

Essi Pesonen, Erja Syväne

Dysmenorrea ja osteopatia

Artikkeli Endometrioosiyhdistykselle ja ohje osteopaateille

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Osteopaatti (AMK)

Osteopatian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

7.5.2015

Tekijät Otsikko	Essi Pesonen, Erja Syväne Dysmenorrea ja osteopatia
Sivumäärä Aika	50 sivua + 6 liitettä 4.5.2015
Tutkinto	Osteopatia (AMK)
Koulutusohjelma	Osteopatian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Osteopatia
Ohjaajat	yliopettaja Pekka Paalasmaa tuntiopettaja Hannaleena Risku-Kauppila
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kirjallisuuden, tutkimus- ja kokemustiedon perusteella osteopatian mahdollisuutta dysmenorrean hoidossa. Yhteistyökumppaneina olivat Endometrioosiyhdistys ja kaksi osteopaattia.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, joka suoritettiin kirjallisena. Osteopaattien haastatteluiden tarkoituksena oli täydentää kirjallisuutta ja antaa työlle lisäarvoa. Opinnäytetyön pohjalta tehtiin artikkeli Endometrioosiyhdistykselle. Artikkelin tavoitteena on antaa yhdistyksen jäsenille lisätietoa dysmenorrean liittyvistä tekijöistä ja hoidosta. Sen lisäksi artikkeli esittelee osteopatiaa. Osteopaateille tehtiin tuotoksena ohje, joka kokoaa tiiviisti yhteen tyypillisimmät löydökset ja hoidettavat alueet, sekä nostaa esiin asioita hoidon ajankohdasta. Artikkeliin ja ohjeeseen on koottu myös kotihoito-ohjeita.</p> <p>Kirjallisuus ja kokemustieto olivat yhteneväisiä. Dysmenorreaa sairastavien kesken on havaittu yhdenmukaisia löydöksiä. Tyypillisesti löydöksiä on kohdun hermotusalueella, kohdussa ja lantiossa. Ongelmat nestekierrossa ja hengityksessä ovat myös yleisiä. Osteopaattisella hoidolla oli saatu hyviä tuloksia kivunhoidossa. Manuaalisella hoidolla, missä hoito oli kohdistunut ainoastaan selkärankaan, tulokset olivat vaihtelevampia.</p> <p>Osteopatialla näyttäisi olevan vaikutusta dysmenorrean. Hoitotulokset ovat olleet parempia tutkimuksissa, joissa asiakasta hoidetaan yksilöllisesti, mikä tukee osteopaattista filosofiaa. Aiheesta on kuitenkin tehty vasta vähän tutkimuksia, joten osteopatian vaikuttavuus dysmenorrean vaatineen lisäselvityksiä tulevaisuudessa.</p>	
Avainsanat	dysmenorrea, osteopatia

Authors Title	Essi Pesonen, Erja Syväne Dysmenorrhea and osteopathy
Number of Pages Date	50 pages + 6 appendices 4 May 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Osteopathy
Specialisation option	Osteopathy
Instructors	Pekka Paalasmaa, Principal Lecturer Hannaleena Risku-Kaupila, Lecturer
<p>The purpose of this Bachelor's thesis was to find out the possibilities of osteopathic treatment in patients with dysmenorrhea. The thesis was carried out as a theoretical study and made cooperation with The Finnish Endometriosis Society and two osteopaths.</p> <p>The data were gathered from osteopathic and medical literature and studies, and an interview with the two osteopaths. The two osteopaths were interviewed about their experiences of dysmenorrhea by sending them a questionnaire.</p> <p>The study explored various factors which can cause dysmenorrhea from the osteopathic perspective. The information acquired in both theory and practice was consistent. Based on the data there are similarities in the findings among women who suffer from dysmenorrhea and the data showed that osteopathic treatment relieves the symptoms of dysmenorrhea. Osteopathic treatment of dysmenorrhea focuses on the function of lumbar and pelvic area, innervation of the reproductive system and homeostasis of the body. Based on our thesis we wrote an article for The Finnish Endometriosis Society and guidelines for osteopaths.</p> <p>The results lead to the conclusion that osteopathic treatment can help women with dysmenorrhea. There are quite few studies about osteopathic treatment of dysmenorrhea which requires further research.</p>	
Keywords	dysmenorrhea, osteopathic treatment

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Työn toteutus, tavoitteet ja yhteistyökumppanit	3
2.1	Työn eteneminen	3
2.2	Työn tarkoitus ja tavoitteet	4
2.3	Endometrioosiyhdistys ry	4
2.4	Osteopaattien kirjallinen haastattelu	5
3	Dysmenorrea	7
3.1	Primaarinen dysmenorrea	7
3.2	Sekundaarinen dysmenorrea	8
3.2.1	Endometrioosi	8
3.2.2	Lantion tulehduksellinen sairaus (PID)	9
3.2.3	Adenomyosiini	10
3.2.4	Krooninen lantiikipu	10
3.2.5	PMS (Premenstrual Syndrome)	11
3.2.6	Lantion kongestiivinen oireyhtymä	12
4	Osteopaattinen näkökulma lantion alueen toimintaan	13
4.1	Naisen lisääntymiselimistö ja faskiaaliset yhteydet	14
4.2	Lanneranka ja lantion alueen hermotus	16
4.3	Lantionpohja	17
4.4	Lantion alueen verenkierto	19
4.5	Imunestekierto	20
5	Osteopaattinen näkökulma dysmenorreaan	22
5.1	Somaattiset dysfunktiot	23
5.2	Viskeraalinen lähestymistapa	26
5.3	Nestekierto ja hengitys	30
5.4	Kraniaalinen lähestymistapa	32
5.5	Hoitoesimerkit	36
5.6	Kotihoito-ohjeet	37
5.7	Osteopaattisen hoidon ajankohta	38
5.8	Manuaalisen hoidon vaikutus dysmenorreaan	39

6	Ohjeen ja artikkelin kokoaminen	41
6.1	Artikkeli Endometrioosiyhdistykselle	41
6.2	Ohje osteopaateille	42
7	Lopuksi	44

Liitteet

Liite 1. Artikkeli Endometrioosiyhdistykselle

Liite 2. Ohje osteopaateille

Liite 3. Haastattelukysymykset

Liite 4. Tietoinen suostumus

Liite 5. Consent form

Liite 6. Endometrioosiyhdistyksen yhteistyösopimus

1 Johdanto

Kivuliaista kuukautisista eli dysmenorreasta kärsii maailmanlaajuisesti arviolta 50 % naisista (Proctor – Hing – Johnson – Murphy – Brown 2010: 2). Dysmenorreassa ilmenee samoja yleisoireita kuin normaaleissa kuukautiskivuissa kuten pahoinvointia, päänsärkyä ja ärtyneisyyttä, mutta dysmenorreassa kivut ovat voimakkaampia ja pitkäkestoisempia. Näillä tekijöillä on vaikutusta naisen toimintakykyyn ja elämänlaatuun. (Beckmann ym. 2014: 295; Grandi ym. 2012: 169–174.) Dysmenorrea jaetaan primääriseen ja sekundaariseen dysmenorreaan, joista jälkimmäiseen kuuluu jokin synnytyselinsairaus kuten endometrioosi (Beckmann ym. 2014: 295).

Opinnäytetyö tehtiin teoreettisesta näkökulmasta. Tarkoituksena oli kartoittaa kirjallisuuden, tutkimus- ja kokemustiedon perusteella osteopatian mahdollisuutta dysmenorreaan hoidossa. Opinnäytetyön yhteistyökumppaneina toimivat Endometriosiyhdistys sekä kaksi osteopaattia. Tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Työn tavoitteena oli tarjota yhteistyökumppanille tietoa osteopatiasta ja dysmenorreaan hoidosta. Tuotoksena tehtiin artikkeli Endometriosiyhdistyksen jäsenlehteen. Opinnäytetyöstä haluttiin koota myös tiivis ohje osteopaateille työelämän apuvälineeksi. Ohje antaa osteopaateille valmiuden kohdata potilaita, jotka kärsivät kovista kuukautiskivuista.

Työssä kuvataan vaivan eri ilmenemismuotoja sekä tuodaan esiin tämän hetkisiä käsityksiä kivun aiheuttajista. Lähestymistapa anatomiaan on toiminnallinen, fokuksena ovat naisen lisääntymiselimistö, hermotus ja verenkierto. Työ on vahvistanut omaa osaamistamme lantion alueen anatomiasta ja fysiologiasta sekä dysmenorreasta vaivana. Työn ansiosta osaamme tunnistaa dysmenorreaan käytännön työssä.

Työn alussa hypoteesina oli, että kirjallisuus ja kokemustieto ovat yhteneväisiä. Muut hypoteesit muokkautuivat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiksi. Tutkimuskysymykset ovat: onko dysmenorreasta kärsivien kesken rakenteellisia yhteneväisyyksiä, millainen on dysmenorreaan osteopaattinen hoito ja voidaanko sillä vaikuttaa kipuun sekä mikä on osteopaattisen hoidon ajankohta. Opinnäytetyöllä saatiin vastaukset kaikkiin tutkimuskysymyksiin.

Dysmenorrea ei ole tavallinen syy tulla osteopaattiseen hoitoon. On kuitenkin todennäköistä, että osteopaatti kohtaa työssään kovista kuukautiskivuista kärsiviä naisia. Tällöin on tärkeää, että osteopaatti osaa hoidossa huomioida tekijöitä, joilla voi olla vaikutusta kipuun. Kivunlievitys on tärkeää dysmenorrean hoidossa, koska usein esiintyvä, voimakas kipu voi altistaa pitkällä aikavälillä kipuaistin herkistymiselle (Soinila – Haanpää 2006: 238–241). Endometrioosiyhdistyksen kanssa tehdyn yhteistyön avulla toivomme tavoittavamme kuukautiskivuista kärsivät naiset.

2 Työn toteutus, tavoitteet ja yhteistyökumppanit

2.1 Työn eteneminen

Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin syksyllä 2013. Tällöin opinnäytetyön aiheeksi valikoitui dysmenorrea ja osteopatia. Aihe oli kiinnostava eikä siitä ole aiemmin tehty osteopaattista opinnäytetyötä Suomessa. Ideointivaiheessa yhteistyökumppaniksi valikoitui Endometriosisyhdistys. Osteopaattisen näkökulman korostamiseksi toiveessa oli yhteistyö myös valmistuneiden osteopaattien kanssa. Yhteistyöhön halukkaiden osteopaattien etsimisessä oli haasteensa, mutta lopulta kaksi osteopaattia, joilla on kokemusta kuukautiskipujen hoidosta, lupautuivat haastateltavaksi.

Ideointi- ja suunnitteluvaiheessa keskustelussa oli työn sisältö ja otsikointi. Sisältö alkoi muokkautua pitkälti löydetyin aineiston perusteella. Endometriosisyhdistyksen kanssa keskusteltiin opinnäytetyön sisällöstä ja otsikosta. Heidän toivomuksensa oli, että työn pääpaino olisi ollut endometriosisissa. Tämä olisi kuitenkin osteopaattisesta näkökulmasta rajoittanut merkittävästi työn laajuutta ja sisältöä. Päätöksenä oli, että työ käsittelee dysmenorreaa kokonaisuudessaan. Tämän jälkeen alkoi tarkempi kirjallisuuden ja tutkimusten tarkastelu. Työn tavoitteita ja tarkoitusta täsmennettiin, jotta aihe pysyisi rajattuna. Työ päätettiin tehdä monimuotoisena opinnäytetyönä. Työtä ohjaamaan asetettiin tutkimuskysymyksiä. Tutkimuskysymyksinä olivat: onko dysmenorresta kärsivillä naisilla rakenteellisia yhteneväisyyksiä, mikä on paras ajankohta hoitaa ja voidaanko osteopaattisella hoidolla lievittää dysmenorrean oireita.

