



Psykofyysisen fysioterapian menetelmät kroonisen migreenin hoidossa

Integroiva kirjallisuuskatsaus

Reeta Limma

Opinnäytetyö, AMK

Syyskuu 2024

Fysioterapeutin tutkinto-ohjelma (AMK)

Limma, Reeta

Psykofyysisen fysioterapian menetelmät kroonisen migreenin hoidossa: Integroiva kirjallisuuskatsaus

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Syyskuu 2024, 56 sivua.

Terveys- ja hyvinvointiala. Fysioterapeutin tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Krooninen migreeni on vaikeasti invalidisoiva sairaus, joka heikentää sitä kärsivän työ- ja toimintakykyä merkittävästi. Päänsärkypäivien noustessa korkeaksi, myös lääkkeiden käyttö lisääntyy ja lääkehoito voi kääntyä päänsärkyä lisääväksi tekijäksi. Lääkehoidon rinnalle tarvitaan vaihtoehtoisia ja täydentäviä ei-lääkinnällisiä hoitomuotoja.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää mitä psykofyysisen fysioterapian hoitomuotoja kroonisen migreenin hoidossa käytetään ja mitä hyötyä migreenikuntoutujat niistä saavat. Tarkoituksena oli lisätä tietoisuutta ja työkaluja psykofyysisen fysioterapian vaikutuskeinoista kroonisten migreenipotilaiden kuntoutuksessa fysioterapeuteille ja sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille.

Opinnäytetyö toteutettiin integroivana kirjallisuuskatsauksena. Aineistohaut toteutettiin Pubmed, Cihnal, ProQuest ja Cochrane tietokantoihin. Hakua täydennettiin manuaalisella haulla. Aineisto valittiin sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti ja katsaukseen valitulle aineistolle tehtiin laadun arviointi. Aineistoon valikoitui lopulta 4 tutkimusta, jotka analysoitiin aineistolähtöisellä analyysillä. Aineistot käsittelivät mindfulnessiä, kehotietoharjoitteluun ja rentoutusharjoitteluun pohjautuvia interventioita. Kaikissa tutkimuksissa todettiin positiivisia vaikutuksia kroonisilla migreenikuntoutujilla.

Tulokset osoittavat, että psykofyysisen fysioterapiaan pohjautuvat harjoitteet paransivat kroonisten migreenikuntoutujien elämänlaatua ja voimaannuttivat heitä usealla eri elämän osa-alueella. Positiivisia vaikutuksia havaittiin psykologisissa, biologisissa ja sosiaalisissa tekijöissä. Biologisia vaikutuksia olivat muutokset päänsäryssä ja lääkkeiden käytössä, psykologisia vaikutuksia psyykkinen hyvinvointi ja kipukäyttäytyminen ja itsesäättely ja sosiaalisia osallisuus ja toimijuus ja päänsäryn vaikutus elämään.

Tulosten perusteella johtopäätöksenä voidaan todeta, että psykofyysisen fysioterapian kehomieliharjoitteilla, voidaan helpottaa migreenikuntoutujien elämää ja sairautta usealle eri osa-alueella. Harjoittelua on turvallista toteuttaa ja raportoituja sivuvaikutuksia ei juurikaan ole.

Avainsanat (asiasanat)

krooninen migreeni, psykofyysinen fysioterapia, kehotietoisuus, kehotietoisuusharjoittelu, mindfulness, rentoutusharjoittelu, kehomieli

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

-

Limma, Reeta

Methods of psychophysical physiotherapy in the treatment of chronic migraine. An integrative literature review

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, September 2024, 56 pages.

Health and welfare. Degree Programme in Physiotherapy. Bachelor's thesis Bachelor's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

Chronic migraine is a severely disease that significantly impairs the sufferer's ability to work and function. When headache days increases, the use of medication also increases, and medication can turn into a headache-increasing factor. Alternative treatments are needed alongside drug treatment.

The aim of the thesis was to find out which methods of psychophysical physiotherapy are used in the treatment of chronic migraine and what benefits migraine rehabilitators get from them. The purpose was to increase awareness and tools for social and health professionals about the effects of psychophysical physiotherapy in the rehabilitation of chronic migraine patients.

The thesis was implemented as an integrative literature review. Data searches were collected in Pubmed, Cihnal, ProQuest and Cochrane databases. The search was completed with a manual search. The material was selected according to the inclusion and exclusion criteria, and a quality assessment was made. 4 studies were selected for the database, which were analyzed. The materials included interventions based on mindfulness, body awareness training and relaxation training.

The results show that mind-body exercises based on psychophysical physiotherapy increased the quality of life of chronic migraine rehabilitators and empowered living with the disease. Positive effects were observed in psychological, biological, and social factors. Biological effects were changes in headache and medication use, psychological effects well-being and pain behavior and self-regulation, and social effects participation and activity and the effect of headache on life.

Based on the results, it can be concluded that the body mind exercises of psychophysical physiotherapy can help the life and illness of migraine rehabilitators in several different areas. Exercise is safe to perform and there are hardly any reported side effects, so further high-quality research is needed on its benefits compared to medical treatment.

Keywords/tags (subjects)

chronic migraine, psychophysical physiotherapy, body awareness, body awareness training, mindfulness, relaxation training, body mind

Miscellaneous (Confidential information)

-

Sisältö

1	Johdanto	6
2	Krooninen migreeni	7
2.1	Migreeni	7
2.2	Migreenin syntymekanismi ja oireet.....	8
2.3	Migreenin kroonistuminen	9
2.3.1	Krooninen migreeni	9
2.3.2	Ympäristö.....	11
3	Migreenipotilaan kokonaisvaltainen hoito	13
3.1	Biopsykosiaalinen malli	13
3.2	Migreenin hoito.....	15
4	Psykofyysinen fysioterapia.....	18
4.1	HOT-menetelmä.....	20
4.2	Kehotietoisuusharjoittelu.....	20
4.3	Mindfulness-pohjaiset menetelmät.....	21
4.4	Rentoutusmenetelmät	22
5	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	23
6	Toteutus.....	24
6.1	Integroiva kirjallisuuskatsaus	24
6.2	Aineistonkeruu	25
6.2.1	Systemaattinen tiedonhaku.....	25
6.2.2	Aineiston laadun arviointi.....	29
6.2.3	Aineiston analyysi	29
7	Tulokset.....	31
7.1	Migreenin hoidossa käytetyt psykofyysiset menetelmät	33
7.2	Migreenikuntoutujien kokemat hyödyt.....	36
7.2.1	Biologiset tekijät	36
7.2.2	Psykologiset tekijät.....	38
7.2.3	Sosiaaliset tekijät	39
8	Johtopäätökset.....	41
9	Pohdinta.....	42
9.1	Eettisyys ja luotettavuus	42
9.2	Tulosten pohdinta	43

Lähteet	48
Liitteet	52
Liite 1. Hakutulosten tutkimukset	52
Liite 2. Joanna Briggs instituutin (JBI) arviointikriteerit kvasikokeelliselle tutkimukselle	55
Liite 3. Joanna Briggs instituutin (JBI) tarkistuslista satunnaistetulle kontrolloidulle tutkimukselle	
56	

Kuviot

Kuvio 1. Migreenikohtauksen eteneminen. (Duodecim).....	9
Kuvio 2. Migreenin kroonistuminen. (Duodecim)	11
Kuvio 3. Pelko-Välttämiskehä, (Vlayen, 2000)	15
Kuvio 4. Hakuprosessin eteneminen.....	28
Kuvio 5. Kroonisen migreenin hoidossa käytetyt psykofyysisen fysioterapian menetelmät	33
Kuvio 6. Psykofyysisen fysioterapian hyödyt kroonisilla migreenipotilailla	36
Kuvio 7. Muutokset päänsäryssä	37
Kuvio 8. Lääkkeiden käytön muutokset	38
Kuvio 9. Psykkisen hyvinvoinnin muutokset	39
Kuvio 10. Käyttäytymisen muutokset	39
Kuvio 11. Muutokset osallisuudessa ja toimijuudessa	40
Kuvio 12. Päänsäryn vaikutus elämään.....	41
Kuvio 13. Psykofyysisten menetelmien vaikutuksia kroonisilla migreenipotilailla	42

Taulukot

Taulukko 1. Kroonisen migreenin liitännäissairaudet. (May & Schulte, 2016), muokattu.....	12
Taulukko 2. Käytetyt hakusanalausekkeet eri tietokannoissa	26
Taulukko 3. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	27

1 Johdanto

Krooninen migreeni on vaikea ja invalidisoiva sairaus, joka koskettaa n. 1–2 % väestöä. Siinä usein toistuvat päänsärkykohtaukset vaikuttavat heikentävästi työ- ja toimintakykyyn.

Migreenikohtauksia voi olla niin usein, ettei elimistö ehdi toipua edellisestä kohtauksesta. Tämä vaikuttaa pitkällä aikavälillä sekä fyysiseen että psyykkiseen toimintakykyyn. Lisäksi migreenin liitännäisoireet kuten pahoinvointi, aistiyliherkkyys, kognitiiviset haasteet ja väsymys voivat pahentaa tilannetta ja lisätä ahdistusta ja masentuneisuutta. Pelko seuraavasta kohtauksesta saattaa lamaannuttaa migreenistä kärsivän. (Artto & Kallela, 2019.)

Kroonisen migreenin hoidon kannalta ja ennaltaehkäisemiseksi on erityisen tärkeää, että diagnoosi tapahtuu oikein ja, että hoitomuodot ovat oikea-aikaisia sekä oikeanlaisia (May & Schulte 2016). Kroonisessa migreenissä lääkehoito on ensisijaisessa asemassa. Parhaimmillaan sillä saa kroonisen migreenin aisoihin, mutta liiallisesti otettuna lääkehoito voikin kääntyä vastaan ja aiheuttaa lääkepäänsärkyä, mikä taas lisää kroonista oireilua eikä lääkehoito sovellu välttämättä kaikille potilaille. (Artto & Kallela 2019; May & Schulte 2016.) Migreeniä pidetään monimuotoisena ja tekijäisenä sairautena. Vaikka diagnoosi on sama, voivat oireet olla hyvinkin erilaisia ja migreeni laueta eri ihmisillä eri tekijöiden vaikutuksesta. Joillekin potilaista lääkkeettömät vaihtoehdot sopivat paremmin kuin lääkehoito (Kallela 2016). Täten lääkehoidon rinnalle on tärkeää löytää vaihtoehtoisia hoitomuotoja. Opinnäytetyö keskittyy ei-lääkinnällisiin menetelmiin aikuisten kroonista migreeniä sairastavien hoidossa, joten siitä on rajattu pois migreenin lääkehoito sekä lapset ja nuoret.

Migreeni on ikävä sairaus- ja vielä ikävämpi sen pitkittyessä. Kuitenkin haasteesta huolimatta on mahdollista elää hyvää ja tasapainoista elämää. Lääkkeettömiä hoitomenetelmiä on tutkittu vähän tai tutkimukset ovat olleet pienikokoisia. Tutkimukset, biopalautteeseen ja rentoutumiseen perustuvien hoitomenetelmien vaikuttavuudesta ovat pieniä tai heikkolaatuisia. (Migreeni 2024.) Psykofyysinen fysioterapia tarjoaa laaja-alaisen näkökulman migreeniä sairastavan ihmisen toimintakykyyn.

Tarkoituksena oli laajentaa psykofyysisen fysioterapian näkökulmaa ja löytää ja koota yhteen lääkkeettömiä kokonaisvaltaisia hoitovaihtoehtoja fysioterapeuteille ja terveydenhuoltoalan ammattilaisille. Opinnäytetyön tavoitteena oli integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää mitä psykofyysisen fysioterapian menetelmiä kroonisen migreenin hoidossa käytetään ja miten ne vaikuttavat invalidisoivaan sairauteen. Kroonisen migreenin hoidossa käytetyistä psykofyysisistä menetelmistä on vain vähän tutkittua tietoa. Tuloksia voivat hyödyntää fysioterapeutit sekä muut

terveydenhuoltoalan ammattilaiset, jotka työskentelevät kroonisen migreenin parissa sekä opiskelijat oppimateriaalina. Materiaalista voivat hyötyä myös he, jotka itse kärsivät kroonisesta migreenistä. Tuloksia voidaan soveltaa myös muihin keskushermoston herkistymiseen liittyvissä sairauksissa.

Kiinnostus psykofyysisen fysioterapian menetelmän ja kroonisen kivun yhdisteleminen lähti omasta kokemuksesta. Lisäksi aiemman ammatin asiakkaina oli useita migreenipotilaita, josta lähti oma henkilökohtainen kiinnostuminen aiheeseen.

2 Krooninen migreeni

2.1 Migreeni

Migreeni on päänsärkykohtauksia aiheuttava sairaus, joka koskettaa kaiken ikäisiä ja heikentää työ- ja toimintakykyä merkittävästi (Atula 2024 & Migreeni 2024). Migreeniä esiintyy Suomen väestössä noin joka kymmenennellä, joista 4,8 % on miehiä ja 14,6 % on naisia ja suurin ilmenemisyryhmä on työikäiset henkilöt (Migreeni 2024). Naiset sairastavat migreeniä kolme kertaa yleisemmin kuin miehet ja sen sairastaminen lisää lääkärikäyntejä sekä sairauspoissaoloja kaksinkertaisesti sairastamattomaan verrattuna (Buse, Fanning, Reed, Murray, Dumas, Adams & Lipton 2019). Migreenin syntyyn voi vaikuttaa geneettinen alttius (Migreeni 2024).

Migreenikohtaukset jaetaan pääosin kahdenlaisiin eri luonteensa perusteella. (Atula 2024 & Migreeni 2024). Näitä ovat auralliset migreenit (15 %) ja aurattomat migreenit (85 %). Migreeniä luokitellaan särkypäivien määrän mukaan tavanomaiseen kohtaukselliseen (episodin) ja krooniseen migreeniin (Krooninen migreeni, n.d.). Tässä opinnäytetyössä keskitytään krooniseen migreeniin. Migreeni on kroonista, kun päänsärkyä (tensio- tai migreenityyppistä) on ollut 15 päivänä kuukaudessa yli 3 kuukauden ajan ja täyttää migreenin kriteerit ainakin 8 päivänä kuukaudessa. (Migreeni 2024).

Kansainvälisen migreenin luokittelun (International Classification of Headache Disorders (ICHD-3)) mukaan **aurattomassa migreenissä** päänsärky kestää 4–72 tuntia (ilman hoitoa tai hoito ei tehoa) ja päänsärky on toispuoleista, sykkivää, kohtalaista tai kovaa ja/tai sitä pahentaa ruumiillinen rasitus kuten kävely tai portaiden nousu tai se johtaa ruumiillisen rasituksen välttämiseen ja

päänsärlyn lisäksi on pahoinvointia tai oksentelua tai valo- ja ääniarkuutta. **Aurallisessa migreenissä** aura muodostuu yhdestä tai useammasta täysin palautuvasta auraoireesta, joita ovat näköoire, tunto-oire, puhe- tai muu kielellinen oire, motorinen oire, aivorunko-oire ja/tai verkkokalvoperäinen oire. Auraoireen lisäksi kaksi tai useamman kohdan seuraavista tulee täyttyä. Auraoire kehittyy hitaasti laajeten vähintään 5 minuutin aikana tai 2 tai useampi auraoire seuraa toisiaan, yksittäinen auraoire kestää 5–60 minuuttia, auraoire on toispuoleinen ja/tai auran aikana tai 60 minuutin kuluessa sen jälkeen esiintyy päänsärkyä. (Classification of Headache Disorders (ICHD-3).)

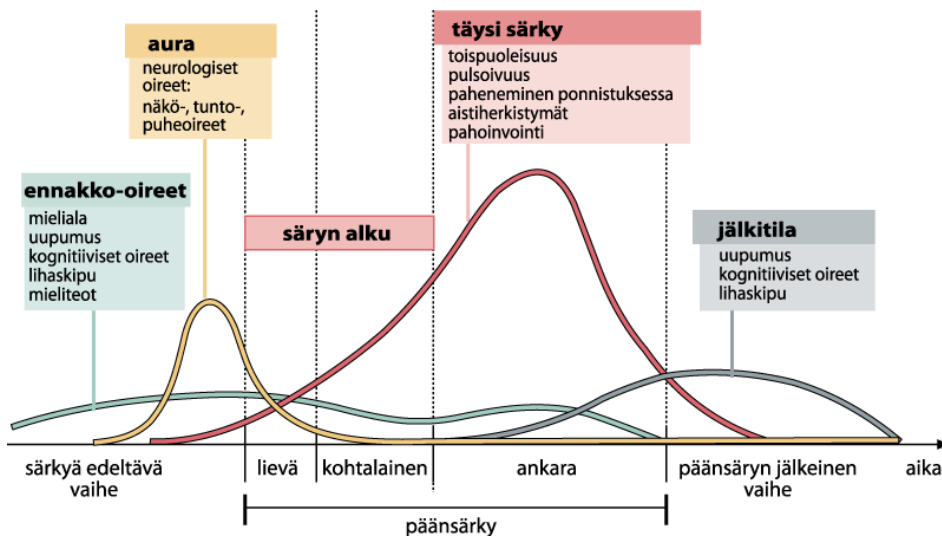
2.2 Migreenin syntymekanismi ja oireet

Migreeniä pidetään neurovaskulaarisena aivosairautena (Migreeni 2024). Migreenissä aivokalvon neurogeenisen tulehduksen myötä vapautuu suuria määriä sytokiineja ja neuropeptidejä, jotka aktivoivat kipua välittäviä hermopolkuja (trigeminovaskulaarinen ganglio). Näissä hermopoluissa neuropeptidien vapautuminen lisää vasodilataatiota (verisuonten laajenemista) ja neurogeenistä tulehdusta. Näiden toistuvat aktivaatiojaksot herkistävät perifeeristen nosiseptoreiden toimintaa ja keskuskipureittiä, mikä aiheuttaa keskushermoston herkistymistä. (Wessman, Kaunisto, Nuottamo, Häppölä, Artto, Anttila, Kallela & Palotie 2021.)

Migreenikohtaus etenee vaiheittain. Migreenikohtauksen kulku jaetaan pääsääntöisesti ennakkooireisiin, varsinaiseen migreeniin ja jälkioireisiin. Usein migreenikohtauksen laukaisevat jotkin ulkoiset tekijät, jotka vaihtelevat yksilöittäin. Näitä tekijöitä voivat olla esimerkiksi stressi tai sen loppuminen, alkoholin käyttö, huonosti nukuttu yö, pitkittyneet ruokailuvälit, purentavirheet, kirkas valo, tai huono näkö. (Atula 2024.)

