

MIGREENIN MERKITYKSIÄ KROONISTA MIGREENIÄ SAIRASTAVAN ELÄMÄSSÄ
- fenomenologinen tutkimus

Mikko Patovirta

Pro gradu -työ

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Terveystieteet/Fysioterapia

Jyväskylän yliopisto

Syksy 2018

TIIVISTELMÄ

Patovirta, M. 2018. Migreenin merkityksiä kroonista migreeniä sairastavan elämässä - fenomenologinen tutkimus. Terveystieteet. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Fysioterapian pro gradu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto, 38 s., 3 liitettä.

Migreeni sairautena on lääketieteessä tunnettu jo pitkään. Suurin osa tutkimuksista on lääkekeskeistä, mutta kroonistuessaan migreenin oirekuvaan liittyy paljon myös stressisidonnaisia psykososiaalisia tekijöitä. Tässä tutkimuksessa oli tarkoitus tutkia sitä, miten krooninen migreeni ilmenee migreeniä sairastavien elämässä.

Tutkimuksessa kroonisesta migreenistä sairastavaa kuusi naista ja kaksi miestä olivat työssäkäyviä, ikäjakaumaltaan 38-58 vuotta (keski-ikä 49,5 vuotta). Fenomenologinen tutkimusaineisto hankittiin avoimen haastattelun avulla, joiden yhteiskesto 455 minuuttia, keskiarvolla 56 minuuttia, ja litteraatiosivuja yhteensä 73 sivua. Tulokset analysoitiin Giorgin nelivaiheisen merkitysanalyysin mukaan. Ensin haastattelut luettiin useaan kertaan ja niistä eroteltiin olennaiset migreeniin kokemuksen merkitykset. Näistä saatiin yksilölliset merkitysyksiköt, joista koottiin merkityskokonaisuudet sekä lopuksi krooninen migreeni kuvattiin merkityskokonaisuuksien synteessä.

Tuloksissa tuli esiin kuuden merkityskokonaisuuden muodostama toisiinsa vastavuoroisesti yhteydessä oleva merkitysverkosto. Tämän merkitysverkoston sisällä on kolme erilaista migreenioireiden ilmenemiseen liittyvää kehollisuuden kehää: 1) vastuullisen kehollisuuden kehä 2) luottamuksellisen kehollisuuden kehä sekä 3) yhteisöllisen kehollisuuden kehä. Migreeniä sairastavilla tulokset ovat samansuuntaisia aiempien tutkimusten tulosten kanssa, joiden mukaan hyvät stressinhallinnan keinot, itsetuntemus sekä psykofyysisten tekijöiden tiedostaminen lisäävät minäpystyvyyttä ja ovat siten yhteydessä migreenioireiden parempaan hallintaan.

Fysioterapiassa jännittyneisyys-rentouspainotteinen kehotietoisuusharjoittelu voisi auttaa tunnistamaan paremmin stressitekijöitä, ennaltaehkäisemään fyysistä väsymistä sekä vähentämään hermostollista ylivireyttä, jolloin migreenikohtausten esiintyminen, voimakkuus ja kesto voisivat lieventyä.

Avainsanat: krooninen migreeni, fysioterapia, kehotietoisuus, kokemus, merkitysanalyysi, vireystila, minäpystyvyys.

ABSTRACT

Patovirta M.2018. Meanings of migraine in chronic migraine patients life. Faculty of Sport and Health Sciences. University of Jyväskylä. Physiotherapy Master's thesis. 38 pages, 3 appendices.

Migraine as a disease has long been known in medicine but has been studied surprisingly little. Most of the studies have been drug-centric, but in a chronic level the symptoms of migraine are also associated with stress-related psycho-physiological factors. The purpose of this study was to study how chronic migraine occurs in people with migraine.

In this study, six women and two men with chronic migraine were working, age ranging from 38 to 58 years (mean age 49.5 years). The phenomenologic study's data collection was open interview, with a combined 455 minutes, an average of 56 minutes, and a total of 73 pages for the transcribed pages. The results were analyzed according to Giorgi's four-step meaning analysis. First the interviews were read several times and they separated the essential migraine from the meaning of experience. From these, unique units of significance were generated, of which the groupings were compiled and ultimately the chronic migraine was described as a synthesis of the meaning complexes.

The results revealed the interrelated relevance consisting of six thematic entities. There are three different circles of circumcision associated with the occurrence of migraine symptoms: 1) circle of responsible body awareness 2) circle of confidence body awareness 3) circle of communal body awareness. Migraine results are in line with the results of previous studies that succeed methods of stress management, self-knowledge, and awareness of psycho-physical factors increase self-perception and are thus associated with better balance of migraine symptoms.

In physiotherapy tension-relaxed body awareness exercise could help to better identify stressors, prevent physical fatigue and reduce hypertension, so that the frequency, intensity and duration of migraine attacks could be alleviated.

Keywords: chronic migraine, physiotherapy, awareness, experience, significance analysis, alertness, self-efficacy

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	1
2 MIGREENI.....	3
2.1 Migreenikipu.....	4
2.2 Migreeni ja jännityspäänsärky.....	4
3 KROONINEN MIGREENI.....	6
3.1 Migreenin kroonistumiseen johtavia tekijöitä	6
3.2 Persoonallisuuspiirteet ja temperamentti	7
4 MINÄPYSTYVYYS.....	9
4.1 Minäpystyvyyden määrittelyä	9
4.2 Terveysteen suuntautuva itseohjautuvuus.....	10
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	12
6 TUTKIMUSMENETELMÄ.....	13
6.1 Fenomenologinen kokemuksen tutkimus.....	13
6.2 Esiymmärrys.....	16
6.3 Aineiston hankinta	17
6.3.1 Osallistujat.....	18
6.3.2 Kehotietoisuusharjoitukset.....	19
6.3.3 Avoin haastattelu.....	19
6.4 Aineiston analyysi.....	20
7 TULOKSET.....	22
7.1 Haittaava migreeni	23
7.2 Tekemisen pakko	23
7.3 Kehon kuulemisen vaikeus	23
7.4 Rauhoittava toiminta	24

7.5 Elämänrytmin säätely	24
7.6 Toive vertaistuesta.....	25
7.7.1 Vastuullisen kehollisuuden kehä.....	25
7.7.2 Luottamuksellisen kehollisuuden kehä.....	26
7.7.3 Yhteisöllisen kehollisuuden kehä	26
8 POHDINTA.....	28
8.1 Tulosten tarkastelua.....	28
8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	29
8.3 Jatkotutkimuksen aiheita.....	31
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	32
10 LÄHTEET	33
LIITTEET	
Liite 1	Kutsu tutkimukseen
Liite 2	Tutkimuslupa
Liite 3	Esimerkki merkitysyksiköistä

1 JOHDANTO

Krooniset päänsärky- ja migreenioireistot luokitellaan lääketieteessä neurologiseksi sairaudeksi, jolloin lääkehoito on keskeisessä roolissa oireiden hallinnassa ja ennaltaehkäisyssä (migreeni, Käypä hoito 2015). Moni päänsärky- ja migreenioireinen ohjautuu myös fysioterapiaan kipuoireiston lihasjännittyneisyyden ja -kipujen takia. Fysioterapiassa on tarkoitus lievittää migreenioireiden esiintyvyyttä ja voimakkuutta sekä antaa kivunhallintakeinoja fysikaalisilla hoidoilla, akupunktiolla tai TENS-sähköhoidoilla (migreeni, Käypä hoito 2015). Yhdysvalloissa U.S. Headache Consortium suosittelee hoitolinjoissaan, että rentoutusharjoittelu (progressiivinen lihasrentoutus sekä autogeeninen harjoittelu), biofeedback sekä kognitiivis-behavioristinen terapia tulee ottaa huomioon migreenioireiden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa (Holroyd, 2002, 663).

Epidemiologisesti päänsäryt ja migreeni ovat maailmanlaajuisesti yksi merkittävimmistä toimintakykyä häiritsevistä sairauksista, sillä useat Euroopassa tehdyt tutkimukset tuovat esiin päänsäryistä johtuvat negatiiviset vaikutukset elämänlaatuun (Stovner ym. 2010). Laajan amerikkalaisen väestötutkimuksen mukaan naisista 14,6% ja miehistä 4,8% kärsii migreenistä (Färkkilä 2007, 168). Esiintyvyys Euroopassa on samaa luokkaa, kun naisista 16,6 % ja miehistä 7,5 % sairastaa migreeniä. Terveysekonomiset tutkimukset osoittavat, että vuonna 2005 15 % työpoissaoloista johtui päänsäryn takia (Stovner ym. 2006).

Käypä hoito – suosituksen mukaan migreenin lääkkeettömistä hoidoista julkaistut tutkimukset ovat pieniä. Ihmisen käyttäytymiseen perustuvista psykobiologisista hoidoista parhaat tulokset on saatu biopalautehoidoilla sekä rentoutushoidoilla. Päänsärkyjen esiintyvyyttä ja voimakkuutta on saatu pienennetyksi keskimäärin 45 %, teho säilynyt kahdella kolmasosalla potilaista 1-5 vuoden ajan. Fysikaalisista hoidoista saatu teho on ollut vaihteleva, myös tutkimustulokset ovat ristiriitaisia (migreeni, Käypä hoito 2015). Fysioterapiassa terapeuttinen harjoittelu muodostaa yhden mahdollisuuden migreenin ja päänsärkykivun hoitoon fysikaalisten hoitojen ohella. Kaikille fyysinen liikuntaharjoittelu ei kuitenkaan ole ollut sopivaa, sillä migreenikipuisilla kuormittavan harjoittelun on enemmänkin todettu lisäävän migreenin oireita kuin vähentävän niitä (migreeni, Käypä hoito 2015).

Psykososiaaliset tekijät sekä persoonallisuuspiirteet kuten esimerkiksi vaikeuksien välttäminen ja sinnikkyys voivat lisätä migreenioireita, jotka saattavat johtaa herkästi kroonistumiseen. Nämä tekijät altistavat heidät stressille usein ilman riittäviä kivunhallintakeinoja. Nämä piirteet

korreloivat säätelemättömien hermoston välittäjäainejärjestelmien kanssa, jotka voivat olla myös osa persoonallisuuden, masennuksen ja migreenin psykobiologisia komponentteja (Abbate-Daga ym. 2007). Persoonallisuuspiirteiden ja temperamentin merkitys korostuu migreenioireisilla stressin myötä helposti korostuneeseen velvollisuudentunteeseen, joka taas johtaa hermoston ylivireyden kohoamiseen ja siten riski migreenikohtauksille kasvaa. Temperamentti ja persoonallisuus voivat altistaa kivun katastrofoinnille ja kiputunteiden ja -uskomusten väärintulkintaan, tai ne voivat olla joustavina tekijöinä kognitiivisessa tulkinnassa edistäen minäpystyvyyttä (Gatchel ym. 2007). Minäpystyvyydellä (self-efficacy) tarkoitetaan yksilön uskomuksia ja käsityksiä kyvystään toimia ja suoriutua eri tilanteissa (Bandura 1997).

Kroonisen kivun kokemusten tutkimustulosten mukaan kipu ei itsessään ole ongelma vaan se, minkä merkityksen sille itse antaa (Ojala 2015). Tutkimusten myötä 1960-luvulla tuli esiin biopalautelaitteiden avulla, että ihminen pystyy tietoisesti vaikuttamaan autonomiseen hermostoon mm. lihasten sähköisen toiminnan ja ihon lämpötilan kautta (Estlander 2003, 36). Rentoutusmenetelmien ja biopalautehoidon on todettu olevan hyödyllinen jännityspäänsäryn ja kroonisen kivun hoidossa, kun potilaita opetetaan vähentämään kipua aiheuttavaa lihasjännitystään (Adams ym. 2006). Voimakkaasti kestojännittynyt ihminen ei yleensä osaa rentouttaa lihaksiaan, ja usein hänellä on vaikeuksia tiedostaa edes omaa jännittyneisyyttään (Kataja 2003, 24).

Kokemusten tutkimisessa tulee esiin ihmisen koettu elämä kokonaisuutena, jolloin krooninen migreeni on siinä mukana. Kroonisiin kipuoireistoihin kuten krooniseen migreeniin on edellä mainittujen tutkimusten mukaan paljon tekijöitä, joita lääkkeettöminä hoitokeinoina voitaisiin huomioida myös fysioterapiassa paremman vaikuttavuuden saavuttamiseksi. Ymmärtääksemme migreenikuntoutujaa ja hänen oireistoaan enemmän, tarvitsemme lisää tietoa siitä, mitä kaikkea migreenin kanssa arjessa eläminen vaatii. Tämän työn tavoitteena oli tutkia kroonista migreeniä sairastavien kokemuksia sekä migreenin esiin tuomia merkityksiä heidän elämässään.

2 MIGREENI

ICHD III – kriteerien (ICHD 2013) mukaan migreeni luokitellaan auralliseen ja aurattomaan migreeniin. Aurattomassa migreenissä potilaalla on ollut vähintään viisi päänsärkykohtausta, jotka ovat kestäneet 4–72 tuntia. Säryn tulee ominaisuuksiltaan lisäksi täyttää vähintään kaksi seuraavista piirteistä: särky on sykkivää, särky on toispuolista, särky on kohtalaista tai kovaa ja estää normaaleja toimintoja tai fyysinen aktiivisuus pahentaa särkyä. Lisäksi kohtauksen aikana tulee olla vähintään yksi seuraavista liitännäisoireista: valonarkuus, ääniherkkyys, pahoinvointi tai oksentelu (ICHD III 2013). Estrogeeni vaikutuksen uskotaan vaikuttavan eniten naisten huomattavasti suurempaan sairastavuuteen (Stovner ym. 2006). Perinnöllisyyden vaikutusta on tutkittu, sillä migreeniä esiintyy paljon saman suvun jäsenillä. Sen yhteyttä ei ole pystytty kuitenkaan osoittamaan, vaikka kaksostutkimukset viittaavatkin migreenin geneettiseen periytyvyyteen (Färkkilä 2007, 168).

Aurallisessa migreenissä potilaalla on ollut vähintään kaksi kohtausta, joissa on esiintynyt kolme seuraavista piirteistä: auraoire, auran kesto yli neljä minuuttia tai kaksi peräkkäistä auraa, auran kesto ei yli 60 minuuttia, auraa seuraa päänsärky alle 60 minuutissa. Päänsärky on samanlaista, kuin aurattomassa migreenissä. Migreenikohtausta edeltää usein ns. ennakkooireet, joita ovat mm. väsymys, haukottelu, palelu, ärtyisyys, ruokahalun ja makeanhimon lisääntyminen (ICHD III 2013).

