



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Migreeni, mielenterveys ja psyhykinen hyvinvointi

Tran Minh, Mirjami

2016 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Migreeni, mielenterveys ja psyykinen hyvinvointi

Mirjami Tran Minh
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2016

Mirjami Tran Minh

Migreeni, mielenterveys ja psyykinen hyvinvointi

Vuosi 2016 Sivumäärä 52

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää työikäisten migreeniä sairastavien henkilöiden psyykkistä hyvinvointia ja voimavaroja positiivisen mielenterveyskäsityksen viitekehityksessä. Tarkoituksena oli lisäksi tutkia mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä sekä tuoda esille migreeniä sairastavien omia kokemuksia migreenin vaikutuksesta psyykkiseen hyvinvointiin ja mielenterveyteen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa Suomen Migreeniyhdistykselle, terveydenhuollon ammattilaisille sekä migreeniä sairastaville henkilöille.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Suomen Migreeniyhdistyksen kanssa. Opinnäytetyön aineiston hankinta toteutettiin verkkokyselynä, joka julkaistiin Suomen Migreeniyhdistyksen Facebook-sivulla sekä lähetettiin yhdistyksen jäsenille sähköpostitse kesäkuussa 2015. Kyselyssä käytettiin mittarina Maailman terveysjärjestön viiden kysymyksen hyvinvointiasteikkoa (WHO-5). Kyselyyn vastasi 603 henkilöä. Tuloksista ilmeni, että migreenin esiintymistiheys oli yhteydessä heikompaan psyykkiseen hyvinvointiin. Vastajilla esiintyi masennusta ja paniikkihäiriötä enemmän kuin väestöllä keskimäärin. Psyykinen hyvinvointi oli korkein niillä vastajilla, jotka olivat maininneet voimavarakseen säännölliset elämäntavat tai liikunnan. Psyykkistä hyvinvointia tukeviksi keinoiksi vastaajat kokivat mm. toimivan esto- ja kohtauslääkityksen, sosiaalisen tuen, joustavat työolot ja rentoutus- ja meditaatioharjoitukset. Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää Suomen Migreeniyhdistyksen toiminnan sekä migreeniä sairastavien hoidon ja omahoidon kehittämisessä.

Mirjami Tran Minh

Migraine, mental health and psychological well-being

Year	2016	Pages	52
------	------	-------	----

The purpose of this Bachelor's thesis was to examine psychological well-being and personal resources among working-age people suffering from migraine. The objective of the thesis was to study the prevalence of mental health disorders among migraineurs and to gather experiences of how migraine affects their psychological well-being and mental health. The aim of this study was to provide new information for the Finnish Migraine Association, health care professionals and migraine patients.

The thesis was made in cooperation with the Finnish Migraine Association. The questionnaire was published in the Finnish Migraine Association's Facebook site and it was sent by email to all members of the association in June 2015. The questionnaire included the WHO-5 Well-Being Index (WHO-5) which measures subjective psychological well-being with five questions related to positive quality of life. Altogether 603 respondents answered the questionnaire. The results indicate that higher frequency of migraine attacks was linked to deteriorated psychological well-being. The prevalence of depression and panic disorder was higher among the respondents than in the general population. The level of well-being was the highest among respondents who stated regular lifestyle patterns, including regular eating and sleeping habits, or exercise as one of their resources. The respondents stated that according to their experiences, factors that improved their psychological well-being were proper acute and preventive medication, social support, flexible working conditions, relaxation and meditation exercises. The results of this study can be used for developing activities of the Finnish Migraine Association and guidelines for care and self-management of migraine.

Keywords: Migraine, mental health, psychological well-being, WHO-5

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Keskeiset teoreettiset käsitteet.....	8
2.1	Migreeni.....	8
2.2	Positiivinen mielenterveys ja voimavarat.....	9
2.3	Psyykinen hyvinvointi	10
2.4	Mielenterveyden häiriöt.....	10
2.5	Migreenin ja mielenterveyden häiriöiden yhteys	12
2.6	Aikaisemmat tutkimukset.....	12
2.6.1	Comorbidity of Migraine and Psychiatric Disorders	12
2.6.2	Quality of life in Europe: Subjective well-being.....	13
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelmat	14
4	Opinnäytetyön aineisto ja menetelmät	15
4.1	Tutkimuskohde ja aineiston keruu	15
4.2	Kyselylomake ja mittari.....	15
4.3	Aineiston analyysi	17
4.3.1	Kvantitatiivinen analyysi.....	17
4.3.2	Kvalitatiivinen analyysi.....	19
5	Tulokset.....	20
5.1	Taustatiedot	20
5.2	Hyvinvointi WHO-5 -asteikolla mitattuna	20
5.3	Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys.....	22
5.4	Voimavarat	23
5.5	Kokemukset psyykkisestä hyvinvoinnista.....	25
5.5.1	Migreenin vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen.....	25
5.5.2	Psyykkistä hyvinvointia tukevat keinot.....	28
5.6	Psyykkisen hyvinvoinnin puheeksi ottaminen vastaanotolla.....	30
6	Tulosten tarkastelu	31
6.1	Hyvinvointi WHO-5 -asteikolla mitattuna	31
6.2	Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys.....	31
6.3	Voimavarat	32
6.4	Kokemukset psyykkisestä hyvinvoinnista ja sitä tukevista keinoista.....	34
6.5	Psyykkisen hyvinvoinnin puheeksi ottaminen vastaanotolla.....	36
7	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	37
7.1	Eettiset kysymykset.....	37
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	37
8	Johtopäätökset ja jatkotutkimuksen aiheet	39
	Lähteet	41

Kuviot	46
Taulukot	47
Liitteet.....	48

1 Johdanto

Migreeni on sairaus, joka aiheuttaa kohtauksittaista, usein toispuolista ja sykkivää päänsärkyä (Färkkilä 2006, 170-171). Migreeniä sairastaa yli 500 000 suomalaista, ja se aiheuttaa sitä sairastaville henkilökohtaista kärsimystä, alentaa elämänlaatua ja heikentää työkykyä sekä aiheuttaa kustannuksia myös yhteiskunnalle (Sumelahti 2013; WHO 2012). Migreenin esiintyvyys on naisilla noin 15 % ja miehillä 5 %, ja se vaivaa erityisesti työikäistä väestöä (Färkkilä 2013). Migreeniä sairastavilla on todettu esiintyvän muuta väestöä enemmän masennusta, ahdistuneisuutta sekä sosiaalisia fobioita (Jette, Patten, Williams, Becker & Wiebe 2007; McWilliams, Lachlan & Goodwin 2004). Migreenin ja mielenterveyden häiriöiden yhteyden on arveltu olevan kaksisuuntainen: migreeni, erityisesti kroonistuessaan, lisää riskiä sairastua mielenterveyden häiriöön ja päinvastoin (Baskin & Smitherman 2009, 61).

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa migreenipotilaiden mielenterveydestä, hyvinvoinnista ja jaksamisesta. Tavoitteena oli lisäksi tunnistaa ja löytää voimavaroja sekä menetelmiä, joilla migreeniä sairastavien psyykkistä hyvinvointia voidaan vahvistaa. Opinnäytetyön tuloksia voivat käyttää hyödyksi sekä terveydenhuollon ammattihenkilöt että migreeniä sairastavat.

Opinnäytetyössä selvitettiin suomalaisten työikäisten migreeniä sairastavien psyykkistä hyvinvointia positiivisen mielenterveyden viitekehyksessä. Mittarina käytettiin Maailman terveysjärjestö WHO:n kehittämää viiden kysymyksen hyvinvointiasteikkoa (WHO-5 Well-Being Index), joka mittaa yksilön subjektiivista, positiivista hyvinvointia (WHO 1998). Opinnäytetyössä selvitettiin myös mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä, migreeniä sairastavien voimavaroja sekä omia kokemuksia migreenin vaikutuksesta psyykkiseen hyvinvointiinsa. Aiheesta ei ole Suomessa tehty aiemmin tutkimusta.

Opinnäytetyössä käytettiin menetelmällistä triangulaatiota, jossa tutkittavaa asiaa tarkastellaan eri näkökulmista. Opinnäytetyö toteutettiin pääasiassa määrällisenä tutkimuksena, jossa on tulosten luotettavuuden lisäämiseksi ja migreeniä sairastavien omien kokemusten esille tuomiseksi myös laadullinen osuus.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Suomen Migreeniyhdistyksen kanssa.

2 Keskeiset teoreettiset käsitteet

2.1 Migreeni

Migreeni on sairaus, joka aiheuttaa kohtauksittaista, usein toispuolista ja sykkivää päänsärkyä. Yksittäinen migreenikohtaus kestää 4-72 tuntia, ja kohtausten välillä migreeniä sairastava on oireeton. Migreenin yksilöllinen vaihtelu on suurta: osa migreeniä sairastavista selviää kohtauksesta pienillä näköhäiriöillä, toiset ovat kohtauksen aikana toimintakyvyttömiä vuodepotilaita. (Färkkilä 2006, 170-171.)

Kansainvälisen päänsärkyseuran IHS:n mukaan migreeni jaetaan aurattomaan ja auralliseen migreeniin (IHS Classification ICHD-II). Aurallisessa migreenissä päänsärkyä ennen esiintyy esimerkiksi auroireena näkö- ja muita neurologisia häiriöitä. Aurallista migreeniä sairastaa 15 % ja auratonta migreeniä 85 % migreenikoista. (Färkkilä 2006, 170-171.)

Migreenin ajatellaan alkavan hypotalamuksesta ja aivorungon tumakkeista. Aivorungon aktiivisuus aiheuttaa ns. kortikaalisen neuraalisen vaimenemisen (CSD, cortical spreading depression), joka saa aikaan hermosolujen toiminnan vaimenemista ja verisuonten supistumisen aivokuoren mikroverenkierrossa. Aurooireiden, kuten näköhäiriöiden, ajatellaan olevan seurausta näistä muutoksista aivokuoren sähköisessä toiminnassa ja verenkierrossa. CDS tai muu laukeava tekijä käynnistää trigeminovaskulaarisen järjestelmän, joka saa lopulta aikaan migreenille ominaisen toispuolisen särryn. Särky johtuu verisuonten laajenemisesta ja tulehdusta aiheuttavien neuropeptidien vapautumisesta. Migreeni on laaja-alainen autonomisen hermoston häiriötila, joka aiheuttaa päänsärryn lisäksi pahoinvointia, ääni-, valo- ja hajuerkkyyttä sekä verenpaineen muutoksia. (Kallela 2005, 666-668.)

Migreeni voidaan jakaa jaksottaiseen migreeniin ja krooniseen migreeniin. Kroonisessa migreenissä särkypäiviä on kolmen kuukauden aikana vähintään 15 kuukaudessa, joista ainakin kahdeksana päivänä särky täyttää migreenille asetetut kriteerit (Käypä hoito 2015, IHS Classification ICHD-II). Tässä tutkimuksessa kroonista migreeniä sairastavina käsiteltiin vastaajia, joilla oli migreeniä 15 päivänä kuukaudessa tai useammin. Jaksottaisessa migreenissä särkypäiviä on alle 15 kuukaudessa (IHS Classification ICHD-II).

Migreeniä sairastaa naisista noin 15 % ja miehistä noin 5 %, ja sairaus on yleisintä työikäisillä (Färkkilä 2013). Työikäisiksi lasketaan kaikki 15-74 -vuotiaat henkilöt (Tilastokeskus). Migreenin korkeampi esiintyvyys naisilla liittyy estrogeenitasoon ja sen muutoksiin. 40-60 % migreeniä sairastavista naisista kärsii kuukautisten aikaan tai muutama päivä niitä ennen esiintyvistä migreenikohtauksista, joiden syyksi arvellaan estrogeenipitoisuuden nopeaa laskua tässä kuu-

kautiskierron vaiheessa. Kuukautisiin liittyvät migreenikohtaukset ovat yleensä aurattomia, voimakkaita ja pitkäkestoisia. (Sumelahti 2013, 345-346.)

2.2 Positiivinen mielenterveys ja voimavarat

WHO:n klassisen määritelmän mukaan terveys on ”täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila”, jota ei määritä ainoastaan sairauksien tai vammojen puuttuminen (WHO 1948). Mielenterveydellä WHO tarkoittaa hyvinvoinnin tilaa, jossa ihminen ymmärtää omat kykynsä, selviytyy arjen haasteista, kykenee työskentelemään tuottavasti sekä olemaan aktiivinen jäsen omassa yhteisössään (WHO 2014).

Positiivisen mielenterveyskäsitteen mukaan mielenterveys on ihmisen voimavara, hyvinvoinnin kokemus, joka tukee yksilöä eri tilanteissa. Mielenterveyden avulla yksilö voi elää mielekästä ja täysipainoista elämää. Positiivinen mielenterveys on potentiaalia, joka mahdollistaa yksilön ja yhteiskunnan hyvinvoinnin. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 17.) Hyvän mielenterveyden merkkejä ovat kyky ja halu vuorovaikutukseen, ihmissuhteisiin, toisista välittämiseen ja rakkauteen. (Lehtonen & Lönnqvist 2009, 28).

Positiivinen mielenterveys voidaan määritellä seitsemän eri näkökulman kautta: hyvän toimintakyvyn, henkilökohtaisten vahvuuksien (viisaus, ystävällisyys, kyky rakastaa ja tulla rakastetuksi), persoonallisen kypsyyden, positiivisten tunteiden (rakkaus, toivo, ilo, anteeksianto, myötätunto, usko, ihmettely ja kiitollisuus), sosio-emotionaalisen älykkyyden eli tunneälyn, subjektiivisen hyvinvoinnin ja joustavuuden kautta. Joustavuudella tarkoitetaan kykyä mukautua elämässä väistämättä eteen tuleviin muutoksiin. (Vaillant 2012, 94-97.)

Positiiviseen mielenterveyteen on liitetty myös ongelmanratkaisutaidot ja koherenssin tunne. Koherenssilla tarkoitetaan itseluottamusta ja itsetuntoa, kokemusta siitä että olen hyvä tällaisena. Koherenssin tunteeseen vaikuttaa myös myönteinen elämänasenne ja tunne siitä, että voi vaikuttaa omaan elämäänsä, kyky kohdata vastoinkäymisiä ja solmia läheisiä ihmissuhteita. (Kuhanen ym. 2010, 17.)

Sohlmanin (2004) mukaan positiivinen mielenterveys korreloi voimakkaasti masennusoireiden puuttumisen kanssa. Jos ihmisellä on hyvä elämänhallinta, hän luottaa ja on tyytyväinen itseensä, hänellä harvoin on masennusta - ja toisin päin. WHO-5 Well-Being -mittari mittaa juuri näitä positiivisen mielenterveyden ominaisuuksia: ilon ja levollisuuden tunnetta, toimintakykyä ja kiinnostusta ympäröiviin asioihin (WHO 1998). Tutkimuksissa on todettu, että alhaiset pisteet WHO-5 mittarissa ovat yhteydessä masennukseen tai riskiin sairastua masennukseen (Krieger ym. 2014, 242).

Voimavaroilla tarkoitetaan asioita, jotka potilas kokee itselleen tarpeelliseksi, mielekkäiksi, tai joiden hän kokee olevan avuksi. ”Voimavarat voivat olla arvoja, asenteita tai ihmissuhteita, tai ne voivat olla materiaalisia, älyllisiä tai tunteisiin perustuvia.” (Kuhanen ym. 2010, 22.) Voimavaroja voivat henkilöstä riippuen olla esimerkiksi perhe tai muu sosiaalinen tuki, optimismi, itsetunto, ilo, älykyys, tahdonvoima, kyky katsoa elämää eri näkökulmista, liikunta, lemmikit, harrastukset tai luonto (mm. Kira & San 2011, Nissinen 2015, 363). Voimavarat ovat suojatekijöitä, joiden avulla ihminen voi ohjata elämäänsä ja selvitä vastoinkäymisistä. Jokaisella on voimavaroja, ja niiden löytäminen sekä tukeminen auttavat vahvistamaan ja voimistamaan ihmistä. (Kuhanen ym. 2010, 22.)

Rotegård, Moore, Fagermoen ja Ruland (2010, 514) määrittelevät terveyden voimavaroiksi (health assets / health resources) yksilön sisäiset ja ulkoiset, synnynnäiset tai hankitut ominaisuudet sekä vahvuudet, jotka auttavat yksilöä ylläpitämään hyvää terveyskäyttäytymistä ja terveydentilaa.