Migreenin vaiheet oireineen on esitetty kuviossa 1. Ennakkooireina voivat olla väsymys, ylienergiisyys, haukottelu, lihas- ja niskajäykkyys, mielialan muutos, ruoanhimo, tihentynyt virtsaamistarve, nukahtamisvaikeus, pahoinvointi, näön sumentuminen ja keskittymiskyvyn ja ajattelun vaikeus. Ennakkooireiden jälkeen voi ilmetä auraoireita, joita ovat neurologiset oireet kuten näkö-puhe- ja tuntohäiriöt ennen päänsärkyä tai motorista oiretta (harvinainen). Aurattomassa migreenissä näitä ei esiinny. Kohtauksen edetessä alkaa päänsärky, joka on toispuoleista, sykkivää, pahenee raskuudessa, heikentää toimintakykyä ja siihen liittyy pahoinvointi ja aistiherkistymät esim. valolle

ja äänille. Jälkitilan oireita ovat väsymys, krapulatuntemukset, keskittymisvaikeudet, ajatuksen katkeaminen, masentuneisuus tai hyväntuulisuus ja lisääntynyt virtsaamistarve. (Migreeni 2024.)



Kuvio 1. Migreenikohtauksen eteneminen. (Duodecim).

2.3 Migreenin kroonistuminen

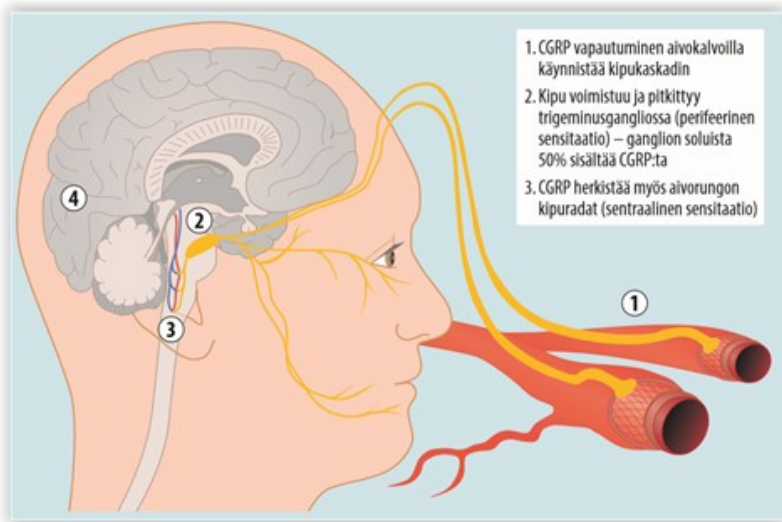
2.3.1 Krooninen migreeni

Migreenipotilaista noin kahdeksalle prosentille kehittyy krooninen migreeni ja vuositasolla n. 2,5–3 % normaalista migreenistä kroonistuu. Tyypillisesti kohtauksellinen migreeni kroonistuu vähitellen vuosien saatossa niin, että särkypäiviä on enemmän kuin säryttömiä. Kroonisilla migreenipotilailla on normaalisti n. 20–22 päänsärkypäivää kuukaudessa ja paranemisennuste on huono. Vain 26 % päänsärkypäivät vähenivät alle kymmeneen kahden vuoden seurantajakson aikana. (Artto & Kallela 2019.) May ja Schulte (2016) kirjoittavat migreenin kroonistumisen yleisiä riskitekijöitä olevan akuutin migreenilääkkeen liikkakäyttö, ylipaino ja metabolian häiriöt, kraniomandibulaariset häiriöt, sekä psykologiset ja persoonallisuustekijät kuten stressaavat elämäntapahtumat ja postraumaattiset oireet. (May & Schulte 2016, 457.)

Migreenin kroonistuminen ei ole vielä täysin tunnettu ilmiö (Artto & Kallela 2019.) Tämän hetken tiedon valossa kroonisen migreenin kehittyessä sensoriseen järjestelmään tulee säätelyhäiriö eli kivulle herkistyminen. Tätä voidaan kutsua myös sentraaliseksi (ja perifeerikseksi) sensitisaatioksi. Jatkuvat migreenikohtaukset saavat aivojen aistiradat reagoimaan yliherkästi sekä sisäisiin, että

ulkoisiin tekijöihin. Sisäisiä tekijöitä ovat esimerkiksi hormoniepätasapaino, energiavaje, uni ja ulkoisia alkoholi, jotkut ruoka-aineet ja stressitekijät. Tästä seuraavia ilmiöitä ovat muun muassa valonarkuus ja hajuherkkyys. (Artto & Kallela, 2019; May & Schulte, 2016.) Kroonisesta migreenistä kärsivillä potilailla on löydetty tutkimuksissa poikkeavia muutoksia kipujärjestelmässä sekä trigeminaalihermon herkkyydessä (May & Schulte 2016). Toistuvissa migreenikohtauksissa herkkyyttä hermoston muutoksille kasvaa (Gandolfi, Donisi, Marchioretto, Battista, Smania & Del Piccolo, 2019).

Kroonisessa migreenissä aivokalvojen ja pään alueen verisuonten kipusäikeet (C-säikeet) tuottavat kipua välittäjäaineiden (CGRP= Calcitonin gene related peptide, NO=typpioksidi ja PACAP=pituitary adenylate-cyclase-activating polypeptide) vaikutuksesta. Ensimmäinen kipuradan trigeminalganglion hermosolut (C-säikeiden soomat) ja ympäröivät gliasolut aiheuttavat kipua ylläpitävän noidankehän (CGRP välittäjäaineena). Gliasolukko saa aikaiseksi periferian herkistymisen sensoriselle informaatiolle kuten valolle, äänille, hajulle ja liikkeelle. Jatkuva kipuilu aktivoi toisen kipuradan hermosolun trigeminiuksen aivorunkotumakkeessa. Tästä seuraa entistä herkempi reagointi periferiasta tuleviin impulsseihin. Kipu- ja sensoristen ratojen keskushermostoyhteyksissä aivorungon suojausmekanismit pettävät, ja herkistyminen johtaa allodyniaan eli tilaan, jossa normaalisti kivuttomat ärsykkeet aiheuttavat kipua. Herkistymisen myötä C1-2 hermojuuret jatkavat herkistymisilmiötä niskan alueelle ja kolmas kipuradan hermosolu talamus herkistyy, jolloin allodynia leviää koko kehoon. Pitkään jatkunut päänsärky muuttaa sensorisen aivokuoren, otsalohkon, manteliumakkeen ja aivosaren toimintaa ja hermoverkko herkistyy koko matkalta periferiasta aivokuoreen. (Artto & Kallela 2019.) Migreenin kroonistuminen ja rakenteet esitelty kuviossa 2.



Kuvio 2. Migreenin kroonistuminen. (Duodecim)

2.3.2 Ympäristö

Kroonisen migreenin haitat ovat episodiseen migreeniin verrattuna moninaisia. Krooninen migreeni vaikuttaa invalidisoivasti moneen eri elämän osa-alueeseen, kuten perhe- ja parisuhteeseen, vanhemmuuteen, uramahdollisuuksiin ja taloudelliseen toimeentuloon sekä yleiseen terveyteen sekä läheisten terveyteen. Ihmiset vastasivat kyselytutkimuksessa, että uskoisivat elämän olevan positiivisempaa ja elämänlaadun olevan parempaa ilman migreeniä. Sukupuolten välillä ei havaittu olevan merkityksellistä eroa, mutta miehet kokivat migreenin vaikuttavan enemmän uraan ja naiset yleiseen terveyteen ja stressiin. Kroonisesta migreenistä kärsivät olivat 2–3 kertaa tyytymättömämpiä elämäänsä kuin episodisesta migreenistä kärsivät. Tutkimus painottaakin, että on tärkeää huomioida migreeniä hoidettaessa yksilön elämäntilanne ja sairauden ulottuvuus elämän eri osa-alueille. (Buse ym. 2019.)

Jatkuvassa migreenikierteessä elimistö eikä mieli pääse palautumaan normaaliin tilaan, ennen seuraavan kohtausjakson alkamista. Migreenin lisäksi liitännäisoireet, kuten jatkuva pahoinvointi, aistiyliherkkyys, kognitiiviset vaikeudet, huimaus ja väsymys hankaloittavat elämää. Kroonistunut migreeni lisää toimintakyvyn heikentymistä ja vaikeuttaa arjessa toimimista kotona töissä ja harrastuksissa. Haittaa voivat aiheuttaa migreenilääkityksen sivuvaikutuksena tulevat haitat, kuten väsymys, painon nousu, muistivaikeudet ja huimaus. (Artto & Kallela 2019.) Krooninen migreeni altistaakin tutkimusten mukaan masennukseen (Minen, Begasse De Dhaem, Kroon Van Diest,

Powers, Schwedt, Lipton & Silbersweig, 2016). Krooniseen migreeniin on yhdistetty useita liitännäissairauksia, joita on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Kroonisen migreenin liitännäissairaudet. (May & Schulte, 2016), muokattu

Somaattisia liitännäissairauksia	Allergia
	Astma
	Bronchiitti
	empfyseema eli keuhkolaajentuma
	Sinuiitti
	Verenkiertohäiriöt
	Sydänsairaudet
	Hypertensio
	Hyperkolesterolemia
	Aivohalvaus tai aivoverenkiertohäiriö
	Haavaumat
	Niveltulehdus
	TMD-oireet
	Psykiatrisia liitännäissairauksia
kaksisuuntainen mielialahäiriö	
krooninen kipu (muu kuin päänsärky)	
masennus	

3 Migreenipotilaan kokonaisvaltainen hoito

3.1 Biopsykososiaalinen malli

Biopsykososiaalinen malli on lähestymistapa, joka ottaa huomioon ihmisen eri ulottuvuudet, joita ovat biologinen, psykologinen ja sosiaalinen ulottuvuus. **Biologinen eli bio-** käsittää ihmisen rakenteet ja kehon toiminnan, fysiologian ja patologian. **Psykologinen eli psyko-** puolestaan ottaa huomioon ihmisen käyttäytymiseen liittyvät tekijät, kuten pelko-välttämiskäyttäytyminen, selviytymisstrategiat ja ajatukset ja tunteet. **Sosiaalisella** ulottuvuudella tarkoitetaan ihmisen asemaa, roolia, osallistumista, sosiaalista vuorovaikutusta sekä ympäristöä koskevia tekijöitä, kuten kulttuuria, työtä, perhettä, taloutta ja elämäntapoja. Psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä voidaan pitää kivun pitkittymistä ennustavuuteen tekijöinä ja ne voivat olla toipumisen esteenä. Asiakaskeskeisyys on vahvasti keskiössä biopsykososiaalisessa mallissa, mutta painotukset vaihtelevat yksilöstä ja hänen tilastaan riippuen. Kipu on yksilöllinen kokemus, joka riippuu eri ihmisellä eri tekijöistä. Toisilla painottuu enemmän fyysiset tekijät, kun taas toisella voi olla taustalla psyykkiset tekijät. (Holopainen 2020, 63–65; Probst & Skjärven 2018, 14–16.)

Biopsykososiaalinen malli ohjaa asiakkaan hoitoa enemmän kohti terveyden hoitoa ja hyvinvoinnin lisääntymistä sen sijaan, että keskittyminen olisi vain sairauden hoidossa. Keskiössä ei ole ihmisen vaiva tai sairaus vaan ihminen itse. Tavoitteena on löytää asiakkaan voimavaroja ja vahvuuksia lisääviä tekijöitä. Tämä ajattelutapa haastaa perinteistä näkökulmaa, jossa on enemmän keskitytty hoitamaan sairaus edellä. Biopsykososiaalinen malli on kuitenkin jo yleisesti hyväksytty lähestymistapa kroonisen kivun hoidossa asiantuntijoiden kesken. Tavoitteena on vähitellen saada kusi oman tilansa sivustakatsojan roolista takaisin kuljettajan paikalle ja ottamaan vastuuta itse omasta hyvinvoinnistaan ymmärrettyään paremmin hänen kipukokemustansa ja terveydentilaansa. (Holopainen 2020, 63–65.)

Biopsykososiaalinen malli on lähestymistapana vakiintuneena käytössä kroonisen kivun hoidossa. (Meints & Edwards 2018). Migreenin hoidossa tämä ei ole kuitenkaan niin käytetty. Kroonisen migreenin taustalla on keskushermoston herkistyminen, jossa pätee samat lainalaisuudet kuin kroonisen kivun hoidossa. Tämänhetkinen migreenin hoito keskittyy suurilta osin lääkehoitoon. Migreenin monitekijäisen sairauskuvan vuoksi, olisi tärkeää arvioinnissa ja hoidon toteutuksessa ottaa huomion yksilön biologinen, psykologinen kuin psykososiaalinenkin osa-alue. Lääkäriin ja

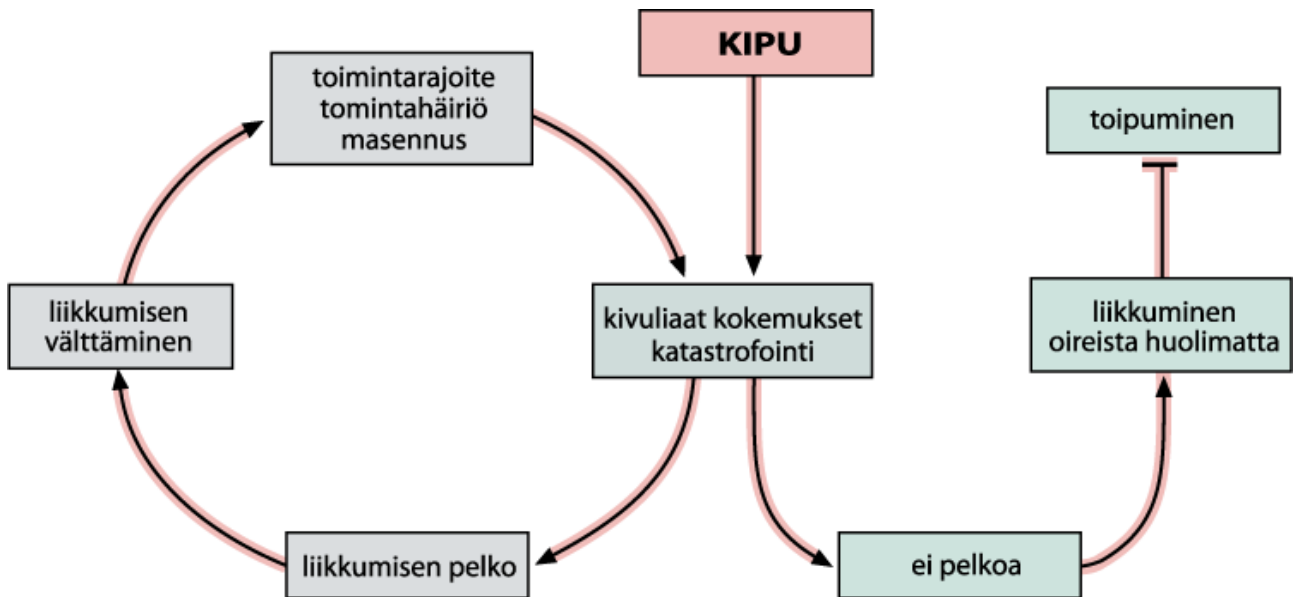
muiden ammattilaisten osaaminen ja viestintätaidot voivat johtaa potilaan parantumisessa parempaan lopputulokseen. (Rosignoli, Ornello, Onofri, Caponnetto, Grazzi, Raggi, Leonardi & Sacco 2022.)

Kipuun liittyvä käyttäytyminen

Kipuun vaikuttavat stressi, sekä muut kuormittavat elämäntilanteet, kuten traumat, sosiaalinen ympäristö, perhetilanne ja työ. Lisäksi jo kipu itsessään on elimistöön stressiä aiheuttava tekijä. Opitut tavat arvioida ja tulkita eri tilanteita vaikuttavat myös, kuinka ihminen reagoi kuormittaviin tilanteisiin. Ovatko ne haaste, uhka vai menetys. Tämä vaikuttaa siihen, millaisia selviytymiskeinoja eri tilanteissa käytetään. Kipuun yhdistettyjä riskitekijöitä ovat katastrofointi eli pahimman pelkääminen, pelko-välttämiskäyttäytyminen ja ahdistus, kun taas suojaavia tekijöitä ovat usko omaan toipumiseen ja minäpystyvyys. (Holopainen 2020, 103–106.)

Pelko välttämiskäyttäytyminen

Kipuun liittyvä pelko voi estää kuntoutumista ja toimintakykyä. Taustalla on usein potilaan oppima tai kokema malli aktiivisuuden vaikutuksesta kivun lisääntymiseen tai tulkinta kivun vaarallisuudesta. Ajan saatossa tämä johtaa helposti siihen, että liikkumista välttelee pelätessään kivun ja muiden oireiden ilmaantumista tai voimistumista. Tämä puolestaan voi lisätä fyysistä passiivisuutta ja ylikorostunutta itsetarkkailua sekä voi ilmetä tarpeettomana lihasjännityksenä. Tekemisen välttäminen johtaa ajan kanssa kaventuneeseen elin- ja toimintaympäristöön mikä taas saa aikaan ahdistusta ja masennusta. Toimintakyvyn haitta lisää katastrofiajattelua. **Pelko-välttämismalli** (fear-avoidance model) on teorettinen malli, joka sopii hyvin myös potilastyössä käytettäväksi materiaaliksi toimintakyvyn haitan kehittymisen ilmaiseksi. (Holopainen 2020, 129–132.) Kroonisilla migreenipotilailla on havaittavissa pelko-välttämiskäyttäytymistä ja sen olevan yhtedessä päänsäryn esiintymistiheyteen ja vammaisuuden kokemiseen (Ruscheweyh, Pereira, Hasenbring, Straube 2019). Pelko-välttämiskehä on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Pelko-Välttämiskehä, (Vlayen, 2000)

3.2 Migreenin hoito

Migreenin hoidossa ensisijaisena hoitona käytetään lääkehoitoa ja migreeniä laukaisevien asioiden välttelyä. Migreenikohtaukset ovat usein hoidettavissa normaalilla kipulääkkeellä tai kipu- ja pahoinvointilääkkeen yhdistelmällä. Lääkehoidossa ei ole kansainvälisesti yleisesti hyväksytyjä suosituksia, vaan ne voivat vaihdella paljonkin. Kohtalaisiin ja koviin särkykohtauksiin käytetään kohtaus- ja estolääkitystä. Tavoitteena hoidossa on migreenipäivien vähentäminen 50 % kuukaudessa. (Migreeni 2024.)

