistoissa. (Nylund 2005, 203.)

3.2 Vertaistuki internetissä

Internetin käytön yleistymisen myötä myös siellä jaettavan vertaistuen merkitys on kasvanut. Internetissä on paljon vertaistukea jakavia yhteisöjä, joihin muun muassa suljetut ja avoimet keskusteluryhmät kuuluvat. Osa keskusteluryhmistä vaatii käyttäjältä rekisteröitymistä, jolloin hän luo itselleen käyttäjätunnukset ja nimimerkin keskusteluihin. Jotkut verkkoyhteisöt edellyttävät rekisteröitymistä keskusteluihin osallistumiseen, mutta sallivat keskustelujen seuraamisen myös rekisteröitymättä. Avoimiin keskusteluryhmiin osallistuakseen ei tarvitse luoda itselleen käyttäjätunnuksia, suljettu ryhmä taas edellyttää osallistujilta palveluun rekisteröitymistä sekä käyttä-

jätunnuksen ja salasanan luomista ryhmään kirjautumiseen. Suljettujen keskusteluryhmien keskusteluja eivät rekisteröimättömät käyttäjät pysty lukemaan. (Huuskonen 2010.) Internetissä toimivien vertaisryhmien lisääntymisen myötä vertaisryhmien lukumäärä on kasvanut (Nylund 2005, 202).

Internetin keskusteluryhmissä ulkoisilla tekijöillä ei ole merkitystä vuorovaikutussuhteen muodostumiseen vaan se perustuu ajatusten vaihtoon toisten osallistujien kanssa. Yhteisöllisyyttä verkossa rakentavat samanlaiset asiat kuin reaali maailmassa, muiden muassa tasavertaisuus, rehellisyys, toisten tukeminen ja yhteiset säännöt. Verkkoyhteisöihin muodostuu usein yhteinen huumori ja oma tyyli keskustella. Ihmiset, jotka verkkoyhteisöissä toimivat, ovat tietoisia myös siihen liittyvistä riskeistä. Jokaisen osallistujan on itse otettava vastuu toisilta vertaisilta saatujen ohjeiden ja neuvojen noudattamisesta sekä omien rajojen pitämisestä. Sisäinen kontrolli on ominaista keskusteluryhmille. Tarvittaessa muut käyttäjät voivat reagoida esimerkiksi yksittäisen käyttäjän kirjoittamien viestien epäjohtonmukaisuuteen. Jokaisen keskusteluryhmään osallistujan olisikin kiinnitettävä huomiota yleisiin sääntöihin ja käyttöehtoihin. (Huuskonen 2010.)

Kytöharju (2003) on pro gradu-tutkielmassaan jaotellut vertaisilta saadun tuen viiteen pääkategoriaan, joita ovat kokemusten jakaminen, tiedon ja ajatusten jakaminen, itsetunnon vahvistaminen, huumori ja negatiivinen tuki. Kokemusten jakamiseen kuuluvat elämäntilanteen kuvaileminen, kokemusten vertailu, käytännön vinkkien jakaminen toisille sekä toisten tunteisiin samaistuminen ja myötäeläminen vertaisten tilanteissa. Tiedon ja ajatusten jakaminen sisältää niin omien mielipiteiden esittämisen kuin asiantiedon kertomisen ja vertaisten ohjaamisen tarvittaessa avun piiriin. Itsetuntoa vahvistavia tekijöitä ovat toisten rohkaiseminen ja kannustaminen, heidän ratkaisujensa kunnioittaminen sekä auttaminen positiivisten asioiden huomaamisessa. Huumorin avulla voidaan käsitellä ihmissuhteisiin ja erilaisiin tilanteisiin liittyviä vaikeita asioita. Humoristisiin kommentteihin toiset vertaiset vastaavat usein samalla tyyllillä. Negatiivista tukea sen sijaan on toisten ajatusten ja tehtyjen ratkaisujen hämästeleminen negatiiviseen sävyyn, toisten osallistujien ja heidän ongelmiansa vähätely sekä vertaisten nimittely, haistattelu ja provosointi. (Mts. 43–50.)

Itsekin keskustelupalstojen keskusteluihin osallistunut Maarno (2009) käsittelee artikkelissaan vanhempien nettifoorumien käyttöä ja siinä ilmeneviä piirteitä. Hänen mukaansa palstoilla on usein jäseniä, jotka muodostavat ydinryhmän. He kirjoittavat aktiivisesti keskustelupalstoille, aloittavat keskusteluketjuja ja kommentoivat toisten kirjoituksia. Osa palstan käyttäjistä on passiivisia, jotka seuraavat muiden käymää keskustelua, mutta eivät itse osallistu kirjoitteluun. Internetin foorumeilla käydyissä keskusteluissa tyypillistä tiedon jakamisen lisäksi on kokemusten ja tunteiden purkaminen. (Mts. 14–15.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaisia kysymyksiä internetin keskustelupalstoilla esiintyy lasten päänsärkyyn liittyen. Lisäksi tutkittiin vertaistuen hyödyntämistä aiheeseen liittyvän terveystiedon hankkimisessa internetin keskustelupalstoilla. Opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa päänsärystä kärsivien lapsipotilaiden kanssa työskenteleville hoitotyön ammattilaisille, jota he voivat hyödyntää päivittäisessä hoitotyössä.