Tutkimustiedon ja kirjallisuuden perusteella kirjoitettiin teoreettinen viitekehys. Kun teorian alkoi tarkentua, pohdinnassa oli millaista tietoa halutaan saada valmistuneilta osteopaateilta. Syksyllä 2014 haastattelukysymykset olivat valmiit ja haastattelut tehtiin kirjallisena. Keväällä 2015 materiaalin ollessa kasassa työstettäväksi tulivat ohje ja artikkeli. Saadun palautteen perusteella tuotokset muokattiin julkaistavaan muotoon. Tämän jälkeen alkoi opinnäytetyön viimeistelyvaihe.

2.2 Työn tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kirjallisuuden, tutkimusten sekä osteopaattien haastattelun avulla kartoittaa, kuinka osteopatia lähestyy dysmenorreaa. Työssä tarkasteltiin teorian ja käytännön välisiä yhteneväisyyksiä.

Opinnäytetyöllämme on monia tavoitteita. Tavoitteena on antaa tietoa osteopaateille, kuinka lähestyä ja hoitaa dysmenorreaa. Tuotoksena tehtiin ohje. Ohje tiivistää tyypilliset rakenteelliset yhteneväisyydet ja hoidettavat alueet sekä nostaa esiin hoidon sopivan ajankohdan. Ohjeen tehtävä on toimia työelämän apuvälineenä.

Opinnäytetyöllä halutaan myös tavoittaa dysmenorreasta kärsivät naiset. Tavoitteena on antaa heille tietoa siitä mitä osteopatia on ja kuinka se lähestyy dysmenorreaa. Tämän tavoitteen toteutumiseksi toisena tuotoksena on artikkeli, joka on suunnattu Endometriosisyhdistyksen jäsenille. Opinnäytetyö julkaistaan myös kokonaisuudessaan yhdistyksen verkkosivuilla. Jäsenillä on mahdollisuus saada syvällisempää tietoa aiheesta, jos he kokevat sen tarpeelliseksi. Tästä huolimatta opinnäytetyö on kirjoitettu lääketieteellistä ja osteopaattista terminologiaa käyttäen.

Oma tavoitteemme opinnäytetyössä oli syventää osaamista lantion alueen anatomiasta ja fysiologiasta sekä ymmärtää dysmenorrea vaivana. Opinnäytetyön perusteella pysytymme kohtaamaan ja hoitamaan dysmenorreasta kärsiviä naisia.

2.3 Endometriosisyhdistys ry

Työelämän yhteistyökumppanina toimii Endometriosisyhdistys. Yhdistys on vuonna 1999 perustettu Suomen ainoa endometriosisia sairastavien potilasjärjestö, joka toimii endometriosisia sairastavien edunvalvojana. Endometriosisyhdistys toimii pääasiallisesti vapaaehtoistoiminnalla ja tarjoaa monipuolista vertaistukea endometriosisia sairastaville sekä heidän läheisilleen. Endometriosisyhdistys julkaisee neljä kertaa vuodessa Endorfiini -jäsenlehteä. (Endometriosisyhdistys n. d.)

Endometriosisyhdistykselle tehdään vuosittain opinnäytetöitä. Uskomme työmme erotuvan joukosta sekä antavan uutta näkökulmaa dysmenorrean hoidosta. Yhdistyksen kanssa tehtiin kirjallinen yhteistyösopimus (liite 6).

2.4 Osteopaattien kirjallinen haastattelu

Kirjallisuutta ja tutkimustietoa tukemaan opinnäytetyöhön kerättiin myös kokemustietoa. Yhteistyötä tehtiin kahden osteopaatin kanssa. Haastattelut suoritettiin kirjallisina ja anonyymisti. Yhteistyössä oli mukana suomalainen osteopaatti sekä Englannissa työskentelevä osteopaatti. Molemmilla on kokemusta kuukautisvaivojen hoidosta. Osteopaattien osallistuminen oli vapaaehtoista ja heidän kanssa tehtiin kirjallinen, tietoinen suostumus (liite 4 ja 5). Kielellisistä syistä vain suomalaisen osteopaatin kanssa tehtiin Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteistyösopimus.

Suomessa työskentelevä osteopaatti on vuonna 2010 valmistunut. Hän kertoo hoitavansa paljon kroonisista ja selittämättömistä kivuista kärsiviä potilaita. Hän tapaa työssään usein naisia, jotka kärsivät erilaisista kuukautishäiriöistä. Naiset eivät kuitenkaan kovin usein hakeudu hoitoon tämän takia, vaan vaivat nousevat esiin anamneesissa.

Toinen yhteistyössä mukana oleva osteopaatti työskentelee Englannissa ja on toiselta ammatiltaan gynekologi. Hänellä on osteopaattista työkokemusta kymmenen vuotta ja hän on työskennellyt paljon naisten kanssa, jotka kärsivät muun muassa lantion ja alaselän kivuista, joihin on yhdistyneenä vatsan alueen kipua. Hän kertoo hoitavansa myös naisia, jotka kärsivät rintarauhaskudoksentulehduksista. Vastaanotolle saapuvista naisista 9/10 kärsii jonkin asteisesta dysmenorreasta.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelussa etuna on, ettei se ole selkeästi kvalitatiivinen tai kvantitatiivinen. Sille on ominaista, että haastattelu etenee tiettyjen teemojen mukaisesti. (Hirsijärvi – Hurme 2010: 47–48.) Aikataulullisista syistä haastattelu päädyttiin suorittamaan kirjallisesti. Suullinen haastattelu olisi ollut myös haastava toteuttaa ulkomaalaistaustaisen osteopaatin kanssa ja hänen toiveidensa mukaisesti haastattelu lähetettiin sähköpostitse. Myös suomalaisen osteopaatin kanssa päädyttiin aineiston yhdenvertaisuuden takia samaan ratkaisuun. Haastattelukysymykset ovat opinnäytetyön liitteenä (liite 3).

Kirjallisuuden ja tutkimustiedon lisäksi, haastattelukysymyksiin vaikuttivat myös opin-
näytetyössä esiintyvät tutkimuskysymykset. Haastattelukysymykset olivat avoimia.
Haastatteluiden vastauksia on sisälletty opinnäytetyön käsittelykappaleisiin tukemaan
kirjallisuutta. Kysymykset haluttiin pitää avoimina, koska tällöin osteopaatit saivat vas-
tata haluamallaan laajuudella ja nostaa esiin asioita, jotka kokivat hyödyllisiksi. Kysy-
myksistä ei tehty ohjailevia, ja siksi emme kysyneet suoraan esimerkiksi hoidon ajan-
kohdasta.

3 Dysmenorrea

Dysmenorrea tarkoittaa kivuliaita kuukautisia. Dysmenorrea on suhteellisen yleistä, arviolta yli 50 % naisista ympäri maailmaa kärsii dysmenorreasta. (Proctor ym. 2010: 2.) Dysmenorreaan liittyy kuukautiskipujen yleisoreita kuten pahoinvointia, huimausta, päänsärkyä, ripulia, jotka voivat haitata jokapäiväistä elämää. Dysmenorrean oireet esiintyvät joko päiviä tai tunteja ennen kuukautisvuodon alkamista mahdollisesti jatkuen koko kuukautisvuodon ajan. (Chaitow – Jones 2012: 73.) Dysmenorrea erotetaan tavallisista kuukautiskivuista seuraavasti: dysmenorreasta kärsivän kivut ovat voimakkaampia, pitkäkestoisempia ja kivut pääasiallisesti painottuvat kuukautisten alku- tai loppuvaiheelle. (Grandi ym. 2012: 169–174.) Dysmenorrea voidaan jakaa sekä primaariseen että sekundaariseen dysmenorreaan, joiden patofysiologinen tausta on erilainen. (Chaitow – Jones 2012: 73; Ylikorkala – Tapanainen 2011: 77.)

3.1 Primaarinen dysmenorrea

Primaarinen dysmenorrea alkaa tavallisesti pian ensimmäisten kuukautisten alettua. Siitä kärsii jokaisen vuodon yhteydessä noin 13 % suomalaisista naisista. Satunnaisesti pahoista kivuista kärsiviä on lähemmäs 40 %. Tavallisemmin oireiden kesto on 1–2 vuorokautta. (Ylikorkala – Kauppila 2004: 80; Ylikorkala – Tapanainen 2011: 77.) Primaarisessa dysmenorreassa ajatellaan liiallisen prostaglandiinien tuotannon johtavan kohdun lihaskerroksen myometriumin liialliseen supisteluun. Tämä aiheuttaa kipua alavatsalla, alaselässä ja reisien yläosassa. (Chaitow – Jones 2012: 73.) Kohdun supistumisen aikana kohdun sisäinen paine nousee helposti valtimopainetta suuremmaksi, mikä voi johtaa kohdun iskemiaan. Prostaglandiinia pääsee myös verenkiertoon, mikä selittää dysmenorrean aikaisia yleisoreita, kuten pahoinvointia, huimausta ja väsymystä. (Ylikorkala – Kauppila 2004: 81.) Prostaglandiinin ajatellaan myös herkistävän hermopäätteitä. Tämä voi altistaa kivun sensitisaatiolle. (Chaitow – Jones 2012: 73.)

3.2 Sekundaarinen dysmenorrea

Sekundaarisen dysmenorrean taustalla on usein jokin synnytyselinsairaus. Kuukautiset muuttuvat kivuliaiksi vasta myöhemmällä iällä, koska naisen ikääntyessä sairauksien todennäköisyys kasvaa. Oireet saattavat kestää koko kuukautisvuodon ajan. Sekundaariseen dysmenorreaan luokitellaan todettavat kliiniset syyt kuten endometrioosi, adenomyosiini, lantion tulehduksellinen sairaus (PID), myooma (kohdun lihaskyhyt), kohdun kaulakanavan ahtauma ja rakenteelliset poikkeavuudet. (Beckmann ym. 2014: 295; Ylikorkala – Kauppila 2004: 81). Myös kierukan käyttö voi aiheuttaa sekundaarista dysmenorreaa. Sekundaarista dysmenorreaa hoidetaan poistamalla kivun syy. Kuten primaarisessa dysmenorreassa, niin myös sekundaarisessa dysmenorreassa prostaglandiinin epänormaalin runsas määrä on yleistä. (Ylikorkala – Kauppila 2004: 80–83.)

3.2.1 Endometrioosi

Endometrioosi on sairaus, jossa kohdun limakalvo esiintyy epänormaalissa paikassa, kuten vatsaontelossa tai lantiossa. Arvellaan, että 7–10% fertiilitieteellisesti ikäisistä naisista kärsii endometriosista ja sitä esiintyy enemmän synnyttämättömillä naisilla. Geneettisillä tekijöillä uskotaan olevan vaikutusta sairauden kehittymisessä. Taudin yleisinä oireina ovat etenevä dysmenorrea ja voimakkaat, syvät yhdyntäkivut. (Beckmann ym. 2014: 287–288.) Endometriosille on tyypillistä myös alavatsakivut, kuukautishäiriöt ja hedelmättömyys. (Ylikorkala – Kauppila 2004: 96).

