



**LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU**  
*Lahti University of Applied Sciences*

# PELKKÄÄ SÄRKYLÄÄKETTÄ VAI HYVÄÄ OHJAUSTA –

Migreenipotilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta

LAHDEN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Hoitotyön koulutusala  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Terveystieteiden  
suuntautumisvaihtoehto  
Opinnäytetyö  
Syksy 2014  
Johanna Lehtinen  
Henna Peltovuoma

Lahden ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma

LEHTINEN, JOHANNA, PELTOVUOMA, HENNA:  
Pelkkää särkylääkettä vai hyvää ohjausta – Migreenipotilaiden kokemuksia  
saamastaan ohjauksesta  
Hoitotyön ja terveydenhoitotyön opinnäytetyö, 56 sivua, 5 liitesivua

Syksy 2014

## TIIVISTELMÄ

---

Tämä opinnäytetyö on toteutettu Suomen Migreeniyhdistyksen toimeksiantona. Opinnäytetyö toimii osana yhdistyksen Migreeni ja työelämän triggerit -projektia. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, miten migreenipotilaat kokevat saamansa ohjauksen ja saada selville, miten ohjausta voisi migreenipotilaan näkökulmasta kehittää. Työmme tarkoituksena on saada ja jakaa tietoa migreenipotilaiden kokemuksista ja kehittää heidän ohjaukseen tarjoamalla hoitohenkilökunnalle uutta tietoa.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto hankittiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin menetelmällä. Haastateltavina toimivat kolme työikäistä Suomen migreeniyhdistyksen vertaistukiryhmän jäsentä. Tuloksista ilmeni, että potilaiden odotukset ohjauksesta eivät täyttyneet heidän toiveidensa mukaisesti. Potilasohjaus sisälsi lähinnä lääkehoidon ohjausta ja ohjaajana esiintyi useimmiten lääkäri, joskus hoitaja. Haastateltavat kokivat vain harvoin tulevansa kohdatuiksi yksilöinä ja pitkäaikaisen hoitosuhteen koettiin edistävän yksilöllistä ohjausta. Potilaat kokivat saaneensa ohjauksessa liian vähän tietoa ja vain harvoin, potilaat olivat saaneet ohjausta kirjallisena. Potilaiden näkökulmasta onnistunutta vuorovaikutusta ja yhteistyötä oli vaikeaa saavuttaa.

Potilaat toivoivat kokonaisvaltaisempaa ohjausta ja että ohjaukseen sisältyisi myös elämänhallintaan ja kivun kanssa selviytymiseen liittyviä asioita. Potilaat korostivat yksilöllisen ja inhimillisen kohtaamisen tärkeyttä. He toivoivat, että hoitohenkilökunta olisi myös perusterveydenhuollon yksiköissä tietoisempia migreenistä, kroonisesta migreenistä ja sen oireista sekä hoidosta. Myös sairauden vaikutukset työelämään nousivat esille, potilaat halusivat ohjaajan ottavan kantaa työssä jaksamiseen ja työolosuhteiden kartoittamiseen. Jatkotutkimusaiheita opinnäytetyöllemme voisivat olla kirjallisen ohjauksen kehittäminen migreenipotilaille ja opas migreenipotilaan ohjaajille kokonaisvaltaisesta ohjauksesta. Lisäksi voisi tutkia, miten migreenipotilaiden kivunhallintaa voisi edistää.

Asiasanat: migreeni, ohjaus, potilasneuvonta, kvalitatiivinen tutkimus, vuorovaikutus

Lahti University of Applied Sciences  
Degree Programme in nursing

LEHTINEN, JOHANNA, PELTOVUOMA, HENNA:

Just painkillers or good counseling – Migraine patients' experiences about received counseling

Bachelor's Thesis in nursing and public health nursing, 56 pages, 5 pages of appendices

Autumn 2014

## ABSTRACT

---

This thesis was carried out as an assignment from Finland's migraine association. The thesis operates as a part of the association's project: Migraine and triggers of the working life. The aim of this thesis was to find out, how migraine patients experience received guidance and to clarify how their guidance can be developed from their point of view. The purpose of our work was to get and share information about migraine patients' experiences and to develop their guidance by offering new information to medical staff.

The data was gathered with a themed semi-structured interview from three migraine patients who are members of the Finnish Migraine association's peer support group. They are all at working-age. The data was analyzed using an inductive method. The results showed that patients' experiences of counseling did not fulfill their wishes. Patient counseling included mostly medication guidance and the role of the counsellor was filled usually by a doctor, sometimes a nurse. The interviewees rarely felt that they were encountered as individuals and they felt that individual care relationship promotes individual patient counseling. Patients experienced that they got too little information and only rarely they had had guidance in written form. From patients' point of view successful interaction and co-operation was hard to accomplish.

Patients hoped that the counseling was more comprehensive and that it would include issues concerning the sense of coherence and coping with pain. They highlighted the importance of individual and humane encounter. Their hope was that the medical staff also in primary health care would be more aware of migraine, chronic migraine and its symptoms and treatment. The results also showed the impact of migraine on occupational life. Patients wished that the counsellor would take a stand regarding coping at work and mapping out the working conditions.

Possible subjects for follow-up research of our Bachelor's thesis could be to develop written guidance to migraine patients and a guide to counselors on how to implement comprehensive patient counseling to migraine patients. Research could also be done on how to improve the pain management of migraine patients.

Key words: migraine, counseling, patient information, qualitative research, interaction

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	POTILASOHJAUS KÄSITTEENÄ	2
3	VUOROVAIKUTUS POTILASOHJAUKSESSA	4
4	OHJAUSTEORIOITA POTILASOHJAUKSEN TAUSTALLA	6
4.1	Konstruktivistinen potilasohjaus	6
4.2	Ratkaisukeskeinen potilasohjaus	7
4.3	Sosiodynaaminen potilasohjaus	7
4.4	Behavioristinen potilasohjaus	8
4.5	Dialoginen potilasohjaus	9
5	MIGREENI SAIRAUTENA	10
5.1	Aurallinen ja auraton migreeni	11
5.2	Migreenin triggerit	11
5.3	Migreeni työelämään vaikuttavana tekijänä	12
5.4	Kipu migreeniä sairastavalla	13
6	MIGREENIN LÄÄKEHOITO	14
7	ELÄMÄNHALLINTA OSANA MIGREENIN HOITOA	16
8	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS	18
9	TIEDONHAUN KUVAUS	19
10	MENETELMÄT JA AINEISTO	20
10.1	Kohderyhmä ja aineiston keruu	20
10.2	Aineiston analysointi	22
11	TULOKSET	25
11.1	Migreenipotilaiden kokemuksia ohjaustilanteen sisällöstä ja tasa-arvoisuudesta ohjauksessa	27
11.2	Migreenipotilaiden kokemuksia kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta ja taustojen kartoittamisesta	28
11.3	Migreenipotilaiden kokemuksia tiedon saamisesta ja sen riittävydestä ohjauksessa	30
11.4	Migreenipotilaiden kokemuksia potilasohjauksen vaikutuksista arkielämään ja migreenipotilaan toimintakykyyn	31
11.5	Migreenipotilaiden kokemuksia vuorovaikutteisuudesta ja	

	yksilöllisyydestä ohjauksessa	33
11.6	Ohjaukseen liittyvien odotusten täyttyminen ja ohjauksen kehittäminen migreenipotilaiden näkökulmasta	34
11.6.1	Elämäntapaohjaus ja arjessa selviytyminen	34
11.6.2	Lääkehoito ja kivunhallinta	35
11.6.3	Hoitohenkilökunnan perehtyneisyys migreeniin ja moniammatillisuus migreenin ohjauksessa	36
12	POHDINTA	37
12.1	Tulosten tarkastelu	37
12.2	Johtopäätökset tuloksista	40
13	OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	43
14	JATKOTUTKIMUSAIHEET	47
	LÄHTEET	48
	LIITTEET	57

# 1 JOHDANTO

Ohjaus on iso osa hoitotyötä ja hoitohenkilökunnan jokapäiväinen haaste. Sillä on paljon vaikutusta potilaan hoitoon ja se on jatkuvasti kytköksissä hoitajien ammatilliseen toimintaan. Onnistunut ohjaus edistää potilaan terveyttä ja elämänhallintaa. Sillä on myös positiivista vaikutusta kansantalouteen ja potilaiden toimintakykyyn. Potilastyössä ohjaukseen käytettävät resurssit voivat olla puutteellisia ja hoitoajat liian lyhyitä. Tämä aiheuttaa suuria haasteita hoitajille potilasohjausta annettaessa. (Kääriäinen & Kyngäs 2013.)

Migreeni on krooninen neurologinen sairaus, jolle on tyypillistä jaksottaiset toimintakykyä rajoittavat päänsärkykohtaukset. Nämä kohtaukset esiintyvät usein yksilöllisellä yhdistelmällä erilaisia oireita, joita voivat olla esimerkiksi päänsärky, pahoinvointi, valo- ja hajuerkkyys ja oksentaminen. Migreeniä sairastaa n. 10 % Suomen väestöstä ja sen esiintyvyys on suurinta työikäisillä 25–55-vuotiailla naisilla. Migreeni voi vaikuttaa yksilön toiminta- ja työkykyyn monin tavoin ja aiheuttaa poissaoloja töistä kohtauksen aikana. Migreeni voi vaikuttaa haitallisesti yksilöön myös silloin, kun tämä ei parhaillaan kärsi migreenikohtausta, esimerkiksi vaikuttaen yksilön sosiaaliseen elämään. (Burton, Landy, Downs & Runken 2009; Sumelahti, Huhtala, Maunu 2008, 3173.)

Selvitämme opinnäytetyössämme potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Kohderyhmämme ovat työikäiset migreenipotilaat, jotka sairastavat migreeniä tai kroonista päänsärkyä. Teemme opinnäytetyötämme Suomen migreeniyhdistyksen toimeksiantona. Opinnäytetyömme toimii osana yhdistyksen Migreeni ja työelämän triggerit – projektia.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten migreenipotilaat kokevat saamansa ohjauksen. Tavoitteenamme on saada ja jakaa tietoa migreenipotilaiden kokemuksista ohjaukseen liittyen. Toivomme, että sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset voivat hyödyntää opinnäytetyöstämme nousevia tutkimustuloksia. Haluamme tuoda esille migreenipotilaiden kokemuksia ohjauksestaan ja siitä, miten heidän näkökulmastaan ohjausta voitaisiin kehittää paremmaksi.

## 2 POTILASOHJAUS KÄSITTEENÄ

Ohjaus-käsitettä käytetään paljon hoitotieteessä ja -työssä. Usein on kuitenkin vaikea ymmärtää mistä ohjaamisesta on kyse, koska ohjaus sekoitetaan usein muihin käsitteisiin, kuten neuvontaan, opetukseen ja tiedon antamiseen. Tästä syystä on vaikeaa hahmottaa, mitä ohjaus potilastyössä tarkoittaa.

Ohjausta määritellään monin eri tavoin. Se voidaan määritellä esimerkiksi asiakkaan ja ohjaajan väliseksi toiminnaksi, joka on aktiivista, tavoitteellista ja vuorovaikutukseen perustuvaa. Ohjaus on myös sidoksissa ohjaussuhteessa oleviin henkilöihin, ohjaajaan ja asiakkaaseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013; Kääriäinen & Kyngäs 2013; Lipponen 2004, 3-6.)

Tämän määritelmän mukaan ohjauksen keskeisiä tekijöitä ovat potilaan ja ohjaajan välinen yhteys, vuorovaikutus, tavoitteellinen ja aktiivinen toiminta, sekä ohjaussuhde. Potilaan ja ohjaajan välille syntyvä yhteys muodostuu molempien yksilöllisistä henkisistä, fyysisistä, sosiokulttuurisista ja ympäristöön liittyvistä tekijöistä. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi terveydentila, ikä, sukupuoli ja oppimistyyli sekä terveystietäminen. (Lipponen 2004, 4.)

Kaakisen (2013, 68–69) väitöskirjan mukaan laadukas ohjaus pitkäaikaissairaille on suunnitelmallista, asianmukaisilla ohjausmenetelmillä vuorovaikutteisesti ja potilaslähtöisesti toteutettua ja yksilöllistä toimintaa. Siinä tulee nousta esille informaatiota sairauden hoidosta ja sen oireista sekä pitkäaikaissairaille tehtävistä tutkimuksista. Ohjaajan tulee ottaa ohjauksessa huomioon sosiaalinen tuki ja sairauden ennuste.

Potilasohjauksella ja tiedon antamisella on olemassa yhteys potilaan sairauden- ja elämänhallintaan. Potilasohjauksessa tärkeää on, että käytetyt menetelmät vastaavat potilaan tarpeita. Ohjaus on sosiaalista vuorovaikutusta ja tasavertaista keskustelua. Siinä toimitaan yhteistyössä potilaan kanssa. Potilasohjauksen tulee olla yksilöllistä ja tämän toteutuminen edellyttää sosiaalista vuorovaikutusta, jotta hoitaja pystyy arvioimaan potilaan kognitiiviset valmiudet ja kyvyt sairauttaan koskien. On ensiarvoisen tärkeää, että potilasohjauksessa painotetaan potilaan omaa vastuuta hoidostaan. Tällöin potilas saattaa ymmärtää sairauttaan ja sen hoitoa paremmin. (Montin 2008, 6.)

Potilaan ohjaamisessa oleellista on potilaan ja ohjaajan välinen tasa-arvoinen vuorovaikutussuhde, jossa tavoitellaan psykososiaalista tukea ja informaation tuottamista. Neuvottelevaa ja tasa-arvoista vuorovaikutteisuutta voidaan mitata ohjaustilanteessa käytetyn puheen ymmärrettävyydellä, mahdollisuutena esittää kysymyksiä ja jutella, mielipiteiden huomioimisella ja yhdessä suunnitelluilla ohjaustilanteilla. (Lipponen 2004, 17.)

Hyvä ohjaussuhde koostuu molemminpuolisesta kunnioituksesta ja luottamuksesta sekä ystävällisestä kohtaamisesta ja käytöksestä. Usein kun ohjaajalla on neuvontamateriaalia, syntyy ohjaustilanteesta luentomainen tilanne, jossa ohjaaja toimii opettajana ja potilas oppilaana. Sairaalaympäristössä ohjausaloitteen tekee usein hoitaja, jolloin tämä on asiantuntijaroolissa ja potilas vastaanottajana. (Lipponen 2004, 17–19.)

Ohjauksessa on syytä muistaa, että ohjaustilanteessa on kaksi asiantuntijaa. Hoitohenkilö on asiantuntija ohjausprosessissa ja potilas on asiantuntija omalle tilanteelleen ja tavoitteilleen. (Lipponen 2004, 19–22.) Potilasohjausta voidaan toteuttaa usein eri menetelmin: suullisella ja kirjallisella ohjauksella, audiovisuaalisella ohjauksella ja yksilö- tai ryhmäohjauksella (Montin 2008, 19–20.)

Ohjaustilanteessa pitää huomioida myös lain asettama velvoite. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 (luku 2, 3§ & 6§) asetetaan, että potilaalla, joka asuu Suomessa on laillinen oikeus hyvään ja laadukkaaseen hoitoon sosiaali- ja terveysalalla. Potilaan yksityisyyttä ja elämäntapaa on kunnioitettava, kuten myös hänen mahdollista kulttuurillista eroavaisuuttaan. Potilaan oikeuksiin kuuluu saada palvelua ruotsiksi tai suomeksi. Potilaan äidinkielestä riippuen hänellä on myös oikeus tulkkiin kuntien mahdollisuuksien mukaan. Potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaalla tulee olla myös oikeus kieltäytyä hoidosta.



### 3 VUOROVAIKUTUS POTILASOHJAUKSESSA

Potilasohjauksen onnistumiseen tarvitaan vuorovaikutusta, jonka avulla pystytään rakentamaan onnistunutta hoitaja–potilas -suhdetta. Vuorovaikutustilanteessa toisen ihmisen kanssa käytetään monenlaisia viestintäkeinoja, kuten sanatonta - ja sanallista viestintää. Nämä viestintäkeinot tukevat toisiaan ja toimivat yhdessä vuorovaikutuksessa. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006.) Vuorovaikutuksella tarkoitetaan tilanteessa tapahtuvaa kommunikointia, joten kaikki keskustelu on vuorovaikutusta. Vuorovaikutuksessa puhuja ja kuuntelija vaikuttavat aktiivisesti toisiinsa. (Suorsa 2012.)

Sanallisen eli kielellisen viestinnän onnistumiseen vaikuttaa se, miten molemmat osapuolet tulkitsevat toistensa kertomia lauseita. Sanoilla voi olla eri merkityksiä, jolloin voi tulla väärinkäsityksiä. Onnistuneella kielellisellä viestinnällä samat sanat ja lauseet ovat siis toiselle osapuolelle samaa merkitystä tuovia.

Sanattomalla viestinnällä voidaan joko mitätöidä kielellinen viestintä tai vahvistaa sitä. (Mäenpää & Rantala 2003, 32–35.) Sanattoman ja sanallisen viestinnän yhteinen onnistuminen on tärkeää, jos nämä tekijät ovat toisiaan kohtaan ristiriidassa voi ohjaustilanne epäonnistua ja ohjaaja saattaa potilaan silmissä menettää kunnioituksensa, uskottavuutensa tai ohjauksen merkitys voi vähentyä. (Lipponen, Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Sanattomaan eli nonverbaaliin viestintään kuuluvat äänen painotukset, äänenvoimakkuus, kosketus, ilmeet, kehonkieli eli asennot ja liikkeet sekä tilankäyttö ja välimatka. Nonverbaalinen viestintä on yleensä tiedostamatonta. Tulkitsija tulkitsee herkemmin nonverbaalista viestintää, kuin kielellistä viestintää. Katsekontakti on nonverbaalista viestintää, jonka tärkeyttä ei voi kyllin korostaa ohjaustilanteessa. Ohjaustilanteeseen valittu tila vaikuttaa myös keskenäiseen vuorovaikutukseen. On parempi, että ohjaustilanne tapahtuu tiloissa, joissa hoitajalla ja potilaalla olisi mahdollisuus rauhassa keskustella ilman häiriötekijöitä. (Forsberg & Matilainen 2011, 17–18; Montin 2008, 20; Mäenpää & Rantala 2003, 15–20.)