Sarjoittainen päänsärky (cluster headache), josta käytetään myös nimeä Hortonin neuralgia, kuuluu kolmoishermon kautta välittyviin päänsärkyihin. Sarjoittaiselle päänsärkyllä on tyypillistä äärimmäisen voimakas toispuoleinen kipu silmäkuopassa tai sen yläpuolella ja/tai ohimolla. Jakso eli sarja, jonka aikana toistuvia kohtauksia tulee, saattaa kestää viikoista kuukausiin. Yksittäinen kohtaus voi kestää kerrallaan 1- 1,5 tuntia (Duodecim, 2015).

2.1. Migreenikipu

Kalson (2002) mukaan kipuinformaatiota käsittelevän aivoalueiden muodostama verkosto eli kipumatriisi muodostuu yksilöllisen geneettisen alttiuden ja aikaisempien kipukokemusten pohjalta. Tämä kipumatriisi sisältää kivun laadun, voimakkuuden ja sijainnin hahmottamisen lisäksi vaikeammin hahmottuvan arvion kivun yksilölle aiheuttamasta uhasta. Omat kokemukset ja odotukset, käsitykset kivun merkityksestä sekä stressi muokkaavat perifeeristen ärsykkeiden ja hermoverkon välistä vuorovaikutusta (Kalso 2002, 65). Biologiset tekijät eivät yksin selitä kipua, kivun aiheuttamaa kyvyttömyyttä tai krooniseen kipuun yhdistettyä

masennusta, sillä kaikilla kroonista kipua kokevilla potilailla ei kuitenkaan ole samantasoista masennusta tai kyvyttömyyttä (Adams ym., 2005). Kipukatastrofointi lisää fysiologisen ylivireystilan kohoamista, välttämiskäyttäytymistä ja kognitiivisen pelon lisääntymistä (Gatschel ym. 2007).

Käypä hoito –suosituksen mukaan osa migreenipotilaista tulee toimeen päänsärkynsä kanssa hyvin joko täysin ilman lääkkeitä tai vain vähäisen särkylääkityksen avulla. Migreenikohtaukset ovat hyvin yksilöllisiä, sillä toiset ovat täysin vuodepotilaita, ja toisia voi haitata vain hetkellinen näön sumentuminen. Ympäristöllä on usein migreenikohtauksen oireita helpottavaa vaikutusta, usein lepääminen viileässä, pimeässä ja hiljaisessa ympäristössä lievittää oireita, mutta vaikeampien kohtauksien hoidossa käytetään lääkkeitä ja lääkeyhdistelmiä (migreeni, Käypä hoito 2015). Migreenipäänsärkyä voi hoitaa parhaiten välttämällä laukaisevia tekijöitä kuten alkoholia, valvomista, epäsäännöllistä ruokailua, oireille herkistäviä ravintoaineita sekä stressin muutosta (ICHD III 2013).

Kroonisen migreenin lähtökohtainen diagnoosi on 15 päivää tai enemmän kuukaudessa esiintyvä päänsärky ja joka jatkuu vähintään 3 kuukauden ajan yhtäjaksoisesti (migreeni, Käypä hoito 2015). Kroonisesta migreenistä oireilevat joutuvat jäämään päänsäryn vuoksi pois enemmän koulusta ja töistä episodiseen migreeniin verrattuna, sillä pitkäaikaiseen kyvyttömyyttä aiheuttaviin oireisiin liittyy enemmän myös depressiota, ahdistuneisuutta sekä mahdollisia muita lääketieteellisiä tekijöitä (Lipton ym. 2016).

2.2 Migreenin ja jännityspäänsäryn erottelu

Migreenin Käypä hoito- suosituksen mukaan potilaalle on tärkeä auttaa erottamaan jännityspäänsärky migreenistä (Taulukko 1). Tärkeimpänä erona on se, että migreeni esiintyy kohtauksittain, kun taas jännityspäänsärky on tasaista ja jatkuvaa. Migreenissä voi esiintyä ennako-oireita, joita ei ole jännityspäänsäryssä. Liikunta voi laukaista tai pahentaa migreeniä, mutta urheileminen tuo usein helpotusta jännityspäänsärkyyn (migreeni, Käypä hoito 2015). Migreeniin liittyy usein voimakasta pahoinvointia ja oksentelua, joita ei esiinny jännityspäänsäryssä. Migreenikohtaukseen voi liittyä valonarkuutta ja/tai ääniherkkyyttä. Migreenisärky on lisäksi voimakkaampaa kuin jännityspäänsärky (ICHD III 2013, Käypä hoito 2015).

TAULUKKO 1. Migreenin ja jännityspäänsäryn erottelu (Käypä hoito 2015).

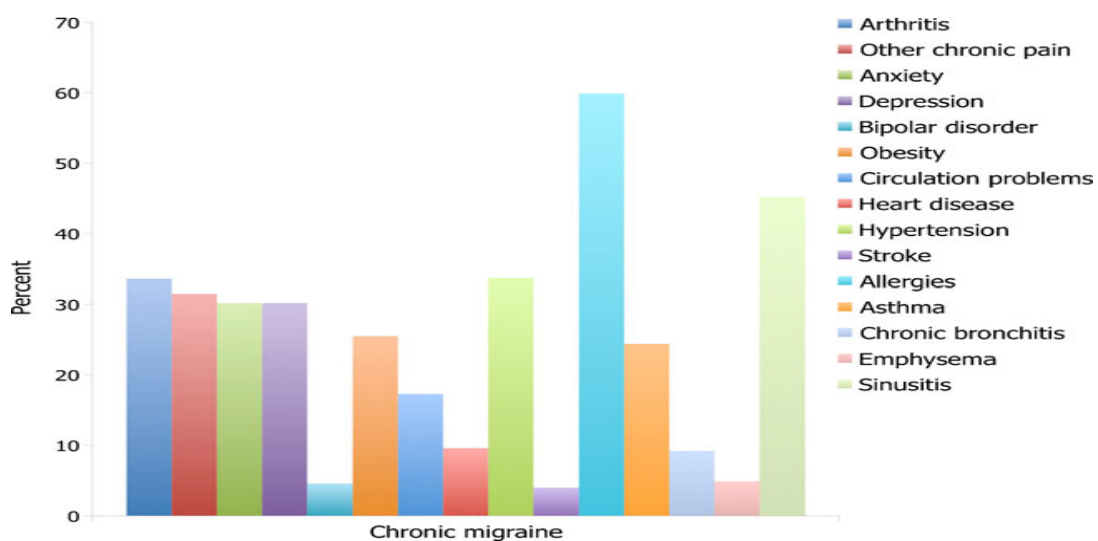
Migreenin ja jännityspäänsäryn erot.	
Migreeni	Jännityspäänsärky
Ennakko-oireet	Ei ennakko-oireita
Rasitus pahentaa	Liikunta helpottaa
Oksentelu	Ei oksentelua
Valonarkuus	Ei valonarkuutta
Kova särky	Kohtalainen särky
Alkoholi aiheuttaa	Alkoholi voi auttaa
Alkaa öisinkin	Alkaa päiväsaikaan
Kohtauksittainen	Jatkuva, tasainen

3 KROONINEN MIGREENI

3.1 Migreenin kroonistumiseen johtavia tekijöitä

Useat riskitekijät ja elämäntavat ja -tottumukset saattavat johtaa migreenin muuttumista krooniseksi (Pistoia ym. 2013). Yksi herkästi kroonistumiseen johtava tekijä on ollut migreenilääkkeiden aiheuttama lääkepäänsärky (D'Amico ym. 2013). Muiden oireistojen mukaantulo kuten fibromyalgia, masennus ja ahdistuneisuus lisäävät myös migreenin kroonistumista (Abbata-Daga ym. 2013, de Tommaso ym. 2014, Pistoia ym. 2013). Pistoia ym. (2103) ovat tutkimusartikkelissaan tuoneet esiin krooniseen migreeniin liittyvät mahdolliset muut sairaudet eli komorbiditeettitekijät (kuva 1).

Kaikkia migreenikohtauksia laukaisevia ärsykeitä (triggereitä) ei voida aina tunnistaa, ja lisäksi tunnistettavien joukossa on triggereitä, joita ei voida välttää kuten esimerkiksi hormonaalinen kierto. Lisäksi triggereiden välttämiskäyttäytymiseen perustuva elämäntapa voi olla erittäin stressaavaa, ja stressi itsessään voi johtaa migreenin kroonistumiseen ja heikentyneeseen kykyyn toimia arjessa. Keinot, joiden avulla potilaat voivat mukautua kiputilaansa, voivat olla parempia kuin välttämiskeinot, jotka voivat lisätä ahdistuneisuutta ja vaikuttaa negatiivisesti kipuihin (Pistoia ym. 2013). On myös huomattu, että stressaavien tapahtumien heikot ongelmanratkaisu- ja selviytymiskeinot voivat pahentaa migreenin ja fibromyalgian komorbiditeettia (de Tommaso ym. 2014).



KUVA 1. Krooninen migreeni ja komorbiditeettitekijät (Pistoia ym 2013).

3.2 Migreenioireisen persoonallisuuspiirteet ja temperamentti

Kroonisen migreenin ja jännityspäänsäryn yhteydessä on persoonallisuuspsykologisissa tutkimuksissa löydetty kipuun herkistyvät persoonallisuustyypit (Cao ym. 2002, Torres ym. 2013, de Tommaso ym. 2014). Näissä tutkimuksissa migreenipotilaiden persoonallisuudessa on todettu piirreteorioiden mukaisesti korostuneena muun muassa neuroottisuus, tunnollisuus sekä aggressiivisuus-vihamielisyys. Adamsin ym. (2005) mukaan psykologiset ja sosiaaliset tekijät voivat olla yhteydessä kipuun ja toimintakyvyttömyyteen vähentämällä fyysistä aktiivisuutta, voimaa ja kykyä toimia halutulla kestolla. Kognitiivisilla tekijöillä kuten kivun ymmärtämisellä ja hyväksymisellä voi olla vaikutus fysiologisiin muuttujiin kuten nosiseption ilmenemiseen tai pahenemiseen (Adams ym. 2005). Kognitiivinen tulkinta ja tunnepitoinen vireystila voi johtaa esimerkiksi lisääntyneeseen sympaattisen hermojärjestelmän vireystilaan, sisäsyntyiseen opioidin tuottoon ja kohonneeseen motorisen aktiviteetin tasoon (Weisenberg ym. 1998, Adams ym. 2005, Gatschel ym. 2007).

Tutkimuksissa on viitattu myös psykobiologisiin selitysmalleihin temperamenttityyppien mukaisesti (Boz ym 2004, Abbate-Daga ym. 2007, Naylor ym. 2017). Cloninger ym. (1993) tuovat esiin aivojen välittäjäaineiden yhteyden temperamentin taustalla. Taulukossa 2 on kuvattu temperamentit, toimintamallit ja hallitseva neurokemiallinen välittäjäaine. Temperamenttien ominaisuudet liittyvät yksilöllisiin eroihin elämishakuisuudessa (novelty seeking), vaikeuksien välttämässä (harm avoidance), hyväksynnän hakemisessa (reward dependence) ja sinnikkyudessa (persistence) (Cloninger ym. 1993). On todettu myös, että vaikeuksien välttäminen ja itseohjautuvuuden alentuminen voivat olla kaikkein erottamiskykyisin persoonallisuuspiirre kroonisten kipua sairastavien ominaisuuksista (Davis ym. 2013). Vaikeuksien välttäminen viittaa taipumukseen kokea voimakasta pelkoa, pessimismia, herkkyyttä kritiikille tai suurta korkeatasoista kontrollia. Todisteita tämän temperamentin profiilista on haettu monenlaisissa kroonisista kipuoireistoista kuten fibromyalgia, päänsärky ja migreeni, temporomandibulaarinen häiriö, trigeminaalinen neuropatia, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja heterogeeniset kiputilat (Naylor ym. 2017).

TAULUKKO 2. Temperamentti-tyyppejä (Cloninger R., 1993), taulukko Sandström M. (2010)

Elämishakuinen	Vaikeuksia välttävä	Hyväksynnän hakija	Sinnikäs
- Aktivoituu ja innostuu helposti uusiin asioihin ja muutoksiin	- Turvallisuushakuinen, välttää riskien ottamista	- Herkkä palautteelle, reagoi herkästi myönteiseen palautteeseen	- keskittymiskykyinen, tekee tunnollisesti tehtävät loppuun asti, ”vaikeuksista voittoon”
Hallitseva välittäjäaine: dopamiini	serotoniini	noradrenaliini	asetykoliini

4 MINÄPYSTYVYYS

Kuntoutujat tarvitsevat sekä tietoja että taitoja hallitakseen kohtaamiaan haasteita (Reynolds 2005, 169). Minäpystyvyyden (self-efficacy) teoria on syntynyt Banduran sosiaalis-kognitiivisesta teoriasta ja käsitteellistetty yksilö-käyttäytymis-ympäristö -mallissa (Rawlett, 2014). Pystyvyyden uskomukset ratkaisevat, kuinka ihminen tuntee, ajattelee, motivoi itseään ja käyttäytyy (Bandura 1994). Pystyvyyden konsepti perustuu tavoitteenasettelun käsitteisiin ja odotuksiin, jossa yksilö omaa mahdollisuuden oppia muilta tai suunnitella itsenäisesti vaihtoehtoisia strategioita (Posdazki & Glass, 2009). Banduran (1997) mukaan minäpystyvyys on tasaisesti kehittyvä prosessi lapsuudesta ikääntymiseen asti. Pystyvyys vahvistuu yksilöllisesti sitä varmemmin mitä enemmän kuntoutuja saa tehtäviä onnistuneesti suoritetuiksi. Esimerkiksi hyvä koulumenestys tai urheilutaidot voivat vahvistaa minäpystyvyyttä lapsena. Muut taidot kuten musiikillinen älykkyys tai puhe-esiintyjän taidot voivat vahvistaa minäpystyvyyttä aikuisena (Bandura 1997).