Migreenin hoidon onnistumiseksi on tärkeää luottamuksellinen hoitosuhde ja oikea diagnoosi. Potilaan elämäntapojen ja elämäntilanteen selvittäminen ja huolellinen anamneesi kohtauksen kulukselta on tärkeää. Hoitomuotoihin vaikuttavat mm. kohtauksen vaikeus, alkamisajankohta sekä muut olosuhteet, kuten muut sairaudet ja mahdolliset haittavaikutukset. (Migreeni 2024.) Parhaat tulokset saadaan, kun on aikaa ja resursseja hoitaa potilaan ongelmia kokonaisvaltaisesti ja seurata interventioiden toteutumista (Arto, 2019). Gandolfi, Donisi, Marchioretto, Battista, Smania & Del Piccolo (2019) ja May & Schulte (2016) viittaavat kroonisen migreenin onnistuneen hoidon olevan monimutkaista ja haastavaa. Lisäksi yksilölliset tekijät vaikuttavat suuresti hoidon vaikuttavuuteen, joten ei ole selvää, että kun jokin hoito toimii yhdelle, että se toimisi toisellekin. (Gandolfi ym. 2019; May ym. 2016.)

Kroonisen migreenin huonon hoitovasteen takia riskitekijöiden tunnistaminen ja hoitoon pääseminen on erityisen tärkeää. Migreenin kroonistumisen todennäköisesti suurin tekijä on akuutin migreenin liikalääkitys. Migreenikohtauksien määrän kasvaessa korkeaksi kuukausitasolla särkylääkeannostus nousee ja voikin kääntyä päänsärkyä aiheuttavaksi tekijäksi. Liiallisena käyttömääränä pidetään särkylääkkeiden ottamista enemmän kuin 15 päivänä kuukaudessa tai triptaanien (koh-
tauslääke) käyttö enemmän kuin 10 päivänä kuukaudessa. (May & Schulte 2016.)

Dodick, Loder, Manack, Buse, Fanning, Reed & Lipton (2016) arvioivat tutkimuksessaan hyvän hoidon toteutumista kroonisilla migreenikuntoutujilla. Nämä kolme tekijää olivat terveydenhuoltoalan konsultaatio sairaudesta, diagnoosi ja oikeat toimenpiteet. Ennaltaehkäiseviä tavoitteita olivat migreenikohtausten voimakkuuden ja tiheyden vähentäminen, akuuttihoidon paremman vasteen saaminen, invalidisoimisen vähentäminen ja toiminnan paraneminen, liiallisen lääkkeen käytön vähentäminen, kokonaiskustannusten vähentäminen. Tutkimuksen mukaan vain 4,5 % osallistuneista täytti tavoitellut kolme kriteeriä, eli olivat kontaktissa terveydenhuollon ammattilaiseen, sai tarkan diagnoosin sekä määrätty minimaalista lääkehoitoa. (Dodick ym. 2016.) Tämä viittaa siihen, että krooninen migreeni on vaikeasti hoidettava sairaus terveydenhuoltoalalla ja ammattilaisetkin tarvitsevat lisää koulutusta.

Kroonisen migreenin hoidossa lääkehoito on tärkeässä asemassa, mutta onkin tärkeää löytää vaihtoehtoisia hoitomenetelmiä lääkehoidon rinnalla muun muassa lääkepäänsärlyn ehkäisemiseksi. Tämä työ keskittyy kroonisen migreenin hoitoon psykofyysisen fysioterapian menetelmin, joten lääkehoito on rajattu työstä pois.

Migreenin lääkkeetön hoito

Migreenin lääkkeettömästä estohoidosta on julkaistu vähän tutkimuksia ja ne ovat pieniä. Potilaan ohjaamisella voidaan mahdollisesti vaikuttaa migreenikohtauksien esiintymiseen. Hoitomuotoja ovat käytännössä migreeniä aiheuttavien tekijöiden selvittäminen ja niiden välttäminen, fysikaaliset hoidot ja psykologiset ja psykobiologiset hoitomuodot. (Tarnanen & Sumelahti, 2024.) Parhaimmat hoitomuodot psykologisista ja psykobiologisista hoitomuodoista ovat olleet biopalautehoidot ja rentoutushoidot, mutta vaikutuksista on vähän tutkimusnäyttöä. Säännöllinen oikeanlainen liikunta vähentää migreenikohtausta ja niiden voimakkuutta. Hengitys- ja

rentoutusharjoitukset sekä meditaatioharjoittelu on todettu vaikuttavan 6–8 viikon kuluttua aloituksesta. Tämän tyyppiset hoidot vievät aikaa ja tarvitsevat potilaan sitoutumista. Ympäristöön vaikuttavat keinot kuten viileä, pimeä ja hiljainen tila, lepääminen ja nukkuminen, sekä kylmä kääre voivat helpottaa kipuilua. Ärsykkeiden välttäminen kuten kirkkaan valon ja särkyä aiheuttavien hajujen välttäminen saattaa ehkäistä kohtauksien tuleamista, mutta luotettava näyttö puuttuu. (Migreeni 2024.)

Probyn, Bowers, Mistry, Caldwell, Underwood, Patel, Sandhu, Matharu ja Pincus (2017) tekivät systemaattisen katsauksen ei-lääkinnällisten hoitomenetelmien vaikutuksista migreenipotilailla. Arvioinnin kohteena oli interventioiden tehokkuus päänsäryn esiintymistiheyteen, kivun voimakkuuteen, mielialaan ja vammaisuuden kokemukseen, elämänlaatuun sekä yhteys lääkkeen kuluutukseen. Katsauksessa oli mukana 16 vertaisarvioitua tutkimusta. Interventioasetelmista havaittiin neljä eri yleisluokkaa, joita olivat kognitiiviskäyttäytymisterapiaan (CBT), potilaan kouluttaminen, mindfulness- ja omistautumisterapiaan pohjautuvat tekniikat ja rentoutumiseen pohjautuvat menetelmät. Interventiot näyttivät vaikuttavan lieventävästi kivun voimakkuuteen ja invaliditeetin kokemiseen ja lisäävän mielialaa, mutta ei vaikutusta päänsäryn tiheyteen. CBT ja mindfulness yhdistettynä potilaan koulutukseen vaikuttivat tehokkailta ryhmämuotoisessa interventiossa. Tutkimustulosten perusteella ei voida kuitenkaan tehdä yleisiä johtopäätöksiä ja lisätutkimusta tarvitaan. (Probyn ym. 2017.)

Fyysisen aktiivisuuden vaikutukset on todettu positiivisiksi useissa kliinisissä ja väestöpohjaisissa tutkimuksissa (Song & Chu 2021). Fysioterapiamenetelmien ja manipulaatiohoidon hyödyistä on vähän tutkimusnäyttöä (Migreeni 2024). Manuaaliterapian ja fysioterapian yhdistelmämenetelmillä on saatu joitakin hyviä positiivisia tuloksia päänsäryn voimakkuuteen ja esiintymistiheyteen (Garrigós-Pedron, La Touche Arbizu, Navarro-Desentre, Gracia-Naya, Segura-Ortí 2018). Kroonisessa migreenissä kuitenkin keskushermostotason kipuherkistyminen vaikuttaa eri tavalla koko ihmisen psykososiaaliseen kokemukseen, ja tarvitaankin laajempaa lähestymistapaa ongelmaan. Psykofyysisiä fysioterapiainterventioita on hyvin vähän tutkittu ja lähestymistapa kroonisen migreenin hoidossa on usein psykologinen näkökulma tai perinteinen fysioterapeuttinen näkökulma.

4 Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysisen fysioterapian viitekehys valikoitui opinnäytetyöhön, sillä se on kokonaisvaltainen lähestymistapa kroonisen migreenikuntoutujan hoitoon. Psykofyysisellä fysioterapialla tarkoitetaan yhtä fysioterapian erikoisalaa, jossa lähestymistapana on kuntoutujaa koskeva kokonaisvaltainen näkemys. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on vahvistaa ja edistää ihmisen voimavaroja, liikumista ja toimintakykyä. (Kauranen 2021, 536–537; Mitä on psykofyysinen fysioterapia. n.d.) Se on fysioterapian yksi erikoisalue, mutta lähestymistapa sopii käytettäväksi kaikilla fysioterapian osa-alueilla (Kauranen 2021, 536). Psykofyysisessä näkemyksessä ei ole eroteltu psyykkistä ja fyysistä puolta, vaan ne ovat yhtä toistensa kanssa ja vuorovaikutuksessa keskenään. (Kauranen, 2021, 522; Probst & Skjaerven 2018, 19–20).

Psykofyysisessä fysioterapiassa tavoitteet määräytyvät kuntoutujan tarpeiden mukaan. Lähtötilanteessa otetaan huomioon kuntoutujan valmiudet, voimavarat ja elämäntilanne ja alussa terapia-menetelmät voivat olla passiivisia ja fyysisesti kevyttä harjoittelua kuten rentoutusharjoittelua, jonka jälkeen kuntoutujan voimavarojen lisääntyessä siirrytään fyysisempään ja aktiivisempaan harjoitteluun. Fysioterapeutti on rinnalla kulkija, jonka tehtävänä sanallinen ja sanaton viestintä ja emotionaalisen aspektin huomiointi tunteiden tunnistamiseksi. Terapeutti ohjaakin asiakasta tunnistamaan ja kuuntelemaan kehoaan ja kehon osia. (Kauranen 2021, 537)

Kaurasen (2021) mukaan kehonkuva kertoo minäkuvasta, joka käsittää ihmisen kokemuksen omassa kehossa erilaisten tietojen, asenteiden, tunteiden, uskomusten, havaintojen ja tuntemusten pohjalta. Se näkyy ulospäin tavalla, jolla ihminen on eri asennoissa ja miten hän liikkuu sekä äänenkäytössä. Lisäksi Kauranen kirjoittaa sen näkyvän tapoina, miten hän käyttää tilaa ja on suhteessa alustaan, miten hän käyttää voimaa ja osaa rentoutua sekä miten hän hengittää. (Kauranen 2021.) Kehonkuva voi olla kehittynyt vajaaksi tai muuttua sairauksien tai vammojen seurauksena. Kokemukset jäävät muistiin kehoomme sekä ajatusten, että ruumiillistumana muistona. Koetut kokemukset voivat ilmentyä esimerkiksi lihasjännityksenä, rajoittuneena hengityksenä ja käyttäytymisen muutoksena. (Probst ym. 2018, 21.)

Kehon tunnistamisen ja kuuntelun myötä, asiakas tulee tietoisemmaksi itsestään ja kehonsa reaktioista ja nämä pyritään integroimaan emotionaalisiin ja psyykkisiin tuntemuksiin. Tietoisuus kehosta lisääntyy muun muassa rentoutumisen, rauhoittumisen, painovoiman, kosketuksen ja liikkeen kautta. Harjoittelun myötä kehon hallinnantunne lisääntyy, asiakas osaa tulkita paremmin kehonsa viestejä ja reagoida niihin ennaltaehkäisevästi ja omaa hyvinvointiaan tukien. Negatiivisista tunteista ja ajatusmalleista syntynyt jännittyneisyys helpottaa tunteiden- ja säätelykyvyn lisääntymistä. (Kauranen 2021, 537.)

Psykofyysinen fysioterapia sopii käytettäväksi kaikilla fysioterapian osa-alueilla. Sitä käytetään erityisesti stressioireiden, mielenterveysongelmien, pitkittyneiden kiputilojen, trauma tai post-traumaattisten stressireaktioiden oireiden ja neurologisten, tuki- ja liikuntaelinsairauksista johtuviin toimintakykyhäiriöiden hoitoon. (Mitä on psykofyysinen fysioterapia n.d.) Kauranen (537) kertoo psykofyysisen fysioterapian harjoittelun soveltuvan lisäksi kaikille, joilla on kehonkuvan muutoksia, kuten hemiplegikot, parkinsonin tautia ja syömishäiriötä sairastavat. Sitä voi hyödyntää siis asiakastyössään kaikki fysioterapeutit.

Psykofyysisen fysioterapian soveltuvuutta tutkittiin Kelan kuntoutusinterventioissa. Haastatellut psykofyysisen fysioterapian asiakkaat olivat tulleet kohdatuksi ja kuulluksi paremmin verraten aiempiin kohtaamisiin terveydenhuollossa. Haastattelussa kävi ilmi, että asiakkaiden voimavarat olivat lisääntyneet kuulluksi tulemisen tunteen kokemisen johdosta. Asiakkaat olivat kokeneet erittäin merkitykselliseksi, että he olivat saaneet työkaluja mm. kipuun suhtautumiseen ja hallinnan tunteeseen. Oman kehonkuvan vahvistumisen myötä pystyvyyden tunne ja itsesäätely ovat vahvistuneet sekä fyysinen toimintakyky parantunut. (Härkönen, Muhonen, Matinheikki-Kokko & Sipari 2016, 14–16.)

Fysioterapeuttien kokemusten mukaan fysioterapian lähtökohtana on asiakkaan ja fysioterapeutin välinen vuorovaikutus. Tärkeää on, että asiakas tulee nähdyksi ja kuulluksi omista lähtökohdistaan. Terapeutti auttaa asiakasta havainnoimaan ja tunnistamaan asiakkaan kehon liikettä ja kokemusta omasta kehosta. Asiakas oppii kehollisten kokemusten kautta tiedostamaan itseään ja yhdistämään ne arkielämässä tapahtuviin asioihin. Oivallusten kautta hän oppii kehonsa syy-seuraussuhteita esimerkiksi kehon reagointia stressiin tai kiputiloihin. (Härkönen ym. 2016, 16–18.)

Terapian toteutumisessa sekä asiakas että terapeutti pitivät tärkeänä terapiatilanteessa kiireettömyyden tuntua sekä asiakkaalle tilan ja ajan antamista. Tällainen kohtaaminen lisäsi asiakkaan luottamusta sekä turvallisuuden tunnetta. Itsensä ymmärtämisen ja oman toiminnan ja oireiden välisen suhteen ymmärtämisen eli kokemuksellisen oppimisen myötä asiakkaiden näkökulma avautui omaa hyvinvointia rakentavaksi sekä lisäksi he osasivat käyttää konkreettisia keinoja mm. kivun hallintaan. (Härkönen ym. 2016, 16–18.)

4.1 HOT-menetelmä

Hyväksymis- ja omistautumisterapia on psykofyysisen fysioterapian menetelmä, jonka tavoitteena on edistää asiakkaan arvojen mukaista elämää ja psykologista joustavuutta tietoisuus- ja hyväksyntätaitojen kautta. Tietoisuustaito on kykyä olla hetkessä arvostamatta tunteita ja ajatuksia. Psykologinen joustavuus muodostuu kuudesta osa-alueesta, joita ovat läsnäolo ja tietoisuus nykyhetkessä, arvot, omistautuminen tekoihin, havainnoiva minä ja tunteiden hyväksyminen. (Probst 2018, 36–39.) Vaikka HOT-menetelmä ei varsinaisesti ollut tämän työn tarkastelun aiheena, on sen elementtejä havainnoitavissa tutkimustuloksissa ja siksi se on sisällytetty teoriaosioon.

4.2 Kehotietoisuusharjoittelu

Kehotietoisuusterapia (BBAT= Basec Body Awareness Therapy) on yksi psykofyysisen fysioterapian menetelmä, jossa keskitytään kehotietoisuuden, kehon hallinnan ja itsetuntemuksen lisäämiseen. Harjoittelu koostuu yksinkertaisista liikeharjoitteista maaten istuen, seisten tai kävellen, eli jokapäiväisistä liikkeistä. Kehotietoisuusterapiassa opeteltuja ja toiminnallisempia liikemalleja on tarkoitus siirtää jokapäiväiseen elämään. BBAT keskittyy tietoisuuteen liikkeestä, kuinka liikkeet tehdään ja koetaan. Harjoittelussa keskitytään tasapainoon, vapaaseen hengitykseen ja läsnäoloon. Havainnoitavia asioita ovat kehon suhde alustaan, kehon keskilinjan ja liikekeskuksen hahmottaminen sekä liikkeiden tehokkuus. (Probst & Skjärven 2018, 59–61; Kauranen 2021,538.) Liiketietoisuus voi olla herkkyyttä omaan liikkumiseen ja liikkumisen koordinaation tiedostamisena suhteessa tilaan, aikaan ja alustaan (Probst & Skjärven 2018, 59–61).

Vuoden kestävässä BBAT:n pohjautuvassa fysioterapiapotilaiden seurantatutkimuksessa, havaittiin, että liikkeen laatuun keskittyvä fysioterapeuttinen arvio oli hyödyllinen kehon tietoisuuden mitta kroonista kipua kärsivillä. Vaikka BBAT eri suoraan kohdistu fyysiseen harjoitteluun, kliinisen

työn kokemus osoittaa, että kun potilaat luottavat enemmän kehoonsa ja liikkeen laatuun, fyysinen aktiivisuuskin lisääntyi. (Probst ym. 2018, 64.)

4.3 Mindfulness-pohjaiset menetelmät

Mindfulness on meditointia tai tietoisuusharjoittelua, joka tulee alun perin buddhalaisuudesta. Mindfulness on huomiointi- ja rentoutumistapa, jossa keskitytään olemaan hetkessä tässä ja nyt ilman tuomitsemista. Mindfulnessin perustana on oppia hyväksymään ja selviämään arjen väistämättömästä stressistä ja se onkin tehokas hoitomuoto stressiperäisissä sairauksissa. Mindfulnessin positiivisia vaikutuksia ovat esimerkiksi kivun lievittyminen ja rentoutuminen ja kognitiivisia vaikutuksia ovat korkeampi tietoisuuden taso, huolien väheneminen ja positiivisempien tunteiden kokeminen. Jonn Kabat-Zinn on mindfulnessin edistäjä, jonka mukaan mindfulness on hetkessä olemista ei arvostelevalle tietoisuudelle eli olla läsnä. Kabat-Zinnin perustama mindfulnessiin pohjautuva stressin lievitys eli Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) on käytetty laajalti psyykkisiin sairauksiin ja kroonisen kivun hoitoon (Probst ym. 2018, 82;194.)