Puhe on ohjauksessa tärkein vuorovaikutuksen väline. Puheen avulla pystytään vaikuttamaan merkittävästi potilaan ohjaukseen ja siihen, miten ohjaaja auttaa,

ohjeistaa ja kuuntelee potilasta. Puheen tueksi on kirjallisia hoito-ohjeita ja lisäinformaatiota antavia esitteitä, mutta tärkein tekijä on puhe, jolla rakennetaan potilaan ja ohjaajan välinen vuorovaikutus. On kuitenkin muistettava, että jokainen ohjaaja ja potilas ovat yksilöllisiä ja heillä on omat keinonsa ja menetelmänsä kommunikoida. (Sorjonen, Peräkylä & Eskola 2001.)

Vuorovaikutus on puhumista ja kuuntelemista ja vaatii kommunikointia toisen osapuolen kanssa. Vuorovaikutuksellinen viestintä on ryhmän jäsenten välisten merkitysten tuottamista, jakamista ja tulkitsemista yhdessä.

Vuorovaikutustilanteessa ryhmänjäsenet tuottavat ja tulkitsevat merkkejä samanaikaisesti. Eri kulttuureissa on erilaisia tapoja kohdata toinen ihminen. Oppimamme kohtaamistavan mukaan kehitämme itsellemme rutiineja ja tapoja toimia erilaisissa vuorovaikutustilanteissa. (Marila & Ylinen 2002, 40–43; Räsänen 2006, 10–13; Mäenpää & Rantala 2003.)

Ohjauksessa olennaista on yhteisen päämäärän sopiminen. Tarkoituksena on, että ohjaaja ja potilas yhdessä sisäistävät mitä tavoitteita ohjaus prosessina pitää sisällään. Heidän on yhdessä määritettävä ja ymmärrettävä prosessin kesto ja sen ajoitus. Prosessissa molempien osapuolien tavoitteena on ymmärtää potilaan lähtötilanne ja se, paljonko potilas on valmis käyttämään aikaansa tietyn muutoksen saavuttamiseen. (Marila & Ylinen 2002, 43–46.)

Hoitajan ja potilaan välinen luottamussuhde on kehittyvää ja muuttuvaa. Luottamusta toista ihmistä kohtaan on vaikea mitata ja tarkkailla. Ihmiset ovat yksilöitä ja hyvän luottamussuhteen syntyminen voi viedä aikaa. Erilaiset kokemukset aikaisemmista luottamussuhteista vaikuttavat kykyyn tehdä uusia luottamussuhteita.

Hyvät vuorovaikutustaidot auttavat luomaan luottamusta. Mitä pidempi hoitosuhde, sitä syvempi on luottamus. Luottamukseen voi vaikuttaa erilaiset odotukset, tieto, taidot ja ohjaajan persoona. Luottamus sisältää myös mahdollisuuden menettää, jolloin se sisältää myös riskejä.

Potilaan luottaessa hoitajaansa, potilas on valmiimpi ottamaan vastaan erilaista informaatiota, taitoja ja neuvoja, jotka kohentavat potilaan elämänlaatua ja edistävät potilaan itsehoitoon. (Sillanvuo, 2006.)

## 4 OHJAUSTEORIOITA POTILASOHJAUKSEN TAUSTALLA

### 4.1 Konstruktivistinen potilasohjaus

Konstruktivismi juontaa juurensa monesta eri näkökulmasta ja sillä on useita suuntauksia, eikä se siksi ole yhtenäinen teoria. Konstruktivismin tiivistää näkemys, jonka mukaan se mitä henkilö kutsuu tiedoksi, ei koskaan ole henkilöstä riippumatonta, vaan perustuu aina henkilön tai yhteisön itse rakentamaan todellisuuteen. Konstruktivismissa oppiminen ei ole passiivista vastaanottamista vaan henkilön itsensä kognitiivista toimintaa, jossa hän tulkitsee uutta tietoaan ja havaintojaan suhteessa kokemuksiinsa ja aikaisempaan tietoonsa. (Piipponen 2007, 10.)

Konstruktivismissa ideana on, että ajatteluun liittyvät toiminnot voidaan tulkita tiedon rakentumisena. Ihminen on yksilö, joka rakentaa jatkuvasti uutta tietoa ja merkityksiä, jolloin myös tieto on elävä, muuttuva ja dynaaminen yhdistelmä. Konstruktivismissa oppija, potilasohjauksessa potilas, konstruoi eli rakentaa tiedon omien tavoitteidensa mukaisesti. Konstruktivismi saa aikaan ilmiöiden ja asioiden ymmärtämistä. (Ojanen 2009, 41, 44.)

Konstruktivismissa ohjauksessa ja oppimisessa on oleellista, että yksilö on oma-aloitteinen ja voi ohjata itse omaa oppimistaan sekä ottaa näin vastuun omasta oppimisestaan. Oppiminen tapahtuu siis vastuullisesti omien kokemusten tutkimisen kautta ja olosuhteissa, joissa epävarmuus on sallittua. Merkittävä tekijä on, että potilas haluaa olla osana ryhmää, käyttää kriittistä reflektiota ja jakaa yhdessä tutkimisen ilmapiirin. (Ojanen 2009, 49–51.)

Yksilön henkilökohtaiset lähtökohdat vaikuttavat tiedon ja oppimisen syntyyn. Vaikuttavia tekijöitä ovat yksilön älyllinen intuitio aikaisemmat tiedot ja ymmärrys. Jokainen käsittää annetun informaation omalla tavallaan, jolloin jokaisella on oma totuus. (Järvinen 2011, 59). Tapa, jolla ohjaaja ottaa paikkansa ohjaustilanteessa on ratkaiseva. Ohjaajan tehtävänä on luoda tasa-arvoisuutta, toisten kunnioittamista sekä lisätä potilaiden syvää ymmärrystä ja rohkaista potilaita syventämään työskentelyään. (Ojanen 2009, 51.)

## 4.2 Ratkaisukeskeinen potilasohjaus

Ratkaisukeskeinen ohjaus on konstruktivismiin perustuva ohjausteoria. Sen ovat kehittäneet Insoo Kim Berg ja Steve de Shazer 1980-luvulla. Ratkaisukeskeisessä ohjauksessa on keskeistä siirtää huomio ongelmista kohti mahdollisuuksia ja tulevaisuutta. (Miller 2004, 4.)

Tämän teorian mukaan ohjaajan tulisi rohkaista potilasta ja auttaa häntä löytämään omat vahvuutensa ja parhaat puolensa. Tällöin ohjaaja voi asettua hieman taka-alalle ja ottaa lähinnä uteliaan asenteen, kun potilas ratkaisee itse ongelmaansa hyödyntäen resurssejaan. Ohjaajan tehtävään kuuluu kuitenkin ohjata keskustelua oikeaan suuntaan esimerkiksi käyttämällä kysymyksiä, kuten “Miten pääsit tähän johtopäätökseen?” tai “minkä avulla uskot ymmärtäneesi tämän?” (Miller 2004, 4.)

Ratkaisukeskeinen lähestyminen antaa potilaalle mahdollisuuden kokea itse hallitsevansa elämäänsä. Potilaalla on itsellään mahdollisuus muuttaa olosuhteitaan, joihin ei ole tyytyväinen. Ratkaisukeskeisessä ohjauksessa hoitaja yrittää ymmärtää potilaan näkökulmaa. Potilas kuitenkin itse päättää, mikä häntä auttaa saavuttamaan parhaan mahdollisen elämänlaadun. (Smith, Adam & Kirkpatrick 2011, 46.)

## 4.3 Sosiodynaaminen potilasohjaus

Käsite sosiodynaaminen ohjaus voidaan pilkkoa kahteen eri sanaan. Sanoihin sosio ja dynaaminen. Sosio merkitsee sitä, että jokaisen henkilön olemassaolo on sosiaalista. Sana dynaaminen tulee kreikan kielestä ja tarkoittaa jatkuvaa muutosta. (Retsja 2007, 9–11.)

Sosiodynaamisessa ohjauksessa potilasta kunnioitetaan ja hänet kohdataan yksilönä. Tässä menetelmässä ohjaaja näkee potilaan kokonaisuutena. Ohjaaja kannustaa potilasta käsittelemään asioitaan reflektiivisesti kokemuksiansa ja tuntemuksiansa kautta, jolloin potilas saavuttaa suuremman selkeyden. (Peavy 2000, 8-9.) Vuorovaikutuksen avulla ohjaaja ja potilas luovat yhteistyösuhteen, joka on avain sosiodynaamiseen ohjaukseen. Sosiodynaaminen ohjaus on elämänsuunnittelun menetelmä, jossa tulevaisuus on tarkkaan pohdittu ja mietitty

tulos, joka on syntynyt omien pohdintojen ja oivallusten kautta. ( Retsja 2007, 9–11; Karvonen 2012, 13.)

Sosiodynaamisessa ohjauksessa ohjaaja on läsnä ja välttää virkailijamaista käyttäytymistä. Näin ohjaaja kykenee aidosti kuuntelemaan potilasta. Vuoropuhelun kautta ohjaaja ja potilas pystyvät ymmärtämään toisiaan. (Karvonen 2012, 14.)

Ohjaajan tulee pyrkiä olemaan avoin ja antaa mahdollisuus myös itselleen oppia uutta, kuitenkin unohtamatta omaa kulttuurillista tietoaan. Sosiodynaamisen ohjauksen tarkoitus on luoda ohjausolosuhteet, jotka edesauttavat huomaamaan uusia näkökantoja asioille ja kehittämään uusia kykyjä. Ohjausmenetelmän tarkoituksena on, että potilas itse oivaltaisi ja pohtisi, miten voisi omilla valinnoillaan vaikuttaa elämäänsä. Ohjaajan ja potilaan tiedot ja taidot ovat peräisin heidän omista elämäkokemuksistaan ja ovat toisiinsa nähden tasavertaiset, mutta ohjausprosessi rakentuu potilaan kokemusten pohjalta. (Retsja 2007, 9–11; Juutilainen 2011.)

Jokainen potilas on yksilö, joka kokee elämän ainutkertaisella tavalla ja tätä tulee kunnioittaa ohjastilanteessa. Sosiodynaamisessa ohjauksessa ajatellaan, että ihminen voi aina kehittää itseään ja ajattelumalliaan vuorovaikutuksen avulla. (Retsja 2007, 9–11; Juutilainen 2011.)

#### 4.4 Behavioristinen potilasohjaus

Behavioristisessa ohjausmenetelmässä ohjaaja on ratkaisevassa asemassa ja ohjaaja kertoo potilaalle tiedon opetettavasta asiasta, mutta ei perustele miksi jokin asia opetetaan. Tässä menetelmässä ohjaajan tulee tehdä ympäristö oppijaa tukevaksi. Behavioristisen teorian ydin on, että tietynlaista käyttäytymistä saadaan aikaan sitä vahvistamalla. (Haapaniemi 2003, 28.)

Behavioristisella ohjausmenetelmällä pyritään palkitsemaan potilas, jos hän on oppinut opetettavan asian. Tässä pätee myös päinvastainen ajattelu, eli kun potilas ei opi opetettavaa asiaa, voidaan häntä rangaista. Behavioristinen teoria on herättänyt paljon huomiota ja keskustelua, koska behavioristisella

oppimismenetelmällä ei välttämättä saavuteta pitkäkestoisia tuloksia. (Haapaniemi 2003, 28.)

Eräitä behavioristisen näkemyksen osia tuetaan edelleen, mutta sitä pidetään varsin yksinkertaistavana ohjaus- ja oppimismenetelmänä ihmisille.

Behavioristisessa ohjauksessa ohjaajaa kiinnostaa pääosin ulkoisesti nähtävä muutos toiminnassa ei niinkään sisäinen oppiminen ja ymmärrys. Potilas voi noudattaa annettuja ohjeita hänen kuitenkaan ymmärtänyt perusteita toiminnalleen. (Turunen, Tikanoja & Voutilainen 2014.)

#### 4.5 Dialoginen potilasohjaus

Ohjauksessa on keskeistä dialoginen vuorovaikutus ohjaajan ja potilaan välillä.

Dialogi termillä tarkoitetaan keskustelua, kaksinpuhelua tai vuoropuhelua.

Dialogin tarkoitus on tavoitella keskinäistä ymmärrystä, joka saavutetaan yhdessä ohjaajan ja potilaan kanssa. Ymmärrys ja tieto rakentuvat yhdessä ohjaajan ja potilaan kesken tapaamisessa. Dialogisessa potilasohjauksessa edetään hitaasti, nopeat ja jyrkät mielipiteet voivat pysäyttää tilanteen. (Mönkkönen 2002, 33–35; Ojanen 2003.)

Ohjaaja toimii dialogisen yhteistyön johdattajana. Dialogisessa ohjauksessa ohjaaja pyrkii ylläpitämään potilaan kanssa turvallista ilmapiiriä, jossa potilas voi tuoda ajatuksiaan esille. Ohjauksessa tunteiden käsittelyllä on suuri merkitys. Myös hiljaisuudelle annetaan dialogisessa ohjauksessa tilaa; nämä ovat luovia hetkiä, joissa potilas voi ymmärtää ja ajatella. (Ojanen 2003.)

Kaikille eivät kaikki sanat ja tavat välttämättä merkitse samoja asioita.

Dialogiaan tarvitaan vuorovaikutusta, mutta kaikki vuorovaikutus ei ole dialogisuutta. Dialogisessa vuorovaikutuksessa osapuolet keskustelevat näkemyksistään ja he pyrkivät on yhteiseen ymmärtämiseen. (Mönkkönen 2002, 33–35.)

## 5 MIGREENI SAIRAUTENA

Migreenillä tarkoitetaan kohtauksittain esiintyvää kroonista neurologista sairautta, jonka tyypillisiä oireita ovat sykkivä toispuolinen kova tai kohtalainen päänsärky, valo- ja ääniherkkyys sekä pahoinvointi. Siihen voi liittyä myös yleisiä autonomisen hermoston häiriöitä, kuten ripulia tai kalpeutta. (Sumelahti, Huhtala & Maunu 2008; Mustajoki 2010.)

Migreeni nähdään periytyvänä, kroonisena sairautena aivorungossa.

Migreenikohtauksen oireisiin kuuluu autonomisen hermoston häiriöitä, kuten haukottelua tai muutoksia ruokahalussa, sekä toimintakykyä rajoittavia, toistuvia päänsärkykohtauksia. (Färkkilä 2009.) Migreenikohtauksen ensioireita ovat mentaaliset oireet eli väsymys ja keskittymiskyvyttömyys (Työterveyslaitos 2014). Kohtauksessa ilmenee muutoksia keskushermostossa, jolloin monet aistit muuttuvat herkemiksi. Muutoksia voi ilmetä kuulo, haju ja näköaistissa ja potilas voi muuttua iholtaan kalpeaksi. Suolisto ei toimi normaalisti, vaan sen toiminta muuttuu tavallista rauhallisemmaksi ja nesteitä kertyy elimistöön. Kohtauksen aikana potilas kokee pahoinvointia tai voimakkaan päänsäryn jälkeen oksentaa. Migreeni ei siis ole vain päänsärkyä vaan kohtauksellinen tapahtuma kaikkialla kehossa. (Färkkilä 2009.) Päänsärkyvaiheen jälkeen potilas kokee usein itsensä väsyneeksi ja uupuneeksi (Työterveyslaitos 2014).

Migreeniä sairastaa n. 10 % väestöstä. Esiintyvyys on suurimmillaan 25–55-vuotiailla ja sitä esiintyy eniten työikäisillä naisilla. Migreeniä esiintyy miehistä 6–8 %:lla ja naisista 17–24 %:lla. Suomessa arvioidaan kokonaisuudessa olevan n. 500 000 migreeniä sairastavaa henkilöä. (Sumelahti, Huhtala & Maunu 2008.)

Migreeniä voi esiintyä kohtauksittaisena tai kroonisena jolloin migreeniä on päivittäin jokapäiväisestä lääkityksestä huolimatta. Migreeni koetaan erittäin kivuliaaksi, usein toimintakykyä heikentäväksi päänsäryksi. Aikuisilla migreenikohtaus voi kestää useita tunteja, mutta joissain tapauksissa kohtauksen kesto on jopa viisi päivää. Joskus potilas ei ehdi toipua edellisestä kohtauksesta ennen seuraavaa kohtausta. Hoito perustuu triggereiden eli kohtauksen laukaisevien tekijöiden minimointiin, näitä voivat olla esim. hormonaaliset muutokset, stressi tai unenpuute. Migreenipotilaat tarvitsevat usein

reseptilääkitystä tai muuta sairaanhoitoa selviytyäkseen oireiden kanssa. Tavalliset käsikauppatavarana myytävät kipulääkkeet ovat harvoin riittävä hoito migreenille. (Työterveyslaitos 2014; Holland & Krucik 2014.)

### 5.1 Aurallinen ja auraton migreeni

Migreeni jaetaan kahteen päämuotoon: auralliseen ja aurattomaan migreeniin. Aurallisessa migreenissä päänsärkyä edeltävät esioireet, kuten näköhäiriö, vaikeudet puheessa, lihasheikkous tai puutuminen. (Sumelahti 2010, 345–347.) Ensimmäisinä oireina potilas voi kokea makeanhimoa, haukottelua, väsymystä, mielialan ja elimistön muutoksia. Niiden jälkeen näköoireita saattaa ilmetä. Näköhäiriö voi tulla esiin laajenevana häiriönä näkökentässä, sahalaitaisena harmaana tai kirkkaana alueena, värisevänä näkökenttäpuutoksena tai kirkkaina palloina. (Mustajoki 2010; Färkkilä 2009.)

Aurattomassa migreenissä päänsärky alkaa ilman esioireita. Yli puolella migreeniä sairastavista naisista kuukautiset toimivat kohtauksen laukaisijana. Kuitenkin noin 10% kärsii pelkästä kuukautismigreenistä. Kuukautismigreeni luokitellaan aurattomaksi migreeniksi ja sen aiheuttamat migreenikohtaukset ovat hankalimpia hoitaa. Tärkeimpänä kuukautismigreeniä laukaisevana tekijänä pidetään estrogeenitason laskua veressä kuukautiskierron aikana. (Sumelahti 2010, 345–347.)

Aurallinen migreeni alkaa sykkivää päänsärkyä edeltävällä mahdollisilla esioireilla. Auraton migreeni alkaa suoraan päänsäryllä. On mahdollista kokea myös migreeniä vastaavia, diagnoosin kannalta epätäydellisiä oireita, kuten tilanteessa, jossa potilas ei koe lainkaan päänsärkyä, mutta kärsii näköhäiriöistä. (Färkkilä 2009.)