Tutkimuksella haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Millaisia aiheita lasten päänsärkyyn liittyvät kysymykset internetin keskustelupalstoilla sisältävät?
- Millaista tukea lasten päänsärkyyn liittyvissä keskusteluissa vertaisille annetaan?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Aineiston keruu

Tutkimuksen toteuttamiseksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tiedonhankinta on kokonaisvaltaista ja aineiston keruu tapahtuu todellisissa tilanteissa. Kohdejoukko valittiin tarkoituksenmukaisesti eikä satunnaisotoksena, ja aineistoa tarkasteltiin yksityiskohtaisesti. (Vrt. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.)

Aineistoa tutkimukseen kerättiin Vauva- ja Kaksplus-lehtien internetsivustojen keskustelupalstoilta. Keskustelupalstojen valintaan vaikuttivat niillä käytävä aktiivinen keskustelu sekä oletus, että kyseisillä keskustelupalstoilla keskustelevat pääasiassa lapsiperheiden vanhemmat. Aineiston keruun ulkopuolelle haluttiin myös jättää keskustelupalstat, joilla kysymyksiin vastaavat ammattilaiset, koska tutkimukseen haluttiin mukaan vertaistuen näkökulma. Aineistoa valittiin keskusteluketjuista, joita oli käyty vuoden 2010 tammikuun ja kesäkuun välisenä aikana. Keskusteluja haettiin sanoilla päänsärky ja lapsi. Tutkimukseen otettiin mukaan ne keskusteluketjut, joiden aloitusviesti sisälsi maininnan lapsen päänsärystä. Aineiston ulkopuolelle jätettiin keskustelut, joiden kirjoittajina olivat lapset itse.

Tutkimuksen aineistoa käsiteltiin kuin kirjallisessa muodossa olevaa keskustelua, jota havainnoitiin kertomatta keskustelijoille tutkimuksesta. Aineiston keruumenetelmässä voitiin nähdä piirteitä piilohavainnoinnista. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009, 94) mukaan Grönfors tarkoittaa piilohavainnoinnilla sitä, että tutkittavat eivät itse tiedä olevansa tarkkailun kohteena. Tämä poistaa havainnoinnin yleisen haitan, että havainnoija saattaa häiritä tai muuttaa tarkkailtavaa tilannetta (Hirsjärvi ym. 2009, 202).

5.2 Aineiston kuvaus

Aineistoon valikoitui 16 keskusteluketjua, jotka sisälsivät yhteensä 306 puheenvuoroa Vauva- ja Kaksplus-lehtien keskustelupalstoilta. Keskusteluja kertyi yhteensä 42 sivua fontilla Times New Roman. Fonttikoko oli 12 ja riviväli yksi. Lyhyin keskusteluketju sisälsi neljä puheenvuoroa ja pisin ketju 99. Osassa keskusteluketjuja lyhyellä aikavälillä oli käytetty paljon puheenvuoroja, toiset keskusteluketjut etenivät hitaammin. Aineistot jakautuivat keskustelupalstojen välillä niin, että Vauva-lehden keskustelupalstalta kerääntyi kuusi keskusteluketjua ja Kaksplus-lehden palstalta kymmenen.

Tutkimuksessa esitetyt esimerkit keskusteluista on kirjoitettu alkuperäisissä muodoissaan eikä niistä ole korjattu kirjoitusvirheitä. Keskustelupalstoilla kommentit oli kirjoitettu osittain nimimerkeillä. Keskustelupalstoille, joilta aineisto kerättiin, voi kuka tahansa kirjoittaa myös ilman nimimerkkiä, jolloin puheenvuoron kirjoittaja näkyy keskustelussa nimellä ”Vierailija”. Nimimerkeistä ja puheenvuorojen sisällöstä sai käsityksen, että iso osa keskusteluihin osallistujista oli äitejä. Muutamit nimimerkit viittasivat kuitenkin miespuolisiin kirjoittajiin. Keskusteluketjuissa oli myös puheenvuoroja, joiden sisältö ei paljastanut, onko kirjoittajalla itsellään lapsia. Toisaalta kaikkien keskusteluketjujen aloittajien pääteltiin olevan vanhempia.

5.3 Aineiston analysointi

Tutkimuksessa aineiston keruu ja analysointi toteutuivat osittain päällekkäisinä vaiheina (Vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 110). Koska aineistoa voidaan analysoida monin eri tavoin, analysointitapaa mietittiin jo tutkimuksen alkuvaiheessa ja menetelmistä valittiin sellainen, joka parhaiten vastasi asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä useissa laadullisissa tutkimuksissa. Sen avulla kerätyn tutkimusaineiston sisältö pyrittiin saamaan tiivistettyyn ja yleiseen muotoon. (Vrt. Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 133–134.)

Tutkimuksessa käytettiin aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä. Sen avulla aineisto pilkottiin aluksi osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistettiin aihepiireikseen. Ensin aineistoksi valitut keskusteluketjut kerättiin yhteen, tulostettiin ja luettiin moneen kertaan läpi. Kaikkea tietoa ei nähty tarpeelliseksi analysoida vaan aineistosta haettiin analyysin avulla vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Vrt. Vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.) Kun aineiston sisältöä oli luettu toistuvasti läpi, aineisto jaettiin kahteen osaan ja kumpikin tutkijoista kävi ensin läpi oman osansa aineistosta. Tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmauksia alettiin merkitä erivärisin alleviivauksin aihepiirien mukaan. Tämän jälkeen aineistot vaihdettiin ja tarkistettiin, että alustava jaottelu on molempien aineiston osien kohdalta yhteneväinen.