4.1 Minäpystyvyyden määrittelyä

Yksilön minäkäsitykseen (self conception) sisältyy identiteetti, itsetunto ja minäpystyvyys. Minäkäsitys voi vaikuttaa henkilökohtaiseen vastaanottavuuteen sekä siihen, miten kuntoutuja vastaanottaa ohjausta ja kuinka motivoitunut hän on seuraamaan suosituksia (Falvo 2011, 98-99). Minäkäsitys koostuu yleensä yksilön asenteista, kokemuksista ja käytöksestä. Jos kuntoutuksessa annettu tieto ja suositukset ovat ristiriidassa yksilön minäkäsityksen kanssa, ne vaikuttavat ohjauksen tasoon ja kuntoutujan sitoutuvuuteen. Mikäli terveysalan ammattilaiset eivät huomioi kuntoutujan näkökulmia tai kiistelevät hänen kanssa, ohjauksesta tulee tehotonta (Falvo 2011, 99). Itsetunto on kiinteästi yhteydessä minäpystyvyyteen. Sairaus saattaa heikentää itsetuntoa, ja mikäli kuntoutujalla on jo valmiiksi huono itsetunto, niin sairaus heikentää sitä entisestään (Falvo 2011, 97). Falvon (2011) mukaan monet kuntoutujat uskovat, että heillä on hyvin vähän vaikutusvaltaa omaan kohtaloonsa. Osa kuntoutujista taas ajattelee, että he kykenevät hyvin kontrolloimaan elämäänsä, ja että heidän omat toiminnat voivat ainakin joltain osin määrittää heidän kohtaloaan. Kuntoutujan oma toiminta on jossain suhteessa aina yhteydessä hänen terveyteensä (Falvo 2011, 98).

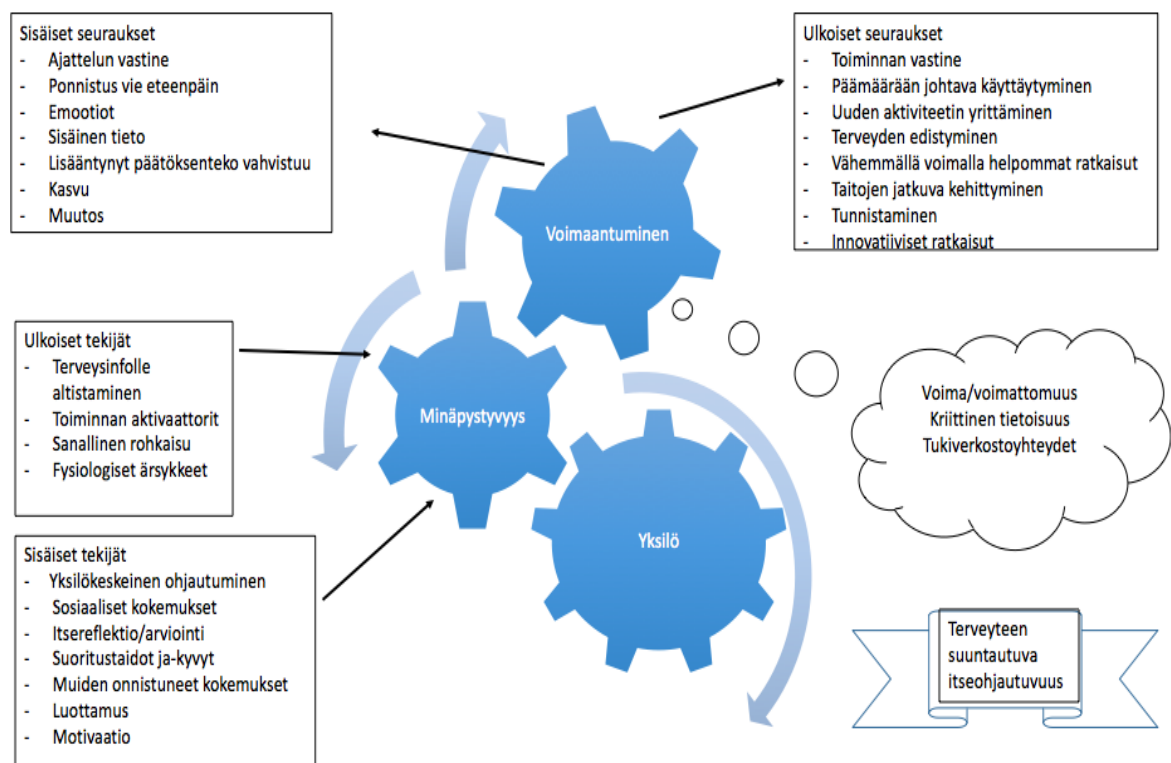
Bandura tuo esiin neljä minäpystyvyyden tasoa: 1) hallinnan kokemuksen taso, 2) sosiaalisen oppimisen taso, 3) palautteen taso ja 4) psykologinen taso. Ensimmäisellä tasolla hallinnan kokemukset lisäävät onnistumista, ja tämä edelleen vahvistaa kuntoutujan tuntemusta tilanteen hallinnasta. Sosiaalisen oppimisen tasossa omat onnistumiset lisäävät uskoa yksilön omiin kykyihin. Palautteen tasolla muilta saatu positiivinen palaute lisää minäpystyvyyden tunnetta, mutta heikon minäpystyvyyden omaavalle henkilölle negatiivinen palaute vaikuttaa voimakkaammin kuin positiivinen palaute hyvän minäpystyvyyden tunteen omaavalle. Psykologisella tasolla mielikuvat ja tunnetilat vaikuttavat tehtävien onnistumiseen tai epäonnistumiseen (Bandura 2004).

Estlander (2003) nostaa esille pystyvyyden ja stressinhallinnan coping- keinot. Myönteisen käsityksen omaava henkilö kestää enemmän kipua, on aktiivisempi ja rohkeampi. Ihmisen käsitys omista kyvyistään vahvistaa pystyvyyttä, jolloin hän uskoo pystyvänsä vaikuttamaan oireisiinsa, terveyteensä tai yleensä elämäänsä. Negatiivisen käsityksen omasta selviytymisestä omaava henkilö luopuu herkästi vastoinkäymisten edessä (Estlander 2003, 84-85). Pystyvyyden konsepti perustuu tavoitteenasettelun käsitteisiin ja odotuksiin, jossa yksilö omaa mahdollisuuden oppia muilta tai suunnitella itsenäisesti vaihtoehtoisia strategioita. Kiinnittämällä enemmän huomiota kuntoutujien itseohjautuvuuden oppimiseen sekä heidän kehotietoisuuden ja pystyvyyden aktivoimiseen, voidaan kuntoutusprosessiin saada lisää vaikuttavuutta (Landsman-Dijkstra ym. 2004, Anderson & Funnell 2009, Posdazki & Glass 2009, Rawlett 2014). Omakohtainen kokemus on kokemuksellisen oppimisen lähtökohta ja oleellinen osa, mutta pelkkä kokeminen ei sinänsä vielä takaa oppimista. Tärkeää on tutkittavan ilmiön havainnointi ja sen tietoinen pohtiminen sekä ilmiön ymmärtäminen ja käsitteellistäminen sopivan teorian tai kuvausmallin avulla (Kupias 2001,16).

4.2 Terveyteen suuntautunut itseohjautuvuus

Rawlett (2014) on tutkimusartikkelissaan mallintanut Banduraa mukaellen terveyteen suuntautuvan itseohjautuvuuden voimaantumisosessin (kuva 2). Hän korostaa, että voimaantuminen ei tarkoita potilaan hoitomyöntyvyyttä tai hoitoon sitoutumista, vaan se on itsestään vastuunottavan kuntoutujan yksilöllinen prosessi koko elämän ajan. Pystyvyyteen vaikuttavat yksilön sisäiset ja ulkoiset tekijät näkyvät voimaantumisessa sisäisinä ja ulkoisina seurauksina ajattelussa ja toiminnoissa, joista kuvaus paremmin alla olevassa kaaviossa

(Rawlett, 2014) (kuva 2). Voimaantuminen (empowerment) on lisääntyneen minäpystyvyyden tuntemusten kautta syntynyt prosessin tulos, jonka mukaan kuntoutuja itseohjautuen kykenee ajattelemaan kriittisesti ja toimimaan autonomisesti (Anderson & Funnell 2009). Voimaantuminen on jokaisen yksilön saavutettavissa oleva luontainen kyky, joka oivaltamisen ja kehittymisen kautta lisää kuntoutujan vastuunottoa omasta elämästä. Kuntoutujat ovat voimaantuneempia, kun heillä on riittävät tiedot, taidot ja itsetietoisuus tunnistaa sekä saavuttaa omat tavoitteensa (Wentzer & Bygholm, 2013).



Rawlett 2014

KUVA 2. Minäpystyvyydestä voimaantumiseen (Rawlett 2014).

Voimaantumisen tuloksen jatkoseurauksina ovat voima tai voimattomuus, lisääntynyt kriittinen tietoisuus sekä aktivoituminen vertaistuen käyttöön (kuva 2). Vertaistuen merkitystä ei tulisi unohtaa, sillä se voi toimia keskeisessä roolissa kuntoutujien tiedon lisäämisen välineenä (Rawlett 2014). Reynolds (2005) on nostanut tutkimuksessaan esille monen kuntoutujan arvostavan tietoa, josta saisi vertaistukea. Tulevaisuudessa vertaistukiryhmät saattaisivat edesauttaa kuntoutujan käsityksiä toipumisesta ja omavastuun merkityksestä kuntoutumisprosessissa. Ammattilaisten tulisi yhä enemmän tunnistaa ja kehittää kuntoutujaa tunnistamaan itsessään omia itsehallintakeinoja ja tätä kautta tukea kuntoutujan oppimistilanteissa tapahtuvaa voimaantumista (Reynolds 2005).

5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Työn tarkoituksena oli ymmärtää migreenin ilmiötä. Tiedon avulla voidaan soveltaa fysioterapiassa migreenistä oireilevan ihmisten toimintakykyä.

Tutkimuskysymyksenä oli, miten migreeni ilmenee kroonista migreeniä sairastavien ihmisten elämässä?

- Miten kroonista migreeniä sairastava kokee migreenin?
- Mitä merkityksiä migreenillä on elämässä?
- Miten migreeni koetaan kehollisesti?

6 TUTKIMUSMENETELMÄ

6.1 Fenomenologinen kokemuksen tutkiminen

Varton (1992) mukaan fenomenologisen kokemuksen tutkimuksessa on tarkoituksena löytää jotakin yhteistä kokemuksista yleisesti. Pyrkimyksenä on havainnoida omia kokemuksia ja tutkia sitä tietoisuutta, joka ihmisellä on omista kokemuksistaan. Tärkein tehtävä fenomenologisissa tutkimuksissa on saada tutkija suoraan itse asiaan, kuten Husserlilta nostettu sanonta ”zu den Sachen selbst” kuuluu. Tutkimus tehdään vailla etukäteen lukittuja teorioita tai käsityksiä (Varto 1992, 135). Biologia, fysiologia ja patologia voivat tuottaa tulokseksi, että jokainen ihminen on metrin mittainen, mutta tämä ei vastaa mitään kokemusta. Jotta mukaan saadaan ne piirteet, jotka tekevät tutkimuksesta ihmisen kehollisuuden tutkimusta, mukaan on saatava ihmisen laatu (Varto 1992, 63).

Fenomenologian yhdistäminen tieteelliseen tutkimukseen tietoisuudesta on Gallagherin mukaan mahdollista toteuttaa kolmella tavalla: 1) fenomenologista näkökulmaa ei tarvita ensikäden tutkimuksen toteuttamisessa, mutta sitä voidaan käyttää tulosten uudelleentulkinnassa, 2) fenomenologisella näkökulmalla voidaan auttaa tutkittavia tunnistamaan tekijöitä tai sulkeistamaan omia näkemyksiään, joilla voisi olla vaikutusta tutkimuksen tulosten kannalta ja 3) fenomenologista näkökulmaa käytetään tutkimuksen toteuttamisen suunnittelussa (Gallagher 2010, s. 22-29).

Husserl on tuonut esiin fenomenologisen reduktion käsitteen, jolloin huomio keskitetään tai mieli fokusoidaan johonkin kohteeseen, johon tietoisuus suuntautuu. Reduktion päämääränä on puhdas tietoisuus eli välitön kokemus puhtaasti sellaisena kuin se eletään läpi ilman mitään arvottamista ja liittämättä siihen mitään ennakkokäsityksiä (Husserl 1982, 37). Epokhé-käsitteellä Husserl taas kuvaa luonnolliseen asenteeseen liittyvää ennakko-oletusten sulkeistamista, joka on tärkeä tekijä myös fenomenologisessa reduktiossa (Pulkkinen 2010, s. 31-32).

Husserl jakaa ihmisen sekä kokemuksellisesti elettyyn (leib) että anatomis-fysiologisesti arvioitavaan (körper) ruumiseen. Fenomenologisen määritelmän mukaan Husserlin ”leib” tarkoittaa subjektiruumista, esi-reflektiivisesti elettyä ruumista, joka kuvaa situationaalisuutta, näkökulmaa ja potentiaalia suhteessa maailmaan. ”Körper” puolestaan kuvaa objektiruumista,

eli ruumista, jonka muut voivat nähdä (Parviainen 2006, 70). Fuchsin mukaan kiinnitämme huomiota objektiruumiiseen silloin, kun tunnemme väsymystä, taitojen riittämättömyyttä tai silloin, kun koemme olevamme paljaana muiden katseille (Fuchs 2010, 551).

Ranskalainen filosofi Merleau-Ponty näki fenomenologisen reduktion olemuksellisesti epätäydellisenä, koska emme voi koskaan täysin kyseenalaistaa kokemukseemme sisältyviä pätevyys- ja olemisväitteitä (Merleau-Ponty M., 2000/1952, 170). Koski (2000) siteeraa Merleau – Pontya, että vain kehossa ihminen kokee maailman juuri sellaisena kuin se hänelle subjektiivisena kokemuksena ilmenee. Ihminen on maailmansa kokemuksellinen keskipiste ja ihmisen ainoa maailmassa olemisen mahdollisuus on keho. Ihmisen tietoisuus muodostuu vasta kehollisen maailmaan tulemisen jälkeen. Merleau-Ponty korostaa ihmisen persoonan yksilöllisen tietoisuuden ei-reflektiivisessä suhteessa yksilön tietoisuuteen. Vasta historiallisuus tuo reflektion ihmisen olemassaoloon, koska reflektio edellyttää itsetietoisuutta (Koski 2000, 69-70).

