

Rentoutusharjoitukset työikäisten migreenin hoidossa

Tiivistelmä		
Tekijät Parvinen, Jenna Silander, Sallamari	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Valmistumisaika 2021
	Sivumäärä 31	
Työn nimi Rentoutusharjoitukset työikäisten migreenin hoidossa		
Tutkinto Fysioterapia (AMK)		
Ohjaavan opettajan nimi, titteli ja organisaatio Kari Kauranen, yliopettaja, LAB ammattikorkeakoulu		
Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää työikäisten subjektiivinen kokemus rentoutusharjoitusten ja migreenin vaikutuksesta työkykyyn. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Suomen Migreeniyhdistys ry:n kanssa. Tutkimukseen osallistujat hankittiin yhdistyksen kautta. Vastaukset kerättiin Webropol -kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeen lisäksi tutkitaan kirjallisuutta ja aikaisempia tutkimuksia aiheeseen liittyen.</p> <p>Migreeni vaikuttaa henkilön työkykyyn fyysisesti, psyykkisesti, kognitiivisesti ja sosiaalisesti. Rentoutusharjoitusten vaikutuksista migreenin hoidossa on tehty paljon tutkimuksia, mutta uutta tutkimustietoa on vähän saatavilla. Tämä tutkimus osoitti rentoutusharjoitusten vaikutusten olevan yksilöllisiä ja migreenin hoidossa harjoitukset koettiin yleisesti positiivisena.</p> <p>Tietoisuuden lisäämistä työpaikoille migreenistä ja sen kokonaisvaltaisesta vaikutuksesta työkykyyn tulisi lisätä. Näin saataisiin vähennettyä migreeniä sairastavan henkilön ylimääräistä stressiä ja lisättyä ymmärrystä migreenistä sairautena. Jatkotutkimuksia rentoutusharjoitusten vaikutuksesta ja hyödyntämisestä migreeniin tarvitaan vielä. Tutkimuksia tarvitaan, jotta lääkkeettömiä hoitokeinoja voidaan hyödyntää migreeniä sairastavien henkilöiden omatoimisessa hoidossa ja kuntoutuksessa terveydenhuollossa.</p>		
Asiasanat rentoutusharjoitukset, työkyky, migreeni		

		Abstract
Authors Parvinen, Jenna Silander, Sallamari	Type of Publication Thesis, UAS	Published 2021
	Number of Pages 31	
Title of Publication Relaxation exercises as a treatment for migraine for the working-age people		
Name of Degree Degree Program in Physiotherapy		
Name, title and organization of the supervising teacher Kari Kauranen, Principal Lecturer, LAB University of Applied Sciences		
Name, title and organization of the client		
<p>Abstract</p> <p>The goal of this thesis was to discover whether relaxation exercises, as a treatment for migraine, affect a person's working ability. The thesis was executed in collaboration with Finnish Migraine Association. All participants in this study were acquired through the association. The data were collected by Webropol questionnaire. In addition to the questionnaire, research of empirical literature and studies related to the topic was conducted.</p> <p>Migraines have a comprehensive effect on person's working ability. There is a wide scope of studies on the effect of relaxation exercises as a treatment to migraine however there is a lack of more recent data on the subject. The findings of the study prove that the results of the treatment are diverse, however often perceived to have a positive effect.</p> <p>Raising awareness in the workplace about migraines and their overall impact on work capacity should be increased. This would reduce the extra stress of a person with a migraine and increase the understanding of migraine as a disease. Further research about the effect and utilization of relaxation exercises on migraine is still needed to help people with migraine to work more holistically.</p>		
<p>Keywords</p> <p>relaxation exercises, working ability, migraine</p>		

Sisällysluettelo

1	Johdanto.....	1
1.1	Opinnäytetyön tausta.....	1
1.2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	2
2	Migreeni.....	3
2.1	Etiologia ja esiintyvyys.....	3
2.2	Oireet.....	5
2.3	Hoitomenetelmät.....	8
3	Rentoutusharjoitukset.....	13
3.1	Yleisimmät rentoutusmenetelmät.....	13
3.2	Tieteellinen näyttö rentoutusmenetelmien vaikutuksista migreenin hoidossa.....	14
4	Opinnäytetyön toteutus.....	18
4.1	Tutkimusaineisto.....	18
4.2	Tutkimusasetelma.....	18
4.3	Tiedonkeruumenetelmä.....	19
4.4	Eettiset näkökohdat.....	20
4.5	Aineiston analysointi.....	21
5	Tulokset.....	22
5.1	Migreenin vaikutus työkykyyn.....	22
5.2	Rentoutusharjoitusten vaikutus migreeniin.....	23
5.3	Rentoutusharjoitusten vaikutus koettuun työkykyyn.....	23
6	Pohdinta.....	24
6.1	Aineisto.....	24
6.2	Menetelmät.....	25
6.3	Tulokset.....	25
6.4	Jatkotutkimusaiheet.....	26
7	Johtopäätökset.....	27
	Lähteet.....	28

Liitteet

- Liite 1. Saatekirje
- Liite 2. Suostumuslomake
- Liite 3. Tietosuojailmoitus
- Liite 4. Kyselylomake

1 Johdanto

1.1 Opinnäytetyön tausta

Migreeni on sairaus, joka aiheuttaa päänsärkykohtauksia. Yleisimmät migreenikohtaukselle altistavat tekijät ovat valot, stressi ja kiire, jotka ovat nykypäivänä yleistyneet ihmisten arjessa. Migreenikohtauksen kesto ja kivuliaisuus vaihtelevat paljon ja pahimmillaan henkilön työkyky katoaa kokonaan. (Suomen Migreeniyhdistys ry 2020c.) Migreeni on työikäisten naisten sairaus ja sitä esiintyy naisilla kolme kertaa useammin kuin miehillä. Tautitaakaltaan migreeni on elämää ja työntekoa erityisesti kuormittava sairaus. Migreeni alentaa työ- ja toimintakykyä jo ennen varsinaista kohtausta ja pahimmillaan työkyvyttömyys kestää usean päivän. Poissaolojen, työtehokkuuden laskun ja keskittymisvaikeuksien lisäksi merkittävä haaste työyhteisössä on sairauden ymmärryksen puute. (Suomen Migreeniyhdistys ry 2020a.)

Suomessa migreeniä sairastaa noin 700 000 ihmistä. Migreeni on alidiagnosoitu sairaus ja Suomessa ilman migreenidiagnoosia elää noin 250 000 ihmistä. Yhden sairaus-poissaolopäivän kustannus on työnantajalle keskimäärin 300 euroa. Migreenipotilaat käyttävät kaksi kertaa enemmän terveydenhuollon palveluja, josta syntyy kustannuksia yhteiskunnalle ja yrityksille. (Korolainen 2019, 9).

Migreenin hoidossa rentoutumisharjoituksia on hyödynnetty ja tutkittu paljon, mutta uutta tutkimustietoa on vähän. Estohoitona migreeniin voidaan käyttää lääkkeettömänä hoitokeinona rentoutumista, terveellistä ruokavaliota, liikuntaa ja riittävää unta. (Suomen Migreeniyhdistys ry 2020d.) Psykologisista ja biopsykologisista hoitokeinoista paras tulos on saatu biopalautehoidoilla ja rentoutushoidoilla. Päänsärkyjen voimakkuutta ja esiintyvyyttä näillä hoitokeinoilla on saatu pienennettyä keskimäärin 45 % ja niiden teho on säilynyt 1–5 vuoden ajan. (Käypä hoito 2015.)

Opinnäytetyön yhteistyökumppani on Suomen Migreeniyhdistys ry. Suomen Migreeniyhdistys on perustettu vuonna 1995. Yhdistys on valtakunnallinen potilas- ja edunvalvontajärjestö, josta saa tukea ja ohjausta migreeniin ja muihin päänsärkysairauksiin. Järjestö tekee yhteistyötä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. (Suomen Migreeniyhdistys ry 2020e.) Migreenillä on yhteiskunnallisesti merkittäviä vaikutuksia, joita ei ole tutkittu tarpeeksi. Tämän pohjalta aihe opinnäytetyölle muodostui.

1.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kyselylomakkeen avulla, minkälainen yhteys migreenillä on työikäisten työkykyyn ja minkälaista hyötyä rentoutusharjoituksista tutkimukseen osallistuneet henkilöt ovat saaneet migreenin hoitoon. Tarkoituksena on selvittää minkälaisia muita keinoja osallistujat ovat hyödyntäneet migreenin hoidossa ja minkälaista hyötyä he ovat niistä saaneet.

Tavoitteena opinnäytetyössä on lisätä tietoisuutta migreeniä sairastaville henkilöille ja heidän kanssaan työskenteleville siitä, kuinka migreenin vaikuttaa työikäisten työkykyyn. Yhteistyökumppanina opinnäytetyössä oli Suomen Migreeniyhdistys ry. Tutkimusongelmat opinnäytetyössä ovat:

Tutkimusongelmat opinnäytetyössä ovat:

1. Miten migreeni vaikuttaa työikäisten työkykyyn?
 - 1.1. Miten migreeni vaikuttaa työikäisen fyysiseen työkykyyn?
 - 1.2. Miten migreeni vaikuttaa työikäisen psyykkiseen työkykyyn?
 - 1.3. Miten migreeni vaikuttaa työikäisen kognitiiviseen työkykyyn?

2. Miten rentoutusharjoitukset vaikuttavat migreeniin?
 - 2.1. Miten rentoutusharjoitukset vaikuttavat migreenin laatuun?
 - 2.2. Miten rentoutusharjoitukset vaikuttavat migreenin määrään?

3. Miten rentoutusharjoitteet vaikuttavat migreeniä sairastavan henkilön koettuun työkykyyn?
 - 3.1. Miten rentoutusharjoitteet vaikuttavat migreeniä sairastavan henkilön koettuun fyysiseen työkykyyn?
 - 3.2. Miten rentoutusharjoitteet vaikuttavat migreeniä sairastavan henkilön koettuun psyykkiseen työkykyyn?
 - 3.3. Miten rentoutusharjoitteet vaikuttavat migreeniä sairastavan henkilön koettuun kognitiiviseen työkykyyn?

2 Migreeni

2.1 Etiologia ja esiintyvyys

Migreeni on aikuisiän yleisempiä neurologisia sairauksia, jonka syntymekanismeja ei vielä täysin tunneta. Uskotaan, että migreenikohtaus saa alkunsa hypotalamuksen ja aivorungon alueelta. (Kalso ym. 2018, 347.) Aivorungossa tapahtuu sähkökemiallinen aktivaatio, joka saa alkunsa migreenikohtauksia laukaisevista tekijöistä. Koska migreeni on osittain geenien säätelemä sairaus ja geenien periytyminen on yksilöllistä, voi migreeni ja sen muoto ilmetä perheenjäsenillä täysin erilaisena. (Suomen migreeniyhdistys ry 2020c.)

Migreenikohtauksen voi laukaista monet ulkoiset ja sisäiset tekijät. Marmura (2018, 2.) julkaistussa artikkelissa sanotaan, että yleisimmät migreenikohtauksen laukaisevat tekijät ovat stressi, kuuloärsykkeet, uupumus, paasto ja kuukautiset. Lisäksi migreenikohtaukselle altistavat ja herkistävät erilaiset muutokset päivittäisissä toiminnoissa tai ympäristössä.

Migreenikohtauksen laukaisuun liittyy monia sairauksia ja riskitekijöitä. Moon ym. (2017, 2.) julkaistussa tutkimuksessa kerrottiin, että migreenikohtauksen komplikaatioita voivat olla esimerkiksi verisuoniperäiset tapahtumat, masennus, ahdistuneisuus, epilepsia ja uniongelmat. Migreenikohtauksien tiheys, kofeiini, lääkkeiden liikkakäyttö, ylipaino, kuorsaus tai uniapnea ja stressaavat elämäntapahtumat voivat olla migreenikohtauksen komplikaatioiden riskitekijöitä.

Työkyky koostuu työtehtävien edellyttämästä fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä ja osaamisesta. Työkyky on tasapainoa työntekijän toimintakyvyn, voimavarojen, työn aiheuttamien vaatimusten ja haasteiden kesken. (Suomen Teknisten Toimihenkilöiden Keskusliitto 2020.)

Ikävuosina 15–49 migreeni on huomattavin työkykyä alentava sairaus. Migreenin esiintyvyys on korkeampi naisilla, kuin miehillä. Suurempi esiintyvyys naisilla johtuu hormonikierrosta, jonka arvioidaan olevan yksi tavallisimmista migreenikohtauksia laukaisevista tekijöistä. Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan migreeniä sairastaa Amerikassa ja Euroopassa vuositasolla miehistä 6–8 % ja naisista 15–18 %. (Suomen Migreeniyhdistys ry 2020c.)

Keskimäärin migreeniä sairastavalla on 1–5 migreenikohtausta kuukaudessa. Migreeni on alaselkävivun jälkeen toiseksi yleisin vammauttava sairaus. Burch ym. (2019, 633, 635) julkaistussa artikkelissa kerrottiin vuonna 2016 tehdystä maailmanlaajuisesta tutkimuksesta nimeltä GBD (*engl. Global Burden of Disease*), josta ilmeni, että migreenin esiintyvyys on korkeimmillaan elämän toisesta vuosikymmenestä viidenteen vuosikymmeneen eli silloin,

kun ihminen on aktiivisimmillaan työelämässä. Tutkimuksen mukaan 132 maan tiedoista arvioitiin maailmanlaajuisesti migreeniä olevan 1,04 miljardilla ihmisellä. Migreenin esiintyvyys on yleisintä Euroopassa ja vähiten migreeniä esiintyy Afrikassa ja Kiinassa. Maantieteellisten ja rodullisten erojen taustojen arvioidaan liittyvän tutkimuksellisiin-, geneettisiin-, biologisiin-, ympäristöllisiin ja sosiaalisiin tekijöihin.