Mindfulnessissa on tarkoitus siirtää huomio kehon tuntemuksiin hyväksyvällä ja kohtaavalla tavalla. Esimerkiksi palleahengityksessä huomio on hengityksen seuraamisessa, ja mikäli huomio lähtee harhailemaan, palautetaan se rauhallen uudelleen palleassa tapahtuvaan hengitysliikkeeseen. Tämä huomion siirtäminen kehon osaan lisää kehotietoisuutta. Hyväksyvää tietoisuutta läsnäolon taitoa opittuaan henkilö osaa ottaa paremmin vastaan erilaisia ajatuksia ja tunnetiloja ja suhtautumaan niihin ystävällisemmin. Kipupotilailla tietoisuustaitoja pyritään siirtämään juuri kipuun ja sen kohtaamiseen. (Röning 2020, 338–340.) Kabat-Zinn (2017) kirjoittaa hyväksyvän läsnäolon harjoittamisen tarjoavan tilaisuuden tutustua paremmin omaan mieleen ja syvään sisimpään, joka auttaa oppimaan, kasvamaan ja jopa muuttamaan käsitystä itsestä kuka on.

Haji Seyed Javadi, Aghareb Parast, Shahsavani, Chehraghi, Razavi, Rahmani & Nejati (2019) selvittivät mindfulness-pohjaisten interventioiden tehokkuutta migreenipotilailla. Interventiossa oli 3 kuukauden seuranta 45 migreenipotilaalla. Potilaat jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään, joita olivat mindfulness-, HOT-menetelmään perustuva ryhmä sekä kontrolliryhmä, johon ei kuulunut interventiota. Henkilöt vastasivat kyselyyn, jossa oli kipuun ja elämänlaatuun liittyviä tekijöitä.

Interventioryhmien välillä ei ollut merkittäviä eroja keskenään, mutta kontrolliryhmään verrattuna merkittävästi. Kivun vakavuuden ja terveyteen liittyvän elämänlaadun koettiin parantuvan. Vaikka otanta on pieni, tutkimus osoittaa, että mindfulness-pohjainen stressinlieventämiseen perustuvat menetelmät vaikuttavat positiivisesti. Psykologinen joustavuus, arvojen ja kyvykkyyden vahvistuminen, läsnäoleminen nykyhetkessä, sekä hyväksyminen ja rajoitteista vapautuminen ja toimintaan sitoutuminen ovat mindfulness- ja HOT-menetelmässä yhteisiä tekijöitä. (Haji Seyed Javadi, Aghareb Parast, Shahsavani, Chehraghi, Razavi, Rahmani & Nejat, 2019.)

4.4 Rentoutusmenetelmät

Rentoutusmenetelmät käsittävät eri menetelmiä, joilla tavoitteena on kehon jännityksestä vapautuminen ja stressin lieventyminen ja mielen tasapainottuminen. Rentoutusmenetelmistä toiset painottuvat enemmän kehon toimintoihin, kun toiset mielen rentoutumiseen. Rentoutumisen välittömiä vaikutuksia ovat sympaattisen hermoston toiminnan rauhoittuminen ja pitkällä aikavälillä se johtaa hermoston toiminnan tasapainoisempaan säätelyyn, jolloin stressin sietokyky kasvaa ja ahdistus ja masentuneisuus helpottaa. (Probst ym. 2018, 80; Kauranen 2021, 538–540.) Kroonista migreeniä sairastavilla hermoston säätely on usein häiriintynyt, joten rentoutuminen auttaa sen tasapainottumista.

Jännitys-rentoutusmenetelmä eli progressiivinen rentoutus on yleisimmin käytetty rentoutusmenetelmä. Jännittämällä ja rentouttamalla kehon eri lihaksia vuorotahtiin, oppii tunnistamaan lihasten jännittyneisyyden tilan ja kuinka sitä voi rentouttaa. (Probst ym. 2018, 82.) Jännitystä tehdään tiettyyn lihakseen muutaman sekunnin ajan, jonka jälkeen seuraa lihaksen rentoutus. Tämä tapa on sovellettavissa kaikkiin lihaksiin kehossa. Turhaan jännittyneenä oleva lihas kipeyttää lihaksia, käyttää turhaan energiaa ja hidastaa nopeita liikkeitä kasvaneen agonisti-antagonisti-koaktiivisuuden vuoksi. (Kauranen 2021, 540.)

Hengitysrentoutuksessa huomio keskitytään kohdistamaan itse hengitykseen ja sen kontrollointiin (Kauranen 2021, 540). Pitkittyneessä kiputilassa ihmisen hengitys muuttuu usein pinnalliseksi rintakehän apulihaksilla tapahtuvaksi hengitykseksi (Martin, Seppä, Lehtinen, & Törö 2014, 98–99). Hengitysrentoutus voi olla osa toista rentoutusmenetelmää kuten jännitys-rentoutusmenetelmää tai itsenäinen harjoittelu. (Kauranen 2021, 540.) Tavoitteena on pinnallisen hengityksen muuttuminen palleahengitykseksi. Syvähengitys aktivoi hermon vagaalista toimintaa ja vähentää

ahdistuneisuutta ja levottomuutta. Elimistön palautejärjestelmän kautta hengitystä ja verenkiertoa säätelevään keskukseen aivorungossa ja laskee verenpainetta ja sydämen sykettä sekä lihasten jännitystä. (Kauranen 2021, 540; Martin ym. 46–54.) Hengitystekniikoita ovat muun muassa syvä ja hidas hengitys, hengityksen uudelleenharjoittelu, hengitysmeditaatio, tietoisuus hengityksestä ja vatsahengitys. Hengitysharjoitus on helppo omaksua ja toteuttaa missä vain, joten se on hyvä menetelmä myös käytännön työssä. (Probst 2018, 81.)

Sovellettua rentoutusta käytetään autonomisen hermoston häiriötilojen kuten erilaisten kiputilojen hoitoon. Menetelmän tavoitteena on kehon jännittyneisyyden väheneminen, tietoisuuden lisääntyminen kehon reaktioista, itsehallinnan ja itseluottamuksen lisääntyminen. Rentoutuminen toteutetaan istuen mukavassa asennossa ja se perustuu kuuteen eri vaiheeseen (Kauranen 2021, 540.)

5 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Krooninen migreeni on vaikea invalidisoiva sairaus, joka vaikuttaa heikentävästi sitä kärsivän elämänlaatuun. Lääkehoito on tärkeä osa hoitoa, mutta päänsärkypäivien noustessa liikalääkitys voi kääntyä vastaan ja aiheuttaa lisää päänsärkyä. Krooninen migreeni on kauan tunnettu aihe, mutta sitä on tutkittu episodiseen migreeniin verrattuna paljon vähemmän sen määritelmän hankaluiden vuoksi (Artto & Kallela, 2019.) Vaihtoehtoisia lääkkeettömiä hoitomenetelmiä siis tarvitaan lääkehoidon rinnalle. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia psykofyysisen fysioterapian hoitomenetelmiä on mahdollista käyttää lääkehoidon ja perinteisen hoidon rinnalla tai vaihtoehtoisesti kroonisilla migreenipotilailla. Tarkoituksena on löytää uusia vaikuttamisvaihtoehtoja jo olemassa olevien hoitomuotojen rinnalle ja koota yhteen jo olemassa olevia ei lääkinällisiä menetelmiä. Yhteiskunnallisella tasolla opinnäytetyön tarkoituksena on laajentaa ymmärrystä sosi-aali- ja terveysalalla kroonisen migreenin hoitoa kokonaisvaltaisesta näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää mitä psykofyysisiä fysioterapian menetelmiä käytetään kroonisten migreenikuntoutujien hoidossa, sekä mitä hyötyä ne tuovat kroonista migreeniä sairastavalle henkilölle.

Psykofyysisten menetelmien toteuttaminen ei välttämättä vaadi fysioterapiaan erikoistunutta koulutusta, vaan menetelmiä voi käyttää työkaluna kuka tahansa asiaan perehtynyt fysioterapeutti tai muu henkilö ja kun työskennellään ihmiskehon kanssa, hoitomenetelmän toteuttaminen on

ilmaista ja täten kustannustehokasta myös yhteiskunnan talouden näkökulmasta. Tästä opinnäytetyöstä voivat hyötyä monipuolisesti fysioterapeutit ja eri terveydenhuoltoalan ammattilaiset, jotka työskentelevät kroonisen migreenin parissa. Tavoitteena oli löytää käyttöön otettavia interventi-
oita, joita migreenipotilaat voivat toteuttaa myös itsenäisesti.

Parhaimmillaan tämä opinnäytetyö tarjoaa kroonisesta migreenistä kärsiville henkilöille keinoja vaikuttaa omiin oireisiin sekä terveydentilaansa ja hyvinvointiin. Tuloksia voi hyödyntää toissijaisesti myös muihin keskushermoston herkistymiseen liittyviin sairauksiin.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaisia psykofyysisen fysioterapian menetelmiä käytetään kroonisen migreenin hoidossa?
2. Miten kuntoutujat, joilla on krooninen migreeni ovat hyötäneet psykofyysisen fysioterapian menetelmistä?

6 Toteutus

6.1 Integroiva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kehittää alan teoriaa sekä arvioida uutta teoriaa. Lisäksi tavoitteina on rakentaa tietyn asiakokonaisuuden kokonaiskuvaa sekä pyrkiä tunnistamaan kyseisen ilmiön ongelmia. (Sarajärvi 2011, 3; & Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7.) Kirjallisuuskatsauksia voidaan jaotella eri tyypeittäin, joita ovat kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi (Salminen 2011, 6–8).

Opinnäytetyö toteutettiin integroivana kirjallisuuskatsauksena, jolla on narratiivisen ja systemaattisen katsauksen piirteitä. Integroiva kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa aiemmin tutkitusta aiheesta. Integroiva katsaus eroaa narratiivisesta katsauksesta siinä mielessä, että se sisältää kriittisen tarkastelun. Narratiivinen katsaus ajantasaistaa tutkimustiedon, mutta ei sisällä analyttistä tulosta. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen verrattuna integroiva katsaus käsittää laajemman kuvan käsittelevästä kirjallisuudesta eikä vaadi tutkimusaineiston tarkastelua yhtä tiukasti kuin systemaattisessa katsauksessa. (Salminen 2011, 6–8.) Integroiva

kirjallisuuskatsaus mahdollistaa tutkittavan ilmiön tarkastelun mahdollisimman monipuolisesti, sillä se sallii eri metodein tehtyjen tutkimusten mukaanoton. Sen tyypillisin piirre on eri tutkimusasetelmin perusteella tuotettu analyysi ja synteesi, joka antaa menetelmänä laajan ja syvällisen ymmärryksen tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta. (Salminen 2016, 14.)

Integroivassa kirjallisuuskatsauksessa on havaittavissa selkeästi eri vaiheet, joita ovat tutkimuskysymyksen/tutkimusongelman asettaminen, aineiston keruu, tutkimusaineiston laadun arviointi, aineiston analyysin tekeminen ja sen tulkinta sekä tulosten esittäminen (Whittemore & Karl 2005)

6.2 Aineistonkeruu

6.2.1 Systemaattinen tiedonhaku

Tutkimuskysymysten määrittämisen jälkeen on aineiston hankkiminen. Aineistonkeruuvaiheessa laadittiin hakusuunnitelma. Tässä vaiheessa määritellään tietokantojen ja muiden tietolähteiden määrittely, asiasanat ja sanayhdistelmät, mukaanotto- ja poissulkukriteerit ja mahdolliset rajoitukset (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 110).

Aineistonkeruu toteutettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjaston käyttöliittymän Janetin kautta eri tietokantoihin. Käytettävät tietokannat olivat Pubmed, Cinahl, Cochrane ja ProQuest. Haku toteutettiin Boolean operaattoreita (AND tai OR) käyttäen hakulausekkeina. NOT- hakusanaa ei käytetty. Lisäksi tehtiin lisähakuja manuaalisesti. Pilottihauissa käytettiin psykofyysisiä termejä ”body mind”, ”body and mind”, ”psychophysical physiotherapy”, ”biopsychophysical model”, ja ”body awareness”. Lisäksi hakulausekkeen piti sisältää termi ”chronic migraine”. Aineiston keruu näyttäytyi haastavalta ja englanninkielinen termi psychophysical physiotherapy ei tuottanut yhtään tulosta eri tietokannoista. Näin ollen käytettiin hakusanoina psykofyysisen fysioterapian vastaavia synonyymien kaltaisia sanoja tai sanayhdistelmiä. Hakulausekkeitä tehtiin useampia, jotta

löydetään kaikki relevantit tutkimukset. Hakusanalausekkeet eri tietokannoissa esitely taulukossa 2.

Taulukko 2. Käytetyt hakusanalausekkeet eri tietokannoissa

Tietokanta	Hakulausekkeet
Pubmed	<p>(chronic migraine) AND ((body awareness) OR (body awareness therapy))</p> <p>(Chronic migraine) AND ((relaxation therapy) OR (relaxation technique))</p> <p>(Chronic migraine) AND ((body mind) OR (body mind therapy) OR (mind body) OR (mind body therapy))</p>
Cinahl	<p>chronic migraine AND body awareness OR body awareness therapy</p> <p>(chronic migraine) AND (relaxation therapy OR relaxation technique)</p> <p>(Chronic migraine) AND (body mind OR body mind therapy OR mind body OR mind body therapy)</p>
ProQuest	<p>"chronic migraine" AND ("body awareness" OR "body awarenesss therapy")</p> <p>"chronic migraine" AND ("relaxation therapy" OR "relaxation technique")</p> <p>"chronic migraine" AND ("body mind" OR "body mind therapy" OR "mind body" OR "mind body therapy")</p>
Cochrane	<p>"chronic migraine" AND "body awareness" OR "body awarenesss therapy"</p> <p>"chronic migraine" AND "relaxation therapy" OR "relaxation technique"</p>

	"chronic migraine" AND "body mind" OR "body mind therapy" OR "mind body" OR "mind body therapy"
--	---

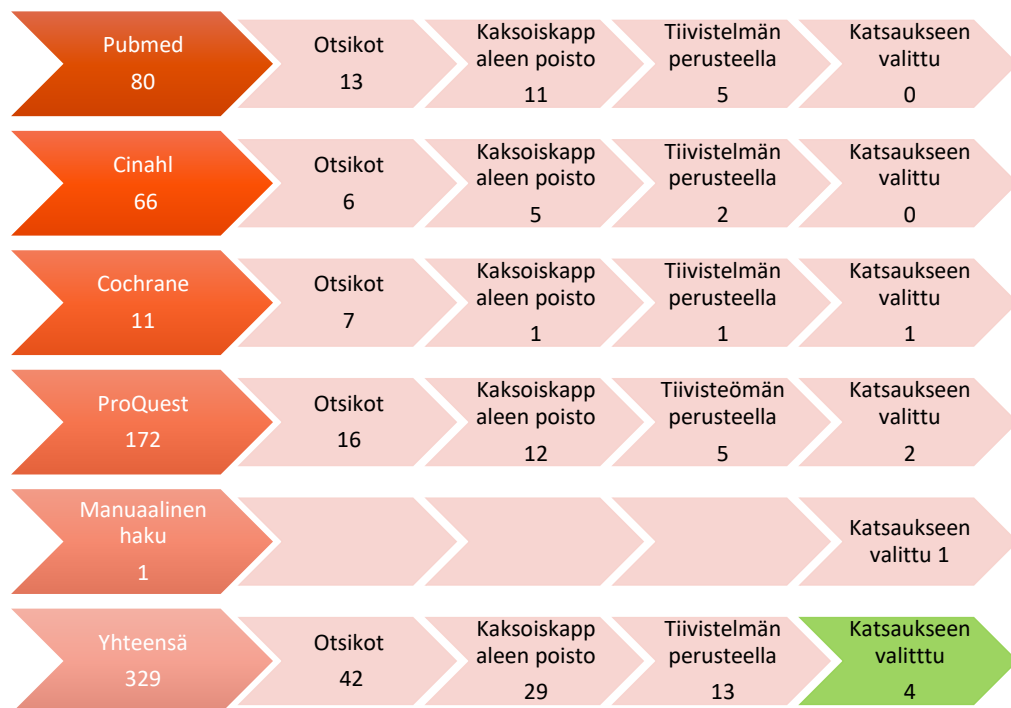
Taulukko 3. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
18-vuotiaat tai yli 18-vuotiaat	Alle 18-vuotiaat
krooninen migreeni tai 15 tai enemmän päänsärkypäiviä/kk	ei migreenidiagnoosia tai päänsärkypäiviä vähemmän kuin 15
aineisto julkaistu 2014–2024	Aineisto julkaistu ennen 2014
julkaisukieli suomi tai englanti	julkaisukieli muu kuin suomi tai englanti
vertaisarvioitu tutkimus	muu toissijainen lähde, ei vertaisarvioitu tutkimus
tutkimus vastaa jompaan kumpaan tutkimuskysymykseen	tutkimus ei vastaa tutkimuskysymyksiin
koko teksti saatavilla	ei koko tekstiä saatavilla

Aineistonhakuja tehdessä on tärkeää rajata sisäänotto- ja poissulkukriteerit (Niela-Vilen & Hamari 2016, 26). Aineistonhaku toteutettiin viimeisen 10 vuoden aikana julkaistuihin tutkimuksiin, jotta saadaan tuoretta tietoa. Haku toteutettiin vain aikuisväestölle ja lapset ja nuoret rajattiin pois. Hausta rajattiin pois potilaat, joilla ei ollut kroonista migreeniä tai 15 tai vähemmän päänsärkypäiviä, jotta saadaan tulokset kohdennettua oikein juuri krooniselle ryhmälle. Tutkimuksiin otettiin kuitenkin mukaan tulokset, joissa suurin osa potilaista oli kroonista migreeniä sairastavia tai heillä

päänsärkypäiviä oli enemmän kuin 15. Joissakin tutkimuksissa migreenipotilaiden joukkoon oli sisällytetty myös kroonista jännityspäänsärkyä sairastavat henkilöt ja ne sisällytettiin mukaan. Resurssien vuoksi katsaukseen sisällytettiin vain suomen- tai englanninkieliset tutkimukset. Muita sisäänottokriteerejä olivat vertaisarvioitu tutkimus, tutkimuksen tuli vastata jompaa kumpaan tutkimuskysymykseen ja koko teksti saatavilla. Tässä työssä sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitelty taulukossa 3.