Aineisto käsiteltiin molempien tutkimuskysymysten osalta erikseen. Ensin tutkimuskysymyksiin vastaavat alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja pelkistetyille ilmauksille etsittiin yhdistävät tekijät, joiden perusteella ne luokiteltiin alaluokkiin. Tämän jälkeen alaluokkia yhdistämällä muodostettiin yläluokat, jotka yhdistettiin lopuksi vielä pääluokiksi. Lopuksi aineisto rakennettiin muotoon, joka vastasi asetettuihin tutkimuskysymyksiin, ja kummankin tutkimuskysymyksen pohjalta muodostui yksi pääluokka. (Vrt. Tuomi & Sarajärvi 2002, 111–113; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 137.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Kysymysten luokittelu

Päänsäryn syy

Internetin keskustelupalstoilla esiintyi kysymyksiä liittyen päänsäryn syihin. Nämä kysymykset jaoteltiin aihepiireihin päänsärky fyysisen sairauden oireena, migreeni, elämäntavat ja psyykkiset tekijät. (Liite 1.) Osa keskustelijoista kuvaili ensin lapsen päänsärkyä ja kysyi kuvailun pohjalta muiden mielipidettä päänsäryn aiheuttajasta.

Toiset ehdottivat itse päänsäryn syytä ja kyselivät voiko oma epäily aiheuttajasta olla mahdollinen.

*”--onko seuraavana päivänä edessä jotakin jännittävää/stressaavaa?
Jokin harrastus tai muu jota lapsi jännittää?”*

”Onko syytä huoleen, vai onko tämä migreeniä???”

Hoitoon hakeutuminen

Hoitoon hakeutumista käsittelevät kysymykset sisälsivät kysymykset hoidon tarpeen arvioinnista ja tutkimuksista. Keskustelupalstoilla esiintyi paljon kysymyksiä liittyen hoidon tarpeen arviointiin. Näistä kysymyksistä iso osa käsitteli lapsen voinnin seuraamista kotioloissa ja sitä, missä vaiheessa tulee hakeutua lääkärin vastaanotolle. Osa tutkimuksiin liittyvistä kysymyksistä käsitteli tutkimukseen pääsemisen ja tutkimustulosten saamiseen kuluvaan aikaa. Toisilla kysymyksillä haettiin vastauksia oireista, joiden perusteella lapselle tehtiin lisätutkimuksia. Lisäksi keskustelijat kyselivät lapsille tehtyjen tutkimusten luotettavuudesta.

”Kauanko katselisitte tällaista, eli missä vaiheessa veisitte lääkäriin?”

”Kuinka nopeaa muuten saitte tulokset magneettikuvista?”

Päänsäryn esiintyvyys

Kysymykset päänsäryn esiintyvyydestä koostuvat esiintymistiheydestä ja yleisyydestä. Keskusteluissa kysyttiin minkä verran ja kuinka usein muiden keskustelijoiden lapsilla on esiintynyt päänsärkyä. Osa keskustelijoista keskitti kysymyksen koskemaan tietyn ikäisten lasten päänsärkyä, esimerkiksi kouluikäisiä.

” Onko teidän kouluikäisillä päänsärkyä usein? Kuinka usein?”

”Minkä verran omalla lapsellasi oli pääkipuja--?”

Päänsärlyn luonne

Päänsärlyn luonnetta koskevat kysymykset jaettiin kysymyksiin kivusta ja liitännäisoireista. Kysymykset kivusta käsittelivät kivun muuttumista sekä sen voimakkuutta ja kestoja. Liitännäisoireita käsiteltiin kysymällä muiden kokemuksia päänsärlyn kanssa esiintyvistä muista oireista lapsilla. Lisäksi kysyttiin muiden mielipidettä omalla lapsella esiintyvien liitännäisoireiden vakavuudesta.

”-- eikä vakavassa tapauksessa kipu pahene jos menee vaakatasoon ja helpottaa kun nousee ylös?”

” Vielä tosta niskasta piti kysyä, että ku kävin koittamassa niin tyttö sanoi että niskaan pistää ja ei saa koskea..?”

6.2 Vertaistuen luokittelu

Toimintaehdotus

Keskustelupalstoilla vertaiset jakoivat toisilleen runsaasti toimintaehdotuksia, jotka käsittävät sekä neuvot itsehoitoon että terveydentilan tutkituttamisen (Liite 2). Neuvot itsehoitoon sisälsivät erilaisia keinoja, joita voi toteuttaa kotiooloissa, esimerkiksi hieronta ja säännöllisen ruokarytmin noudattamisen. Keskusteluissa myös kehoitettiin tarkistuttamaan lapsen terveys monin eri keinoin, esimerkiksi mittauttamaan verensockeri tai tarkistuttamaan purenta hammaslääkärissä.

”Anna nyt ensin särkylääkettä ja kattele sitten.”

”Jos jatkuu pitkään, niin kannattaa luonnollisesti käydä lääkärissä.”

Kokemusten jakaminen

Kokemusten jakamiseen keskustelupalstoilla sisältyy toimiviksi koetut keinot, lapsen päänsärlyn kuvailu, oma päänsärkyhistoria ja samankaltaiset kokemukset. Keskusteli-

jat toivat usein esille, että heillä on samanlaisia kokemuksia lasten päänsärystä kuin keskusteluketjun aloittajalla joko omien tai tuttavien lasten kautta. Lisäksi puheenvuoroissa kuvailtiin omien lasten päänsärkyä ja keinoja, jotka ovat helpottaneet oireita. Osa keskusteluun osallistuneista kertoi myös omista päänsärkykokemuksistaan muistelemalla päänsärlyn esiintymistä lapsuudessa sekä kertomalla nykyisistä oireista.