Tavallisesti epänormaalia kudosta havaitaan munasarjoissa, munanjohtimissa, kohdun ligamenteissa, lantion peritoneumissa, kohdunkaulan ja suolen pinnalla (Chaitow – Jones 2012: 74). Kudokset reagoi syklisesti estrogeeni- ja progesteronieritykseen, kuten kohdun limakalvo kuukautisvuodon aikana. Endometriosin patofysiologian on osittain tuntematon. Yleisin hypoteesi on Sampsonin esittämä teoria retrogradisesta menstruaatiosta. Teoriassa ajatellaan, että kuukautisten aikana endometriumia kulkeutuu muna- torvia pitkin vatsaonteloon. (Ylikorkala – Kauppila 2004: 96–97.) Muita tekijöitä, joiden ajatellaan vaikuttavan endometriosin syntyyn, ovat kasvaimet, lymfaattiset ja vas-kulaariset etäpesäkkeet, immunologiset tekijät, geneettinen taipumus, epänormaali endometrium (Droz – Howard 2009: 125).

Aina kipu ei korreloi löydösten määrällä. Kipu voi olla suurta, vaikka löydöksiä olisikin vähän ja toisaalta löydöksiä voi olla paljon, mutta ne eivät oireile ja ovat kivuttomia. (Chaitow – Jones 2012: 74.) Neljäsosa endometrioosia sairastavista naisista on oireettomia (Ylikorkala – Kauppila 2004: 96). Kivun mekanismit eivät ole täysin tunnettuja. Asioita, joiden uskotaan vaikuttavan kipuun, ovat lisääntynyt prostaglandiini-tuotanto, vatsakalvon lisääntynyt herkkyys ja kemiallinen ärsytys ja endometriosikudoksen vuotaminen. (Chaitow – Jones 2012: 74.) Endometriosikipu on usein sisäelinlähtöistä (Droz – Howard 2009: 125).

Kuten muissakin dysmenorreaan lajeissa, niin myös endometrioosissa on kohonnut riski kivun sensitisaatiolle. Endometrioosia sairastavilla tavataan useammin fibromyalgiaa, migreeniä, ärtyneen suolen oireyhtymää ja vulvodyniaa. (Chaitow – Jones 2012: 74.)

Endometrioosiin ei ole parantavaa hoitoa. Hoito suunnitellaan yksilöllisesti huomioiden muun muassa potilaan ikä ja raskaustoive. Lääkehoito lievittää kipua ja sillä pyritään säilyttämään hedelmällisyys. Endometrioosin hoitomuotona käytetään tulehduskipulääkkeitä, hormonaalista, kirurgista tai lääkkeellisen ja kirurgisen yhdistelmää. Tulehduskipulääkkeillä pyritään vaikuttamaan prostaglandiini -tasoihin, jotka ovat myös endometrioosissa merkittävässä roolissa. Hormonihoidolla pyritään niukentamaan ja harventamaan kuukautisvuotoja. Kirurginen hoito on aiheellista, jos oireet eivät helpotu lääkehoidolla tai tutkimuksissa havaitaan kookas endometriooma, syvä endometrioosi tai endometrioosi kohtu-ristiluusidoksessa tai retrovaginaalisesti. Endometriosikirurgiassa pyritään poistamaan endometriosikudos mahdollisimman huolellisesti. Mikäli raskauden mahdollisuus halutaan ylläpitää, on leikkauksessa varottava vaurioittamasta munasarjakudosta ja sen verenkiertoa. (Ylikorkala – Tapanainen 2011: 98–100.)

3.2.2 Lantion tulehduksellinen sairaus (PID)

Lantion tulehduksellisella sairaudella tarkoitetaan tilaa, johon liittyy lisääntymiselimistön infektio tai inflammaatio. Tällä on suuri kliininen merkitys, koska se on yleinen syy hedelmättömyyteen, krooniseen kipuun ja kohdun ulkopuoliseen raskauteen. (Chaitow – Jones 2012: 75.) Kaikki tulehdukselliset tilat, jotka koskevat naisen lisääntymiselimistöä voidaan diagnosoida lantion tulehdukselliseksi sairaudeksi. Näitä ovat endometriitti,

salpingiitti (munanjohtimen tulehdus), munasarjojen paise ja vatsakalvontulehdus. Suurimmassa osassa tulehduksen aiheuttaja on sukupuolilyhteydessä tarttuvat taudit, kuten klamydia ja tippuri. (Goodman – Snyder 2013: 620.)

3.2.3 Adenomyosiini

Adenomyosiinissa endometriosikudosta tunkeutuu myometriumin sisälle muodostaen sinne rauhasrakenteita ja ulokkeita. Ne reagoivat munasarjahormoneihin endometriumin tavoin. Nykykäsityksen mukaan adenomyosiini on itsenäinen sairaus, eikä endometriosin alalaji. Adenomyoosia esiintyy 15 % sukukypsän iän loppupuolella olevista naisista. Tyypillisiä oireita ovat sekundaarinen dysmenorrea ja runsaat kuukautisvuodot. Kolmasosa sairastuneista naisista ei oireile. Sairauden riskiä lisää synnyttäenisyys. (Ylikorkala – Kauppila 2004: 107.)

Adenomyosiini suurentaa kohtua diffuusisti ja symmetrisesti. Lievissä tapauksissa sairautta hoidetaan oireenmukaisesti, mutta vaikeissa tapauksissa kohdun poisto on välttämätön. (Ylikorkala – Kauppila 2004: 107.) Endometrioosiin käytettävät hormonihoitot auttavat huonosti adenomyosiinin oireisiin. Hormonikierukka sen sijaan vähentää vuotojen määrää ja kipuja ja on hyvä vaihtoehto kohdunpoistoleikkaukselle. (Ylikorkala – Tapanainen 2011: 103.)

3.2.4 Krooninen lantiokipu

Kroonisella lantiokivulla (Chronic pelvic pain, CPP) tarkoitetaan yli kuusi kuukautta kestävästä epäsäännöllistä kipua, joka paikallistuu lantion tai ristiselän alueella sekä alavatsalle heikentäen lantion toimintaa. Toimintahäiriölle ei ole selkeää etiologiaa, mutta oireita voivat aiheuttaa lantion luut, ligamentit, lihakset sekä faskiat. (Beckmann ym. 2014: 297.) Lantion kroonisiin kiputiloihin liittyy selkeästi jokin patologia kuten tulehdus. CPP:n erottaminen esimerkiksi lantion tulehduksellisesta sairaudesta (PID) saattaa olla diagnostiikassa vaikeaa. Kiputilat, joihin ei liity selkeää patologiaa kutsutaan krooniseksi lantion kipuoireyhtymäksi (Chronic pelvic pain syndrome, CPPS). (Chaitow – Jones 2012: 1–2.)

Arviolta 15–20 % 18–50-vuotiaista naisista on jossain vaiheessa elämäänsä kärsinyt yli vuoden kestäneistä lantionseudun kivuista (Chaitow – Jones 2012: 1–2). Yleisesti ottaen naisilla esiintyy lantiokipua kuusi kertaa enemmän kuin miehillä, mikä voi johtua lisääntymiselimistöstä. Toisaalta kipua voi aiheuttaa yksistään ruuansulatus- ja virtsanerityselimistö, jolloin kivun taustalla voi olla esimerkiksi ärtynyt suoli. Lantiokipu voi kuitenkin olla myös yhdistelmä näistä. Naisilla on monimutkaisempi lantion alue ja monet patofysiologiset tilat vaikuttavat suoraan tai epäsuorasti hedelmällisyyteen. (Chaitow – Jones 2012: 71–73.)

3.2.5 PMS (Premenstrual Syndrome)

PMS eli kuukautisia edeltävä oireyhtymä tarkoittaa ennen kuukautisia esiintyviä psyykkisiä ja somaattisia oireita. Tautiin ei liity selkeää patologiaa, vaan se on yleisnimitys oireille, joita esiintyy kuukautiskierron loppupuolella. Täten on hieman epäselvää kuuluvatko PMS-oireet sekundaarisen dysmenorrean määritelmän piiriin. Kuitenkin arviolta 4–10% muuten terveistä naisista kärsii pahoista PMS-oireista ja lievempien oireita esiintyvyys on jopa 90 %. (Ylikorkala – Kauppila 2004: 91.) Siksi on oleellista, että nostamme aiheen lähempään tarkasteluun.

PMS-oireet ilmenevät noin 7-10 päivää ennen kuukautiskierron alkamista, kuukautiskierron luteaalivaiheessa. Psykkisiksi PMS-oireiksi luokitellaan emotionaalinen epävakaus, kuten ärtyneisyys ja masennus. Fyysisiä oireita ovat päänsärky, vatsan turvotus, rintojen arkuus ja väsymys. Kipu on yleensä intensiivistä, voimakasta ja lyhytkestoista. (Ylikorkala – Kauppila 2004: 91; Parson – Marcher 2006: 259.)

PMS-oireet voivat ilmetä myös päivää ennen kuukautisvuodon alkamista ja loppuvat vuodon alettua kunnolla. Tämän tyyppinen kipu voidaan usein yhdistää johtuvan hormonaalisesta epätasapainosta, mikä aiheuttaa neste- tai verenkongestiota (verentungos) genitaalialueella, aiheuttaen mahdollisesti suolisto-spasmia luteaalivaiheen aikana. Kuukautisten keski- tai loppuvaiheelle ilmenevät kivut saattavat liittyä endometriooseen tai muihin kohdun toimintahäiriöihin kuten tulehduksiin. (Barral 1993: 122.)

3.2.6 Lantion kongestiivinen oireyhtymä

Lantion kongestiivinen oireyhtymä (Pelvic congestion syndrome) ei virallisesti kuulu dysmenorrean määritelmään, mutta siihen liittyvien mekanismien esiintuominen voi auttaa ymmärtämään syitä dysmenorrean taustalla. Usein kroonisen lantiokivun (CPP) syynä on lantion kongestiivinen oireyhtymä. Oireyhtymä määritellään krooniseksi lantiokivuksi, johon liittyy munasarjojen tai suoliluun sisäisten verisuonien suonikohjut ja laskimoveren takaisinvirtaus. Etiologia ei ole selkeä. Syynä voi olla synnynnäinen tai hankittu vika laskimoiden läpissä. (Rane ym. 2013: 135; Koo – Fan 2014: 90.)

Hormonaalisilla tekijöillä on yhteys sairauden kehittymisen kanssa. Menopausin jälkeen oireyhtymää ei tavata. Useat raskaudet ovat riskitekijä hormonaalisten tekijöiden kannalta, mutta myös siksi, että lantion sisäinen paine kasvaa, mikä voi altistaa suonien refluksille. Myös muut tekijät, kuten kohdun virheasento, voivat aiheuttaa mekaanista painetta suoniin. Tyypillisimmin tila on vasemmalla puolella, johtuen anatomisista tekijöistä. (Rane ym. 2013: 135; Koo – Fan 2014: 90.) Vasemmasta munasarjasta laskimoveri poistuu vasempaan munuaislaskimoon, josta se siirtyy alaonttolaskimoon. Oikealla puolella laskimoveri kulkeutuu suoraan alaonttolaskimoon. (Hebgen 2011: 142–144)

4 Osteopaattinen näkökulma lantion alueen toimintaan

Osteopatian tavoitteena on ymmärtää anatomisia ja fysiologisia tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan oireisiin. Näitä tekijöitä tarkastellaan holistisesti suhteessa koko elävään ihmiseen. (Sammut – Searle-Barnes 1998: 25.) Osteopatian filosofia voidaan tiivistää neljään pääperiaatteeseen. Ensimmäisessä periaatteessa kehon ajatellaan olevan kokonaisuus, jossa kaikki sen osat toimivat vuorovaikutuksessa keskenään. Häiriö yhdessä kohdassa voi tuoda ongelmia muualle kehoon. Ajattelu ei koske ainoastaan fyysistä kehoa, vaan kehon, mielen ja hengen ajatellaan toimivan yhdessä. Toisessa periaatteessa käsitellään rakenteen ja toiminnan vastavuoroista suhdetta. Muutokset rakenteissa vaikuttavat alueen toimintaan ja toiminnan muutokset vaikuttavat rakenteisiin. Kolmas periaate nostaa esiin, että keholla on luontaiset itsesäätely- ja paranemismekanismit. Tarkoituksena on säilyttää kehon tasapaino ja homeostaasi. Neljäs periaate toteaa, että osteopaattinen hoito perustuu aina edellä mainittuihin periaatteisiin. (Sammut – Searle-Barnes 1998: 6–8.)