2.3 Psykkinen hyvinvointi

Henkinen ja psykkinen hyvinvointi ovat lähellä positiivisen mielenterveyden käsitettä. Psykkisesti hyvinvoiva yksilö on tyytyväinen elämäänsä ja työhönsä, hyväksyy sen että asiat eivät ole täydellisesti, mutta voi silti pääasiassa hyvin. Psykkisesti hyvinvoiva ihminen on aktiivinen, suhtautuu asioihin avoimesti ja kiinnostuneesti, sietää myös epävarmuutta ja vastoinkäymisiä ja hyväksyy itsensä sellaisena kuin on. (Hakanen, Ahola, Härmä, Kukkonen & Sallinen 2009, 12.) Vaillant (2012, 94-97) käsitteillä ilmaistuna psykkisesti hyvinvoivalla yksilöllä on siis joustavuutta, positiivisia tunteita, kypsyttä ja hän kokee subjektiivista hyvinvointia.

Psykkinen hyvinvointi on yksi osa elämänlaatua. Muut elämänlaatuun vaikuttavat tekijät, kuten yksilön toimeentulo, asuinympäristö ja fyysinen terveys vaikuttavat kuitenkin myös henkiseen hyvinvointiin, ja päinvastoin (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010, 127). THL (2015) liittyy psykkinen hyvinvoinnin psykkinen toimintakykyyn, joka käsittää mm. mielialan, itsearvostuksen, voimavarat ja haasteista selviytymisen.

Opinnäytetyössä psykkinen hyvinvointia mitattiin WHO-5 -mittarilla, jonka lisäksi avoimilla kysymyksillä kartoitettiin vastaajien omia kokemuksia psykkinen hyvinvoinnistaan ja migreenin vaikutuksista psykkinen hyvinvointiin.

2.4 Mielenterveyden häiriöt

Amerikan psykiatriyhdistyksen DSM-IV -luokitus määrittelee mielenterveyden häiriön

”kliinisesti merkittäväksi, behavioraaliseksi tai psykologiseksi oireyhtymäksi, joka ilmenee yksilössä ja johon liittyy kärsimystä tai toiminnan vajavuutta tai merkitsevästi suurentunut kuoleman, kivun tai toiminnan vajavuuden riski tai huomattava vapauden menetys.” (American Psychiatric Association, Lönnqvistin 2009, 50 mukaan.)

Suomessa terveydenhuollossa ja mielenterveyden häiriöiden diagnooseissa käytetään Maailman terveysjärjestön julkaisemaa ICD-10 -luokitusta. Psykiatrisen hoidon puolella DSM-luokituksella on kuitenkin myös Suomessa vahva asema. Käytännössä näitä kahta järjestelmää käytetään rinnakkain, mutta diagnoosinumerot esitetään Suomessa voimassa olevan ICD-10:n mukaan. (Lönnqvist 2009, 51.)

Positiivisen mielenterveyskäsityksen näkökulmasta mielenterveys on voimavara ja resurssi, jota suojaavia ja rakentavia tekijöitä ovat yksilölliset voimavarat ja sosiaalinen tuki, yhteiskunnan ja kulttuurin vaikuttaessa taustalla. Näiden tekijöiden ollessa tasapainossa yksilö voi hyvin. Tasapainon järkkäminen voi johtaa psyykkiseen sairastumiseen eli mielenterveyden häiriöön. (Kuhanen ym. 2010, 22.)

Mielenterveyshoitotyössä mielenterveyden häiriöitä tarkastellaan ns. haavoittuvuus-stressimallin avulla. Mallissa on käytetty eri tieteenalojen näkemyksiä sairastumiselle altistavista ja suojaavista tekijöistä. Mallissa oletetaan, että yksilöllä on mielenterveyden häiriöille altistavia, haavoittavia tekijöitä, kuten traumaattisia tapahtumia varhaiskehityksen tai lapsuuden aikana, perinnöllinen alttius reagoida stressiin tietyllä tavalla tai itsetunnon haavoittuvuus. Suojatekijöiden puutteen, haavoittavien tekijöiden ja elämäntilannetta kuormittavan stressin, kuten avioeron, työttömyyden tai päihteiden käytön yhteisvaikutus voi johtaa psyykkiseen sairastumiseen eli mielenterveyden häiriöön. (Kuhanen ym. 2010, 23-24.)

Monilla mielenterveyden häiriöillä, kuten kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä, on vahva biologinen tausta (Isometsä 2009, 207) ja silloin henkilön kynnys sairastua kyseiseen häiriöön on matalampi.

Haavoittuvuus-stressimallin näkökulmasta tarkasteltuna migreeni voi olla yksilön haavoittuvaisuutta lisäävä tekijä, tai se voi juuri puhjettuaan tai kroonistuessaan olla stressin aiheuttaja, joka suojatekijöiden heikentyessä voi osaltaan lisätä riskiä sairastua mielenterveyden häiriöön.

2.5 Migreenin ja mielenterveyden häiriöiden yhteys

Mielenterveydessä sekä mielenterveyden häiriöissä biologiset, psykologiset ja sosiaaliset seikat kietoutuvat yhteen, eikä niitä voi selkeästi erottaa toisistaan. (Lehtonen & Lönnqvist 2010, 28). Fyysinen terveys ja mielenterveys ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa, ja tämä dialogi jatkuu läpi ihmisen elämän (Kuhanen ym. 2010, 17).

Migreenillä on todettu olevan yhteyksiä moniin somaattisiin sekä psyykkisiin sairauksiin: epilepsiaan, aivoinfarktiin, masennukseen, allergiaan ja astmaan (Kallela 2005, 665, 669-671). Sairauksia yhdistävät mekanismit eivät ole täysin selvillä, mutta masennuksen, ahdistuksen ja migreenin yhdistävä tekijä voi liittyä serotoniiniaineenvaihduntaan ja sen häiriöihin (mm. Hamel 2009, 1297; Baskin & Smitherman 2009, 62). Migreenin ja mielialahäiriöiden vaikutuksen toisiinsa uskotaan olevan kaksisuuntainen: migreeni voi lisätä riskiä sairastua masennukseen tai ahdistuneisuushäiriöön ja päinvastoin, mikä viittaa yhteiseen etiologiseen tekijään. Migreenin ja mielialahäiriöiden yhteys näyttää olevan voimakkainta aurallista migreeniä sairastavilla. (Baskin & Smitherman 2009, 61.)

Yhteisten etiologisten tekijöiden lisäksi tai niiden ohella migreeni vaikuttaa sitä sairastavan elämänlaatuun. Migreenipotilaat voivat joutua rajoittamaan sosiaalista elämäänsä, harrastuksiin osallistumista ja jopa työssäkäyntiä sairauden takia, ja luopuminen näistä mielenterveyttä tukevista tekijöistä saattaa lisätä altistusta mielenterveyden häiriöille. (mm. Raggi ym. 2012.)

Yhteinen laukaiseva tekijä migreenille ja mielenterveyden häiriöille voi olla myös stressi. Työterveyslaitoksen tutkimuksessa todettiin, että naisilla, jotka kokivat työssään stressiä, oli 23 % suurempi todennäköisyys sairastua migreeniin kolmen vuoden seurannan aikana. Tutkimuksen mukaan uusista migreenitapauksista noin 6 % selittyi työstressillä (Työterveyslaitos 2010.) Lönnqvistin (2009) mukaan psykososiaalinen stressi on merkittävä masennusta aiheuttava tekijä. Stressi voi siis olla taustatekijä ja vaikuttaa sekä mielenterveyden häiriön että migreenin puhkeamiseen.

2.6 Aikaisemmat tutkimukset

2.6.1 Comorbidity of Migraine and Psychiatric Disorders

Kanadalaisessa Canadian Community Health Survey, Mental Health and Well-being - tutkimuksessa kartoitettiin sairauksien esiintyvyyttä, tutkimukseen osallistuneiden elämänlaatua ja mielenterveyspalvelujen käyttöä. Tutkimuksessa selvitettiin migreenin lisäksi mielenterveyden häiriöiden, erityisesti masennuksen, paniikkihäiriön, kaksisuuntaisen mieliala-

häiriön ja sosiaalisten fobioiden esiintyvyyttä. Haastattelussa selvitettiin myös sairauksien aiheuttamaa toimintakyvyn laskua viimeisen kahden viikon aikana sekä mielenterveyspalvelujen käyttöä viimeisen 12 kuukauden aikana. (Jette ym. 2007, 501-502.)

Tulosten perusteella 15,2 % naisista ja 6,1 % miehistä oli terveydenhuollon ammattihenkilön diagnosoima migreeni. Migreeni oli yleisintä 25-44 vuotiailla (13 %) ja harvinaisinta yli 65-vuotiailla (5 %). (Jette ym. 2007, 504.)

Tutkimuksen mukaan migreeniä sairastavilla esiintyi muuhun väestöön verrattuna yli kaksinkertaisesti masennusta, kaksisuuntaista mielialahäiriötä, paniikkihäiriötä ja sosiaalisia fobioita. Migreeniä sairastavilla masennuksen elinikäinen esiintyvyys oli 18,8 %, kun se muulla väestöllä oli 10,8 %. Sosiaalisista fobioista kärsi elämänsä aikana 14,3 % migreenikoista (muun väestön vertailuarvo 7,3 %), paniikkihäiriöistä tai agorafobiasta 9,6 % (4,0 %) ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä 5,4 % (2,0 %) migreenikoista. (Jette ym. 2007, 505.)

Jette ym. (2007) totesivat, että vähiten mielenterveysongelmia oli hyvätuloisilla henkilöillä, yli 65-vuotiailla sekä parisuhteessa elävillä, riippumatta siitä oliko heillä diagnosoitu migreeni vai ei. Migreenikoilla ei tutkimuksen mukaan esiintynyt muuta väestöä enempää lääkkeiden tai alkoholin väärinkäyttöä. (Jette ym. 2007, 505-506.)

Tutkimuksessa ei selvitetty migreenikohtausten esiintymistiheyden vaikutusta mielenterveyden häiriöihin. Kohtausten määrässä on kuitenkin hyvin suurta vaihtelua: osalla migreenikoista migreenikohtauksia esiintyy harvoin, eikä migreeni aiheuta heille suuria toimintakyvyn rajoituksia. Kroonista migreeniä sairastavilla migreeni voi puolestaan hallita ja rajoittaa lähes koko elämää, jolloin riski sairastua esimerkiksi masennukseen on suurempi. (Migraine Trust 2015.)

2.6.2 Quality of life in Europe: Subjective well-being

The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) tutkii neljän vuoden välein eurooppalaisten elämänlaatua ja hyvinvointia 34 Euroopan maassa. Kolmas European Quality of Life Survey toteutettiin vuosina 2011 ja 2012. Tutkimuksessa haastateltiin yhteensä 43 636 yli 18-vuotiasta eurooppalaista, joista 1021 oli suomalaisia. (Eurofound 2013.)

European Quality of Life Survey kartoittaa eurooppalaisten elämänlaatua ja elämänlaadun kehitystä useasta eri näkökulmasta. Yksi tutkimuksessa käytetyistä mittareista on WHO-5, Maailman terveysjärjestön viiden kysymyksen hyvinvointiasteikko. (Eurofound 2013.)

Keskimääräinen WHO-5 -arvo kaikilla tutkimukseen osallistuneilla oli 15,75 (63 asteikolla 0-100) ja väestötieteellisesti painotettu pistemäärä suomalaisilla 16,41. Suomalaisten subjektiivisen henkisen hyvinvoinnin voi tutkimuksen perusteella luokitella hyväksi, ja tulos oli eurooppalaisista neljänneksi korkein Tanskan, Saksan ja Itävallan jälkeen. (Eurofound 2013, 110, 119-121; Eurofound 2012, 116.)

Tutkimuksen mukaan subjektiivisesti koettu huono terveydentila ja elämää rajoittavat terveysongelmat alensivat WHO-5 -pistemäärää erittäin merkitsevästi (<0,001). Huonoimmat WHO-5 -pistemäärät saivat tutkimuksessa ne, jotka eivät vakavan sairauden tai vamman vuoksi kyenneet käymään töissä. Heidän pistemääränsä oli keskimäärin 11 (44 asteikolla 0-100). (Eurofound 2012, 116; Eurofound 2013, 119-121.)

Sekä vakavat että lievät terveysongelmat laskivat WHO-5 -pistemäärää yhtä merkitsevästi kuin yksilön kokema vähäosaisuus tai taloudelliset ongelmat, työn ja muun elämän yhteensovittamisen ongelmat tai sosiaalisen tuen puute. Eurooppalaisessa mittakaavassa hyvinvointia lisäsivät eniten toimivat julkiset palvelut, sosiaalinen luottamus, työn joustavuus, ystävien tapaaminen sekä liikunta. (Eurofound 2013, 119-121.)

Hochbergin ym. (2012) mukaan kroonisista sairauksista, kuten sydän- ja verisuonitaudeista tai endokriinisista häiriöistä kärsivien pistemäärä WHO-5 -mittarilla mitattuna oli keskimäärin 13,5 (Hochberg, Pucheu, Kleinebreil, Halimi & Fructuosu-Voisin 2012, 517).

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelmat

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää työikäisten migreeniä sairastavien henkilöiden psyykkistä hyvinvointia ja voimavaroja positiivisen mielenterveyskäsityksen näkökulmasta. Tarkoituksena oli tutkia myös mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä sekä migreeniä sairastavien omia kokemuksia migreenin vaikutuksesta psyykkiseen hyvinvointiinsa ja mielenterveyteensä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa Suomen Migreeniyhdistykselle, terveydenhuollon ammattilaisille sekä migreeniä sairastaville henkilöille.

Tutkimusongelmat olivat:

1. Onko migreeniä sairastavien psyykkinen hyvinvointi WHO-5 -mittarilla mitattuna yhtä hyvä kuin väestöllä keskimäärin?
2. Mikä on mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys työikäisillä migreeniä sairastavilla henkilöillä?

3. Millaiseksi migreeniä sairastavat henkilöt kokevat psyykkisen hyvinvointinsa ja voimavaransa?

4 Opinnäytetyön aineisto ja menetelmät

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Suomen Migreeniyhdistyksen kanssa. Opinnäytetyön aineiston hankinta toteutettiin verkkokyselynä, joka julkaistiin Suomen Migreeniyhdistyksen Facebook-sivulla sekä lähetettiin yhdistyksen jäsenille sähköpostitse.

4.1 Tutkimuskohde ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohdejoukkona olivat suomalaiset työkäiset (15-74 -vuotiaat), migreeniä sairastavat henkilöt. Migreeni on yleisintä työkäisillä, ja siksi tämä ikäryhmä valikoitui kohdejoukoksi. Migreeniä sairastaa Suomessa noin 500 000 henkilöä, joten koko kohde- eli perusjoukon tutkiminen ei ollut mahdollista. Tutkimuksen aineisto on valittu harkinnanvaraisesti Suomen Migreeniyhdistyksen jäsenistä sekä heidän Facebook-sivujaan seuraavista, migreeniä sairastavista työkäisistä henkilöistä (Vilka 2007, 58). Harkinnanvaraiseen otokseen päädyttiin, koska Suomen Migreeniyhdistys tavoittaa hyvin migreeniä sairastavia henkilöitä jäsenrekisterinsä ja Facebook-sivujensa kautta. Harkinnanvaraisen otoksen tuloksia ei voi yleistää koko perusjoukkoa koskeviksi (Vilka 2007, 58).

Opinnäytetyön kysely julkaistiin 20.5.2015 Suomen Migreeniyhdistyksen Facebook-sivuilla (3378 seuraajaa) ja linkki kyselyyn lähetettiin sähköpostitse Suomen Migreeniyhdistyksen jäsenille (2136 henkilöä). Kyselylomake oli auki kaksi viikkoa 4.6.2015 saakka. Suomen Migreeniyhdistys ja yhdistyksen jäsenistö toimivat aktiivisesti sosiaalisessa mediassa, joten kyselyn julkaisu Facebookissa ja sähköpostin välityksellä sopi hyvin aineiston keräämiseen ja mahdollisti suuren otoksen saavuttamisen (Heikkilä 2010, 69). Kyselyyn vastasi yhteensä 611 henkilöä, joista 603 täytti kyselyn ehdot (lääkärin diagnosoima migreeni, ikä 15-74 vuotta).

4.2 Kyselylomake ja mittari

Opinnäytetyön aineistonhankintamenetelmäksi valittiin kyselytutkimus, sillä se mahdollistaa laajan tutkimusaineiston saavuttamisen (Hirsjärvi 2015, 195).

Kyselylomakkeeseen sisältyi kaksi osaa, saatekirje ja varsinainen kysely. Saatekirjeessä kuvailtiin opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja taustat sekä esiteltiin opinnäytetyön toteuttaja, vastausaika ja -ohjeet. Saatekirjeeseen sisältyi maininta tietojen ehdottomasta luottamuksellisuudesta. (Heikkilä 2010, 62.)