”--pidämme jonkin aikaa ”päänsärkypäiväkirjaa”. Olen siitä huomannut, että lapsen päätä särkee juuri väsyneenä ja kovan fyysisen rasituksen jälkeen.”

”meidän 10v:llä on ainakin kerran viikossa- oletan että johtuu siitä että syö usein aika huonosti--”

”Mulla oli- Aikoinaan ala-asteella oli päivittäin pää kipeä.”

”Meillä ainakin tällaista esiintynyt esikoisellamme ajoittain--”

Tiedon jakaminen

Tiedon jakaminen internetin keskustelupalstojen lapsen päänsärkyyn liittyvissä keskusteluissa koostui syyn ehdottamisesta, ammattilaisilta saadusta tiedosta ja yleisestä tiedosta. Keskustelijat ehdottivat lapsen päänsärlyn syytä antamalla sekä useita mahdollisia vaihtoehtoja että nimeämällä vastaajan mielestä yhden selkeän syyn. Vertaisille jaettiin myös itse ammattilaisilta saatua tietoa sekä yleistä asiantietoa.

”Huono näkö on munkin mielestä hyvä vaihtoehto. Toinen voi olla, että on purentavirhe tai narskuttaa hampaitaan.”

”--mulle neurologi sanoi, että ensinnäkin aivosyövät ovat nopeita--”

”--kaikenlaisia kipuja voi olla ilman sen vakavampaa syytä.”

Jaksamisen tukeminen

Jaksamisen tukeminen koostuu kannustamisesta, rauhoittelusta, empatiasta ja realisoinnista. Vertaiset tukivat toistensa jaksamista ilmaisemalla oman ymmärryksensä huolestumisesta ja toivomalla vanhemmalle voimia ja ylläpitämällä hänen toivoaan. Tukea annettiin toisaalta myös rauhoittamalla ylihuolehtivaa tai panikoivaa vanhempaa kehottamalla vanhempaa esimerkiksi ottamaan rennommin lapsen oireilun tarkkailemisen. Keskustelupalstoilla esiintyvää realisointia oli sekä neutraalia että negatiiviseen sävyyn ilmaistua.

”Niin murehditkin aivan turhia mut niin me tehdään kaikki äidit.”

”Ajattele, kuinka harvinaista edes on tuon ikäisenä sairastua aivokasvaimen tai ylipäätään mihinkään muuhunkaan syöpään.”

”Voipi olla niin, että kasvain on vielä tosi, tosi pahanlaatuinen ja hirvittävä pahassa kohdassa! Siis oikeasti!--Luulosairaudelta toi kuulostaa.”

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kvalitatiivisissa tutkimuksissa käsitteitä reliabelius ja validius on tulkittu erilaisilla tavoilla. Termien käyttöä laadullisen tutkimuksen arvioinnissa onkin kritisoitu, koska alun perin ne on kehitetty kvantitatiivisen tutkimuksen piirissä. (Tuomi & Sarajärvi 2002,133; Hirsjärvi ym. 2009, 232.) Hirsjärven ym. (2009) mukaan jokaista tutkimuksesta on kuitenkin aina jollakin tavalla arvioitava, vaikka kyseisiä termejä ei käytettäisiäkään.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimuksen toteutus on selitetty tarkasti. Tutkimuksen kulku on kuvailtu suunnitelmassa jo ennen tutkimuksen toteuttamista.

Aineiston rajaus on kuvailtu ja menetelmät tutkimuksen toteuttamisesta on perusteltu. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että tutkijat itse eivät ole osallistuneet tutkittaviin keskustelupalstojen keskusteluihin eivätkä tällä tavoin vaikuttaneet keskustelun kulkuun omilla kommentillaan. (Vrt. Hirsjärvi ym. 2009, 232.)

Koko ajan tutkimusta tehdessä on tietoisesti pyritty olemaan vaikuttamatta omilla ajatuksilla tulosten tarkasteluun. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että tutkimusta on ollut tekemässä kaksi ihmistä. Tällöin näkökulmaa on saatu laajennettua ja aiheesta keskusteltua kriittisesti tutkimuksen edetessä. Kerätyn teorian tiedon pohjalta tutkijoille muodostui ennako-oletuksia aineistosta mahdollisesti nousevien kysymysten aihepiireistä ja vertaistuen eri muodoista. Nämä ennako-oletukset tiedostettiin jo ennen aineistoon tutustumista, mikä oli tärkeää aineiston mahdollisimman objektiivisen analysoinnin onnistumiseksi. (Vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 165–166.)

Tulosten luotettavuutta voi toisaalta heikentää se, että analysoitavasta aineistosta rajattiin pois keskusteluketjut, joissa lapsen päänsärkyä ei käsitelty vielä ensimmäisessä puheenvuorossa. Analysoitava aineisto olisi voinut antaa monipuolisempaa ja samalla luotettavampaa tietoa tutkittavasta aiheesta myös silloin, jos hakusanoiksi olisi valittu useampia vaihtoehtoja.