Kehoon ja sen toimintaan vaikuttavat sisäiset ja ulkoiset tekijät. Sisäiset tekijät pitävät sisällään kehon perustoiminnot: kehon asento ja liikkuvuus, nestekierto, aineenvaihdunta, hermoston toiminta sekä psyykkiset tekijät. Ulkoisesti kehoon vaikuttavat tulehdusten ja ravinnon myötä myös sosiaalisuus sekä fyysiset ja psyykkiset traumat, joilla on yllättävän suuri merkitys kehon toimintaan. (Seffinger ym. 2011: 3–4.)

Lantion alueen toimintaa tarkastellaan anatomian ja osteopaattisen kirjallisuuden kautta. Lantion alueella elimet ja somaattiset rakenteet ovat anatomisesti lähellä toisiinsa. Ne ovat yhteydessä toisiinsa faskiaalisten yhteyksien kautta. (Schuenke – Schulte – Schumacher 2011a: 171.) Lantion alueen toiminnassa oleellista on toimiva nestekierto ja aineenvaihdunta. Lantiokorin asentoon ja toimintaan vaikuttavat hengitys ja lantionpohja. (Chaitow – Jones 2012: 200; Kuchera – Kuchera 1994a: 130–131.) Hermostuksen toiminnalla voi myös olla yhteyttä dysmenorrean kipuun. Somaattiset dysfunktiot etenkin lannerangan ja ristiluun alueella vaikuttavat lantion alueen toimintaan.

4.1 Naisen lisääntymiselimistö ja faskiaaliset yhteydet

Naisilla lantion sisäisiin sukupuolielimiin kuuluvat munasarjat, kohtu, munanjohtimet ja emättimen yläosa. Nämä elimet mahdollistavat naisen kuukautiskierron ja niillä on muun muassa hormonaalinen tehtävä. Elimet kiinnittyvät toisiinsa ja somaattisiin rakenteisiin faskiaalisten yhteyksien kautta. (Schuenke ym. 2011a: 171, 240.)

Lantion elimiä, joihin kuuluvat lisääntymiselimistön lisäksi virtsarakko ja peräsuoli, verhoa vatsakalvon ulkolehti (peritoneum parietale). Tämä faskiaalinen rakenne ulottuu häpyliitoksesta ristiluuhun. (Schuenke ym. 2011a: 171.) Osteopaattisessa kirjallisuudessa tästä rakenteesta käytetään nimitystä Delbetin lamina. Lamina kiinnittää elimiä ja somaattisia rakenteita toisiinsa ja näistä liitoksista käytetään nimitystä ligamentti. Esimerkiksi vesicouterine-ligamentti yhdistää virtsarakon ja kohdun toisiinsa ja sacrouterine-ligamentti sijaitsee ristiluun ja kohdun välissä. Delbetin laminalla on vaikutusta koko lantiorenkaan toimintaan. Rakenteella on faskiaalisia yhteyksiä kallonpohjaan asti keskuksetjun (engl. central tendon) kautta. (Hebgen 2011: 156–157.)

Kohtua tukevat pääasiallisesti lukuisat ligamentit ja muut sidekudokset. Kohtu kiinnittyy broad-ligamentilla (lig. latum uteri) suoliluihin. Tällä poikittaisella kiinnittävällä rakenteella on yhteys Delbetin laminaan. (Hebgen 2011: 157.) Broad-ligamentin superiorinen osa on ominaisuudeltaan ohut sekä varsin mobiili. Posteriorinen osa ligamentista on yhteydessä ohutsuoleen. Inferiorinen osa puolestaan paksuuntuu ja on osana kohdun parametriumia, jolloin ligamentilla on yhteys rasva-, side- sekä lihaskudoksiin. Rajoitukset kohtua ympäröivissä kudoksissa, kuten Delbetin laminassa, voivat välittyä kohtuun ja vaikuttaa sen toimintaan. (Barral 1993: 116–118.) Munasarjoilla on tukevia ligamenttikiinnityksiä suoliluihin (os ilium) ja lonkankoukistajien (m. iliopsoas) faskioihin. Myös munasarjan ja munajohtimen kulman välillä on ligamenttikiinnityksiä, jotka sisältävät myös kohtuvaltimon (a. uterine) haaroja. (Hebgen 2011: 166.)

Kohdun molemmin puolin anterolateraalaisesti kulkee round-ligamentti, joka on kiinnittynyt munatorvesta suuriin häpyhuuliin kulkien nivusrengasta ja -kanavaa (engl. inguinal ring, inguinal canal) pitkin. Sijaintinsa vuoksi round-ligamentilla on paljon yhteyksiä kohdun sileisiin lihaskudoksiin. Ligamentin tehtävänä on tukea kohtua ja sen antevertiota. Rajoitukset round-ligamentissa aiheuttavat kohtuun sivutaivutusta ja rotaatiota. Ligamentti kulkee nivuskanavassa ja sijaintinsa vuoksi on läheisessä yhteydessä

genitofemoralis ja ilioinguinal -hermojen kanssa. Rajoitukset ja muutokset ligamentissa voivat vaikuttaa näiden hermojen kulkuun ja toimintaan. (Barral 1993: 117, 145–147.) Ligamentilla on vaikutuksia nivusten ja häpyluun alueiden sekä välilihan toimintaan (Stone 2007: 171).

Kohdun ja ristiluun välissä sijaitsee sacrouterine -ligamentti. Ligamentti kiinnittyy kohtuun kohdunrungon ja -kaulan väliseen solaan (isthmus uteri) ja ristiluun segmentteihin S2-S4. Ligamentti estää kohdunkaulaa liikkumasta anteriorisesti kohti virtsarakkoa ja häpyluuta. Kohdun ja peräsuolen välisestä syvänteestä puhutaan Douglas' pouchina (engl. rectouterine pouch). (Barral 1993: 118.) Autonomiset hermot kulkevat sacrouterine-ligamenttia pitkin hermottaen useita rakenteita. Ligamentilla on myös vaikutuksia ristiluun mekaniikkaan. (Stone 2007: 169.)

Kohdun asennolla voi olla vaikutuksia sen toimintaan. Sivusuunnasta tarkasteltuna (keskisagittalitaso) kohdun asentoon vaikuttavat emättimen, kohdunkaulan sekä kohdun pitkittäiset akselit. Näiden mukaisesti kohdun normaaliasento koostuu anteversiosta (emättimen ja kohdunkaulan välinen kulma) sekä antefleksiosta (kohdunkaulan ja kohdun välinen kulma). Toiminnallisesti kohdun asentoon vaikuttavat virtsarakko sekä peräsuoli, joiden ollessa täynnä, aiheuttavat painetta kohtuun anteriorisesti tai posteriorisesti. Mikäli sekä virtsarakko että peräsuoli ovat täynnä, ohjaavat ne kohtua superiorisesti venyttäen samanaikaisesti kohdun ympäröiviä kudoksia. Edestä katsottuna (koronaalitaso) kohdun optimaalinen asento on keskilinjassa emättimen sekä kohdunkaulan kanssa lantioluihin (os coxae) nähden. (Schuenke ym. 2011a: 251.)

Rakenteelliset variaatiot kohdun asennossa ovat mahdollisia johtuen esimerkiksi heikoista lantionpohjan lihaksista (m. levator ani) (Schuenke ym. 2011a: 251.) läällä, rakenteellisilla ominaisuuksilla, kuten lannerangan lordoosilla sekä kuukautiskierrolla on omat vaikutuksensa kohdun asentoon. Retroversiossa kohtu on kääntyneenä kohti ristiluuta ja se voi osittain kompressoida peräsuolta. Somaattiset dysfunktiot ristiluussa ja kohdun retroversio liittyvät usein toisiinsa ja aiheuttavat alaselkikipua sekä heikentävät nestekiertoa. (Barral 1993: 127–129, 142–143.)

Anatomian lisäksi viskeraaliosteopatiassa otetaan huomioon sisäelinten fysiologiset liikkeet, jotka voidaan jakaa mobiliteettiin (sisäelinten ja muiden kudosten välinen liike) ja motiliteettiin (sisäelimen oma luontainen liike). Esimerkiksi kohdun motiliteetissa expi-

raatiovaiheessa kohtu liikkuu posterosuperiorisesti ja inspiraatiovaiheessa päinvastaiseen suuntaan. Tuki- liikuntaelimistön osien vaikutusta sisäelimiin kutsutaan motirisiteetiksi. Yleisimpiä sisäelinten dysfunktioita ovat adheesiot, fiksaatiot, spasmit ja ptoosit. (Hebgen 2011: 3–4.) Esimerkiksi vatsan ja lantion alueen arvilla on vaikutusta elinten mekaniikkaan ja viereisiin kudoksiin. Arvet aiheuttavat niihin jännitystä ja jatkuvaa ärsytystä. Tällöin elin menettää mobiliteettinsa ja siitä voi tulla liikkumaton. Tämä vaikuttaa alueen normaaliin fysiologiaan. Vatsan alueella adheesiot eli kiinnikkeet ovat myös tavallisia. Niitä voi syntyä arpeutumisen ja tulehdusten yhteydessä. Myös mekaaninen ärsytys tai kehon alueelle kohdistuva voimakas kuormitus voivat synnyttää kiinnikkeitä. Adheesiot ovat arven kaltaista kiinteää kudosta. (Paoletti 2006: 146.)

Vertikaaliset ja lateraaliset voimat sekä paineenvaihtelut lantion-ontelossa vaikuttavat alueen elimiin. Eri elimien sietokyky paineen vaihteluille eroaa toisistaan. Mikäli elin ei ole muuntautumiskykyinen näihin muutoksiin, elintä tukevat lihakset ja ligamentit kiristyvät. Tällöin alueen lymfa- ja verenkierto voivat häiriintyä ja aiheuttaa ärsytystä sensoriseen hermostoon. (Barral 1993: 21–23.)

4.2 Lanneranka ja lantion alueen hermotus

Kehon toiminnan kannalta oleellista on hermoston optimaalinen toiminta. Sisäelinten hermotuksesta vastaa autonominen hermosto, joka jaetaan sympaattiseen ja parasympaattiseen hermostoon. Sympaattisen hermoston hermosyyt lähtevät selkärangan segmenteistä T1-L2, joista suurin osa vatsaontelon ja lantion alueen elimistä saavat hermotuksensa. (Sand 2011: 135–136.) Esimerkiksi kohtu ja munasarja saavat sympaattisen hermotuksensa selkärangan segmenteistä T10-L2. Seuraavaksi on esitelty kohdun ja munasarjojen hermojen tarkempaa kulkua.