### 5.2 Migreenin triggerit

Migreenikohtauksen voi laukaista moni tekijä ja migreenikohtauksen laukaisijat eli triggerit ovat yksilöllisiä. Triggerit ovat siis erilaisia eri henkilöillä ja ne voivat vaikuttaa ihmisiin eri tavoin eri kerroilla kun niitä esiintyy. Hermostuneisuus ja stressi tai sen loppuminen ovat tyypillisiä migreenin triggereitä. Myös erilaiset



ruoka-aineet voivat laukaista migreenikohtauksen. Tällaisia ruoka-aineita ovat esimerkiksi suolaiset, mausteiset tai pitkään kypsytetyt tuotteet kuten eräät juustot, suklaa tai sitrushedelmät. Myös hormonit voivat olla osatekijänä migreenikohtauksen synnyssä, vilkkuvat valot, verensokerin vaihtelut ja tunnetilat. (Vainio 2004, 50; Holland & Krucik 2014.)

Sekä kohtauksittainen että krooninen migreeni on yleisempää naisilla kuin miehillä. Naisilla muutokset elimistön hormonitasossa voivat laukaista kohtauksen. Vaikkeudet nukkumisessa ja unen saannissa voivat vaikuttaa migreeniin. Myös liian vähäinen määrä unta voi laukaista kohtauksen, kuten myös liian suuri määrä unta. Voimakkaat hajut ja kovaääninen musiikki voivat vaikuttaa migreenikohtauksen syntyyn. (Holland & Krucik 2014; National institution of neurological disorders and stroke 2014.) Migreenin kanssa samanaikaisesti ilmenee myös ahdistuneisuutta, masennusta, univaikeuksia, muita kiputiloja ja väsymystä. Migreeniin liittyy myös kohonnut riski sairastua allergioihin, sydänkohtaukseen tai aivohalvaukseen, etenkin jos potilas kärsii aurallisesta migreenistä. (Doddick 2014; Työterveyslaitos 2014.)

### 5.3 Migreeni työelämään vaikuttavana tekijänä

Migreeni on kivuliaisuutensa lisäksi myös työkykyä heikentävä sairaus. Maailman terveysjärjestön sairauksien kuormittavuutta käsitellyt maailmanlaajuinen tutkimus osoitti, että migreeni oli vuonna 2004 aiheuttanut 1,3 % kaikista työkyvyttömyyden takia menetetyistä vuosista. Päänsärkysairaudet voivat tuottaa merkittävää vaivaa niitä poteville henkilökohtaisena kärsimyksenä, taloudellisina kustannuksina ja elämänlaatua heikentävänä tekijänä. Toistuvat päänsärkykohtaukset ja jatkuva pelko niistä vahingoittavat sekä perhe- että sosiaalista elämää ja työllistymistä. (World health organization 2012.)

Amerikkalaisessa tutkimuksessa migreeniä sairastavista 80 % raportoivat jonkin asteista toimintakyvyttömyyttä migreenin takia. Koska migreeni vaikuttaa ihmisiin etenkin heidän tuottavimpina vuosinaan, sen ekonomisen vaikutus on suuri. Työkyvyttömyyden taso on suoraan yhteydessä päänsärlyn esiintymistiheyteen ja vakavuuteen. (Mc Crory, Lake & Saper 2008, 203–204.)

#### 5.4 Kipu migreeniä sairastavalla

Tunnekokemus liittyy usein kipuaistimukseen. Kipu voidaan kuvata epämiellyttäväksi tunne- ja tuntokokemukseksi. Kivun tehtävänä pidetään varoittaa esimerkiksi kudonvauriosta ja kipukokemuksen kahdesta osatekijästä, tunnosta ja tunteesta. Kipu on kuin vaarasta kertova hälytin, mutta sen suurempaa tarkoitusta ei varoituksella ole. Kivun voimakkuuden kokeminen on melko yksilöllistä ja kivun mittaaminen hankalaa. Kivusta kärsivät saattavat kokea, että koska kipu ei näy ulospäin, heidän kipuaan tai vaivaansa ei uskota. (Granström 2010, 14–29.)

Migreeni aiheuttaa päänsärkyä, joka usein paikantuu tietylle pääalueelle ja johon joskus liittyy myös vähitellen kasvava herkkyys valolle ja äänille. Migreenissä on tyypillistä myös jatkuvasti voimistuva, kivulias ja vaiheittain etenevä päänsärky. Kun migreenipäänsärky kuvaillaan lieväksi tai keskivahvaksi, kipu kuvataan tylpäksi, syväksi ja vakaaksi. Kun kipu on vakavaa, se kuvataan sykkiväksi ja jomottavaksi. (Zimney 2014.)

## 6 MIGREENIN LÄÄKEHOITO

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2005, 41) mukaan neuvonta ja ohjaus ovat merkittävä osa onnistuneen lääkehoidon toteutumisesta. Potilaan tulee kuitenkin tietää käyttämiensä lääkkeiden käyttötarkoitukset ja käyttötapa. Lisäksi hänen tulee ymmärtää mitä haittavaikutuksia lääkkeen käytöstä saattaa ilmetä ja milloin ja mihin hänen tulee ottaa tarvittaessa yhteyttä. Sivuvaikutukset, yhteisvaikutukset ja vaikutukset suorituskykyyn tulee olla potilaan tiedossa. Lisäksi omaisten on hyvä tietää potilaan lääkkeiden vaikutuksesta.

Migreeniin ei ole mitään tiettyä lääkettä, joka sopisi kaikille. Kaikki jotka sairastavat migreeniä eivät välttämättä tarvitse mitään erikseen määrättyä reseptilääkettä, vaan pärjäävät ilman lääkitystä tai selviävät tavanomaisten apteekista saatavien särkylääkkeiden avulla. Migreeni on jokaisella yksilöllinen ja se on huomioitava lääkityksessäänkin. Vaikeat migreenikohtaukset vaativat toimivaa lääkitystä, joissakin tapauksissa parhaimmat tulokset syntyvät yhdistelmä lääkkeillä. Usein toistuvat migreenikohtaukset ja toimintakyvyn viedät kohtaukset voivat vaatia jatkuvaa estolääkitystä. Estolääkitysvaihtoehto on tarpeen niille potilaille, joiden migreenikohtaukset häiritsevät tavallista arkea tai kohtauslääke ei tehoa tarpeeksi hyvin akuuttiin kohtaukseen ja kohtauslääkkeistä on muita haittavaikutuksia potilaalle. Estolääkitystä harkitaan potilaille, joilla on migreenikohtauksia minimissään kolme kertaa kuukaudessa ja särkypäiviä viisi kertaa kuukaudessa. (Färkkilä, Havanka, Hämäläinen, Laukkala, Sumanen & Säkö 2008.)

Estolääkityksen vaikutusta ja sen jatkumista tarkkaillaan tarkoin kontrollikäynneillä. Estolääkityksen valinnassa on paljon vaihtoehtoja. Esimerkiksi mahdollisia estolääkkeitä ovat beetasalpaajat, epilepsialääkkeet ja tulehduskipulääkkeet. Näissäkin lääkkeissä on yhdistelmä mahdollisuus. Pääsääntöisesti migreenisärky voidaan saada hallintaan yleisillä kipulääkkeillä tai kipu- ja pahoinvointilääkkeen yhdistelmillä. (Färkkilä ym. 2008).

Parhaiten tilanne saadaan hallintaan, kun otetaan tarpeeksi suuri kerta-annos lääkitystä ja se tehdään mahdollisimman aikaisin. Suuremmat annokset tehoavat

paremmin, kuin useaan kertaan otetut pienet annokset. (Färkkilä ym. 2008; Hentunen 2014.)

Migreenikohtaus voi olla todella voimakas ja potilas joutuu hakeutumaan päivystykseen. Sairaalassa on tällöin mahdollisuus antaa lääkkeitä isoina määrinä lihakseen tai laskimoon. (Hentunen 2014.) Yleisimmät migreenikohtauslääkkeet ovat asetyylisalisyylihappo ja parasetamoli. Parhaimmat vaikutukset ovat olleet asetyylisalisyylihapolla, mutta sen käyttäminen voi joillakin ärsyttää maha-suolikanavaa. Muita käytettyjä lääkkeitä ovat ibuprofeeni, naprokseeni, tolfenaamihappo ja ketoprofeeni. Kyseiset tulehduskipulääkkeet eivät sovellu jokapäiväiseen käyttöön eivätkä estolääkkeeksi migreenipotilaille joilla on usein kohtauksia. Triptaanit ovat yleinen vaihtoehto vaikean migreenikohtauksen hoitoon. (Färkkilä ym. 2008.)

Migreenilääkkeitä kehitetään jatkuvasti ja nyt tutkijat kehittävät lääkettä, jonka tarkoitus on estää CGRP:n toimintaa, eli lievittää kipua. Lyhenne CGRP tulee välittäjäaineesta, kalsitoniinigeeniin liittyvästä peptidistä ja sen vaikutuksista verisuoniin. Tämä välittäjäaine toimii keskushermostoon vaikuttavana ja edesauttaa kipua verisuonten seinämissä. CGRP laajentaa verisuonia ja voimistaa verisuonten seinämien tulehdusta. Tämän nähdään selittävän sykkivää päänsärkyä. Sitä on myös ajateltu suurena tekijänä migreenin synnyssä. (Hentunen 2014.)

## 7 ELÄMÄNHALLINTA OSANA MIGREENIN HOITOA

Kipu on yksilöllinen kokemus ja kroonista kipua kärsivä potilas kokee usein sairaudestaan ahdistusta. Sairauden rajoittaessa elämää, seuraa usein ahdistus, joka voi johtaa masennukseen. Ahdistukseen liittyviä tekijöitä ovat usein pelko tulevaisuudesta, ikääntyminen, toimeliaisuuden puute, konkreettinen avun tarve, ihmissuhdeongelmat ja menneisyyden kaipuu. Tunne omasta elämänhallinnasta on tärkeää kipupotilaalla. Mielihyväkokemuksilla on selkeä yhteys kipu kokemuksiin. Mielihyväkokemukset ovat yksilöllisiä, mutta esimerkiksi musiikki, kotityöt tai ymmärrys työpaikalla potilaan sairauteen voivat tuoda potilaalle mielihyväkokemuksia. Mielihyväkokemukset edistävät potilaalle kuvaa omasta elämänhallinnasta ja saavat ajatuksia toisaalle omasta sairaudestaan. (Eloranta 2002, 9–13.)

Oman sairauden ja kivun hyväksyminen auttaa potilaita tulemaan toimeen kivun kanssa, joka edistää potilaan elämänhallintaa. Selviytymiseen kroonisen kivun kanssa elämiseen vaikuttavat potilaan omat voimavarat ja nämä ovat jokaisella potilaalla yksilölliset. Voimavarana voi toimia potilaan oma persoonallisuus, elämänasenne, terveydentila, kognitiiviset ja fyysiset tekijät, sosiaaliset taidot, sosiaalinen verkosto ja taloudellinen tilanne. Selviytymisen merkitys potilaalle viittaa siihen, miten potilas voi itse edistää omaa hyvinvointiaan. Selviytymisprosessissa on erilaisia selviytymiskeinoja. Keinot voivat olla fyysisiä tai psyykkisiä, joiden tarkoitus on olla potilaalle apuvälineinä parempaan elämänhallintaan. (Eloranta 2002, 9–13.)

Elämänhallinnan merkitys on vahvasti kulttuurisidonnainen. Sen tarkoitus riippuu siis siitä, mitä mikäkin kulttuuri käsittää elämänhallinnaksi. Elämänhallintaa käsitteenä on tutkittu laajasti eri tieteenaloilla ja monissa eri tilanteissa. Tutkimuksessa koemme käsitteen ”elämänhallinta” tarkoittavan sitä, että ihminen kykenee hallitsemaan ja kontrolloimaan omaa elämäänsä. Ihmiset jotka tuntevat itsensä, omat heikkoutensa ja vahvuutensa, pystyvät hyödyntämään omaa tuntemustaan ja heillä on suurempi mahdollisuus kokea kokonaisvaltaista oman elämänsä hallintaa. Elämässä ja arjessa vastaantulevat vaikeudet on näin helpompi huomata ja niihin oikein suhtautuminen sekä vaikeuksien kohtaaminen on tällöin vaivattomampaa. (Mäkiranta 2008, 7–10.)

Elämänhallinta voidaan jakaa sisäiseen- ja ulkoiseen elämänhallintaan. Sisäinen elämänhallinta pitää sisällään sen, miten ihminen pystyy kohtaamaan elämässään vastaan tulevat haasteet. Ihminen, jolla on vahva sisäinen elämänhallinta, kokee pystyvänsä vaikuttamaan oman elämänsä etenemiseen eikä koe olevansa elämänsä haasteiden ja tapahtumien armoilla. Ulkoinen elämänhallinta tarkoittaa, että ihminen ottaa käyttöönsä esimerkiksi tukiverkostosta saamaansa apua selvitäkseen vaikeuksistaan. Ulkoiseen elämänhallintaan kuuluu vahvasti työkyvyn ylläpitäminen. Ulkoinen ja sisäinen elämänhallinta ovat kytköksissä toisiinsa merkittävästi. Krooninen sairaus on pysyvä elämänhallintaan vaikuttava tekijä. Sairauden hallintaan elämässä vaikuttaa se, kuinka paljon potilas itse kykenee vaikuttamaan toimintaan. Mitä paremmin potilas kykenee itse vaikuttamaan, sitä enemmän hän on myös tapahtuman kulusta vastuussa. (Hekkonen & Välikangas 2011, 96–99.)

## 8 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa siitä, miten migreenipotilaat kokevat saamansa ohjauksen. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten migreenipotilaat kokevat tullessa kohdelluiksi ohjaustilanteessa. Tällä kysymyksellä pyritään saamaan selville, millaista kohtelua migreenipotilaat omasta näkökulmastaan ovat saaneet ohjaajalta tilanteessa, jossa heitä on ohjattu sairauttaan tai sen hoitoa koskien.

Lisäksi opinnäytetyön tarkoitus on saada tietoa siitä, kuinka riittäväksi ja ajankohtaiseksi migreenipotilaat kokevat ohjaajan antaman tiedon ohjauksessa. Tällä kysymyksellä pyritään opinnäytetyössä selvittämään, miten migreenipotilaat kokevat ohjauksessa saamansa tiedon laadun ja tarpeellisuuden. Lopuksi opinnäytetyössä halutaan selvittää, miten migreenipotilaiden potilasohjausta voidaan heidän mielestään kehittää, eli mitä ohjauksen tulisi migreenipotilaan näkökulmasta sisältää.

## 9 TIEDONHAUN KUVAUS

Olemme tehneet tiedonhakuja aktiivisesti maaliskuusta 2013 asti, jolloin kävimme tiedonhankintaklinikalla informaation ohjauksessa. Tiedonhankinnan koimme vaikeaksi, sillä juuri valitsemastamme aiheesta ei ole tehty aikaisempia tutkimuksia. Tiedonhankinta vaati meiltä myös paljon harjoitusta ja luovuutta. Olemme rajanneet aihetta ja opinnäytetyömme sisältöä sekä pohtineet ohjausta hyvin kokonaisvaltaisesti. Hyödynsimme tiedonhaussa nelli-portaalia. Olemme hakeneet tietoa tietokannoista, kuten Medic ja Aleksi (BTJ). Tietoa on haettu myös Melindan ja Ebscon kautta.

Kirjoja olemme hakeneet LAMK:n sosiaali- ja terveysalan laitoksen tietokeskuksesta, Fellmannian tietokeskuksesta sekä Lahden kaupungin maakuntakirjastosta. Olemme hakeneet tietoa lisäksi Google Scholar- ohjelman kautta.

Tiedonhaku-prosessia olemme tehneet koko opinnäytetyön teon aikana jatkuvasti. Hakusanoina olemme käyttäneet muunmuassa sanoja ohjaus, potilas, potilaan ohjaaminen, counseling, migreeni, neuvonta, ohjauksen teoriat ja vuorovaikutus.



## 10 MENETELMÄT JA AINEISTO

### 10.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Aineiston keruu suoritettiin puolistrukturoidun teemahaastattelun menetelmää hyödyntäen ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen. Aineisto kerättiin opinnäytetyöhön haastatteleamalla migreeniä sairastavia henkilöitä.

Teemahaastattelu etenee väljemmin muotoiltujen teemojen pohjalta. Se on keskustelunomainen tilanne, jossa käydään läpi valmiiksi valitut aihepiirit, teemat. Teemoista puhutaan vapaassa järjestyksessä, eikä jokaisen haastateltavan kanssa ole välttämätöntä puhua kaikista teemoista yhtä laajasti. Haastattelutilanteessa tutkijalla on mukana mahdollisimman vähän muistiinpanoja käsiteltävistä aihe-alueista, jotta tämä voisi keskittyä täysin keskustelutilanteeseen. Teemat voidaan listata ranskalaisin viivoin ja lisänä voi olla joitakin avainsanoja ja apukysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48.) Puolistrukturoitu haastattelu toimii hyvin tilanteissa, joissa halutaan tietoa juuri tietyistä asioista, eikä haastateltaville tästä syystä haluta tai ei ole tarpeellista antaa paljoo vapautta haastattelutilanteessa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Haastattelutilanne oli avoin ja vuorovaikutteinen ja haastattelurunko ohjasi keskustelua. Haastattelutilanteessa oli apuvälineenä nauhuri ja haastattelurunko (LIITE2). Haastattelurunko esitettiin ennen varsinaista haastattelua. Esitestauksen jälkeen korjattiin haastattelurunkoon vaadittavat muutokset. Muutoksia tehtiin kysymysten ymmärrettävyyden ja johdonmukaisuuden parantamiseksi.

Haastattelurunko koottiin tietoperustasta nousseiden teemojen mukaan ja haastattelukysymykset muokattiin migreenipotilaalle sopiviksi niin, että kysymyksillä saatiin vastaukset tutkittaviin teemoihin. Haastattelurungon pääteemat olivat vuorovaikutus, tiedon riittävyys ja potilasohjauksen kehittäminen. Näistä teemoista muodostettiin pienempiä osa-alueita, jotka toimivat haastattelurungon kysymyksinä. Teemat koottiin haastattelurunkoon loogisessa järjestyksessä ja aiheista keskusteltiin jokaisen kanssa yksilöllisesti.