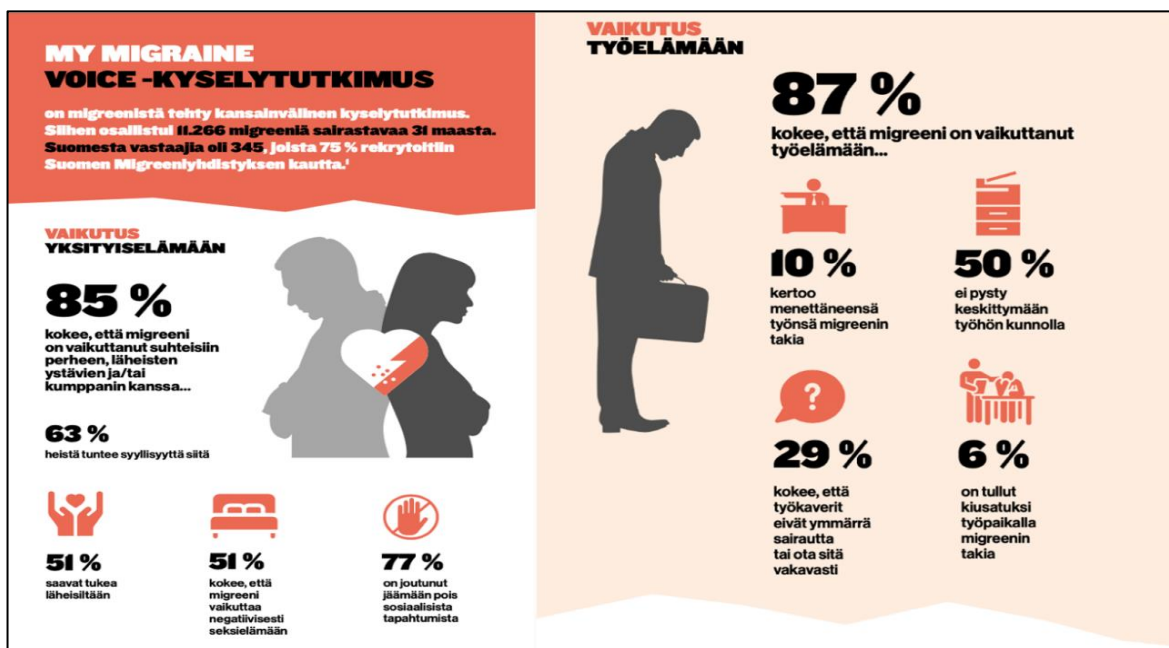
Naiset kokevat migreenin vakavammin, kuin miehet. Burch ym. (2019, 633) tutkimuksessa verrattiin miesten ja naisten kokemusta migreenistä Amerikassa. Naiset kuvailivat migreenistä aiheutuvan voimakkaampaa kipua ja päänsärkyjen työkyvyttömyyttä. Lisäksi naiset hakeutuivat kaksi kertaa herkemmin päivystykseen kivun vuoksi ja käyttävät enemmän reseptilääkkeitä päänsärkyyn, kuin miehet.

Migreenistä aiheutuvat sairauspoissaolot tulevat kalliiksi yhteiskunnalle ja työnantajille. EU-maissa migreenistä aiheutuvien kustannusten arvioidaan olevan keskimäärin noin 1200 euroa vuodessa henkilöä kohden. Kustannuksiin lasketaan muun muassa sairauspoissaolot, työn tuottavuuden väheneminen, lääkkeiden kustannukset, sairaalakäynnit- ja jaksot. (Suomen Migreeniyhdistys 2020b.) Martelletti ym. (2018, 8) tutkimuksessa kerrottiin migreenin hoidon epäonnistumisen lisäävän terveydenhuollon käyttöä ja lisäkustannuksia. Kustannuksiin liittyivät lisääntynyt lääkitys ja sairaanhoidon palvelun tarve. Migreenin diagnosointiin olisi syytä keskittyä ja panostaa, sillä hoitamattomana migreeni aiheuttaa lisää kustannuksia yhteiskunnalle ja migreeniä sairastavalle.

Martelletti ym. (2018, 6–7) tutkimuksessa tutkittiin maailmanlaajuisesti yli 31 maata. Tutkimus pohjautui ”My Migraine Voice”- kyselytutkimukseen (Kuva 1), johon vastasi 11 266 henkilöä ympäri maailmaa. Tutkimuksessa tutkittiin migreenin kokonaisvaltaista vaikutusta työkyvyn jokaisella osa-alueella. Tutkimuksessa henkilöt, jotka ovat vaihtaneet lääkityksen edes kerran elämänsä aikana luokiteltiin omaksi ryhmäksi. Kyselyyn vastanneista 70 % ilmoitti migreenillä olevan vaikutusta työelämään. Lääkitystä vaihtaneella ryhmällä migreenin vaikutus työkykyyn oli suurempi (75 %) kuin potilailla, jotka eivät olleet vaihtaneet lääkitystä (60 %, $p < .05$). Kyselyyn vastanneiden tuloksista esiin nousivat vaikeus keskittyä työhön (52 %), työpoissaolot (32 %) ja kollegoiden ymmärtämättömyys sairautta kohtaan ja sen vakavasti ottaminen (27 %). Lisäksi vastaajista 63 % ilmoitti työpaikan olevan tietoinen migreenistä, mutta 18 % ilmoitti saavansa tukea työnantajaltaan migreeniin.

Martelletti ym. (2018, 6) tutkimuksen tuloksissa kävi ilmi, kuinka kokonaisvaltaisesti migreeni vaikuttaa henkilöön. Noin 85 % vastanneista kertoi migreenin kanssa elämisen vaikuttavan ainakin yhdellä negatiivisella tavalla elämään. Esille nousi ymmärtämättömyys (48 %), josta seurasi masennusta (41 %) ja avuttomuuden tunnetta (39 %). Lähes 90 % vastanneista

koki, että migreeni rajoittaa elämää ja vaikuttaa heidän henkilökohtaiseen- ja sosiaaliseen elämäänsä jollain tavalla.



Kuva 1. My Migraine Voice- kyselytutkimuksen tulokset migreenin vaikutuksesta yksityis- ja työelämään (Novartis Finland Oy 2021).

2.2 Oireet

Migreeni jaetaan kahteen päämuotoon, jotka ovat aurallinen ja auraton migreeni. Aurallisesta migreenistä käytetään myös nimeä *klassinen migreeni*, sillä se on migreenin muodoista yleisempi. Aurallista migreeniä ennakoivat yleensä erilaiset näköhäiriöt, puutumiset tai lihaskrampit ja puhumisen vaikeudet. (Käypä hoito 2015.) Auran oireet johtuvat aivo-kuoressa tapahtuvasta ohimenevästä toimintahäiriöstä (*engl. cortical spreading depression*) (Kalso ym. 2018, 347). Auraton migreenikohtaus puolestaan alkaa ilman minkäänlaisia ennakko-oireita ja se määritellään yleensä liitännäisoireiden perusteella (Käypä hoito 2015).

Aivorungon alueelta lähtee kasvojen ja pään alueen tuntohermo ja verenkierron säätelijänä toimiva kolmoisherme. Migreenikohtauksen alussa useat aivorungossa sijaitsevat tumakkeet aktivoituvat, erityisesti viides aivohermotumake, jonka säikeet erittävät aivokalvojen suurten verisuonten pinnalle hermovälittäjäaineita ja tulehduksellisia tekijöitä. (Terveyskylä 2018b.) Migreenikohtauksen laukaisijana pidetään kolmoishermeä. Hermopääteiden aktivoituminen ja sitä kautta kipuviestin välittyminen kipua aistiville aivoalueille laukaisevat migreenikohtauksen. Migreenikohtaukselle tyypillinen sykkivä särky johtuu herkistyneiden kipupääteiden reagoimisesta valtimoissa kulkeviin pulssiaaltoihin. Aivorungon alue palautuu

migreenikohtauksen jälkeen normaaliksi aiheuttamatta sinne minkäänlaisia pysyviä muutoksia. (Suomen Migreeniyhdistys ry 2020c.)

Migreenikohtauksen oirekuvalle on tyypillistä, että vaiheet seuraavat toisiaan (Kuva 2). Oireita on paljon, eikä jokaisella esiinny migreenikohtauksen aikana samoja oireita. Migreenikohtaus jaetaan tyypillisesti neljään vaiheeseen, jotka ovat *ennakko-oireet*, *aura*, *särkyvaihe* ja *jälkioireet*. (Suomen Migreeniyhdistys ry 2020c.)

Migreenin ennakko-oireet voivat alkaa päiviä ennen päänsärkyvaihetta. Tyypillisimpiä ennakko-oireita ovat uupumus, mielialan muutokset, nälän tunne, haukottelu, lihaskipu ja valonarkuus, jotka johtuvat hypotalamuksen, aivorungon, limbisen järjestelmän ja tiettyjen aivokuoren alueiden osallistumisesta kohtaukseen. (Dodlick, D.W. 2018, 5.) Oireet ovat subjektiivisia, eikä jokaisella esiinny samoja oireita kohtauksen aikana. Aistiherkkyksiä voidaan migreenikohtauksessa pitää objektiivisina oireina (Charles, A. 2017, 3).

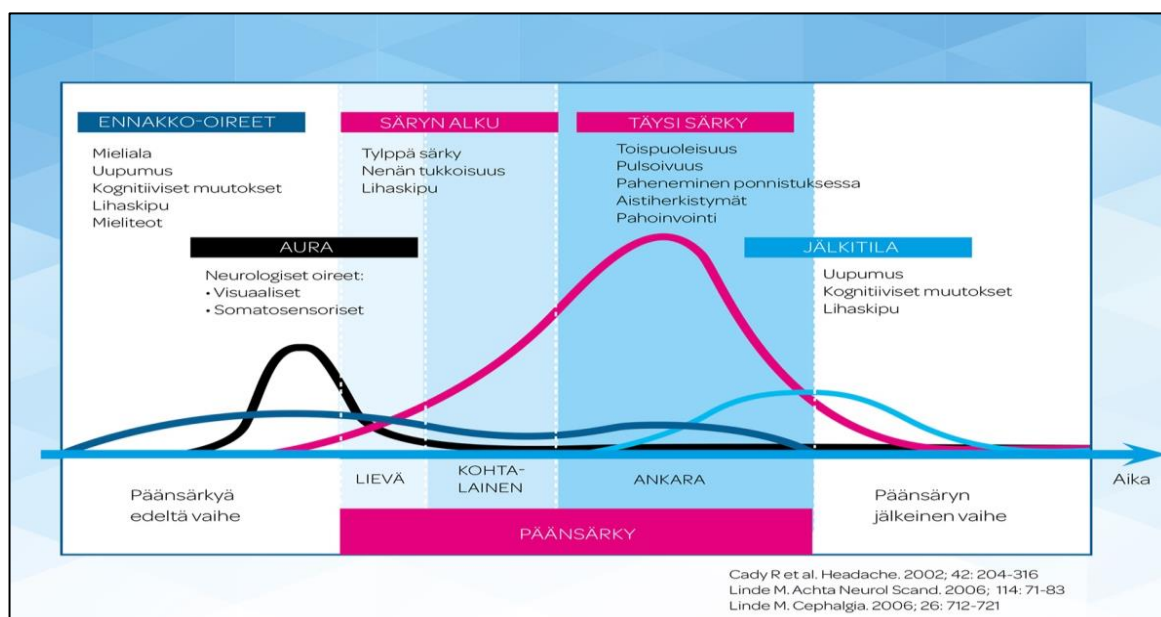
Auravaiheessa henkilö voi nähdä kirkkaita valoja, sahalaitaista kuviota tai osa näkökentästä voi kadota (Suomen Migreeniyhdistys ry 2020c). Auraa esiintyy migreenipotilaista noin 30 %. Visuaalisia oireita, jotka ovat aurallisen migreenin yleisimmät oireet, esiintyy yli 90 % aurallista migreeniä sairastavilla. (Lai & Dilli. 2020, 1.) Auran syntymekanismina pidetään takaraivon alueella sijaitsevaa näköaivokuorta, josta etenee sähköinen aalto. Aallon ylittäessä aivokuoren alueen, syntyy auralle tyypillisiä näköaistimuksia. Se aiheuttaa hermosolujen toiminnan ja verenkierron vaimenemisen hetkellisesti. Tämä häiriö aiheuttaa ilmiön, jota sanotaan *auraksi*. Yleensä aura ennakoi tulevaa migreenikohtausta, mutta jokaisella migreeniä sairastavalla ei auravaihetta tule. Kohtaus kestää yleensä tunnin. (Suomen Migreeniyhdistys ry 2020c.)

Migreenipääkipu koetaan tavallisesti kovana tai kohtalaisena jyskyttävänä kipuna. Kipu voi lisäksi alkaa niskan alueelta lihas-, tai toispuolisena särkynä pään alueella. (Suomen Migreeniyhdistys ry 2020c.) Migreenipäänsärlyn piirre on peräisin kolmoishermon ja parasympaattisen hermoston eli tahdosta riippumattoman autonomisen hermoston toisen pääosan aktivoitumisesta. Aktivoitumisen seurauksena vapautuneet *neuropeptidit* eli hermosolun erittämät viestiaineet aiheuttavat verisuonten laajentumisen ja aktivoitumisen sekä neurogeenisen tulehduksen aivojen ja kovakalvon alueelle. (Kalso ym. 2018, 347.)

Särkyvaiheen kesto vaihtelee tunteista vuorokauden mittaisiin jaksoihin. Kipu voidaan jakaa kahteen vaiheeseen: kolmoishermon herkistymiseen eli *perifeeriseen sensitisaatioon* ja keskushermoston kipuratojen herkistymiseen eli *sentraaliseen sensitisaatioon*. Voimakas kipu johtuu perifeerisestä sensitisaatiosta ja myöhemmässä vaiheessa sentraalisesta sensitisaatiosta. Perifeerisessä sensitisaatiossa kipu on voimakasta ja ponnisteltaessa tai liikkuessa kipu pahenee. Keskushermoston kipuratojen herkistyessä joillain alueilla kosketus

voidaan aistia voimakkaana kipuna. Kipukohtaukseen liittyy usein hikoilua, pahoinvointia ja oksentelua. Lisäksi pulssin kiihtyminen ja verenpaineen nousu ovat kipukohtauksessa yleisiä muutoksia. Kipukohtaus on usein niin voimakas, että se lamauttaa normaalin toimimisen esimerkiksi työntöön kokonaan. (Suomen Migreeniyhdistys ry 2020c.)

Kipukohtauksen jälkeen seuraa toipumisvaihe. Tavallisimpia oireita tälle vaiheelle ovat mielialan vaihtelut, väsymys ja alakuloisuus. Lisäksi pään ja niskan alue voi tuntua kireältä ja aristavalta. Koko kohtauksen kesto voi olla pisimmillään 5–6 vuorokautta. (Suomen Migreeniyhdistys ry 2020c.)



Kuva 2. Migreenin oirejatkumo. (Suomen Migreeniyhdistys ry 2020c.)

Ravintoaineiden ja migreenin välistä yhteyttä on tutkittu paljon. Tiettyjen ruokavalioiden ja ravintoaineiden yhdistäminen yhdeksi migreenikohtauksia laukaisevaksi tekijäksi on vaikeaa vajaiden tutkimusten, normaalia ennakoivan ruokahalun ja kohtauksia laukaisevan ruokahalun erottamiseksi. Elintarvikkeita pidetään todennäköisemmin myötävaikuttajana migreenikohtauksissa, kun itse kohtauksia laukaisevana tekijänä. (Murma 2018, 3).