Munasarjojen sympaattinen hermotus kulkee alempia sisäelinten hermoja (nn. splanchnicus minor & imus) pitkin sekä munuais ja ylemmän suolilieve –ganglioiden (ganglion renale & mesentericum superius) kautta munasarjojen hermopunokseen (plexus ovaricus). Kohdun sympaattinen hermotus lähtee lannerangan segmenteistä ylemmän alavatsapunoksen ja alavatsahermon (plexus hypogastricus & n. hypogastricus) hermojen kautta alempaan alavatsapunokseen (plexus hypogastricus inferior). Siitä hermosyyt

jatkavat kohtu-emätinpunoksen (plexus uterovaginalis) kautta kohtuun. (Schuenke ym. 2011a: 320–321.)

Lisääntymiselimistöön elimet saavat parasympaattisen hermotuksen ristiluun segmentteistä S2-S4. Parasympaattiset hermoston preganglionaariset hermosyyt synapsoivat postganglionaaristen hermosyiden kanssa lähempänä kohde-elimiään toisin kun sympaattisen hermoston hermosyyt. (Sand 2011: 137.) Parasympaattiset hermosyyt lähtevät ristiluun alueelta sisälmyshermon haaroja (nn. splanchnici pelvici) pitkin alempaan alavatsanpunokseen (plexus hypogastricus) ja sieltä kohtu-emätinpunoksen (plexus uterovaginalis) kautta kohtuun. (Schuenke ym. 2011a: 320–321.)

4.3 Lantionpohja

Lantionpohja muodostuu useista lihaksista. Näiden lihasten tehtävänä on kannatella vatsan ja lantion sisäelimiä. Lantionpohjan lihakset kiinnittyvät lantion luiden sisäpinoille (Schuenke – Schulte – Schumacher 2006: 136 – 137.) Lantionpohjan lihasten rooli on oleellinen toiminnoissa, joissa vatsaontelon paine kohoaa. Esimerkiksi yskimiset ja nostamiset kohottavat vatsaontelonpainetta. (Heittola 1996: 13.) Lantionpohjan läpi kulkee peräsuoli ja virtsa- ja sukupuolielimistöön väylät, joiden toimintaa lihaksisto hallitsee. Kohdat, joissa lantionpohja lävistetään, ovat mekaanisesti heikoimpia. (Schuenke ym. 2006: 137.)

Lantionpohjan lihaksistoon kuuluu syvempi osa (m. levator ani), poikittainen osa (m. transversus perinei profundus ja m.transversus perinei superficialis), sulkijalihakset (m. sphincter ani externus ja m.sphincter urethrae externus) ja erektiilliset kudokset (m. bulbospongiosus ja m. ischiocavernosus) (Schuenke ym. 2006: 136). Lantionpohjan lihasten syvempää osaa (m. levator ani) kutsutaan myös lantion diaphragmaksi (Chai-tow – Jones 2012:34.) Se koostuu kolmesta lihaksesta (m. puborectalis, m. pubococcygeus ja m. iliococcygeus). Lantionpohja saa hermotuksensa ristiluun hermopunoksesta (plexus sacralis) segmenteistä S2-S4. (Schuenke ym. 2006: 136.) Inferiorisesti tuleva paine ja paineenvaihtelut lantio-ontelossa (engl. pelvic cavity) vaikuttavat myös välilihaan ja sen alla oleviin kudoksiin. Väliliha koostuu lantionpohjan lihaksista sekä muista side- ja pehmytkudoksista. Välilihan ominaisuutena on laajentua ja supistua.

Joustavuutensa ansiosta väliliha pystyy sopeutumaan paineenvaihteluihin. (Barral 1993: 17–18, 22.)

Lantiokorin asennon muutokset vaikuttavat lantionpohjan lihasten tonukseen ja aktiivisuuteen. Esimerkiksi varpailla seisominen vaikuttaa lantionpohjaan eri tavalla kuin kantapäällä seisominen. Lantionpohjan toiminta vaikuttaa myös lantion nivelten stabiliteettiin ligamenttien välityksellä ja tällöin lantioankaan suhteellinen jäykkyys riippuu lantionpohjan vahvuudesta. SI-nivelen vamma muuttaa lumbopelvisen -kuormituksen ja kautumista, muuttaa pallean toimintaa ja täten hengitystä, sekä vähentää lantionpohjan aktiivisuutta. (Stone 2007: 177.)

Lantionpohjan toimintaan vaikuttavat myös ryhti ja muut kehon asennot sekä hengitys. Heikot tai epätasapainossa olevat lantionpohjan lihakset alentavat lantionpohjan tukevaa ominaisuutta. Erilaiset onnettomuudet, leikkaukset ja murtumat vatsan tai lantion seudulla, voivat aiheuttaa muutoksia lantionpohjan toiminnassa. Muutoksia voi esiintyä lihaksissa, hermoissa sekä lantiota tukevissa rakenteissa, kuten ligamenteissa (Carrière – Feldt 2006: 68–69.) Lantionpohjan dysfunktioiden on todettu olevan yhteydessä muun muassa kohdun toimintahäiriöihin. Häpyluun dysfunktiot lihasten kiinnitysten sekä faskiaalisten jännitysten kautta vaikuttavat urogenitaalialueen elimien toimintaan. (Heinking – Kappler 2011: 599.)

Lantionpohjan jatkuva lihassupistus liittyy naisella usein haitalliseen sisäelinperäiseen ärsytykseen, joka voi johtua esimerkiksi endometriosisista tai ärtyneestä suolesta. (Chaitow – Jones 2012: 204; Kuchera – Kuchera 1994a: 99.) Tämä johtaa kipuun ja vaikuttaa lantionpohjan lihasten toimintaan. Viskerosomaattisen refleksin aktiivisuus voi johtaa kohonneeseen lantionpohjan leptonukseen, jolloin lihasten kyky rentoutua vähenee. Tästä johtuen myös alueen isot lihakset, kuten lonkankoukistaja aktivoituvat aiheuttaen alaselkäkipua. (Chaitow – Jones 2012: 204.)

Osteopaattisesti lantionpohjalla ajatellaan olevan tärkeä rooli nestekierrossa. Lantionpohjalla tulisi olla kyky rentoutua sekä toimia synkronoidusti pallean kanssa. Lantionpohjan toimiessa optimaalisesti, lymfapaluu lantion alueelta on tehokasta ja homeostaasi kudosten välillä säilyy. Häiriöt lantionpohjan toiminnassa voivat aiheuttaa lantion alueen kongestiota, jonka oireina voivat olla paineentunne reisissä ja lantiossa, kohdun arkuus, yhdyntäkivut sekä välilihan kipeytyminen. Häiriöt voivat olla myös toispuolisia. (Kuchera – Kuchera 1994b: 243, 423.)

Lantionpohjan toiminnan tarkastelu käsittää lantion alueen toiminnan ymmärtämisen ja alueen vaikutukset muuhun kehoon. Ristiluun dysfunktiot voivat ärsyttää päärynänmuotoista lihasta (m. piriformis) ja lantionpohjaa sekä vaikuttaa esimerkiksi ristiluun hermo-punoksen (plexus sacralis) kulkuun. Lantion alueen kudosten ja rakenteiden dysfunkti-oilla voi olla vaikutusta virtsarakkoon ja virtsanpidätykseen sekä kipuun tai spasmiin lantionpohjassa. (Kuchera – Kuchera 1994b: 423.) Lantionpohjan lihasten kiinnittymi-nen risti- ja häntäluuhun vaikuttaa luiden liikkeeseen ja toimintaan. Risti- ja häntäluulla on kovankalvon (dura mater) kautta yhteys koko rankaan ja kalloon asti. (Liem 2009: 495–496.)

4.4 Lantion alueen verenkierto

Lantion alue saa pääasiallisesti valtimoverensä sisemmästä lonkkavaltimosta (a. iliaca interna). Se haarautuu edelleen pienemmiksi valtimoiksi vieden verta kohde-elimilleen. Munasarjat ja miehillä kivekset saavat muista lantion sisäelimestä poiketen valtimove-rensä vatsa-aortasta lannerangan yläosasta haarautuvista munasarja- tai kivesvalti-moista (a. ovarica ja a. testicularis), jotka haarautuvat huomattavasti kohde-elimensä yläpuolella. (Schuenke ym. 2011a: 262; Sand 2011: 305.)

Laskimoveri poistuu lantion alueelta syviä laskimoita pitkin. Ne noudattavat usein vas-taavien valtimoiden reittiä ja saavat nimensä niiden mukaan. Lopulta laskimoveri kul-kee alaonttolaskimoa pitkin sydämen oikeaan eteiseen. (Sand 2011: 305–306.)

Verenkierrollisesti mielenkiintoista on munasarjojen laskimoverenkierto. Oikean ja va-semman munasarjan laskimopaluulla on anatomisesti eroa. Vasemmasta munasar-jasta laskimoveri poistuu vasempaan munuaislaskimoon, josta se siirtyy alaonttolaski-moon. Oikealla puolella laskimoveri kulkeutuu suoraan alaonttolaskimoon. Osteopati-assa vasemmasta munuaisesta voidaan käyttää nimitystä genitaali-munuainen ja oike-asta digestiivinen-munuainen. Lisääntynyt laskimopaluu vasemmasta munasarjasta voi näkyä kongestionana vasemman munuaisen alueella. Toisaalta vasemmalle puolelle pai-nottuva dysmenorrea voi kertoa vasemman munuaisen ptoosisista. (Hebgen 2011: 142–144.)

Häiriöt lantion alueen verenkierrossa voivat aiheuttaa esimerkiksi kongestiivista oireytymää. Turvotus voi olla peräisin myös heikentyneestä laskimopaluusta. Toisaalta valtimoihin kohdistuvan paineen kasvaessa liian suureksi ongelmaksi muodostuu iskemia. (Rane ym. 2013: 135; Koo – Fan 2014: 90; Ylikorkala – Kauppila 2004: 81.)

4.5 Imunestekierto

Hiussuonten läpi suodattuu enemmän nestettä kuin mitä imeytyy takaisin verenkiertoon. Tämä neste kerätään imusuonistoon, josta se palautuu takaisin verenkiertoon. Imusuonet mukailevat verisuonten kulkureittejä. Ne laskevat joko oikeaan imunestetiehyeeseen tai rintatiehyeeseen, josta edelleen suuriin laskimoihin. Imusuonet kulkevat imusolmukkeiden läpi. Imusolmukkeissa on paljon makrofageja ja lymfosyyttejä, joilla on tärkeä rooli immuunipuolustuksessa. (Sand 2011: 307–308.)

Lantion ja vatsan alueen imusuonet sijaitsevat usein joko lähellä selkärankaa mukaillen verisuonten kulkureittejä tai ne ovat sijoittuneet viskeraalisesti lähelle elimiä (Schuenke ym. 2011a: 294). Genitaalialueella kulkee paljon imusuoniryhmittymiä, jotka kuljettavat imunestettä lanneselän alueen imusuoniin. Lanneselän imusuonet kulkevat vatsa-aortan ja alaonttolaskimon ympärillä. Ne laskevat maitiaisnestesäiliön (cisterna chyli) kautta rintatiehyeeseen (ductus thoracicus), josta imuneste siirtyy verenkiertoon vasemman solislaskimon (v. subclavia) tai sisemmän kaulalaskimon (v. jugularis interna) kautta. (Schuenke ym. 2011a: 294–297.)