Kokemiseen liittyy keskeisesti käsite intentionaalisuus, joka tarkoittaa kokemuksen viittaavan aina johonkin kohteeseen. Husserlin esittämän määritelmän mukaan tietoisia prosesseja kutsutaan intentionaaliksi (Husserl 1982, 42). Rauhalan (1998) mukaan intentionaalisuuden tarkoituksena on ymmärtää, miksi ihminen tekee jotakin jollakin tavalla. Intentionaalisuus selittää ihmisen käyttäytymisen johtuvan haluistaan ja uskomuksistaan eli intentionaalista tiloistaan. Intentionaalilla tiloilla tarkoitetaan mentaalisia tiloja, jotka suuntautuvat itsen ulkopuolelle. Kun mieli intentionaalisesti suuntautuu tarkoitteeseen, muodostuu merkityssuhde. Kun nämä merkityssuhteet liittyvät mielellisesti toisiinsa, syntyy merkitysverkosto. Näiden merkitysverkostojen kokonaisuus muodostaa subjektiivisen maailmankuvan (Rauhala 1998, 30).

Hacklin, Hotanen ja Yli-Tepsa (2014) toteavat filosofia.fi-sivustolla, että Merleau-Pontyn mukaan reflektio tai reflektiivinen tietoisuus tarkoittaa tarkkaavaista huomiota, havainnointia tai tietoisuutta kohteesta, sen tarkastelemista reflektiivisen etäisyyden päästä. Reflektioimaton kokeminen osoittaa puolestaan kehollista, rakenteellista, mielekästä ja kytkeytynyttä maailmasuhdetta, joka toteutuu tarkkaavaisesta huomiosta riippumatta. Ihminen olemassaoloa havaitsevana olentona voidaan ymmärtää Merleau-Pontyn mukaan ainoastaan reflektiivisen tietoisuuden ja reflektioimattoman ruumiillisen kokemuksen moniselitteisenä yhteytenä. Mikäli nämä kaksi kokemuksen tasoa irrotetaan toisistaan tai mikäli niitä pidetään täydellisinä sinänsä,

ajaudutaan ongelmallisiin kuvauksiin havainnosta (filosofia.fi, 2014). Merleau-Pontyn mukaan olemme siis maailmassa kehollisena, emmekä pelkkänä henkisenä tietoisuutena. Kehomme sitoo meidät maailmaan, interaktioon ja intersubjektiivisuuteen sekä näyttää meille kokemustemme rajat. Maailma ei ole se, mitä ajattelemme, vaan se, minkä elämme (Merleau-Ponty 2000, 177-178).

Merleau-Ponty ei halua erottaa havaitsijaa havaitusta, subjektia objektista, vaan kutsuu kokonaisvaltaista, subjektin ylittävää havaintokokemusta kiasmaksi, jolloin keho on yhtä aikaa näkevä ja näkyvä. Voimme nähdä itsemme samalla kun näemme maailman, koskettaa itseämme samalla kun kosketamme muita. Kuuleminen ja kuultu, näkeminen ja nähty, tunteminen ja tunnettu muodostavat erottamattoman kokonaisuuden. Merleau-Ponty korostaa, että meidän on löydettävä uudelleen toimiva ja todellinen ruumis, joka ei ole pala tilaa tai kasa toimintoja, vaan näkemisen ja liikkeen punos (Merleau-Ponty 2012/1964, 420–423).

Maailma on Merleau-Pontyn mukaan kehollista tai kehollisesti koettua. Havaintoihin liittyy aina mukaan ruumiin tila ja sen rajat. Voin olla tietoinen maailman objektiivisesta luonteesta, se on kuitenkin jotain, mikä ylittää ruumiillisuuteni (Merleau-Ponty 2000, 177). Tällä ylittämisellä tarkoitetaan objektiivisen maailman transsendentaalisuutta. Tällaista transsendentaalisuutta on Husserlin mukaan esimerkiksi se, että kun katsoo tuolia, sitä ei voi kokonaisuudessaan tavoittaa yhdellä havainnolla vaan sitä on kierrettävä, jotta se nähtäisiin eri puolilta. Lisäksi kaikkia tuolin piirteitä ei voida välttämättä havaita välittömästi kuten tuolin jalkoja, istuinosaa tai tuolin takaosaa (Giorgi 2002, 14).

Gallagher (2000) yhdistää kognitiivisen tieteiden näkökulmaa fenomenologiaan. Hän tuo esiin kaksi olemisen ja tekemisen erottavaa käsitettä: tunne toimijuudesta (sense of agency) ja tunne omistajuudesta (sense of ownership), jotka molemmat liittyvät kokemuksen kuvaukseen. Tunne toimijuudesta, agenttiudesta, on subjektiivinen kokemus siitä, että minä olen se, joka tekee. Omistajuuden tunteen mukaan koen esimerkiksi, että minä liikun, kun joku tönäisee minua takaa päin, mutta en kuitenkaan koe, että minä voisin vaikuttaa siihen (Gallagher 2000).

Gallagher ja Zahavi (2012) yhdistävät myös kehon kokemuksellisiin aspekteihin, joihin liittyvät käsitteet kehonkuva (body image) ja kehon kaava (body schema). Kehonkuva viittaa havaintokokemukseen omasta kehosta, käsitteelliseen ymmärrykseen kehosta yleensä sekä emotionaalisiin asenteisiin suhteessa omaan kehoon. Kehon kaava puolestaan viittaa

kehoomme ennen reflektiota, siis sellaiseen olemiseemme, jota emme tiedosta tajunnassamme kokemuksilla, ja joka on kuvattavissa proprioseptisillä tuntemuksilla kuten nivelten taivutuskulmilla, lihasten jännittyneisyydellä ja muilla hermosäikeiden välittämällä informaatiolla (Gallagher & Zahavi 2012, 153, 164-165).

Humanistis-holistisessa ihmiskäsityksessä ihminen nähdään biopsykososiaalisena kokonaisuutena. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että jokainen ihminen on oma yksilö, jonka kokemushistoria ja persoonallisuus tulee ottaa kuntoutuksessa yksilöllisesti huomioon (Rauhala, 1998). Holistisessa ihmiskäsityksessä Rauhala esittää ihmisen jakautuvan keholliseen, tajunnalliseen ja situationaaliseen olemuspuoleen. Ihminen todentuu kaikissa näissä kolmessa olemassaolon perusmuodossa. Ne ovat yhdessä enemmän kuin osiensa summa. Tajunnallisuudella tarkoitetaan ihmisen olemassaolon psyykkistä kokemuksellisuutta. Situationaalisuudella tarkoitetaan ihmisen olemassaolon suhdetta omaan elämäntilanteeseen. Situaatio on maailmankuvaa muodostavan kokemisen välttämätön ehto. Se tarjoaa tilan, mistä kokeminen on, ja jota kokemuksen mielelliset suhteet käsittelevät. Kehollisuudella tarkoitetaan ihmisen olemassaoloa orgaanisena ja biologisena kokonaisuutena. Kehollisessa kokemuksessa olemme suoraan avoimina kohti maailmaa. Kehollisen kokemuksen avautuminen edellyttää liikettä ja koettua liikettä, kehollista herkistymistä. Tämän herkistymisen tavoitteena on sekä oman itseyden etsiminen että kokemusyhteyden löytäminen ympäröivän maailman kanssa. Liikkeen avulla voimme havainnoida itseämme, kuten suorituskukymme rajoja (Rauhala 2005, 56-57).

6.2 Esiymmärrys

Laadulliseen tutkimukseen liittyvän kokemuksen ymmärtämiseen kuuluu oman esiymmärryksen ulkoistaminen eli sulkeistaminen (Perttula 2005). Sulkeistamista voidaan pitää reduktion ensimmäisenä osana (Lehtomaa 2008, 165). Kirjoitin oman esiymmärryksen jo vuoden 2017 alussa ennen ryhmäohjausten aloitusta ja tarkensin sitä vielä kevään 2017 aikana ennen haastatteluja. Esiymmärrys migreenistä ja sen oirekuvasta liittyy paljon käytännön työstä saatuun työhistoriaani sekä lukemalla hankittuun tietoon. Puhtaan kokemuksen tavoittaminen ei ole kuitenkaan mahdollista eksistentiaalisen fenomenologian näkökulmasta, sillä kokemuksen tutkimukseen liittyy aina jossain määrin tutkijan omaa esiymmärtäneisyyttä hänen oman situaationsa rajatessa sitä, mitä hän voi tajunnallisesti ymmärtää (Lehtomaa 2008, 165).

Olen työskennellyt fysioterapeuttina 22 vuotta eri ikäisten ja eri sairausryhmiin kuuluvien kroonisten kipupotilaiden kanssa. Itselläni ei ole migreeniä, päänsärkyäkin hyvin harvoin, joten tutkijana en tee minkäänlaista itseanalyysia tässä tutkimuksessa. Työkokemukseni kautta olen todennut, että krooninen migreeni on pääasiassa persoonallisuuspiirteiltään omaavan suorittavan, pystyvän ja tunnollisen ihmisen vaiva. Migreenin muotoja on erilaisia, mutta tutkijana näen esiymmärryksessä niiden kokijoissa yhtäläisyyksiä huolimatta siitä, onko taustalla hormonaalinen, ravinnollinen, fysiologinen, psykologinen tai autonomiseen hermoston toimintaan liittyvä tekijä. Näillä henkilöillä on yleensä korkea suorittamisen taso, mutta itsehoidolliset keinovalikoimat ja vaihtoehdot ovat usein yksipuolisia.

Esiymmärrykseni mukaan migreenikohtauksia pääsääntöisesti laukaisevat joko kuormittava liikunta, hormonaalinen kierto, väsymys, alkoholi tai jatkuva stressi. Stressin helpottuminen myös aktivoi kohtaukset. Laine (2001) on omassa tutkijan esiymmärryksen kirjoituksessaan viitannut siihen, että fenomenologisessa tutkimuksessa tutkijan tulee aina kyseenalaistaa oma tulkintansa. Käytännössä tämä tarkoittaa spontaanin ymmärryksen kyseenalaistamista niin, että tutkimusta aloitettaessa tutkija eriyttää omaa esiymmärryksensä tutkittavasta aiheesta ja jättää sen ikään kuin ”hyllylle” odottamaan (Laine 2001).

Olen ohjannut kehotietoisuusharjoitteita yli 20 vuoden ajan yksilö- ja ryhmäohjauksissa useille eri kuntoutujaryhmille. Migreenioireisille harjoitteita voidaan pitää juuri sopivina aiemmin saadun asiakaspalautteen ja kokemuksen perusteella. Kehotietoisuusharjoitteet ovat kokemuksellisuutta lisäävä metodi, jonka tarkoitus on auttaa tekemään havaintoja sekä oppia tiedostamaan omaa kehoa ja sen toimintaa. Harjoitteiden tavoitteena on auttaa tunnistamaan lihasjännittyneisyyttä ja väsymystä, antaa keinoja lihasjännittyneisyyden purkamiseksi, lisätä tuntemuksia omasta kehosta sekä opettaa säätelemään omatoimisesti kipua ja vaikeutunutta hengitystä.

6.3 Aineiston hankinta

Pirkanmaan Sairaanhoidopiirin eettiseltä toimikunnalta haettiin marraskuussa 2016 eettinen tutkimuslupa, joka hyväksyttiin pyydettyjen korjausten jälkeen tammikuussa 2017. Tutkimuksen päähankintamenetelmänä oli yksilöllinen avoin haastattelu. Haastattelua tukien sekä tulosten analyysia varten toteutettiin myös WHOQOL-BREF-elämänlaatukysely sekä

viiden viikon kotiharjoitteluun liittyvä havaintopäiväkirja. Sen täyttämisen sai valita itse yhden viikon ajalta. Tutkimuksen tiedonhankintaan eli kokemuksen esiin saamiseksi järjestettiin tutkimukseen osallistuneille kerta viikossa 60 minuutin kestoisen viiden kerran kehotietoisuusryhmä sekä omatoiminen kotiharjoittelu kirjallisine ohjeineen näihin samaisiin harjoituksiin liittyen. Tämä auttoi osallistujia puhumaan omista kokemuksistaan migreeniin liittyen.

6.3.1 Osallistujat

Tutkimukseen haettiin henkilöitä, joilla on diagnosoitu krooninen migreeni (ICD-10: G43). Heidät valikoitiin tutkimukseen yksityisellä sektorilla työskentelevän neurologin vastaanoton kautta. Tavoitteena oli kerätä maksimissaan kymmenen hengen ryhmä. Lopulliseksi määräksi tuli kahdeksan henkilöä, kuusi naista ja kaksi miestä. Tutkimukseen osallistuvilla oli käytössään tutkimuksen ajan vakiintunut, vähintään 3 kuukautta käytössä ollut kipukynnystä nostava lääkitys. Jokainen tutkittava sai vapaaehtoisesti päättää osallistumisesta tutkimukseen ja lopettaa tutkimuksen kesken niin halutessaan, joka ilmeni kirjallisessa tutkimussuostumuksessa (Liite 2). Osallistujien ikärakenne, ammatit ja komorbiditeetit ovat taulukossa 3.

TAULUKKO 3. Tutkittavien sukupuoli, ikä, ammatit, migreenin triggerit sekä komorbiditeetit.

Osallistujat	Ikä	Ammatti	Voimakkaimmat triggerit	Komorbiditeetti
Nainen	48	projektijohtaja	Väsymys, nälkä	(Hortonin neuralgia)
Mies	56	IT-suunnittelija	Psyykkiset tekijät, alkoholi	depressio
Nainen	38	koulukuraattori	Huono sisäilma, hajut, kirkkaat valot	hajusteallergia
Mies	55	myyntiedustaja	Huono sisäilma, valot, väsymys, nälkä	
Nainen	46	toimistosihteeri	Hajut, vähäinen tai liika nukkuminen	hajusteallergia
Nainen	39	röntgenhoitaja	Nälkä, väsymys, hormonaalinen kierto	
Nainen	57	toimistovastaava	Väsymys, hajut, valot	
Nainen	57	koulunkäynnin avustaja	Välkkyvät valot, väsymys	

6.3.2 Kehotietoisuusharjoitukset

Kokemuksesta puhumisen helpottamiseksi tutkimus sisälsi viiden kerran ryhmäohjauksena 60 minuuttia kestoisen kehotietoisuusryhmän. Muutama osallistuja kävi kaikki viisi kertaa, yksi tutkittavista yhden kerran ja muut siltä väliltä. Yksi tutkittava ei ollut ryhmäharjoitteissa, koska hän oli ollut yksilöllisessä fysioterapiassa puoli vuotta aiemmin. Kehotietoisuusharjoitusten tavoitteena ei ollut ensisijaisesti rentoutuminen vaan lisätä kykyä havainnoida omaa kehoa, auttaa tunnistamaan ja aistimaan harjoitteiden tuomia muutoksia sekä edistää kehollista reflektiota. Merleau-Pontyn filosofista teoriaa huomioiden tavoitteena oli siis aktivoida käytännössä kokemuksen intentionaalisuus sekä intersubjektiivinen kehollinen tietoisuus.