Hindiye ym. (2020, 2, 5) julkaistussa tutkimuksessa selvisi, että paasto (44 %) ja alkoholi (27 %) olivat yleisimmät ravintoon ja migreenikohtauksiin liittyvät tekijät. Ruoka-aineista suklaa, kofeiini, maito, juusto ja pitkää syömättömyyttä eli paastoamista pidetään migreenikohtauksen laukaisevina tekijöinä. Paastoaminen aiheuttaa muutoksia muun muassa veressä, joka johtaa migreenikohtauksen syntymiseen. Yhdysvaltain terveystieteiden tutkimuksessa ilmeni, että yöllinen napostelu ja myöhäinen syöminen puolestaan vähensivät päänsärkyä mahdollisuutta sairastavilla 21 %. Maailmanlaajuisessa terveyttä- ja ravitsemusta mittaavassa kyselyssä NHANES (engl. *The National Health and Nutrition Examination Survey*) selvisi, että normaalipainoisilla naisilla, jotka eivät sairasta migreeniä,

ruokavalio oli laadukkaampaa, kun normaalipainoisilla naisilla, jotka sairastavat migreeniä ($p < .0001$).

Migreeniä sairastavilla on todettu olevan muita sairauksia, kuten epilepsiaa, aivohalvauksia, levottomia jalkoja, univaikeuksia, MS-tautia, allergioita, verisuonisairauksia, fibromyalgiaa, masennusta, ahdistuneisuutta ja astmaa migreenittömiä henkilöitä enemmän. Sairauksien esiintymisille on esitetty ja perusteltu monia teorioita. Yhden teorian mukaan yksi tauti voi edistää ja aiheuttaa samanaikaisia muita sairauksia yhdessä ympäristön- ja geneettisten tekijöiden kanssa. (Burch ym. 2019, 637.)

Useat väestöpohjaiset tutkimukset ovat havainneet migreeniä sairastavilla masennuksen ja ahdistuksen olevan noin kaksi kertaa yleisempää, kuin migreenittömillä henkilöillä. Migreeniä sairastavista 40 % sairastaa masennusta ja ahdistuneisuushäiriöistä kärsii 50 %. Lisäksi erilaiset pakko-oireilun häiriöt ovat migreeniä sairastavilla yleisempiä, kuin muulla väestöllä. (Burch ym. 2019, 638.)

2.3 Hoitomenetelmät

Migreenin hoito jaetaan kahteen osaan; kohtaus- ja estohoitoon. Lääkehoito on ensisijainen ja keskeinen osa migreenin hoitoa, mutta lääkettäömät hoidot ovat myös merkittävä osa hoitoa. Migreenikohtauksesta toipumista nopeuttavat lepo ja ärsykkeiden välttäminen. Estohoitona tärkeää on pyrkiä säännöllisiin elämäntapoihin, kohtauksia provosoivien tekijöiden välttämiseen ja hoitaa stressiä, jotka ovat migreenikohtauksia pahentavia oheisongelmia. (Kelso ym. 2018, 347.)

Migreeniä hoidetaan tulehduskipulääkkeillä tai täsmälääkkeillä. Lääkehoidon rinnalle suositellaan yhdistämään liikunta, venyttely ja mahdollisesti fysioterapeuttiset hoitokeinot (Atula 2019). Fysioterapiasta ei ole kansallisessa Käypä hoito -suosituksissa mainintaa migreenin hoidossa. Akupunktion hyödyistä migreenin hoidossa on saatu kohtalaista näyttöä. Tutkimusten mukaan, osa potilaista on saanut hyötyä muun muassa akupunktiosta. (Käypä hoito 2015.)

Lievemmät migreenikohtaukset menevät yleensä itsestään ohi viileässä ja pimeässä tilassa. Lisäksi rentoutumisesta ja lämpimästä suihkusta voi olla apua. (Suomen Migreeniyhdistys ry 2020d.) Tällä hetkellä auralliseen migreeniin ei ole olemassa erityistä hoitomuotoa, joten aurallista ja auratonta migreeniä pyritään hoitamaan samalla tavalla. Koska aurallinen migreeni voi aiheuttaa esimerkiksi aivohalvauksen, aurallisen migreenin diagnoosiin ja sen hoitoon liittyvät tekijät tulee ottaa huomioon hoidossa. (Lai & Dilli. 2020, 6.)

Lääkkeettömät hoitokeinot voidaan jakaa kolmeen ryhmään, joita ovat laukaisevien tekijöiden selvittäminen ja niiden välttäminen, psykologiset ja biopsykologiset hoitokeinot ja fysiikaaliset hoidot. Ilman tehokasta hoitoa oireiden pitkittyminen voi johtaa sentraalisen kipuradaston herkistymiseen ja sen seurauksena kipu voi kroonistua. (Käypä hoito 2015.)

Luotettavin ja käytännöllisin testi migreenin todentamiseen on MIDAS arviointiasteikko (*engl. Migraine Disability Assessment Scale*). Lomake on luotettava ja nopea arvioimaan sairauden haitallisuusasteen. Lomakkeessa arvioidaan ja pisteytetään kolmen kuukauden aikana migreenin aiheuttama haitta työhön ja kouluun, kodinhoitoon- ja vapaapäiviin sekä perhe- ja sosiaaliin suhteisiin viiden yksinkertaisen kysymyksen avulla. Pisteitä voi saada 0:sta 270:een perustuen päänsäryistä aiheutuvan vammautumisen mukaan. Pisteet jaetaan neljään luokkaan: luokka 1 vähän tai ei ollenkaan (0–5), luokka 2 lievä vamma (6–10) ja luokka 3 kohtalainen vamma (11–20). Luokka 4 on jaettu kahteen alaluokkaan (a ja b). Luokka 4A on vaikea vamma (21–40) ja luokka 4B on erittäin vaikea vamma (41–270). Haitta-asteen avulla voidaan määrittää yksilöllinen ja oikeanlainen lääkitys ja hoitokeino migreeniin. (Burch ym. 2019, 635.)

Suurimmalle osalle migreeniä sairastavista riittävät tavalliset kipulääkkeet tai kipu- ja pahoinvointilääkkeen yhdistelmät. Tavallisia kipulääkkeitä käytettäessä on suositeltavaa ottaa suurempia annoksia, kuin normaalisti. Tärkeintä migreenikohtauksen hoidossa ja sen onnistumisessa on muistaa ottaa riittävän suuri annos lääkettä heti kohtauksen alkuaireiden ilmaantuessa. Näin saavutetaan lääkkeiden suurempi teho, kuin pienemmillä annoskoilla. (Käypä Hoito 2015.) Tavalliset särkylääkkeet tulee ottaa jo auravaiheen aikana, kun taas estolääke *triptaani* otetaan vasta särkyvaiheessa. Jatkuva kipulääkkeiden ottaminen voi aiheuttaa särkylääkepäänsäryn, joka johtuu särkylääkkeiden liiallisesta käytöstä. (Kelso ym. 2018, 348.)

Usein migreeniin ja sen lääkkeelliseen hoitoon määrätään *triptaani-* ryhmään kuuluvia lääkkeitä. Triptaanit ovat migreenin kohtauksessa käytettäviä täsmälääkkeitä. (Käypä Hoito 2015.) Kaikki triptaani- lääkevalmisteet supistavat migreenikohtauksessa laajentuneita verisuonia ja estävät kipupulssin etenemistä kolmoishermon ääreissäikeissä ja aivorunkotumakkeissa (Kalso ym. 2018, 347). Vaikean migreenin ensisijaiseksi hoidoksi usein ehdotetaan triptaaneja. Tehokkaammaksi triptaani- lääkkeeksi on tutkimuksessa todettu *sumatriptaani*. Sumatriptaani- valmisteita on saatavilla suun kautta otettavista lääkkeistä aina injektioihin ja nenäsuihkeisiin. (Käypä Hoito 2015.) Migreenikohtauksen aikana on todettu välittäjäaineen nimeltä CGRP (*engl. Calcitonin Gene-Related Peptide*) vapautuvan verenkiertoon. Tutkimuksissa käy ilmi, että CGRP pitoisuus saadaan normalisoitumaan triptaani lääkityksellä, mutta ei epäspesifeillä kipulääkkeillä. (Charles, A. 2017, 5.)

Lai & Dilli (2020) julkaistussa katsauksessa kerrottiin nenän kautta otettavalla sumatriptaani lääkkeellä olevan sama teho auralliseen ja aurattomaan migreeniin. Post-hoc- analyysistä paljastui suun kautta otettavan lääkkeen olevan aurallisessa migreenissä tehottomampi, kuin aurattomassa migreenissä. Analyysissä ei kerrottu migreenikohtauksen vaiheen ajan-kohtaa lääkkeenotolle. Aurallisessa migreenissä aikaisen lääkehoidon on todettu lisäävän lääkkeen vastetta migreenikohtaukselle, jolloin mahdollisesti analyysistä saatu tulos selittyi myöhäisessä vaiheessa otetulla lääkannoksella. (Lai & Dilli 2020, 7.)

Beetasalpaajilla on todettu olevan migreenin ennaltaehkäisevässä hoidossa vaikutusta ja apua. Paras teho on saatu propranolin, metoprololin ja timololin käytöstä. Parhaan tuloksen tutkimuksissa oli saanut propranolin, joka osoittautui 60 kokeessa kaikista vaikuttavimmaksi migreenin ennaltaehkäisevässä hoidossa. (Ha & Gonzalez 2019, 19–20.)

Migreenin lääkehoitoa on tutkittu paljon ja tutkimukset pyrkivät jatkuvasti edistymään, jotta potilaiden olisi mahdollista päästä kokonaan eroon migreenistä ja sen tuomista oireista. Tutkimus osoitti, että 22 % kroonista migreeniä sairastavista henkilöistä, joilla oli käytössä ihonalle pistettävä estohoito lääkitys, kuukausittaiset migreenipäivät vähenivät kolmessa kuukaudessa 75 %. Vastaavasti lumelääke ryhmässä 3 % ilmoitti migreenipäivien vähene- misestä. (Tassorelli & De Icco 2019.)

Lääkehoitojen lisäksi migreenin hoidossa on tutkittu ei-invasiivista kiertäjähermostimulaa- tiota (nVNS), joka on saanut vahvaa tieteellistä näyttöä tehokkaana hoitomuotona migree- niin. Tassorelli & De Icco (2019) julkaistussa artikkelissa kerrottiin tutkimuksesta, joka oli saanut luokan 1 todisteita nVNS hoidosta migreenikohtausten akuutissa hoidossa. Tutki- muksessa annettiin kaksi 120 sekunnin stimulaatiota ja tuloksena oli lisääntynyt todennä- köisyys olla kivuton kahdessa tunnissa (30 %) verrattuna lumelääkeryhmään (20 %). Toi- sessa tutkimuksessa nVNS osoittautui estävän kolmoishermon autonomisen refleksin. Es- tävä vaikutus on tärkeä, sillä sen avulla pystytään yhdistämään modulaation vaikutus aivo- rungon tasolle, erityisesti ytimen alueelle. Modulaatio ryhmässä migreeniä ei esiintynyt yti- men alueella kuukauteen (100 %). Lumelääkeryhmässä vastaava tulos oli 6 % ($p < .001$). (Tassorelli & De Icco 2019.)

Migreeni on useilla henkilöllä stressistä riippuvainen. Stressi on hallittuna myönteistä ja sitä tarvitaan esimerkiksi tavoitteiden saavuttamiseen. Liiallisena ja pitkittyneenä se muuttuu haitalliseksi. (Suomen Mielenterveys ry 2021.) Migreenipotilailla on havaittu olevan korke- ammat koetun stressin tasot, kun migreenittömillä. Noin 80 % migreenipotilaista, joilta löytyy kohtauksia laukaisevia tekijöitä, on raportoinut stressin olevan yleisin migreenikohtauksia laukaisevista tekijöistä. Moon ym. (2017) julkaistussa tapaustutkimuksessa

migreenipotilaiden pisteet stressiä mittaavassa kyselylomakkeessa PSS (*engl. Perceived Stress Scale*) olivat huomattavasti korkeammat ($p < .001$), kun kontrolliryhmässä. (Moon ym. 2017, 2,3.)

Tutkimukset migreenin lääkkeettömistä estohoidoista ovat varsin pieniä (Käypä Hoito 2015). Ennaltaehkäisevä hoito vähentää esiintyvyyttä, migreenin intensiteettiä ja päänsärkyyn liittyviä ahdistumisen tunteita. Tutkimuksessa havaittiin, että noin 38 % jaksottaisista migreenikohtauksista kärsivät hyötyivät ennaltaehkäisevästä hoidosta. (Ha & Gonzalez 2019, 17.)

Useassa tutkimuksessa on tutkittu migreenin ja ruoka-allergioiden välistä suhdetta. Tutkijat ovat ehdottaneet migreenin hoitoon tietyn ruokavalion noudattamista ja tiettyjen ruoka-aineiden eliminointia. (Murma 2018, 3.) Ruokavaliolla ja ruokatottumuksilla voi olla migreenikohtauksia provosoivia tai hillitseviä vaikutuksia. Ravinnon suhteen migreenin hoitoon kuuluvat ravitsemuksen arviointi ja hoitaminen. Ravitsemushoito kuuluu migreenin lääkkeettömään estohoitoon, jonka avulla selvitetään kohtauksia laukaisevia tekijöitä ja tarvittaessa ohjataan aineiden välttämiseen. (Terveystalo 2021.)

Migreenin hoidossa on tutkittu eri vitamiinien, mineraalien ja erilaisten yrttien hyötyä. Magnesiumin hyötyä on tutkittu sekä migreenikohtauksien hallinnassa että akuuteissa kohtauksissa. Matalat magnesiumitasot solun sisällä, aivoissa ja veressä on yhdistetty migreenikohtauksiin. Tutkimukset ovat osoittaneet, että migreenikohtauksien määrä väheni tutkittavilla suun kautta otettavan magnesiumin avulla 22–43 %. Magnesiumia voidaan suositella otettavaksi päivittäin osana migreenin hoitoa. Magnesiumin lisäksi B2-vitamiinia suositellaan otettavaksi ennaltaehkäisevänä vitamiinina. (Patel ym. 2019, 361.)