Imunesteen virtaukseen vaikuttavat luustolihasten supistuminen ja rentoutuminen. Myös hengityksellä on tärkeä rooli imunesteen virtauksessa. (Sand 2011: 308.) Rinta- ja vatsaontelon välillä vallitsee paine-ero. Pallean hengitysliikkeen normaali toiminta muuttaa onteloiden painetta siten, että sisäänhengityksessä vatsaontelon paine lisääntyy. Tämä paineen vaihtelu tekee hengityksestä ja palleasta oleellisen pumppumekanismin imuneskekierrolle. (Kuchera – Kuchera 1994a: 39.) Lihasten ja pallean toiminnan lisäksi myös lymfajärjestelmän ja ruoansulatuskanavan peristaltiikka tukevat imunestekiertoa (Meert 2012: 83).

Imunestekierron häiriö johtaa kudosten turvotukseen (ödeema). Tämä voi muuttaa paikallista biokemiaa ja häiritä homeostaasia. (Kuchera – Kuchera 1994a: 6.) Alentunut immunestekierto voi vaikuttaa myös sydämen minuuttitilavuuteen. Kroonisen lymfaattisen turvotuksen takia solut saavat vähemmän happea. Tämän ajatellaan lisäävän infektiöalttiutta ja pidentävän paranemisaikaa. Kudosten turvotus voi myös vähentää lääkehoidon tehokkuutta. (Kuchera – Kuchera 1994a: 39–40.)

5 Osteopaattinen näkökulma dysmenorreaan

Kuten aiemmin on mainittu, dysmenorreaan perimmäistä syytä ei tunneta. Osteopaattisessa kirjallisuudessa sekä tutkimustiedossa on havaittu erilaisia tekijöitä, joilla voi olla yhteyksiä dysmenorreaan. Tähän osioon on kerätty somaattisten dysfunktioiden, sisäelinten toiminnan, hengityksen sekä nestekierron ja hormonitoiminnan yhteydet dysmenorreaan. Samalla huomioidaan näiden osa-alueiden tyypillisimmät löydökset dysmenorreasta kärsivillä. Kerromme myös kuinka vaivaa lähestytään kraniaalisesta näkökulmasta.

Kivunhoito on tärkeää dysmenorreaan hoidossa. Nosiseptiivinen kipu on kudonvaurion tai -ärsytyksen tuottamaa kipua, joka voi johtua esimerkiksi traumasta, lämmöstä, inflammatiosta ja iskemiasta. Kivun ollessa voimakasta tai sen jatkuessa pitkään on vaarana kipuaistin herkistyminen. Nosiseptiivista kipua välittäviä vapaita hermosyitä on muun muassa ihossa, lihaksissa, nivelkapseleissa, luukalvossa ja sisäelinten seinämissä tai kapseleissa. (Soinila – Haanpää 2006: 238–241.)

Hermoperäinen kipu on neuropaattista kipua. Tällöin kipujärjestelmä on vaurioitunut rakenteellisesti tai se toimii poikkeavasti. Tilat voidaan jaotella perifeerisiin, sentraalisiin ja kombinoituihin kiputiloihin. Kiputuntemuksia voi syntyä myös ilman ärsykettä. Sekä neuropaattiseen että nosiseptiiviseen kipuun voi liittyä tuntoaistin heikentymistä tai sen herkistymistä. Kun kipukynnys on alentunut, puhutaan hyperalgesiasta. Pitkittyneessä kiputilassa kipualue laajenee vaurion ulkopuolella ja kivuton ärsyke, kuten kosketus voi saada aikaan kiputuntemuksen. Ilmiötä kutsutaan allodyniksi. (Soinila – Haanpää 2006: 242, 244.)

Dysmenorreasta kärsivillä erilaiset muutkin krooniset kiputilat ovat yleisiä. Näistä esimerkkejä ovat fibromyalgia, migreeni ja dyspareunia (yhdyntäkipu). (Kuchera – Kuchera 1994b: 423; Chaitow – Jones 2012: 74.) Jotta kipuaistissa ei tapahtuisi herkistymistä, kivun hoito on erittäin tärkeää. Tätä taustaa vastaan myös osteopaattinen hoito on perusteltua.

5.1 Somaattiset dysfunktiot

Proctorin ym. (2010) tutkimuksessa esitellään hypoteesi, jonka mukaan dysmenorreaa aiheuttava kipu olisi heijastekipua tuki- ja liikuntaelimestön rakenteista, kuten lannerangasta, lantiosta tai lonkkanivelistä. Gynekologiset kivut ovat tyypillisesti sykleissä esiintyviä. Toisinaan tuki- ja liikuntaelimestön dysfunktioista aiheutuvat kivut voivat olla luonteeltaan samankaltaisia. (Proctor ym. 2010: 3.)

Tutkimukset ja kirjallisuus nostavat esille dysmenorreasta kärsivillä rakenteellisia yhteneväisyyksiä sekä somaattisia dysfunktioita. Lantion alueen sympaattinen hermotus tulee selkärangan segmenteistä T10-L2 alueelta ja parasympaattinen hermotus ristiluun segmenteistä S2-S4 alueelta (Sand 2011: 106, 136–137). Alueet nousevat esiin myös tutkimuksissa. Naisilla oli usein havaittu dysfunktioita kyseisissä segmenteissä sekä lantion alueella esimerkiksi SI-nivelissä (Hondras ym. 1999: 108; Pirritano 2004: 6; Schwerla ym. 2014: 227; Tomasovic 2013: 33–34). Dysfunktiot selkärangassa ja ristiluussa voivat vaikuttaa kohde-elimensä toimintaan hermotuksen kautta. Tästä voidaan puhua somatoviskeraalisena refleksinä.

Huomioitavaa lantion alueella olivat myös häntäluun dysfunktiot, joita oli Tomasovicin tutkimuksessa peräti 85 % osallistujista. (Tomasovic 2013: 33–34) Haastatellut osteopaatit olivat havainneet asiakkailtaan tutkimusten kaltaisia löydöksiä lannenrangasta sekä ristiluusta. Kaiken kaikkiaan lantion dysfunktiot ja koko alueen faskiaaliset toimintahäiriöt nousevat esiin haastatteluista.

Yhtenä yhdistävänä tekijänä on myös havaittu, että dysmenorreasta kärsivillä naisilla on usein korostuneempi lannelordoosi verrattuna normaaliin väestöön. Mahdollisuutena on, että korostunut lordoosi vaikuttaa kohdun asentoon ja näin voi olla yhtenä dysmenorreaan aiheuttajista. (Kuchera – Kuchera 1994a: 139.) Myös yliliikkuvuus voi olla yhteydessä dysmenorreaan. Italiassa tehdyn tutkimuksen mukaan yliliikkuvuussyndroomasta kärsivistä jopa 82,9 % osallistuneista ilmeni dysmenorreaa (n=82). (Castori ym. 2012: 2178.) Kroonisesta lantiokivusta kärsivillä naisilla on myös havaittu enemmän lantion instabiliteettia (Chaitow – Jones 2012: 204).

Haastatteluiden perusteella osteopaatit olivat havainneet selkärangan ja lantion dysfunktioiden lisäksi myös löydöksiä ristiluun ligamenttikiinnityksissä ja muissa pehmytkudoksissa. Myös ristiluun intraosseusleesiot nousivat kokemustiedosta esiin. Yleisesti ottaen osteopaattisessa kirjallisuudessa pidetään merkittävänä luunsisäistä liikettä (engl. intraosseus mobility). Luukudosta voidaan pitää embryologisen kehityksen kautta pehmytkudoksien kaltaisena, jolloin myös luukudoksessa voi ilmentyä rajoituksia. Näitä rajoituksia voivat aiheuttaa esimerkiksi fyysiset traumat, joiden seurauksena luun sisäinen liike voi häiriintyä ja aiheuttaa intraosseusleesioita. (Chauffour – Prat 2002: 87.) Intraosseusleesioiden ja dysmenorrean yhteys ei kuitenkaan ilmene selkeästi kirjallisuudesta.

Manipulaatiohoidolla (HVLA = high velocity low amplitude) voidaan hoitaa esimerkiksi selkärangan ja lantion dysfunktioita. HVLA:n vaikutusmekanismina on lisätä nivelten liikkuvuutta, tehostaa alueen verenkiertoa sekä helpottaa fasilitoitunutta kipua. Dysmenorrean kohdalla hoitoa voidaan kohdistaa selkärangan segmentteihin T10-L2 sekä ristiluuhun ja SI-niveliin, jotka ovat osallisena lisääntymiselimistön autonomisessa hermostuksessa. (Proctor ym. 2010: 3-4.) Ristiluuta hoidettaessa on syytä huomioida myös häntäluun dysfunktiot. Häntäluulla on yllättävän suuri merkitys kohdun toimintaan Douglas' pouchin (engl. rectouterine pouch) ja ligamenttikiinnitysten kautta. (Barral – Mercier 2004: 259.) Voimakkaissa tekniikoissa, kuten rangan HVLA:ssa täytyy huomioida onko asiakkaalla luukudosta haurastuttavia sairauksia kuten osteoporoosia tai reumaa (Kuchera – Kuchera 1994b: 295–296).

HVLA:n rinnalle tai sen sijaan voidaan hyödyntää myös hellävaraisia tekniikoita. Harmonisissa tekniikoissa käytetään hyväksi oskillaatiota sekä eri nivelten syklisiä liikkeitä, jolloin tekniikoita voidaan käyttää artikulaatio- ja pehmytkudosmenetelmänä. Harmonisia tekniikoita voidaan soveltaa kaikkiin kehon osiin. Tekniikoita voidaan tehdä aktiivisesti tai passiivisesti ja niiden tarkoituksena on edistää kehon nestekiertoa, lievittää kipua ja rentouttaa kehoa. (Lederman 2000: 1–5, 109.)

Pitkäaikaiset liikerajoitukset sekä toimintahäiriöt luisissa rakenteissa voivat aiheuttaa muutoksia ympärillä oleviin kudoksiin. Tämä voi ilmetä muun muassa kohonneena lihastonuksena. Ryhdin häiriöt, lihasten triggerpisteet ja lantion somaattiset dysfunktiot, kuten lyhyen jalan syndrooma, voivat aiheuttaa kipua ja oireet voidaan yhdistää lisääntymiselimistön häiriöihin. (Kuchera — Kuchera 1994a: 132.)

Dysmenorrea ja lantiokipu voivat aktivoida triggerpisteitä lihaksissa. Tällöin triggerpisteitä on tyypillisimmin seuraavissa lihaksissa: Häpy- ja häntäluun välinen lihas (m. pubococcygeus), ulompi vino vatsalihas, suora vatsalihas, reiden lähentäjälihakset ja keskimmäinen pakaralihas (m. gluteus medius). Pubococcygeus -lihaksen triggerit säteilevät peräaukon läheisyyteen ja säteilyalue jatkuu anteriorisesti kohti häpyliitosta. Ulomman vinon vatsalihaksen säteilyalue on laajempi. Lähellä suoliluuta sijaitsevat triggerit säteilevät inguinaali-alueelle ja napaa kohden mahdollisesti ulottuen kylkikaariin asti. Kylkikaarten läheisyydessä olevat triggerit tuntuvat epigastrisella alueella. Suoralla vatsalihaksella on triggerpisteitä lihaksen origon ja insertion läheisyydessä sekä navan alapuolella. Triggerit saattavat olla melko paikallisia tai säteillä lähelle ympäristöään. Säteilyalue voi kuitenkin ulottua navasta lateraalisesti ja jatkua selän puolelle suoliluiden alueelle sekä lapaluiden alapuolelle. Reiden lähentäjälihaksien triggerit, joita löytyy koko alueelta säteilevät tyypillisesti lihaksen suuntaisesti. Alue ulottuu häpyluun ja nivusten alueelta polven läheisyyteen. Gluteus medius -lihaksessa voi olla useita triggerit, koko alueella. Säteilyalue on pakaran ja ristiluun alue. (Chaitow — Jones 2012: 215, 252–253, 258–260.)