Kehotietoisuusharjoittelussa keskeistä ovat psyykkisfyysisinä vaikutuksina tapahtuvat jännittyneisyyden lieveneminen, hengityksen tasapainottuminen ja mielen rauhoittuminen (Roxendal & Winberg 2003, 41-42). Psykologisessa ja lääketieteellisessä kirjallisuudessa on perinteisesti ollut vallitseva käsitys, jonka mukaan lisääntynyt kehon tietoisuus johtaa oman kehon tuntoärsykkeiden kautta kehon tuntemusten vahvistumiseen, heikentää ahdistuneisuuden ja hypokondrian oireita sekä vaimentaa kliinisiä oireita kuten kipua (Mehling ym. 2013).

6.3.3 Avoin haastattelu

Tutkimuksen merkittävin tiedonkeruumenetelmä oli haastattelu. Avoimessa haastattelussa haastattelija pyrkii luomaan tilanteesta mahdollisimman luontevan ja avoimen, jossa haastattelun kulkua ei ole suunniteltu ennalta. Avoin haastattelu muistuttaa tavallista keskustelua, ja se etenee aihepiirin sisällä vapaasti ja paljolti haastateltavan ehdoilla. Tarkkojen kysymysten sijaan avoimessa haastattelussa edetään keskustelunomaisesti antaen tilaa haastateltavan kokemuksille, tuntemuksille, muistoille, mielipiteille ja perusteluille (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Laineen (2001) mukaan yleisesti ymmärrettävällä kielellä esitetty kysymys ohjaa haastateltavaa helposti vastaamaan käsitysten ja mielipiteiden tasolla. Olennaista tässä on se, että käsityksen ja kokemuksen välillä ei välttämättä ole yhteyttä, sillä kokemus on aina omakohtainen mutta käsitykset enemmänkin yhteisöllistä, kasvatuksen ja kulttuurin mukanaan luomia malleja (Laine 2001, 35-37).

Tutkittavilla oli jo paljon elettyä elämää sekä pitkä kokemus migreenin kanssa selviytymisestä, joten kokemusasiantuntijoina he pystyivät hyvin kertomaan, mitä migreenin kanssa tulee huomioida ja mitkä tekijät ovat vaikeammin hallittavissa. Haastattelut toteutettiin huhti- ja toukokuun aikana, kun kaikki viisi ryhmäohjausta oli tehty. Haastattelun kulku eteni pitkälti haastateltavan vapaassa kerronnassa. Ohjaavina kysymyksinä olivat muun muassa ”mitkä tekijät vaikuttavat migreenikohtauksien esiintymiseen?”, ”koetko, että persoonallisuustekijöillä voisi olla yhteyttä migreeniin?” ja ”onko liikunnasta hyötyä tai haittaa migreenikohtausten ilmaantumiseen?”. Haastattelut kestivät keskimäärin 50- 60 minuuttia haastattelua kohden.

Yksi ryhmässä käynyt osallistuja ei ilmeisesti halunnut tulla haastateltavaksi, koska häneltä ei saatu vastausta haastatteluun sähköposti- ja tekstiviestipyyntöistä huolimatta. Vastaavasti yksi tutkittava oli käynyt yksilöfysioterapiassa edellisenä syksynä 12 kerran hoitosarjan, joten hän tuli haastatteluun mutta ei osallistunut ryhmäharjoitteluun. Näin siis toteutettiin kahdeksan kroonisesta migreenistä oireilevan haastattelut. Nauhoitetut haastattelut litteroitiin tutkijan toimesta, joista tuli kaikkiaan 73 sivua.

6.4 Aineiston analyysi

Haastattelut analysoitiin Giorgin nelivaiheisen fenomenologisen merkitysanalyysin mukaan (Giorgi 1985,10). Hänen kehittelemässä fenomenologisen psykologian analyysimenetelmässä sovelletaan Husserlin kuvailemaa *eideettistä reduktiota*, jonka tarkoituksena on paljastaa ilmiön olemus eli eidos (Merleau-Ponty 2000, 16).

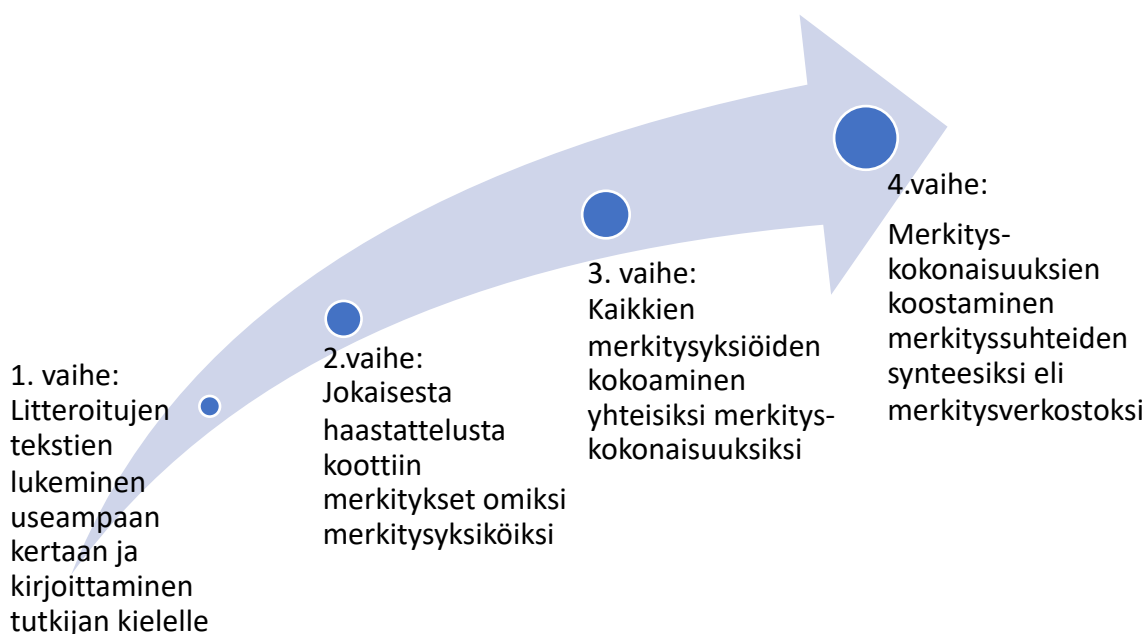
Giorgin metodin ensimmäisen vaiheen mukaisesti tutkija tutustui haastateltavien tarinaan lukemalla litteroidun haastattelun useampaan kertaan (Giorgi 1985, 10). Litteroitu teksti kirjoitettiin tutkijan omalle kielelle niin kuin hän sen parhaan mukaan ymmärsi. Omakohtaisesti litteroitu teksti oli tutkijan helpompi sisäistää, koska vuorovaikutukselliseen muistikokemukseen liittyy myös kaikki nonverbaalinen viestintä ja tilanteessa välittynyt tunnelma. Tarinat eivät olleet koskaan haastattelussa kronologisesti tai loogisesti eteneviä, joten kokonaisuus hahmottui vasta useamman kerran lukemisen jälkeen.

Metodin toisessa vaiheessa tutkija nosti esiin psykologisessa perspektiivissä olevia merkityksiä (Giorgi 1985, 10). Nämä merkitykset olivat suoraan joko tutkittavan omia sanoja, lauseita tai suoria kuvauksia migreeniin liittyen. Olennaisuus paljastuu vasta silloin, kun ymmärrämme

tutkittavien ilmaisujen merkityksiä hänen omasta näkökulmastaan, sillä tiivistettäessä kuvaus saattaa pelkistyä liian yleisiksi lauseiksi (Laine 2001, 38).

Analyysin kolmannessa vaiheessa tutkija kokosi yksittäiset merkitykset omiksi merkitysyksiköiksi (Giorgi 1985, 10). Nämä merkitysyksiköt otsikoitiin niin, että ne kuvasivat parhaiten haastateltavan tuomia merkityksiä. Tämän vaiheen aikana tutkija rakensi merkityksien käsityskarttaa (mindmap), jonne haasteltavien alkuperäisiä lauseita kokoiltiin ja näin saatiin samaan aihepiiriin kuuluvia teemoja. Liitteenä on esimerkkinä Sannan merkityksistä esiin tulleet merkitysyksiköt (liite 3).

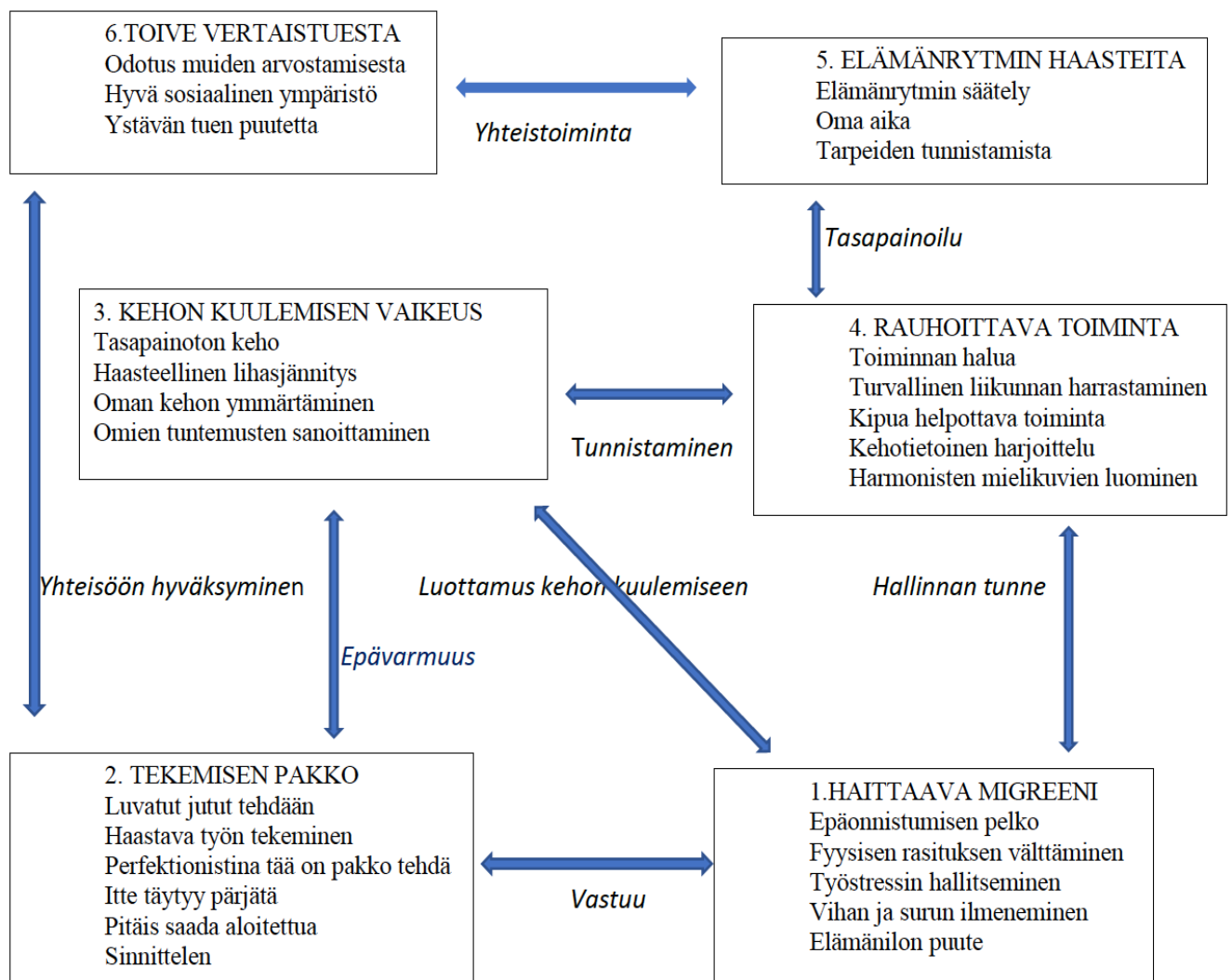
Analyysin neljännessä vaiheessa tutkija yhdisti kaikkien tutkittavien merkitysyksiköt (Giorgi 1985, 10). Lopullisena tuloksena syntyi kuusi eri merkityskokonaisuutta sekä niiden muodostama merkityskokonaisuuksien verkosto. Tästä verkostosta löytyi erillisesti vielä kolme migreenikohtauksia aktivoivaa tai lieventävää kehollisuuden kehää. Tämä viimeinen vaihe oli kaikkein haasteellisin, koska tutkija joutui kiteyttämään tarkkaan merkitysyksiköiden sisällöt ja niiden suhteet toisiinsa. Merkityskokonaisuuksien välille syntyi toisiinsa nähden vuorovaikuttavat suhteet, jotka joko tasapainottivat tai horjuttivat merkityskokonaisuuksien välisiä suhteita. Analyysin lopussa merkitysperspektiivit hahmotettiin ja tällöin saavutettiin tutkimuksen kokonaisuus. Tarkastelussa löytyi kolme eri kehollisuuden kehää, joissa migreeni näyttäytyi joko aktivoituvan tai rauhoittuvan.



KUVA 3. Aineiston analyysi Giorgin mukaan

7 TULOKSET

Aineiston analyysissä saatiin esiin kaikkiaan kuusi merkityskokonaisuutta. Merkityssuhteista muodostuneet merkityskokonaisuudet ovat nimettynä 1) haittaava migreeni, 2) tekemisen pakko, 3) kehon kuulemisen vaikeus, 4) rauhoittava toiminta, 5) elämänrytmin haasteita sekä 6) toive vertaistuesta. Merkitysanalyysissä tulee esiin myös näiden kuuden eri merkityskokonaisuuden vuorovaikutteinen suhde toisiinsa. Nuolet kuvaavat merkityskokonaisuuksien interaktiivista yhteyttä ilmentäen (kuva 4).



KUVA 4. Merkityskokonaisuuksien verkosto (synteesi)

7.1 Haittaava migreeni

Keskeisin esiin tulleista merkityskokonaisuuksista oli haittaava migreeni. Haittaavaan migreenin aktivoiduttua siihen liittyi epäonnistumisen pelkoa, vihan ja surun ilmentymistä, työstressiä, fyysisen rasituksen välttämistä sekä elämänilon puutetta.