Päänsärkypäiväkirjan avulla saadaan selville migreenikohtauksien ja sen laukaisevien tekijöiden yhteys. Päänsärkypäiväkirjan säännöllinen käyttö auttaa potilasta ja lääkäreitä tunnistamaan päänsärlyn syitä ja hoidon tarvetta. (Suomen migreeniyhdistys ry 2020b.) Osa potilaista voi yliarvioida migreenikohtauksia laukaisevia tekijöitä tai he eivät osaa tunnistaa jokaista laukaisevaa tekijää. Vaikka suurin osa potilaista ei tunnista jokaista migreenikohtauksen laukaisevaa tekijää, osaavat he hyvin ennakoita ja tunnistaa kohtaukset ennen niiden syntymistä. (Murma 2018, 2.)

Episodisen migreenin ehkäisyssä akupunktiolla on saatu positiivisia tuloksia (Govind 2019, 88). Akupunktio on lähtöisin Kiinasta ja länsimaissa sitä hyödynnetään ensisijaisesti kivun hoidossa. Tutkimusten perusteella akupunktiota voidaan soveltaa esimerkiksi migreenin, päänsärlyn ja osan tuki- ja liikuntaelinkipujen hoidossa. (Kalso ym. 2018, 250–251.) Govind (2019, 88) katsausartikkelissa havaittiin, että akupunktiota saaneilla

päänsärkykohtauksien tiheys puolittui 41 %. Katsauksessa todetaan, että vähintään kuudesta hoitokerrasta koostuva akupunktiojakso voi olla tehokas keino migreeniä sairastaville henkilöille.

Xu (2020, 1–2) tutkimuksessa arvioitiin akupunktion tehoa ennaltaehkäisevänä hoitona 150 tutkimushenkilölle, joilla on episodinen migreeni ilman auraa, ja jotka eivät olleet aikaisemmin saaneet akupunktiota. Tutkimushenkilöt olivat keski-ikältään 37-vuotiaita. Tutkimukseen naisia osallistui 123 ja miehiä 27. Tutkimushenkilöt jaettiin kolmeen ryhmään; manuaaliseen akupunktioryhmään, kontrolliryhmään, joka sisälsi plasebo-neulat ja tavanomaiseen hoitoryhmään. Tavanomaista hoitoa tarjottiin jokaiselle ryhmälle. Tavanomainen hoito sisälsi elämäntapaohjausta ja migreenin itsehoitoa. Näillä voi olla yhteys migreenin esiintymistiheyteen.

Tutkimuksessa havaittiin muutos migreenipäivissä ja migreenikohtauksien esiintyvyydessä neljän viikon jaksoissa viikolle 20 asti. Migreenipäivien ja migreenikohtausten väheneminen neljää viikkoa kohden lähtötasosta oli merkittävästi suurempi manuaalisessa akupunktio ryhmässä kuin tavallisessa hoitoryhmässä viikoilla 1–20. Tutkimus osoitti, että 20 hoitokerran manuaalinen akupunktio tuotti pitkäaikaista vähenemistä migreenipäivissä ja migreenikohtauksissa verrattuna tavanomaiseen hoitoryhmään. Muutokset olivat merkittävästi suuremmat hoidon aloittamisen jälkeisistä neljän viikon jaksoista ja vähennykset kestivät viimeisen neljän viikon seurantajaksoon viikoille 17–20. Manuaalisen akupunktioryhmän ja tavanomaisen hoitoryhmän välillä migreenipäivät laskivat 84 % viikoilla 1–4 ($p < .004$) ja 60 % viikoilla 17–20 ($p < .001$). Migreenikohtausten määrä laski molempien ryhmien välillä 94 % viikoilla 1–4 ($p < .026$) ja 50 % viikolla 17–20 ($p < .001$). (Xu 2020, 3–8.)

3 Rentoutusharjoitukset

3.1 Yleisimmät rentoutusmenetelmät

Migreenin hoidossa käytetään psykologisia ja biopsykologisia hoitoja, joista parhaat tulokset on saavutettu biopalautehoidolla ja rentoutushoidoilla (Käypä hoito 2015). Biopalaute on menetelmä, joka mittaa ihmisen fysiologisia toimintoja. Biopalautteessa käytetään tarkkoja välineitä mittaamaan kehon muutoksia. Muutokset esitetään henkilölle palautteena ja näin henkilö saa käsityksen siitä, mitä kehossa tapahtuu ja oppii muuttamaan omia käyttäytymismallejaan oman suorituskyvyn ja terveyden edistämiseksi. (Martic-Biocinan ym. 2017, 365.)

Rentoutusharjoitteina voivat olla erilaiset hengitysharjoitukset, meditointi, kehotietoisuuden harjoittelu ja jännitys-rentoutusharjoittelu, jota voidaan kutsua myös progressiiviseksi eli asteittain eteneväksi rentoutumiseksi (Terveyskylä 2018a). Rentoutuksella tarkoitetaan jännityksestä vapautumista. Jännitys ymmärretään psyykkisenä mielentilana ja fyysisenä lihaksen tonuksen kuvaavana tilana. Rentoutusharjoituksilla on pitkäaikaisia ja välittömiä vaikutuksia kehoon. Rentoutusharjoittelun pitkäaikaisia vaikutuksia ovat stressin sietokyvyn lisääntyminen, ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden lievittyminen ja autonomisen hermoston toimintojen tasapainottuminen. Välittömiä vaikutuksia ovat sympaattisen hermoston aktivaation väheneminen, jonka vuoksi verenpaine, sydämen lyöntinopeus, hapenkulutus ja hengitysnopeus alentuvat. Lisäksi kehoon erittyy endorfiineja aivojen sähkötoimintojen hidastumisen myötä. Rentoutusharjoituksissa tajunnan taso vaihtelee kolmen eri tilan välillä; valvetilan, rentoutumisen ja unen välillä. Rentoutusharjoitusten yhteydessä stressihormonipitoisuudet laskevat ja edistävät sitä kautta hermostollisen, hormonaalisen ja immunologisen järjestelmän toimintaa. Rentoutusharjoitusten avulla oppiminen, ongelmanratkaisukyky ja hallinnan tunne vahvistuvat. (Kauranen 2021, 539.)

Rentoutusharjoitusten avulla pyritään muun muassa lievittämään kipua ja harjoittamaan tietoisuutta läsnäoloa. Rentoutusmenetelmien koettuja hyötyjä kivun hallinnassa voivat olla lihasten rentouttamisen oppiminen, keskittymisen lisääntyminen, nukahtamisen helpottuminen ja kivun sietokyvyn kasvaminen. (Terveyskylä 2018a).

Migreenin oireiden ehkäisyssä ihmiset usein pyrkivät välttämään riskiaiheuttajia, kuten stressiä ja pyrkivät pitämään huolta säännöllisestä uni- ja ruokarytmistä. Rentoutusharjoitusten avulla on pystytty ennaltaehkäisemään migreenikohtauksia ja helpottamaan migreenikohtauksen aiheuttamaa kipua. Tutkimuksessa migreenikohtauksien määrä laski kolmessa kuukaudessa 50 % ja kipu laski noin 40 %. (Martic-Biocinan ym. 2017, 637.)

3.2 Tieteellinen näyttö rentoutusmenetelmien vaikutuksista migreenin hoidossa

Migreenin hoidossa on käytetty useita eri rentoutusmenetelmiä, jotka ovat osoittautuneet tehokkaiksi. Mielikuvaharjoittelu, erilaiset hengitystekniikat; kuten pallea- ja syvähengitys ja progressiivinen lihasrentoutus ovat olleet yleisimpiä rentoutusmenetelmiä. (Pérez-Muñoz ym. 2019, 793.) Rentoutusharjoitusten avulla on saatu pienennettyä päänsärkyjen esiintyvyyttä ja niiden voimakkuutta keskimäärin 45 % ja hoitojen teho on säilynyt kahdella kolmasosalla potilaista noin 1–5 vuoden ajan. Psykologisten ja biopsykologiset hoidot vaativat potilaalta pitkää sitoutumista ja aikaa. Hoitojen teho on osoittautunut yhtä tehokkaaksi, kuin lääkkeiden. (Käypä hoito 2015.)

Käyttäytymisterapia, rentoutuminen ja biopalautehoito voidaan yhdistää potilaan ennaltaehkäisevään hoitoon. Näiden yhdistelmien avulla voidaan saavuttaa kliininen lisäparannus migreeniin. Migreeniä voidaan hoitaa monilla eri lääkkeettömillä hoitokeinoilla esimerkiksi akupunktiolla, hengitysharjoitteilla ja kevyellä liikunnalla. Vuonna 2016 julkaistussa Cochrane- katsaustutkimuksessa havaittiin, että akupunktion lisääminen hoitoon vähensi päänsärkyä 50 % osallistujista ja on yhtä tehokas, kuin ennaltaehkäisevä lääkitys. (Ha & Gonzalez 2019, 22.)

Martic-Biocinan (2017) julkaisemassa tutkimuksessa käytettiin migreenin hoidossa biopalauteen lisäksi hermostollista palautetta, mikä on tietynlainen biopalaute. Hermostollisessa palautteessa aivojen sähköistä aktiivisuutta käytetään hyödyksi. Palautteen aikana ilmenevät tietyt häiriöt liittyvät aina tiettyihin aivotoimintamalleihin ja hermostollisen palautteen avulla on mahdollista vähentää tai poistaa häiriöiden oireita. Biopalautehoitoon käytettiin hengittämistä, verisuonten supistamista ja laajentamista ja hermostollisen palautteen soveltamista. Tutkimuksessa tutkittiin 25-vuotiasta tyttöä, joka on kärsinyt migreenin aiheuttamista oireista monien vuosien ajan. Tuloksena kolmen kuukauden aikana migreenikohtaukset laskivat 50 % ja kivut vähenivät noin 40 %. (Martic-Biocinan ym. 2017, 635.)

Wachholtzin ym. (2017, 7) tutkimuksessa tutkittiin eri meditaatiomuotojen vaikutuksia migreenin aiheuttamaan päänsärkyyn. Tutkimuksen sisäänottokriteerinä oli migreenikohtauksien esiintyvyys yli kaksi kertaa kuukaudessa ja diagnosoitu migreeni. Poissulkukriteerinä oli tutkittavalla aiemmin todettu diabetes tai Reynaudin oireyhtymä. Tutkimuksessa 92 osallistujaa jaettiin satunnaisesti neljään eri ryhmään: henkiseen meditaatioryhmään (n = 25); sisäisesti kohdennettuun maalliseen meditaatioryhmään (n = 23); ulkoisesti kohdennettuun maalliseen meditaatioryhmään (n = 22) ja progressiiviseen lihasrentoutusryhmään (n = 22). *Henkinen meditaatio* on transsendenttisen meditaation muoto, jonka avulla on saatu lievitettyä päänsärkyjen tiheyksiä, voimakkuutta ja ahdistuneisuuden tunnetta useassa tutkimuksessa (Patel ym. 2019, 364). Osallistujista 10 oli miehiä ja 82 naisia. Jokaiselle ryhmälle

ohjattiin oman harjoitusohjelman toteutus. Meditaatioryhmät valitsivat yhden meditaatiolauseen, jota tuli käyttää keskittymisen keinona meditaation aikana. Jokaisen meditaatioryhmän harjoitus oli sama, mutta jokainen ryhmä valitsi oman meditaatiolauseen. Progressiiviselle lihasrentoutusryhmälle ohjattiin progressiivista rentoutusta. Ryhmät toteuttivat harjoituksia päivittäin 20 minuuttia 30 päivän ajan ja täyttivät päänsärkypäiväkirjaa. Henkisessä meditaatioryhmässä migreenin esiintymistiheys laski 64 % muihin ryhmiin verrattuna ($p < .05$). Kuukauden aikana lääkkeiden käyttö väheni kaikissa neljässä ryhmässä ($p < .05$) mutta henkisessä ryhmässä laskua esiintyi eniten, noin 83 % ($p < .05$). Tutkimukseen osallistuneiden kipulääkkeiden käyttö väheni, joka voi viitata lisääntyntä kiputoleranssia migreenipäänsärkyihin. (Wachholtzin ym. 2017, 7, 12–14.)

Meditaatio on niin sanottu henkinen tekniikka, jonka tarkoituksena on lisätä tarkkaavaisuutta, tietoisuutta ja emotionaalista säätelyä. Tieteellisessä tutkimuksessa meditaatio jaetaan kahteen luokkaan; keskittyvään ja tietoiseen meditaatioon. Keskittyvässä meditaatioissa huomio kohdennetaan tiettyyn esineeseen, kuvaan tai mantraan. Tämä meditaatiomuoto tunnetaan myös nimellä *transsendenttinen meditaatio*. Tietoisuusmeditaatiolle ominaista on tietoisuus ja havainnointi sisäisistä ja ulkoisista ärsykkeistä, kuten ajatuksista ja tunteista. (Patel ym. 2019, 364.)

MBSR (*engl. mindfulness-based cognitive therapy*) vaikutusta on tutkittu migreenin hoidossa. Tutkimukseen osallistui 37 aikuista, joilla täytyi olla vähintään 15 särkypäivää. Osallistujat satunnaistettiin kahteen ryhmään; MBSR-ryhmään ja tavalliseen lääkehoitoryhmään. MBSR-ryhmällä todettiin vähemmän kipua ja korkeampi elämänlaatu verrattuna lääkehoitoa saaneeseen ryhmään. Tutkimuksen pienestä otoskoosta huolimatta, MBSR osoitettiin helpottamaan migreenikohtauksen aiheuttaman päänsärlyn voimakkuutta. (Patel ym. 2019, 364.)

AAN (*engl. American Academy of Neurology*) hyväksyi tutkimustietojen perusteella vuonna 2000 A-tason todisteena rentoutusharjoittelun, lämpöbiopalautehoidon yhdistettynä rentoutusharjoitteluun, elektromyografian, biopalauteen ja kognitiivisen käyttäytymisterapian migreenin ehkäisyssä ja migreeniä ennaltaehkäisevänä hoitona lääkkeellisen hoidon kanssa. Hoitokeinot ovat kustannustehokkaita ja näiden hoitomuotojen haittavaikutusten riski on pienempi verrattuna lääkehoitoon. (Patel ym. 2019, 362.)

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on psykoterapeuttinen hoitomuoto ja sitä käytetään esimerkiksi monissa mielenterveys sairauksien hoidossa. Kognitiivisen käyttäytymisterapian mukaan ajatukset ovat yhteydessä tunteisiin ja käyttäytymiseen. Migreenin hoidossa kognitiivinen käyttäytymisterapia keskittyy vääristyneisiin ajatusmalleihin sairaudesta ja pyrkii muuttamaan ne oikeiksi. Tutkimuksissa on osoitettu kognitiivisen käyttäytymisterapian

laskevan päänsärkyjen voimakkuutta 16–72 %, lääkityksen tarvetta 20–25 % ja vähentävän masennuksen, ahdistuneisuuden ja kivun katastrofointia. (Patel ym. 2019, 363.)