Aineiston haku tehtiin huhtikuussa 2024. Kirjallisuushauissa löytyi yhteensä 329 tutkimusta. Aineistohauista valikoitui otsikon perusteella 42, jonka jälkeen tiivistelmän tarkastamisen perusteella jäi 13 kokotekstiä luettavaksi. Näistä 3 valittiin ja loput hylättiin, sillä ne eivät vastanneet tutkimuskysymykseen tai ei ollut koko tekstiä saatavilla. Manuaalista hakua tehtiin Janetin kansainvälisen artikkeleiden hausta, joista otettiin mukaan 1 tutkimus. Suurin osa tutkimuksista jouduttiin hylkäämään muun tyyppisen migreenin tai vähäisten särkypäivien 4 tai enemmän takia. Tutkimukset tietohakukannoittain ja hakuprosessin eteneminen kuvattu kuviossa 4.



Kuvio 4. Hakuprosessin eteneminen

6.2.2 Aineiston laadun arviointi

Järjestelmällistä katsausta tehdessä on tärkeää tehdä sisään otetuiden tutkimusten kriittinen laadun arviointi. Normaalisti tämän arvioi itsenäisesti kaksi tekijää (Hotus n.d.). Tässä katsauksessa arvioinnin suorittaa yksi henkilö, sillä opinnäytetyötä on tehnyt yksi henkilö. Kirjallisuuskatsauksen mukaan otetut tutkimukset arvioitiin kunkin katsaustyyppin mukaan Joanna Briggs Instituutin (JBI) tutkimusten arviointikriteeristön mukaan. Arviointikriteeristön oli täytyttävä 50 % päästäkseen mukaan tähän katsaukseen.

Kaksi tutkimusta arvioitiin satunnaistetun kontrolloidun tutkimuskriteeristön ja kaksi kvasikokeellisen tutkimuskriteeristön mukaan, jotka löytyvät liitteestä 1. Yksi RCT-tutkimuksista sai arvioituna 10/11, sillä ei ollut selvää olivatko kontrolliryhmät toisistaan tietämättömiä. Toinen RCT-tutkimus läpäisi juuri ja juuri arviointikriteeristön, mutta se päätettiin sisällyttää vähäisen saatavilla olevan materiaalin vuoksi sekä katsottiin, että se antaa tärkeää tietoa, mitä muissa tutkimuksissa ei tullut ilmi. Kvasikokeelliset tutkimukset saivat JBI kriteeristön mukaan pisteet 7/9 ja 8/9. Tarkistettiin myös, että kirjallisuuskatsauksessa ei ole mukana tutkimuksia, jotka olisivat myös opinnäytetyön aineistossa Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset löytyvät liitteessä 1 olevasta taulukosta. Liitteessä 1. on esitetty tutkimuksen tekijät, vuosi ja maa, otsikot, tavoitteet, aineistot, mitarit, interventiot ja tulokset.

6.2.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi toteutetaan sisällönanalyysilla. Käytännössä ensimmäinen vaihe sisältää tutkimuksen kuvaamisen sisällön, johon kuuluu kirjoittajat, julkaisuvuosi- ja maa, tutkimuksen tarkoitus, tutkimusasetelma, kohdejoukko, käytetyt aineistonkeruumenetelmät, otos, päätulokset ja vahvuudet ja heikkoudet sekä lyhyt kuvaus käytetystä interventiosta. Yhteenveto on hyvä tehdä taulukkomuotoon, ja se muodostaa ymmärryksen ja kokonaiskuvaa aineistosta. (Niela-Vilén & Hamari. 2016, 30–31.)

Toisessa vaiheessa tehtiin luokittelua eri kategorioihin teemoittain. Tarkoitus on löytää tutkimusten yhdistäviä ja erottavia tekijöitä, ryhmitellä ja vertailla ja tulkita niitä. Vaihe on iteratiivinen, eli sitä tehdään uudestaan ja uudestaan pienissä osissa. Syntyneet luokat, kategoriat ja teemat yhdistetään ja samankaltaisten havaintojen pohjalta ne saavat sisällön mukaan nimen. Kolmannessa

vaiheessa muodostetaan synteesi, joka on looginen kokonaisuus löytyneistä eroavaisuuksista ja yhtäläisyyksistä. Tarkoituksena on muodostaa yksittäisiä tuloksia yleisempi kokonaiskuva ja ristiriitaiset tulokset. (Niela-Vilén & Hamari. 2016, 30–31.)

Opinnäytetyössä analysoitiin tulokset lukemalla katsaukseen valitut artikkelit moneen kertaan läpi. Samalla teksteistä poimittiin oleellisia kohtia ja ne alleviivattiin ja kirjoitettiin tiivistetysti. Tämän jälkeen tutkimuskysymyksen mukaan aineistoa järjestelmiin teemoittain eri luokkiin. Luokissa olevia teemoja vertailtiin ja yhdisteltiin ja saatiin synteesi. Pääluokkia muodostui lopulta ensimmäiseen tutkimuskysymykseen kolme, joita olivat mindfulness, BBAT-menetelmä ja rentoutusharjoittelu ja toiseen tutkimuskysymykseen kolme, joita olivat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Taulukossa 4. esimerkkejä aineiston analyysistä.

Taulukko 4. Esimerkki aineiston analyysistä

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
" -a mindfulness-based treatment composed of six-week session and 7–10 min daily self-practice added on to TaU produced greater improvements in several relevant outcomes, namely headache frequency, medication intake, headache impact, LPT, disease cost and a better output in disability and QoL at 12 months"	Mindfulness harjoittelu yhdistettynä itseharjoitteluun perinteisen hoidon lisäksi vähensi päänsärkyä ja lääkkeiden ottoa, menetettyjä päiviä ja lisäsi hyvinvointia	Ryhmämuotoinen- ja itsetoteutettu mindfulnessharjoittelu Elämänlaadun parantuminen Päänsäryn väheneminen Lääketarpeen tunnistaminen	Mindfulnessharjoittelu Psykykinen hyvinvointi ja vitaliteetti Muutokset päänsäryssä Lääkkeiden käyttö	Mindfulness Psykologiset tekijät Biologiset tekijä

<p>”-the participants appreciated the physical encounter with people with the same type of migraine as themselves valuable to feel that you were not alone in suffering from such severe migraine.”</p>	<p>Fyysinen kohtaaminen samantyyppisten ihmisten kanssa on arvokasta ja tuntuu ettei ole yksin migreenin kanssa</p>	<p>Sosiaalinen arvokas toiminta</p>	<p>Osallisuus</p>	<p>Sosiaaliset tekijät</p>
<p>”-a reduced impact of headache on life and a reduced tendency to withdraw from planned and valued activities and social participation because of pain after the MPS.”</p>	<p>Intervention jälkeen päänsäryn vähentynyt vaikutus elämään vähentynyt taipumus vetäytyä suunnitelluista toiminnoista ja sosiaalisista tilanteista</p>	<p>Päänsäryn väheneminen suunnitellusta toiminnasta vetäytyminen BBAT ja (AR)-harjoittelun vaikutus</p>	<p>Muutokset päänsäryssä Osallisuus Kehotietoisuus – ja rentoutumisharjoituksen vaikutus</p>	<p>Biologiset tekijät Sosiaaliset tekijät Rentoutusarjoitus BBAT</p>
<p>”The results showed that MBSR treatment was significantly effective on reduction of pain intensity perception.”</p>	<p>MBSR vähensi kivun voimakkuuden kokemista</p>	<p>Päänsäryn voimakkuus mindfulness-pohjainen stressin vähentäminen</p>	<p>Päänsäryn muutokset Mindfulness-harjoittelu</p>	<p>Biologiset tekijät Mindfulness</p>

7 Tulokset

Aineisto koostui neljästä tutkimuksesta, joiden tulokset olivat pääosin samansuuntaisia. Tutkimuksissa oli käytetty mindfulnessiin pohjautuvia interventioita ja kehotietoisuuteen ja rentoutumiseen pohjautuvaa interventioita. Tutkimusten aineisto kerättiin kuntoutujilta kyselylomakkeilla.

Kolmessa tutkimuksessa interventiona oli käytetty Mindfulness -menetelmää (Grazzi ym. 2023, Grazi ym. 2027 & Bakshani ym. 2016). Yhdessä tutkimuksessa oli interventiossa yhdistetty Basic Body Awareness Therapy (BBAT) ja progressiivista rentoutumista ja sovellettua rentoutumista (Helmerson ym. 2021). Grazi ja muut (2023) tutkivat RCT-tutkimuksessaan mindfulnessiin perustuvan harjoituksen ja perinteisen hoidon yhdistelmäinterventiota verrattuna pelkkään perinteiseen hoitoon 177 potilaalla, joilla on kroonista migreeniä ja lääkkeiden liikkakäyttöä. Helmerson ja muut (2021) arvioivat kroonisten migreenipotilaiden näkökulmasta monimuotoisen BBAT-tä ja rentoutumista sisältävän ryhmäintervention hyötyjä 24 potilaalla, joista 23 oli naisia. Grazi ja muut (2017) arvioivat mindfulness-hoidon tehokkuutta verrattuna ennaltaehkäisevään lääkehoitoon lääketerapian jälkeen 39 potilaalla. Bakshani ja muut (2017) selvittivät RCT-tutkimuksessaan Mindfulnesspohjaisen stressin vähentämisen harjoittelun (MBSR) vaikutusta koettuun kipuun ja elämänlaatuun 40 potilaalla, joilla on krooninen päänsärky.

Kaikissa tutkimuksissa tiedot kerättiin kyselylomakkeilla. Kolmessa tutkimuksessa oppilaat täyttivät useita eri kyselylomakkeita ja tietoja kerättiin monipuolisesti elämän eri osa-alueilta, kuten elämänlaatua, koettua terveyttä, päänsärlyn vaikutusta, vammaisuutta ja masennusta ja ahdistusta (Grazi ym. 2023; Grazi ym. 2017; Helmerson ym. 2021). Kahdessa tutkimuksessa käytettiin Beckin ahdistus- ja masennuskyselyä ja kolmessa tutkimuksessa oli käytetty päänsärlyn vaikutusmittaria (HIT-6). Elämänlaatumittaria (MSQ) käytettiin kahdessa tutkimuksessa (Grazi ym. 2023 & Helmerson 2021). Kaikissa tutkimuksissa käytettiin päänsärkypäiväkirjaa, joka mittasi päänsärlyn frekvenssiä, voimakkuutta ja määrää (Bakshani ym. 2016; Grazi ym. 2023; Grazi ym. 2021; Helmerson ym. 2021). Migreenin vammaisuutta (MIDAS)-mittaria käytettiin kahdessa tutkimuksessa (Grazi ym. 2023 & Grazi ym. 2017). Grazi ja muut (2023) ja Grazi ja muut (2017) mittasivat ahdistuneisuutta ja masennusta Beckin masennustestillä (BDI) ja ahdistuneisuutta (STAI-Y). Grazi ja muut 2023 mittasivat lisäksi ihon allodynian (ASC-12), Mindfulnessin tietoisuutta (MAAS), työhön liittyvää haittaa (HEADWORK), tehokkaiden päivien menetystä (LPT) ja vammaisuutta (WHODAS-12). Helmerson ja muut (2021) puolestaan mittasivat masennusta ja ahdistuneisuutta HAD-mittarilla, koettua stressiä (PSS-14) ja psykologista joustavuutta PIPS-mittarilla. Bakshani ja muiden (2016) tutkimuksessa oli käytetty kipu ja elämänlaatumittaria (SF-36), joka on 36 kohtainen kysely, sisältäen aiheet fyysisestä kunnosta, fyysisen kunnan rajoituksista, kehon kivusta, yleisestä terveydestä, energiasta ja elinvoimaisuudesta, sosiaalisesta toiminnasta, emotionaalisista rajoitteista, ja terveyteen vaikuttamisesta. Grazi ja muut (2023) mittasivat myös sairauden aiheuttamia kustannuksia.

7.1 Migreenin hoidossa käytetyt psykofyysiset menetelmät

Tutkimuksissa käytetyt psykofyysisen fysioterapian interventiot muodostivat kolme eri pääluokkaa, joita ovat kehotietoisuusharjoittelu (BBAT), rentoutusharjoittelu ja mindfulnessharjoittelu. Rentoutusharjoittelu ja mindfulnessharjoittelu jakautuivat vielä kahteen alaluokkaan. Kuviossa 5. on esitelty kirjallisuuskatsauksissa käytetyt menetelmät.

Grazzi ja muiden (2017) ja Bakshani ja muiden (2016) mindfulness-protokolla toteutettiin perinteisen Jon Kabat-Zinnin (MBSR) mukaisesti. Grazzi ja muut (2023) interventio perustui mindfulnessiin, määrittelemättä tarkemmin tiettyä suuntaa. Helmerson ja muut (2021) toteuttivat intervention BBAT mukaisesti, yhdistäen siihen progressiivista ja sovellettua rentoutumista.



Kuvio 5. Kroonisen migreenin hoidossa käytetyt psykofyysisen fysioterapian menetelmät

Grazzi ja muiden (2023) RCT-tutkimuksessa selvitettiin 6 viikon mindfulness-intervention tehokkuutta perinteiseen hoidon lisänä kroonisilla migreenipotilailla ja potilailla, joilla on päänsärkyä lääkkeiden liikkäytöstä (MOH= medication overuse headache). Perinteinen kroonisen migreenin hoito (TaU= treatment as usual) sisälsi ylikäytetyistä lääkkeitä luopumista, koulutusta lääkkeiden oikeanlaisesta käytöstä (lääkettä kun kipu 8 tai enemmän asteikolla 0–10), elämäntapatekijöiden (liikunta, ravitsemus ja uni) huomioimisen ja räätälöidyn ennaltaehkäisyn. Mindfulness-pohjainen

interventioryhmä sisälsi perinteistä hoitoa sekä mindfulnessmenetelmää (TaU + MIND, MIND= mindfulness). (Grazzi ym. 2023.) Grazzi ja muut (2017) tutkimuksessa mindfulnessin vaikuttavuutta tutkimuksessa, jossa krooniset migreeni potilaat, joilla oli myös lääkkeiden liikkakäyttöä, suorittivat aluksi 5 päivän vieroitusohjelman lääkkeitä, jonka jälkeen hoito jatkui ylläpitävässä lääkehoidossa (MED-ryhmä) tai meditaatiointerventiossa (MT-ryhmä). Helmersonin ja muiden (2017) pilottitutkimuksessa kroonista migreeniä tai korkeataajuista episodista migreeniä sairastavat potilaat olivat monitieteisessä ryhmäinterventiossa (Migraine patient school=MPS), jossa tutkittiin BBAT:n ja rentoutusharjoitusten vaikuttavuutta. Bakarhski ja muut (2016) selvittivät RCT-tutkimuksessa mindfulnessin vaikutusta kipuun ja elämänlaatuun kroonista päänsärkyä sairastavilla mindfulnessryhmällä ja kontrolliryhmällä, johon kuului lääkehoito.

Kahdessa tutkimuksissa interventio sisälsi n. 90 minuutin ja 90–120 minuutin ryhmätuokion (Bakshani ym. 2016; Grazzi ym. 2023). Yhdessä tutkimuksessa interventio kesti 45 minuuttia kerrallaan (Grazzi ym. 2017) ja yhdessä tutkimuksessa 160 minuuttia (Helmerson ym. 2021). Tutkimuksissa interventioaika vaihteli 6 viikosta 13 viikkoon. Bakshani ja muiden (2016) tutkimukseen sisältyi 8 viikon interventio ja Helmersonin ja muiden (2021) tekemässä tutkimuksessa oli 4 viikon pre-interventio, varsinainen interventio 13 viikkoa ja 12 viikon seurantavaihe. Grazzin ja muiden (2017) ja Grazzin ja muiden (2023) tutkimusinterventio kesti 6 viikkoa, jonka jälkeen oli vuoden kestävä omatoiminen harjoittelu ja sen seuranta. Molemmissa tutkimuksissa potilaat saivat 12 minuutin mindfulnessharjoitus-äänitallenteen kotiin mukaansa ja tavoite oli harjoitella 7–10 minuuttia päivittäin 12 kuukauden ajan, joka on suositeltava määrä tämän tyyppisissä tutkimuksissa. Näistä oli kyselyseurannat 3, 6, 9 ja 12 kuukauden kohdalla (Grazzi ym. 2023; Grazzi ym. 2017.) Grazzi ja muiden (2023) tutkimuksessa seurantakäynnit pyrittiin toteuttamaan paikan päällä, mutta COVID:n vuoksi osa tapahtui puhelimen välityksellä.

Interventiot toteutettiin kolmessa tutkimuksessa pienryhmissä, joissa vaihteluväli oli 5–11 osallistujan välillä (Grazzi ym. 2023; Grazzi ym. 2017; Helmerson ym. 2021). Bakshani ja muiden (2016) tutkimuksessa ei ollut mainintaa ryhmäkoosta. Kolmessa tutkimuksessa ohjaussessioita piti kokenut asiantuntija, joka oli mindfulnessiin tai BBAT:n ja migreeniin perehtynyt neurologi tai fysioterapeutti (Grazzi ym. 2023; Grazzi ym. 2017; Helmerson ym. 2021). Yhdessä tutkimuksessa ei ollut mainintaa mindfulnessstuntien ohjaajan koulutuksesta (Bakshani ym. 2016). Helmersonin ja

muiden (2021) tutkimuksessa osallistujat olivat erittäin tyytyväisiä pienryhmissä toteutettuun interventioon ja kokivat ryhmämuotoisen terapian arvokkaaksi.

Kaikki interventiot sisälsivät potilaiden kouluttamista (psykoedukaatiota) ja käyttäytymis/fyysistä harjoittelua. Jokaisessa tutkimuksessa annettiin edukaatiota kivun ja sairauden etiologia ja sen vaikutuksesta. Kolme Mindfulness-pohjaista interventiota sisälsi mindfulness-menetelmän peruselementit, joita oli tutkimuksissa rennon asennon löytäminen, hengityksen seuranta ja sen kulkeminen vapaasti, kehon tuntemusten huomioiminen ja tietoisuus kehosta, mieleen nousset ajatukset ja tunteet, tuntemusten ja ajatusten hyväksyminen ja tuomitsemattomuus ja joustavuuden ja korkeamman tietoisuuden saavuttaminen ajatuksista ja tunteista. (Bakshani ym. 2016; Grazzi ym. 2023; Grazzi ym. 2017). BBAT-pohjaisessa tutkimuksessa intervention tarkoitus oli lisätä osallistujien yhteyttä kehoonsa ja opettaa heitä kuuntelemaan kehon merkkejä kuten lihasjännitystä ja hengitysmalleja ja parantaa heidän kykyään ymmärtää ja säädellä niitä paremmin. BBAT istunnoilla oli kahden ensimmäisen viikon jälkeen oma teemansa, joita olivat stressi ja rauhallisuus, fyysinen aktiivisuus ja harjoitus, ruokavalio, ajattelun malli, tunne-elämä (tunteiden säätely), lähestymistapa itseesi ja ympäristösi (asenteet) ja MPS:n kokonaisarviointi. (Helmerson ym. 2021.)