Piilohavainnointiin liittyy eettinen ongelma siitä, etteivät tutkittavat tiedä olevansa tutkimuksen kohteena (Tuomi & Sarajärvi 2002, 84). Koska internetin keskustelupalstat, joilta aineistoa kerättiin, ovat julkisia ja kaikkien saatavilla olevia, niiden käyttämiseen tutkimusaineistona ei tarvitse tutkimuslupaa. Aineistossa keskustelijat esiintyivät kuitenkin nimimerkillä tai täysin anonyymisti eikä heidän henkilöllisyytensä siis ollut edes tutkijoiden tiedossa. Tämän lisäksi keskustelijoiden nimimerkit poistettiin tutkimusraportista.

Laadullisen tutkimuksen päällimmäinen tavoite ei ole tuottaa tilastollista yleistystä tutkittavasta aiheesta eikä tämänkään tutkimuksen tulosten pohjalta voida tehdä laajaa yleistystä lasten päänsärkyyn liittyvistä keskusteluista kaikkialla internetin keskuste-

lupalstoilla. Ajan vähäisyyden vuoksi tehtiin tietoinen valinta ottaa aineistoon mukaan keskustelupalstoja, jotka on suunnattu pääasiassa lapsiperheiden vanhemmille, eikä keskusteluja kerätty useammilta keskustelupalstoilta. Aineistoa analysoitaessa valittujen keskustelupalstojen välillä ei huomattu merkittäviä eroja. Keskusteluissa esiintyvät kysymykset käsittelivät samoja aihepiirejä ja myös jaettavan tuen muodot olivat yhteneväiset. Tutkimuksen analyysivaiheessa voitiin keskustelujen sisällöstä huomata, että valtaosa keskustelijoista on vanhempia, lähinnä äitejä. Koska lasta tai nuorta ei voi erottaa perheestään hoitotyössäkään, on terveydenhuollon ammattilaisten kannalta tärkeää tiedostaa juuri vanhempien ajatuksia lasten päänsärystä. Tämän näkökulman pohjalta tutkimustulokset vastaavat tavoitetta tuottaa tietoa päänsärystä kärsivän lapsen tai nuoren hoitotyöhön. (Vrt. Tuomi & Sarajärvi 2002, 87.)

7.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimustulokset tukevat aiempaa käsitystä, jonka mukaan lapsen päänsärkyyn liittyy vanhemmilla paljon huolia. Keskusteluissa toistui usein pelko aivokasvaimesta tai muusta vakavasta syystä päänsärlyn taustalla. Aiempien tutkimusten mukaan aivokasvain on yleinen pelko. (Sillanpää 2010, Korpela 2004.) Iso osa kysymyksistä käsitteli-kin päänsärlyn syytä. Kuten aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, päänsärlyn esiintymiseen liitetään usein näköön liittyvät ongelmat. Päänsärystä kärsivää lasta tutkittaessa näkö tulisi aina tarkistaa, mutta tutkimusten mukaan se on kuitenkin luultua harvemmin syynä lapsen päänsärkyyn. (Sillanpää 2010.) Tutkimuksesta ilmeni, että erityisesti päänsärlyn liitännäisoireet aiheuttavat huolta vanhemmille. Liitännäisoireista erityisesti niskajäykkyys ja pahoinvointi tulivat keskusteluissa usein esille.

Kysymykset lapsen tilan seuraamisesta ja lääkäriin viemisestä olivat keskustelupalstoilla yleisiä. Vanhemmat kaipasivat tukea lapsen voinnin arviointiin. Tukea haettiin erityisesti silloin, jos kyseessä oli pieni lapsi. Lapsen voinnin kuvaamisessa keskustelijat käyttivät myös lapsen omia ilmaisuja päänsärystä. Lapsen omaa kuvausta voinnista pidetään tärkeänä tiedon lähteenä myös hoitotyössä. Koska kipu on pienelle lap-

selle kokonaisvaltaista eikä hän välttämättä osaa paikallistaa kipua, epävarmuus lapsen voinnin arvioinnissa on ymmärrettävää. (Sillanpää 2010.)

Oli yllättävää, että aineistosta nousi myös kysymyksiä lapsen päänsäryn selvittämiseksi tehtyjen tutkimusten luotettavuudesta. Keskustelijat ilmaisivat puheenvuoroissaan oman epäilynsä tulosten luotettavuudesta, vaikka ammattilaiset olivat ilmaisseet selkeästi, että vakavat syyt on poissuljettu lapsen päänsäryn taustalta. Tämä puoltaa näkemystä, jonka mukaan tulosten kertomiseen ja tilanteen selvittämiseen tulee käyttää riittävästi aikaa, jotta varmistutaan lapsen ja perheen pelkojen hälventämisestä. (Vrt. Korpela 2004.)

Tulosten pohjalta huomattiin, että keskustelijat olivat epätietoisia siitä, onko päänsäryn esiintyminen lapsilla normaalia, ja kuinka pienillä lapsilla päänsärkyä voi esiintyä. Kuitenkin jopa imeväisikäisillä voi esiintyä päänsärkyä, mutta se on vaikeasti todettavissa (Sillanpää 2010).

Keskustelupalstoilla esiintyi yllättävän vähän kysymyksiä lääkehoitoon liittyen. Lääkehoito ei noussut olennaisesti esille myöskään vertaisille annetuista toimintaehdotuksista ja jaetusta tiedosta. Toimintaehdotukset painottuivat enemmän päänsäryn lääkkeettömään hoitoon ja ennaltaehkäisyyn sekä lääkärin vastaanotolle hakeutumiseen. Lasten päänsäryn ennaltaehkäisyssä ja hoidossa lääkkeettömät menetelmät ovatkin tärkeässä osassa. Esimerkiksi jännityspäänsärkyyn kipulääkitys tehoaa huonosti. (Vrt. Hämäläinen 2010; Korpela 2004.)