Biopalaute on tekniikka, jossa kehon tahattomat toiminnot mitataan ulkoisilla laitteilla ja muunnellaan halutuiksi fysiologiseksi vasteiksi. Tavoitteena on opettaa potilaat kehittämään tietoisuutta ja kontrollia erilaisiin fysiologisiin muuttujiin, kuten sykkeeseen, hengitykseen ja lihasjännittyneisyyteen rentoutustekniikoiden avulla. Opittuaan nämä tekniikat, niitä voidaan hyödyntää paikasta riippumatta ilman ulkoisia laitteita. Migreenin hoidossa biopalaute mahdollistaa potilaiden tietoisuuden fysiologisista muutoksista rentoutusharjoittelun aikana ja samalla lisää työkykyä ja toimintaa. Biopalautteesta ja rentoutusharjoittelusta on saatu tutkimuksissa kohtalaista näyttöä migreenin hoidossa. (Patel ym. 2019, 363.)

Hypnoosi on tajunnan tila, jossa keskittyminen on kohonnut normaalia korkeammalle. Hypnoosi on ollut kivunhoidossa käytössä jo 1700-luvulta saakka. 1970-luvun alussa monet tutkimukset osoittivat hypnoosin olevan hyödyllinen myös migreenin hoidossa. Tutkimukset ovat osoittaneet hypnoosin laskevan päänsärky kohtauksia, vähentävän lääkkeiden käyttöä ja nostavan elämänlaatua aikuisilla ilman haittavaikutuksia. Hypnoosia on käytetty mieli-kuva- ja rentoutusharjoittelun kanssa ja sitä voidaan harjoittaa itsenäisesti esimerkiksi ääninauhujen avulla. (Patel ym. 2019, 364.)

Jooga on mielen ja kehon yhteyden harjoittamista, joka keskittyy erilaisiin fyysiseen ja henkiseen oloon. Jooga on lähtöisin intialaisesta filosofiasta ja sisältää erilaisia fyysisiä asentoja, hengitys tekniikoita ja meditaatioita. Joogan vaikutusta kivun lievityksessä on tutkittu paljon ja tutkimuksista on saatu positiivisia tuloksia moniin sairauksiin, kuten päänsärkysairauksiin. Eräässä tutkimuksessa tutkittiin joogan vaikutusta 65:llä migreeni potilaalla. Potilaat jaettiin satunnaisesti joogaryhmään ja itsehoitoryhmään. Kolmen kuukauden intervention jälkeen joogaryhmä osoitti tuloksissa laskua kivun tiheydessä, voimakkuudessa ja kohtauksen kestossa verrattuna itsehoitoryhmään. Lisäksi joogan on osoitettu auttavan stressin lieventämisessä, jota pidetään yhtenä migreenikohtauksia laukaisevana tekijänä. (Patel ym. 2019, 364–365.)

Liikuntaa suositellaan usein migreenikohtausten ennaltaehkäisevänä hoitona. Aerobisen liikunnan vaikutus voi selittyä tulehdustilan laskulla aivoverenkierrossa ja minä- pystyvyyden kasvamisella. Toisaalta liikunta voi osalla migreenipotilaista laukaista migreenikohtauksen. (Patel ym. 2019, 365.)

Pérez-Muñoz (2019, 789–790) katsausartikkeli tarkastelee empiirisesti tuettuja käyttäytymishoitoja migreenin ja muiden päänsärkyjen hoidossa ja niiden ennaltaehkäisyssä. Käyttäytymishoitoja ovat esimerkiksi biopalautehoito, rentoutusharjoittelu, kognitiivinen käyttäytymisterapia ja mindfulness. Migreenin käyttäytymishoidot ovat hyödyllisiä, sillä ne ovat

turvallisia käyttää, jos lääkkeelliselle hoidolle on vasta-aiheita, kuten raskaus, lääkkeiden liikkakäyttö tai sydäntapahtuma. Käyttötymishoidot ovat tehokkaita kaikissa elämän vaiheissa ja niistä saadut hyödyt säilyivät hoidon päättymisen jälkeen.

Simshäuser (2019, 1, 4) tutkimuksessa tutkittiin mindfulnessiin pohjautuvan stressin lievityksen vaikutusta migreenin hoidossa. Tutkimuksessa 62 osallistujaa jaettiin kahteen ryhmään; mindfulnessiin pohjautuvaan stressin lievitys ryhmään eli MBSR- (*engl. Mindfulness-based stress reduction*) ja kontrolliryhmään. Osallistujat olivat keski-ikäisiä 44-vuotiaita ja 92 % oli naisia. MBSR-ryhmä sai 8 viikon ajan ohjattua mindfulnessia, joka sisälsi tietoisuuden harjoittamista ja keskustelua siitä, kuinka hallita stressiä ja emotionaalista kuormitusta. Kontrolliryhmälle ohjattiin progressiivista lihasrentoutusta ja psyykkistä valmennusta.

Tulokset osoittivat, että ryhmien välillä ei esiintynyt merkittävää muutosta migreenin esiintymistiheydessä eikä migreenipäivissä. Tuloksissa havaittiin lääkkeiden käytön vähene mistä ($p < .02$) ja selkeää positiivista muutosta melkein jokaisessa arvioidussa psykologisessa ja kipuun liittyvässä mittauksessa. Migreenikohtauksien esiintyvyydessä MBSR-ryhmä osoitti parempaa sietokykyä migreenistä aiheutuvaan kipuun, joka johti parempaan toimintakykyyn. Psykologiset oireet selvitettiin BSI (*engl. brief symptom inventory*) mittarilla eli lyhyellä oireiden luettelolla. MBSR-ryhmällä psykologiset oireet vähenivät kontrolliryhmää verrattuna ($p < .01$). Tulokset mitattiin GSI-indeksillä eli yleistä vointia kartoittava indeksillä (*engl. Global Significance Index*). Lisäksi MBSR-ryhmässä ahdistuneisuudessa ilmeni laskua ($p < .01$). (Simshäuser 2019, 6–7)

Wanderley ym. (2019, 13–16) tutkimuksessa tutkittiin jännitys-rentous harjoitteiden ja staattisten harjoitteiden vaikutuksia naisilla migreenin hoidossa. Tutkimus sisälsi 30 osallistujaa, jotka olivat 19–37-vuotiaita. Osallistujat jaettiin kahteen ryhmään; jännitys-rentous -ryhmään ja staattiseen venyttelyryhmään. Interventiot suoritettiin kahdesti viikossa. Interventiot sisälsivät 16 istuntoa ja oli kestoaltaan 8 viikkoa. Hoidon jälkeen jännitys-rentous -ryhmässä (MD^* : 2.06 ± 2.49 , 95 % CI^{**} = 0.68–3.44) ja staattisessa venyttelyryhmässä (MD^* : 2.00 ± 4.22 , 95 % CI^{**} = -0.34–4.34) migreenipäivien määrässä esiintyi laskua. Staattisessa venyttelyryhmässä tulokset olivat pysyviä 30 päivän seurannan jälkeen (MD^* : 2.73 ± 2.84 , 95 % CI^{**} = 1.16–4.30). Tutkimuksessa havaittiin, että jännitys-rentous harjoittelu ei ollut tehokkaampaa, kun staattinen venyttely. Molemmissa ryhmissä tapahtui laskua päänsäryn voimakkuudessa, migreenilääkkeiden käytössä ja molemmissa ryhmissä yli 50 % osallistujista koki tutkimuksen lisäävän heidän toimintakykyään. (Wanderley ym. 2019, 13–16.)

*=engl. mean difference = MD, eli ryhmien välinen keskimääräinen eroavaisuus

**=engl. confidence interval = CI, eli luottamusväli 95 % todennäköisyydellä

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Tutkimusaineisto

Tutkimusryhmä koostui kuudesta henkilöstä, jotka vastasivat Webropol -kyselylomakkeeseen (Liite 4) henkilökohtaisesti. Henkilöt oli hankittu yhteistyökumppanin avulla heidän Facebook-sivustonsa migreeni-ryhmästä, jossa julkaistiin ilmoitus tulevasta opinnäytetyöstä. Osallistujat ilmoittautuivat sähköpostilla tutkimukseen. Kaikki osallistujat olivat naisia. Opinnäytetyöhön osallistuneita henkilöitä ei jaettu ryhmiin ja tutkimuskysymyksiin vastattiin anonyymisti. Opinnäytetyö ei sisältänyt satunnaistamista.

Henkilöillä tuli olla diagnosoitu migreeni ja heidän tuli olla yli 20-vuotiaita työikäisiä. Poissulkukriteereinä tutkimuksessa olivat migreenittömät henkilöt tai henkilöt, jotka sairastavat joltain muuta päänsärkyä aiheuttavaa neurologista sairautta. Alla olevasta taulukosta näkyvät tarkemmat tiedot tutkimusaineistosta (Taulukko 1).

	SUKUPUOLI	IKÄ	KOTIPAIKKA-KUNTA	MIGREENI-DIAGNOOSI JA IKÄ	YHTEISKUNTALUOKKA
VASTAAJA 1	Nainen	45	Lahti	Auraton 14-vuotiaana, krooninen 37-vuotiaana	Työtön
VASTAAJA 2	Nainen	28	Lappeenranta	Auraton, aurallinen, määrittämätön*	Ei tarkkaa tietoa
VASTAAJA 3	Nainen	29	Lappeenranta	Aurallinen 13-vuotiaana	Opiskelija
VASTAAJA 4	Nainen	23	Tampere	Klassinen lapsuusaikana migreeni 9-vuotiaana, komplisoitunut 13-vuotiaana	Ei tarkkaa tietoa
VASTAAJA 5	Nainen	33	Helsinki	Krooninen ja komplisoitunut 30-vuotiaana	Työssä käyvä
VASTAAJA 6	Nainen	45	Lappeenranta	Aivorunko ja aurallinen 24-vuotiaana, hemipleginen, särytön ja silmäoireinen*	Työssä käyvä

*Iästä ei tarkkaa tietoa

Taulukko 1. Tutkimusaineiston taustatiedot

4.2 Tutkimusasetelma

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena Survey-tutkimuksena kyselylomakkeen (Liite 4) avulla. Opinnäytetyö oli kokonaistutkimus, sillä kaikki tutkimusryhmän jäsenet tutkittiin.

Pääosin työ oli retrospektiivinen, sillä kyselylomakkeen (Liite 4) kysymykset tarkastelivat menneitä tapahtumia. Tutkimus toteutettiin vuosien 2020–2021 aikana. Opinnäytetyöprosessin kulku esitetään tarkemmin alla olevassa kaaviossa (Kaavio 1).

Kesän 2020 lopussa opinnäytetyöhön valikoitui aihe ja tutkimusongelmat. Syksyn 2020 aikana laadittiin opinnäytetyön suunnitelma kirjallisuuskatsauksen avulla. Samaan aikaan suunniteltiin kyselylomakkeen (Liite 4) kysymykset valmiiksi. Marraskuussa 2020 alkoi opinnäytetyön suunnitelman toteutusvaihe. Osallistujat valikoituivat sisäänottokriteerien mukaan tutkimukseen. Tutkimushenkilöille lähetettiin sähköisesti kyselylomakkeen (Liite 4) linkki.

Tammikuun 2021 lopussa linkki kyselylomakkeeseen (Liite 4) sulkeutui, jonka jälkeen vastauksien analysointi vaihe alkoi. Opinnäytetyö raportti kirjoitettiin helmi-toukokuun 2021 aikana.



Kaavio 1. Opinnäytetyöprosessin kulku

4.3 Tiedonkeruumenetelmä

Tiedonkeruumenetelmänä (Taulukko 2) opinnäytetyössä oli sähköinen Webropol -kyselylomake (Liite 4). Lomakkeen kysymykset suunniteltiin niin, että vastaaminen oli anonyymia, kysymykset etenivät loogisessa järjestyksessä ja lomakkeen rakenne oli selkeä ja johdonmukainen. Kyselylomake (Liite 4) testattiin koehenkilöillä, jonka jälkeen lomakkeeseen tehtiin tarvittavat muutokset. Kyselylomake (Liite 4) sisälsi strukturoitujen kysymysten sijasta

avoimia kysymyksiä, jotta analysointi oli mahdollista toteuttaa laadullisen tutkimuksen mukaisesti.

TUTKIMUSONGELMAT	KYSYMYKSET 1-22	KYSYMYKSET 23-26	KYSYMYKSET 27-34	KYSYMYKSET 35-48
1.	X	X		XX
2.			XX	
3.			X	XX

XX = ensisijainen tiedonkeruumenetelmä

X = toissijainen tiedonkeruumenetelmä

Taulukko 2. Tiedonkeruumenetelmien ja tutkimusongelmien vastaavuus

4.4 Eettiset näkökohdat

Opinnäytetyössä eettiset näkökulmat otettiin huomioon niin, että kyselylomakkeen (Liite 4) vastauksista ei selvinnyt vastaajien henkilöllisyyttä. Saatekirjeessä (Liite 1) painotettiin, että vastaaminen oli täysin vapaaehtoista ja henkilö pystyi missä tahansa vaiheessa jättämään kyselyyn vastaamisen kesken ilman perusteluja.

Tutkimukseen osallistuvia informoitiin saatekirjeen (Liite 1) avulla tutkimuksen etenemisestä ja tutkimushenkilöiden oikeuksista. Saatekirje (Liite 1) sisälsi opinnäytetyön tavoitteen, tarkoituksen ja opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot. Tutkimushenkilöt allekirjoittivat suostumuslomakkeen (Liite 2), jonka jälkeen kyselylomake (Liite 4) lähetettiin heille. Yhteydenotto tapahtui henkilökohtaisesti osallistujille sähköpostitse, jolloin osallistujien tiedot pysyivät salassa muilta.

Kaikkia tutkimukseen tarvittavia lomakkeita ja asiakirjoja säilytettiin lukitussa kaapissa, jonne vain tutkimuksen tekijöillä oli pääsy. Sähköisiä asiakirjoja säilytettiin erillisellä muistikulla, jota säilytettiin lukitussa kaapissa. Lomakkeiden tietoja käytettiin vain opinnäytetyöraportin kirjoittamiseen, josta henkilöitä tiedotettiin saatekirjeellä (Liite 1). Saatekirjeen (Liite 1) mukana lähetettiin tutkimusta koskeva tietosuojailmoitus (Liite 3), joka sisälsi henkilön tietosuojaa koskevia määräyksiä ja asetuksia.