Opinnäytetyössä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta selvittämään migreeniä sairastavien psyykkisen hyvinvoinnin tasoa. Mittariksi valittiin Maailman terveysjärjestön viiden kysymyksen hyvinvointiasteikko (WHO-5 Well-being Index, WHO-5 -mittari). Suomen kielelle käännetty 6-portainen, Likert-asteikollinen WHO-5 -mittari saatiin sen kehittäjän Psychiatric Research Unit at the Mental Health Centre North Zealandin (2015) www-sivuilta, ja se yhdistettiin alkuperäisessä kieliasussaan kyselylomakkeeseen. Mittarissa on viisi väittämää, joihin vastataan vaihtoehdoilla 0 (en lainkaan) -5 (kaiken aikaa). (WHO 1998.)

WHO-5 -mittarissa kaikki väittämät ovat myönteisiä liittyen mielialaan, levollisuuteen, vireytilaan ja kiinnostukseen ympäröiviä asioita kohtaan (esim. ”Olen ollut iloinen ja hyväntuulinen”). Mittarin positiivinen kysymyksenasettelu heijastaa WHO:n käsitystä terveydestä, joka ymmärretään yksilön täydellisen hyvinvoinnin tilana, ei vain sairauksien tai vammojen puuttumisena. Kyselyn maksimipistemäärä on 25. WHO:n mukaan pistemäärä 25 kertoo parhaasta mahdollisesta hyvinvoinnista, ja 13 pistettä tai sen alle on merkki heikosta hyvinvoinnista. WHO-5 -mittari on alun perin kehitetty mittaamaan henkistä hyvinvointia, mutta sen on osoitettu olevan tehokas myös masennuksen poissulkemisessa tai diagnosoimisessa. Tämä on perusteltua, sillä mittarin kysymyksissä selvitetään kolmen masennukselle tyypillisen oireen, (mielialan, kiinnostuksen / mielenkiinnon puutteen ja energisyyden) tasoa. (Krieger, ym. 2014, 240; Topp, Østergaard, Søndergaard & Bech 2015.)

Mittarin tuloksen voi kertoa myös neljällä, jolloin maksimipistemäärä on 100. Tätä menetelmää käytetään mitattaessa hyvinvoinnissa ilmeneviä muutoksia esimerkiksi suurissa väestötutkimuksissa. 10 % muutos pistemäärässä on WHO:n mukaan merkittävä. (WHO 1998.)

WHO-5 -mittarin ja masennuksen diagnosoimisessa yleisesti käytetyn BDI-mittarin tulokset ovat käänteisesti yhteydessä toisiinsa (Krieger ym. 2014, 242). Kriegerin ym. (2014) tutkimuksessa havaittiin, että mitä suurempi WHO-5 pistemäärä oli, sitä pienempi BDI ja päinvastoin. Tämä yhteys WHO-5 ja BDI-mittarien välillä oli selvä mitattaessa lievää tai keskivaikeaa masennusta, mutta ei välttämättä päde vaikean masennuksen kohdalla, jossa oireina on muuta kuin mielialan laskua, kiinnostuksen puutetta ja väsymystä. (Krieger ym. 2014, 241-242.)

TAULUKKO 1 Maailman terveysjärjestön viiden kysymyksen hyvinvointiasteikko (WHO-5)

Olkaa hyvä ja valitkaa kustakin viidestä väittämästä se, joka kuvaa parhaiten tuntemuksianne viimeisen kahden viikon ajalta. Huomatkaa, että korkeammat numerot merkitsevät parempaa hyvinvointia.

Esimerkki: Jos olette ollut iloinen ja hyväntuulinen yli puolet ajasta viimeisen kahden viikon aikana, laittakaa rasti ruutuun numero 3.

Viimeisen kahden viikon aikana	kaiken aikaa	enemmän osan aikaa	yli puolet ajasta	alle puolet ajasta	pienen osan ajasta	en lainkaan
1. Olen ollut iloinen ja hyväntuulinen	5	4	3	2	1	0
2. Olen ollut levollinen ja rentoutunut	5	4	3	2	1	0
3. Olen ollut toimelias ja tarmokas	5	4	3	2	1	0
4. Herätessäni olen tuntenut itseni virkeäksi ja levänneeksi	5	4	3	2	1	0
5. Jokapäiväiseen elämääni on kuulunut paljon asioita, jotka kiinnostavat minua	5	4	3	2	1	0

© Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød.

Kyselylomakkeessa oli WHO-5 -mittarin lisäksi strukturoituja kysymyksiä koskien migreenin esiintymistiheyttä ("Kuinka usein Teillä on migreenikohtauksia?"), mielenterveyden häiriöiden esiintymistä (Onko Teillä elämäne aikana diagnosoitu yksi tai useampi seuraavista mielenterveyden häiriöistä?), psyykkistä hyvinvointia ja sen vaikutusta migreeniin ("Koetteko, että migreenillä on vaikutusta psyykkiseen hyvinvointiinne ja jaksamiseen?") sekä sitä, ovatko terveydenhuollon ammattihenkilöt ottaneet psyykkisen hyvinvoinnin puheeksi migreenin takia sovitulla vastaanotoilla. Kyselyn lopussa oli kaksi avointa kysymystä, joiden tarkoituksena oli kartoittaa vastaajien voimavaroja sekä omia kokemuksia psyykkisestä hyvinvoinnistaan.

4.3 Aineiston analyysi

4.3.1 Kvantitatiivinen analyysi

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus hyödyntää lukuja ja määrällisyyttä, joiden avulla tutkittavaa ilmiötä pyritään kuvaamaan ja tulkitsemaan. Kvantitatiivinen tutkimus voi kuvata todellisuutta, selvittää jonkin asian yleisyyttä, osoittaa syy-suhteita tai eroja ja yhteyksiä asioiden välillä. Tulokset analysoidaan yleensä tilastollisesti tai mallintamalla matemaattisesti. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkittava ilmiö pilkotaan mitattaviksi osioiksi, kuten kysymyslomakkeen kysymyksiksi. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2013, 83, 88.)

Opinnäytetyön kvantitatiivinen analyysi suoritettiin SPSS Statistics 23.0 for Windows -ohjelmalla. Kyselyn vastaukset siirrettiin verkkolomakkeilta SPSS-ohjelmaan analysointia varten. Vastajat, jotka eivät täyttäneet kyselyn ehtoja, poistettiin taulukosta. Kaikki perustiedot sekä kvantitatiiviset kysymykset oli määritelty pakollisiksi, joten puuttuvia havaintoja ei esiintynyt (Vilkkä 2007, 106).

Ennen varsinaista analyysiä WHO-5 -kyselyn vastauksista muodostettiin summamuuttujia WHO:n ohjeistuksen mukaan, laskemalla yhteen jokaisen viiden väittämän numeeriset vastaukset (Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Centre in Mental Health 1998). WHO-5 summamuuttujien jakaumaa tarkasteltiin Kolmogorov-Smirnovin testillä. Kolmogorov-Smirnovin testillä on suurissa aineistoissa taipumus hylätä arvio muuttujan normaalisuudesta, vaikka poikkeama olisi hyvin pieni. Tällöin muuttujan normaalisuutta voidaan arvioida laske-
malla arvot vinoudelle (skewness) ja huipukkuudelle (curtosis) sekä arvioimalla histogrammia silmämääräisesti. Mikäli vinous- ja huipukkuuskertoimien itseisarvo on pienempi kuin yksi, ja jakauma vaikuttaa silmämääräisesti normaalilta, voidaan jakaumaa käsitellä normaalina. Kolmogorov-Smirnovin testin mukaan WHO-5 summamuuttujien ($n=603$, $ka\ 13,24$, $sd\ 5,0$) jakauma oli vino ($Z=0,074$ ja $p<,001$, $n=603$). Jakauman vinous SPSS-ohjelmalla laskettuna oli $-0,256$ ja huipukkuus $-0,645$. Koska vinous- ja huipukkuuskertoimet olivat itseisarvoltaan alle 1 ja histogrammin vaikutti muodoltaan lähes normaalisti jakautuneelta, jakaumaa päädyttiin käsittelemään normaalina. (Saastamoinen & Olkkonen 2012, 43; Nummenmaa 2004, 143; Metsämuuronen 2003, 514).

Voimavaroja kartoittavaan avoimeen kysymykseen saadut vastaukset analysoitiin ensin sisälönerittelyn menetelmällä (Eskola & Suonranta 2014, 186), jonka jälkeen voimavaroja kuvailevat analyysiyksiköt kvantifioitiin tilastollista analyysia varten.

Tilastollisen analyysin ensimmäisessä vaiheessa selvitettiin muuttujien (migreenin esiintymistiheys, mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys, ikä, voimavarat) frekvenssejä, moodeja ja keskiarvoja. Migreenin esiintymistiheyden yhteyttä WHO-5 summamuuttujien arvoihin selvitettiin ristiintaulukoinnin avulla. Ristiintaulukointia varten vastajat jaettiin migreenin esiintymistiheyden perusteella kahteen luokkaan, jaksottaisesta (alle 15 migreenikohtausta kuukaudessa) ja kroonisesta migreenistä kärsiviin (vähintään 15 migreenikohtausta kuukaudessa). χ^2 -testillä selvitettiin, ovatko havaitut erot muuttujien välillä merkitseviä (Heikkilä 2005, 212).

Koska aineistoa päädyttiin käsittelemään normaalisti jakautuneena, analysointi suoritettiin parametrisille menetelmillä. WHO-5 summamuuttujien keskiarvojen eroja kahden eri ryhmän välillä selvitettiin kahden riippumattoman otoksen t-testillä ja useampien ryhmien välisiä ero-

ja yksisuuntaisella varianssianalyysillä (oneway-ANOVA). (Metsämuuronen 2005, 320). Yksisuuntainen varianssianalyysi kertoo, ovatko ryhmien väliset erot tilastollisesti merkitseviä, mutta se ei kerro minkä ryhmien välillä erot ovat esiintyvät (Saastamoinen & Olkkonen 2012, 61). Tämän selvittämiseksi varianssianalyysiin yhdistettiin Bonferronin Post Hoc -testi (Metsämuuronen 2005, 650).

Vertailuaineistona käytettiin European Quality of Life (EQLS) -tutkimuksen Suomen otosta (n=1021), jonka raaka-aineistoa ”European Quality of Life Survey Integrated Data File, 2003-2012” ladattiin UK Data Archiven verkkosivuilta (UK Data Archive 2015).

Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin p-arvoa 0,05, ja erittäin merkitsevä arvoa $p < 0,001$ (Heikkilä 2005, 195).

4.3.2 Kvalitatiivinen analyysi

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa pyritään lähestymään tutkimusaihetta kokonaisvaltaisesti, ja löytämään tai paljastamaan tutkittavasta aiheesta odottamattomia seikkoja (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 152, 155). Kvalitatiivisissa menetelmissä korostuu ihmisten kokemusten, käsitysten, tulkintojen ja näkemysten kuvaaminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-66). Opinnäytetyössä kvalitatiivisia menetelmiä käytettiin, koska niiden avulla oli mahdollista saada autenttista kokemuksellista tietoa tutkimuksen aihepiiristä, migreenin vaikutuksista sitä sairastavien elämään.

Vastaajien omia kokemuksia psyykkisestä hyvinvoinnistaan ja jaksamisesta analysointiin teemoittelun avulla. Teemoittelussa on kyse ”aineiston pilkkomisesta ja ryhmittelystä erilaisten aihepiirien mukaan” (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Teemoittelussa pääpaino on lukumäärien sijaan sillä, mitä kustakin teemasta on sanottu. Ryhmittelyn jälkeen aineistosta etsitään aiheita eli teemoja, jotka ovat yhteisiä usealle vastaajalle. Ajatuksena on etsiä näitä teemoja kuvaavia ilmaisuja ja näkemyksiä. Teemoittelulla tekstistä pyritään löytämään ja erottelemaan tutkimuksen ja tutkimuskysymysten kannalta olennaiset aiheet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93; Eskola & Suonranta 2000, 174; Hirsjärvi & Hurme 2001, 173).

Aineisto järjestellään teemoittain, ja tutkimusraportissa teemojen esittelyn yhteyteen liitetään sitaatteja eli lainauksia aineistosta. Sitaattien käytön tarkoitus on havainnollistaa aineistoa lukijalle ja elävöittää tekstiä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Tässä tutkimuksessa etsittiin teemoja liittyen siihen, mitä vastaajat kertovat psyykkisestä hyvinvoinnistaan ja mielenterveydestään sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Avoimien kysy-

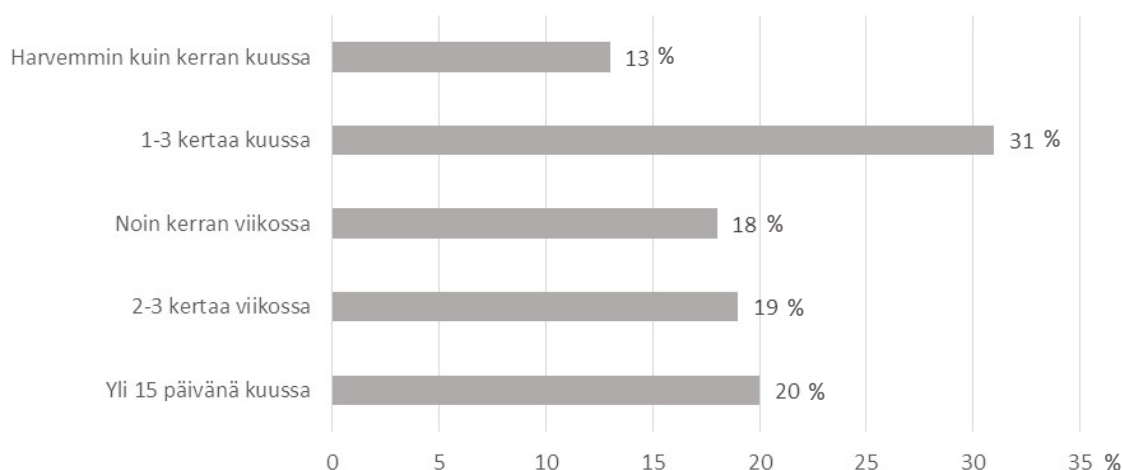
mysten vastaukset luettiin useaan kertaan, ryhmiteltiin ja jaettiin aihepiirien mukaan usealle vastaajalle yhteisiin, aineistosta toistuvasti esille nouseviin teemoihin.

5 Tulokset

5.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastasi yhteensä 613 henkilöä, joista 603 täytti kyselyn ehdot (lääkärin diagnosoima migreeni, ikä 15-74 vuotta). Vastaajista naisia oli 95 % ja miehiä 5 %. Suurin osa vastanneista oli 25-44 -vuotiaita (51 %, n=307) tai 45-65 -vuotiaita (41 %, n=248). 15-24 -vuotiaita vastaajia oli 5 % (n= 31) ja 65-74 -vuotiaita 3 % (n=17).

Migreenikohtauksia oli vastaajilla yleisimmin 1-3 kertaa kuukaudessa (31 %). Yhteensä 57 %:lla vastaajista migreeniä oli tätä enemmän, ja 20 % vastaajista täytti kroonisen migreenin kriteerit.



KUVIO 1 Migreenin esiintymistiheys kyselyyn vastanneilla (n=603)

5.2 Hyvinvointi WHO-5 -asteikolla mitattuna

Kyselyyn vastanneiden WHO-5 summamuuttujien keskiarvo oli 13,2 (mediaani 14, moodi 15). Miesten keskiarvo oli pienempi (12,1) kuin naisilla (13,3). Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ($t=-1,183$, $df=601$, $p=0,237$).

WHO-5 summamuuttujien keskiarvo oli korkein (14,8) vastaajilla, joilla migreenikohtauksia oli harvemmin kuin kerran kuussa. Pistemäärä laski tasaisesti mitä useammin migreenikohtauksia esiintyi, ollen alhaisin kroonisesta migreenistä kärsivillä (10,9).

TAULUKKO 2 Migreenikohtausten esiintymistiheys, WHO-5 summamuuttujien keskiarvo ja mielenterveyden häiriöiden kokonaisesiintyvyys vastaajilla.

	%	WHO-5	Mielen.terv. häiriö, %
Kaikki vastaajat N=603	100	13,2	46,3
Harvemmin kuin kerran kuussa	12,8	14,8	42,9
1-3 kertaa kuussa	30,6	14,1	41,3
Noin kerran viikossa	18,2	13,9	38,2
2-3 kertaa viikossa	18,9	12,6	45,6
Yli 15 päivänä kuukaudessa	19,5	10,9	64,4

Yksisuuntaisen varianssianalyysin (ANOVA) avulla selvitettiin, olivatko erot WHO-5 summamuuttujien keskiarvojen erot ryhmien välillä tilastollisesti merkitseviä. Erot ryhmien välillä olivat erittäin merkitseviä ($p < 0,001$).