- *”Mä oon niin ku ankara itelle, mä en päästä itteeni vähällä. Plus sitten mun pitää aika lailla hallita ja kontrolloida sitä tilannetta, että mun pitää tietää missä mennään ja pitää omassa elämässä niitä ohjia käsissä.”* (Eeva, 5).
- *”jos mä vihastun tai mä oon tosi surullinen niin se tulee saman tien”* (Sanna, 6).
- *”Ja se on ihan hirveetä kun työn puolesta joutuu esiintyy, siltä ei voi välttyä. Ne on ihan hirveitä, sit kun se tilaisuus on ohitse, niin siinä on migreeniä kerrakseen”* (Kaarina 6,7).

7.2 Tekemisen pakko

Toisena hyvin merkittävänä tekijänä kroonistuneessa migreenissä on tekemisen pakko. Hyvin moni haasteltavista toi esiin oman perfektionistisuuden, sinnittelyn ja sen, että itse täytyy pärjätä. Työ on haastavaa, lupaukset pidetään mutta kovassa kuormituksessa aloitekykyisyys heikentyy.

- *”Joo mä tavoittelen täydellisyyttä. Se työ mitä mä teen, sen pitää mennä just eikä melkein”* (Eeva, 5).
- *”Silloin kun se migreeni puhjennut, niin mä oon ollut älytön suorittaja”* (Sanna, 3).
- *”Mun tapauksessa se on hyvin perusjuttu, niin ku A-tyypin kaveri, joka puskee läpi vaikka harmaan kiven, pinnaa riittää ja väkisin mennään, kun ei voi enää hyvin mennä.”* (Kari, 5).

7.3 Kehon kuulemisen vaikeus

Kehon tunnistamisessa kaikilla tutkimukseen osallistuvilla oli monenlaisia vaikeuksia. Kehon kuulemisen vaikeutena oli joko haasteellinen lihasjännitys, oman kehon ymmärtäminen, tuntemusten sanoittaminen tai tasapainoton keho.

- *”Niinä hyvinä hetkinä, kun migreeniä ei ole, niin silloin lihasten rentouttaminen toimii tavallaan. Se on kuitenkin vaikea taiteenlaji”* (Esko, 4).

- *"Onko se sitten enemmän luonnekysymys, että joku osaa havainnoida itseään enemmän kuin joku toinen. Vai johtuuko se siitä, että työelämässä totunut, että minä vaan pusken, minä vaan teen ja minähän en kuuntele miltä musta tuntuu"* (Helena, 4).
- *"Se on kyllä totta, että paljon piti niin ku itseään kuunnella, kun sä teit jotain harjoitusta. Eli semmoisia pieniä juttuja alkoi tulle, mutta selkeesti niin ku toistoja tarvi siinä. Se ei niin ku auennut heti"* (Eeva, 2).

7.4 Rauhoittava toiminta

Rauhoittavan toiminnan merkityksiä oli kehotietoinen harjoittelu, turvallisen liikunnan harrastaminen, kipua helpottava toiminta, harmonisten mielikuvien luominen sekä toiminnan halu.

- *"Sisäisistä tekijöistä on se, että pitäis osata relata ja koko ajan paremmin, mutta töitä on vielä tehtävä sen suhteen mutta mä saan kyllä niin ku pahimpia kipuja lievennettyä, kun mä rentoudun ja mietin jotain muuta"* (Sanna, 6).
- *"Jos oli se jännitys päällä niin mielikuvaharjoitteillakin ja sillä mielikuvallakin, sitten kun sillä keholla teki tiettyjä harjoitteita, niin pysty niinku sitten ajattelee silleen"* (Jaana, 6).
- *"Oon kuitenkin käynyt tällaisissa Bodypump- tyyppisessä liikunnassa jo pitkään, tykkään käydä siellä. Mutta vaarana on se, että ne vastukset alkaa kasvaa ryhmässä, niin yläiskan liikkeet, kuten soudussa, johtaa yleensä migreeniin"* (Kari 6).

7.5 Elämänrytmin haasteita

Migreenin kanssa eläminen edellyttää tasapainoista elämänrytmiä, kykyä säädellä väsymykseen ja nälän tunteeseen liittyviä kuormitustekijöitä. Tutkittavat toivat esiin haasteita elämärytmin säätelyssä, oman ajan käytössä sekä omien tarpeiden tunnistamisessa.

- *"Elikä mä saan olla ihan yksin eikä mun tarvii riittää kellekään. Mä saan olla sen pääni kanssa olla yksin, niin se on mulle sellainen voimavara"* (Kaarina, 4).
- *"Väittäisin, et se semmoinen itsetuntunemus niin, jotta tän taudin kanssa pärjää, niin se on yks avaintekijä. Ja kun oli puhetta tästä elämäntilanteesta, että no nyt on tilanne, että sä hallitset elämää eikä migreeni hallitse sun elämää"* (Tiina, 3).

7.6 Toive vertaistuesta

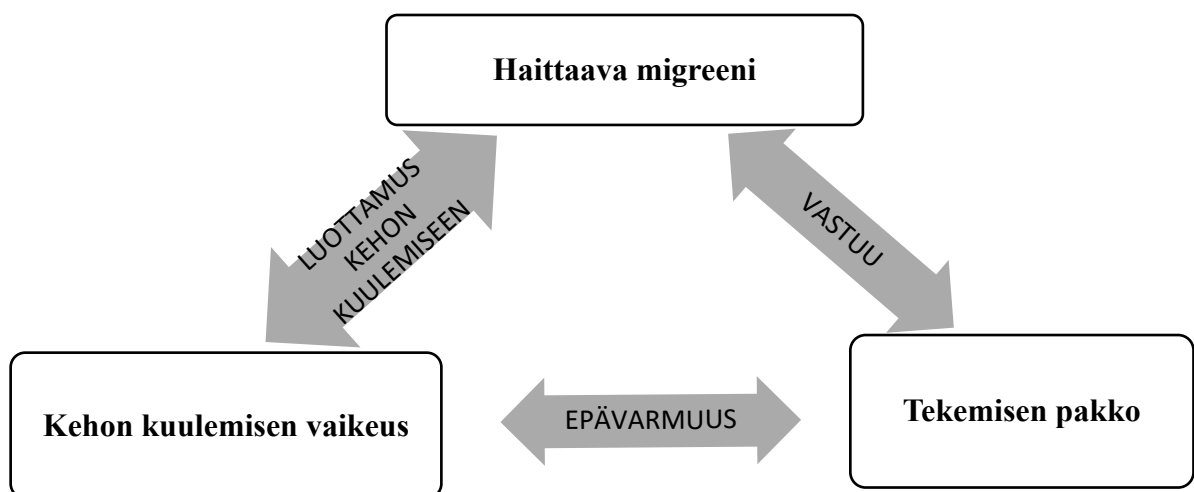
Vertaistuen merkitys ja sen puute tulivat esiin haastatteluissa monilla tavoin. Merkityksiä tuli esiin odotuksista muiden arvostamisen kautta töissä ja kotona, ystävän tuen merkityksestä sekä työssä olevasta hyvästä sosiaalisesta ympäristöstä.

- ”Ehkä se läheisten ymmärrys ja tuki siihen asiaan ja niin ku itelle se armollisuus ja semmoinen” (Kaarina, 4).
- ”Mä esimerkiksi huomasin tässä nykyisessä työpaikassa, että siellä on paljon painostavaa negatiivisuutta, niin se syö ihan hirveesti pitkässä juoksussa.” (Kari, 6).
- ”Työssäkin mulle on tärkeämpää se kenen kanssa mä teen töitä kuin mitä mä teen. Ja sit mä aika paljon sopeutan omaa tekemistäni” (Tiina, 3).

7.7.1 VASTUULLISEN KEHOLLISUUDEN KEHÄ

Merkitysanalyysissa on erotettavissa kolme erillistä kehää, jotka ovat nimettynä 1) vastuullisen kehollisuuden kehä 2) luottamuksellisen kehollisuuden kehä sekä 3) yhteisöllisen kehollisuuden kehä. Merkityskokonaisuuksien välillä vaikuttaa molempiin suuntiin tasapainottava tai tasapainoa horjuttava yhteys.

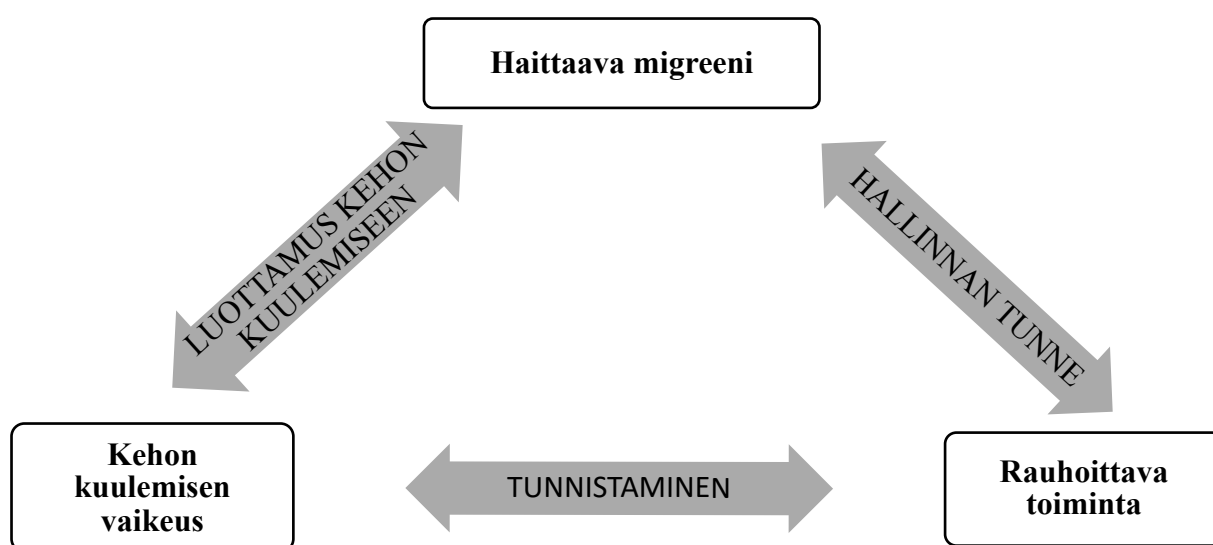
Vastuullisen kehollisuuden kehässä riski migreenikohtauksiin on suuri (kuva 4). Merkitysyksiköistä haittaavan migreenin ja tekemisen pakon suhde määrittyy lisääntyvänä vastuunottamisena. Luottamus oman kehon kuulemiseen on heikkoa. Kehon kuulemisen vaikeuden ja tekemisen pakon suhdetta kuvaa epävarmuus, koska fyysinen väsymys ei ole tunnistettavissa oleva tekijä.



KUVA 5. Vastuullisen kehollisuuden kehä.

7.7.2 LUOTTAMUKSELLISEN KEHOLLISUUDEN KEHÄ

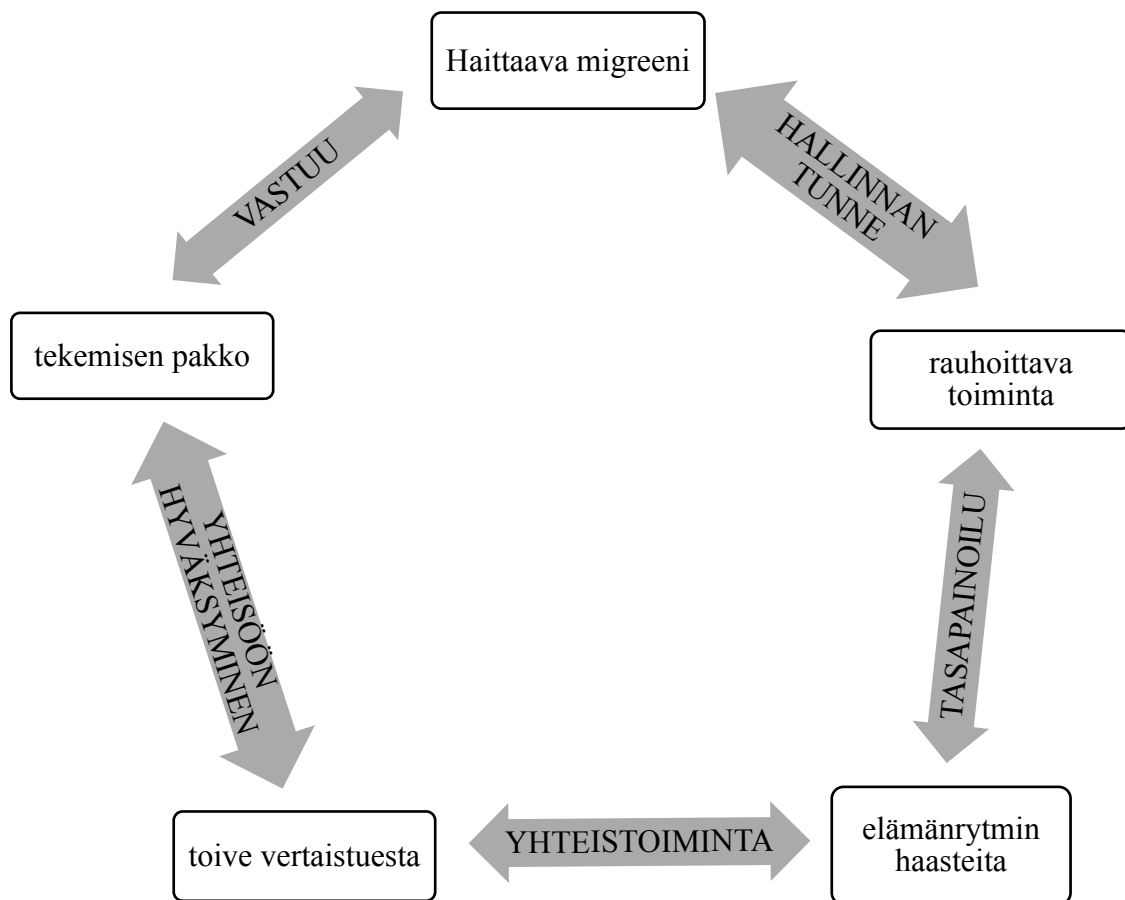
Luottamuksellisen kehollisuuden kehässä migreenikohtaukset ovat paremmin ennakoitavissa, sillä haittaavan migreenin ja rauhoittavan toiminnan yhteyttä korostaa hallinnan tunne (kuva 5). Rauhoittavan toiminnan ja kehon kuulemisen suhdetta vahvistaa tunnistaminen, sillä jännittyneisyyttä vähentävät keinot auttavat rauhoittumaan. Haittaavan migreenin ja kehon kuulemisen vaikeuden välillä on luottamus kehon kuulemiseen, joka vähentää migreenikohtauksia.