Bakshani ja muiden (2016) tutkimuksessa interventio sisälsi edellä kuvattujen perinteiden mindfulnessin lisäksi tietoista kävelyä, mindfulnessin runollisuutta, kehon skannausta, sekä näkemis- ja kuulemisharjoittelua. Lisäksi huomio oli myös käyttäytymisen ja aktiivisuuden huomioimisessa ja positiivisessa suhtautumisessa harjoitteluun sekä pahenemisvaiheiden havaitseminen ja niistä selviäminen. Grazzi ja muiden (2023) intervention kahden viimeisen kerran tavoitteena oli integroida opittu tieto kohti sisäisiä tuntemuksia päänsärkyyn liittyen ja tavoitteena tunnistaa tilanteet, milloin tarvitsee lääkettä ja milloin ei. Myös Bakshani ja muiden (2016) tutkimuksen edukaatioon kuului kipukohtausten varhainen tunnistaminen ja itseohjautuvuus kohti uusia tilanteita. Kahdessa tutkimuksessa jokaisen session alussa kerrottiin käyneen alkukeskustelun, jossa potilaat saivat kertoa edellisen viikon tuntemuksia ja ajatuksia harjoitteluun liittyen sekä oman tilan ja oppimisen läpikäymistä (=reflektointia) (Grazzi ym. 2023; Helmerson ym. 2021.)

Mikäli osallistujat eivät päässeet osallistumaan sessioon, saivat he materiaalin sähköpostitse/postitse ennen seuraavaa harjoittelukertaa tai seuraavalla harjoittelukerralla, jotta pystyivät

harjoittelemaan kotona kolmessa tutkimuksessa. (Baksjani ym. 2016; Grazzi ym. 2023; Helmerson ym. 2021).

7.2 Migreenikuntoutujien kokemat hyödyt

Migreenikuntoutujat kokivat saavansa interventioista monenlaisia hyötyjä elämänlaatuunsa monella eri osa-alueella. Koettujen hyötyjen perusteella pääluokkia muodostui biopsykososiaalisen mallin pohjalta kolme, joita olivat Biologiset tekijät, psykologiset tekijät ja sosiaaliset tekijät. Pääluokkien alle muodostui kaksi eri yläluokkaa, joita biologisten tekijöiden alla olivat muutokset päänsäryssä ja lääkkeiden käyttö, psykologisten tekijöiden alla psyykinen hyvinvointi ja vitaliteetti ja kipukäyttäytyminen ja itsesäätely ja sosiaalisten tekijöiden alla osallisuus ja päänsäryn vaikutus elämään. Aineistoanalyysissä muodostuneet luokat esitely kuviossa 6.

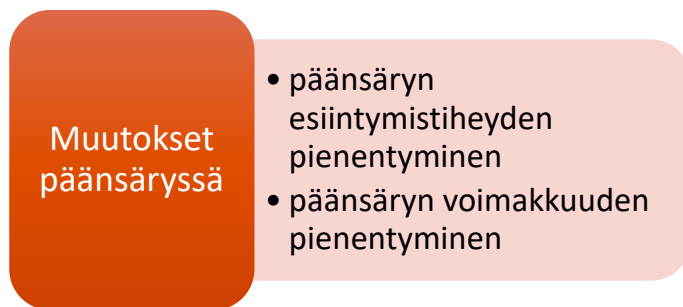


Kuvio 6. Psykofyysisen fysioterapian hyödyt kroonisilla migreenipotilailla

7.2.1 Biologiset tekijät

Päänsäryssä havaittiin muutoksia niin päänsäryn esiintymistiheydessä ja päänsäryn voimakkuudessa. Tulokset olivat osittain ristiriitaisia, sillä osassa tutkimuksessa päänsärky väheni ja osassa tutkimuksessa muutosta ei havaittu. Tähän on voinut vaikuttaa eri kestoiset ja menetelmäiset

interventiot ja eri pituiset interventioiden seuranta-ajat. Myös tutkimusaineisto poikkesi toisistaan jonkin verran. Päänsäryn muutokset esitelty kuviossa 7.



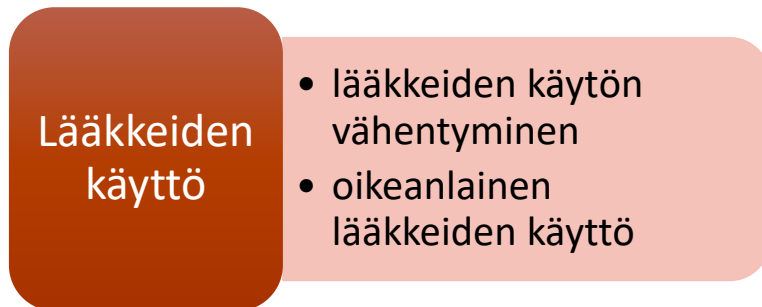
Kuvio 7. Muutokset päänsäryssä

Kolmessa neljästä tutkimuksessa ilmeni samankaltaisia hyötyjä päänsäryn/kivun frekvenssin pienemisenä tämän tyyppisen harjoittelun seurauksena (Bakshani 2016; Grazzi 2023; Grazzi 2017). Helmerson ja muut (2021) eivät havainneet potilaillaan migreenin määrän vähenemistä. Grazzi (2017) ja muiden tutkimuksessa 12 kk seurannan jälkeen MT ryhmästä 65 % potilaista ei täyttänyt enää kroonisen migreenin kriteerejä ja Med-ryhmässä 73,7 %. Päänsärkypäivät vähenivät 50 % MT-ryhmässä ja 52,6 % MED-ryhmässä. Päänsärky väheni molemmissa ryhmissä, mutta oli tilastollisesti merkittävä vain MED-ryhmässä. Potilaat, joilla MIDAS pisteet olivat ≥ 60 kuuluen korkeimpaan vakavuusluokkaan päänsärkypäivät eivät vähentyneet kliinisesti merkittävästi. Migreenin ja muun päänsäryn määrä ei vähentynyt merkittävästi yhdessä tutkimuksessa. Tähän on voinut vaikuttaa liian lyhyt seuranta-aika tai päiväkirjojen vähäinen noudattaminen. (Helmerson ym. 2021.) Grazzi ja muut (2023) osoittivat RCT-tutkimuksessaan, että sekä perinteistä TaU-hoitoa ja MIND-hoitoa saaneet potilaat kokivat ylivoimaisesti vähemmän ja tilastollisesti merkitsevästi päänsärkyä TaU-ryhmään verrattuna. TaU+MIND ryhmän potilaista 78,4 % koki 50 % prosentin päänsäryn vähentymisen ja TaU-ryhmässä vastaavasti 48,3 % koki päänsäryn vähentyneen puoleen. Bakshani ja muiden (2016) tutkimuksessa oli kuvattu yleistä kehon kipua. Kehon kipu vähentyi 8 viikon intervention aikana.

Lääkkeiden käyttö

Lääkkeiden käytössä tapahtui muutoksia sekä esto- että kohtauslääkityksessä. Lääkkeiden kokonaiskäyttö vähentyi ja oikeanlainen käyttö lisääntyi. Grazzi ja muut (2017) osoittivat, että

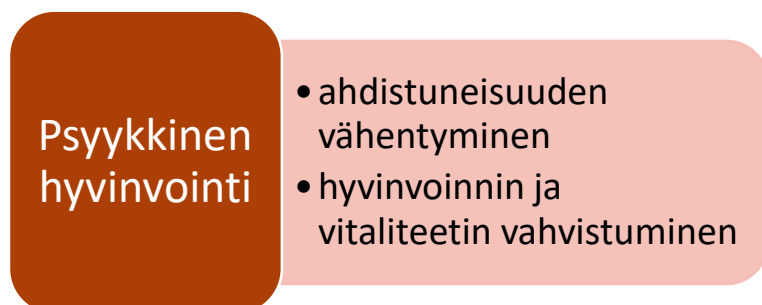
lääkkeiden käyttö akuuttiin päänsärkykohtaukseen väheni molemmissa MED- ja MT-ryhmissä. Myös Grazzin ja muiden (2023) tutkimuksessa sekä kokonaislääkkeiden saanti, että tulehduskipulääkkeiden saanti väheni lähtötasoon verrattuna enemmän Tau + MIND-ryhmässä kuin pelkässä TaU-ryhmässä. Lääkkeiden käytön muutokset esitelty pelkistetysti kuviossa 8.



Kuvio 8. Lääkkeiden käytön muutokset

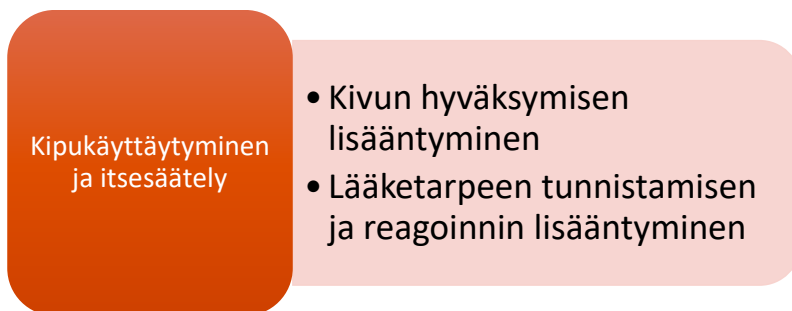
7.2.2 Psykologiset tekijät

Psyykinen hyvinvointi parantui ja vitaliteetti vahvistui. Psykkisen hyvinvoinnin muutokset olivat osittain ristiriitaisia. Joissakin tutkimuksia muutoksia havaittiin, ja joissakin ei. Tulokset saattoivat olla kliinisesti merkittäviä, mutta eivät tilastollisesti merkittäviä. Psykkisen hyvinvoinnin muutokset esitetty kuviossa ja käyttäytymiseen liittyvät muutokset kuviossa. Bakhsani ja muut (2016) ja Helmerson ja muut (2021) havaitsivat muutoksia energian ja vitaliteetin lisääntymisessä. Grazzi ja muut (2023) osoittivat, että ahdistusoireet vähenivät molemmissa ryhmissä. Kuitenkin he, joilla on vaikea migreeni; migreenipisteet ≥ 60 MIDAS, eivät kokeneet hyötyä samanlailla edes 12 kuukauden seurannassa. Aiemmassa Grazzin ja muiden (2017) tutkimuksessa masennusoireet vähenivät kliinisesti merkittävästi 12 kuukauden seurannan aikana. Psykkisen hyvinvoinnin muutokset näkyvillä pelkistetysti kuviossa 9.



Kuvio 9. Psykkisen hyvinvoinnin muutokset

Kipukäyttäytymisen muutokset näkyivät lääketarpeen tunnistamisessa. Tämä selittyy kehotietoisuuden lisääntymisen myötä. Potilaat pystyvät tunnistamaan paremmin kipua edeltävät tekijät, kivun voimakkuuden ja reagoida sitä mukaan kipuun. Grazzi ja muiden (2023) mukaan tietoisuus lisääntyi 12 kuukauden seurannan aikana. Tau + MIND-ryhmän potilaiden kyky tunnistaa paremmin, milloin lääke on tarpeellinen ja milloin ei. Lääketarpeen tunnistaminen vähentää turhaa lääkkeiden käyttöä ja ehkäisee pitkittyneitä migreenipotilaiden lääkkeiden liiakäytöstä syntyvää lääkepäänsärkyä. Helmersonin ja muiden (2021) tutkimuksessa MPS:n jälkeen, potilaat kertoivat, että olivat saaneet neuvoja, kuinka elää vaikean migreenin kanssa, sekä tietoisuus ja päätöksenteko oli lisääntynyt. Kipukäyttäytymisen muutokset esitetty pelkistetysti kuviossa 10.

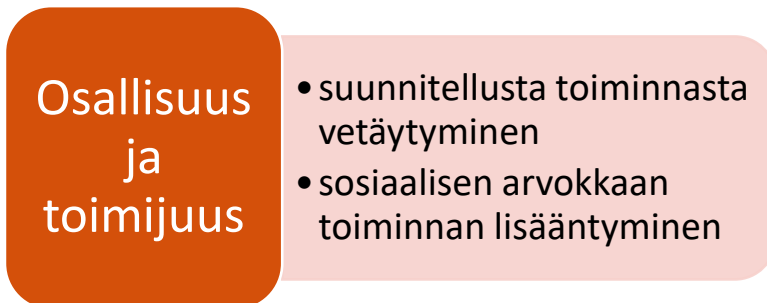


Kuvio 10. Käyttäytymisen muutokset

7.2.3 Sosiaaliset tekijät

Osallisuuteen ja toimijuuteen muodostui katsauksen materiaalista kaksi luokkaa, joita olivat suunnitellusta toiminnasta vetäytyminen ja sosiaalinen arvokas toiminta. Toiminnoista vetäytyminen ja kotiin jääminen väheni ja puolestaan sosiaalinen ja arvokkaaksi koettu toiminta ja aktiivisuus lisääntyivät. Nämä esiteltä kuviossa 11. pelkistetysti. Helmerson ja muut (2021) kuvaavat, että sosiaalisesta ja suunnitellusta toiminnasta ja osallistumisesta vetäytyminen kivun vuoksi (PIPS-A) väheni merkittävästi. Helmersonin ja muiden (2021) tutkimuksen osallistujat kertoivat, että fyysinen kohtaaminen samassa tilanteessa olevien ihmisten kanssa oli arvokasta ja sai tuntemaan, ettei tarvinnut kärsiä yksin vaikeasta migreenistä. Pienryhmissä toteutettu terapia ja keskustelut koettiin arvokkaaksi, ja kaikilla oli tilaa ja mahdollisuus keskusteluun. Helmerson ja muut (2021) osoittavat,

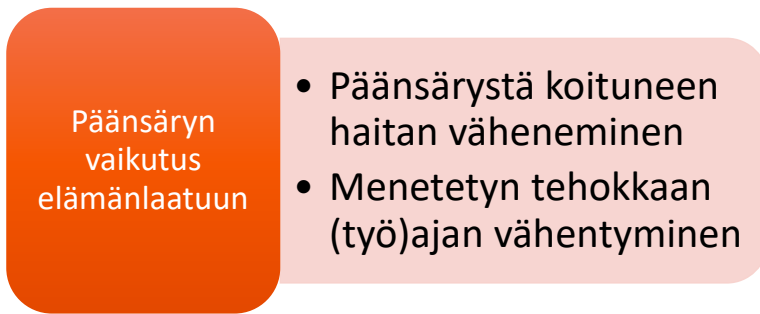
että potilaat kokivat sosiaalisen toiminnan lisääntyneet, kun taas Bakshani ja muiden (2016) tutkimuksen mukaan mindfulnessharjoittelu ei vaikuttanut sosiaalisiin suhteisiin.



Kuvio 11. Muutokset osallisuudessa ja toimijuudessa

Päänsäryn vaikutusta elämään mitattiin monella mittarilla. Merkityksellistä on, että vaikka päänsärkypäivät eivät olisi vähentyneet, ihmiset kokivat sen haittaavan vähemmän elämäänsä. Kuviossa 12. esitelty päänsäryn vaikutukset elämänlaatuun pelkistetysti. Päänsärystä aiheutunut koettu haitta elämään (HIT-6) pieneni merkittävästi kolmessa tutkimuksessa (Grazzi ym. 2017; Grazzi ym. 2021; Helmerson ym. 2021), mikä kertoo psykologisen joustavuuden lisääntymisestä kipua kohtaan. Grazzi ja muut (2023) toetavat, että päänsärystä aiheutuva vammaisuus pieneni 12 kuukauden seurannan aikana. Päänsäryn vaikutus elämään väheni merkittävästi TaU+MIND-ryhmässä verrattuna MIND-ryhmään 12 kuukauden seurannassa; vammaisuus väheni ja elämänlaatu parani (Grazzi ym. 2023).

Grazzi ja muut (2023) selvittivät RCT-tutkimuksessaan, että mindfulness yhdistettynä perinteiseen hoitoon vaikutti merkittävästi sairauden takia menetettyihin tuotteliaaseen aikaan (LPT= Loss productive time). LPT vähennys 12 kuukauden aikana oli 20 päivästä seitsemään päivään. Tämä vaikuttaa välillisesti merkittävästi myös migreenin aiheuttamiin kustannuksiin. (Grazzi ym. 2023.) Vaikka päänsärkypäivät eivät vähentyneet, tutkimukset osoittivat, että potilaat kokivat päänsärystä aiheutuvan invalidisoinnin vähentyneen, oman kehon tietoisuuden lisääntymisen myötä. Bakshani ja muut (2016) tulokset osoittavat myös, että fyysisen terveyden aiheuttamat roolirajoitukset vähenivät intervention jälkeen ja yleinen koettu terveys lisääntyi. Sen sijaan tunteisiin liittyvät roolirajoitukset eivät pienentyneet eikä interventio vaikuttanut fyysiseen suorituskykyyn.