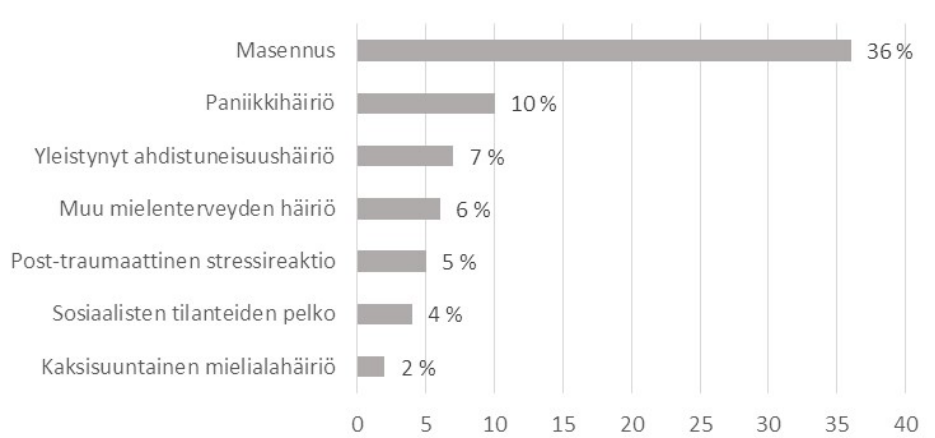
Bonferronin Post-hoc testi osoitti, että ryhmien välinen ero liittyi erityisesti ryhmien ”migreenikohtauksia harvemmin kuin kerran viikossa” verrattuna ryhmiin ”kohtauksia 2-3 kertaa viikossa” ($p = 0,031$) ja ”kohtauksia yli päivänä 15 kuukaudessa” ($p < 0,001$). Ryhmä ”kohtauksia yli 15 päivänä kuukaudessa erosi erittäin merkitsevästi kaikista muista ($p < 0,001$), paitsi ryhmästä ”kohtauksia 2-3 kertaa viikossa” ($p = 0,071$).

Ikäluokittain tarkasteltuna WHO-5 summamuuttujien keskiarvo oli alhaisin nuorilla, 15-24 -vuotiailla (10,2), toiseksi alhaisin 25-44-vuotiailla (12,8) ja suhteellisen korkea 45-64 -vuotiailla (14,0) sekä 65-74 -vuotiailla (13,8). Erot ryhmien välillä olivat merkitseviä ($p = 0,001$).

Vastaajien WHO-5 summamuuttujien keskiarvoa verrattiin European Quality of Life (EQLS) - tutkimuksessa saatuihin arvoihin kahden riippumattoman otoksen t-testin avulla. EQLS -aineiston (raakadata) mukaan suomalaisten WHO-5-summamuuttujien keskiarvo oli 16,6 ($n = 1014$, raaka-aineistosta poistettu seitsemän vastaajaa, jotka eivät vastanneet kaikkiin WHO-5 väittämiin). Ero EQLS -tutkimuksen ja opinnäytetyön vastaajien välillä oli erittäin merkitsevä ($t = 14,0$, $df = 1051$ ja $p < 0,001$).

5.3 Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys

Vastaajista 46 %:lla oli elämänsä aikana diagnosoitu joku mielenterveyden häiriö. Yleisin diagnosoitu mielenterveyden häiriö vastaajilla oli masennus, jota sairasti tai oli sairastanut 36 % vastaajista (kuvio 2).



KUVIO 2 Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys kyselyyn vastaajilla (n=603).

Huom. Luvut voivat olla osittain päällekkäisiä, koska osalla vastaajista oli diagnosoitu useampi kuin yksi mielenterveyden häiriö.

Ristiintaulukoinneilla pyrittiin selvittämään migreenitiheyden ja mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyden yhteyttä. Ristiintaulukointia varten vastaajia yhdisteltiin migreenikohtausten tiheyden perusteella kroonista migreeniä (migreenikohtauksia yli 15 kuukaudessa) ja jaksottaista migreeniä (kohtauksia alle 15 kuukaudessa) sairastaviin. Erojen merkitsevyyttä selvitettiin χ^2 -testillä.

Ristiintaulukoinnissa havaittiin, että kroonista migreeniä sairastavilla mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys oli 64 %, ja jaksottaista migreeniä sairastavilla 42 %. Ero ryhmien välillä oli erittäin merkitsevä ($\chi^2=19,414565$, $p<0,001$).

Vastaajilla, joilla oli elämänsä aika diagnosoitu mielenterveyden häiriö, WHO-5 summamuuttujien keskiarvo oli 11,5. Vastaajilla, joilla mielenterveyden häiriötä ei ollut tai sitä ei ainakaan ollut diagnosoitu, WHO-5 summamuuttujien keskiarvo oli 14,8. Keskiarvoja verrattiin toisiinsa t-testillä. Ero ryhmien välillä oli erittäin merkitsevä ($t=-8.502$, $df= 564,926$, $p<0,001$).

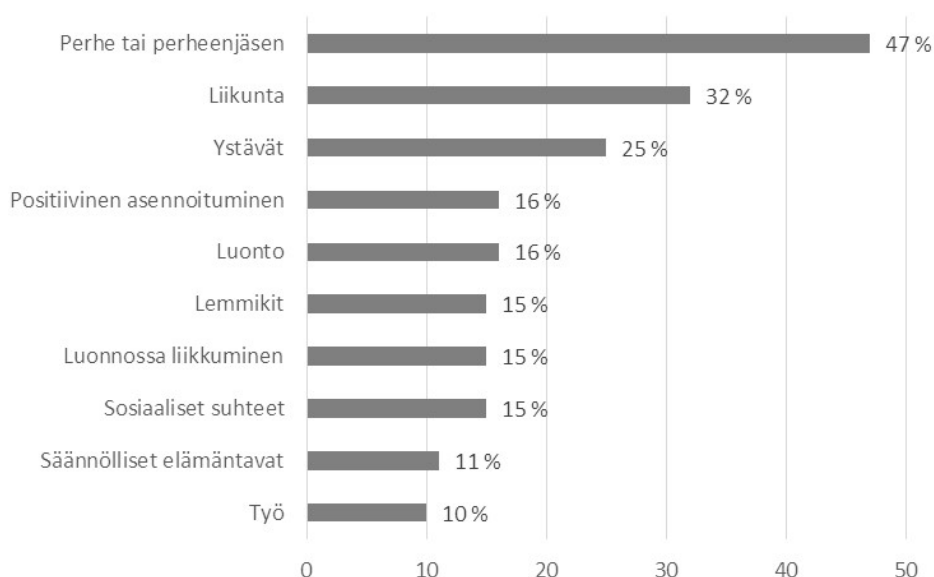
5.4 Voimavarat

Vastaajien voimavaroja selvitettiin analysoimalla vastaukset voimavaroja kartoittaneeseen avoimeen kysymykseen sisällönerittelyllä ja laskemalla teksteissä esiintyville voimavaroja kuvaaville sanoille frekvenssit ja prosenttiosuudet.

Aineiston laajuuden takia (vastaajia 603, joista 518 vastasi voimavaroja kartoittavaan kysymykseen) voimavaroja ryhmiteltiin analysoinnin edetessä. Eri fyysisiä liikuntamuotoja kuvaavat ilmaisut ryhmiteltiin ”liikunta”-otsikon, eri käsityön muotoja kuvaavat ilmaisut ”käsi-työt”- ja eri lemmikkieläimet ”lemmikit”-otsikon alle. Voimavaroja kuvaavia, ryhmiteltyjä analyysiyksiköitä kertyi yhteensä 45 kappaletta.

Analyysiyksikköjen frekvenssejä sekä prosenttiosuuksia tarkasteltiin SPSS-ohjelmalla. Kvantifioitujen havaintoyksikköjen ja WHO-5 summamuuttujien arvojen välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoimalla, ja keskiarvojen (voimavaran maininneet vs. ei maininneet) eroja tarkasteltiin t-testin avulla.

Vastaajien eniten mainitsema voimavara oli perhe tai perheenjäsenet (yhteensä 47 %, n=213). Perheen jälkeen seuraavina tulivat liikunta (32 %, n=195), ystävät (25 %, n=153), luonto (16 %, n=99), positiivinen asennoituminen (16 %, n=96), lemmikit (15 %, n=93), sosiaaliset suhteet (15 %) ja luonnossa liikkuminen (15 %, n=92). Säännölliset elämäntavat voimavarakseen mainitsi 11 % (n=69), työn 10 % (n=60) ja hengellisyyden 9 % (n=54) vastaajista.



KUVIO 3 Vastaajien yleisimmin mainitsemat voimavarat

Usean vastaajan mainitsemia voimavaroja olivat myös mm. tarkemmin määrittelemättömät harrastukset (10 %), pihan ja puutarhan hoito (5 %), kulttuuri ja taide (5 %), käsityöt (3 %), huumorintaju (2 %), sisu (2 %) ja itsensä kehittäminen ja itsetuntemus (2 %).

T-testillä verrattiin toisiinsa yleisimmät voimavarat maininneiden vastaajien WHO-5 summamuuttujien keskiarvoja niiden vastaajien arvoihin, jotka eivät olleet maininneet kyseistä voimavaraa. Tilastollisesti erittäin merkitseviä eroja WHO-5 summamuuttujien arvoissa havaittiin säännölliset elämäntavat ($t=-4,036$, $df=601$, $p<0,001$) ja liikunnan ($t=-5,118$, $df=420,201$, $p<0,001$) sekä merkitsevä ero positiivisen asenteen ($t=-3,193$, $df=601$, $p=0,001$) ja sosiaaliset suhteet ($t=-2,817$, $df=601$, $p=0,005$) voimavarakseen maininneilla niihin verrattuna, jotka eivät maininneet kyseistä voimavaraa. Perheen, ystävien, luonnon tai luonnossa liikkumisen ja WHO-5 summamuuttujien keskiarvojen välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Lemmikit voimavarakseen maininneilla WHO-5 -arvo oli erittäin merkitsevästi alhaisempi kuin muilla vastaajilla ($t=4,137$, $df=601$, $p<0,001$).

TAULUKKO 3 Voimavarojen ja WHO-5 -arvojen yhteys

Voimavara	Voimavaran maininneet WHO-5 (n)	Muut WHO-5 (n)	T-testin p-arvo
Säännölliset elämäntavat	15,5 (69)	12,9 (534)	<0,001
Liikunta	14,7 (195)	12,6 (408)	<0,001
Positiivinen asennoituminen	14,7 (96)	13,0 (507)	0,001
Työ	14,7 (60)	13,2 (543)	0,021
Sosiaaliset suhteet	14,6 (93)	13,0 (510)	0,005
Luonto	14,1 (99)	13,1 (504)	0,058
Ulkoilu ja luonnossa liikkuminen	13,6 (92)	13,2 (511)	0,412
Perhe	13,2 (285)	13,2 (318)	0,993
Ystävät	13,1 (153)	13,3 (450)	0,600
Hengellisyys	12,6 (54)	13,3 (549)	0,307
Lemmikit	11,3 (93)	13,6 (510)	<0,001

5.5 Kokemukset psyykkisestä hyvinvoinnista

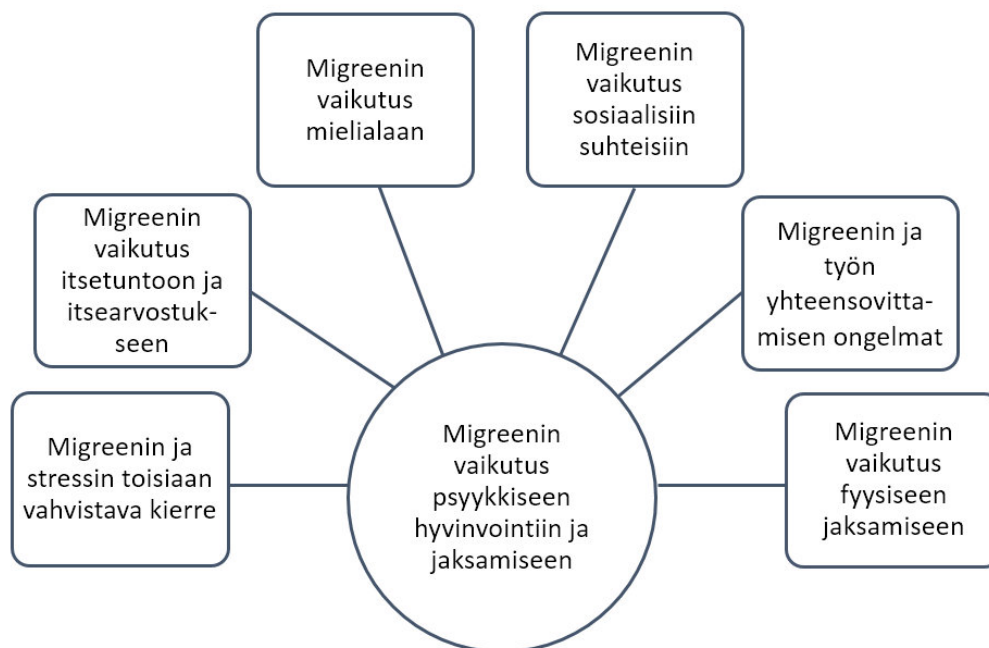
Vastaajien kokemuksia psyykkisestä hyvinvoinnistaan kartoitettiin avoimella kysymyksellä. Tutkimuskysymyksenä oli ”Millaiseksi vastaajat kokevat psyykkisen hyvinvointinsa ja voimavarojensa?”. Vastauksia lukiessa kävi ilmi, että valtaosa vastaajista kuvaili psyykkisen tilansa sijaan migreenin vaikutuksia psyykkiseen hyvinvointiinsa ja jaksamiseen. Koska tämä näkökulma nousi vastauksissa esille erittäin vahvasti, analysointivaiheessa päädyttiin psyykkisen hyvinvoinnin kokemuksen sijaan selvittämään teemoittelun avulla migreenin vaikutusta psyykkiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen sekä kartoittamaan vastaajien kuvaamia psyykkistä hyvinvointia ja jaksamista tukevia keinoja.

Migreenin vaikutusta psyykkiseen hyvinvointiin kartoitettiin lisäksi kahdella kvantitatiivisella kysymyksellä. Kvantitatiivisilla kysymyksillä haluttiin selvittää, vaikuttavatko muutokset psyykkisessä hyvinvoinnissa migreenin esiintymistiheyteen, ja toisaalta onko migreenillä vastaajien itsensä mukaan vaikutusta heidän psyykkiseen hyvinvointiinsa.

5.5.1 Migreenin vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen

Lähes kaikki vastaajat kokivat että migreenillä on joko erittäin paljon (45 %) tai paljon (45 %) vaikutusta psyykkiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen. 10 % vastaajista koki, että migreenillä ei ole vaikutusta hyvinvointiin tai jaksamiseen. Vastaavasti 44,8 % koki, että muutokset psyykkisessä hyvinvoinnissa tai jaksamisessa vaikuttavat erittäin paljon migreenin esiintymistiheyteen. 46,6 % koki, että muutokset vaikuttavat jonkin verran, ja 8,6 % koki, että niillä ei ole vaikutusta migreenin esiintymistiheyteen.

Analysoitaessa teemoittelun avulla vastaajien oma kokemuksia migreenin vaikutuksesta psyykkiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen, toistuvasti esille nousevia teemoja olivat migreenin vaikutus mielialaan, migreenin vaikutus sosiaaliseen elämään, migreenin ja työn yhteensovittamisen vaikeudet, migreeniin ja stressin toisiaan ruokkiva kierre, migreenin vaikutus itsetuntoon ja itsearvostukseen sekä migreenin vaikutus fyysiseen jaksamiseen (Kuvio 4.)



KUVIO 4 Migreenin vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen

Migreenin vaikutus mielialaan oli aineistosta hyvin voimakkaasti nouseva teema. Vastajien kokemusten mukaan migreeni ja migreenikohtaukset aiheuttavat ahdistusta, masentuneisuutta, toivottomuutta, surua, ärtymystä ja pelkoa, mutta myös onnen ja kiitollisuuden tunteita kohtauksesta selviämisen jälkeen.

Yksi vastaajista kuvasi migreenin vaikutusta tunne-elämään seuraavasti:

”Silloin kun migreeniä on paljon ja kohtaukset voimakkaita, se vaikuttaa myös voimakkaasti psyykkiseen hyvinvointiin: harmittaa, masentaa, lamaannuttaa. Voi olla myös toivoton olo jos aamu toisensa perään herää päänsärkyyn ja sitten on tokkurassa lääkkeitä. Sitten taas kun tulee hyvä aamu, on tosi onnellinen.” (Vastaja 600, migreenikohtauksia 2-3 kertaa viikossa)

Erityisesti kroonisen migreenin vaikutus mielialaan oli vastaajien kokemuksen mukaan musertava. Jatkuva särky vie elämänilon, kyvyn suoriutua ja nauttia tavallisesta elämästä, ja aiheuttaa surua sekä syyllisyyttä asioista, jotka joutuu jättämään migreenin vuoksi tekemättä.