Tutkimuksesta saatiin samankaltaisia tuloksia vertaistuen osalta kuin Kytöharjun (2003) Pro gradu-tutkimuksesta kävi ilmi. Molempien tutkimusten tuloksista nousee esille kokemusten ja tiedon jakaminen vertaistuen osana. Opinnäytetyöstä ilmeni, että kokemusten jakaminen muodosti ison osan keskustelupalstoilla esiintyvistä vertaistuesta. Sen sijaan Kytöharjun tutkimuksessa esiin nousutta huumoria ei tässä tutkimuksessa havaittu esiintyvän tämän aihepiirin keskusteluissa. Toisaalta tutkimuksessa ei juurikaan analysoitu piiloviestintää, joten puheenvuoroihin saattoi kätkeytyä huumoria, jota analyysissä ei huomioitu.

Koska keskustelupalstojen keskustelijat olivat pääosin lasten vanhempia, he pystyivät samaistumaan toistensa tilanteisiin ja ymmärtämään toisten huolia. Empatia nousikin merkittävässä määrin esille, kun tuettiin toisten keskustelijoiden jaksamista. Toisaalta keskusteluissa ei yleensä lähdetty suuretelemaan huolten aiheita, vaan rauhoiteltiin huolestunutta keskustelijaa ja realisoitiin tilannetta. Realisointia esiintyi myös negatiivisessa muodossa, jolloin huolestuminen lapsen päänsärystä laitettiin yleensä vain vanhemman ”luulosairauden” aiheuttamaksi. Realisointi oli kuitenkin useammin neutraalia kuin negatiivista.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että internetin keskustelupalstoilla käytävä lasten päänsärkyyn liittyvä keskustelu on monipuolista. Tuloksiin pohjautuen voidaan myös päätellä, että vanhemmat kaipaavat tukea lasten voinnin ja hoidon tarpeen arviointiin. Toisaalta internetin keskustelupalstoille kirjoittaminen on helppoa ja riippumatonta ajasta ja paikasta, joten kysymysten esittäminen ja tuen hakeminen sieltä voi olla yksinkertaisempaa ja vähemmän harkittua kuin ammattilaisilta saatavan avun hakeminen.

Jatkossa voisi tutkia internetin keskustelupalstoilla vertaisten kesken jaetun tiedon luotettavuutta. Mahdollisena jatkotutkimusaiheena on myös internetin keskustelupalstoilta saadun vertaistuen merkitys vanhemmille. Tämä jatkotutkimusehdotus nousi, kun aineistoa analysoitaessa huomattiin tutkimuskysymysten ulkopuolelle jäänyt keskusteluille tyypillinen piirre, että keskustelupalstoilla keskustellaan mihin vuorokauden aikaan hyvänsä. Isien osallistumisesta keskustelupalstojen keskusteluihin olisi myös mielenkiintoista saada tietoa.

LÄHTEET

- Anttila, P., Metsähonkala, L. & Sillanpää, M. 2006. Long-term Trends in the Incidence of Headache in Finnish Schoolchildren. *Pediatrics* 117, 6, e1197-e1201. Viitattu 25.3.2011. www.pediatrics.aappublications.org, eArchives, Full text and abstracts, 2006, Vol 117, Num 6, Long-term Trends in the Incidence of Headache in Finnish Schoolchildren, Full Text (PDF).
- Bruni, O., Russo, P.M., Ferri, R., Novelli, L., Galli, F. & Guidetti, V. 2008. Relationships between headache and sleep in a non-clinical population of children and adolescents. *Sleep Med* 9, 5, 542-548.
- Forsell, H. & Haanpää, M. 2009. Päänsäryt ja kasvokivut. Teoksessa *Kipu*. 3. p., uud. p. Toim. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Helsinki: Duodecim, 326.
- Färkkilä, M. 2009a. Jännityspäänsärky. Lääkärin käsikirja. Viitattu 6.3.2011. www.terveysportti.fi, Lääkärin tietokannat, jännityspäänsärky, Lääkärin käsikirja, Jännityspäänsärky.
- Färkkilä, M. 2009b. Migreeni. Lääkärin käsikirja. Viitattu 6.3.2011. www.terveysportti.fi, Lääkärin tietokannat, migreeni, Lääkärin käsikirja, Migreeni.
- Färkkilä, M. 2009c. Päänsärky. Lääkärin käsikirja. Viitattu 25.2.2011. www.terveysportti.fi, Lääkärin tietokannat, päänsärky, Lääkärin käsikirja, Päänsärky.
- Hamunen, K. 2009. Lasten kivun lääkehoito ja akuutti kipu. Teoksessa *Kipu*. 3. p., uud. p. Toim. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Helsinki: Duodecim.
- Heiskanen, T. & Hiisijärvi, S. n.d. Vertaisryhmä ja sen ohjaaminen. Viitattu 13.4.2011. www.ela.fi, Akatemia, Vertaisryhmien ohjaaminen.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. p., uud. p. Helsinki: Tammi.
- Huuskonen, P. 2010. Vertaistukea verkossa. Teoksessa *Vertaistoiminta kannattaa*. Toim. Laatikainen, T. Asumispalvelusäätiö ASPA, 71-79.
- Hyväri, S. 2005. Vertaistuen ja ammattiauttamisen muuttuvat suhteet. Teoksessa *Vapaaehtoistoiminta anti, arvot ja osallisuus*. Toim. Nylund, M. & Yeung, A.B. Jyväskylä: Vastapaino, 214-235.
- Hämäläinen, M. 2003. Lasten migreeni. Suomen Migreeniyhdistys ry. Viitattu 19.4.2011. www.migreeni.org, Perustietoa, Lasten migreeni.