Teemoista ja niiden alateemoista on tarkoitus keskustella mahdollisimman vapaasti. Teemahaastattelua on hyvä käyttää, kun haetaan tietoa vähemmän tunnetuista asioista ja ilmiöistä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Hirsjärvi ja Hurme (2000, 43–48) kommentoivat suunnitelmallisuuden ja perehtymisen tärkeyttä; huolellisella suunnittelulla ja teoreettisella aiheeseen perehtymisellä on suuri merkitys haastattelun kannalta. Haastattelijan on täytynyt ennalta tutustua myös tutkittavien tilanteeseen. Tavoitteena haastattelulle on, että tutkija saa tutkimusongelman kannalta merkittävää tietoa haastattelun kautta. Haastattelu tapahtuu haastattelijan aloitteesta ja hän myös ylläpitää haastattelun kulkua ja haastateltavan motivaatiota.

Teemahaastattelu valittiin opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi, koska migreenipotilaiden potilasohjauksesta ei ole aikaisempaa tutkimustietoa. Ennen haastattelua opinnäytetyöntekijät perehtyivät potilasohjauksen taustateorioihin ja käsitteisiin sekä migreeniin sairautena ja elämään vaikuttavana tekijänä. Tutkittavien tilanteeseen perehdyttiin ennen haastattelua toimimalla yhteistyössä Suomen migreeniyhdistyksen toimeksiantajien kanssa. Toimeksiantajien kanssa keskusteltiin myös yhdistyksen vertaistukiryhmästä ja sen toiminnasta. Ennen haastattelua opinnäytetyöntekijät osallistuivat Suomen migreeniyhdistyksen täydennyskoulutukseen, jossa migreenipotilaan näkökulma tuli selkeästi esille.

Tutkijan on pohdittava aineiston riittävyttä ja analyysin kattavuutta. Aineiston riittävyttä voidaan arvioida sen saturaation eli kylläntymisen perusteella. Tällä tarkoitetaan, että aineisto on kylläntynyt kun se ei enää tuota tutkimusongelman kannalta uutta tietoa, vaan samat asiat toistuvat. Analyysin kattavuudella tarkoitetaan, että tulkintoja ei perusteta satunnaisiin otoksiin aineistosta. (Eskola & Suoranta 1998, 62, 216.)

Haastatteluista noussut aineisto vastasi opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin ja haastattelussa saatu aineisto toisti itseään eli kylläntyi. Aineisto vastasi tutkimuskysymyksiin, mutta siitä ei noussut enää opinnäytetyölle tarpeellisia uusia teemoja esille, joten aineisto koettiin riittäväksi. Opinnäytetyössä johtopäätöksiin ei tultu vain yksittäisten mielipiteiden perusteella, vaan johtopäätökset koottiin koko aineiston perusteella.

Teemahaastattelussa sisältö- ja tilanneanalyysi ovat tärkeitä. Kun tutkija on perehtynyt aiheeseen riittävän laajasti, voi hän laatia tutkimusaiheen sekä – kysymykset. Nämä tulee muokata tutkittavaan muotoon, eli operationalisoitava. Lisäksi haastateltavien valintaan on syytä kiinnittää huomiota. Tutkimukseen osallistuvia ei tulisi valita täysin satunnaisesti. Tutkittaviksi on syytä valita ihmisiä, joilta voisi ajatella saavan parhaiten aineistoa tutkimuksen kohteisiin (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Haastattelun kohteena toimi kolme 35–55 vuotiasta kroonista tai monimuotoista migreeniä sairastavaa naishenkilöä. Haastateltavat olivat naisia, koska migreeniä esiintyy kolme kertaa enemmän naisilla kuin miehillä ja sitä tavataan eniten 30 – 39 vuotiaille (Kääriäinen 2014, 22). Haastateltaviksi valittiin työikäisiä, koska opinnäytetyö kuuluu Migreeni ja työelämän triggerit – projektiin. Näin säilytettiin yhteys projektiin ja toimeksiantoon. Haastateltavat valittiin tiettyjen kriteerien pohjalta. Haastateltavilla henkilöillä tuli olla jonkinlaista kokemusta migreeniin liittyvästä potilasohjauksesta. Lisäksi haastateltavat haluttiin löytää lähi-alueilta haastattelujen suorittamisen helpottamiseksi.

## 10.2 Aineiston analysointi

Aineiston keruu suoritettiin puolistrukturoidun teemahaastattelun menetelmää hyödyntäen ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen. Aineisto kerättiin opinnäytetyöhön haastattelemalla migreeniä sairastavia henkilöitä.

Teemahaastattelu etenee väljemmin muotoiltujen teemojen pohjalta. Se on keskustelunomainen tilanne, jossa käydään läpi valmiiksi valitut aihepiirit, teemat. Teemoista puhutaan vapaassa järjestyksessä, eikä jokaisen haastateltavan kanssa ole välttämätöntä puhua kaikista teemoista yhtä laajasti. Haastattelutilanteessa tutkijalla on mukana mahdollisimman vähän muistiinpanoja käsiteltävistä aihe-alueista, jotta tämä voisi keskittyä täysin keskustelutilanteeseen. Teemat voidaan listata ranskalaisin viivoin ja lisänä voi olla joitakin avainsanoja ja apukysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48.) Puolistrukturoitu haastattelu toimii hyvin tilanteissa, joissa halutaan tietoa juuri tietyistä asioista, eikä haastateltaville tästä syystä haluta tai ei ole tarpeellista antaa paljoo vapautta haastattelutilanteessa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Haastattelutilanne oli avoin ja vuorovaikutteinen ja haastattelurunko ohjasi keskustelua. Haastattelutilanteessa oli apuvälineenä nauhuri ja haastattelurunko (LIITE2). Haastattelurunko esitettiin ennen varsinaista haastattelua. Esitetauksen jälkeen korjattiin haastattelurunkoon vaadittavat muutokset. Muutoksia tehtiin kysymysten ymmärrettävyyden ja johdonmukaisuuden parantamiseksi.

Haastattelurunko koottiin tietoperustasta nousseiden teemojen mukaan ja haastattelukysymykset muokattiin migreenipotilaalle sopiviksi niin, että kysymyksillä saatiin vastaukset tutkittaviin teemoihin. Haastattelurungon pääteemat olivat vuorovaikutus, tiedon riittävyys ja potilasohjauksen kehittäminen. Näistä teemoista muodostettiin pienempiä osa-alueita, jotka toimivat haastattelurungon kysymyksinä. Teemat koottiin haastattelurunkoon loogisessa järjestyksessä ja aiheista keskusteltiin jokaisen kanssa yksilöllisesti.

Teemoista ja niiden alateemoista on tarkoitus keskustella mahdollisimman vapaasti. Teemahaastattelua on hyvä käyttää, kun haetaan tietoa vähemmän tunnetuista asioista ja ilmiöistä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Hirsjärvi ja Hurme (2000, 43–48) kommentoivat suunnitelmallisuuden ja perehtymisen tärkeyttä; huolellisella suunnittelulla ja teoreettisella aiheeseen perehtymisellä on suuri merkitys haastattelun kannalta. Haastattelijan on täytynyt ennalta tutustua myös tutkittavien tilanteeseen. Tavoitteena haastattelulle on, että tutkija saa tutkimusongelman kannalta merkittävää tietoa haastattelun kautta. Haastattelu tapahtuu haastattelijan aloitteesta ja hän myös ylläpitää haastattelun kulkua ja haastateltavan motivaatiota.

Teemahaastattelu valittiin opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi, koska migreenipotilaiden potilasohjauksesta ei ole aikaisempaa tutkimustietoa. Ennen haastattelua opinnäytetyöntekijät perehtyivät potilasohjauksen taustateorioihin ja käsitteisiin sekä migreeniin sairautena ja elämään vaikuttavana tekijänä. Tutkittavien tilanteeseen perehdyttiin ennen haastattelua toimimalla yhteistyössä Suomen migreeniyhdistyksen toimeksiantajien kanssa. Toimeksiantajien kanssa keskusteltiin myös yhdistyksen vertaistukiryhmästä ja sen toiminnasta. Ennen haastattelua opinnäytetyöntekijät osallistuivat Suomen migreeniyhdistyksen täydennyskoulutukseen, jossa migreenipotilaan näkökulma tuli selkeästi esille.

Tutkijan on pohdittava aineiston riittävyttä ja analyysin kattavuutta. Aineiston riittävyttä voidaan arvioida sen saturaation eli kylläntymisen perusteella. Tällä tarkoitetaan, että aineisto on kylläntynyt kun se ei enää tuota tutkimusongelman kannalta uutta tietoa, vaan samat asiat toistuvat. Analyysin kattavuudella tarkoitetaan, että tulkintoja ei perusteta satunnaisiin otoksiin aineistosta. (Eskola & Suoranta 1998, 62, 216.)

Haastatteluista noussut aineisto vastasi opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin ja haastattelussa saatu aineisto toisti itseään eli kylläntyi. Aineisto vastasi tutkimuskysymyksiin, mutta siitä ei noussut enää opinnäytetyölle tarpeellisia uusia teemoja esille, joten aineisto koettiin riittäväksi. Opinnäytetyössä johtopäätöksiin ei tultu vain yksittäisten mielipiteiden perusteella, vaan johtopäätökset koottiin koko aineiston perusteella.

Teemahaastattelussa sisältö- ja tilanneanalyysi ovat tärkeitä. Kun tutkija on perehtynyt aiheeseen riittävän laajasti, voi hän laatia tutkimusaiheen sekä – kysymykset. Nämä tulee muokata tutkittavaan muotoon, eli operationalisoitava. Lisäksi haastateltavien valintaan on syytä kiinnittää huomiota. Tutkimukseen osallistuvia ei tulisi valita täysin satunnaisesti. Tutkittaviksi on syytä valita ihmisiä, joilta voisi ajatella saavan parhaiten aineistoa tutkimuksen kohteisiin (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Haastattelun kohteena toimi kolme 35-55 vuotiasta kroonista tai monimuotoista migreeniä sairastavaa naishenkilöä. Haastateltavat olivat naisia, koska migreeniä esiintyy kolme kertaa enemmän naisilla kuin miehillä ja sitä tavataan eniten 30 – 39 vuotiailla (Kääriäinen 2014, 22). Haastateltaviksi valittiin työikäisiä, koska opinnäytetyö kuuluu Migreeni ja työelämän triggerit – projektiin. Näin säilytettiin yhteys projektiin ja toimeksiantoon. Haastateltavat valittiin tiettyjen kriteerien pohjalta. Haastateltavilla henkilöillä tuli olla jonkinlaista kokemusta migreeniin liittyvästä potilasohjauksesta. Lisäksi haastateltavat haluttiin löytää lähi-alueilta haastattelujen suorittamisen helpottamiseksi.

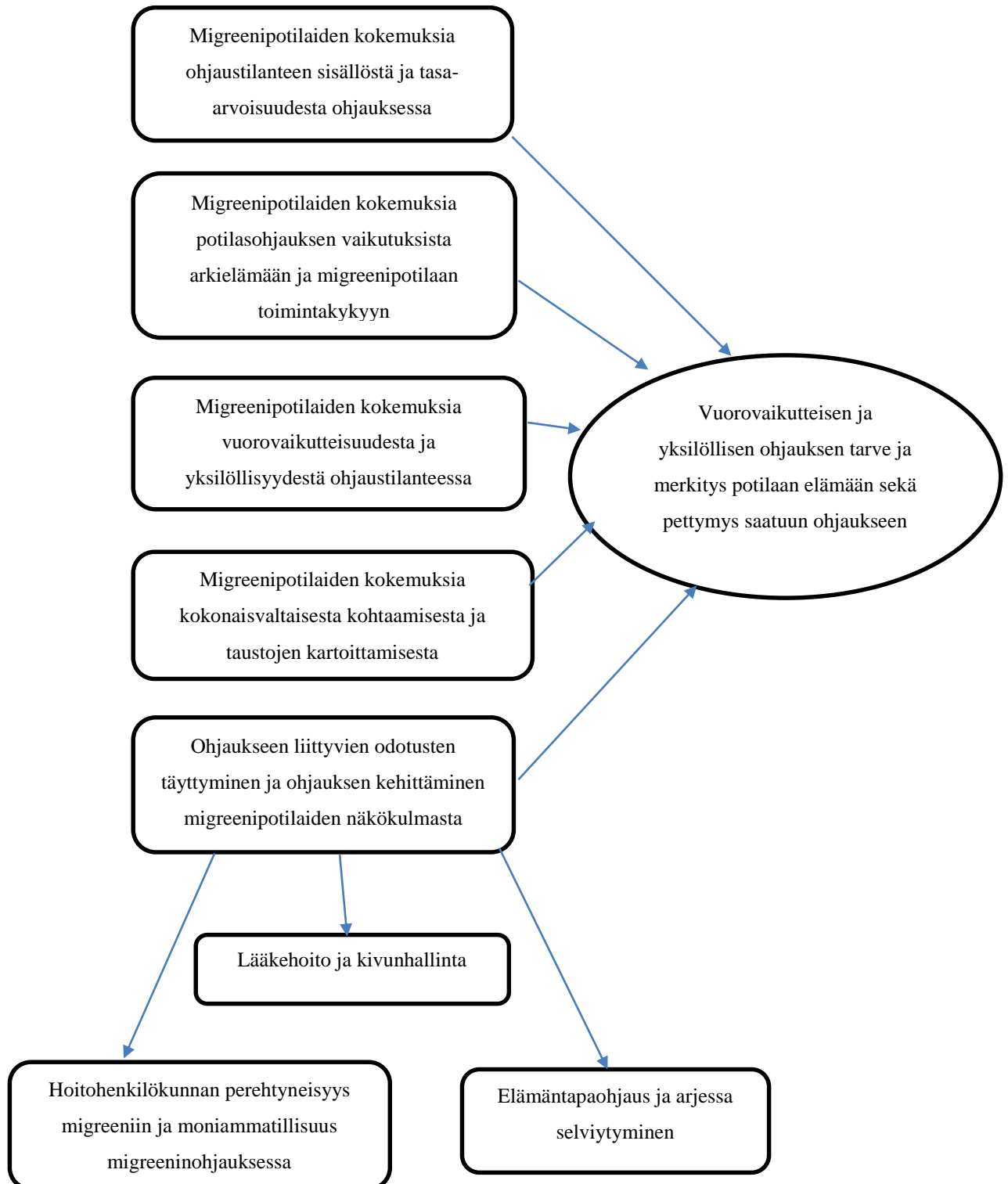
## 11 TULOKSET

Haastatteluiden tarkoituksena oli kerätä kokemustietoa siitä miten migreenipotilaat kokevat saadun ohjauksen. Meitä kiinnosti erityisesti se, kuinka laadukasta ja riittävää ohjauksessa saatu tieto on ja millaista kohtelua migreenipotilaat kokivat saaneensa ohjaustilanteessa. Olimme kiinnostuneita myös siitä, miten migreenipotilaan ohjausta voisi heidän näkökulmastaan kehittää. Kiinnostuksemme haastattelun aiheisiin lähti Migreeniyhdistyksen tarpeesta selvittää ohjauksen laatua.

Migreenipotilailta saadun haastattelumateriaalin kävimme läpi sisällönanalyysin keinoin ja muodostimme erilaisia luokkia, joiden avulla selvitämme tutkimuksen tuloksia. Sisällönanalyysistä nousivat esille seuraavat pääluokat: Migreenipotilaiden kokemuksia ohjaustilanteen sisällöstä ja tasa-arvoisuudesta ohjauksessa, migreenipotilaiden kokemuksia kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta ja taustojen kartoittamisesta, migreenipotilaiden kokemuksia tiedon saamisesta ja sen riittävydestä sekä pääluokka; migreenipotilaiden kokemuksia potilasohjauksen vaikutuksista arkielämään ja migreenipotilaan toimintakykyyn.

Lisäksi pääluokkina nousi esille migreenipotilaiden kokemuksia vuorovaikutteisuudesta ja yksilöllisyydestä ohjaustilanteessa sekä ohjaukseen liittyvien odotusten täytyminen ja ohjauksen kehittäminen migreenipotilaiden näkökulmasta. Viimeiseen pääluokkaan sisältyy yläkategoriat ”Elämäntapaohjaus ja arjessa selviytyminen” ja ”Lääkehoito ja kivunhallinta” sekä ”Hoitohenkilökunnan perehtyneisyys migreeniin ja moniammatillisuus migreeniohjauksessa. Näistä yläkategorioista kerrotaan, koska tuloksista nousi vahvasti esille nämä kehittämistä käsittelevät aihe-alueet. Sisällönanalyysi oli laaja, joten loimme pääluokista vielä yhdistävän luokan; Vuorovaikutteisen ja yksilöllisen ohjauksen tarve ja merkitys potilaan elämään sekä pettymys saatuun ohjaukseen.

Tulokset on kuvattu kuviossa 1. esitettyjen pääluokkien ja yläkategorioiden mukaisesti.



KUVIO 1. Tuloksissa kuvattavat pääluokat ja yläkategoriat.

### 11.1 Migreenipotilaiden kokemuksia ohjaustilanteen sisällöstä ja tasa-arvoisuudesta ohjauksessa

Kaikki haastattelemamme migreenipotilaat vastasivat ohjauksesta kysyttäessä, että he eivät koe saaneensa varsinaista potilasohjausta migreeniin liittyen.

Migreenipotilaat kokivat ohjauksen sisältävän pääosin lääkehoidon ohjausta.

Migreenipotilaat kertoivat ohjauksen tulevan useimmin lääkäriltä, harvemmin hoitajalta ja painottuvan vahvasti lääketieteeseen. Tuloksia avatessamme käytämme yhteisnimeä ”ohjaaja”, jolla viittaamme potilasohjausta antaneeseen tahoon. Potilaat kuvasivat asiaa seuraavasti:

*Yleisesti ottaen jos ajatellaan niinkun yleislääkärinä, niin sellaista ohjausta ei oo. Mä en koe et siinä on mitään ohjausta, vaan se on sitä et käydä läpi. Ne kysyy, onko auraton vai aurallinen ja sitten aletaan miettiä lääkitystä.*

Ohjauksikäynnillä käytiin läpi aikaisemmin määrättyjä lääkkeitä ja keskusteltiin lääkemutoksista ja migreenin oireista sekä siitä, minkä tyyppinen migreeni potilaalla oli. Eräs migreenipotilas kertoi ohjauksessa käsiteltävän myös muita kipuja sekä migreenipäiväkirjaa ja sitä, mitkä asiat vaikeuttavat migreeniä. Muut migreenipotilaat kuitenkin kokivat, ettei migreeniin vaikuttavia tekijöitä käsitelty.