Surun lisäksi myös pelko migreenin mahdollisesti aiheuttamista komplikaatioista tulivat esille vastauksista: *”suru siitä että ei aina jaksa, jää paitsi asioista, ja tosiaan pelko migreenikohtausten taustoista, syistä, seurauksista toki on aina läsnä kohtauksissa.”* (Vastaja 475, migreenikohtauksia 1-3 kertaa kuussa)

Migreenin vaikutus sosiaaliseen elämään ja sitä kautta psyykkiseen hyvinvointiin oli yhteistä useille vastaajille. Migreenin koettiin eristävän muista ihmisistä ja estävän normaalia kanssakäymistä joko migreenikohtausten pelon, säryn tai lääkityksen aiheuttaman väsymyksen ja uupumuksen vuoksi. Erityisesti nuoremmat vastaajat kokivat migreenin rajoittavan sosiaalista elämää:

”Olen nuori, eivätkä monet ystäväni ymmärrä miksen enää lähde bileisiin tai juo alkoholia, vaikka olen kertonut yrittäväni sillä välttää kohtauksia. Heidän mielestään minun pitäisi vain ottaa rennommin. Tämä on aiheuttanut sosiaalista eristäytymistä ja ystävyysuhteiden hiipumista.” (Vastaaaja 609, migreenikohtauksia noin kerran viikossa)

Migreenin takia vastaajat olivat joutuneet perumaan tapaamisia ystäviensä tai sukulaistensa kanssa, ja tapaamisten suunnittelu oli vaikeaa migreenin vuoksi:

”Migreenikohtausten ollessa pahimmillaan ja tiheimmillään koin olevani yksinäinen, koska voimat eivät riittäneet pitämään sosiaalisia kontakteja yllä tai jouduin perumaan tapaamisia esim. ystävien kanssa usein.” (Vastaaaja 252, migreenikohtauksia noin kerran viikossa)

Migreenin ja työelämän yhteensovittaminen koettiin hankalaksi, mikäli kohtauksia esiintyi usein. Migreenin koettiin häiritsevän työssä jaksamista, lisäävän stressiä, estävän uralla etenemistä tai äärimmäisissä tapauksissa aiheuttavan työelämästä syrjäytymisen. Erityisesti vuorotyö, työyhteisön ristiriidat sekä migreenikohtauksen takia tai sen jälkeen puolikuntoisena töissä oleminen koettiin raskaana.

Migreenin ja stressin toisiaan vahvistava kierre tuli esille useista vastauksista. Vastaajat kokivat, että migreenin aiheuttaman toimintakyvyttömyyden takia moni asia jää tekemättä ja kasaantuu, mikä aiheuttaa stressiä erityisesti töissä. Stressi puolestaan lisää migreenikohtausten määrää. Eräs vastaajista kuvasi tilannetta seuraavasti:

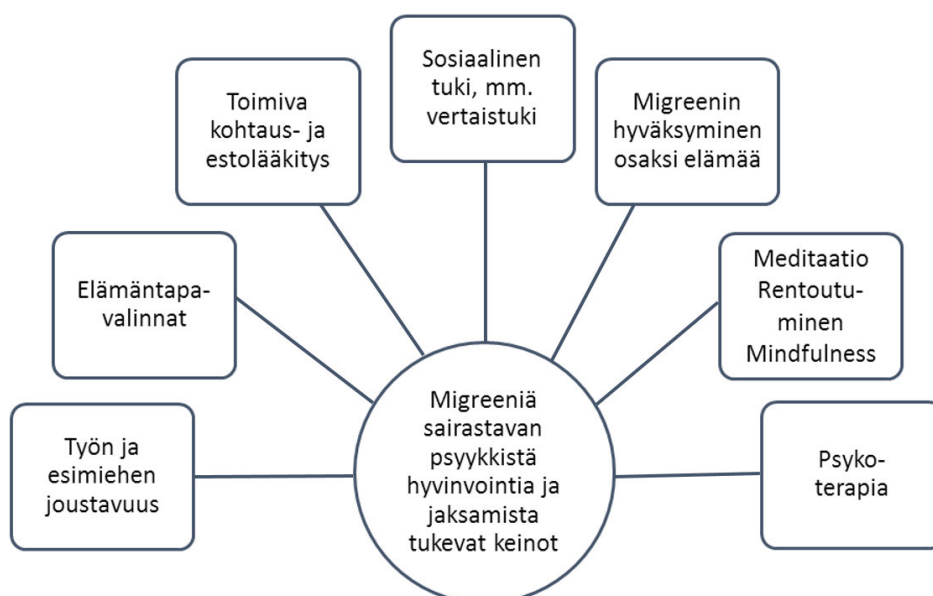
”Migreeni ja psyykkinen hyvinvointini ovat aika tiheästi kietoutuneet toisiinsa, koska stressi laukaisee migreenin ja migreenin takia rästiin jääneet hommat stressaavat. Noidankehä on sitten valmis.” (Vastaaaja 595, migreenikohtauksia 1-3 kertaa kuussa)

Migreenin koettiin myös vaikuttavan negatiivisesti itsetuntoon ja itsearvostukseen aiheuttamalla puutteita toiminta- ja työkyvyssä: *”Myös itsetuntoni huononi, koska yritin väsyneenä ja*

kipeänä suoriutua arjesta samoin kuin ennenkin, mutten siihen migreenien takia kuitenkaan pystynyt” (Vastaaaja 252, migreenikohtauksia noin kerran viikossa). Moni vastaaaja koki lisäksi syyllisyyttä tekemättömistä töistä, ja siitä, miten (yleensä perheenäidin) jatkuva kipeänä olo vaikuttaa perheeseen: *”Pienen lapsen äitinä kokee usein syyllisyyttä kun äiti ei jaksa migreeniä takia.”* (Vastaaaja 357, migreeniä 2-3 kertaa viikossa)

5.5.2 Psykkistä hyvinvointia tukevat keinot

Psykkistä hyvinvointia ja jaksamista tukevista keinoista nousivat aineistosta esille seuraavat seitsemän teemaa: Estolääkityksen merkitys, elämäntapamuutokset, sosiaalinen tuki (mukaan lukien vertaistuki), migreenin hyväksyminen osaksi elämää, rentoutus-, meditaatio- tai mindfulness -harjoitukset, työn ja esimiehen joustavuus sekä psykoterapia (Kuvio 5.)



KUVIO 5 Psykkistä hyvinvointia ja jaksamista tukevat keinot

Monet vastaaajat korostivat lääkityksen merkitystä psyykkistä hyvinvointia tukevana keinona. Erityisesti sopivan estolääkityksen löytyminen oli parantanut elämänlaatua huomattavasti:

”Olen käyttänyt estolääkettä nyt reilun vuoden, kohtaukset ovat vähentyneet 1-3 per kk, kun aiemmin kohtauksia oli jopa viikottain. Elämänlaatu on parantunut erittäin paljon, mieli on pirteämpi, jaksan niin paljon paremmin!” (Vastaaaja 120, migreeniä 1-3 kertaa kuukaudessa)

Myös nopeasti vaikuttava kohtauslääkitys lisäsi vastaajien elämänlaatua ja arjessa jaksamista. Merkittäväksi hyvinvointia lisääväksi tekijäksi kuvattiin myös kärsivällinen ja asiaan paneutuva lääkäri, joka yhdessä potilaan kanssa jaksaa kokeilla erilaisia esto- ja kohtauslääkevaihtoehtoja.

Elämäntapavalinnat ja -muutokset ravitsemukseen, elämän rauhoittamiseen ja säännöllisyyteen sekä stressin vähentämiseen liittyen tulivat vahvasti esille psyykkistä hyvinvointia tukevana teemana. Eräs vastaajista kuvasi omaa kokemustaan seuraavasti:

”Tällä hetkellä olen suhteessa migreeniin tasapainossa. Olen ollut valtavassa kierteessä ja tein täydellisen elämäntapamuutoksen. Tällöin migreenit väheni ja psyykinen hyvinvointi pääsi vahvistumaan.” (Vastaaja 157, migreeniä 1-3 kertaa kuukaudessa)

Ruokavalioista erityisesti sokerin vähentäminen sekä alkoholittomuus elämäntapavalintana tulivat esille useasta vastauksesta. Elämäntahdin hiljentäminen migreenikausien aikaan koettiin tärkeäksi, ja yksi vastaajista kertoi kokevansa migreenin ennen kaikkea kehon signaaliksi hiljentää ja rauhoittaa tahtia.

Työssä jaksamista ja psyykkistä hyvinvointia tukivat joustavat työajat, etätyön mahdollisuus ja ymmärtäväinen esimies sekä työkaverit. Vastaavasti hyvinvointia heikensivät vuorotyö, työssä koettu stressi ja migreenin vähättely työpaikalla. Joustavan työajan ja etätyön merkitystä yksi vastaajista kuvasi näin:

”Jos en olisi työssä joka joustaa, en olisi kykenevä tähän mielenterveyden tasoon. Onnekseni työaikojen vapaus ja etätyö mahdollistaa sen että pystyn suorittamaan työssäni hyvin.” (Vastaaja 68, migreeniä 1-3 kertaa kuukaudessa)

Hyvinvointia tuki vastaajilla myös rentoutumisen opettelu, meditaatio ja mindfulness -harjoitukset. Osa vastaajista oli opetellut rentoutumista itse, osa oli käynyt erilaisilla kursseilla: *”Tänä keväänä pääsin myös työterveyspsykologin pitämälle hyvinvointi- ja rentoutuskurssille, jossa opeteltiin mm. erilaisia rentoutuskeinoja ja mindfulnessia. Kurssi oli loistava!”* (Vastaaja 75, migreeniä yli 15 päivänä kuukaudessa)

Sosiaalinen tuki ja erityisesti vertaistuki perheen, ystävien tai Migreeniyhdistyksen taholta koettiin hyvinvointia vahvistavana. Sosiaalista tukea vastaajat kuvasivat saavansa ymmärtäväiseltä puolisoilta tai työkavereilta. Vertaistuen eri muotoja olivat verkossa saatu vertaistuki esimerkiksi Migreeniyhdistyksen Facebook-keskusteluryhmän kautta sekä kokemusten jakaminen migreeniä sairastavan perheenjäsenen tai ystävien kanssa.

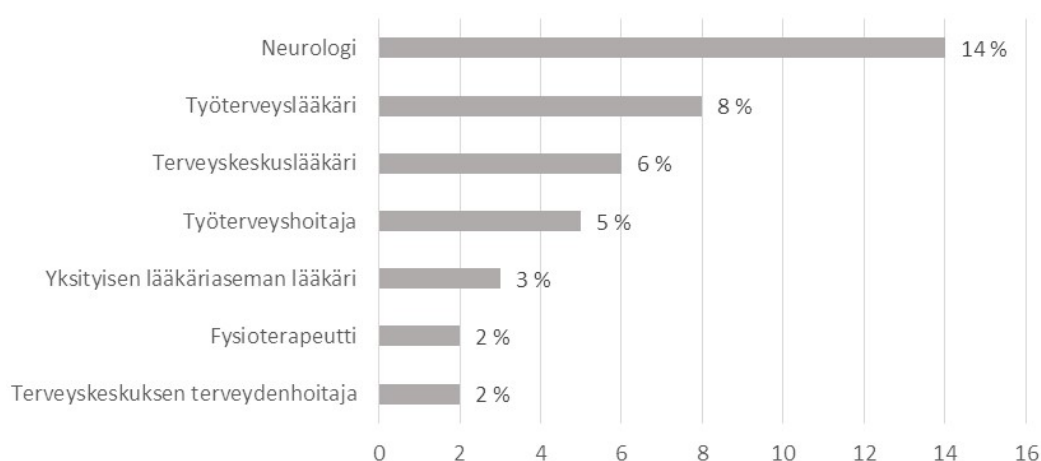
Moni vastaajista koki psyykkistä hyvinvointiaan parantavana tekijänä migreenin sekä sen aiheuttamisen rajoitusten hyväksymisen osaksi elämää. Vastauksista tuli esille sekä sairauden hyväksyminen että kyky iloita ja nauttia terveistä päivistä. Myös elämän sopeuttaminen vallitseviin olosuhteisiin koettiin hyvinvointia lisäävänä. Yksi vastaajista kuvasi asennettaan seuraavasti: ”Sairauden hyväksyminen on oleellista ja omien voimavarojen sovittaminen siihen niin, että voi elää mielekästä elämää.” (Vastaaaja 75, migreeniä yli 15 päivänä kuukaudessa)

Psykoterapia ja psykoterapiassa opitut taidot koettiin psyykkistä hyvinvointia vahvistavaksi tekijäksi:

”(Koen psyykkisen hyvinvointini) Nykyään paremmaksi, kolmivuotisen psykoterapian jälkeen minulla on paremmin välineitä käsitellä krooniseen kipuun liittyvää ahdistusta ja turhautumista.” (Vastaaaja 82, migreenikohtauksia yli 15 päivänä kuukaudessa)

5.6 Psyykkisen hyvinvoinnin puheeksi ottaminen vastaanotolla

Terveystieteiden ammattihenkilö oli ottanut psyykkisen hyvinvoinnin tai mahdolliset mielenterveyden ongelmat puheeksi migreenin takia sovitulla vastaanotolla 23 %:lla vastaajista. Suurimmalla osalla, 77 %:lla vastaajista psyykkistä hyvinvointia tai mielenterveyden ongelmia ei ollut otettu puheeksi migreeniaiheisella vastaanotolla. Yleisimmin psyykkisen hyvinvoinnin otti puheeksi neurologi (14 %:lla vastaajista). Terveyskeskuksen terveyden- tai sairaanhoitaja oli ottanut psyykkisen hyvinvoinnin puheeksi ainoastaan 2 %:lla vastaajista.



KUVIO 6 Terveystieteiden ammattihenkilö, joka on ottanut psyykkisen hyvinvoinnin puheeksi vastaanotolla

6 Tulosten tarkastelu

6.1 Hyvinvointi WHO-5 -asteikolla mitattuna

Kyselyyn vastanneilla keskimääräinen WHO-5 -arvo Maailman terveysjärjestön viiden kysymyksen hyvinvointiasteikolla mitattuna oli 13,2. Tämä on erittäin merkitsevästi alhaisempi kuin suomalaisten WHO-5 -arvo European Quality of Life (EQLS) -tutkimuksen mukaan. Suomalaisien keskimääräinen WHO-5 -arvo vuonna 2012 oli 16,41 ja väestötieteellisesti painottamaton arvo 16,61. (Eurofound 2013, 110; UK Data Archive.)

Kyselyyn vastanneiden keskimääräinen WHO-5 -arvo 13,2 on hyvin lähellä ranskalaisen tutkimuksen tulosta, jonka mukaan kroonisista sydän- ja verisuonitaudeista tai endokriinisistä häiriöistä kärsivien henkilöiden keskimääräinen WHO-5 -arvo oli 13,5 (Hochberg ym. 2012, 517). Opinnäytetyön kyselyyn vastanneet migreenikot asettuvat psyykkistä hyvinvointia mittaavalla asteikolla siten samoihin lukemiin kuin muita yleisiä kroonisia sairauksia sairastavat henkilöt.

Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että krooninen migreeni (särkypäiviä yli 15 kuukaudessa) laskee elämänlaatua huomattavasti enemmän kuin jaksottainen migreeni (mm. Buse, Manack, Serrano, Turkel & Lipton 2009, 428; Amico ym. 2011, 572). Psyykinen hyvinvointi on yksi osa elämänlaatua, ja nämä kansainväliset tutkimukset tukevat opinnäytetyössä saatua tulosta, jonka mukaan kroonista migreeniä sairastavien psyykinen hyvinvointi WHO-5 -mittarilla mitattuna oli erittäin merkitsevästi alhaisempi (10,9) kuin jaksottaista migreeniä sairastavilla (13,8). EQLS-tutkimuksessa kroonisten migreenikkojen kanssa lähes samanlaisen lukeman (11) saivat henkilöt, jotka eivät sairauden tai vamman vuoksi pystyneet käymään töissä (Eurofound 2012, 116).

6.2 Mielen terveyden häiriöiden esiintyvyys

Vastaaajista 46 %:lla oli diagnosoitu elämänsä aikana mielen terveyden häiriö, joista yleisin oli masennus (36 %:lla vastaaajista). Suomessa on arvioitu, että masennukseen sairastuu jossain elämänsä vaiheessa 10-15 % väestöstä (Huttunen 2015a). Tähän lukuun suhteutettuna opinnäytetyön kyselyyn vastanneilla masennusta esiintyi huomattavasti enemmän. Kyselyn tulos tukee aiempia tutkimustuloksia, joiden mukaan masennus on migreeniä sairastavilla 2.2-4,0 kertaa yleisempää kuin muulla väestöllä (Baskin & Smitherman 2009, 561).