Vastaajien tiedot pysyivät ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden välisinä. Opinnäytetyön tekijät ovat salassapitovelvollisia koskien kaikkea opinnäytetyöhön kerättyä tietoa ja materiaalia. Kaikkea materiaalia käsiteltiin luottamuksellisesti. Kaikki tutkimukseen liittyvät

lomakkeet hävitettiin paperisilppurilla ja sähköinen materiaali tuhottiin poistamalla tiedostot muistitikulta opinnäytetyöraportin valmistumisen jälkeen elokuussa 2021.

4.5 Aineiston analysointi

Aineisto kerättiin kyselylomakkeella (Liite 4) avulla, joka lähetettiin tutkimushenkilöille. Tulosten analysointi toteutettiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Tulokset kerrottiin kirjallisesti opinnäytetyön raportissa. Vastaukset analysoitiin yksi kerrallaan ja ne litteroitiin analysoitavaan muotoon. Aineistosta etsittiin tutkimuskysymyksiin liittyvät asiasanat, jonka jälkeen aineisto redusoitiin eli pelkistettiin erottaen ja etsien sieltä oleelliset asiat. Tällä tavalla varmistettiin jokaisen vastauksen analysointi ja niiden pysyminen subjektiivisina. Pelkistämisen jälkeen etsittiin tutkimusaineistosta samankaltaisuuksia käyttäen apuna kyselylomakkeessa esiintyviä teemoja, kuten *yleistä, elintavat, rentoutumisharjoitukset ja kipu ja työkyky*. Lopuksi analysoidusta aineistosta kirjoitettiin opinnäytetyöraportti. Alla olevasta taulukosta näkyy esimerkki sisällönanalyysin toteutuksesta (Taulukko 3).

PELKISTETTY ILMAISU	ALAKÄSITE	YLÄKÄSITE
Toimintakykyni migreenikohtauksen aikana on huono. Migreeni vaikuttaa kaikkeen, en koe olevani työkykyinen	Migreenikohtauksen vaiheen aiheuttama haitta työkykyyn	Kokemukset migreenin tuomista muutoksista työkykyyn
Toimintakyky vaihtelee, joskus täytyy maata vain sängyssä mutta joskus voi käydä töissä normaalisti. Näyttöpäätetyöskentely ja älypuhelimien käyttö pahentaa ajoittain kohtausta.		
Toimintakyky vaihtelee kohtauksen vaiheen mukaan. Kovimman kivun aikana en voi tehdä mitään.		
Migreenin myötä työni pitäisi olla säännöllistä. Lisäksi ahdistus ja stressi on lisääntynyt sairauden ymmärryksen puutteesta.	Migreenin tuomat muutokset elämään	
Migreenin vuoksi en voi tehdä liian fyysistä työtä, 3-vuorotyötä eikä istua tietokoneella.		

Taulukko 3. Sisällönanalyysin esimerkkitaulukko

5 Tulokset

5.1 Migreenin vaikutus työkykyyn

Ensimmäisen tutkimusongelman tarkoituksena oli selvittää, miten migreeni vaikuttaa työikäisten fyysiseen-, psyykkiseen ja kognitiiviseen työkykyyn. Migreenikohtaus rajoittaa, muuttaa ja aiheuttaa kuormitusta työkyvyn jokaisella osa-alueella kohtauksen aikana, kun sen jälkeen. Migreenikohtauksen vaiheella on vaikutusta, millaiseksi henkilö kokee oman työkykynsä. Migreeni voi kroonistua, jolloin kohtauksia esiintyy päivittäin. Kestoltaan kohtaukset voivat vaihdella tunteista kuukausien mittaisiin kohtausjaksoihin. Vastaajat nukkuvat keskimäärin 7,5 tuntia. Taustalla olevilla muilla sairauksilla oli negatiivinen vaikutus vastaajien unenlaatuun.

Työssäkäyntiä ja työn kuormitusta pystyttiin säätämään aikataulutuksen ja säännöllisyyden avulla, joka vähensi poissaoloja työ- ja opiskelupaikoilta. Vastauksista kävi ilmi, että osa oli joutunut vaihtamaan kokonaan työpaikkaa ja alaa migreenin vuoksi. Lisäksi migreenillä koettiin olevan vaikutusta työn tehokkuuteen. Migreenistä kertominen työ- ja opiskelupaikoilla edesauttoi työnantajan mahdollisuutta tarjota apua. Osalle vastaajista työnantaja oli tarjonnut lääkäripalveluja, etätyöskentely mahdollisuutta ja työpisteen sijoittamista rauhallisempaan paikkaan. Vastauksista ilmeni, että neljän vastaajan työpaikka ei ollut tarjonnut minkäänlaista tukea migreeniin.

Migreenistä aiheutuvan kivun voimakkuus vaihteli lievästä keskivaikeaan. Voimakkuutta arvioitiin asteikolla 1–10 ja keskiarvoksi saatiin 7. Migreenin aiheuttamaa kipua kuvailtiin yleisesti *sykkivänä pääkipuna* ja migreenikohtauksen jälkeen oloa kuvailtiin kokonaisvaltaisesti *väsyneeksi*. Helpotusta kipuun saatiin kevyestä fyysisestä liikkumisesta esimerkiksi kävelyistä ja joogasta. Toisaalta fyysinen rasitus oli yleisin pahentava tekijä migreenikohtauksen aikana ja sen jälkeen ja yleisesti kaikkien ylimääräisten ärsykkeiden koettiin lisäävän pahan olon tunnetta. Lisäksi iällä oli vaikutusta migreenikohtausten koettuun voimakkuuteen ja määrään. Iän myötä migreenikohtausten esiintyvyys kasvoi, mutta samalla kohtausten voimakkuus laski.

Osalle migreenistä aiheutuva kipu laukaisi masennusta, toivottomuuden ja yksinäisyyden tunnetta. Lisäksi migreeni oli heikentänyt ja aiheuttanut muita muutoksia mielialaan ja lisännyt stressin tunnetta. Vertaistuesta saatu apu ja hyöty vaihteli vastaajien kesken. Vertaistuesta oli saatu apua masennuksen, toivottomuuden ja yksinäisyyden tunteeseen, mutta osana migreenin hoitoa vertaistuki koettiin hyödyttömänä. Migreenikohtauksen aikaiset oireet ja vaikutus työkykyyn olivat kokonaisvaltaisia. Vastauksista ilmeni, että *väsymys* ja *ärtyneisyys* olivat yleisimmät migreenikohtausta ennakoivista oireista ja kohtauksen aikana

oireina olivat *päänsärky, pahoinvointi ja valonarkuus*. Vastauksista ilmeni, että alkoholi, suklaa, lakritsi ja pähkinä laukaisivat migreenikohtauksen. Lisäksi epäsäännöllinen ruokarytmi oli yhteydessä kohtauksien syntymiseen. Ruoka koettiin sekä kohtauksia laukaisevaksi tekijäksi, että migreenikohtauksen jälkeen oloa helpottavaksi tekijäksi.

Lähipiiri ja sukulaiset tarjosivat tukea ja apua arjessa migreenin kanssa. Vastauksista ilmeni, että apua oli saatu lapsien, lemmikkien ja kodin hoitamiseen. Migreeni vaikutti negatiivisesti henkilökohtaiseen- ja säännölliseen elämään, elämänrytmiin ja ajanhallintaan ja sosiaalisten suhteiden ylläpito koettiin raskaana.

5.2 Rentoutusharjoitusten vaikutus migreeniin

Toinen tutkimusongelma käsitteli rentoutusharjoitusten vaikutusta migreenin laatuun ja määrään. Pääosin kokemukset olivat positiivisia. Kolme vastaajista oli kokenut saavansa rentoutusharjoitteista apua muun muassa migreenin aiheuttamaan pääkipuun, lihaskireyteen ja stressin hallintaan. Positiivisia kokemuksia oli saatu esimerkiksi hyödyntämällä stressinhallintakortteja tai asentohuimauksessa käytettyä Epleyn manööveriä. Loput vastaajista olivat kokeneet, etteivät olleet saaneet minkäänlaista apua rentoutusharjoitteista.

Vastauksista ilmeni, että kaksi vastaajista pyrki tekemään rentoutusharjoitteita päivittäin ja yksi vastaaja kuukausittain. Vastaajat olivat hyödyntäneet erilaisia sovelluksia rentoutumisen edistämiseksi. Käytetyimmät sovellukset olivat *Mindfulness* ja *Oiva*. Sovellusten hyödyntämisessä tiedon puutteella osoittautui olevan vaikutusta siihen, kuinka aktiivisesti osallistujat hyödynsivät sovelluksia.

5.3 Rentoutusharjoitusten vaikutus koettuun työkykyyn

Kolmannen tutkimusongelman tarkoituksena oli selvittää rentoutusharjoitteiden vaikutus työikäisen koettuun fyysiseen-, psyykkiseen ja kognitiiviseen työkykyyn. Tuloksista ilmeni vastaajien vaihtelevat kokemukset rentoutusharjoitteiden hyödyistä työkykyyn.

Kolme vastaajista oli kokenut saavansa hyötyä rentoutusharjoitteista, ja loput vastaajista kokivat harjoitteet tehottomina. Yhden vastaajan kohdalla rentoutusharjoitteet olivat alentaneet työkykyä aiheuttamalla huimausta.

Hengitysharjoitteet olivat tehokkain rentoutusharjoitteen muoto. Siitä huolimatta kaksi vastaajaa ei kokeneet saavansa hengitysharjoitteista minkäänlaista hyötyä. Rentoutusharjoitteet auttoivat rentouttamaan lihaksia ja *rauhottamaan ylikierroksilla* käyvää mieltä.

6 Pohdinta

6.1 Aineisto

Tutkimuksen tavoitteena oli kyselylomakkeen avulla selvittää, kuinka migreeni vaikuttaa osallistuneiden työkykyyn ja mitä hyötyä he olivat saaneet aikaisemmin toteutetuista rentoutusharjoitteista. Työllä haluttiin lisätä tietoisuutta migreeniä sairastaville henkilöille ja heidän kanssaan työskenteleville siitä, kuinka migreeni vaikuttaa henkilön koettuun työkykyyn ja miten rentoutusharjoitteet ovat vaikuttaneet migreeniin.

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt hankittiin yhteistyökumppanin avulla heidän ylläpitämästä ja suljetusta Facebook-ryhmästä. Opinnäytetyön pieneen vastaajamäärään on voinut vaikuttaa se, ettei Facebook-ryhmässä julkaistu ilmoitus ole tavoittanut kaikkia ryhmäläisiä.

Opinnäytetyön aineiston keruuseen vaikutti vähäinen uuden tutkimustiedon saatavuus. Migreenistä kirjallisuutta ja tuoretta tutkimustietoa löytyi paljon, mutta rentoutusharjoitteluiden hyödyntämisestä migreenin hoidossa tuoreita tutkimuksia löytyi heikosti. Lisäksi tiedonkeruuseen vaikutti tietokantojen maksulliset tutkimukset ja artikkelit.

Tutkimukseen osallistui kuusi henkilöä, joista kaikki olivat naisia. Aineisto kerättiin Webropol-kyselylomakkeen avulla, joka lähetettiin osallistujille sähköpostitse. Jokainen osallistuja vastasi kyselylomakkeeseen. Tavoitteena opinnäytetyöhön oli alun perin saada 15 osallistujaa ja tutkimusaineisto oli tarkoitus rajata 18–65-vuotiaisiin työikäisiin. Vähäisen osallistujamäärän vuoksi aineisto koostui 23–45-vuotiaista naisista. Pienen osallistujamäärän (N=6) ja aineiston yksipuolisuuden vuoksi tutkimus ei ollut ulkoisesti validi.

Vastaajilla esiintyi suvussa migreeniä äidin ja isän puolella. Suurimmalla osalla migreeni diagnooseja oli useampia. Migreenin lisäksi vastaajilla esiintyi muita sairauksia, kuten hengityssairauksia, erilaisia allergioita ja tulehduksellisia suolistosairauksia.

Jokaisella kyselyyn vastanneella oli lääkkeettömien hoitokeinojen ohella käytössä lääkkeellinen hoito. Vastaajilla oli käytössä migreeniin tarkoitettuja täsmälääkkeitä eli triptaaneja, kohtauslääkkeitä, kuten ibuprofeiinia, parasetamolia ja muita kipu- ja estolääkkeitä, kuten beetasalpaajia. Lisäksi moni käyttää tai on käyttänyt B2-vitamiinia, magnesiumia ja biologisia lääkkeitä, kuten Aimovigia ja Ajovyta. Pahoinvointilääkettä vastaajat käyttivät myös kohtauksen aikana.

6.2 Menetelmät

Opinnäytetyötä varten laadittiin kyselylomake, jonka kysymykset suunniteltiin vastaamaan suunniteltuihin tutkimusongelmiin. Lomake sisälsi ohjeistuksen, kuinka kyselyyn tuli vastata. Kyselylomake testattiin koehenkilöillä, jolloin lomakkeeseen pystyttiin tekemään mahdolliset korjaukset ja muutokset ennen sen lähettämistä osallistujille. Kyselylomakkeen laatimisessa emme käyttäneet valmista pohjaa, sillä emme löytäneet kyseiseen aiheeseen liittyviä valmiita kyselylomakkeita. Kysymykset suunniteltiin avoimiksi, jotta jokaiselta vastaajalta saatiin subjektiivinen vastaus.

Tutkimuskysymysten muotoilu on voinut aiheuttaa osallistujien ja opinnäytetyön tekijöiden välillä vääринymmärryksiä. Tämä on voinut vaikuttaa siihen, ettei tutkimusongelmiin olla saatu kattavia vastauksia ja osallistajat ovat voineet ymmärtää kysymykset toisin, mitä tekijät ovat niillä tarkoittaneet. Tämän vuoksi tuloksia ei voida pitää sisäisesti validina. Kysely rakennettiin niin, että kysymyksissä ei päässyt etenemään ilman, että vastasi aikaisempiin kysymyksiin. Rakenteen avulla pyrittiin saamaan kattavia ja laajoja vastauksia, siitä huolimatta osa vastauksista jäi suppeaksi.

Osa kyselylomakkeen kysymyksistä osoittautui analysointivaiheessa merkityksettömäksi. Kysymyksiä olisi pitänyt tarkentaa, jolloin vastauksissa ei olisi esiintynyt niin paljon hajontaa ja analysointi ei olisi ollut niin haastavaa. Katoon pyrittiin vaikuttamaan asettamalla lyhyt vastausaika ja lähettämällä osallistujille saatekirje koskien osallistumista. Tässä tutkimuksessa ei esiintynyt katoa, mikä nostaa työn sisäistä validiteettia.