- Hämäläinen, M. 2010. Tietoa potilaalle: Lasten päänsärky. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 5.3.2011. www.terveysportti.fi, Lääkärin tietokannat, lapsen päänsärky, Lääkärikirja Duodecim, Tietoa potilaalle: Lasten päänsärky.
- Kallela, M. 2008. Akuutti päänsärky. Suomen Lääkärilehti 63, 39, 3179-3183. Viitattu 22.2.2011. www.terveysportti.fi, Lääkärin tietokannat, päänsärky, Lääkärilehti, Akuutti päänsärky.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Kassinen, J. & Virta-Helenius, M. 2010. Päänsärkypotilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 18.4.2011. www.terveysportti.fi, Sairaanhoidajan tietokannat, Hae: päänsärky, Sairaanhoidajan käsikirja, Päänsärkypotilaan hoito.
- Korpela, R. 2004. Kun lapsen päätä särkee. Suomen lääkäri-lehti 59, 49-50, 4837-4890. Viitattu 7.3.2011. www.terveysportti.fi, Lääkärin tietokannat, lapsen päänsärky, Lääkärilehti, Kun lapsen päätä särkee.
- Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2010a. Kipusokin hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 3.3.2011. www.terveysportti.fi, Sairaanhoidajan tietokannat, kipu, Sairaanhoidajan käsikirja, Kipusokin hoito.
- Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2010b. Kivun arviointi. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 3.3.2011. www.terveysportti.fi, Sairaanhoidajan tietokannat, kivun arviointi, Sairaanhoidajan käsikirja, Kivun arviointi.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima.
- Kytöharju, H. 2003. Äitien jaksaminen ja vertaistuki Vauva-lehden keskustelupalstalla Internetissä. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 24.3.2011. www.uta.fi, Tutkimus, Julkaisut ja aineistot, Opinnäytetutkielmat, Pikahaku: vertaistuki, Äitien jaksaminen ja vertaistuki Vauva-lehden keskustelupalstalla Internetissä.
- Laimio, A. & Karnell, S. 2010. Vertaistoiminta – kokemuksellista vuorovaikutusta. Teoksessa Vertaistoiminta kannattaa. Toim. Laatikainen, T. Asumispalvelusäätiö AS-PA, 9-19.
- Lasten ja nuorten päänsärky. 2010. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri. Viitattu 20.3.2011. www.terveysportti.fi, lääkäriin tietokannat, lasten päänsärky, Hoitoketjut, Lasten ja nuorten päänsärky.
- Lasten päänsärky. 2010. Käypä hoito. Viitattu 5.3.2011. www.kaypahoito.fi, Suositukset, Erikoisaloittain, Lasten neurologia, Lasten päänsärky.
- Luopa, P., Lammi, A., Kinnunen, T. & Jokela, J. 2010. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000-2009. Viitattu 22.3.2011. www.thl.fi, Tilastot ja rekisterit, Tilastoja aiheittain, Lapsuus ja perhe, Kouluterveyskysely, Tulokset, Val-

takunnalliset tulokset, Koko Suomen tulokset, Raportit, Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000-2009.

Maarno, R. 2009. Apua, vauva! Nettifoorumit vauvanhoidon lähteinä. Tietoasiantuntija. 24, 3, 14-15.

Metsähonkala & Viheriälä. 2007. Lapsen päänsärky-psykoa vai soomaa? Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 7.3.2011. www.terveysportti.fi, Lääkärin tietokannat, Hae: lapsen päänsärky, Aikakauskirja Duodecim, Lapsen päänsärky-psykoa vai soomaa?.

Migreeni. 2008. Käypä hoito. Viitattu 5.3.2011. www.kaypahoito.fi, Suositukset, Erikoisaloittain, Neurologia, Migreeni.

Nissilä, M. 2005. Jännityspäänsäryn kliininen tutkimus ja hoito. Duodecim 121, 6, 681–685. Viitattu 19.4.2011. www.duodecimlehti.fi, Uusin numero, Arkisto, Näytä vuosikerta: 2005, 6/2005, Jännityspäänsäryn kliininen tutkimus ja hoito.

Nylund, M. 2005. Vertaisryhmät kokemusten ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Toim. Nylund, M. & Yeung, A. Jyväskylä: Vastapaino, 195-213.

Pihko, H. 2009. Lapsen päänsärky. Lääkärin käsikirja. Viitattu 8.3.2011. www.terveysportti.fi, Lääkärin tietokannat, lapsi päänsärky, Lääkärin käsikirja, Lapsen päänsärky.

Proposed taxonomy changes. 2008. IASP. Viitattu 3.3.2011. www.iasp-pain.org, search, definition of pain, Proposed taxonomy changes- IASP.

Pölkki, T. 2010. Lisätietoa lasten päänsärkyjen lääkkeettömistä hoitomenetelmistä. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 20.4.2011. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix01574>.

Saarelma, O. 2010. Tietoa potilaalle: Päänsärky. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 4.3.2011. www.terveysportti.fi, Lääkärin tietokannat, päänsärky, Lääkärikirja Duodecim, Päänsärky.