TAULUKKO 4 Viiden yleisen mielenterveyden häiriön elinikäinen esiintyvyys migreeniä sairastavilla ja koko väestöllä opinnäytetyössä ja vertailuaineistossa.

	Opinnäytetyö (Suomi)		Jette ym. 2008 (Kanada)	
	Migreenikot	Koko väestö	Migreenikot	Koko väestö
Masennus	36 %	10-15 % ¹	18,8 %	10,8 %
Paniikkihäiriö	10 %	2-5 % ²	9,6 %	4,6 %
Sosiaalisten tilanteiden pelko (Sosiaalinen fobia)	4 %	3-8 % ³	14,3 %	8,1 %
Yleistynyt ahdistuneisuus-häiriö	7 %	5 % ⁴	-	-
Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD)	5 %	5 % ⁵	-	-

Opinnäytetyössä masentuneiden osuus oli suurempi kuin vertailututkimuksessa, mikä voi osittain johtua siitä, että kyselyyn oli valikoitunut runsaasti henkilöitä, jotka kärsivät joko kroonisesta tai usein toistuvasta migreenistä. Tuloksia ei voi siten yleistää kaikkia migreeniä sairastavia koskeviksi. Kroonista migreeniä sairastavilla masennus on yleisempää kuin jaksottaista migreeniä sairastavilla (Buse ym. 2009, 430). Busen ym. (2009, 430) tutkimuksen mukaan masentuneiden osuus kroonisista migreeniä sairastavien joukossa oli 30,2 % ja jaksottaista migreeniä sairastavilla 17,2 %, tässä kyselyssä vastaavat luvut olivat 50 % ja 32 %.

Sosiaalisten tilanteiden pelko oli Jetten ym. (2008, 505) tutkimukseen osallistuneilla huomattavasti yleisempää kuin opinnäytetyön vastaajilla. Tämän aineiston perusteella sosiaalisten tilanteiden pelko tai traumaperäinen stressihäiriö olivat migreeniä sairastavilla yhtä yleisiä tai harvinaisia kuin väestöllä keskimäärin.

6.3 Voimavarat

Vastaajista 86 % mainitsi jonkin hyvinvointiinsa vaikuttavan voimavaran. Voimavarat, joilla oli selkein positiivinen yhteys WHO-5 -asteikolla mitattuun psyykkiseen hyvinvointiin, olivat liikunta, säännölliset elämäntavat ja positiivinen asennoituminen.

¹ Huttunen 2015a.

² Isometsä 2015, 289.

³ Isometsä 2015, 304.

⁴ Huttunen 2015b.

⁵ Huttunen 2015c.

Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että säännöllinen liikunta voi vähentää migreenikohtausten lukumäärää ja lisätä migreeniä sairastavan elämänlaatua (Varkey, Cider, Carlsson & Linde 2008, 563; Oliveira, Ribeiro, Mello, Tufik & Peres 2014). Osa migreeniä sairastavista kuitenkin välttää liikuntaa, koska se voi laukaista migreenikohtauksen. Tutkimusten mukaan riittävä lämmittely ennen varsinaista harjoitusta ja maksimaalisen rasituksen välttäminen voivat auttaa välttämään kohtauksen (Varkey ym. 2008, 568). Varkeyn ym. (2008, 564) tutkimuksessa aerobinen liikunta 50-85 %:n maksimisykkeellä kolme kertaa viikossa 40 minuutin ajan havaittiin sopivaksi migreeniä sairastaville, sillä 12 viikon tutkimusjakson aikana 26:sta tutkitavasta migreenikosta ainoastaan yksi sai harjoituksen jälkeen migreenikohtauksen. Migreeniä sairastavan liikuntaharrastus tulisi aloittaa lempeästi ja vähitellen, lisäten rasitusta asteittain kunnon kohotessa (Migraine Trust 2016; Rathier 2014).

Liikunnan ja muiden lääkkeettömien hoitomuotojen merkitystä painotetaan myös kivun hoidon Käypä hoito -suosituksessa (2015). Kivun hoidon lisäksi liikunta parantaa mielialaa ja auttaa ehkäisemään masennusta, joka on migreeniä sairastavilla yleistä. Liikunnan vaikutus masennuksen hoidossa on todettu olevan jopa yhtä hyvä kuin kognitiivisen terapian tai lääkityksen. (Liikunta: Käypä hoito -suositus 2016.) Liikunnalla on merkitystä migreenin hoidossa myös painonhallinnan näkökulmasta: ylipainoisilla migreenikoilla kohtausten määrän on todettu olevan suurempi ja kohtaukset vaikeampia kuin normaalipainoisilla (Bigal, Liberman & Lip-ton 2006, 545).

Migreenikohtaukselle altistavat uni-valverytmin häiriöt, alhainen verensokeri ja stressitilan muutokset (Färkkilä 2013). On siis perusteltua ja ymmärrettävää, että säännöllisillä elämäntavoilla oli tutkimuksessa yhteys hyvään psyykkiseen hyvinvointiin. Tämän voimavaran maininneilla oli myös vähemmän kroonista migreeniä kuin muilla vastaajilla. Säännöllisiin elämäntapoihin vastaajat lukivat mm. unirytmien ja ruokailuaikojen säännöllisyyden. Säännölliset elämäntavat auttavat ennaltaehkäisemään migreeniä, mutta yhteys voi olla monisyinen: osalla kroonista migreeniä sairastavista ei välttämättä ole riittävästi voimavaroja ylläpitää säännöllisiä elämäntapoja, ja lisäksi tässä ryhmässä erittäin yleinen masennus lisää osaltaan uni-häiriöiden esiintyvyyttä (Isometsä 2014b, 248). Osalla vastaajista vuorotyön aiheuttama epä-säännöllisyys lisäsi migreenikohtausten määrää.

Optimismi lisää tutkitusti ihmisten hyvinvointia ja edistää terveyttä (Ojanen 2007, 132; Rasmussen, Scheier & Greenhouse 2009, 7). Opinnäytetyön vastaajilla positiivinen asennoituminen, joka on luonteenomaista optimisteille, oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä parempaan hyvinvointiin WHO-5 asteikolla mitattuna. Optimistille tyypillistä on tulkita asioita myönteiseltä kannalta, ja myönteinen tunnetila helpottaa elämää sekä haasteista selviämistä (Ojanen 2007, 132, 136). Positiivisen psykologian mukaan ihmisen onnellisuutta ja hyvinvointia voidaan lisätä tutkimalla ja tukemalla yksilön vahvuuksia ja voimavaroja. Onnellisuutta

tutkineen lääkärin Antti Mattilan mukaan ”yksi parhaista tavoista auttaa kärsiviä ihmisiä on kiinnittää huomiota positiivisiin asioihin, kuten onnistumisiin, edistysaskeliin, vahvuuksiin ja voimavaroihin”. (Mattila 2008.) Vastaanotolla tämä voi toteutua esimerkiksi pohtimalla yhdessä potilaan kanssa hänen voimavarojaan, vahvuuksiaan ja kiitollisuuden aiheitaan, sekä sitä miten niitä voisi juuri hänen kohdallaan lisätä ja vahvistaa (Duckworth, Steen & Seligman 2005, 642-644).

Voimavarakeskeisen hoidon periaatteita ovat tutkineet myös Rotegård, Moore, Fagermoen ja Ruland (2010) sekä Morgan ja Ziglio (2007). Tutkijoiden mielestä yksilöiden ja yhteisöjen terveyttä tukevien voimavarojen vahvistamisen pitäisi kuulua hoitotyöhön yhtä olennaisesti kuin perinteisempi sairaus- ja ongelmakeskeinen hoito (Rotegård ym. 2010, 522, Morgan & Ziglio 2007, 20-21).

Mielenkiintoinen yksityiskohta oli se, että hengellisyyden tai lemmikin voimavarakeskeiseen maininneilla psyykinen hyvinvointi oli huonompi kuin muilla vastaajilla. Hengellisyyden kohdalla ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä, mutta lemmikit maininneille WHO-5 -arvot olivat erittäin merkitsevästi ($p < 0,001$) alhaisempia kuin muilla vastaajilla. Tulos voi heijastaa muun sosiaalisen tuen puutetta tai sitä, että masentuneena tai muuten psyykkisesti huonosti voivana lemmikki on tärkeä tai jopa ainoa lohtu: ”*Kissa on voimavara. Se jaksaa välittää ja siitä pitää välittää*” (Vastaaja 140, migreeniä 2-3 kertaa viikossa).

6.4 Kokemukset psyykkisestä hyvinvoinnista ja sitä tukevista keinoista

Vastaajien kokemukset migreenin vaikutuksesta psyykkiseen hyvinvointiin olivat hyvin samankaltaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa. Migreenin negatiivinen vaikutus fyysiseen jaksamiseen, tunne-elämään ja työssä sekä sosiaalisessa elämässä suoriutumiseen tulivat esille myös Raggin ym. (2012, 595) systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta, jossa painottuivat migreenin seurauksista erityisesti vaikutukset tunne-elämään: ahdistus ja masentuneisuus, huoli sekä pelko tulevista kohtauksista, jotka kaikki nousivat esille myös tämän opinnäytetyön vastauksissa. Tunne-elämän vaikutusten lisäksi katsauksessa painottuivat uupumus ja väsymys, jotka olivat yhteydessä kohtausten tiheyteen, sekä migreenin vaikutus työhön (mm. lisääntyneet poissaolot) ja työtehoon. (Raggi ym. 2012, 598-601.) Migreenin työnteolle ja opiskelulle asettamat haasteet tulivat esille myös Ruiz de Velascon, Gonzalesin, Etxeberrian ja Garcia-Mondon (2003, 895) tutkimuksessa, jossa haastateltiin 29 migreeniä sairastavaa henkilöä. Sosiaaliselle elämälle aiheutuvat haitat olivat samankaltaisia kuin tämän opinnäytetyön vastaajilla: luopumista sosiaalisista tapahtumista migreenin vuoksi, vaikeus suunnitella menoja ja tapaamisia migreenikohtausten arvaamattomuuden takia sekä viikonloppujen viettämistä sängyssä, kun kohtaus yllättää harvoina vapaapäivinä (Ruiz de Velasco ym. 2003, 897).

Opinnäytetyöhön liittyvässä kyselyssä uutta oli vastaajien kokemus migreenin negatiivisesta vaikutuksesta itsetuntoon ja itsearvostukseen. Tämä on havaittu jo aiemmin (mm. American Headache Society 2016), mutta tutkimustietoa aiheesta ei löytynyt.

Psyykkistä hyvinvointia lisäsivät vastaajien kokemusten mukaan lääkitys, sosiaalinen tuki, elämäntapamuutokset, työn ja esimiehen joustavuus, psykoterapia, meditaatio- tai rentoutusharjoitukset sekä migreenin hyväksyminen osaksi elämää. Vastaavia tuloksia tuli myös Raggin (2012, 595) ja Ruthbergin, Öhrlingin ja Kosteniuksen (2013) tutkimuksissa. Raggin ym. tuloksissa painottui lääkityksen merkitys elämänlaadun parantajana, Ruthbergin ym. (2013) tutkimuksessa korostui migreenin hyväksyminen ja positiivisten asioiden korostaminen elämässä sekä sosiaalisen tuen merkitys. Tulokset tukevat Hakasen ym. (2009, 12) käsitystä siitä, että psyykkisesti hyvinvoiva ihminen aktiivinen, sietää epävarmuutta (migreenikohtausten arvaamattomuutta) ja vastoinkäymisiä, ja hyväksyy itsensä sellaisena (migreeniä sairastavana) kuin on.

Meditaatio- ja rentoutusharjoituksilla on todettu olevan migreeniä ja kipua lieventävä vaikutus (Tonelli & Wachholtz 2014; D'Souza, Lumley, Kraft & Dooley 2008). Harjoitukset auttavat vähentämään stressiä, joka on monella migreeniä sairastavalla kohtauksen laukaiseva tekijä (Minen 2016). Rentoutumis-, meditaatio- ja tietoisuustaitojen harjoitusten hyödyt tulivat esille myös opinnäytetyön vastauksissa. Harjoitusten omaksuminen osaksi arkea vaatii pitkäjänteisyyttä ja sitoutumista, mutta kun ne kerran on oppinut, niitä on suhteellisen helppo käyttää ja soveltaa arjessa. Taitoja voi harjoitella erilaisilla kursseilla sekä itsenäisesti äänitteiden tai sovellusten avulla. Suomen Mielenterveysseura, VTT ja Jyväskylän yliopisto ovat julkaisseet verkossa kaikille avoimen Oiva mieli -sovelluksen, jonka avulla tietoisuustaitoja voi opetella 40 harjoituksen avulla. Oivan tavoitteena on henkisen hyvinvoinnin edistäminen ja omien ajatusten, tunteiden ja arvojen havainnoiminen ja selkeyttäminen. (Oiva mieli 2016.) Myös Mielenterveystalon verkkosivuilla (Työkaluja mielen hyvinvointiin 2016) on ohjattuja tietoisuustaito- ja rentoutusharjoituksia, joita terveydenhuollon ammattihenkilö voi suositella asiakkailleen.

Opinnäytetyön vastaajista osa koki, että psykoterapia on auttanut heitä selviämään paremmin migreeninsä kanssa. Kognitiivisen käyttäytymisterapian teho migreenin ja päänsärkyjen hoidossa on todettu useassa tutkimuksessa (mm. Christiansen, Jürgens & Klinger 2015; Day ym. 2014). Terapia ei aina vähennä migreenikohtausten määrää, mutta sen avulla migreeniä sairastava voi oppia tuntemaan ja hyväksymään sairautensa paremmin, mikä parantaa potilaan elämänlaatua ja tunnetta oman elämänsä hallinnasta.

Lääkkeettömiä hoitoja, kuten ohjattua rentoutusta, biopalautehoitoja tai kognitiivista käytäytymisterapiaa tulisi tarjota lääkkeellisten hoitojen ohella kaikille kroonisesta migreenistä kärsiville (Starling & Dodick 2015, 412).

6.5 Psyykkisen hyvinvoinnin puheeksi ottaminen vastaanotolla

Migreenin takia sovitulla terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolla oli psyykkinen hyvinvointi tai mielenterveys otettu puheeksi 23 %:lla vastaajista. Yleisimmin psyykkisen hyvinvoinnin oli ottanut puheeksi neurologi (14 %), terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla vastaava luku oli 2 %. Luvut ovat melko alhaisia suhteessa siihen, miten yleisiä mielenterveyden häiriöt ovat migreeniä sairastavien keskuudessa.

Toistuvista päänsäryistä kärsivät potilaat tulisi haastatella vastaanotolla kysymällä potilailta heidän mielialastaan, mahdollisista huolista ja ahdistuneisuudestaan. Haastattelussa tulisi käyttää avoimia kysymyksiä (esim. miten voit, miten migreeni vaikuttaa elämääsi?) suljettujen kysymysten sijaan, sillä avoimet kysymykset mahdollistavat potilaan oman voinnin ja kokemuksen yksityiskohtaisen kuvauksen. Haastattelun tukena voi käyttää ahdistuneisuuden ja masennuksen diagnosointiin suunniteltuja seuloja, kuten Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ja Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7) -lomakkeita tai Beckin depressioseulaa (BDI). Seulojen tuloksista ei voi suoraan tehdä diagnoosia, mutta ne voivat antaa aiheen jatkotutkimuksille. (Maizels, Smitherman & Penzien 2006, S98; Todd & Baskin 2009, S63; Lipton ym. 2008, 1149.). Seulojen käytössä (esim. BDI) on huomioitava, että kipu ja siihen liittyvät oireet kuten unihäiriöt ja uupumus, voivat nostaa pistemäärää huomattavasti, vaikka potilas ei olisi kliinisesti masentunut (Tahko 2016, suullinen tiedonanto).

Masennuksen aiheuttaman inhimillisen kärsimyksen lisäksi migreenipotilaiden mielialaan ja mahdollisten mielialahäiriöiden hoitoon tulisi kiinnittää erityistä huomiota migreenin kroonistumisen riskin vuoksi. Masennus lisää jaksottaisesta migreenistä kärsivillä riskiä migreenioireiden pahenemiseen, ja mitä vaikeampi masennus migreeniä sairastavalla oli, sitä suurempi oli todennäköisyys migreenin muuntumiseen jaksottaisesta krooniseksi. (Ashina ym. 2012, 615, 619). Ei kuitenkaan voida varmaksi sanoa, onko migreenikohtausten lisääntyminen altistanut potilaan masennukselle, vai onko masennus edeltänyt migreenikohtausten tihentymistä (Ashina ym. 2012, 621). Masennus ja sen aiheuttama uupumus voivat myös aiheuttaa haasteita migreenin omahoitoon liittyen (liikunta, säännölliset elämäntavat ja ravitsemus) ja näin altistaa migreenin kroonistumiselle.