Lantion tai vatsan alueen kivuliaat triggerpisteet voivat haitata normaalia vatsan seudulle kohdistuvaa hengitystä tehden siitä kivuliasta. Tästä johtuva pinnallinen hengitys edesauttaa triggerpisteiden syntyä. (Chaitow – Jones 2012: 215.)

Lonkankoukistajan (m. iliopsoas) spasmi on osallisena useissa gynekologisissa dysfunktioissa sen anatomisen sijainnin takia. Lihaksen sijainnilla on yhteyksiä verenkiertoon, hermostoon ja lymfajärjestelmään. Krooninen lonkankoukistajan spasmi voi aiheuttaa munasolun kypsymättömyyttä ja krooninen munasarjojen tulehdus voi näkyä lonkankoukistajien spasmina. (Kuchera – Kuchera 1994a: 132.)

Pehmytkudosten hoidon tarkoituksena on vaikuttaa kehon neuraalisiin, vaskulaarisiin sekä lymfaattisiin elementteihin sekä parantaa sisäelinten toimintaa. Dysmenorrean kohdalla osteopaattisessa tutkimisessa ilmenneet pehmytkudosten dysfunktiot voidaan hoitaa esimerkiksi inhibitiolla, venyttämällä tai MET-tekniikkaa (muscle energy technique) käyttäen. Myofaskiaaliset triggerpisteet käsitellään epäsuorilla tai suorilla metodeilla, kuten inhibitiolla. Triggerpisteiden hoitoa voidaan perustella pisteiden yhteydellä sisäelimiin somatoviskeraalisten ja viskerosomaattisten refleksien kautta. (Kuchera – Kuchera 1994b: 114, 139, 146.)

Haastatellut osteopaatit eivät erittele erilaisia tekniikoita tai kerro tarkemmin kuinka hoitaisivat dysmenorreaan liittyviä somaattisia ongelmia. Esiin nousee kuitenkin, että hoidolla pyritään vapauttamaan nivelten, ligamenttien, faskioiden ja lihasten jännityksiä. Hoidossa ja tutkimisessa huomioitavaksi asiaksi nousevat faskiaaliset yhteydet, joilla on vaikutusta koko kehon toimintaan. Tämän kaltaista käsittelyä kohdistetaan etenkin lannerankaan, lantioon ja alaraajoihin. Vaikutusta halutaan saada myös sympaattiseen ja parasympaattiseen hermostoon, jolloin käsittely kohdistuu koko selkä- ja kaularankaan sekä alueiden pehmytkudoksiin.

5.2 Viskeraalinen lähestymistapa

Viskeraalisessa lähestymistavassa huomioidaan sisäelinten anatomia, hermotus ja nestekierto sekä elimien fysiologiset liikkeet. Yleisimpiä sisäelinten dysfunktioita ovat adheesiot, fiksaatiot, spasmit ja ptoosit. (Hebgen 2011: 3–4.) Sisäelinten toiminnan kannalta on oleellista, että sympaattinen ja parasympaattinen hermotus toimivat tasapainossa ja hermojen kulkuvarsilla ei ole rajoituksia, jotka voisivat häiritä hermotusta.

Sisäelinten ja ihon kipua välittävät sensoriset hermot synapsoivat usein samoissa selkäytimen hermosoluissa (Sand 2011: 154). Sisäelinten kipuärsyke vie aivoille samanlaisen signaalin kuin vastaavan dermatomin tai myotomin ärsytys (Soinila – Haanpää 2006: 241). Koska ihosta lähtevä kipuviesti on hermostolle tutumpaa, niin kipu paikallistuu iholle, vaikka viesti olisi lähtöisin sisäelimistä (Sand 2011: 154). Hermosto siis paikallistaa ärsyksen somaattisen sijainnin mukaan, jolloin sisäelimistä lähtöisin oleva kipuviesti välittyy viskerosomaattisena heijastekipuna (Soinila – Haanpää 2006: 241–242).

Kohdun motoriset heijasteet eivät ole voimakkaita, mutta sensoriset heijasteet ovat hyvin tunnettuja. Kipu on yleinen merkki kohdun ja munanjohtimien häiriöstä. Munanjohtimista aiheutuva heijastekipu voi tuntua kyljessä, suoliluun kuopassa ja reiden etupinnalla aina polveen asti. Kohdusta aiheutuva heijastekipu tuntuu T12-L1 ylimenoalueella, mahassa ja vaihtelevasti ristiluun alueella. Naisilla voidaan havaita lisääntymiselimestöstä aiheutuvia segmentaarisia kipuja ja palpaatiomuutoksia oireilevan elimen mukaan. Munasarjat aiheuttavat muutoksia T10 alueelle, munanjohtimet T11-12 alueelle, kohtu T10-L1 alueelle ja kohdunkaula S2-S4 alueelle. (Kuchera – Kuchera 1994a:

131.) Esimerkiksi kuukautisten aikainen kohonnut prostaglandiinin tuotanto saa kohdun lihaskerroksen supistumaan. Tästä aiheutuu iskeemistä kipua, joka tuntuu kohdun heijastealueella. (Ylikorkala – Kauppila 2004: 81.) Haastatellut osteopaatit olivat havainneet samankaltaisia löydöksiä. Tämän lisäksi he nostivat esiin, että endometrioosia sairastavat naiset valittavat usein kipua selkärangan segmenttien T9-L1 alueella sekä ristiluussa, mutta eivät yhdistäneet kipua selän ongelmiin.

Kirjallisuuden ja kokemustiedon mukaan dysmenorreasta kärsivillä on toimintahäiriöitä sisäelimissä. Haastatteluista nousi esiin kohtu ja sen vaikutus dysmenorreaan. Osteopaatit olivat havainneet häiriöitä kohdun liikkeissä ja sen ligamenteissa. Myös Tomasovicin (2013) opinnäytetyössä oli tehty samoja havaintoja. (Tomasovic 2013: 23–24.) Tämän lisäksi osteopaatit kehottivat tutkimaan munasarjojen toiminnan ja vapaan liikkeen.

Virtsarakon ja paksusuolen anatominen sijainti on läheinen kohtuun nähden ja ne saavat hermotuksensa samoilta alueilta. Rakon ja suolen toiminta ovat ihmiselle elintärkeitä. Läheisen sijainnin, toiminnan ja hermotuksen takia toimintahäiriö toisessa elimessä voi aiheuttaa häiriötä myös toiseen. (Chaitow – Jones 2012: 199.) Jos kudoksessa on kroonistunut rajoitus, hermostollinen palaute keskushermostoon ja krooniselle alueelle vähenee (Barral 1993: 143).

Tutkittavilla on havaittu löydöksiä myös vasemmassa munuaisessa (Tomasovic 2013: 33–34). Tällä löydöksellä voi olla yhteys lantion ja vasemman munasarjan häiriintyneeseen nestekierto. (Rane ym. 2013: 135; Koo – Fan 2014: 90.) On myös todettu, että ärtyneen suolen oireyhtymä on yleistä lantiokivusta kärsivillä naisilla. Kroonisesta kivusta, kuten dysmenorreasta ja dyspareuniasta kärsivillä ärtyneen suolen oireyhtymä on vielä tätäkin yleisempää. (Chaitow – Jones 2012: 199.)

Kohdun asennolla voi olla myös vaikutusta kipuun. Akuutisti anteversioitunut kohdunkaula, jossa kohdun pohja (fundus) on eteenpäin kallistunut, on yksi rakenteellinen tekijä, joka yhdistetään dysmenorreaan (Kuchera – Kuchera 1994a: 139). Myös kohdun retroversio voi olla kivun taustalla. Retroversiossa kohtu on kääntyneenä kohti ristiluuta. Kohtu voi painaa osittain peräsuolta ja aiheuttaa dysfunktion ristiluuhun. Retroversio voi aiheuttaa kipua alaselkään ja heikentää nestekiertoa alueella. (Barral 1993: 127–129, 142–143.) Kohdun asento saattaa vaikuttaa myös vasempaan munuaislaskimoon aiheuttaen siihen mekaanista painetta, jolloin lantion ja vasemman munasarjan

laskimopaluu voi heikentyä (Rane ym. 2013: 135; Koo – Fan 2014: 90). Kohdun asennon vaikutus dysmenorreaan ilmeni myös haastatteluista.

Maksalla on monia tehtäviä ja se toimii muun muassa erilaisten proteiinien, kuten estrogeenin hajottajana. Hormonaalisesta näkökulmasta maksan hoitaminen voi olla hyödyllistä dysmenorreaan kohdalla. Maksan kautta kulkevat myös ruoansulatuskanavan laskimot. Vaikuttamalla maksan alueen toimintaan voidaan edistää ruoansulatuskanavan laskimopaluuta. Hoidon indikaationa dysmenorreaan kohdalla ovat etenkin suolisto-vaivat, jotka liittyvät hormonikiertoon. (Hebgen 2011: 34, 36, 39.)

Virts- ja lisääntymiselimistöillä on faskiaalisia yhteyksiä alaraajoihin. Toimintahäiriöt kohdussa ja munasarjoissa voivat aiheuttaa rajoituksia muun muassa inferioriseen sääri-pohjeluu -niveleen (art. tibiofibularis distalis), nilkan veneluuhun (os naviculare) tai viidenteen jalkapöydän luuhun (5. metatarsaali). Tämä on todettu fluoroskopian eli fluoresoivan varjostimen avulla tehdyn läpivalaisuröntgentutkimuksessa löytyvien löydösten mukaan. (Barral 1993: 30.) Kokemustiedostakin nousi esiin, että alaraajojen tutkiminen ja hoitaminen on dysmenorreaan kohdalla tärkeää. Alaraajojen ajateltiin vaikuttavan kehon toimintaan juuri faskiaalisten yhteyksien kautta. Myös lantio nähtiin faskiaalisena kokonaisuutena.

Osteopaattiseen hoitamiseen liittyy tietyissä tilanteissa varovaisuustoimenpiteitä. Näitä kutsutaan hoidon kontraindikaatioiksi. Sisäelimiin kohdistuvia tekniikoita ei suositella, mikäli asiakas on raskaana, käyttää ehkäisykeinona kierukkaa ja lantion elimissä on jokin infektiosairaus tai verenvuoto. Varovaisuustoimenpiteenä tulee huomioida myös hoidon aikana esiintyvä voimakas palpaatiokipu, joka ei helpotu tai ilmenee vasta hoidon jälkeen. (Hebgen 2011: 170.)