KUVA 6. Luottamuksellisen kehollisuuden kehä

7.7.3 YHTEISÖLLISEN KEHOLLISUUDEN KEHÄ

Kolmannessa yhteisöllisen kehollisuuden kehässä viisi eri merkitysyksikköä on suhteessa toisiinsa muodostaen joko migreenikohtauksia lisäävän tai vähentävän yhteyden (kuva 6). Rauhoittavan toiminnan ja elämänrytmin haasteiden välillä on yhteys tasapainoiluun, jolloin positiivinen hallintaa vakauttaa oloa ja negatiivinen järkyttää tasapainoa mahdolliseen hallitsemattomaan migreeniin. Elämänrytmin haasteiden ja vertaistuen toiveiden välillä on yhteistoiminta, joka onnistuessaan vahvistaa tai epäonnistuessaan heikentää hyvinvointia. Vertaistuen toiveiden ja tekemisen pakon välillä on yhteys yhteisöön hyväksymisestä, joka tulee esiin kuten työssä arvostamisesta ja saadusta tuesta tai sitten niiden puutteesta.



KUVA 7. Yhteisöllisen kehollisuuden kehä

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelua

Tämän fenomenologisen tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten migreeni ilmenee kroonista migreeniä sairastavien elämässä. Tulosten perusteella migreeni osoittautui monitahoiseksi ilmiöksi, jossa osallistujan tunne omasta riittämättömyydestä korostui stressitilanteissa. Yhtäläisyyttä kaikilla osallistujille oli se, että kokemuksellinen kehon tiedostaminen oli varsin haastavaa. Osallistujien esiintuomissa kehollisissa kokemuksissa oli liittyneenä usein arvottamista, tulkintaa ja ennakkokäsityksiä, joten Husserlin kehofenomenologiseen teoriaan viitaten fenomenologinen reduktio jäi siten epätäydelliseksi. Merleau-Pontyn esiin nostama kehollisuuden intersubjektiivinen suhde ei-reflektiivisen ja reflektiivisen tietoisuuden välillä jäi myös puutteelliseksi, sillä osallistujien kuvaukset omasta kehosuhteestaan olivat enemmän itsensä ulkopuolelta tapahtuvaa objektiivista tarkkailua kuin subjektiivista itsen kokemista. Ilmeisesti tästä johtuen kehollisten tuntemusten sanoittamisessa heistä oli paljon vaikeuksia.

Haastateltavilla oli paljon tietoa migreenikohtauksia aiheuttavista kuormitustekijöistä sekä niitä lieventävistä tekijöistä, mutta he eivät silti aina toimineet sen tiedon tai kokemuksen mukaan. Gallagherin (2002) esiin tuoma teoria tunne toimijuudesta ja tunne omistajuudesta ei toteutunut parhaalla tavoin. Elämää ei voi toki elää pelkästään kohtauksia aiheuttavia triggereitä välttämällä, sillä osa niistä on joko kuukautiskiertoon liittyviä hormonaalisia tai tyypillisiin elämäntilanteisiin muuten liittyviä kuormitustekijöitä. Positiivisista kehollisista harjoituskokemuksista huolimatta piintyneiden toimintamallien muuttaminen on ilmeisen vaikeaa, ja se tuli esiin erityisesti aloitekyvyttömyytenä kotiharjoittelussa.

Näissä tuloksissa oli yhdenmukaisuutta aiempiin tutkimuksiin, kuinka kipukatasrofointi lisää fysiologisen ylivireystilan kohoamista, välttämiskäyttäytymistä ja kognitiivisen pelon lisääntymistä (Gatschel ym. 2007). Cloningerin ym. (1993) temperamenttipiirteiden mukaisesti näissä haastatteluissa tuli esiin vaikeuksien välttämistä, hyväksynnän hakemista sekä sinnittelyä. Myös psykososiaalisilla tekijöillä oli merkittävä vaikutus tutkittavien toimintakykyyn ja elämänlaatuun, kuten D'Amico ym. (2015) olivat myös todenneet omassa tutkimusartikkelissaan.

Tärkeänä haastatteluissa korostettiin itsetuntemuksen, oman ajattelun ja stressikäyttäytymisen tuntemista. Tämä voidaan yhdistää hyvin Rawlettin (kuva 1) tekemään terveyden itseohjautuvuuden malliin, jossa pystyvyyttä lisääviä tekijöitä ovat juuri yksilöohjautuvuuden lisääntyminen sekä itsereflektointi ja -arviointi.

Uutena tutkimustietona tuli esiin se, että kukaan haastateltavista ei osannut kertoa kehollisen väsymisen tuntemuksista. Niska-hartiaseudun kipukrampit olivat yleisiä, mutta fysioterapian vastaanoton oirekartoituksissa usein esiin tulevat lihassäryt tai lihasten väsymystuntemukset puuttuivat näiden migreenioireisten haastatteluista. En löytänyt myöskään kirjallisuudesta tai aiemmista tutkimuksista mitään tähän viittaavia huomioita. Kuormitus pohjaiset harjoitukset antavat välittömän tunteen kehosta verrattuna rentoutuspohjaisiin harjoitteisiin. Viikko voi mennä hyvin suorittamalla eteenpäin, mutta haastatteluissa tuli esiin viikonloppuun keskittyvät migreenikohtaukset, kun silloin rentoutuminen alkaa.

Tulosten perusteella migreenipotilaiden fysioterapiaa tulisi toteuttaa samansuuntaisesti kuin Kanadan päänsärky-yhdistyksen suosituksessa (Pryse-Phillips ym. 1997), jossa korostetaan progressiivista lihasrentoutusta, hengitysharjoituksia ja mielikuvaharjoitteita. Suosituksen mukaan migreenioireiset voisivat ennaltaehkäisevässä harjoittelussa välttää kehittyvän migreenikohtauksen. Muutaman osallistujan kohdalla saatiin tässäkin tutkimuksessa vastaavilla harjoitteilla onnistuneita kokemuksia. Kehossa ajoissa tunnistettavan väsymyksen voisi onnistuneesti kyetä toiminnallisilla harjoitteilla purkamaan, ennen kuin ylivirittyneisyys kohoaa hallitsemattomaksi niin, että se johtaa migreenikohtaukseen.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Giorgin (2002) mukaan fenomenologisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa lähtökohtana on tutkijan kyky tavoittaa tutkimansa ilmiö sellaisena, kuin se tutkittaville ilmenee. Husserlin mukaan validiteetti saavutetaan, kun kokemuksellisen toiminnon materiaali vastaa täsmälleen merkityksiä. Ja jos tämä suoritetaan johdonmukaisesti, niin silloin saadaan myös reliabiliteetti. Nämä ovat prosesseja, jotka saavutetaan ajan kanssa (Giorgi 2002, 13). Kysymysten valinta ja ne ratkaisut, jotka koskevat mukaan otettavia ja pois jätettäviä aiheita, lähteitä ja tutkimuksen kohteita ovat kaikki elämismaailmassa uudenlaista merkitystä luovia toimia ja edistävät siten suoranaisesti eettisiä ratkaisuja (Varto 1992). Tutkijan tuli tiedostaa jatkuvasti se, että ryhmän ohjauksissa ja haastatteluissa hän on tutkijan roolissa. Terapeuttista ohjausta tuli välttää, jotta

ei vaikutettaisi tutkittavien käsitteisiin tai omaan ajatteluun tutkijan henkilökohtaisilla näkemyksillä. Haastateltavat olivat nauhoituksesta eteenpäin anonyymejä eikä heidän henkilöllisyyttä voi tunnistaa missään osin tutkimusta.

Litteroinnista tutkija pystyi odottamaan jo etukäteen työlästä vaihetta. Tutkimuksen kannalta tämä on hyvä tehdä itse, vaikka mahdollisuus olikin käyttää ulkopuolistakin litteroijaa. Tutkimusaineiston syvempi omaksuminen helpottuu varmasti tutkijalle silloin paremmin. Litteroinnissa oli paljon erilaisia täytesanoja, kesken lauseen tuli hyppäyksiä ajoittain asioista toiseen. Osa haastateltavien lauserakenteista puhekielenä oli yllättävän hankala kirjoittaa, koska ”tota” ja ”niinku” -täytessanoja oli välillä paljon, lisäksi osa lauseista oli katkonaisia tai epärytmisiä. Kun tutkija alkoi nähdä tekstissä ne asiat, jotka toistuvat ja korostuvat, niin silloin vahvistui myös tunne siitä, että nämä eivät ole omia ajatuksiani vaan toisten. Täysin puhtaasti tätä ei voi tehdä, koska tutkijan ajattelun taustalla on aina jokin tulkinnallinen syy-seuraussuhdetta rakentava analyysimalli, josta oli mahdoton olla kokonaan vapaana. Aiemmin saadut kokemukset sekä tutkimukset aiheesta muodostavat ajatusten taakse jonkinasteisen ennakoivan mallin asiaan. Tämä aiheutti tutkijalle ahdistuneisuuden tunteita, sillä sen tiedosti hyvin, ettei puhdasta objektiivista ajattelua ole mahdollista saada.

Haastatteluissa tutkija pyrki huomioimaan, ettei johdattelisi tai ohjaisi haastattelua liikaa, vaan haastateltava itse kuljettaisi painotukset ja asiayhteydet hänen merkityksensä mukaisesti. Avoimella haastattelulla tutkimuksessa annettiin haasteltavien kertoa mahdollisimman paljon välttäen keskeyttämistä tai johdattelevien lisäkysymysten tekemistä. Tutkittavan elämismaailma on esitettävä tutkimuksessa siten, että parhaimmillaan se säilyttää oman merkitysyhteytensä muuttumatta tutkijan merkitysyhteydeksi (Varto 1992, 92). Täydellistä eroa tutkijan omaan tulkintaan oli vaikea tehdä, koska tutkija pyrki osin tahtomattaankin muodostamaan oman käsityksensä merkityksistä, vaikka kuinka yritti pitäytyä tutkittavan puhtaassa elämismaailmassa.

Tutkimuksen kaikkein ratkaisevin vaihe oli työstää merkityssuhteita. Tutkija etsi tekstistä erilaisia merkityksiä eli merkityssuhteita, joissa haastateltava kuvasi omia kokemuksia migreenin kanssa elämisestä. Näitä tekijöitä oli paljon ja erilaisia, joissa alkuun oli vaikeutta erottaa oleelliset epäoleellisista. Tutkijana voi pohtia aina, että voisiko tämän ajatella toisin, liittyvätkö nämä ilmaisut sittenkin johonkin toiseen merkityskokonaisuuteen. Takaisin paluu aiempaan vaiheeseen on siis lähes välttämätöntä, sillä tutkijan oma vastuullisuus

fenomenologisen metodin kurinalaisesta noudattamisesta on tutkimuksen objektiivisuuden kannalta olennaista. Sen kautta voidaan tavoittaa tutkittava ilmiö yhä paremmin tutkittavien omina kokemuksina (Perttula 2012).

8.3 Jatkotutkimusehdotuksia

Jatkotutkimusta tarvitaan edelleen siitä, miten kehotietoisuusharjoitteet voisivat säännöllisellä harjoittelulla vähentää migreenikohtauksia, sillä positiivinen tai negatiivinen stressi lisää kehollista jännittyneisyyttä ja hermostollista ylivirittyneisyyttä. Näiden tunnistamiseen ja säätelyyn ei tahdo löytyä vastaavaa tarkoituksenmukaista lääkkeetöntä keinoa. Mindfulness-tyyppiset harjoitteet ovat olleet kasvavassa suosiossa terapioissa läsnäoloa lisäävinä keinoina, mutta se ei ole välttämättä kaikille sopiva tekniikka, kuten jo tämänkin tutkimuksen läsnäoloharjoitteet osoittivat. Kehotietoisuusharjoitusten laatua ja voidaan myös jatkotutkimuksilla arvioida paremmin. Määrällisellä tutkimuksella voisi saada vertailua siitä, kuinka kehotietoisuusharjoitteiden vaikuttavat kroonisessa migreenissä verrattuna kontrolliryhmään.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Yhteenvetona voidaan todeta, että migreeni osoittautui ilmiöksi, jossa riittämättömyyden tunne korostui etenkin psyykkisen ja fyysisen kuormituksen lisääntyessä. Se saa migreeniä sairastavan toimimaan ajoittain pakonomaisesti, josta seurauksena on usein lisääntyviä migreenin oireita. Kehollinen kokeminen, jännittyneisyyden tunnistaminen sekä oman vireystason säätely ovat vaikeasti hallittavissa, johon ei tahdo löytyä tarkoituksenmukaista keinoa. Fyysisen väsymyksen ja kuormitustekijöiden varhaisen tunnistamisen kautta migreenioireinen voisi ennaltaehkäistä ja lieventää kohtauksia, niiden voimakkuutta ja esiintymistiheyttä. Kehontuntemusta ja kehollista kokemuksellisuutta on mahdollisuus vahvistaa ja edistää kehotietoisuutta korostavilla toiminnallisilla harjoitteilla.

10 LÄHTEET

Abbate-Daga G., Fassino S., Lo Giudice R., Rainero I., Gramaglia C., Marech L., Amianto F. Gentile S. & Pinessi L. 2007. Anger, Depression and Personality Dimensions in Patients with Migraine without Aura. *Psychotherapy and Psychosomatic* 2007; 76:122–128

Adams, N., Poole, H. & Richardson, C. 2005. Psychological approaches to chronic pain management: part 1. *Journal of Clinical Nursing*. 15, 290-300.

Anderson, R. & Funnell M. 2010. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Education Counsellation* 79 (2010) 277–282.

Bandura, A. 1997. *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York

Bandura, A. 2004. Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior* 31, 143-164.

Boz C, Velioglu S, Ozmenoglu M, Sayar K, Alioglu Z, Yalman B & Topbas M. 2004 Temperament and character profiles of patients with tension-type headache and migraine. *Psychiatry Clinical Neuroscience* 2004; 58:536–543.