6.3 Tulokset

Opinnäytetyöraportti kirjoitettiin yhdessä tuloksista jatkuvasti keskustellen, jotta raporttiin saatiin molempien näkökulmia ja tutkimusongelmien vastauksista päästiin yhteisymmärrykseen. Tutkimusaineiston mukaan rentoutusharjoitteista saadut vaikutukset migreenin hoidossa olivat ristiriitaisia. Fysioterapeutin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen olisi hyvä aluksi ohjata rentoutusharjoitteet migreenipotilaalle, jotta niistä saatu vaikutus pystyttäisiin hyödyntämään ja kohdentamaan oikein.

Tutkimustuloksista selvisi rentoutusharjoitteiden vaikutuksien olevan yksilöllisiä. Jokainen vastaaja oli kokeillut jotain rentoutusharjoitusmenetelmää, osalla harjoittelu oli tuottanut tuloksia, osalla ei. Hengitysharjoitteiden hyöty koettiin vastaajien kesken ristiriitaisena. Hengitysharjoitteet olivat käytetyin rentoutusmenetelmä, mutta osa vastaajista koki hengitysharjoitteiden olevan tehottomin rentoutusharjoitteen muoto migreenin hoidossa. Lisäksi stressillä ja kuukautiskierrolla näyttäisi olevan yhteys migreenikohtausten syntyyn.

Henkinen stressi ja hormonipitoisuuden vaihtelu pahensi migreenikohtauksen oireita ja jatkuvat kohtaukset ja kivut lisäsivät vastaajilla stressiä arjessa.

Jokaisen vastaajan työpaikka oli tietoinen migreenistä. Kahden vastaajan työpaikka oli tarjonnut apua ja tukea. Hyvä työilmapiiri on tärkeää, jotta migreeniä sairastava henkilö kokee voivansa kertoa avoimesti sairaudestaan ilman pelkoa ja ennakkoluuloja. Migreeniä sairastavalle olisi tärkeää saada tukea ja ymmärrystä sairauden aiheuttamiin oireisiin. Näiden pohjalta pystytään vaikuttamaan siihen, että sairaudesta johtuvaa ylimääräistä ja kuormittavaa stressiä ei ilmaantuisi. Migreeniä sairastavan olisi tärkeää kertoa sairaudestaan työnantajalle, jotta työntekoa voitaisiin helpottaa yhdessä esimerkiksi työaikojen joustavuuden ja etätyöskentely mahdollisuuden kanssa. Lisäksi tärkeää olisi ottaa huomioon työpaikan muut tekijät, kuten voimakkaat äänet, valot ja mahdollisuudet päästä rauhalliseen ja pimeään tilaan kohtauksen lauetessa.

Tuloksista nousi esiin suolistosairauksien ja suoliston tulehdustilojen mahdollinen yhteys migreenikohtauksien syntyyn. Suoliston hyvinvointi on noussut lähivuosina esiin monien sairauksien yhteydessä. Puhutaan, että *suolisto on kehomme toiset aivot* ja olisi tärkeää tutkia suoliston hyvinvoinnin merkitystä aivoterveysten kannalta tarkemmin.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheena voitaisiin tutkia miesten ja naisten välistä migreeniä ja millä tavalla he kokevat migreenin vaikuttavan omaan työkykyynsä. Osallistujat voisivat täyttää migreenipäiväkirjaa, jolloin migreenin päiväkohtaisia vaikutuksia työkykyyn voidaan tarkastella tarkemmin. Lisäksi voitaisiin tutkia, millaisilla lääkkeettömiä hoitokeinoja ja rentoutusharjoitteita miehet ovat hyödyntäneet ja millaisia vaikutuksia he ovat niistä saaneet.

7 Johtopäätökset

Opinnäytetyön kyselylomakkeen tuloksista selvisi, että migreeni vaikuttaa työkäisten työkyvyn jokaiseen osa-alueeseen. Migreenin vaiheella on merkitystä, kuinka kuormittavana henkilö kokee kohtauksen. Migreeni vaikuttaa työkykyyn kohtauksen aikana, kun pitkään kohtauksen jälkeen.

Kirjallisuuskatsauksen mukaan rentoutusharjoituksilla on saatu positiivisia tuloksia migreenin hoidossa. Kyselylomakkeen tuloksista ilmeni vastaajien vaihtelevat kokemukset rentoutusharjoitusten hyödyistä. Valtaosa vastaajista koki rentoutusharjoitteista olevan apua migreenin hoidossa.

Ihmisen yksilöllisyyttä tulisi hyödyntää hoitokeinoja etsiessä ja hoitomuodot tulisi soveltaa jokaiselle henkilökohtaisesti. Erilaisten lääkkeettömien hoitomuotojen tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta migreeniä sairastavilla henkilöillä tarvitaan lisätutkimuksia, jotta niitä voidaan hyödyntää tehokkaammin. Fysioterapeutin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen ammattitaitoa olisi hyvä alkuun hyödyntää rentoutusharjoitteluiden ohjauksessa, jotta niistä saatu vaikutus voitaisiin hyödyntää ja kohdentaa oikein.

Lähteet

- Atula, S. 2019. Migreeni. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 5.10.2020. Saatavissa https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00047
- Burch, R. C., Buse, D. C. & Lipton, R. B. 2019. Migraine. *Neurologic Clinics* 37 (4). 631–649. Viitattu 18.5.2021. Saatavissa <https://scihubtw.tw/10.1016/j.ncl.2019.06.001>
- Charles, A. 2017. The pathophysiology of migraine: implications for clinical management. *The Lancet Neurology*. 1–9. Viitattu 8.6.2021. Saatavissa [https://scihubtw.hkvisa.net/10.1016/S1474-4422\(17\)30435-0#](https://scihubtw.hkvisa.net/10.1016/S1474-4422(17)30435-0#)
- Dodlick, D. W. 2018. A Phase-by-Phase Review of Migraine Pathophysiology. *The Journal of Head and Face Pain* 58. 4–16. Viitattu 8.6.2021. Saatavissa <https://scihubtw.hkvisa.net/10.1111/head.13300#>
- Govind, N. 2019. Acupuncture for the prevention of episodic migraine. *Research in Nursing & Health* 42 (1). 87–88. Viitattu 8.6.2021. Saatavissa <https://scihubtw.hkvisa.net/10.1002/nur.21933>
- Ha, H. & Gonzalez, A. 2019. Migraine Headache Prophylaxis. *American Family Physician* 99 (1). 17–24. Viitattu 10.10.2020. Saatavissa <https://www.aafp.org/afp/2019/0101/p17.html>
- Hindiyyeh, N. A., Zhang, N., Farrar, M., Banerjee, P., Lombard, L. & Aurora, S. K. 2020. The Role of Diet and Nutrition in Migraine Triggers and Treatment: A Systematic Literature Review. *Headache* 60 (7). 1300–1316. Viitattu 2.6.2021. Saatavissa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7496357/>
- Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. 2018. Kipu. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Kauranen, K. 2021. Fysioterapeutin käsikirja. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Korolainen, M. A., Kurki, S., Lassenius, M. I., Toppila, I., Costa-Scharplatz, M., Purmonen, T. & Nissilä, M. 2019. Burden of migraine in Finland: health care resource use, sick-leaves and comorbidities in occupational health care. *The Journal of Headache and Pain* 20 (1). 1–16. Viitattu 14.10.2020. Saatavissa <https://link.springer.com/epdf/10.1186/s10194-019-0964->

5?author_access_to-
 ken=rox722OkAIBy0NsVVbtyOm_BpE1tBhCbnbw3Buzl2RNQ4aG_m8bo-
 joxA7O5_UQXAxz67bNgNo1yhliz-
 ble7PTWGGJdPzsmdWEvoEda1wM2R4lp5x9lfrqh6o50PRH9zcid06-r8EV10zRj-Dab-
 TiRw%3D%3D

Käypä hoito. 2015. Migreeni. Viitattu 5.10.2020. Saatavissa <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi36050#readmore>

Lai, J. & Dilli, E. 2020. Migraine Aura: Updates in Pathophysiology and Management. *Current Neurology and Neuroscience Reports* 20 (6). 1–10. Viitattu 2.6.2021. Saatavissa <https://sci-hubtw.hkvisa.net/10.1007/s11910-020-01037-3#>

Marmura, M. J. 2018. Triggers, Protectors and Predictors in Episodic Migraine. *Current Pain and Headache Reports* 22 (12). 1–9. Viitattu 2.6.2021. Saatavissa <https://sci-hubtw.hkvisa.net/10.1007/s11916-018-0734-0#>

Martelletti, P., Schwedt, T. J., Lanteri-Minet, M., Quintana, R., Carboni, V., Diener, H.-C. Ruiz de la Torre, E., Craven, A., Craven, A., Vangaa Rasmussen, A., Evans, S., Laflamme, A. K., Fink, R., Walsh, D., Dumas, P., & Vo, P. 2018. My Migraine Voice survey: a global study of disease burden among individuals with migraine for whom preventive treatments have failed. *The Journal of Headache and Pain* 19 (115). 1–10. Viitattu 22.9.2020. Saatavissa <https://thejournalofheadacheandpain.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s10194-018-0946-z.pdf>

Martic-Biocina, S., Zivoder, I. & Kozina, G. 2017. Biofeedback and neurofeedback application in the treatment of migraine. *Psychiatria Danubina* 29 (3). 635–637. Viitattu 10.10.2020. Saatavissa https://www.researchgate.net/profile/Ivana-Zivoder-2/publication/322655651_BIOFEEDBACK_AND_NEUROFEEDBACK_APPLICATION_IN_THE_TREATMENT_OF_MIGRAINE/links/5a66f6db0f7e9b6b8fdf2ecd/BIOFEEDBACK-AND-NEUROFEEDBACK-APPLICATION-IN-THE-TREATMENT-OF-MIGRAINE.pdf

Moon, H.-J., Seo, J.-G. & Park, S.-P. 2017. Perceived stress in patients with migraine: a case-control study. *The Journal of Headache and Pain* 18 (1). 2–7. Viitattu 15.6.2021. Saatavissa <https://sci-hubtw.hkvisa.net/10.1186/s10194-017-0780-8>

Novartis Finland Oy. 2021. Kansainvälinen kyselytutkimus: Migreeni laskee elämänlaatua ja aiheuttaa menetettyjä työpäiviä. 2018. Viitattu 12.4.2021. Saatavissa <https://www.novartis.fi/news/media-releases/kansainvaelineen-kyselytutkimus-migreeni-laskee-elaemaenlaatuja-aiheuttaa>

Patel, P. S. & Minen, M. T. 2019. Complementary and Integrative Health Treatments for Migraine. *Journal of Neuro-Ophthalmology* 39 (3). 360–369. Viitattu 29.6.2021. Saatavissa <https://sci-hubtw.hkvisa.net/10.1097/WNO.0000000000000841>

Pérez-Muñoz, A., Buse, D. C. & Andrasik, F. 2019. Behavioral Interventions for Migraine. *Neurologic Clinics* 37 (4). 789–813. Viitattu 29.6.2021. Saatavissa <https://sci-hubtw.hkvisa.net/10.1016/j.ncl.2019.07.003>

Simshäuser, K., Lüking, M., Kaube, H., Schultz, C. & Schmidt, S. 2019. Is Mindfulness-Based Stress Reduction a Promising and Feasible Intervention for Patients Suffering from Migraine? A Randomized Controlled Pilot Trial. *Complementary Medicine Research*. 1–12. Viitattu 29.6.2021. Saatavissa <https://sci-hubtw.hkvisa.net/10.1159/000501425>

Suomen Migreeniyhdistys ry. 2020a. Migreeni ja työelämä. Migreeni ja työhyvinvointi. Viitattu 22.9.2020. Saatavissa <https://migreeni.org/migreeni-ja-tyoelama/migreeni-ja-tyohyvinvointi/>

Suomen Migreeniyhdistys ry. 2020b. Migreeni ja työelämä. Migreeniä sairastavalle. Päänsärkypäiväkirja. Viitattu 2.6.2021. Saatavissa <https://migreeni.org/migreeni-ja-tyoelama/migreenia-sairastavalle/paansarkypaivakirja/>

Suomen Migreeniyhdistys ry. 2020c. Tietoa. Migreeni. Viitattu 22.9.2020. Saatavissa <https://migreeni.org/tietoa/migreeni/>

Suomen Migreeniyhdistys ry. 2020d. Tietoa. Migreeni. Migreenikohtauksen hoito. Viitattu 22.9.2020. Saatavissa <https://migreeni.org/tietoa/migreeni/migreenin-hoito/>

Suomen Migreeniyhdistys ry. 2020e. Yhdistys. Viitattu 23.6.2021. Saatavissa <https://migreeni.org/suomen-migreeniyhdistys/>

Suomen Mielenterveys ry. Mielenterveys. Hyvinvointi. Stressi. Stressi kuuluu elämään. Viitattu 15.6.2021. Saatavissa <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/hyvinvointi/stressi-kuuluu-elamaan>

Suomen Teknisten Toimihenkilöiden Keskusliitto. Työkyky. Viitattu 6.10.2020. Saatavissa <https://www.sttk.fi/aihe/tyokyky/>

Terveyskylä. 2018a. Kivunhallinta. Itsehoito. Rentoutuminen. Viitattu 17.12.2020. Saatavissa <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/rentoutuminen>

Terveyskylä. 2018b. Sairaudet. Päänsärky. Migreeni. Viitattu 17.12.2020. Saatavissa [https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/päänsärky/migreeni](https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/paansarky/migreeni)

Terveystalo. 2021. Ravitsemusterapia ja ravitsemushoito. Migreeni ja ruokavalio. Viitattu 2.6.2021. Saatavissa <https://www.terveystalo.com/fi/Palvelut/Vastaanotot/Ravitsemusterapia-ja-ravitsemushoito/Migreeni-ja-ruokavalio/>

Tassorelli, C. & De Icco, R. 2019. Getting closer to a cure for migraine. *Nature Reviews Neurology*. Viitattu 15.6.2021. Saatavissa <https://sci-hubtw.hkvisa.net/10.1038/s41582-019-0134-z>

Wachholtz, A. B., Malone, C. D. & Pargament, K. I. 2018. Effect of Different Meditation Types on Migraine Headache Medication Use. *Behavioral Medicine* 1–8. 7–14. Viitattu 2.6.2021. Saatavissa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4600642/>

Wanderley, D., Valença, M. M., José de Couza Costa Neto, J., Martins, J. V., Falcão Raposo, M. C. & Araújo de Oliveira, D. 2019. Contract-relax technique compared to static stretching in treating migraine in women: a randomized pilot trial. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. Viitattu 15.6.2021. Saatavissa <https://sci-hubtw.hkvisa.net/10.1016/j.jbmt.2019.05.023>

Xu, S., Yu, L., Luo, X., Wang, M., Chen, G., Zhang, Q., Liu, W., Zhou, Z., Song, J., Jing, H., Huang, G., Liang, F., Wang, H. & Wang, W. 2020. Manual acupuncture versus sham acupuncture and usual care for prophylaxis of episodic migraine without aura: multicentre, randomised clinical trial. *BMJ*. 1–10. Viitattu 8.6.2021. Saatavissa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7249245/>

Liite 1. Saatekirje



Hyvinvointiyksikkö

Saatekirje

Hei!