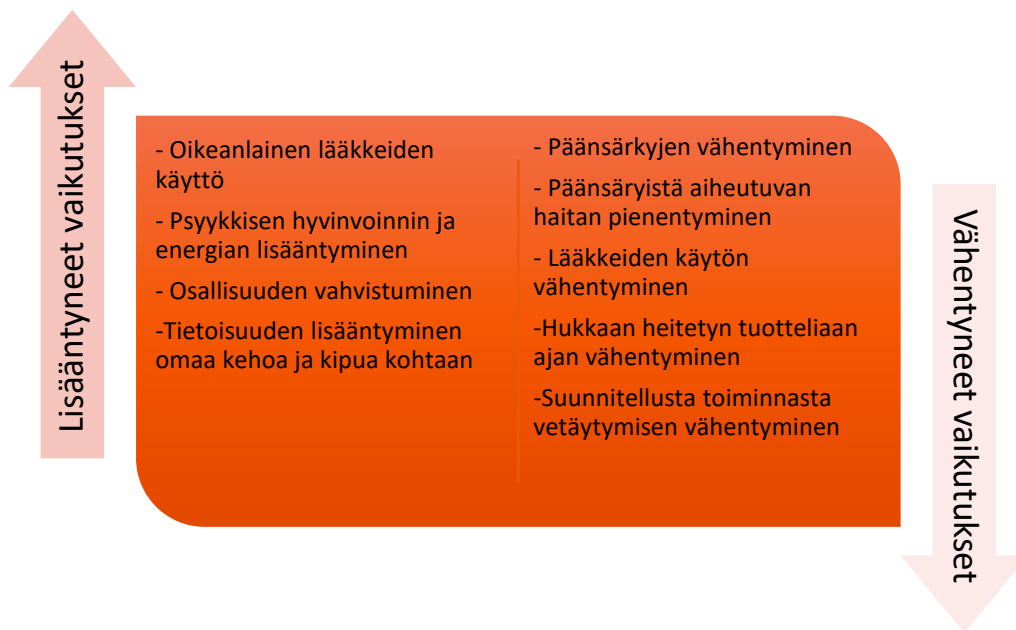


Kuvio 12. Päänsäryn vaikutus elämään

8 Johtopäätökset

Kaikista neljästä aineistoon valikoiduista tutkimuksesta kolmessa oli käytetty interventiona mindfulness-harjoittelua (Grazzi ym. 2023, Grazzi ym. 2017 & Bakshani ym. 2016) ja yhdessä tutkimuksessa BBAT-menetelmää ja rentoutusharjoittelua (Helmerson ym. 2021). Kaikilla mukana olleilla tutkimusinterventioilla oli samankaltaisia hyötyjä kroonisilla migreenikuntoutujilla. Interventioiden pituudet vaihtelivat 6–13 viikon välillä ja sessioiden pituus vaihteli. Tutkimuksissa todettiin, että harjoitusmenetelmän opittua, jo 10 minuutin päivittäinen harjoittelu toi hyötyjä oireiluun. Interventioiden seuranta-aika vaihteli. Tutkimusasetelmat vaihtelivat aineistossa. Kolmessa mindfulness-pohjaisessa interventiossa oli verrokkiryhmä (Grazzi ym. 2023, Grazzi ym. 2017 & Bakshani ym. 2016). Kontrolliryhmät saivat lääkehoitoa ja/tai muuta perinteistä migreenihoitoa yhdistettynä interventioon tai pelkästään perinteistä hoitoa. Kaikki interventiot sisälsivät tutkimusintervention lisäksi edukaatiota mm. ravinnosta ja unesta. Kolme neljästä interventiosta toteutui pienryhmissä. Intervention kouluttajien ammatit vaihtelivat, mutta kaikilla esille tulleista oli sosiaali- ja terveydenhuoltoalan koulutus sekä koulutus intervention aiheena olevaan menetelmään.

Psykofyysiset harjoitteet vaikuttivat niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaaliseenkin hyvinvointiin. Tietoisuusharjoittelu vaikutti tutkimuksissa positiivisesti muun muassa oikeanlaiseen lääkkeiden käyttöön, lisäsi psyykkistä hyvinvointia ja energiaa, vahvasti osallisuutta ja lisäsi tietoisuutta omaa kehoa ja kipua kohtaan. Vastaavasti nämä menetelmät vähensivät päänsärkypäiviä/kk, päänsärystä aiheutuvaa koettua haittaa, lääkkeiden käyttöä, ja hukkaan heitettyä tehokasta aikaa. Hyödyt on esitelty kuviossa 13.



Kuvio 13. Psykofyysisten menetelmien vaikutuksia kroonisilla migreenipotilailla

9 Pohdinta

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimustyön tulee noudattaa hyvän tieteellisen käytännön mukaisia ohjeita, jotta tutkimus voi olla eettisesti luotettavaa ja hyväksyttävää ja sen tulokset uskottavia. Hyvän tieteellisen käytännön perusta eurooppalaisen tutkimuseettisen ohjeistuksen mukaan on rehellisyys, luotettavuus, arvostus ja vastuunkanto. Vastuu hyvistä tieteellisestä käytännöstä kuuluu tekijälle itselle. Tieteellisen työn suunnittelu ja toteutus tehdään avoimen tieteen periaatteiden mukaan oikeudenmukaisesti, puolueettomasti ja yksityiskohtia salaamatta ja otetaan aiemmin tutkittu tieto huomioon. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2023, 11–13.)

Tutkimuksissa on tavoitteena välttää virheiden syntymistä, mutta luotettavuus eli reliabiliteetti ja pätevyys eli validius vaihtelevat aina. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta eli että esimerkiksi toinen tutkija pääsisi samaan lopputulokseen tutkimushaku toistettaessa ja validiteetilla tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tarkka raportointi tutkimuksen vaiheista ja tutkijan tarkka selitys, mihin hän päätöksensä tutkimuksessa perustaa. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2016, 231–233.)

Opinnäytetyössä pyrittiin etsimään alkuperäiset lähteet ja käyttämään niitä. Lähteitä etsiessä on tärkeää olla kriittinen ja arvioida niiden luotettavuus, ovatko ne tarpeeksi laadukkaita ja asiaa vastaavia. Opinnäytetyön lähteinä on pyritty käyttämään vertaisarvioituja tutkimuksia ja artikkeleja sekä alan kirjallisuutta. Lähteet merkattiin JAMKin raportointiohjeiden mukaisesti tekstiviittein sekä lähdeluetteloon. Opinnäytetyöprosessia vaiheet raportoitiin ylös, jotta prosessi on läpinäkyvää. Hakustrategia dokumentoitiin, jotta se olisi mahdollista toistaa.

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta haastaa, se että lähteet olivat englanninkielisiä, mikä ei ole kirjoittajan äidinkieli. Englannin kieli on pyritty kääntämään mahdollisimman huolellisesti tekstejä useaan kertaan lukien. Rajaus tehtiin suomen ja englannin kieleen, mikä sekin voi vaikuttaa tutkimustulokseen poissulkien muulla kielellä tehtyjä tutkimuksia, jotka oisivat voineet olla ajankohtaisia. Opinnäytetyöntekijöitä oli vain yksi, joten se on voinut osaltaan vaikuttaa tutkimuksen laadun arviointiin. Tutkimuksen luotettavuutta lisää, se että sitä on arvioimassa ja tekemässä kaksi henkilöä (Niela-Vilen & Hamari 2016, 27–28).

Tutkimuskysymystä miettiessä, tulee ottaa huomioon, että se on aiheeseen nähden hyvin asetettu, eikä kuitenkaan liian laaja tai suppea. Kysymystä muotoillessa on hyvä ottaa huomioon, mitä ja minkälaista tietoa kysymykseen vastaamalla saadaan (Niela-Vilén & Hamari 2016, 24). Tutkimuskysymykset mietittiin tarkkaan, jotta löydettäisiin tuloksia vastaamaan niihin hyvin. Saadut tulokset analysoitiin mahdollisimman tarkasti, jotta se ei vääristäisi tuloksia.

Tässä opinnäytetyössä tämän osalta on mahdollista, että virheitä esiintyy, sillä tulokset perustuvat yhden henkilön tekemään aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin. Lisäksi kirjallisuuskatsauksen tekijä tekee ensimmäistä kertaa tämän tyyppistä tutkimusta, joten virhemarginaali on olemassa kirjallisuuskatsauksen työprosessissa.

9.2 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyö käsitteli keinoja vaikuttaa kroonisten migreenikuntoutujien hyvinvointiin psykofyysisen fysioterapian menetelmillä. Tavoitteena oli selvittää mitä psykofyysisen fysioterapian interventioita kroonisilla migreenikuntoutujilla käytetään ja kuinka he hyötyvät niistä. Tutkimusten tulokset osoittavat, että krooniset migreenikuntoutujat hyötyvät monin eri tavoin psykofyysisen fysioterapian menetelmiä käyttämällä. Etenkin ne kuntoutujat, joilla on lääkkeiden liikakäytöstä

aiheutuvaa päänsärkyä, ja joille särkylääke ei sovi hyötyvät ei-lääkkeellisistä hoitomenetelmistä. Kokonaisvaltaiset menetelmät voimaannuttavat ja vahvistavat migreenikuntoutujaa selviytyä arjessa sairaudesta huolimatta.

Merkityksellistä tulosten kannalta oli, että vaikka päänsärky itsessään ei vähentynyt, kuntoutujat kokivat sen vaikutuksen elämään vähentyneen, mikä kertoo resilienssin vahvistumisesta (Grazzi ym. 2017; Grazzi ym. 2021; Helmerson ym. 2021). Tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia aiempien tutkimusten ja taustateorian kanssa (Probyn ym. 2017; Haji Seyed Javadi ym. 2019.) Probyn ja muiden (2017) tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset kuin Helmersonin ja muiden (2021) siltä osin, että koettu invalidisoiva haitta väheni, vaikka päänsäryt eivät vähentyneet. Psykofyysisillä fysioterapian menetelmillä oli samankaltaisia tuloksia, huolimatta eri menetelmistä. Haji Seyed Javadi ja muut 2019 tutkivat mindfulness- intervention, HOT-menetelmän ja kontrolliryhmän välisiä eroja koettuun kipuun ja elämänlaatuun. Eroja löytyi merkittävästi vain kontrolliryhmän ja interventioryhmän sisällä, mutta ei eri interventioryhmien välillä. (Haji Seyed Javadi ym. 2019.) Tutkimuksen aiheena olleet eri interventiomenetelmät (mindfulness, rentoutus- ja kehotietoisuusharjoittelu) vaikuttivat samalla tavalla interventiosta huolimatta. Kaikissa näissä interventioidissa oli samankaltaisia elementtejä, jolla pyrittiin muun muassa kehotietoisuuden lisääntymiseen ja psykologisen joustavuuden lisääntymiseen.

Tutkimukset osoittavat, että 6 viikon mindfulness-ryhmäintervention jälkeen vuoden omatoiminen päivittäinen harjoittelu ylläpiti saavutettuja tuloksia 12 kuukauden seurannassa. (Grazzi ym. 2023; Helmerson ym. 2021; Grazzi ym. 2017 ja Bakshani ym. 2016). Huomionarvoista on, että mindfulness-pohjainen intervention tehokkuus oli verrattavissa lääkehoidon tehokkuuteen, sillä juuri kroonista migreeniä sairastavat kärsivät migreenistä johtuvan päänsäryn lisäksi liikalääkityksestä johtuvasta lääkepäänsärystä (Grazzi 2017). Psykofyysisen fysioterapian menetelmiin pohjautuva harjoittelu on lisäksi hyvin turvallinen hoitomuoto, eikä tutkimuksissa raportoitu vaaratilanteita ja sivuvaikutuksia. Tuloksista käy ilmi, että mitä korkeammat pisteet migreenin invaliditeettiä arvioivassa MIDAS-testissä sai, sitä huonommin mindfulness-interventio vaikutti. Tämä voi johtua siitä, että vaikka neuraalikudos on plastista muutokset käyttäytymisessä ja toiminnassa tapahtuvat hitaasti. Tämä tarvisikin pidemmän intervention ja seuranta-ajan kuin vuoden seuranta.

Tutkimustuloksissa esiintyi joitakin ristiriitaisuuksia. Kolmessa tutkimuksessa (Grazzi ym. 2023; Grazi ym. 2017; Bakshani ym. 2016) päänsärky väheni intervention aikana, mutta yhdessä tutkimuksessa muutoksia ei tapahtunut (Helmerson ym. 2021). Tämä voisi selittyä osittain potilaiden vähäisen päänsärkypäiväkirjan täytön vuoksi Helmersonin ja muiden (2021) tutkimuksessa. Sosiaaliset suhteet kohentuivat Helmersonin ja muiden (2021) tutkimuksessa, mutta vastaavaa positiivista vaikutusta sosiaalisiin suhteisiin ei ollut Bakshani ja muiden (2016) tutkimuksessa. Helmerson ja muut (2021) mittasivat sosiaalisuutta ulottuvuutta tarkemmilla ja useammalla mittarilla. Bakshani ja muiden (2016) tutkimusinterventio oli myös lyhyempi (8 vk) verrattuna Helmersonin ja muiden (2016) interventioaikaan (29 vk) ja sosiaalisen käyttäytymisen muutokset vievät usein aikaa muuttuessaan.

Tutkimustulokset vastasivat hyvin asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimushakuja tehdessä ongelmaksi koitui psykofyysisen fysioterapian termi, joka on huonosti tunnettu englannin kielessä. Hakulausekkeisiin pitikin muodostaa englanninkielisiä vastineita psykofyysisen fysioterapian menetelmistä. Lisäksi krooninen migreeni on huonosti tutkittu aihe. Sisäänottokriteerejä täyttäviä tutkimuksia löytyikin verrattain vähän (4) kirjallisuuskatsaukseen mukaan. Mukana olleet tutkimukset vastasivat kuitenkin hyvin molempiin kysymyksiin.

Tutkimukset olivat asetelmiltaan toisistaan hyvin poikkeavia ja luotettavuus vaihtelee, joten tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina ja hyödyllisinä, mutta ei suurempia yleistäviä johtopäätöksiä. Opinnäytetyöhön valikoitui mukaan vain 4 tutkimusta ja tutkimuksissa populaatiokoot ovat suhteellisen pieniä, mikä voi vaikuttaa tilastolliseen harhaan. Tässä kirjallisuuskatsauksessa oli vain kaksi vertaisarvioitua RCT-tutkimusta (Bakshani ym. 2016; Grazi ym. 2023). Bakshani ja muiden (2016) tutkimuksen laadussa oli havaittavissa joitakin puitteita sokkouttamisen suhteen. Grazzin ja muiden (2023) tekemä MIND-CM tutkimus on yksi alan suurimmista ja uusimmista tutkimuksista kyseisessä aiheessa. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista yksi oli pilottitutkimus (Helmerson ym. 2021) ja yksi vuoden seurantatutkimus (Grazi ym. 2017), joista pilottitutkimuksessa ei ollut vertailuryhmää eikä vuoden seurantatutkimuksessa ollut sokkoutettua ryhmäjakoja, vaan potilaat saivat itse valita ryhmänsä lääkkeiden liikakäytön vähentämisen jälkeen. Grazzin ja muiden (2017) tuloksia voidaan pitää näin ollen hypoteettisina.

Opinnäytetyössä oli joitakin rajoituksia, joita tulee ottaa huomioon. On otettava huomioon, että fysioterapia on tutkimusalueena poikkitieteellistä, joten on vaikea sanoa, johtuvatko vaikutukset interventiosta vai muistakin muuttuneista tekijöistä. Kaikissa tutkimuksissa oli mukana potilaalle annettua edukaatiota sairauteen ja elämäntapoihin liittyen, joten on vaikea sanoa minkä verran juuri interventiomenetelmät vaikuttivat ja minkä verran tavanomainen ohjaaminen. Tutkimuksissa tiedonkeruu tapahtui kyselymittareilla. Kolmessa tutkimuksessa oli käytössä kansainvälisiä yleisesti käytettyjä mittareita (Grazzi 2023; Helmerson 2021; Grazzi 2017). Kyselylomakkeita oli täytetty vaihtelevasti tutkimuksissa, mikä voi vääristää tuloksia.

Kirjallisuushaun tulokset osoittavat, että kroonista migreeniä (CM tai ≤ 15 särkypäiviä) on tutkittu vähän ja laadukkaat tutkimukset puuttuvat. Hakutuloksissa episodista migreeniä tai muun tyyppistä migreeniä (särkypäiviä 4 tai enemmän) löytyy tutkimuksia paremmin. Laadukkaat vertaisarvioit RCT-tutkimukset monitieteisestä hoitomuodoista kroonista migreeniä potevilla puuttuvat lähes kokonaan. Kirjallisuushakuja tehdessä kävi ilmi, että enemmän on tutkittu psykofyysisen fysioterapian menetelmien hyötyjä muihin sairauksiin, kuten ptsd:n, masennukseen ja ahdistukseen ja fibromyalgiaan. Vaikka laadukkaita tutkimuksia on viime vuosina tullut enemmän, mm. Grazzi ym. 2023, tarvitaan lisätutkimuksia nimenomaan kroonista migreeniä sairastavien kesken.

Tutkimuksen tuloksia voi hyödyntää terveydenhuoltoalan ammattilaiset ja krooniset migreenikuntoutujat ja muut keskushermoston herkistymisen kanssa kipuilevat kuntoutujat. Psykofyysisen fysioterapian menetelmiä voi käyttää samanaikaisesti lääkehoidon ja perinteisen hoidon rinnalla ja ne ovat lähtökohtaisesti hyvin turvallisia. Yleisellä tasolla opinnäytetyö ja sen tulokset voivat tuoda uutta tietoa psykofyysisen fysioterapian menetelmistä terveydenhuoltoalan henkilökunnalle. Voidaankin todeta, että nämä psykofyysisen fysioterapian menetelmät soveltuvat varsin hyvin kroonisille migreenipotilaille muun hoidon yhteyteen toteutettavaksi.

Hakutuloksissa sisään otetuista tutkimuksista kahdessa tutkimuksessa oli samoja tekijöitä, mikä kertoo tutkijoiden kiinnostuksen kohteen kyseiseen aiheeseen. Tutkimusaiheena opinnäytetyön aihe on melko tuore, ja mukaan otetuista tutkimuksista laadukkaimmat (Helmerson ym. 2021 ja Grazzi ym. 2023) ovatkin tuoreimpia. Voisi ajatella, että joidenkin vuosien päästä, kyseisestä aiheesta on jo enemmän laadukkaampaa tutkimusta saatavilla. Lisätutkimuksia tarvitaan erityisesti laadukkaista kaksoissokkoutetuista RCT-tutkimuksista, jolloin saadaan suoraan tietoa intervention

vaikutuksesta kontrolliryhmään, jossa ei ole hoitoa. Jatkotutkimuksissa myös interventioiden seuranta-ajan olisi hyvä olla useampi vuosi, sillä kroonisessa sairaudessa hermoston plastisuus ja käyttäytymisen muutokset vaativat usein aikaa. Krooniseen migreeniin liittyy usein useita liitännäissairauksia, joten niiden vaikutus kroonisilla migreenipotilailla olisi myös hyvä jatkotutkimuskohde.

Lähteet

Artto, V. & Kallela, M. 2019. Krooninen migreeni. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Kat-saus. Viitattu 7.1.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15041>.