Cao, M., Shiyang, Z, Keyong, W., Wang, Y. & Wang, W. 2002. Personality Traits in Migraine and Tension-Type Headaches. A Five-Factor Model Study. *Psychopatology* 2002; 35:254-258.

Cloninger C., Svrakic D. & Przybeck T. 1993. A psychobiological model of temperament and character. *Arch General Psychiatry* 1993; 50:975–990.

D’Amico, D., Grazzi, L., Bussone, G., Curone, M., Di Fiore, P., Usai, S., Leonardi, M., Giovannetti AM, Schiavolin, S & Raggi, A. 2015. Are Depressive Symptomatology, Self-Efficacy, and Perceived Social Support Related to Disability and Quality of Life in Patients With Chronic Migraine Associated to Medication Overuse? Data From a Cross-Sectional Study. *Headache*.

Davis R., Smitherman T. & Baskin S. 2013. Personality traits, personality disorders, and migraine: a review. *Neurologic Science* (2013) 34 (Suppl 1): S7–S10

De Tommaso M., Federici A., Loiacono A., Delussi M. & Todarello O. 2014. Personality profile and coping styles in migraine patients with fibromyalgia comorbidity. *Comprehensive Psychiatry* 55, 80-86.

Estlander A-M. 2013. *Kivun psykologia*. WS Bookwell Oy.

Falvo, D. 2011. *Effective patient education. A guide to increased adherence*. 4.painos. Jones and Bartlett Publishers, LLC. 81-121.

Filosofia.fi. Filosofian internet-portaali. 2017. Maurice Merleau-Ponty. Toim. Hacklin S, Hotanen J. & Yli-Tepsa H. julkaistu (28.9.2011, muokattu 27.8.2014). www.filosofia.fi
Viitattu 8.2.2018

Fuchs, T. 2010. *Temporality and psychopathology*. *Phenomenology and Cognitive Sciences*. December, Springer.

Gallagher, S. 2000. Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends in Cognitive Sciences – Vol. 4, No. 1* :14-21

Gallagher, S. & Zahavi, D. 2012. *Phenomenological Mind*, 2nd ed., London: Routledge.
Cao, M., Shiyang, Z, Keyong, W., Wang, Y. & Wang, W. 2002; Personality Traits in Migraine and Tension-Type Headaches: A Five-Factor Model Study. *Psychopathology* 2002; 35:254-258.

Gatchel, R., Peng, Y., Peters M., Fuchs P. & Turk, D. 2007. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin* 2007, Vol. 133, No. 4, 581–624

Giorgi, A. 1985. *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.

Giorgi A. 2002. The question of validity in qualitative research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 33:1

Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004; 24:9–160

Holroyd K, Penzien D. & Lipchik G. 2001. *Wolff's Headache and Other Head Pain*. Toim. Silberstein S., Lipton R. & Dalessio D. Seventh edition. Oxford University Press.

Husserl E. 1960 / 1982 *Cartesian meditations: an introduction to phenomenology* / Edmund Husserl ; transl. by Dorion Cairns. The Hague: Nijhoff.

Husserl, E. 1995. *Fenomenologian idea. Viisi luentoa. Alkuteoksesta Die Idee der Phänomenologie (1907)*. Helsinki: Loki-kirjat.

Kataja, J. 2003. *Rentoutuminen ja voimavarat*. Helsinki:Edita

Koski T. 2000. *Liikunta elämäntapana ja henkisen kasvun välineenä: filosofinen tutkimus liikunnan merkityksestä, esimerkkeinä jooga ja zen-budo*. Tampere University Press.

Kupias, P. 2001. *Oppia opetusmenetelmistä*. Helsinki: Educa-Instituutti Oy.

Landsman-Dijkstra, J., van Wijck, R., Groothoff, J., & Rispens, P. (2004). The short-term effects of a body awareness program: better self-management of health problems for individuals with chronic a-specific psychosomatic symptoms. *Patient Education and Counseling*, 55(2), 155-167.

Lehtovaara, M. 1992. *Subjektiivinen maailmankuvakasvatustieteellisen tutkimuksen kohteena*. *Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 338*. Tampere.

Lipton RB. Chronic migraine, classification, differential diagnosis and epidemiology. *Headache*. 2011; 51:77–83.

Mehling, W., Wrubel, J., Daubenmier J., Price C., Kerr C., Silow T., Gopisetty, V. &

- Steward, A. 2011 Body awareness: A phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 6(6), 1–12
- Merleau-Ponty, M. 2002 *Phenomenology of perception*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Merleau-Ponty, M. 2000/1945. Esipuhe havainnon fenomenologiaan. Alkuteoksesta *Phénoménologie de la Perception* (1945) suom. A. Kauppinen. *Tiede & Edistys* 3/2000, 170–182.
- Migreeni (online); Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Viitattu 12.12.2017. www.kaypahoito.fi
- Naylor B., Boagb S. & Gustina SM. 2017. New evidence for a pain personality? A critical review of the last 120 years of pain and personality. *Scandinavian Journal of Pain* 17 (2017) 58–67
- Ojala, T. 2015. *The essence of the experience of chronic pain - A phenomenological study* Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Parviainen, J. 2006. *Meduusan liike: mobiiliajan tiedonmuodostuksen filosofiaa*. Helsinki.
- Perttula, J. 2005. *Kokemus ja kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria*. Teoksessa *Kokemuksen tutkimus*, toim. Perttula J & Latomaa, T. Tartu.
- Perttula, J. 1995. *Kokemus psykologisena tutkimuskohteena*. Tampere: Suomen fenomenologinen instituutti.
- Perttula, J. 2012. Mikä tekee kokemuksen tutkimuksesta fenomenologista? Fenomenologisen ajatteluni kehityspolkuja. Teoksessa L. Kiviniemi, K. Koivisto, T. Latomaa, M. Merilehto, P. Sandelin & T. Suorsa (toim.) *Kokemuksen tutkimus III. Teoria, käytäntö, tutkija*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Pistoia F., Sacco S. & Carolei A. 2013. Behavioral Therapy for Chronic Migraine. *Curr Pain Headache Rep* (2013) 17:304

Posadzki P & Glass N. 2009. Self-Efficacy and the Sense of Coherence: Narrative Review and Conceptual Synthesis. *The Scientific World Journal* (2009) 9, 924–933 *TSW Holistic Health & Medicine*.

Pulkkinen, S. 2010. Husserlin fenomenologinen menetelmä, teoksessa *Fenomenologian ydinkysymyksiä*, Gaudeamus, Helsinki University Press.

Pryse-Phillips W., Dodick D. & Edmeads J., 1997. Guidelines for the nonpharmacologic management of migraine in clinical practice. *Canadian Headache Society*. 1998; 159: 47-54

Rauhala, L. 1998. Ihmisen ainutlaatuisuus. Helsinki: Yliopistopaino.

Rauhala L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. 4. painos. Helsinki: Yliopistopaino.

Rawlett K. 2014 Journey from Self-Efficacy to Empowerment. Sciknow Publications Ltd. HC2014, 2(1):1-9 *Health Care*.

Reynolds, F. 2005. Communication and clinical effectiveness in rehabilitation. London Elsevier.

Roxendal, G., Winberg, A. 2003. Levande människa: basal kroppskänedom för rörelse och vila Stockholm: Natur och Kultur.

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. (Viitattu 31.5.2018.)

Sarjoittainen päänsärky. Duodecim Terveyskirjasto. 2015. Kirjoittanut neurologian erikoislääkäri Atula S <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/> Viitattu 25.1.2018

Sandström M. 2010. Psykye ja aivotoiminta. WSOY.

Stovner L. & Adree C. 2010. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project Review article. *J Headache Pain* (2010) 11:289–299

Stovner L., Zwart J., Hagen K., Terwindt G. & Pascual J. 2006. Epidemiology of headache in Europe *European journal of neurology* 2006;13:333-345.

Sullivan M, Rodgers W, Kirsch I. 2001. Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain* 2001; 9: 147-154.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.

Weisenberg M., Raz T. & Hener T. 1998. The influence of film-induced mood on pain perception *Pain* 1998 June;76(3): 365-75

Wentzer, H., & Byholm, A. 2013. Narratives of empowerment and compliance: Studies of communication in online patient support groups. *International Journal of Medical Informatics*, 82(12), 386–394.

LIITE 1

Hei!

24.1.2017

Sait tämän kirjeen, kun saattaisit olla kiinnostunut osallistumaan kroonisesta migreenistä oireileville suunnattuun tutkimukseen. Tämä tutkimus on fysioterapian maisteriopintojeni pro gradu- tutkimus, jossa on tarkoitus kartoittaa lääkkeettömien hoitomallien keinoja. Liitteenä olevasta tiedotteesta selviää tarkemmin tutkimuksen tarkoitus ja toimintamalli.

Lyhyesti:

Kyseessä on siis viiden viikon tutkimusjakso, johon sisältyy kerran viikossa ohjattu 10 hengelle suunnattu viiden kerran ryhmä (60 min). Ryhmät toteutetaan fysioterapiayritys Bodymindin tiloissa Vellamonkatu 12:ssa (Tammelan Tokmannin yläpuolella 2. krs). Ryhmäohjausten jälkeen tutkimukseen sisältyy vielä henkilökohtainen haastattelu saaduista kokemuksista.

Kehotietoisuusharjoitukset ovat rentouspainotteisia ja liikkuvuutta lisääviä harjoitteita. Harjoitteet eivät sisällä lihasvoimaharjoittelua eikä kehon rasitusta tai ponnistelua vaativaa tekemistä.

Aikataulut:

Ryhmät olen alustavasti ajatellut toteuttaa keskiviikkoisin alkaen ke 1.3. klo 18.00. Ryhmä kestää siis tasan tunnin klo 19.00 asti. Ryhmän kokoontumisajat siis maaliskuun ajan 1.3, 8.3, 15.3, 22.3 sekä 29.3.

Olen kiitollinen, jos päätät osallistua ja jaksat sitoutua viideksi viikoksi tähän tutkimukseen. Vahvistuksen osallistumisestasi toivon saavani alla olevaan sähköpostiosoitteeseeni viimeistään pe 17.2 mennessä. Liitteenä olevan tutkimussuostumuksen voit tuoda allekirjoitettuna ensimmäiselle ryhmäkerralle ke 1.3.

Jos tutkimuksen suhteen on kysyttävää, niin vastaan mielelläni:

mikko.patovirta@bodymind.fi
p. 050 3553795

t.

Mikko Patovirta

LIITE 2

TUTKIMUKSEN NIMI

24.1.2017

MINÄPYSTYVYYS JA STRESSIN HALLINTAKEINOT KEHOTIETOISUUSHARJOITTEIDEN AVULLA KROONISESSA MIGREENISSÄ

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen. Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Voin keskeyttää tutkimukseen osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Jos päätän peruuttaa suostumukseni tai osallistumiseni tutkimukseen keskeytyy jostain muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tampereella ____ . ____ .2017

Tampereella ____ . ____ .2017

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

tutkittavan allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

nimenselvennys

nimenselvennys

tutkittavan syntymäaika

osoite

PERFEKTIONISTINA TÄÄ ON PAKKO TEHD

"Kun on täydellisyyteen pyrkivä suorittaja luonteeltaan."
"Silloin kun se migreeni puhjennut, niin mä oon ollut älytön suorittaja"
"Mä olen ollut kärsimätön, en enää niin paljon kuin ennen, perfektionisti, pitäis saada aikaan."
"Se paine myös, jos töissä on kiire, tää on pakko tehdä, ja tää on pakko saada, että semmoinen oma ajatus siitä pakollisuudesta ei ole hyvä."
"tiettyyn kellonaikaan tiettyssä paikassa niin se luo mulle hirveen stressin mä en kestä sitä. Se ahdistaa mua "

PITÄIS OLLA HUOLETON

"Sitä pitää niin ku tietoisesti sitä mieltä rauhoittaa. Pitäs olla huoleton"
"Mä saan kyllä niin ku pahimpia kipuja lievennettyä, kun mä rentoudun ja mietin jotain muuta"
"Sisäisistä tekijöistä on se, että pitäis osata relata ja koko ajan paremmin, mutta töitä on vielä tehtävä sen suhteen."
"Voiko mielellä saada sitten itsensä täysin terveeksi niin en tiedä mut että kyllä mä uskon siihen että saa parempaan ja huonompaan"

HYVÄ SOSIAALIEN YMPÄRISTÖ

"Silloin jos mulla on seuraa, niin silloin mä en kiinnitä itseeni huomiota"
"mä aina sanon että mä haluan olla siellä, missä on hyvä sosiaalinen ympäristö"

Sannan migreeni elämä

JOS MÄ KUUNTELISIN ENEMMÄN MUN KEHOO

"Nyt mä oon yrittänyt, etten mä miettis sitä niskaa vaan mä kävelen, miten askelet, huomio on jaloissa."
"Kipuun tai siihen migreeniinhan se ei auta, mutta siihen että se ei mene jumiin, niin siihen auttaa.."
" jos mä kuuntelisin enemmän mun keho, niin se jotenkin kertoo mitä tarvitsee."
"Tää oli ihan hyvä muistutus kehon kuuntelemisesta, keho kertoo paljon, jos kuuntelisi"
"Rauhallista ja venyttävää ja rentouttavaa, niin se auttaa mua ihan selkeästi kyllä "
"Jotenkin sellainen rauhoittuminen on ehkä oikea sana, jota enemmän kaipaa"
"en ajattele että tuntuu pahalle vaan enemmän sitä miten mä otan niitä askeleita ."

LUOPUMISTA JA VASTOINKÄYMIÄ

"Jollain lailla se liittyy varmaan selkeesti hormoneihin, myös lämäntapahtumiin, on ollu aika kaikenlaista niin ku yksityiselämässä avioeroo ja muuta sellasta."
"mä oon tottunut, mutta alussa se oli se hyväksyminen, että kaikkee ei voit ehdä kuin ennen"
"silloin oli henkisesti aika paljon kun piti luopua asioista"

VIHAA TAI SURUA NIIN MIGREENI TULEE

" jos mä vihastun tai mä oon tosi surullinen niin se tulee saman tien."
" Joskus kotona kun on mennyt hermot puolisoon ja tullut kauheee riita niin sen kyllä huomaa sitten. ."
"Koska silloin kun on hormonaalisessa tietynlaisessa tilassa, niin silloin kaikki tuntuu paljon. Et mikä on mikä, niin en tiedä koska silloin tuntuu, että sitä itkeekin helpommin ja saa raivareitakin helpommin"