Yleislääkärillä käydessään kaksi kolmesta migreenipotilaasta sai myös hoidonohjauksen eteenpäin. Kaksi kolmesta potilaasta kertoi saaneensa ohjaajalta tietoa vaihtoehtohoidoista ja yksi migreenipotilaista ei saanut tietoa lääkäriltä, vaan koki joutuneensa hankkimaan tiedon itse.

Kaksi kolmesta migreenipotilaasta ei kokenut olevansa tasa-arvoisia lääkärin kanssa. Potilaat kokivat, että lääkärin statuksen vuoksi he olivat lääkärin kanssa eriarvoisia. Yksi potilaista koki, että lääkärin kanssa ollaan hyvin tasa-arvoisia, koska haastateltava oli itsekin ottanut paljon selvää sairaudesta ja sen hoidosta ja pystyi näin keskustelemaan lääkärin kanssa yhteistyössä. Ohjaus koettiin vaihtelevaksi, riippuen ohjaavasta henkilöstä.

*Mä aattelin et jos on lääkäri, niin onhan sillä lääkärillä aina se ikäänkuin lääkärin status tai tai se että, että tota joo. empä osa tohon sanoa, että voiko ylipäänsä olla olla tasavertaisuutta*



*muuta ku että, ollaan ihmisiä.*

*No kyllä se aika tasavertasta itseasiassa on. Lääkärit aika paljon kuuntelee*

Kaikki migreenipotilaat kokivat, että ohjaustilanteessa näkyy ohjaajan kiire ja tarve nopeaan ratkaisuun. Kaksi kolmesta potilaasta koki, että lääkärit eivät kohtele heitä tasa-arvoisesti, eivätkä katso silmiin. Yksi potilas koki, että lääkäreillä ei ole riittävää asiantuntijuutta migreenin hoidon ohjaukseen, mutta lääkärit ovat hänen kanssaan tasavertaisia ja kuuntelevat. Haastateltava kertoi saaneensa yleispäteviä ohjeita migreenin hoitoon ja koki että häntä ei tämän vuoksi huomioitu yksilönä.

*Jotkut lääkärit ei kato silmiinkään vaan naputtaa tietokonetta*

## 11.2 Migreenipotilaiden kokemuksia kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta ja taustojen kartoittamisesta

Migreenipotilaat toivoivat, että ohjauksikäynnillä käsiteltäisi kohtausten tiheyttä, migreenin muotoa ja muita kipuja. Eräs migreenipotilas nosti esille tarpeen kaavakkeelle tai lomakkeelle, jossa olisi listattuna erilaisia ärsykeitä jotka laukaisevat kohtauksia. Kaavakkeeseen voisi migreenipotilaan mukaan migreenipotilas täyttää omat triggerinsä ja näin voisi helpottaa potilaan arkea ja välttää kohtauksia. Potilas saisi täten paremman kuvan siitä, millainen hänen oma migreeninsä on.

*Mun mielestä pitäis olla semmonen kaavake-lomake, joka täytetään et siinä on vaihtoehtoja valot, hajut, alkoholi, epäsäännöllinen rytmi, stressi, itkeminen, verensokerin laskeminen. Et se näkis niinku laajalla skaalalla, pystyt niinku hahmottamaa et mimmonen se oma on.*

Migreenipotilaat kertoivat, että ohjauksessa avain asemassa on huolellinen tilanteen ja taustojen kartoitus sekä kiireetön kohtaaminen. Ohjaustilanteessa olisi kahden migreenipotilaan mukaan käytävä läpi ennakkotilanne ja se, miten toimitaan ennen migreenikohtausta ja sen aikana ja miten kohtauksesta toivutaan.

*Ihminen ku tulee jonku vaivan kanssa, että olisi niinku aikaa ja eikä ja kiireetön kohtaaminen ja semmonen henkilökohtainen kohtaaminen, että sitä kaikki toivoo. Että otetaan todesta.*

Yksi migreenipotilas toivoi, ettei potilasta syytettäisi siitä, jos hoito ei toimi. Migreenipotilas toivoi puhuttavan masennuksen oireista ja hänen mielestään lääkärin tulisi tuoda esille kipukroonikon riski masennukseen. Myös kivun hallinnasta on migreenipotilaan mukaan tärkeää keskustella ja siitä, millä tavoin kroonistunut kipu voi vaikuttaa mielenterveyteen.

*Pitää käyä läpi onko masennuksen oireita et miten hallitsee sen kivun käytännössä vai onks se menny niin krooniseks ettei psyyke enää kestä*

Kaksi kolmesta migreenipotilaasta toi esille tarpeen pidemmälle ohjausajalle. Kaikki migreenipotilaat toivoivat laaja-alaisempaa ohjausta. He korostivat, että toivoisivat ohjaajan ajattelevan ihmistä kokonaisuutena ja että elämän järjestykseen saamisesta keskusteltaisiin. Haastatteluissa migreenipotilaat olivat yhtä mieltä siitä, että moniammatillisuutta olisi syytä hyödyntää migreenipotilaan ohjauksessa.

*Kokonaisvaltainen kohtaaminen, et mitä varmaan eniten toivois. Et aina kaikki ne migreenipotilaat jota mä tunnen niin nehän on yleensä ihan hirveis vaikeuksissa. siis että se elämäkokonaishallinta siis kaikki just ihan tämmöiset mielialat, et miten tässä ylipäänsä selviää, et siitä aika vähän puhutaan*

Haastattelussa yksi migreenipotilas nosti esille toiveensa päästä moniammatilliseen yksilölliseen kuntoutukseen, jossa autettaisiin potilasta löytämään keinoja parempaan arkeen huomioiden että potilas sairastaa migreeniä. Kaksi kolmesta toivoi hoitoon pääsyn helpottumista. Muutosta toivotaan, koska jonot hoitoon ovat pitkät ja avun saantia joutuu odottamaan pitkään. Haastattelussa kaksi kolmesta migreenipotilaasta toi esille, ettei ohjauksessa puhuta juuri lainkaan elämän kokonaishallinnasta.

*En oo vielä tavannu sellasta (ohjaajaa) joka ois niinku käsitelly*

*sitä (ohjausta) kokonaisvaltaisesti*

*Tuntuu että saa olla kiitollinen, että ylipäänsä pääsee jonku hoitoon et tota onhan se just sitä, että olisi riittävästi aikaa ja tota ja just sitä sellast kiireettömyyttä, ihan niin vastaanottotilanteessa, mut tota tietysti se, että pääsis ylipäänsä lääkärille*

### 11.3 Migreenipotilaiden kokemuksia tiedon saamisesta ja sen riittävydestä ohjauksessa

Tiedon laatu ja ajankohtaisuus riippuu ohjaavasta tahosta. Kaikki haastatellut migreenipotilaat kokivat, ettei tieto ole riittävä. Eräs haastateltava koki, että erikoistuneelta lääkäriltä saa luotettavaa ja ajankohtaista tietoa. Hän kokee, että voi luottaa lääkärin asiantuntijuuteen. Kaikki migreenipotilaat nostivat esille tiedon laatua koskien, että tiedonanto ei ole kokonaisvaltaista ja että he kokevat saavansa toisinaan ajankohtaista tietoa, mutta vain sitä itse vaatiessaan. Omalla aktiivisuudella oli kahden migreenipotilaan näkökulmasta merkittävä vaikutus tiedon saantiin. Yksi migreenipotilas koki ristiriitaisuutta siitä, että tietoa on saatavilla ja on saanut tietoa muualta, mutta ohjaaja ei näistä hänelle kerro.

*Pihdeillä vetäen sieltä jotain tulee ihan sitä ajankohtastakin tietoo, mä itte seuraan ihan neurologian journaleita*

Yksi migreenipotilas pohti, että lääkäreillä ei ole riittävä tietoa migreenin kanssa elämisestä arkielämässä. Hän kertoi kokevansa, että lääkärit eivät ymmärrä migreenin laajuutta ja alamuotoja sekä sen yksilöllistä vaikutusta potilaaseen. Migreenipotilas pohti, olisiko ohjauksen riittämättömyyteen syynä ohjaajan ajanpuute vai kokevatko lääkärit liialla tiedonannolla olevan vaikutusta kuviteltuihin oireisiin tai sivuvaikutuksiin.

*Tota on hyvin monenlaisia kokemuksia kyllä. Siis, että on kiirettä ja tota aika sillai niinku mä en niinku, yritetään niinku yksinkertaistaa asiaa, että just sillai, että no nopeasti vaan niinku ratkaisu*

Lääkärit ovat migreenipotilaiden kokemusten mukaan asiantuntevia lääkehoidon suhteen, mutta eräs migreenipotilas koki, ettei lääkäri ole riittävästi ajan tasalla tai tuo esille tietämystään uusista hoitolinjauksista. Yksi migreenipotilas koki, että lääkäri voi olla hyvin tietoinen lääkehoidosta, mutta ei vaihtoehtoista apukeinoista tai hän ei muista näistä potilaalle kertoa. Kaksi migreenipotilasta kertoi saaneensa tietoa vaihtoehtoista, mutta ei kokenut saamaansa tietoa merkitykselliseksi. Toinen migreenipotilas kertoi, että ohjaaja saattaa mainita akupunktiosta, mutta potilas kokee, ettei hänelle kerrota konkreettisemmista asioista, kuten voisiko migreeniin vaikuttaa niskajäykkyys tai näön heikentyminen.

*Mä luulen että niil ei oo tietoa semmosesta migreenin kanssa elämisestä arkipäivässä. Et niil on tietoo siitä lääkityksestä, mut ei välttämättä sit niinku muista eikä varsinkaan tietoa et mitkä muut jutut vois auttaa*

#### 11.4 Migreenipotilaiden kokemuksia potilasohjauksen vaikutuksista arkielämään ja migreenipotilaan toimintakykyyn

Migreenipotilaat kertoivat ohjauksen vaikuttaneen elämään lääkityksen kannalta sekä positiivisesti että negatiivisesti. Kaikki migreenipotilaat vastasivat, että lääkityksen muuttamisella oli suurin vaikutus elämään.

Yksi migreenipotilas kertoi pitkän sairastamisen ja useiden lääkärikäyntien vuoksi, suhtautuvan varauksella tarjottuihin lääkkeisiin. Moni lääke on vaikeuttanut elämää sopimattomuutensa takia. Hän koki myös, että lääkäri ei välttämättä kuuntele mitä potilas kertoo etukäteen ja kuuntelemalla olisi voinut aikaisemmin ehkäistä monia epämiellyttäviä tilanteita. Myöhemmin potilas on perehtynyt itsenäisesti sairauteen ja sen hoitoon ja nykyään kokee, ettei ”väärä tieto” pääse vaikuttamaan häneen.

*Monet tai kaikki on lähes ollu katastrofaalisia ne kokeilut, et ei niistä, et ne on enemmänki ollu ihan siis kamalia kokemuksia*

*Tietty lääkitys pitää olla kunnossa, joo se on auttanu*

Yksi haastateltavista koki, olevansa lääkärin armoilla ja kertoi migreenikroonikon elämän pyörivän vahvasti migreenin ympärillä. Tällöin lääkärin tapaamisella ja migreenin hoidolla on merkittävä vaikutus potilaan elämään. Hän kertoi pohtivansa jo etukäteen millainen lääkäri hänellä on vastassa ja toivoo, että lääkäri ottaisi hänet vakavasti ja keskittyisi häneen.

*Oikein odotan et se on siis semmoinen tai siis se on todella tärkeä tapaaminen mun elämän kannalta. Et sillä tavalla tietysti odotan, että se lääkäri on tosissaan ja jaksaa keskittyä, ei ole väsynyt ja ei ole muissa mailmoissa ja sillä lailla. se on todella tärkeä*

Migreenipotilaat kokivat ohjauksen vaikuttaneen toimintakykyyn lähinnä negatiivisesti tai ei ollenkaan, koska hoito ja ohjaus olivat olleet riittämättömiä. Eräs migreenipotilas toi esille, että hänellä ei ole pysyvää hoitosuhdetta ja koki tämän negatiiviseksi. Hän kertoi saaneensa ensimmäisen kirjallisen ohjeen, kipuvihon, vuosien sairastamisen jälkeen. Kuitenkin kirjallinen ohjeistus ja lääkityksestä huolehtiminen olivat hänen mielestään positiivinen asia.

*Kävin kerran kipuklinikalla, missä sain semmosen kipuvihkosen, se autto. Tää oli eka kirjallinen ohje, vaikka oon teinistä asti sairastanu.*

Yksi migreenipotilas koki ohjauksen vaikuttaneen hänen toimintakykynsä vaihtelevasti. Epäonnistuneet lääkekokeilut olivat hänen kokemansa mukaan vaikuttaneen negatiivisesti toimintakykyyn. Ohjauskäynnillä hän saa uudet lääkeresepit ja jatkaa elämäänsä kuten ennenkin.

*se on just sitä et mä saan ne reseptit ja sit jatkan niin ku ennenkin*

Yksi migreenipotilas koki, ettei ohjaus vaikuta hänen toimintakykynsä mitenkään. Hän toi esille, ettei hänen mielestään vaikeahoitoista migreeniä paranneta ohjauksella, eikä siihen voida ohjauksen keinoin vaikuttaa.

*Itseasiassa ei millään lailla, koska mulla on hyvin*

*vaikeahoitoinen migreeni että sitä ei millään ohjauksella kyllä paranneta, eikä siihen vaikuteta*

### 11.5 Migreenipotilaiden kokemuksia vuorovaikutteisuudesta ja yksilöllisyydestä ohjauksessa

Migreenipotilaiden mukaan heidän kokemuksensa yksilöllisyydestä ohjaustilanteessa ovat vaihtelevia ja riippuvat ohjaajasta. Pitkäaikaisessa hoitosuhteessa olevat haastateltavat kokivat ohjauksen olevan yksilöllisempää, kuin haastateltavat, jotka eivät olleet pysyvässä hoitosuhteessa.

Kaksi kolmesta migreenipotilaasta koki saamansa hoidon pitkäaikaisessa hoitosuhteessa paremmaksi kuin ennen sopivan ohjaajan löytymistä. Yksi migreenipotilas mainitsi kokevansa kohtaamisen ohjaavan tahon kanssa helpommaksi nyt kun on alkanut ottaa itse sairaudesta ja sen hoidoista selvää. Tällöin vuorovaikutus on sujuvampaa ja sen myötä huonon vuorovaikutuksen aiheuttamat lääkekokeilut ovat vähentyneet. Hän koki myös olevansa tasa-arvoisempi ohjaajan kanssa ja että lääkäri kuuntelee häntä. Uutta hoitoa pohditaan yhteistyössä.

*Et mä oon saanu niin huonoa hoitoa ja mul ei oo sellasta pysyvää hoitosuhdetta tai samaa lääkäriä. Vaan se on vaa se resepti ja käyt iteksee kokeilee ja kärsit*

*mulla on aika hyvä hoitosuhde mun neurologiin, joka on yksityiseltä puolelta. Että sitte hän kyllä huomioi*

Eräs migreenipotilas kertoi, että lääkärin luona jatketaan siitä mihin on viimeksi jääty ja hän koki lääkärin muistavan hänet yksilönä. Yksi haastateltavista koki, että mikäli pysyvää hoitosuhdetta ei ole, potilasta ei huomioida mitenkään yksilönä eikä oteta huomioon muita mahdollisia sairauksia.

*Ajattelen mun vakio neurologia, jonka luona olen mä olen käynyt varmaan 15 minuuttia, 15 vuotta, et et se on et et kyl mä koen, että hän kokee mut yksilönä, et hän ihan niinku muistaa mut*

## 11.6 Ohjaukseen liittyvien odotusten täyttyminen ja ohjauksen kehittäminen migreenipotilaiden näkökulmasta

### 11.6.1 Elämäntapaohjaus ja arjessa selviytyminen

Migreenipotilaat kertoivat, etteivät heidän odotuksensa ohjauksesta täyttyneet millään lailla. Migreenipotilaat toivoivat ohjauksessa tulevan esille triggerien eli laukaisevien tekijöiden huomioon ottamisen arjessa. Kaksi kolmesta potilaasta koki, että näistä puhuminen voisi aikaansaada parempaa elämänhallintaa migreenin kanssa.

*Et olis kysyny et mitkä asiat mulla aiheuttaa migreeniä ja mitkä helpottaa ja onko mulla mahdollisesti ennakkooireita.*

*mitä mä voin muuta tehdä ku napsia näitä lääkkeitä*

Kaksi migreenipotilasta toivoi, että ohjaus ei painottuisi pelkästään lääkehoitoon vaan myöskin elämäntapaohjaukseen ja vaihtoehtoisiin hoitoihin. Nämä migreenipotilaat toivoivat, että ohjaaja kertoisi esimerkiksi rentoutumisharjoituksista, mindfulnessista, joogasta tai muusta migreenipotilaalle sopivasta liikunnasta huomioiden kuitenkin, että myös liikunta voi olla migreeniä saiarstavalle kohtauksen laukaiseva tekijä.

*Varmaan kukaan lääkäri ei oo koskaan kysyny, että oletko kokeillut vaikka terapiaa tai oletko kokeillut mindfulnessia tai jotaki tällästä*

Yksi migreenipotilaista koki, että migreenikroonikko ei voi hyötyä elämäntapaohjauksesta, vaan koki sairautensa täysin lääketieteelliseksi ilmiöksi ja koki tuntevansa itse sairautensa ja sen laukaisevat tekijät. Täten migreenipotilas halusi keskittyä ohjauskäynnillä lääketieteen menetelmien tarjoamiin apuihin. Kaikki migreenipotilaat olivat samaa mieltä siitä, että migreenipotilaan elämä tulisi huomioida ohjauksessa kokonaisvaltaisemmin.

*Siis että se elämänkokonaishallinta siis kaikki just ihan tämmöiset mielialat, et miten tässä ylipäänsä selviää, et siitä*

*aika vähän puhutaan, et et miten sä niinku kestät ylipäänsä tñn tilanteet tai miten selviit arjesta. Niin siitä aika vähän puhutaan. Tai ei oikeestaan ollenkaan tai tietysti jos ite otaa sen puheeksi niin tota kyl varmaan sitte, mut ei se ehkä oo se lääkäreiden vahvin puoli kuitenkin se niinku jostakin muusta puhuminen ku niistä lääkkeistä*

Migreenipotilaat toivoivat elämäntapaohjauksessa otettavan huomioon elämäntapamuutoksen mahdollisuus ja vaikutukset perhe- tai työelämään yksilöllisesti. Migreenipotilaat nostivat esille, että toivoisivat ohjaukskäynnillä keskusteltavan työelämän ja migreenin sairastamisen yhteensovittamisesta.