Mielialahäiriöiden seulonta ja oikea diagnoosi on tärkeää migreenipotilailla myös sen vuoksi, että diagnoosi voi vaikuttaa sopivan estolääkkeen valintaan. Osalla migreenin estohoidossa käytetyistä lääkkeistä on masennusta helpottavia ominaisuuksia (mm. trisykliset masennus-

lääkkeet), ja toisaalta masennuslääkkeet sekä kortikosteroidit voivat laukaista maanisen jakson kaksisuuntaisesta mielialahäiriöistä kärsivillä migreenikoilla. (Maizels 2012, 27.)

Mielenterveyden häiriöiden seulonnan ohella vastaanottokäynneillä tulisi kartoittaa potilaan voimavaroja sekä niitä vahvistavia tekijöitä (luku 6.3. voimavarat).

7 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

7.1 Eettiset kysymykset

Hirsjärvi ym. 2005 (s. 26) korostavat, että jo ”tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu”. Tutkimusaiheen eettisyyteen liittyy sen yhteiskunnallinen merkittävyys, tutkimusaiheen valinnan taustatekijät (kenen ehdoilla, mistä syystä) sekä aiheen ajankohtaisuus tai muodikkuus (Hirsjärvi ym. 2005, 25). Opinnäytetyön aiheen valintaa edelsi huolellinen pohdinta. Migreeniä sairastaa yli 500 000 suomalaista, ja heidän hyvinvointinsa tutkiminen ja hyvinvoinnin edistäminen tutkimustulosten avulla koettiin eettisesti perustelluksi.

Tutkimuksen eettisyyteen vaikuttaa aiheen valinnan lisäksi tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohtelu sekä epärehellisyuden välttely tutkimustyön eri vaiheissa. Tutkittavien henkilöiden tulee antaa tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumiselle, heidän tulee olla tietoisia tutkimuksen kulusta, ja osallistumisen tulee olla vapaaehtoista. (Hirsjärvi ym. 2005, 26-27.) Opinnäytetyössä kyselylomakkeen alussa oli saatekirje, jossa osallistujille kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta sekä siitä, mihin tutkimustuloksia tullaan käyttämään. Kyselyyn osallistuminen oli täysin vapaaehtoista, ja vastaamalla kyselyyn osallistujat ilmaisivat suostumuksensa osallistua tutkimukseen. Vastajat eivät saaneet mitään palkkioita kyselyyn vastaamisesta, eikä yksittäisten vastaajien henkilöllisyyttä ole tunnistettu tutkimuksen missään vaiheessa. (Heikkilä 2010, 61-62.)

Tutkimus toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7). Tutkimustulosten keräämisessä, tallentamisessa ja käsittelyssä noudatettiin huolellisuutta, tarkkuutta sekä rehellisyyttä. Erityistä tarkkuutta noudatettiin tietosuojaa koskevissa kysymyksissä. Tuloksia on säilytetty asianmukaisesti. Käytettyihin lähteisiin on viitattu asianmukaisesti ja tutkimustulokset on esitelty rehellisesti, mahdollisimman objektiivisesti ja kaunistelematta.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla sen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimus mittaa sitä, mitä oli tarkoi-

tuskin mitata. ”Tutkimuslomakkeen kysymysten tulee mitata oikeita asioita yksiselitteisesti, ja niiden tulee kattaa koko tutkimusongelma”. Tutkimuksen validiteettia lisäävät myös perusjoukon tarkka määrittely ja edustavan otoksen saaminen. (Heikkilä 2005, 29.)

Kyselylomake tehtiin selkeäksi, mahdollisimman loogiseksi ja yksiselitteiseksi, jotta vastaaminen olisi helppoa. Samaa aihetta koskevat kysymykset ryhmiteltiin kokonaisuuksiksi, ja helpot kysymykset sijoitettiin lomakkeen alkuun, jotta vastaajien mielenkiinto kyselyä kohtaan heittää. (Heikkilä 2010, 69.)

Kyselylomake suunniteltiin yhteistyössä Suomen Migreeniyhdistyksen kanssa, ja lomakkeen esitestiä 5 henkilöä. Esitestaajien kommenttien perusteella muutamia kysymyksiä muokattiin selkeämmiksi ja sanamuotoja korjattiin oikeakielisiksi ennen julkaisua. (Liite 1.)

Tutkimusmittaria käytettäessä on suositeltavaa valita mittari, joka on testattu ja ollut käytössä sekä havaittu luotettavaksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190). Opinnäytetyössä käytettiin Maailman terveysjärjestön WHO:n kehittämää mittaria, joka laajalti käytetty ja aiemmissa tutkimuksissa todettu luotettavaksi hyvinvoinnin mittariksi (Bech, Olsen, Kjoller & Rasmussen 2003; Krieger ym. 2014; Topp, ym. 2015).

Tutkimuslomakkeessa oli WHO:n kehittämän mittarin lisäksi strukturoituja kysymyksiä sekä kaksi avointa kysymystä koskien voimavaroja sekä migreenin ja psyykkisen hyvinvoinnin yhteyttä. Opinnäytetyössä esitettiin kolme tutkimuskysymystä, joista kahteen ensimmäiseen saatiin selkeä vastaus. Kolmanteen tutkimuskysymykseen ”Millaiseksi migreeniä sairastavat henkilöt kokevat psyykkisen hyvinvointinsa ja voimavaransa?” liittyvät avoimet kysymykset olivat laajempia kuin tutkimuskysymys. Tämän vuoksi vastauksista tuli esille pääasiassa se, miten migreeni vaikuttaa sitä sairastavan psyykkiseen hyvinvointiin, ja mitkä keinot tukevat vastaajien hyvinvointia ja mielenterveyttä.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä ja tarkkuutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 194; Heikkilä 2005, 30). Luotettavalta tutkimukselta vaaditaan toistettavuutta, sekä sitä, että tulokset eivät ole sattumanvaraisia. Reliabiliteettia lisää tarkkuus aineiston käsittelyssä ja tulosten tulkinnassa. Luotettavien tulosten saamiseksi täytyy varmistaa, että otos kuvaa koko tutkittavaa perusjoukkoa. (Heikkilä 2005, 30). Opinnäytetyössä pyrittiin kattamaan otokseen ja tarkkuuteen kaikissa tutkimuksen eri vaiheissa. Otos ei kuitenkaan ollut sattumanvarainen, vaan kyseessä on harkinnanvarainen otos eli näyte koostuen Migreeniyhdistyksen jäsenistä tai Facebook-seuraajista. Tämän vuoksi tuloksia ei voi yleistää kaikkia migreeniä sairastavia koskeviksi. Opinnäytetyön vastaajissa kroonista migreeniä sairastavat olivat yliedustettuina. Vastaajien määrä oli kuitenkin suuri (603), mikä lisää tulosten luotettavuutta

ja reliabiliteettia. Mikäli tutkimus toistetaan, tulokset ovat todennäköisesti hyvin samansuuntaisia.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää monimenetelmällinen tutkimusote eli triangulaatio. Triangulaatiolla tarkoitetaan tutkimusta, joka ”yhdistää eri tyyppisiä aineistoja ja tutkimuksellisia toimintatapoja samassa tutkimuksessa” (Ronkainen ym. 2013, 104). Triangulaatiossa tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan eri suunnista, ja sen ajatellaan lisäävän tutkimuksen luotettavuutta sekä mahdollistavan kokonaiskuvan saamisen tutkittavasta kohteesta. (Metsämuuronen 2005, 208; Ronkainen ym. 2013, 105).

Opinnäytetyössä käytettiin metodologista triangulaatiota (kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia menetelmiä), koska tavoitteena oli saada mahdollisimman kokonaisvaltaisen käsitys migreeniä sairastavien psyykkisestä hyvinvoinnista ja mielenterveydestä. Opinnäytetyön pääasiallinen tutkimusote on kvantitatiivinen. Henkilökohtaista kokemusta mielenterveydestä on kuitenkin vaikea kuvata ainoastaan määrällisillä menetelmillä, ja avoimet kysymykset sekä laadullinen analyysi antoivat tutkimuksessa mahdollisuuden vastaajien omien tuntemusten esille tuomiseen.

Opinnäytetyön yhtenä heikkoutena on kuitenkin sen aihepiirin laajuus. Aineiston ja aiheiden runsauden vuoksi tulosten tarkastelu on paikoin pinnallista. Rajatumpi aineisto olisi mahdollistanut syvemmän analyysin tiettyyn osa-alueeseen liittyen. Toisaalta määrällisen ja laadullisen tutkimusotteen yhdistäminen antoi hyvän kokonaiskuvan migreeniä sairastavien psyykkisestä hyvinvoinnista ja siihen vaikuttavista tekijöistä.

8 Johtopäätökset ja jatkotutkimuksen aiheet

Tulosten perusteella voidaan todeta, että migreeni vaikuttaa sitä sairastavien psyykkiseen hyvinvointiin. Migreenikohtausten tiheydellä on yhteys alhaisempaan psyykkiseen hyvinvointiin ja suurempaan mielenterveyden häiriöiden, erityisesti masennuksen, esiintyvyyteen. Tulokset tukivat aiemmissa kansanvälisissä tutkimuksissa saatuja tuloksia migreenin ja masennuksen yhteydestä. Tuloksia ei kuitenkaan voi yleistää kaikkia migreeniä sairastavia koskeviksi, koska kroonista migreeniä sairastavat olivat vastaajissa yliedustettuina. Merkittävää on myös se, että yli puolella kyselyyn vastanneista (54 %) ei ole elämänsä aikana ollut mielenterveyden häiriötä.

Voimavaroista erityisesti säännölliset elämäntavat, liikunta ja positiivinen asennoituminen olivat yhteydessä parempaan psyykkiseen hyvinvointiin. Psyykkistä hyvinvointia lisäsivät vastaajien omien kokemusten mukaan tehokas kohtaus- ja estolääkitys, sosiaalinen tuki, elämän-

tapamuutokset, työn ja esimiehen joustavuus, psykoterapia, meditaatio- tai rentoutusharjoitukset sekä migreenin hyväksyminen osaksi elämää.

Migreenipotilaan tullessa terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle olisi potilaan elämäntilannetta ja psyykkistä hyvinvointia syytä arvioida yhdessä potilaan kanssa. Migreenipotilas ja hänen elämäntilanteensa tulisi nähdä kokonaisuutena, sillä migreeni vaikuttaa laajalaisesti potilaan arkeen, sosiaaliseen elämään ja työntekoon, myös migreenikohtausten välillä. Stressi eri elämänalueilla voi puolestaan lisätä migreenikohtausten määrää.

Psyykkistä hyvinvointia arvioitaessa apuna voidaan käyttää haastattelun ja avoimien kysymysten lisäksi esimerkiksi WHO-5 -hyvinvointiasteikkoa tai Beckin depressioseulaa (BDI). Tarvittaessa potilas tulisi ohjata mielenterveyspalveluja tuottavaan yksikköön. Psyykinen hyvinvointi ja mahdolliset mielenterveyden ongelmat tulee ottaa esille hienotunteisesti, niin että migreeniä sairastava ei koe sitä somaattisten oireidensa vähättelynä.

Migreenipotilaan ohjauksessa tulisi korostaa potilaan oman aktiivisuuden ja säännöllisten elämäntapojen (ruokailu, uni) sekä potilaalle soveltuvan liikunnan merkitystä migreenin sekä sen kanssa mahdollisesti esiintyvien sairauksien, kuten masennuksen ennaltaehkäisyssä. Potilasohjauksessa olennaista on migreenipotilaan omien voimavarojen vahvistaminen ja niiden löytäminen yhdessä potilaan kanssa.

Moni opinnäytetyön kyselyyn vastannut oli kokenut saavansa apua lääkkeettömistä hoitomuodoista, kuten rentoutus- ja meditaatioharjoituksista, ruokavaliosta tai säännöllisestä liikunnasta. Näiden hoitomuotojen vaikuttavuutta ei ole Suomessa vielä tutkittu. Lääkkeettömien hoitomuotojen lisäksi tärkeä jatkotutkimusaihe olisi vertaistuen merkitys migreeniä sairastavan psyykkiselle hyvinvoinnille.

Lähteet

- American Headache Society. 2011. Migraine Management Essential 7: Support. Viitattu 11.1.2016.
http://www.achenet.org/resources/migraine_management_essential_7_support/?print=y
- American Psychiatric Association. DSM-IV. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2009. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Artto, V. 2010. Migraine comorbidities. A clinical and molecular genetic study. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Ashina, S., Serrano, D., Lipton, R.B., Maizels, M., Manack, A.N., Turkel, C.C., Reed, M.L. & Buse, D.C. 2012. Depression and risk of transformation of episodic to chronic migraine. *Journal of Headache and Pain* (2012) 13:615-624.
- Baskin, S.M. & Smitherman, T.A. 2009. Migraine and psychiatric disorders: comorbidities, mechanisms, and clinical applications. *Neurological Sciences* (2009)30 (Suppl1):S61-S65.
- Bech, P., Olsen, L.R., Kjoller, M. & Kristian Rasmussen, N.K. 2003. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five well-being scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2003;12(2):85-91.
- Bigal, M.E., Liberman, J.N. & Lipton, R.B. 2006. Obesity and migraine. A population study. *Neurology* February 28, 2006 vol.66 no.4:545-550.
- Buse, D.C., Manack, A., Serrano, D., Turkel, C. & Lipton, R.B. 2009. Sociodemographic and comorbidity profiles of chronic migraine and episodic migraine sufferers. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 2010;81:428-432.
- Christiansen, S., Jürgens, T.P. & Klinger, R. 2015. Outpatient Combined Group and Individual Cognitive-Behavioral Treatment for Patients With Migraine and Tension-Type Headache in a Routine Clinical Setting. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 55: 1072-1091.
- Day, M.A., Thorn, B.E., Ward, L.C., Rubin, N., Hickman, S.D., Scogin, F. & Kilgo, G.R. 2014. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: a pilot study. *Clinical Journal of Pain* 2014 Feb;30(2):152-61.
- Domenico D'Amico, D., Grazi, L., Usai, S., Raggi, A., Leonardi, M. & Bussone, G. 2011. Disability in chronic daily headache: state of the art and future directions. *Neurological Sciences* (2011)32 (Suppl 1):S71-S76
- D'Souza, P.J., Lumley, M.A., Kraft, C.A. & Dooley, J.A. Relaxation Training and Written Emotional Disclosure for Tension or Migraine Headaches: A Randomized, Controlled Trial. *Annals of Behavioral Medicine* 2008 August; 36(1):21-32.
- Duckworth, A.L., Steen, T.A. & Seligman, M.E.P. 2005. Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005 Vol. 1: 629-651
- Eurofound. 2012. Third European Quality of Life Survey - Quality of life in Europe: Impacts of the crisis. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurofound. 2013. Third European Quality of Life Survey - Quality of life in Europe: Subjective well-being. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Färkkilä, M. 2013. Migreeni. Lääkäriin käsikirja, Duodecim.

- Färkkilä, M. 2006. Päänsärky. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M., Somer, H. (toim.) Neurologia. Helsinki: Duodecim.
- Hakanen, J., Ahola, K., Härmä, M., Kukkonen, R., Sallinen, M. 2009. Voiman lähteet - Työn voimavarojen ABC. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Hamel, E. 2007. Serotonin and migraine: biology and clinical implications. Cephalalgia. November 2007 vol. 27 no. 11, 1293-1300.
- Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hochberg, G., Pucheu, S., Kleinebreil, L., Halimi S. & Fructuosu-Voisin, C. 2012. WHO-5, a tool focusing on psychological needs in patients with diabetes: the French Contribution to the DAWN study. Diabetes & Metabolism 38(2012)515-522.
- Huttunen, M. 2015a. Masennustilat eli depressiot. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.12.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538#s2
- Huttunen, M. 2015b. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.12.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00555
- Huttunen, M. 2015c. Traumaperäinen stressihäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 21.12.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00526
- IHS Classification ICHD-II. Migraine. Viitattu 15.3.2015. http://www.ihs-classification.org/en/02_klassifikation/02_teil1/01.01.00_migraine.html
- Isometsä, E. 2009. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Isometsä, E. 2014a. Paniikkihäiriö. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Isometsä, E. 2014b. Depressiiviset häiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Jette, N., Patten, S., Williams, J., Becker, W., Wiebe, S. 2007. Comorbidity of Migraine and Psychiatric Disorders - A National Population Based Study. Headache. 2008;48:501-615.
- Kallela, M. 2005. Mitä uutta migreenin patofysiologiasta ja genetiikasta. Duodecim 2005;121:665-73.
- Kipu: Käypä hoito -suositus. 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologi yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 15.1.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>
- Kira, M. & San, E. 2011. Kestävä työ - voimavarat ja identiteetti. Kestävän työn kehittäminen Suomessa -hanke (2010-2013). Seminaariesitys 13.4.2011. Viitattu 29.2.2016. http://www.ttl.fi/fi/tutkimus/hankkeet/kestava_tyoelama/Documents/seminaariesitys_kira_ja_san.pdf
- Krieger, T., Zimmermann, J., Huffziger, S., Ubl, B., Diener, C., Kuehner, C. & Holtforth, MG. 2014. Measuring depression with a well-being index: further evidence for the validity of the

WHO Well-Being Index (WHO-5) as a measure of the severity of depression. *Journal of affective disorders* 156(2014)240-244.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Liikunta: Käypä hoito -suositus. 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Viitattu 19.2.2016.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50075>

Lipton, R.B., Hahn, S.R., Cady, R.K., Brandes, J.L., Simons, S.E., Bain, P.A. & Nelson, M.R. 2008. In-office Discussions of Migraine: Results from the American Migraine Communication Study. *J Gen Intern Med.* 2008 Aug; 23(8): 1145-1151.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2009. *Mielenterveys*. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.