Artto, V. 2019. Migreenin estohoito. Suomen lääkäri-lehti, 74, 15-16, 962-964. verkkolehti. Viitattu 5.2.2024. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/503fd140-f948-4c36-ae47-9b9682c7c7ab/content>

Atula, S. 2024. Migreeni. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 27.8.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00047>

Axelin, A., Stolt, M. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. A:73/2016. Turun yliopisto, Turku.

Buse, D. C., Fanning, K. M., Reed, M. L., Murray, S., Dumas, P. K., Adams, A. M. & Lipton, R. B. 2019. Life With Migraine: Effects on Relationships, Career, and Finances From the Chronic Mi-graine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study. Headache, 59, 8, 1286-1299. Viitattu 6.2.2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6771487/>.

Dodick, D. W., Loder, E. W., Manack Adams, A., Buse, D. C., Fanning, K. M., Reed, M. L. & Lipton, R. B. 2016. Assessing Barriers to Chronic Migraine Consultation, Diagnosis, and Treatment: Results From the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study. Headache, 56, 5, 821–834. Viitattu 6.2.2024. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.

Färkkilä, M. 2013. Migreeni. Ajankohtaista lääkärin käsikirjasta. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 129, 10, 1051–1052. Viitattu 7.1.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10982>.

Gandolfi, M., Donisi, V., Marchioretto, F., Battista, S., Smania, N. & Del Piccolo, L. 2019. A Prospec-tive Observational Cohort Study on Pharmacological Habitus, Headache-Related Disability and Psychological Profile in Patients with Chronic Migraine Undergoing OnabotulinumtoxinA Prophylactic Treatment. Toxins, 11, 9, 504. Viitattu 12.2.2024. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest Central.

Garrigós-Pedron, La Touche Arbizu, Navarro-Desentre, Gracia-Naya, Segura-Ortí. 2018. Effects of a Physical Therapy Protocol in Patients with Chronic Migraine and Temporomandibular Disorders: A Randomized, Single-Blinded, Clinical Trial. Viitattu 14.2.2024. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.

Haji Seyed Javadi, T., Aghareb Parast, N., Shahsavani, S., Chehraghi, M. J., Razavi, L., Rahmani, S. & Nejati, S. 2019. Comparison of the Effectiveness of MindfulnessBased Stress Reduction Group Therapy With Acceptance and Commitment Therapy on Severity of Pain and Health-Related Qual-ity of Life in Patients With Migraine. International clinical neuroscience journal, 6, 3, 111-117. Viitattu 12.2.2024. <https://janet.finna.fi/>, Proquest Central.

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). 2018. The Interna-tional Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. Viitattu

17.1.2024. <https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2018/01/The-International-Classification-of-Headache-Disorders-3rd-Edition-2018.pdf>.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. 21. p. Helsinki: Tammi.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. Viitattu 23.1.2024. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf.

Härkönen, U. Muhonen, M. Matinheikki-Kokko, K. ja Sipari, S. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt asiakas- ja ammattilaiskokemusten sekä kirjallisuuskatsauksen valossa. Kela. Viitattu 7.2.2024. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/f742b96f-988b-42c9-8491-0c7c0e8e1cda/content>.

Holopainen R. 2020. Biopsykososiaalinen viitekehys. Julkaisussa Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK-kustannus Oy.

Hotus. N.d. Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI) Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 24.3.2024. <https://hotus.fi/kansainvalinen-yhteistyö/jbi-keskus/tutkimusten-arviointikriteeristot-jbi/>.

Kabat-Zinn, J. 2017. Mindfulness. Tietoisien läsnäolon perusteet. 2. painos. Helsinki: Viisas Elämä.

Kallela, M. 2016. Migreenin hoitoon yksilöllisiä vaihtoehtoja. Suomen Lääkäriliitto. Suomen lääkäri-lehti 71, 48, 3077–3083. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/e3ae3c91-e509-4383-a2d3-31c18c707d0e/content>.

Kauranen, K. 2021. Fysioterapeutin käsikirja. Helsinki: SanomaPro.

Krooninen migreeni. N.d. Suomen migreeniyhdistys ry. Viitattu 4.8.2024. <https://migreeni.org/tieto/migreeni/krooninen-migreeni/>

Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P. & Törö, T. 2014. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Mediapinta Oy.

May, A. & Schulte, L. H. 2016. Chronic migraine: Risk factors, mechanisms and treatment. Nature reviews. Neurology 12, 8, 455-464. Viitattu 13.2.2024. <https://janet.finna.fi/>, Proquest Central.

Meints, S. & Edwards, R. 2018. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry, 87, 168-182. Viitattu 13.2.2024. <https://janet.finna.fi/>, ScienceDirect.

Migreeni. Käypä hoito -suositus. 2024. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 14.02.2024. Viitattu 7.1.2024. <https://www.kaypahoito.fi/hoi36050#T1>.

Mikkola, K. 2015. Krooninen migreeni, ICHD-3-kriteerit. Viitattu 7.1.2024. <https://www.kaypa-hoito.fi/nix02210>.

Minen, M. T., Begasse De Dhaem, O., Kroon Van Diest, A., Powers, S. Schwedt, T. J., Lipton, R. & David Silbersweig. 2016. Migraine and its psychiatric comorbidities. Review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 87, 7, 741-749. Viitattu 8.2.2024. <https://jnnp.bmj.com/content/jnnp/87/7/741.full.pdf>.

Niela-Vilén H-K. & Hamari, L. 2016. 2. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisu. A:73/2016. Turun yliopisto, Turku.

Perlini, C. Donisi, V. & Del Piccolo, L. 2020. From research to clinical practice: a systematic review of the implementation of psychological interventions for chronic headache in adults. *BMC Health Services Research* volume 20, 459. Viitattu 10.2.2024. <https://janet.finna.fi/>, ProQuest Central.

Probst, M. & Skjærven, L. 2018. Physiotherapy in mental health and psychiatry: a scientific and clinical based approach. Edinburgh: Elsevier.

Probyn, K., Bowers, H., Mistry, D., Caldwell, F., Underwood, M., Patel, S., Kaur Sandhu, H. Matharu, M. & Pincus, T. 2017. Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: A systematic review including analysis of intervention components. *BMJ open*, 7, 8, Viitattu 13.2.2024. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.

Ruscheweyh, R., Pereira, D., Hasenbring, M. I. & Straube. 2019. Pain-related avoidance and endurance behaviour in migraine: an observational study. *The journal of Headache and Pain* 20, 9. Viitattu 15.8.2024. <https://thejournalofheadacheandpain.biomedcentral.com/articles/10.1186/s10194-019-0962-7>.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan Yliopiston julkaisu. Opetusjulkaisu 62. Julkisjohtaminen 4. Viitattu 19.1.2024. https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.

Song, T. & Chu, M. K. 2021. Exercise in Treatment of Migraine Including Chronic Migraine. *Current pain and headache reports*, 25,3, 14. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.

Sulosaari, V. & Kajander-Unkuri, S. 2016. Integroidun kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisu. A:73/2016. Turun yliopisto, Turku.

Röning, T. 2020. Mindfulness eli tietoisuustaidot. Julkaisussa Ammatillaisen kipukirja. Lahti: VK-Kustannus Oy

Rosignoli, C. Ornello, R. Onofri, A. Caponnetto, V. Grazi, L. Raggi, A. Leonardi, M. & Sacco, S. 2022. Applying a biopsychosocial model to migraine: rationale and clinical implications. *The Journal of Headache and Pain* 23,100. Viitattu 11.6. 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9367111/>.

Tatta J. 2022. Introducing a Physical Therapist-Led Acceptance and Commitment Therapy Training for Pain: A Clinical Perspective. The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice, 20, 4, 16. Viitattu 12.2.2024. <https://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2061&context=ijahsp>.

Tarnanen, S. ja Sumelahti, M-L. 2024. Migreeni. Käypä hoidon potilasversio. Duodecim. Viitattu 28.5.2024. <https://www.kaypahoito.fi/khp00018#s10>

Van de Graaf, D., Trompetter, H., Smeets, T. & Mols, F. 2021. Online Acceptance and Commitment Therapy (ACT) interventions for chronic pain: A systematic literature review. Internet interventions : the application of information technology in mental and behavioural health, 26, 100465. Viitattu 16.2.2024. <https://janet.finna.fi/>, Pubmed.

Whittemore, R. & Knaf, 2005. K. The integrative review: updated methodology. Julkaisussa Journal of advanced nursing 52, 5, 546-553. Viitattu 23.1.2024. <https://janet.finna.fi/>, Ebscohost.

Liitteet

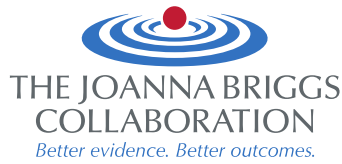
Liite 1. Hakutulosten tutkimukset

Tutkimuk- sen tekijä, vuosi ja maa	Tutkimuksen nimi	Tarkoitus	Tutkimusmene- telmä ja kohde- ryhmä	Interventio	Mittarit	Keskeiset tulokset	Laatu (JBI)
Grazzi, L. DÁmico D. Guas- tafierro, E. Demiche- lis, G. Er- betta, A. Fedeli, D. Nigri, A. Ciusani, E. Barbara, C. ja Raggi A. 2023 Italia	Efficacy of mind- fulness added to treatment as usual in patients with chronic mig- raine and medi- cation overuse headache: a phase-III single-blind ran- domized-control- led trial (the MIND-CM study)	Tutkia mindful- nessiin perustu- van harjoituk- sen vaikutusta perinteisen hoi- don rinnalla po- tilailla, joilla on kroonista mig- reeniä ja lääk- keiden liikakäyt- töä.	RCT-tutkimus n=177, n=89 perinteinen hoito (TaU), n=88 perintei- nen hoito ja mindfulness (Tau + MIND) Diagnoosit: krooninen mig- reeni (CM) ja lääkkeiden liika- käyttö päänsär- kyn (MOH) päänsärkypäiviä 15 tai enem- män/kuukausi	Sisältää kuusi 90 minuutin viikot- taista mindfulness- ryhmäsessiota, jonka jälkeen oma- toiminen harjoitte- luaika jatkuu 6-8 hlö/ryhmä 7-10 min kotihar- joittelua 12 kuu- kauden seurannan aikana	päänsärkypäi- väkirja MigraineSpe- cific Quality (MSQ vs. 2.1) Migraine Disa- bility Assess- ment (MIDAS) 12-item WHO Disability As- sessment Schedule (WHODAS-12) six-item Headache Im- pact Test (HIT- 6) Beck Depres- sion Invento- ryII (BDI-II) the State-Trait Anxiety Inven- tory (STAI-Y) 12-items Allo- dynia Symptoms Checklist (ASC- 12) the Mindful Attention and	TaU + MIND poti- lailla oli ylivoi- maista päänsäryn vähenemistä ver- rattuna TaU- ryh- mään vuoden seu- rannan jälkeen. Tulokset osoittivat elämänlaadun ja parantumista, lääk- keiden ottamisen, toimintakyvyyttö- myyden, päänsäryn vaikutuksen ja tuotteliaan ajan puutteen vähenty- misenä	JBI 12/13

					Awareness Scale (MAAS)		
					HEADWORK questionnaire		
					a day-equivalent loss of productive time (LPT) measure		
Helmer-son, B. Sundholm, A. Hedborg, K., Waldenlind, E. Kierkegaard, M. ja Nilsson Remahl, I.	A pilot study of the feasibility of a Swedish multimodal group intervention for severe migraine—The migraine patient school	Arvioida monialaisen ryhmäintervention (MPS) hyötyjä migreenipotilailla	kvasikokeellisen tutkimus n=24, 23 naista vaikea tai krooninen migreeni 18–65-vuotiaat (HIT-6)>55	4 viikon preinterventio (A) + 13 viikon interventio (B) + 12 viikon seurantavaihe (C) Interventio sisälsi kehon tietoisuusharjoittelua (BBAT) ja rentoutusharjoittelua (sovellettu rentoutus ja progressiivinen rentoutus)	päänsärkypäiväkirja (HIT-6) impact on life päänsärkypäiväkirja (PIPS-A) avoidance behavior (MSQoL) Quality of life	Päänsärryn aiheuttama koettu haitta ja sosiaalisesta toiminnasta vetäytyminen kivun vuoksi väheni merkittävästi	JB1 7/9
2021							
Ruotsi				5-7 hlö/ryhmä	(HAD) anxiety and depression (PSS-14) perceived stress		
Grazzi, L. Emanuela, S. Raggi, A., D’Amico, D., De Giorgio, A. Leonard, M., De Torres, L. Salgado-García, F. ja Andrasik, F.	Mindfulness and pharmacological prophylaxis after withdrawal from medication overuse in patients with Chronic Migraine: an effectiveness trial with a one-year follow-up	Arvioida Mindfulness-hoidon tehokkuutta verrattuna ennaltaehkäisevään lääkehoidon jälkeen	kvasikokeellisen tutkimus n=39, n=19 (Medgroup), n=20 mindfulness (MT-group) 18-65-vuotiaat diagnoisoitu CM-MO (medication overuse)	6 mindfulness-pohjaista istuntoa, 45 in kerrallaan 7-10min omatoimista harjoittelua päivässä 12 kk ajan 5-6 hlö/ryhmä	päänsärkypäiväkirja (HIT-6) päänsärryn vaikutus migreenin vammaisuus (MIDAS) (STAI Y1-Y2) ahdistuneisuus	Molemmissa ryhmässä päänsärkypäivät vähenivät merkittävästi lähtötilanteeseen verrattuna (päänsärkypäivät vähenivät 50% tai enemmän) Mindfulness-pohjainen hoito voi olla verrattavissa ennaltaehkäisevään lääkehoidon tehokkuuteen	JB1 8/9

2017				Beck Debres- sion Inventory (BDI)			
Italia							
Bakhshani, N-M. Ami- rani, A. Amirifard, H., Shah- rakipoor, M.	The effective- ness of Mindful- ness-Based Stress Reduction on Perceived Pain Intensity and Quality of Life in Patiens With Chronic Headache	Selvittää Mind- fulnesspohjai- sen stressin vä- hentäminen- harjoittelun (MBSR) vaiku- tusta koettuun kipuun ja elä- mänlaatuun po- tilailla, joilla on krooninen päänsärky	RCT-tutkimus n=40, n=20 in- terventioryhmä (lääkehoito + MBSR) n=20 vertailuryhmä (vain lääke- hoito)	8 viikon MBSR-oh- jelma, joka sisälsi viikottaisen 90min istunnon ja päivit- täisen kotiharjoit- telun	päänsärkypäi- väkirja Pain and qua- lity of lide (SF- 36) kyselylo- make	MBSR voidaan käyttää ei-farmako- logisena hoitona elämänlaadun pa- rantamiseksi ja sel- viytymisstrategioi- den kehittämiseksi ja yhdistää muihin hoitoihin, kuten lääkehoitoon.	JB 7/13
2016							
Iran			18- vuotias 15 tai enem- män päänsärky- päiviä				

Liite 2. Joanna Briggs instituutin (JBI) arviointikriteerit kvasikokeelliselle tutkimukselle



29.11.2018

JBI: Arviointikriteerit kvasikokeelliselle tutkimukselle

Tätä tarkistuslistaa käytetään kvasikokeellisen tutkimuksen metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan harhan riskin tunnistamiseen. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 9 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsikirjaan](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA). (Tufanaru ym. 2017.)

Arvioija _____ Päiväys _____

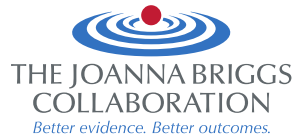
Tekijä(t) _____ Vuosi _____ Nro _____

Arviointikriteeri	K	E	?	NA
1. Ilmaistiinko tutkimuksessa selvästi mikä on syy ja mikä seuraus (ei ole epäselvyyttä siitä, kumpi muuttuja esiintyi ajallisesti ensin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Onko vertailussa mukana olleet ryhmät samankaltaisia tutkittavien osalta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Onko vertailussa mukana olevien tutkittavien hoito yhdenmukainen muilta osin kuin altistumisen tai intervention osalta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Onko tutkimuksessa kontrolliryhmä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mitattiinko tuloksia ennen interventiota /altistumista ja sen jälkeen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pysyivätkö tutkittavat mukana tutkimuksessa seurannan aikana, ja elleivät pysyneet, niin kuvattiinko ja analysoitiinko seurannan aikana ilmenneet ryhmien väliset erot asianmukaisesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mitattiinko tulokset samalla tavalla kaikissa vertailuissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mitattiinko tulokset luotettavasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommenteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Liite 3. Joanna Briggs instituutin (JBI) tarkistuslista satunnaistetulle kontrolloidulle tutkimukselle



11.2.2019

JBI: Kriittisen arvioinnin tarkistuslista satunnaistetulle kontrolloidulle tutkimukselle

Tätä tarkistuslistaa käytetään satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen (randomized controlled trial, RCT) metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan harhan riskin tunnistamiseen. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 13 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsikirjaan](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA). (Tufanaru ym. 2017.)

Arvioija _____ Päiväys _____

Tekijä(t) _____ Vuosi _____ Nro _____

Arviointikriteeri	K	E	?	NA
1. Onko osallistujien ryhmiin jakaminen satunnaistettu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ovatko tutkittavien ryhmiin jako salattu ryhmiin jakoa toteuttaneilta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ovatko koe- ja kontrolliryhmät samankaltaisia tutkimuksen alussa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ovatko tutkittavat sokkoutettu tutkimuksen ryhmäjäoista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ovatko intervention toteuttajat sokkoutettu tutkittavien ryhmäjäoista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ovatko tulosmuuttujien mittajat sokkoutettu tutkittavien ryhmäjäoista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kohdeltiinko ryhmiä yhdenmukaisesti lukuun ottamatta tutkimuksen kohteena olevaa interventiota?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pysyivätkö tutkittavat mukana tutkimuksessa seurannan aikana, ja elleivät pysyneet, kuvattiinko ja analysoitiinko seurannan aikana ilmenneet ryhmien väliset erot asianmukaisesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tehtiinkö lähtöryhmien mukainen (hoitoaieanalyysi eli 'intention-to-treat') analyysi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mitattiinko muuttujat samalla tavalla kaikissa ryhmissä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mitattiinko muuttujat luotettavasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Onko koeasetelma tutkittavan aihealueen näkökulmasta asianmukainen, ja huomioitiinko mahdolliset poikkeavuudet perinteisestä RCT-asetelmasta tutkimuksen toteutuksessa ja analysissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentit (mukaan lukien syy hylkäykseen):