*Millaiset ohjeet annetaan perheelle/lähipiirille. Monilla voi olla niin et lähipiiri ei ymmärrä sitä, monella voi tulla eroki vaikka siitä et mies ei vaikka vaa ymmärrä. Ja sit käytäs et miten se kohtauksen jälkeen, miten siitä toivutaan. Ja sit pitäis informoida et se voi vaikuttaa muistii, et ihminen ei ajattele että on hullu tai lähipiiri ei ajattele että onko tuo hullu*

Kaksi kolmesta toivoi lääkärin ottavan kantaa sairauspoissaoloihin ja yksi potilaista pohti, voisiko migreenikroonikko saada työpaikalla helpotusta työtehtäväänsä oireidensa vuoksi. Kaikki migreenipotilaat kokivat, ettei työelämässä tai terveyspalveluissa osata ottaa riittävästi huomioon migreenikon tarpeita. Yksi haastateltavista toi esille huolen tulevaisuudesta ja siitä, ettei hänen mielestään migreenikoille myönnetä perusteista huolimatta sairauseläkettä.

*minkälaista työtä teet vaikka, et voisko siinä ajatella jotakin helpotuksia*

#### 11.6.2 Lääkehoito ja kivunhallinta

Kaikki migreenipotilaat toivovat ohjauksessa käytävän läpi lääkitystä ja mahdollista estolääkitystä. Potilaat toivoivat kokonaisvaltaista lääkerohjausta. He toivat esille, että toivoisivat keskusteltavan muiden sairauksien hoidossa käytettävien lääkkeiden vaikutuksista migreenin oireisiin ja hoitoon. Lisäksi potilaat halusivat kuulla enemmän lääkkeiden sivu- ja haittavaikutuksista.



Kaksi kolmesta migreenipotilaasta koki olevansa yksin lääkekokeilujen suhteen ja toivoi, ettei vastuu kokeiluista olisi kokonaisuudessa itsellä. He toivoivat, että lääkekierteen mahdollisuudesta keskusteltaisi ja siitä, miten sitä voisi ehkäistä ja miten sen kanssa tarvittaessa eletään. Haastattelussa nousi esille toive migreenipäiväkirjan hyödyntämisestä lääkityksen suunnittelussa.

### 11.6.3 Hoitohenkilökunnan perehtyneisyys migreeniin ja moniammatillisuus migreenin ohjauksessa

Kaksi kolmesta migreenipotilaasta toi haastattelussa esille toiveen siitä, että hoitohenkilökunta olisi tietoisempia migreenistä sen yleisyyden vuoksi. He toivoivat, että tietoa olisi enemmän myös perusterveydenhuollon yksiköissä ja työterveyspalveluissa. He kokivat joutuvansa liian usein pettymään hakiessaan apua tällaisista yksiköistä. Yksi migreenipotilas toivoi lääkäreiden ymmärtävän paremmin migreenin ja päänsäryn erotusdiagnostiikkaa sekä olevan valveutuneempia migreeniä sairastavan riskeistä aivohalvaukseen.

*Mutta kaikkien lääketieteen ammattilaisten kannattas olla jossain määrin, ku migreeni on kuitenkin älyttömän yleinen ja se voi iskee keneen tahansa niin kannattas olla jossain määrin ainaki siitä tietonen*

Yksi migreenipotilas nosti esille kokevansa ohjaajan rehellisyyden ja nöyryyden vuorovaikutusta ja hoitoa vahvistavana tekijänä. Hän myös toivoi, että ohjaajat perehtyisivät enemmän kirjallisiin tutkimuksiin ja näin antaisivat potilaalle oleellista ja näyttöön perustuvaa tietoa.

Kaikki migreenipotilaat toivoivat, että hoitohenkilökunta ei leimaisi potilasta herkäksi tai luulotautiseksi vaan heidät otettaisiin todesta. Eräs migreenipotilas kertoi hoidossa näkyvän lääkäreiden ja hoitajien väliset luokkaerot ja toivoi hoitohenkilökunnalta parempaa keskinäistä kommunikointia ja yhteistyötä potilaan hoidon edistämiseksi.

## 12 POHDINTA

### 12.1 Tulosten tarkastelu

Lipposen (2014, 20-21) väitöskirjan mukaan hyvä potilasohjaus on potilaslähtöistä ja vuorovaikutteista. Sen tulee olla yksilöllistä sekä suunnitelmallista toimintaa, jossa hyödynnetään erilaisia ohjausmenetelmiä ja huomioidaan potilaan taustatekijät. Ohjauksen laatuun vaikuttavat mm. riittävä aika ja tutkimustieto, ohjausta antavien tahojen yhteistyö ja käytössä oleva materiaali. Potilaat kokevat yhteistyön ja potilaslähtöisyyden olosuhteita tärkeämpänä tekijänä.

Hyvä hoitosuhde koostuu pääpiirteittäin arvonannosta, suvaitsevaisuudesta ja asiallisuudesta. Näistä lähtökohdista voidaan alkaa rakentamaan positiivista yhteistyössä toimivaa hoitosuhdetta. Tällaisessa hoitosuhteessa potilas pystyy luottamaan ohjaajan arviointiin ja neuvoihin sekä kunnioittamaan tätä. Jos luottamuksellista hoitosuhdetta ei saada rakennettua, hyödyllistenkin ohjeiden teho jää vähäiseksi. (Salminen & Hanses 1994.)

Migreenipotilaat toivat haastattelussa esille, että potilasohjaus ja hoito olivat riittämätöntä eivätkä täytä heidän odotuksiaan hyvästä potilasohjauksesta. Potilaat kertoivat ohjauksen koostuvan pääosin lääkehoidon ohjauksesta ja toivoivat, että ohjauksessa käsiteltäisiin migreeniä sairautena laajemmin sekä sen vaikutuksia potilaan arkeen kokonaisvaltaisesti. Haastateltavat painottivat myös, että lääkehoidon ohjauksella on merkittävä vaikutus heidän jokapäiväiseen elämäänsä.

Kaakinen (2013, 53–67) tutki väitöskirjassaan pitkäaikaissairaiden ohjauksen laatua sairaalassa. Tutkimuksessa ohjauksen sisältö ei aina vastannut potilaan tarpeita ja potilaiden näkökulmasta ohjauksessa oli parannettavaa vuorovaikutteisuuden ja ilmapiirin suhteen. Tutkimuksessa pitkäaikaissairaat korostivat, että ohjauksen tulisi soveltua heidän arkielämäänsä sopivaksi, näin ei tutkimustulosten mukaan kuitenkaan ollut.

Migreenipotilaat kokivat, että ohjaustilanteessa näkyi hoitohenkilökunnan kiire ja toivoivat ohjaajalta enemmän aikaa ja yksilöllisempää kohtaamista. Haastateltavat toivoivat myös, että ohjaaja olisi läsnä ja aidosti kiinnostunut kohtaamaan potilaan

tasavertaisesti. Migreenipotilaiden vastauksista ilmeni, että ne potilaat joilla oli pysyvä hoitosuhde ohjaajan kanssa, kokivat tulleen yksilöllisemmin huomioiduksi sekä tunsivat, että ohjaaja muistaa heidän tapauksensa. Haastattelussa ilmeni myös, että haastateltavat, joilla ei ollut pysyvää hoitosuhdetta, kokivat tulevansa vähemmän ymmärretyksi sekä huomioiduksi yksilönä. Pysyvässä hoitosuhteessa haastateltavat kokivat yhteistyön ohjaajan kanssa sujuvammaksi ja vaivattommaksi.

Myös Lunnelan (2011,85) väitöskirjassa haastatellut glaukoomapotilaat toivat myös esille lääkäreiden vastaanottoajan lyhyttä ja heidän vähäpuheisuuttaan. Lunnelan tutkimuksessa nämä tekijät koettiin tuen puutteena.

Hoitotyössä voidaan olla yhteydessä ja läsnä toisen ihmisen, potilaan, kanssa. Hoitotyöstä voi kuitenkin suoriutua kohtaamatta yhtäkään henkilöä aidosti. Inhimillisessä hoitotyössä tulisi olla avoin ja välttää kohtaamisen ja yhteyden torjumista. Eettisen hoitamisen ja kohtaamisen pääpiirteitä ovat kommunikointi, toisen kuunteleminen sekä pysähtyminen tilanteeseen. (Haho 2009.)

Haastattelun tulosten mukaan omalla aktiivisuudella tiedon hankinnan suhteen oli vaikutusta ohjauksen laatuun ja potilaan tuntemukseen siitä, että potilaan hoitoa suunnitellaan ohjaajan kanssa yhteistyössä hänen henkilökohtaiset tarpeensa huomioiden. Potilaat toivat esille, että toivoisivat saavansa ohjauksessa kokonaisvaltaisempaa tietoa sairaudesta ja hoitomuodoista. Potilaat esittivät toiveita vaihtoehtoisista hoitomuodoista sekä laajemmasta elämäntapaohjauksesta.

Haastattelussa nousi merkittävästi esille migreenin vaikutukset migreenipotilaiden arkielämään. He toivoivat, että ohjauksessa kartoitettaisiin yhdessä potilaan triggereitä eli migreeniä laukaisevia tekijöitä. Haastattelussa toivottiin tällaista lähestymistä, jotta migreenikko itse ymmärtäisi omaa sairauttaan ja osaisi näin ennakoita kohtauksia. Osa haastateltavista toivoi myös tietoa migreeniä laukaisevista muista tekijöistä, jotta voisivat helpommin tunnistaa nämä triggereiksi. Ymmärtämällä triggerit paremmin, osa potilaista koki voivansa ennaltaehkäistä kohtauksien etenemisen ennenkuin migreenikohtaus vaikuttaa merkittävästi toimintakykyyn.

Potilaan itsehoidon onnistuneen toteutumisen kannalta on merkittävää, miten potilaat kokevat sairautensa, saamansa hoito-ohjeet ja sen, mitä muutoksia hoito-ohjeiden toteuttaminen vaatii. Hoidon tavoitteet tulisi sopia yhdessä potilaan kanssa hänen tarpeistaan lähtien. Ohjauksessa tulisi pyrkiä saamaan potilas ja hänen läheisensä ymmärtämään sairauden vaikutukset arkielämään ja toimenpiteet, joilla potilas voi vaikuttaa sairauden kanssa elämiseen. (Poutala, Partanen & Tuunainen 2007.)

Haastattelussa ilmeni huoli työnantajan suhtautumisesta migreenipotilaan erityistarpeisiin. Haastattelussa nostettiin esille toivo lääkärin kannanotosta sairauspoissaoloihin. Ohjaajalta toivottiin ehdotuksia siihen, miten työtä voisi helpottaa migreenikroonikon tarpeiden mukaisesti.

Potilaat toivat esille tarpeensa työkyvyn ylläpitämisestä migreenikon näkökulmasta ja toivoivat sekä hoitohenkilökunnan että työnantajan kannustusta tähän, esimerkiksi moniammatillisen kuntoutuksen keinoin. Lisäksi ajatus työkyvyttömyydestä tulevaisuudessa huolestuttaa potilaita. Potilaat pohtivat myös miten heidän käy, mikäli sairauseläkettä ei heille myönnettäisi jos tilanne niin vaatii. Migreenipotilaat toivovat ohjauksessa huomioitavan myös perheen sekä läheiset. Sairaus koskettaa heidän näkökulmastaan myös läheisiä. Riittävä tiedonanto läheisille voisi vaikuttaa sairastuneen ymmärtämiseen ja tukemiseen.

Haastattelussa koettiin, että hoitohenkilökunta ei ole riittävän tietoinen kroonisesta migreenistä. Tämä koettiin tärkeäksi migreenin yleisyyden vuoksi. Haastateltavat toivoivat hoitohenkilöstön olevan tietoisempia migreenin ja tavallisen päänsäryn eroista. He toivoivat, että heidät otettaisiin todesta ja että terveydenhuollon ammattihenkilöstö tunnistaisi migreenin oireita ja riskejä muihin sairauksiin, kuten aivohalvaukseen.

Haastattelussa korostettiin kivun vaikutuksia jokapäiväisen elämän hankaloittavana tekijänä. Haastateltavat totesivat yhteisymmärryksessä tarvitsevänsä lisää ohjausta kivunhallintaan ja kivun kanssa elämiseen. Kivun vaikutukset mielenterveyteen nousivat haastattelussa esille ja tästä mahdollisuudesta toivottiin ohjauksessa kerrottavan selkeämmin ja laajemmin.

Sillä miten potilas kokee oman kivunhallintansa, on merkitystä kivun kokemiseen. Eloranta (2002, 20–21) kuvaa tutkimuksessaan voimakkaan kivunhallinnan tunteen enteilevän vähäisempää kipua sekä vähäisempiä ongelmia toimintakyvyssä. Ihmiset joilla on vahva kivunhallinnan tunne, ovat sinnikkäämpiä fyysisissä haasteissa ja voivat henkisesti paremmin.

Hyvästä kivunhoidosta on hyötyä niin potilaille kuin yhteiskunnallekin. Pakkalan ja Haanpään (2008, 3) työkyky-oppaan mukaan hyvä kivun hoito vaatii riittävää tietotaitoa, näyttöön perustuvien menetelmien hyödyntämistä ja toimivaa hoitopolkua. Kun kipua hoidetaan hyvin, voidaan säästää ihmisen inhimillistä kärsimystä ja yhteiskunnalle suuntautuvia kustannuksia.

## 12.2 Johtopäätökset tuloksista

Haastattelun tuloksista kävi ilmi, että ohjaus oli painottunut enemmänkin lääkeohjaukseen ja elämäntapaohjaus oli jäänyt selkeästi vähemmälle. Haastattelusta nousi tarve moniammatilliseen ohjaukseen ja haastateltavat olivat tyytymättömiä pääsääntöisesti saamansa ohjauksen riittämättömyyteen. Ennakko-oletuksenamme oli ennen aiheeseen perehtymistä, että migreenipotilaille olisi oma hoitajien ammattiryhmä ”migreenihoitaja”, kuten esimerkiksi diabetesta- ja astmaa sairastavilla.

Opinnäytetyössämme migreenipotilaat kokivat vaihtelevasti vuorovaikutteisuutta ohjauksessa. Kaikki haastateltavat toivoivat yksilöllisempää kohtaamista ja että ohjaus olisi enemmän lähtöisin heidän omista tarpeistaan. Haastateltavat toivoivat saavansa enemmän tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Haastateltavat kokivat saamallaan ohjauksella olevan vaikutusta lähinnä heidän sairautensa lääkehoitoon. Kaakisen (2013, 68–69) väitöksessä käy ilmi, että potilaiden toiveiden täyttyminen ohjauksessa hyödyttää potilaita, kun ohjaus on laadukasta ja potilaslähtöistä sekä vaikuttaa sairauden hoitoon.

Migreenipotilaat kuvasivat haastattelussa kokemuksiaan siitä, miten yksin he kokevat jäävänsä sairautensa kanssa ja kuinka merkittävästi oma aktiivisuus tiedon hankintaan voi vaikuttaa saatuun ohjaukseen. Opinnäytetyössä haastateltiin kolmea migreenipotilasta ja tästä nousi käsitys siitä, että hoitohenkilökunta ei olisi

riittävän tietoinen migreenistä sairautena eikä näin osaisi ohjata migreenipotilasta tämän erityistarpeiden mukaisesti. Vastausten luotettavuutta käsittelemme enemmän kappaleessa ”eettisyys ja luotettavuus”.

Haastattelutuloksista nousi esille, että migreenipotilaiden potilasohjauksessa on merkittävästi kehitettävää. Potilaat toivoivat enemmän aikaa ohjaajaltaan sekä yksilöllistä ja potilaan tarpeista lähtöisin olevaa ohjausta. Migreenipotilaat korostivat tarvettaan elämäntapaohjaukselle, koska he kokivat, että migreenin kanssa eläminen voisi helpottua tarpeen mukaisilla elämäntapamuutoksilla. Kaikki haastatellut migreenipotilaat toivoivat enemmän kivunhallinnan ohjausta osaksi kokonaisvaltaista potilasohjausta. Haastattelutuloksista voi päätellä, että kivunhallinnan ohjaus jää vähäiseksi ja potilaiden näkökulmasta suppeaksi.

Karvosen (2012, 32) tulokset tukevat saamiamme tuloksia. Myös kyseisessä tutkimuksessa potilaat toivoivat enemmän elämäntapaohjausta. He olivat tyytyväisiä saamaansa elämäntapaohjaukseen, mutta toivoivat että elämäntapaohjaukseen tartuttaisi rohkeammin ja että sitä saisi pyytämättä. Kyseisessä tutkimuksessa kaikki potilaat pohtivat, miten he voisivat omalla toiminnallaan välttää sairauden pahenemista.

Opinnäytetyötä tehdessä tekijöille tarjottiin mahdollisuutta käydä Tampereella Migreeniyhdistyksen Päänsärky asiakkaani painajaisena – täydennyskoulutustilaisuudessa. Koulutuksessa oli mukana hoitohenkilökuntaa, potilaita ja muita asianomaisia jakamassa tietoa sairaudesta, hoitomuodoista ja omista kokemuksista. Täydennyskoulutus antoi opinnäytetyöntekijöille uutta näkökulmaa migreenin kanssa elämisestä, sen hoitomuodoista sekä moniulotteisuudesta.

Koulutuksen ja haastattelujen pohjalta saimme tietoomme, miten eri elämänvaiheet voivat vaikeuttaa migreenin hoitoa, esimerkiksi pienet lapset ja vuorotyö luovat omat haasteensa migreenikolle, jotta tämä saisi elämänsä tasapainoon ja voisi vältellä mahdollisia triggeiteitä. Näin hoitotasapainon ylläpitäminen vaikeutuu.

Koulutukseen sisältyi paneelikeskustelu, jossa oli mukana migreenipotilaita, ohjaajia ja lääkäri. Paneelikeskustelussa tuli esille erilaisia näkökantoja

migreenistä, sen monimuotoisuudesta ja sen hoidosta. Lisäksi käsiteltiin migreenipotilasta hoitohenkilökunnan asiakkaana ja migreenipotilaat toivat esille omia kokemuksiaan hoidosta ja ohjauksesta. Tämä keskustelu auttoi meitä ymmärtämään migreeniä ja siihen vaikuttavia tekijöitä laajemmin.