Lönnqvist, J. 2009. Stressi ja depressio. *Terveyskirjasto*, Duodecim. Viitattu 15.3.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00020

Maizels M., Smitherman T.A. & Penzien, D.B. 2006. A review of screening tools for psychiatric comorbidity in headache patients. *Headache* 2006 Oct;46 Suppl 3:S98-109.

Maizels, M. 2012. Psychiatric Screening for Headache Patients. *Headache* 2012;52;S1:26-29.

Mattila, A.S. 2008. Onnellisuudesta. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2008;124(4):363-4

Mattila, A.S. 2013. Onnentaidot. Kohti hyvää elämää. Helsinki: Duodecim.

McWilliams, L.A., Goodwin, R.D. & Cox, B.J. 2004. Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain* 111 (2004) 77-83.

Metsämuuronen, J. 2002. Tilastollisen kuvauksen perusteet. *Metodologia-sarja osa 2*. Helsinki: International Methelp.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp.

Migraine Trust. 2015. Chronic migraine. Viitattu 20.3.2015. <http://www.migrainetrust.org/chronic-migraine>

Migraine Trust. 2016. Exercise and migraine. Viitattu 12.1.2016. <http://www.migrainetrust.org/factsheet-exercise-and-migraine-10714>

Minen, M. 2016. Stress and migraine. American Headache Society. Viitattu 20.1.2016. http://www.achenet.org/resources/stress_and_migraine/

Morgan, A. & Ziglio, E. 2007. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Global Health Promotion. Promotion & Education, 2007, Supplement (2): pp 17-22.*

Nissinen, L. 2015. *Psykoterapeutin jaksaminen*. Teoksessa Särkelä, L., Tikkanen, S. & Haanpää, P. (toim.) *Kognitiivis-analyttinen psykoterapia*. Helsinki: Duodecim.

Oiva mieli. 2016. Tietoisuustaitoja ja henkistä hyvinvointia edistävä harjoitusohjelma. VTT & Jyväskylän yliopisto. Viitattu 22.2.2016. <http://oivamieli.fi/>

Oliveira, A.B., Ribeiro, R.T., Mello, M.T., Tufik, S. & Peres, M.F.P. 2014. Aerobic exercise training at the ventilatory threshold prevents migraine and improves mood. Meeting abstract

at 4th European Headache and Migraine Trust International Congress: EHMTIC 2014 Copenhagen, Denmark. 18-21 September 2014.

Psychiatric Research Unit WHO Collaborating Centre in Mental Health. 1998. WHO (Five) Well-Being Index (1998 version). Viitattu 10.11.2015. https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_English.pdf

Raggi, A., Giovannetti, A.M., Quintas, R., D'Amico, D., Cieza, A., Sabariego, C., Bickenbach, J.E., & Leonard, M. 2012. A systematic review of the psychosocial difficulties relevant to patients with migraine. *Journal of Headache and Pain* (2012) 13:595-606

Rasmussen, H.N., Scheier, M.F. & Greenhouse, J.B. 2009. Optimism and Physical Health: A Meta-analytic Review. *Annals of Behavioral Medicine* 2009 Jun; 37(3): 239-256.

Rathier, L. 2014. Effects of Exercise on Headaches and Migraines. *American Headache Society*. Viitattu 11.1.2016. http://www.achenet.org/resources/effects_of_exercise_on_headaches_and_migraines/

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2013. Tutkimuksen voima-sanat. Helsinki: SanomaPRO.

Rotegård, A.K., Moore, S.M., Fagermoen, M.S. & Ruland, C.M. 2010. Health assets: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies* 47 (2010) 513-525.

Ruiz de Velasco, I., González, N., Etxeberria, Y., & Garcia-Monco, J.C. 2003. Quality of life in migraine patients: a qualitative study. *Cephalalgia* 2003, 23, 892-900.

Rutberg, S., Öhring, K. & Kostenius, C. 2013. Travelling along a road with obstacles: Experiences of managing life to feel well while living with migraine. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2013, 8.

Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. 7.3.4 Teemoittelu. Verkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 10.11.2015. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Saastamoinen, K. & Olkkonen, R. 2012. SPSS perusopas markkinatutkijoille. Sarja B-1:2012. Turku: Turun kauppakorkeakoulu.

Sohlman, B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvajana. *Stakes, Tutkimuksia* 137.

Starling, A.J. & Dodick, D.W. 2015. Best practices for patients with chronic migraine: burden, diagnosis, and management in primary care. *Mayo Clinic Proceedings* 2015 Mar;90(3):408-14.

Sumelahti, M-L., Huhtala, H. ja Maunu, P. 2008. Naisilla ja miehillä erilainen migreeniprofiili - Suomen Lääkärilehti 39/2008 vsk 63. Viitattu 12.1.2016. <http://www.migreeni.org/Pdf/Migreeniprofiilit.pdf>

Sumelahti, M-L. Nainen, hormonit ja migreeni. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2013;129(4):345-50

Suomen Migreeniyhdistys. 2015. Migreeni ja työelämän triggerit -projekti 2012-2015. Loppuraportti 2015.

Tahko, S. 2016. Kivun vaikutus Beckin depressioseulan pistemääriin. *Suullinen tiedonanto* 22.1.2016.

THL. 2015. Elämänlaatu. Viitattu 14.3.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointipolitiikka/elinolot-ja-hyvinvointi/elamanlaatu>

- THL. 2015. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 2.3.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/palvelutarpeen-selvittaminen/toimintakyvyn-arviointi>
- Tilastokeskus. Työkäinen väestö. Viitattu 27.4.2015.
http://www.stat.fi/meta/kas/tyoikain_vaesto.html
- Tonelli M.E. & Amy B. Wachholtz, A.B. 2014. Meditation-Based Treatment Yielding Immediate Relief for Meditation-Naive Migraineurs. *Pain Management Nursing*, Vol 15, No 1 (March), 2014:36-40
- Topp, C.W, Østergaard S.D, Søndergaard, S. & Bech, P. 2015. The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2015;84:167-176.
 Työkaluja mielen hyvinvointiin. 2016. Mielenterveystalo, omahoito ja oppaat. Viitattu 22.2.2016. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/tyokaluja_itsehoito/Pages/default.aspx
- Työterveyslaitos. 2010. Työstressi lisää naisten migreeniriskiä. Viitattu 10.3.2015.
http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyslaitos/organisaatio/osaamiskeskukset/tyon_ja_tyoorganisaatio-oiden%20kehittaminen/psykososiaaliset_tekijat/tutkimusuutisia/tyostressi_lisaa_naisten_migreeniriskia/sivut/default.aspx
- UK Data Archive. European Quality of Life Survey Integrated Data File, 2003-2012. Viitattu 15.10.2015.
http://doc.ukdataservice.ac.uk/doc/7348/mrdoc/UKDA/UKDA_Study_7348_Information.htm
- Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) 2010. *Suomalaisten hyvinvointi*. Helsinki: THL.
- Vaillant, G.E. 2012. Positive Mental Health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry* 2012;11:93-99.
- Varkey, E., Cider, Å., Carlsson, J. & Linde, M. 2009. A Study to Evaluate the Feasibility of an Aerobic Exercise Program in Patients With Migraine. *Headache* 2009;49:563-57.
- Vilka, H. 2007. *Tutki ja mittaa*. Helsinki: Tammi.
- WHO. 1998. *Mastering depression in primary care. Version 2.2*. Regional Office for Europe Psychiatric Research Unit, Frederiksborg General Hospital.
- WHO. 1948. *Definition of Health*. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States and entered into force on 7 April 1948.
- WHO. 2012. *Headache disorders. Fact sheet N 277*. Viitattu 5.3.2015.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>
- WHO. 2014. *Mental health: a state of well-being*. Viitattu 11.3.2015.
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Kuviot

KUVIO 1 Migreenin esiintymistiheys kyselyyn vastanneilla (n=603)	20
KUVIO 2 Mielen terveyden häiriöiden esiintyvyys kyselyyn vastaajilla (n=603).....	22
KUVIO 3 Vastaa jien yleisimmin mainitse mat voimavarat	23
KUVIO 4 Migreenin vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen	26
KUVIO 5 Psyykkistä hyvinvointia ja jaksamista tukevat keinot	28
KUVIO 6 Terveydenhuollon ammattihenkilö, joka on ottanut psyykkisen hyvinvoinnin puheeksi vastaanotolla	30

Taulukot

TAULUKKO 1 Maailman terveysjärjestön viiden kysymyksen hyvinvointiasteikko (WHO-5). 16	
TAULUKKO 2 Migreenikohtausten esiintymistiheys, WHO-5 summamuuttujien keskiarvo ja mielen­terveyden häiriöiden kokonaisesiintyvyys vastaajilla.	21
TAULUKKO 3 Voimavarojen ja WHO-5 -arvojen yhteys.....	24
TAULUKKO 4 Viiden yleisen mielen­terveyden häiriön elinikäinen esiintyvyys migreeniä sairastavilla ja koko väestöllä opinnäytetyössä ja vertailuaineistossa.	32

Liitteet

Liite 1 Kyselylomake	49
----------------------------	----

Liite 1 Kyselylomake

Saatekirje

Olen sairaanhoitajaopiskelija Laurea-ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötä migreeniä sairastavien psyykkisestä hyvinvoinnista ja jaksamisesta. Opinnäytetyöni tehdään yhteistyössä Suomen Migreeniyhdistyksen kanssa.

Opinnäytetyöni tarkoitus on kartoittaa työikäisten migreeniä sairastavien henkilöiden psyykkistä hyvinvointia positiivisen mielenterveyden näkökulmasta, mielenterveysongelmien esiintyvyyttä sekä migreeniä sairastavien kokemuksia sairaudesta ja sen vaikutuksista hyvinvointiin ja mielenterveyteen.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa uutta tietoa siitä, miten migreeni vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin ja miten psyykkistä jaksamista voitaisiin tukea.

Opinnäytetyö toteutetaan verkkokyselynä. Mielenterveysongelmien esiintyvyyden ja migreeniä sairastavien omien kokemuksen lisäksi kyselyssä selvitetään psyykkistä hyvinvointia Maailman terveysjärjestön (WHO) viiden kysymyksen hyvinvointiasteikolla. Asteikko mittaa hyvinvointia positiivisen mielenterveyskäsityksen näkökulmasta, jossa painotetaan yksilön voimavaroja ja kykyä selviytyä arjessa. Voimavarot ovat kaikki ne asiat, jotka antavat energiaa arkeen ja auttavat ihmistä selviämään haastavissa tilanteista. Voimavarot voivat olla esimerkiksi sosiaaliset suhteet, itsetuntemus ja persoonallisuuden piirteet, elämäntavat, liikunta, luonto ja hengellisyys.

Voitte vastata kyselyyn, mikäli olette 15-65-vuotias ja Teillä on lääkärin diagnosoima migreeni. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa 5-15 minuuttia. Osallistuminen kyselyyn on täysin vapaaehtoista, ja voitte keskeyttää kyselyn milloin vain. Täyttämällä ja lähettämällä lomakkeen ilmaisette suostumuksenne osallistua tutkimukseen. Vastauksia käytetään vain opinnäytetyöni aineistona, ja niitä käsitellään luottamuksellisesti. Yksittäisiä vastaajia ei voi tunnistaa työstä.

Vastausaikaa on 4.6.2015 asti. Kyselyn tulokset julkaistaan opinnäytetyössäni loppuvuodesta 2015. Tuloksista tullaan myös kirjoittamaan artikkeli Suomen Migreeniyhdistyksen Päänsärky-lehteen.

Ystävällisin terveisin,
Mirjami Tran Minh

Taustatiedot

1. Sukupuoli
 - A. Nainen
 - B. Mies

2. Ikä
 - A. 15-24
 - B. 25-44
 - C. 44-64
 - D. 65-74
 - E. Ei mikään näistä > kysely loppuu, kiitos osallistumisesta.

3. Onko Teillä lääkärin diagnosoima migreeni
 - A. Kyllä
 - B. Ei > kysely loppuu, kiitos osallistumisesta.

4. Kuinka usein Teillä on migreenikohtauksia?
 - A. Harvemmin kuin kerran kuussa
 - B. 1-3 kertaa kuussa
 - C. Noin kerran viikossa
 - D. 2-3 kertaa viikossa
 - E. Yli 15 päivänä kuukaudessa

5. Onko Teillä elämäne aikana diagnosoitu yksi tai useampi seuraavista mielenterveyden häiriöistä?
 - A. Masennus
 - B. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö
 - C. Paniikkihäiriö
 - D. Kaksisuuntainen mielialahäiriö (maanis-depressiivinen häiriö)
 - E. Sosiaalinen fobia (sosiaalisten tilanteiden pelko)
 - F. Post-traumaattinen stressireaktio
 - G. Joku muu, mikä...
 - H. Ei mielenterveyden häiriötä

Psyykinen hyvinvointi ja mielenterveys

6. Maailman terveysjärjestön viiden kysymyksen hyvinvointiasteikko

Olkaa hyvä ja valitkaa kustakin viidestä väittämästä se, joka kuvaa parhaiten tuntemuksianne viimeisen kahden viikon ajalta. Huomatkaa, että korkeammat numerot merkitsevät parempaa hyvinvointia.

Esimerkki: Jos olette ollut iloinen ja hyväntuulinen yli puolet ajasta viimeisen kahden viikon aikana, laittakaa rasti ruutuun numero 3.

Viimeisen kahden viikon aikana	kaiken aikaa	enemmän osan aikaa	yli puolet ajasta	alle puolet ajasta	pienen osan ajasta	en lainkaan
6. Olen ollut iloinen ja hyväntuulinen	5	4	3	2	1	0
7. Olen ollut levollinen ja rentoutunut	5	4	3	2	1	0
8. Olen ollut toimielias ja tarkkas	5	4	3	2	1	0
9. Herätessäni olen tuntenut itseni virkeäksi ja levänneeksi	5	4	3	2	1	0
10. Jokapäiväiseen elämääni on kuulunut paljon asioita, jotka kiinnostavat minua	5	4	3	2	1	0

© Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød.

7. Onko terveydenhuollon ammattihenkilö migreenin takia sovitussa tapaamisessa ottanut puheeksi psyykkisen hyvinvointinne tai mahdolliset mielenterveyden ongelmat?
 - A. Kyllä
 - B. Ei

8. Kuka alla mainituista terveydenhuollon ammattihenkilöistä on ottanut psyykkisen hyvinvointinne tai mahdolliset mielenterveyden ongelmat puheeksi vastaanotolla? Voitte valita useamman henkilön.
 - A. Työterveyslääkäri
 - B. Terveyskeskuslääkäri
 - C. Neurologi
 - D. Yksityisen lääkäriaseman lääkäri
 - E. Työterveyshoitaja
 - F. Terveyskeskuksen sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja

G. Fysioterapeutti

H. Joku muu, kuka _____

9. Oletteko itse hakeutunut mielenterveyspalvelujen asiakkaaksi huolestuneena omasta jaksamisestanne tai mielenterveydestänne?
- A. Kyllä
 - B. Ei
10. Koetteko, että migreenillä on vaikutusta psyykkiseen hyvinvointiinne ja jaksamiseen?
- A. Kyllä, erittäin paljon
 - B. Kyllä, jonkin verran
 - C. Ei vaikutusta
11. Vaikuttavatko muutokset psyykkisessä hyvinvoinnissanne (esimerkiksi stressi tai ahdistuneisuus) migreenin esiintymistiheyteen?
- A. Kyllä, erittäin paljon
 - B. Kyllä, jonkin verran
 - C. Ei vaikutusta

Avoimet kysymykset

12. Millaiseksi koette oman psyykkisen hyvinvointinne ja mielenterveytenne? Miten migreeni vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiinne?
13. Mitkä voimavarat auttavat Teitä jaksamaan tai voimaan hyvin (migreenistä huolimatta)? Voimavaroja voivat olla esimerkiksi sosiaaliset suhteet, persoonallisuuden piirteet, elämäntavat, liikunta, luonto ja hengellisyys.