Olemme fysioterapeuttiopiskelijat Jenna Parvinen ja Sallamari Silander LAB ammattikorkeakoulusta Lappeenrannan kampukselta. Teemme opinnäytetyötä rentoutusharjoitusten vaikutuksesta koettuun työkykyyn. Työn tavoitteena on selvittää tutkittavien subjektiivinen kokemus migreenistä, sekä millaista hyötyä rentoutusharjoituksista työkäiset ovat saaneet migreenin hoitoon.

Olisimme kiitollisia, jos Te pystyisitte osallistumaan tutkimukseemme. Olemme itse laatineet sähköisen Webropol- kyselylomakkeen tätä tutkimusta varten. Lomakkeen kysymyksiin tullaan vastaamaan anonyymisti. Kyselylomake koostuu 48 kysymyksestä, joka sisältävät avoimia kysymyksiä.

Tutkimukseen osallistuminen sekä vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja Teillä on mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa.

Tutkimuslomakkeeseen vastaaminen tapahtuu keväällä 2021. Lähetämme kyselyn linkin sähköpostiin sunnuntaina 17.01.2021. Vastausaika lomakkeessa on 17.01.2021-31.01.2021, jonka jälkeen linkki lomakkeeseen sulkeutuu. Opinnäytetyö tulee valmistumaan syksyllä 2021. Opinnäytetyöstämme tullaan julkaisemaan artikkeli Suomen Migreeni yhdistyksen Aura -lehdessä syksyllä 2021.

Mikäli Teillä heräsi kysymyksiä koskien tutkimusta, meihin voi olla yhteydessä. Yhteystietomme löytyvät kirjeen lopusta. Saatekirjeen mukana olevan Suostumislomakkeen voit lähettää sähköpostiin: jenna.parvinen@student.lab.fi.

Odotamme innolla yhteistyötä Teidän kanssanne!

Ystävällisin terveisin,

Jenna Parvinen

jenna.parvinen@student.lab.fi

Sallamari Silander

sallamari.silander@student.lab.fi

Liite 2. Suostumuslomake



Suostumuslomake

Rentoutusharjoitukset työikäisten migreenin hoidossa

Tekijät Jenna Parvinen ja Sallamari Silander

Olen saanut riittävästi tietoa kyseisestä opinnäytetyöstä ja olen ymmärtänyt saamani tiedon. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut kysymyksiini riittävät vastaukset. Tiedän, että minulla on mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni missä tahansa vaiheessa.

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tähän opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen.

Lisäksi annan suostumukseni henkilötietojeni keräämiseen opinnäytetyöhön laadinnassa syntyvään tutkimusrekisteriin. Minua on informoitu henkilötietojen käsittelystä tutkimuksen yhteydessä.

Aika ja paikka

Asiakas/potilas

Alaikäisen huoltajan allekirjoitus

Opiskelija/opiskelijat

Liite 3. Tietosuojailmoitus



OPINNÄYTETYÖTÄ KOSKEVA TIETOSUOJAILMOITUS

EU:n yleinen tietosuoja-asetus (2016/679) artiklat 13 ja 14

Laatimispäivämäärä: 5.11.2020

Mitä tarkoitusta varten henkilötietoja kerätään?

Keräämme henkilötietoja Teiltä opinnäytetyöhömmä, joka käsittelee rentoutusharjoitusten vaikutusta migreenin hoidossa.

Mitä tietoja keräämme?

Keräämme Teiltä vastauksia ja tietoja rentoutumisharjoitteiden hyödyistä migreenin hoidossa, joihin olette vastanneet laatimassamme lomakkeessa.

Millä perusteella keräämme tietoja?

Keräämme tietoja migreeniä sairastavilta henkilöiltä, joilla on kokemusta rentoutusharjoittelusta migreenin hoidossa.

Mistä kaikkialta henkilötietoja keräämme?

Keräämme tietoa tekemästämme kyselylomakkeesta, jonka olemme lähettäneet henkilökohtaisesti tutkimukseen suostuneille henkilöille.

Kenelle tietoja siirretään?

Kaikki saamamme tiedot tutkimukseen osallistuneilta henkilöiltä pysyvät opinnäytetyön tekijöiden välisinä.

Minne tietoja siirretään?

Kerättyjä henkilötietoja ei siirretä EU:n tai Euroopan talousalueen tai ETA- alueen ulkopuolelle.

Kerättyjen tietojen turvallinen säilyttäminen

Opinnäytetyön laatijoita on ohjeistettu salassapitovelvollisuudesta koskien opinnäytetyön laatimisen yhteydessä kerätyistä tiedoista.

Säilytämme tulostettujen kyselylomakkeiden vastaukset, sekä muut tutkimukseen liittyvät paperit ja tiedot lukollisessa kaapissa henkilön Jenna Parvisen luona. Tietoihin pääsy on ainoastaan tutkimuksen suorittavilla henkilöillä. Kyselylomakkeeseen vastaaminen suoritetaan anonymisti. Anonyymius säilytetään koko tutkimuksen ajan, jonka lisäksi vastaajille annetaan koodinimet.

Kuinka kauan kerättyä aineistoa säilytetään?

Kyselylomakkeiden vastaukset tuhotaan siinä vaiheessa, kun opinnäytetyöraportti on valmis ja hyväksytty. Opinnäytetyöraportin valmistumisen ajankohta tällä hetkellä on toukokuu 2021.

Millaista päätöksentekoa?

Aineistoa käsiteltäessä tapahtuu automaattista päätöksentekoa kyselylomakkeiden avulla.

Oikeutesi / Rekisteröidyn oikeudet

Rekisteröidyllä on oikeus peruuttaa antamansa suostumus, milloin henkilötietojen käsittely perustuu suostumukseen. Tutkimuksen keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerätyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoja.

Rekisteröidyllä on oikeus tehdä valitus Tietosuojavaltuutetun toimistoon, mikäli rekisteröity katsoo, että häntä koskevien henkilötietojen käsittelyssä on rikottu voimassa olevaa tietolainsäädäntöä.

Rekisteröidyllä on seuraavat EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen mukaiset oikeudet:

- a) Rekisteröidyn oikeus tarkistaa itseään koskevat tiedot.
- b) Rekisteröidyn oikeus tietojensa oikaisemiseen.
- c) Rekisteröidyn oikeus tietojensa poistamiseen. Oikeutta henkilötietojen poistamiseen ei sovelleta, jos tietojen käsittely on tarpeen yleisen edun mukaisia arkistointitarkoituksia taikka tieteellisiä tai historiallisia tutkimustarkoituksia tai tilastollisia tarkoituksia varten, jos oikeus tietojen poistamiseen estää tai suuresti vaikeuttaa henkilötietojen käsittelyä
- d) Rekisteröidyn oikeus tietojen rajoittamiseen.
- e) Rekisteröidyn oikeus siirtää tiedot toiselle rekisterinpitäjälle.

Tutkimusrekisterin tiedot

- Opinnäytetyö Tirppana
- Kyseessä on kertatutkimus
- Kesto aika: Syksy 2020-kevät 2021
- Henkilötietoja säilytetään opinnäytetyöraportin valmistumiseen saakka.

Rekisterinpitäjän ja yhteys henkilön tiedot

Jenna Parvinen

email: jenna.parvinen@student.lab.fi

Tutkimuksen suorittajat

Tutkimuksen suorittajina toimivat fysioterapeuttiopiskelijat Jenna Parvinen sekä Sallamari Silander.

Liite 4. Kyselylomake

Lomakkeessa esiintyy avoimia kysymyksiä. Vastaa jokaiseen kysymykseen omin sanoin.

YLEISTÄ

1. SUKUPUOLI: _____
2. KOTIPAIKKAKUNTA: _____
3. IKÄ JA SYNTYMÄVUOSI: _____
4. ESIINTYYKÖ SUVUSSASI MIGREENIÄ?

5. MILLAISEN MIGREENI DIAGNOOSIN SAIT JA MILLOIN?

6. MILLAISIA MUITA SAIRAUKSIA SINULLA ON MIGREENIN LISÄKSI?

7. MIGREENIKOHTAUSTESI MÄÄRÄ? (Esimerkiksi viikoittain, kuukausittain yms.?)

8. KYSYMYS NAISILLE: ONKO KUUKAUTISKIERTOSI YHTEYDESSÄ MIGREENIKOHTAUKSIIN?

9. MINKÄ TYYPPINEN MIGREENISI ON? (Esimerkiksi aurallinen/auraton?)

10. STRESSAANNUTKO HELPOSTI?

11. ONKO STRESSISI YHTEYDESSÄ MIGREENIKOHTAUKSIISI?

12. MILLAISIA ENNAKKO-OIREITA SINULLA ESIINTYY ENNEN MIGREENIKOHTAUSTA? (Esimerkiksi pahoinvointia, ärtyneisyyttä yms.)

13. MILLAISIA OIREITA SINULLA ESIINTYY MIGREENIKOHTAUKSEN AIKANA?

14. KUINKA KAUAN MIGREENIKOHTAUKSESI KESTÄÄ?

15. MILLAINEN TOIMINTAKYKYSI ON MIGREENIKOHTAUKSEN AIKANA?

16. MILLAISET TEKIJÄT HELPOTTAVAT OLOASI MIGREENIKOHTAUKSEN AIKANA?

17. MILLAISET ASIAT PAHENTAVAT OLOASI MIGREENIKOHTAUKSEN AIKANA?

18. MILLAINEN OLOSI ON MIGREENIKOHTAUKSEN JÄLKEEN?

19. MITKÄ TEKIJÄT PARANTAVAT OLOASI KOHTAUKSEN JÄLKEEN?

20. MITKÄ TEKIJÄT PAHENTAVAT OLOASI KOHTAUKSEN JÄLKEEN?

21. MILLAISIA LÄÄKKEITÄ MIGREENIISI ON MÄÄRÄTTY?

22. MINKÄLAISIA KÄSIKAUPPALÄÄKKEITÄ KÄYTÄT MIGREENIISI? (Esimerkiksi Burana, Panadol yms.)

ELINTAVAT

23. MILLAISET RUOKA-AINEET LAUKAISEVAT MIGREENIKOHTAUKSESI? (Esimerkiksi alkoholi, juustot yms.)

24. MILLAINEN LIIKUNTA HELPOTTAAMIGREENIN AIHEUTTAMAAN KIPUUN?

25. KUINKA KAUAN NUKUT ÖISIN?

26. MILLAISEKSI KUVAILET YÖUNESI?

RENTOUTUMISHARJOITUKSET

27. MILLAISIA HARJOITTEITA TAI LÄÄKKEETTÖMIÄ HOITOKEINOJA HYÖDYNNÄT MIGREENIN HOIDOSSA? Esimerkiksi hengitysharjoittelua, mindfulnessia, fysioterapiaa yms.

28. KUINKA USEIN HARJOITTELET RENTOUTUMISTA?

29. MILLAISIA HYÖTYJÄ OLET SAANUT RENTOUTUSHARJOITTELUSTA?

30. MILLAISIA HAITTOJA OLET SAANUT RENTOUTUSHARJOITTELUSTA?

31. MILLAISIA YHDISTELMÄKEINOJA OLET KÄYTTÄNYT RENTOUTUMISEKSI?
(Esimerkiksi hengitysharjoittelu + liikunta)

32. MINKÄ OLET KOKENUT TEHOKKAIMMAKSI RENTOUTUSHARJOITTEEKSI TAI
-KEINOKSI MIGREENIN HOIDOSSA?

33. MINKÄ OLET KOKENUT VÄHEMMÄN TEHOKKAAKSI RENTOUTUSHARJOI-
TTEEKSI TAI -KEINOKSI MIGREENIN HOIDOSSA?

34. MILLAISIA SOVELLUKSIA OLET HYÖDYNTÄNYT RENTOUTUMISEN EDISTÄ-
MISEKSI?

KIPU JA TYÖKYKY

35. KUINKA KIVULIAAKSI LUOKITTELET MIGREENISI? Esimerkiksi ”ei kipua”, ”pahin mahdollinen kipu”

36. KUVAILE KOHTAUKSEN AIKANA ILMAANTUVAA KIPUA Esimerkiksi jomottava, särkevä, tykyttävä yms.

37. MILLAISIA PYSYVIÄ MUUTOKSIA MIGREENI ON AIHEUTTANUT TYÖKYKYYSI? Esimerkiksi kiputiloja, masennusta yms.

38. KUINKA USEIN JOUDUT JÄÄMÄÄN KOTIIN MIGREENIKOHTAUKSEN TAKIA?

39. KUINKA USEIN JOUDUT SAIRAALAAN MIGREENIKOHTAUKSEN TAKIA?

40. MILLAISEKSI KOET TYÖSI/KOULUNKÄYNTISI? Esimerkiksi fyysisesti/henkisesti kuormittavaksi tai ei ollenkaan kuormittavaksi yms.

41. ONKO TYÖPAIKKASI/KOULUPAIKKASI TIETOINEN MIGREENISTÄSI?

42. MILLAISTA APUA TYÖPAIKKASI ON TARJONNUT MIGREENIN AVUKSI?

43. MITEN LÄHIPIIRISI TUKEE SINUA MIGREENISSÄSI?

44. MITEN MIGREENI ON MUUTTANUT SUUNNITELMIASI? Esimerkiksi koskien tulevaisuuden haaveita, työpaikkaa, ammattia yms.

45. KUVAILE MITEN MIGREENI ON VAIKUTTANUT HENKILÖKOHTAISEEN ELÄMÄÄSI Esimerkiksi parisuhde, ystävyyssuhde, sukulaissuhde

46. KUVAILE MITÄ MIGREENIN AIHEUTTAMA KIPU ON AIHEUTTANUT SINULLE. Esimerkiksi masennusta, ahdistusta, paniikkikohtauksia yms.

47. MILLAISTA APUA OLET SAANUT KYSEISEEN/KYSEISIIN ONGELMIIN?

48. KUINKA USEIN KÄYT VERTAISTUKIRYHMÄSSÄ JA ONKO SIITÄ OLLUT APUA?

KIITOS VASTAUKSISTASI JA AJASTASI TÄMÄN KYSELYN TÄYTTÄMISEKSI!