Ennen koulutusta ja haastatteluja emme nähneet migreenikkoja mahdollisena kipupotilaana. Saimme koulutuksessa uutta tietoa migreenin lääkehoidosta ja siitä kuinka pitkän prosessin takana voi olla oikean lääkityksen löytyminen. Lääkekokeilujen määrä ja niiden vaikeus potilaalle yllätti meidät ja se, kuinka radikaalisti väärän lääkityksen mahdolliset sivuoireet voivat vaikuttaa migreenikon elämään. Sairauden yksilöllisyydestä riippumatta, haastattelun tuloksissa tuli ilmi, että ohjausta ei toteuteta riittävän yksilöllisesti ja potilaat kokivat jäävänsä yksin sairauden kanssa. Tuloksissa näkyi huoli tulevaisuudesta, pelko sairauden vaikeutumisesta ja mahdollisesta lääkekierteestä.

Opinnäytetyö prosessin aikana opimme, että migreeni on laaja sairaus ja koskettaa laajasti eri ikäryhmiä. Haastateltujen antamien vastausten mukaan migreenin ohjaus ei ole tällä hetkellä riittävää ja potilaat toivoisivat saavansa kokonaisvaltaisempaa ohjausta. Syvennyttyämme aiheeseen olemme tietoperustan ja haastattelutulosten pohjalta samaa mieltä ohjauksen rajoittuneisuudesta.

Opinnäytetyön aineistosta nousi merkittävästi esille, että tässä opinnäytetyössä haastatellut migreenipotilaat kokivat ohjauksen olevan pääosin asiantuntijalähtöistä. Behavioristinen ohjausteoria tukee asiantuntijalähtöistä lähestymistapaa ohjaukseen. Haastattelussa saadun aineiston ja tietoperustassa kuvattujen ohjausteorioiden perusteella voidaan tehdä johtopäätös, jonka mukaan migreenipotilaiden toiveet ja tarpeet ohjauksesta saataisi paremmin tyydytettyä käyttämällä ohjauksessa sosiodynaamista ja dialogista ohjausteoriaa. Nämä teoriat ovat asiakaslähtöisiä ja vuorovaikutukseen perustuvia.

### 13 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkijan avoin subjektiviteetti ja sen hyväksyminen, että tutkija toimii tutkimuksensa tutkimusvälineenä, ovat laadullisen tutkimuksen lähtökohtia. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeä luotettavuuden mittari on tutkija itse ja siksi luotettavuuden arviointi kattaa koko tutkimusprosessin. (Eskola & Suoranta 1998, 216.)

Tutkimuksissa on vaadittavaa antaa tutkittaville hyvä ja selvä perehdytys siitä, mitä aiotaan tutkia, miksi ja mitä tutkimuksen kuluessa tulee tapahtumaan. Tätä kautta saadaan tutkittavilta suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Tällä käytännöllä pyritään estämään tutkittavien manipulointia, joka johtaisi väärin tutkimustuloksiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Haastateltaville lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimuksen etenemisestä. Saatekirjeessä kerrottiin myös, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja että tutkittavat ovat vapaita keskeyttämään osallistumisensa missä vaiheessa tahansa.

Kaksi pääasiaa tutkimuksen toteuttamisessa on luottamuksellisuus ja anonymiteetti. Tutkijan on huolehdittava, että tutkimuksen julkaisussa ei tule paljastumaan esimerkiksi nimiä, jos näin on ennalta sovittu tutkittavien kanssa. Tutkijan on huomioitava myös se, että tutkimuksessa ei pystytä tunnistamaan esimerkiksi haastattelujen pohjalta tiettyä vastaajaa, jolloin anonymiteetti voitaisiin menettää. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tässä opinnäytetyössä haastattelu tehtiin ennalta sovittuna päivänä ja haastattelu tallennettiin ääninauhalle haastattelun purkua varten. Haastattelu toteutettiin Suomen migreeniyhdistyksen tiloissa Helsingissä yksilöhaastatteluina syksyllä 2013. Haastateltaville kerrottiin, että aineisto hävitetään, eikä se tule päätymään ulkopuolisten käsiin. Haastateltaville kerrottiin myös, että heidän nimiään ei julkaista ja heidän anonymiteettiään suojellaan opinnäytetyössä. Tutkimuksessa on pyritty toimimaan tieteellisen käytännön periaatteiden mukaisesti. Opinnäytetyössä on huomioitu opinnäytetyön tilaajan mahdollisuus pyytää tutkimuslupa, jota ei kuitenkaan tähän opinnäytetyöhön vaadittu. Haastattelurunko esitettiin, mutta haastateltava tunsu terveysalaa opintojensa puolesta. Tästä



syystä termit ovat voineet olla ennalta tuttuja haastateltavalle eikä siksi termien ymmärtämisessä ollut ongelmaa.

Haastattelujen jälkeen purimme vastauksia sisällönanalyysin keinoin tarkasti ja objektiivisesti. Analyysivaihe oli pitkä prosessi, jossa oli haastavaa välttää ennakkokäsitysten vaikuttamista todellisiin tutkimustuloksiin. Käytimme opinnäytetyötä tehdessä paljon aikaa prosessointiin, joka lisää tutkimuksemme luotettavuutta. Huolellisen prosessoinnin johdosta tulosten kirjoittaminen oli vaivatonta, koska olimme huolellisesti syventyneen aineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142.)

Hyödynsimme opinnäytetyön analyysissa kvantifiointia eli erittelimme haastateltavat numeraalisesti. Tämä näkyy tulosten esittelyssä. Kvantifioinnin tarkoituksena on saada varmuutta analyysiimme ja näin välttää analyysista saamiemme johtopäätöksiä jäämästä vain olettamuksiksi tai pohdinnaksi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Sisällönanalyysimenetelmää tarkasteltiin ja käytiin läpi monen lähteen kautta. Lähteissä ilmeni ristiriitaisuutta, mikä hankaloitti sisällönanalyysin toteuttamista. Aineistosta nousi esille paljon uutta informaatiota, johon emme osanneet varautua. Tulosten tarkastelun ja johtopäätöksien kirjoittamisen vuoksi perehdyimme tutkimusaineistoon ja päivitimme opinnäytetyön tietoperustaa tulosten vaatimalla tavalla. Syvennyimme aineiston käsittelyyn merkittävästi ja koimme aineiston erittäin runsaaksi ja hankalasti käsiteltäväksi. Koimme opinnäytetyötä tehdessämme haastavaksi rajata työtämme, koska aihe oli mielestämme laaja ja haastattelussa nousi esille hyvin laajasti eri tekijöitä migreenikon elämässä, joista meillä ei ollut merkittävästi teoretietoa.

Vaikka opinnäytetyössä käyttämämme aikaisemmat tutkimustulokset potilasohjauksesta eivät koskekaan juuri migreenipotilaan ohjausta, voidaan niiden tietoa käyttää omia tutkimustuloksiamme tukevin. Lipposen (2014, 61) mukaan potilaat hyötyvät potilasryhmästä riippumatta ohjauksesta, kun ohjaus on lähtöisin heidän omista tarpeistaan ja aikaisemmista tiedoistaan ohjattavasta asiasta.

Opinnäytetyössä haasteena on ollut tieteellisen tekstin tuottaminen, kieliasua on kuitenkin tarkastettu yhdessä ja yksin. Opinnäytetyö on myös annettu luettavaksi vertaisarvioijille, joiden palautetta on hyödynnetty tekstiasun selkeyttämisessä. Pyrkimyksenä on ollut, että teksti on helppolukuista ja selkeää. Opinnäytetyössä on pyritty hyödyntämään haastattelussa saatuja lainauksia, joilla on merkitystä opinnäytetyön tuloksiin. Haastattelussa käytetyt lainaukset on säilytetty alkuperäisessä muodossa. Lainauksilla on pyritty tuomaan esille käytännönläheistä näkökulmaa, selkeyttä ja haastateltavien alkuperäisiä vastauksia.

Olemme pyrkineet noudattamaan työtä tehdessämme rehellisyyttä ja avoimuutta. Työssämme toteutui laadullisen tutkimuksen perusominaisuus, jossa työ on johtanut meitä opinnäytetyön tekijöinä. Laadullisen tutkimuksen tavoin työn suunta on muuttunut tutkimuksen edetessä ja olemme antaneet sen johdatella tutkimuskysymyksiä parhaiten palvelevasti. Kuitenkin olemme mielestämme onnistuneet säilyttämään yhteyden opinnäytetyön tilaajan tarpeeseen ja 'migreeni ja työelämän triggerit' projektiin.

Opinnäytetyössä on säilytetty tarkkuus ja tietynlainen kriittisyys työtä kohtaan koko opinnäytetyöprosessin ajan. Pyrkimyksenä on ollut lähdekriittisyys ja opinnäytetyöntekijöiden oma kriittisyys tulosten tarkastelussa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Lähteitä olemme käyttäneet monipuolisesti. Olemme käyttäneet kotimaisten lähteiden lisäksi vieraskielisiä lähteitä sekä hyödyntäneet lähteissä myös lähitieteitä.

Luotettavuuteen mielestämme vaikuttaa se, että tämä oli ensimmäinen opinnäytetyömme. Haastattelutilanne olisi voinut olla hedelmällisempi, mikäli olisimme olleet harjaantuneempia tutkimushaastattelijoita ja esittäneet rohkeammin jatkokysymyksiä, sekä rajanneet tarkemmin haastattelukysymyksiä. Ennen haastattelu tilannetta, olisimme voineen selittää haastateltaville tarkemmin haastattelurungossa käsiteltävät termit. Luotettavuusongelmaa saattaa esiintyä myös englanninkielisten lähteiden suomentamisesta johtuen. Olemme voineet tulkita tekstiä väärin ja täten vaikuttaa tekstin luotettavuuteen. Haastattelun tulokset kyllääntyivät suurilta osin, mutta vastauksissa oli myös havaittavissa selkeää poikkeavuutta. Koimme kuitenkin saavamme tutkimuskysymyksiin

vastaukset. Teoriapohjaa tehdessämme olemme pyrkineet välttämään plagiointia. Pyrimme rajaamaan teoriapohjaamme siten, että kaikki oleellinen tulisi esille.

Aineiston merkittävyyttä tulee arvioida. Tutkijan pitää olla tietoinen aineiston tuotantoehdoista ja kulttuurisesta paikasta. (Eskola & Suoranta 1998, 213–214.) Myös sillä, kuinka merkittäviä tutkimustulokset ovat ja missä mittakaavassa, on merkitystä (Strauss & Corbin 1998, 272). Opinnäytetyömme tutkimustulokset ovat hyödynnettävissä käytännön hoitotyössä. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää migreenipotilaiden ohjauksen kehittämiseksi. Perehtymällä opinnäytetyömme tuloksiin, hoitohenkilökunta voi saada uudenlaista näkökulmaa migreenipotilaiden ohjaukseen. Tutkimustuloksissa tulee ilmi potilaiden omat kokemukset ja kehittämissuhteet kohti parempaa ohjausta.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa huomioidaan myös analyysin arvioitavuus ja toistettavuus. Kun lukija pystyy seuraamaan tekstistä tutkijan tekemää päättelyä, puhutaan arvioitavuudesta. Kun taas analyysissä käytetyt tulkinta- ja luokittelusäännöt on tuotu esille mahdollisimman yksiselitteisesti, puhutaan toistettavuudesta. (Eskola & Suoranta 1998, 217.)

Olemme perehtyneet aiheeseemme laajasti sekä tutustuneet ohjaukseen ja migreeniin kokonaisvaltaisesti. Osallistuimme myös syyskuussa 2013 migreeniyhdistyksen ”migreeni ja työelämän triggerit” – projektin järjestämään täydennyskoulutukseen ”Päänsärky asiakkaani painajaisena”. Koulutuksessa saimme paljon hyödyllistä tietoa sairaudesta, sen hoidosta ja migreenipotilaista sekä heidän tuntemuksistaan sairautta koskien. Olemme suunnitelleet haastattelun tutkimusta varten keräämiemme tietojen pohjalta, hyödyntäen kirjallisuutta sekä koulutuksesta saamaamme informaatiota.

## 14 JATKOTUTKIMUSAIHEET

Jatkotutkimuksena voisi käsitellä ohjauksen kehittämistä holistisempaan suuntaan, sekä syventyä siihen, miten elämäntapaohjausta voisi hyödyntää migreenin hoidossa. Jatkossa voisi kehittää migreenin ohjausta konkreettisesti, esimerkiksi tuottamalla migreenipotilaiden ohjaajille suunnattu opas juuri tämän potilasryhmän ohjaamiseen. Haastateltavat toivat esille saaneensa kirjallisia ohjeita vain harvoin ja mielestämme olisi hyvä kehitellä toimintamalli, jonka avulla kirjallisia ohjeita saataisi lisättyä ohjaustilanteen runkoon.

Jatkotutkimuksena voisi myös kehitellä opasta migreenipotilaan kivunhallinnan edistämiseksi. Lisäksi migreenipotilaiden kokemuksia voisi mielestämme tutkia lisää, kuitenkin laajemmalla otannalla. Näin tutkimustulokset olisivat luotettavampia.

## LÄHTEET

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.

Burton, W., Landy, S., Downs, K. & Runken, C. 2009. The Impact of Migraine and the Effect of Migraine Treatment on Workplace Productivity in the United States and Suggestions for Future Research. US National library of medicine [viitattu 14.11.2014]. Saatavissa:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2676126/>

Doddick, D. 2014. About Migraine. American migraine foundation [viitattu 25.9.2014]. Saatavissa: <http://www.americanmigrainefoundation.org/about-migraine/>.

Eloranta, M-B. 2002. Krooninen kipu osana elämää. Tampere: Tampereen yliopisto, hoitotiede [viitattu 28.10.2014]. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/89983/gradu00136.pdf?sequence=1>.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Forsberg, E. & Matilainen, I. 2011. Opettajan sanallisen ja sanattoman viestinnän merkitys kuudesluokkalaisten oppimiselle koululiikunnassa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, liikuntapedagogiikka [viitattu 8.8.2013]. Pro gradu-tutkielma. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/36847/URN:NBN:fi:jyu-2011102411584.pdf?sequence=1>.

Färkkilä, M., Havanka, H., Hämäläinen, M., Laukkala, T., Sumanen, M. & Säkö, E. 2008. Migreeni. Duodecim, Käypä Hoito [viitattu 22.8.2013]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi36050>.

Färkkilä, M. 2009. Migreenin patofysiologia, diagnostiikka, erotusdiagnoosiikka ja migreeni elämänkaaressa [viitattu 25.9.2014]. Suomen Migreeniyhdistys Ry. Saatavissa: [http://www.migreeni.org/artikkelit/migreeni\\_farkkila.html](http://www.migreeni.org/artikkelit/migreeni_farkkila.html).

Granström, V. 2010. Kipu ja mieli. WS Bookwell Oy. Mielenterveyden keskusliitto. Porvoo 2010. Edita Publishing.

Haapaniemi, L. 2003. Sopeutumattomien erityisluokkaopetus-konfliktisimulaattoriko? Tampere: Tampereen yliopisto, Kasvatustiede [viitattu 24.9.2013]. Väitöskirja. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67278/951-44-5607-6.pdf?sequence=1>.

Haho, A. 2009. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen [viitattu 28.10.2014]. Sairaanhoidaja-lehti, artikkeli. Saatavissa: [https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/8\\_2009/etiikka/asiakkaan\\_ja\\_potilaan\\_kohtaamine/](https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/8_2009/etiikka/asiakkaan_ja_potilaan_kohtaamine/).

Harviainen, L., Marila, E., Mikkola, L., Pörhölä, M., Valkonen, T., Valo, M. & Ylinen, A. 2005. Ryhmäviestinnän perusteet, vuorovaikutus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Viestintätieteiden laitos [viitattu 8.8.2013]. Verkko-oppimateriaali. Saatavissa: <http://www.jyu.fi/viesti/verkkotuotanto/ryhmaviesti/vuorovaikutus/viestinta/nonverbaalinen.html>.

Hekkonen, K. & Välikangas, H. 2011. Elämänhallinta yksilön kokemuksena. Oulu: Oulun yliopisto, kasvatustiede [viitattu 30.8.2014]. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: [http://www.mielenterveysseura.fi/files/864/gradu\\_Heikonen\\_Valikangas.pdf](http://www.mielenterveysseura.fi/files/864/gradu_Heikonen_Valikangas.pdf)

Hentunen, M. 2014. Täsmäisku migreeniin. Helsingin Sanomat. 24.9.2014.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu - teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.

Holland, K. & Krucik, G. 2014. Understanding chronic migraine – Episodic vs. Chronic migraine [viitattu 23.9.2014]. Healthline networks, Inc. Saatavissa: <http://www.healthline.com/health/migraine/chronic#Episodicvs.Chronic1>.

Juutilainen, P-K. 2011. Sosiodynaaminen ohjaus, Oppiminen ja opettaminen muuttuvissa ympäristöissä. Itä-Suomi: Itä-Suomen yliopisto, Ohjauksen

metodiikka [viitattu 20.9.2012]. Otavan opisto. Saatavissa:

<http://www.slideshare.net/otavanopisto/sosiodynaaminen-ohjaus-pivikatriina-juutilainen>.

Järvinen, M-L. 2011. Konstruktivistinen oppimiskäsitys opettajan pedagogisena työvälineenä alkuopetuksessa - Näkökulmia muutokseen. Tampere: Tampereen yliopisto, Kasvatustiede [viitattu 18.9.2013]. Väitöskirja. Saatavissa:

<http://tampub.uta.fi/handle/10024/66722>.

Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa.

Oulu: Oulun yliopisto, Hoitotiede [viitattu 14.11.2014]. Väitöskirja. Saatavissa:

<http://herkules.oulu.fi/isbn9789526202495/isbn9789526202495.pdf>

Karvonen, K. 2012. Eteisvärinäpotilaiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta päivystyspoliklinikalla sähköisen rytminsiirron yhteydessä.

Tampere: Tampereen yliopisto, Hoitotiede [viitattu 14.11.2014]. Pro gradu - tutkielma. Saatavissa:

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83742/gradu06043.pdf?sequence=1>

Karvonen, S. 2012. Lukion opinto-ohjaus nuoren urasuunnittelun tukijana.

Tampere: Tampereen yliopisto, Kasvatustiede [viitattu 2.10.2013]. Pro gradu - tutkielma. Saatavilla: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu06679.pdf>.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2013. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite.