Sillanpää, M. 2010. Lasten ja nuorten päänsärky- monitahoinen haaste. Suomen lääkärilehti 65, 20, 1817-1824. Viitattu 22.2.2011. www.terveysportti.fi, Lääkärin tietokannat, Hae, lapsen päänsärky, Lääkärilehti, Lasten ja nuorten päänsärky- monitahoinen haaste.

Tilastokeskus 2010a. Liitetaulukko 12. Internetin käyttö työn, koulutuksen tai tiedon etsintään ja opiskeluun 3 kuukauden aikana 2010. Viitattu 11.3.2011. www.stat.fi, Tilastot, Tiede, teknologia ja tietoyhteiskunta, Tieto- ja viestintäteknologian käyttö, 2010, . Liitetaulukko 12. Internetin käyttö työn, koulutuksen tai tiedon etsintään ja opiskeluun 3 kuukauden aikana 2010.

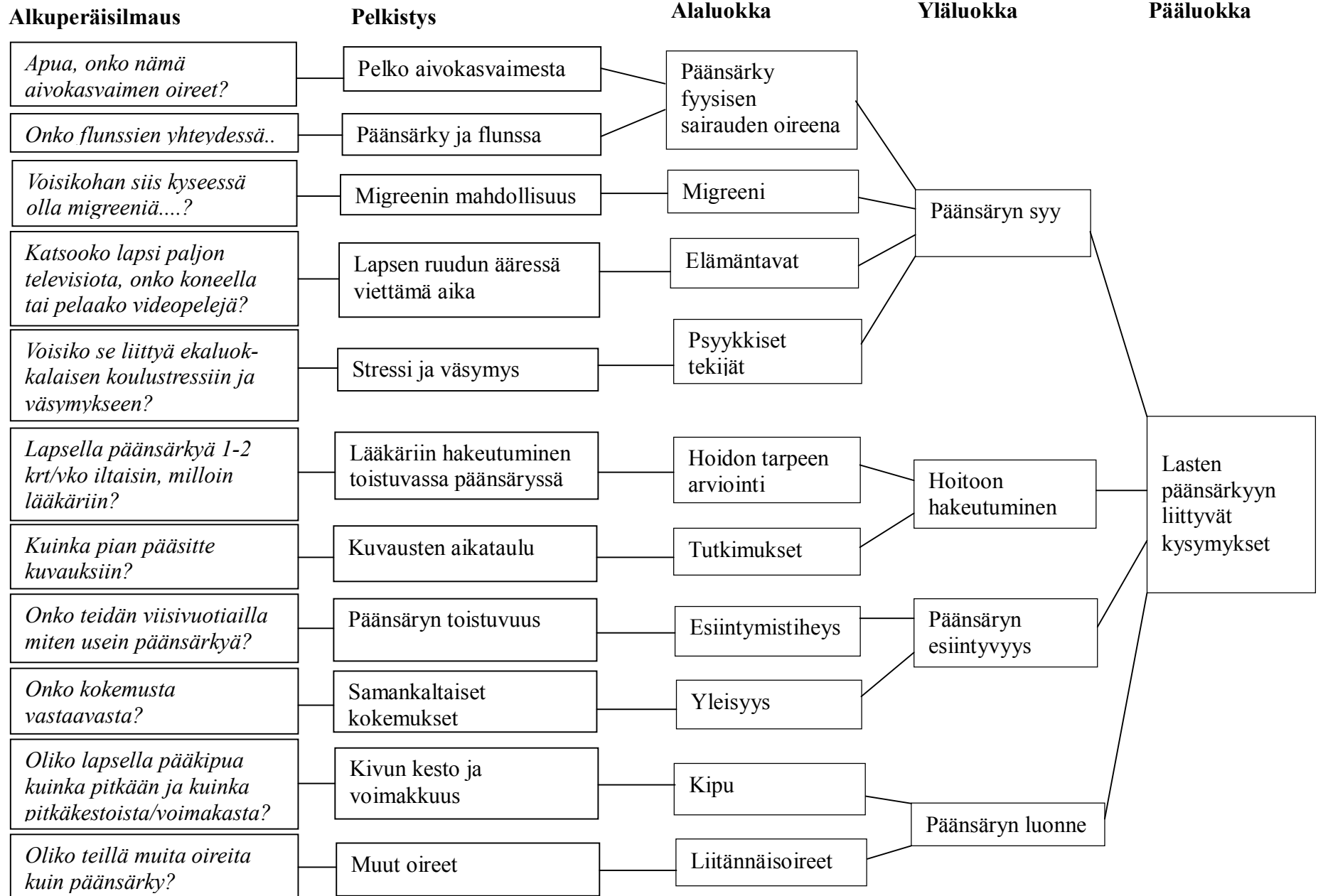
Tilastokeskus 2010b. 1. Internetin käytön yleiset muutokset. Katsaus julkaisussa Tieto- ja viestintäteknikan käyttö 2010. Viitattu 11.3.2011. www.stat.fi, Tilastot, Tiede, teknologia ja tietoyhteiskunta, Tieto- ja viestintäteknikan käyttö, 2010, 1. Internetin käytön yleiset muutokset.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Vainio, A. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Kivunhallinta. Duodecim. Viitattu 29.2.2011. www.terveyskirjasto.fi, Hae, akuutti kipu, Kivunhallinta, Akuutti ja krooninen kipu.

Valtonen, R. 2004. Lasten päänsärky on yllättävän tavallista. Viitattu 19.4.2011. <http://www.poliklinikka.fi/?page=5331684&id=7146659>

Liite 1 Kysymysten luokittelu



Liite 2 Vastausten luokittelu