Sairaanhoidajaliitto [viitattu 28.7.2013]. Saatavissa:

[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10\\_2006/muut\\_artikkelit/ohjaus-tuttu\\_mutta\\_epaselva\\_ka/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/).

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen.

Oulu: Oulun yliopisto, Hoitotiede [viitattu 9.9.2013]. Saatavissa:

<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>

Kääriäinen, R. 2014. Terapeuttisen harjoittelun vaikuttavuus päänsäryn hoidossa – Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi satunnaistetuista, kontrolloiduista tutkimuksista. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Terveystiede [viitattu 14.10.2014].

Pro gradu -tutkielma. Saatavissa:

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/43630/URN%3ANBN%3Afi%3Ajyu-201406041932.pdf?sequence=1>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Eduskunnan työryhmä. Edita Publishing Oy. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P5>.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulu: Oulun yliopisto, Hoitotiede [viitattu 28.10.2014]. Väitöskirja. Saatavissa:

<http://herkules oulu.fi/isbn9789526203720/isbn9789526203720.pdf>

Lipponen, K., 2004. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet. Oulu: Oulun yliopisto. Pro gradu- tutkielma

Lipponen, K., Kyngäs, H., & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala, Hoitotiede [viitattu 15.7.2013]. Sairaanhoidopiiriin julkaisu. Saatavissa:

[http://www.pps hp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](http://www.pps hp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf)

Lunnela, J. 2011. Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Oulu: Oulun yliopisto, Hoitotiede [viitattu 14.11.2014]. Väitöskirja. Saatavissa:

<http://herkules oulu.fi/isbn9789514294136/isbn9789514294136.pdf>

Lähdesmäki, T., Hurme, P., Koskimaa, R., Mikkola, L. & Himberg, T. 2009. Menetelmäpolkuja humanisteille - Laadullinen tutkimus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto [viitattu 8.8.2013]. Kurssi- oppimateriaali. Saatavilla:

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmäpolkuja/menetelmäpolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>

Marila, E. & Ylinen, A. 2002. Luottamus vuorovaikutuksessa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Viestintätiede [viitattu 8.8.2013]. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa:

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11219/elmarila.pdf?sequence=1>.



Marjapuro, M. & Kangasharju, H. 2011. Viestinnän tietoaimes. Sanaton viestintä. Aalto yliopisto, kauppakorkeakoulu [viitattu 8.8.2013]. Saatavissa:

<http://viestinnantietoaimes.aalto.fi/mmpv/sanaton.htm>.

McCrory, D., Lake, A., Saper, J. 2008. Pain management: Evidence, outcomes, and quality of life. A sourcebook. Edited by Wittink H. & Carr D. Elsevier Philadelphia 2008. Printed in China.

Miller, J. 2004. Building a solution-focused strategy into career counselling [viitattu 24.9.2013]. University of Canterbury. Christchurch, New Zealand.

Saatavissa:

[http://ir.canterbury.ac.nz/bitstream/10092/1543/1/12592283\\_finalcopytoNZJCSFTCareersMiller.pdf](http://ir.canterbury.ac.nz/bitstream/10092/1543/1/12592283_finalcopytoNZJCSFTCareersMiller.pdf).

Montin, L. 2008. Potilashoidon lähtökohdat. Turku: Turun yliopisto, Hoitotiede.

Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta [viitattu 2.8.2013]. Duodecim. Saatavilla:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00147#s1](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147#s1).

Mustajoki P. 2010. Migreeni [viitattu 2.8.2013]. Lääkärikirja Duodecim.

Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00047](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00047).

Mäenpää, Å. & Rantala, P. 2003. Opettajan herkkyyden reagoiminen oppilaan lähettämiin verbaalisiin ja nonverbaalisiin viesteihin. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Kasvatustiede [viitattu 8.8.2013]. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/10510/G0000392.pdf?sequence=1>.

Mäkiranta, T. 2008. Elämäntiete sosiaalipedagogisena käsitteenä. Tampere: Tampereen yliopisto, Sosiaalitiede [viitattu 30.8.2014]. Pro gradu -tutkielma.

Saatavissa:

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79066/gradu02556.pdf?sequence=1>

Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena – Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopio: Kuopion yliopisto, Sosiaalitiede [viitattu 28.10.2014]. Väitöskirja. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_951-781-933-1/urn\\_isbn\\_951-781-933-1.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-781-933-1/urn_isbn_951-781-933-1.pdf)

National institution of neurological disorders and stroke. 2014. Migraine [viitattu 25.9.2014]. Office of Communications and Public Liaison. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. National Institutes of Health. Saatavissa: <http://www.ninds.nih.gov/disorders/migraine/migraine.htm>.

Ojanen, S. 2003. Ohjauksesta oivallukseen – ohjausteorian kehittelyä [viitattu 15.11.2014]. Saatavissa: [http://sokl.uef.fi/verkkojulkaisut/ohjaus/Ojanen.htm#Dialogi\\_ohjauksen\\_keskeisenä\\_kommunikaatiomenetelmänä](http://sokl.uef.fi/verkkojulkaisut/ohjaus/Ojanen.htm#Dialogi_ohjauksen_keskeisenä_kommunikaatiomenetelmänä)

Ojanen, S. 2009. Ohjauksesta oivallukseen - ohjausteorian käsittelyä. Gaudeamus Helsinki university press. 5. muuttamaton painos. Helsinki.

Pakkala, I. & Haanpää, M. 2008. Krooninen kipu – toimintakyvyn arviointi, Facultas- opas [viitattu 28.10.2014]. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Työeläkevakuuttajat TELA. Saatavissa: [http://www.tela.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/tela/embeds/telawwwstructure/14383\\_Facultas\\_Krooninen\\_kipu.pdf](http://www.tela.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/tela/embeds/telawwwstructure/14383_Facultas_Krooninen_kipu.pdf).

Peavy, V. 2000. Sociodynamic perspective and the practice of counseling [viitattu 2.10.2013]. University of Victoria. Victoria, Canada. Saatavilla: <http://contactpoint.ca/wp-content/uploads/2013/01/pdf-00-18.pdf>.

Piipponen, A. 2007. Ohjauksellisuus osana koulun toimintaa - Aineenopettajat ja luokanvalvojat oppilaidensa ohjaajina Helsingin ranskalais-suomalaisessa koulussa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Ohjausalan koulutus- ja tutkimusyksikkö [viitattu 18.9.2013]. Kehittämishanke. Saatavissa: [https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18260/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-2007672.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18260/URN_NBN_fi_jyu-2007672.pdf?sequence=1).

- Poutala, K., Partanen, L. & Tuunainen, J. 2007. Sydämen vajaatoimintaa sairastavat toivovat lisää ohjausta [viitattu 28.10.2014]. Sairaanhoidaja-liitto, artikkeli. Saatavissa:  
[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10\\_2007/muut\\_artikkelit/sydamen\\_vajaatoimintaa\\_sairastav/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10_2007/muut_artikkelit/sydamen_vajaatoimintaa_sairastav/).
- Retsja, T. 2007. Ohjauksen kehittämishankkeita ja käytänteitä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, kasvatustiede [viitattu 21.9.2013]. Kehittämishanke. Saatavilla:  
[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18241/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-2007681.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18241/URN_NBN_fi_jyu-2007681.pdf?sequence=1).
- Räsänen, J. 2006. Vuorovaikutus ja dialogi sosiaalityöntekijöiden ammatillisissa verkkokeskusteluissa. Tampere: Tampereen yliopisto. Sosiaalitiede [viitattu 15.7.2013]. Pro gradu- tutkielma. Saatavilla:  
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00802.pdf>.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Teemahaastattelu. Tampere: Tampereen yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [viitattu 6.9.2013]. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Saatavissa:  
[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6\\_3\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html).
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Kvantifiointi. Tampere: Tampereen yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [viitattu 20.9.2014]. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Saatavissa:  
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/viittausohje.html>
- Salminen, J. & Hanses, O. 1994. Hoitosuhde kuntoutuksessa ja kuntouttajan rooli [viitattu 28.10.2014]. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Saatavissa:  
[http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo40323&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_auth=](http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo40323&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=).
- Seitamaa-Hakkarainen, P. 2000. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi [viitattu 24.9.2013]. Saatavilla:  
[http://www.academia.edu/589363/Kvalitatiivinen\\_sisallon\\_analyysi](http://www.academia.edu/589363/Kvalitatiivinen_sisallon_analyysi).

Sillanvuo, T. 2006. Luottamus ja vuorovaikutus organisaation menestystekijöinä. Lappeenranta: Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Kauppatiede [viitattu 8.8.2013]. Kandidaatin tutkielma. Saatavissa:

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/58982/nbnfi-fe201002031220.pdf?sequence=3>.

Smith, S., Adam, D. & Kirkpatrick, P. 2011. Using solution-focused communication to support patients [viitattu 27.10.2014]. Nursing Standard journal, 25. Robert Gordon University. Aberdeen, United Kingdom. Saatavissa: <https://www.deepdyve.com/lp/royal-college-of-nursing-rcn/using-solution-focused-communication-to-support-patients-Y8RGGI6ild>

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2005. Turvallinen lääkehoito – valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveystieteissä [viitattu 28.10.2014]. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön oppaita 2005:32. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen\\_laakehoito\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf).

Strauss, A. & Corbin, J. 1998. Basics of qualitative research. Sage publications, Inc. United States of America.

Sumelahti, M-L. 2012. Naisten migreeni. Kuukautismigreeni. Lääkärikirja Duodecim [viitattu 22.8.2013]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00621](http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00621)

Sumelahti, M-L., Huhtala, H. & Maunu, P. 2008. Naisilla ja miehillä erilainen migreeniprofiili [viitattu 14.11.2014]. Suomen Lääkärilehti 39/2008. Saatavissa: <http://www.migreeni.org/Pdf/Migreeniprofiilit.pdf>

Sumelahti, M-L. 2013. Nainen, hormonit ja migreeni [viitattu 18.11.2014]. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Saatavissa: [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=4342EFE1A05941C0F51CA4C7248254B3?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_lifecycle=0&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_hakusana=migreeni&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_p\\_frompage=haku&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo10796](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=4342EFE1A05941C0F51CA4C7248254B3?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=migreeni&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10796)

Suorsa, A. 2012. Vuorovaikutuksen käsite tiedon luomisen nykytutkimuksessa. [viitattu 15.7.2013]. Artikkel. Saatavilla:

<http://ojs.tsv.fi/index.php/inf/article/view/5141/4631>.

Svinhufvud, K., Mickwitz, A., Suojala, M. & Korhonen, S. 2010. Vuorovaikutuspuhumista ja kuuntelemista. Kielikeskuksen äidinkielen viestintäopetuksen palveluyksikkö. Helsinki: Helsingin yliopisto [viitattu 15.7.2013]. Saatavissa: <http://kielijelppi.virtamieli.fi/puheviestinta/vuorovaikutus-puhumista-ja-kuuntelemista>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Keskeisiä käsitteitä neuvontapalveluista ja kotikäynneiltä. [viitattu 28.7.2013]. Saatavissa:

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/lait/kasitteet](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/lait/kasitteet).

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosake yhtiö Tammi. Helsinki.

Turunen, H., Tikanoja, H. & Voutilainen, U. 2014. Oppimis- ja ohjauskäsityksiä. Itä-Suomi: Itä-Suomen yliopisto, Koulutus ja kehittämispalvelu Aducate [viitattu 15.11.2014]. Saatavissa: <http://www.uef.fi/fi/aducate/oppimis-ja-ohjauskasityksia>

Työterveyslaitos. 2014. Sairaaksikirjoittamisen ohjeisto, Migreeni [viitattu 18.9.2014]. Verkkoitoimitus. Saatavissa:

<http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyshuolto/sairaaksikirjoittaminen/Sivut/details.aspx?item=73>.

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Hippokrates/Duodecim. 1. painos. Gummerus Oy. Jyväskylä.

World health organization. 2012. Headache disorders [viitattu 25.9.2014].

Saatavissa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>.

Zimney, E. 2014. 10 Key questions about migraines – What is migraine [viitattu 4.10.2014]. Everyday health. Saatavissa: <http://www.everydayhealth.com/pain-management/headache/index.aspx>.

## LIITTEET

### Liite 1. Saatekirje

#### KUTSU

Hyvä migreeniä tai kroonista päänsärkyä sairastava,

olemme Johanna Lehtinen ja Henna Peltovuoma. Opiskelemme Lahden ammattikorkeakoulussa terveydenhoitotyötä ja hoitotyötä (sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja). Toteutamme opinnäytetyötämme yhteistyössä Suomen migreeniyhdistyksen kanssa. Tutkimuksemme tavoitteena on saada ja jakaa tietoa migreenipotilaiden kokemuksista ohjaukseen liittyen. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten migreenipotilaat kokevat saamansa ohjauksen.

Tutkimuksessa selvitämme migreenipotilaiden kokemuksia hoitohenkilökunnalta saamastaan ohjauksesta. Tutkimukseen osallistujiksi on valittu Suomen migreeniyhdistyksen vertaistukiryhmän jäseniä. Tutkimuksen aineiston hankinta toteutetaan haastattelumuodossa 21.11 ja 19.12.2013, klo 18- 20. Haastattelun ajankohtaa voidaan muuttaa, jos koette sen tarpeelliseksi.

Kutsumme Teidät hyvä vertaistukiryhmäläinen osallistumaan ja kertomaan kokemuksianne saamastanne ohjauksesta. Osallistuminen haastatteluun on vapaaehtoista ja osallistumisen voi perua koska vain, sitoutuminen ei ole ehdotonta.

Haastattelussa käymme läpi kokemuksiasi valmiiksi valittujen teemojen kautta. Haastattelu toteutetaan luottamuksellisesti suljetussa tilassa, eikä Teitä ole mahdollista tunnistaa haastattelun perusteella. Haastatteluaineisto nauhoitetaan, jotta pystymme syventymään tarkemmin vastauksiinne ja saamme täten laadukasta tutkimusaineistoa. Nauhoitteet hävitetään luottamuksellisesti, sen jälkeen kun olemme analysoineet saamamme aineiston.

Varaamme haastatteluun aikaa tunnin. Toivomme, että ilmoitatte osallistumisestanne Meille mahdollisimman pian.

Mikäli aika ei sovi Teille tai herää kysymyksiä opinnäytetyötämme tai haastattelua koskien, niin voitte ottaa Meihin yhteyttä sähköpostitse tai puhelimitse.

Johanna Lehtinen: johanna.lehtinen2@student.lamk.fi tai numeroon \*\*\*\*\*

Henna Peltovuoma: henna.peltovuoma@student.lamk.fi tai numeroon \*\*\*\*\*

Kiitos osallistumisestasi!

Ystävällisin terveisin Johanna Lehtinen ja Henna Peltovuoma

## Liite 2. Haastattelurunko

Haastattelurunko: Miten migreeniä sairastavat kokevat saamansa ohjauksen?

Tausta

Vuorovaikutus

- Miten koet ohjaajan vuorovaikutustaitojen vaikuttavan ohjaukseen?
- Miten ohjaustilanteessa näkyy Sinun ja ohjaajasi välinen tasavertaisuus?
- Miten Sinut yksilönä huomioitiin ohjaustilanteessa?
- Miten saamasi ohjaus on vaikuttanut toimintakykyysi migreenin kanssa?

Tiedon riittävyys

- Millaiseksi koet ohjaajan tiedon riittävyyden koskien migreeniä ja sen hoitoa?
- Kuinka ajankohtaiseksi koet saamasi tiedon?
- Miten ohjauksessa saamasi tieto vaikuttaa elämääsi?
- Minkälaisia odotuksia Sinulla on ohjauksesta?
- Arvioi odotusten täyttymistä suhteessa saatuun ohjaukseen?

Potilasohjauksen kehittäminen

- Mitä mielestäsi hyvä ohjaus pitää sisällään?
- Kuvaile saamiesi ohjausten tasoa.
- Miten mielestäsi potilasohjausta voisi kehittää?



Liite 3. Ote sisällönanalyysistä

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTETTYILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<p>H2: "...jos menee lääkärille tai työterveyshoitajalle tai jollekki ylipäättänsä hoitohenkilökunnalle, et ei ajateltais vaan just niit lääkkeitä, vaan just ihmistä kokonaisuutena"</p> <p>H3: "...No mulla ne odotukset on ollu äärimmäisen pienet ku mä oon tienny sen tilanteen, mutta aina välillä sitä toivois että sieltä jotain tulis."</p> <p>H3: "...että siinäki kanssa tää kuuntelu ja ohjeistus nii neki menee täysin ristiin."</p> <p>H1: "...Ei sitä (ohjausta) oo oikeestaan minkäänlaista. Se on sitä mitä lääkettä vois käyttää."</p> <p>H1: "...et mä oon saanu niin huonoa hoitoa ja mul ei oo sellasta pysyvää hoitosuhdetta tai samaa lääkäriä. Vaan se on vaa se resepti ja käyt iteksee kokeilee ja kärsit"</p> <p>H2: "Onkohan, voikohan sitä edes olla niinku tota tasavertaisuutta. Esimerkiksi mä aattelin et jos on lääkäri, niin onhan sillä lääkärillä aina se ikäänkuin lääkärin status tai... tai se että, että tota joo... empä osa tohon sanoa, että voiko ylipäänsä olla olla tasavertaisuutta muuta ku että, ollaan ihmisiä."</p> <p>H1: "Jotkut lääkärit ei kato silmiinkään vaan naputtaa tietokonetta. Oon käyny myös migreenispesialistilla joka ei puhu eikä kato silmiin."</p>	<p>Odotukset eivät vastaa saatua ohjausta</p> <p>Matalat odotukset pettymysten seurauksena</p> <p>Ohjauksen ristiriitaisuus</p> <p>Kokemus hylätyksi tulemisesta</p> <p>Alemmuus ja potilaan asema</p> <p>Alemmuuden tunne</p>	<p>Pettymys saatuun ohjaukseen</p> <p>Kokemukset ohjauksen puuttumisesta</p>	<p>Pettymys ohjaukseen</p>

YLÄKATEGORIA	PÄÄLUOKKA
Pettymys ohjaukseen	Migreenipotilaiden kokemuksia ohjaustilanteen sisällöstä ja tasa-arvoisuudesta ohjauksessa
Kokemuksia ohjaajan välinpitämättömyydestä ja ymmärryksen puutteesta	
Kokemuksia lääkehoidon ohjauksen painottumisesta	
Kokemuksia hoitoon ohjaamisesta	
Eriarvoisuuden kokeminen ohjaustilanteessa	
Kiireen tunne ohjaustilanteessa	