Sisäelimiin kohdistuvat tekniikat ovat hellävaraisia. Hoitaminen aloitetaan aina palpaatiolla, jolla saadaan tuntuma vatsanseudun elastisuudesta, jänteveydestä ja mahdollisista jännityksistä elimissä. (Barral 1993: 121.) Sisäelimiin kohdistuva hoito suoritetaan usein selinmakuulla ja jalat koukussa. Erityisen tärkeää tekniikoissa on herkkä, kudoksia kuunteleva palpaatio, johon voidaan yhdistää inhibitiota tai vibraatiota. Tekniikoissa voidaan käyttää hyödyksi myös jalkojen asentoa, jolla voidaan löysätä tai kiristää faskiaalisia yhteyksiä. (Hebgen 2011: 171–174.) Myös haastateltavat osteopaatit kokivat sisäelinten tutkimisen oleelliseksi osaksi hoitoa.

Vatsan ja lantion alueen leikkauksista tai inflammaatioista johtuvat arpikudokset voivat toisinaan olla dysmenorrean taustalla. Arvet vaikuttavat alueiden liikkuvuuteen ja toimintaan sekä sisäelinten mobiliteettiin. (Paoletti 2006: 146.) Arvet ovat viskeraalisen hoidon indikaatioita. Kirjallisuudessa urogenitaalialueelle suoritetun leikkauksen jälkeen suositellaan osteopaattista tarkastusta kolmen kuukautiskierron jälkeen leikkauksesta. (Barral 1993: 24.)

Sisäelinten diagnostiikassa ja hoidossa apuna voidaan käyttää Chapmanin refleksipisteitä. Chapmanin refleksit ovat pehmytkudoksissa, pääasiallisesti syvässä faskiassa ja luukalvossa (periosti) esiintyviä kudoksen epänormaaleja muutoksia, jotka ilmenevät arkoina pisteinä. Refleksipisteet esiintyvät sekä kehon anteriori että posteriori puolella ja ne heijastavat sisäelinten dysfunktioita tai patologioita. Positiiviset löydökset Chapmanin reflekseissä voivat kertoa viskeran inflammaatiosta, spasmista tai ptoosista. Anteriorisia refleksipisteitä käytetään diagnostiikassa. Anteriorisen ja posteriorisen pisteen molempien ollessa arkoja vahvistavat ne diagnoosia kyseisen elimen dysfunktioista ja ovat indikaatio hoidolle. Refleksejä hoidetaan kehon posteriori puolelta pyörivällä stimulaatiolla tai inhibitiolla 20–60 sekunnin ajan. (Fossum – Kuchera – Divine – Wilson 2011: 853–858.)

Kaikilla elimillä on omat pisteensä kehossa. Esimerkiksi munasarjojen ja kohdun refleksipisteet löytyvät lonkkaluiden anteriori puolella häpyluun alueelta sekä istuinkyhmy aukko (foramen obturatorum) reunalta (diagnostiset refleksipisteet). Posteriori puolella pisteet löytyvät nikaman L5 poikkihaarakkeista (proc. transversus) sekä ristiluun tyvestä (hoidettavat refleksipisteet). (Fossum ym. 2011: 853–858.)

Ennen viskeraalista hoitoa on suositeltavaa tutkia siihen liittyvät somaattiset rakenteet kuten lanneranka, ristiluu, suoliluut sekä luiden väliset liitokset kuten SI-nivelet ja häpyliitos (Barral 1993: 121). Näiden alueiden tutkiminen koettiin tärkeäksi myös osteopaattien haastatteluissa.

5.3 Nestekierto ja hengitys

Lantion kongestio on suuressa roolissa potilailla, jotka kärsivät dysmenorreasta, munasarjakystista tai PMS-oireista (Kuchera – Kuchera 1994a: 131). Myös hengityksellä on monenlaisia vaikutuksia kipuun. Pinnallinen hengitys voi aiheuttaa kudoksiin iskemiaa, väsymystä ja kipua. (Chaitow – Jones 2012: 203.)

Laskimo- ja imunestekierron häiriintyminen lantion alueella voi näkyä lisääntyneenä valkovuotona. Kuukautiskiertoon liittyvä kongestio ja nesteiden kertyminen elimistöön voivat olla syynä yleiseen turvotukseen, selkäkipuun, päänsärkyyn, rintojen arkuuteen, lantiokipuun, hermostuneisuuteen ja ärtyisyyteen. Kuukautisia edeltävillä oireilla on ajateltu olevan hormonaalinen perusta, mutta hormonaalinen lääkitys ei ole auttanut oireisiin niin paljon, että teoriamaallia voitaisiin pitää varmana. Sen sijaan diureetit ja tulehduskipulääkkeet, joilla on vaikutusta verenkiertoon ja prostaglandiineihin, toimivat hyvin oireisiin ja tukevat ajatusta nestekierron häiriintymisestä. (Kuchera – Kuchera 1994a: 131.)

Lantion alueen nestekierto on riippuvainen pallean ja lantionpohjan toiminnasta. Hengityksen toimiessa normaalisti pallea ja lantionpohja toimivat synkronoidusti. (Chaitow – Jones 2012: 199; Kuchera – Kuchera 1994a: 130–131.) Hengityksellä on todettu olevan vaikutusta myös lantion alueen motoriseen kontrolliin. Häiriöt ja muutokset hengityksessä voivat vaikuttaa lantion dysfunktioihin ja jopa aiheuttaa niitä. Hengityksen dysfunktiot ovat yleisiä henkilöillä, joilla on alaselkäkipua tai lantionpohjan toimintahäiriöitä. Myös ryhdillä näyttäisi olevan vaikutus hengitykseen ja lantionpohjaan. (Chaitow – Jones 2012: 200.)

Hengityksen häiriöt (kuten hyperventilaatio) voivat vaikuttaa koko kehoon. Häiriöt voivat muun muassa aiheuttaa alkaloosia, vähentää hapen vapautumista soluihin, kudoksiin ja aivoille. Tämä edistää iskemian, väsymyksen, kivun ja triggerpisteiden syntyä, joilla voi olla yhteyksiä dysmenorreaan. Lisäksi, pinnallisesti hengittävillä henkilöillä on havaittu enemmän paksusuolen toimintahäiriöitä. Hyperventilaatiosta aiheutuva hiilidioksidin vähyys lisää paksusuolen supistelua. (Chaitow – Jones 2012: 199, 203.)

Normaali ja rento hengitys, silloin kun ei ole fyysisestä tai emotionaalista rasitusta, on tiheydeltään 12–14 kertaa minuutissa. Hengitys suuntautuu vatsaan. Ulkoisten vatsalihasten täytyy olla rennot, jotta laajeneminen onnistuu. Hyvässä hengityksessä palleasta tulee liikettä ja rintakehän laajeneminen on vähäistä. Hengitys tapahtuu nenän kautta. (Chaitow — Jones 2012: 209.)

Lantion tai vatsan alueen kivuliaat triggerpisteet, jotka ovat yleisiä dysmenorreassa, voivat haitata normaalia vatsan seudulle kohdistuvaa hengitystä tehden siitä kivuliasta. Tällöin hengitys siirtyy rintakehälle, jolloin pallean ja lantionpohjan toiminta heikkenee. Hiilidioksidin määrä kehossa vähenee ja pH-taso nousee, jolla on vaikutuksia sileiden lihasten supistumiseen. Pinnallinen hengitys edesauttaa triggerpisteiden syntyä, jolloin noidankehä on valmis. (Chaitow – Jones 2012: 215.) Kehon pH-tason kohoaminen voi muuttaa myös faskiatonusta. Faskialla on vaikutusta muun muassa proprioseptiikkaan ja kipuun. (Tozzi 2012: 1.)

Stressillä on suuri vaikutus hengitykseen. Hengitys muuttuu usein pinnalliseksi, jolloin pallean toiminta heikkenee ja rintalihasten, kylkiluidenkannattajalihasten (mm. scalenii), päännökkääjälihakseen (m. sternocleidomastoideus), epäkäslihaksen ja kylkivälilihasten aktiivisuus lisääntyy. Suun kautta hengittäminen on tavallista. Tällöin pystytään sisään hengittämään suurempi määrä ilmaa nopeasti. Hengitys tapahtuu rintakehällä ja se nostaa sydämen minuuttivolyymia ja sykettä. (Chaitow – Jones 2012: 214.)

Tutkimuksissa, joissa dysmenorreaa on hoidettu osteopaattisesti, on havaittu, että suurimmalla osalla on löydöksiä palleassa ja lantiossa. Tämä tukee ajatusta siitä, että häiriöt hengityksessä sekä pallean ja lantionpohjan toiminnassa olisivat mahdollisesti dysmenorrean taustalla. (Schwerla ym. 2014: 227; Tomasovic 2013: 33–34.) Samojen alueiden dysfunktiot korostuvat myös haastatteluissa.

Lantionpohjan dysfunktiot voivat olla yhteydessä kohdun toimintahäiriöihin (Heinking – Kappler 2011: 599). Lantionpohjan jatkuva jännitys voi kertoa sisäelinlähtöisesti ongelmasta, kuten endometriosista tai ärtyneestä suolesta (Chaitow – Jones 2012: 204; Kuchera – Kuchera 1994a: 99). Spasmi voi olla peräisin myös lantion alueen kudosten ja rakenteiden dysfunktioista. Tällä on väistämättä vaikutusta alueen nestekiertoon ja toimintaan. Oireina lantion alueen kongestiossa voivat olla dysmenorrean lisäksi kohdun arkuus ja yhdyntäkivut. (Kuchera – Kuchera 1994b: 423.)

Hoitamalla hengitystä ja opettamalla optimaalista hengitystapaa voidaan vaikuttaa yleiseen rentoutumiseen. Hyvä hengitys varmistaa, että hiilidioksidin määrä veressä on optimaalinen, jolloin pH-arvot pysyvät normaalilla tasolla. Tämä ehkäisee muun muassa triggerpisteiden syntymistä lihaksiin ja vähentää sileän lihaksen supistumista. Pallean normaali toiminta stimuloi veren ja imunesteen kiertoa sekä vaikuttaa lantionpohjan supistumiseen ja rentoutumiseen. Hengitys vakauttaa autonomisen hermoston toimintaa. (Chaitow – Jones 2012: 208–209.)

Manuaalisesti hengitystä voidaan tehostaa muun muassa käsittelemällä lihaksia, jotka ovat osallisena hengitystoiminnassa. Näistä ovat esimerkkeinä: lonkankoukistaja, nelipäinen lannelihas, kylkivälilihakset, kylkiluiden kannattajalihakset ja pallea. (Chaitow – Jones 2012: 206.)

Lantion alueen nestekierto on ja kipuun voidaan vaikuttaa hoitamalla lantionpohjan lihaksia. Tämä vähentää lantion parasympaattisten hermojen ja häpyhermon (n. pudendus) perineuraalista turvotusta. (Kuchera – Kuchera 1994a: 105–106.) Lantionpohjan hoitamisella voidaan vaikuttaa myös risti- ja häntäluun liikkeeseen ja toimintaan. Näillä tekijöillä on vaikutusta alueen fysiologiseen kraniosakraaliseen liikkeeseen. (Liem 2009: 496.)

Osteopaattisilla (erikois)tekniikoilla voidaan kohdistetusti hoitaa myös verisuonia. Yleisesti ottaen urogenitaalialueiden dysfunktiot ovat indikaatioita hoidolle. Tekniikat voidaan kohdistaa lonkkavaltimoihin ja -laskimoihin sekä kohdun ja munasarjojen verenkiertoon. Erityisesti munasarjojen verenkierron huomioidaan vasemman munuaisen toiminta. Näissä tekniikoissa on huomioitava poikkeavuudet verenkierron ja kontrastindikaatiot hoidolle, kuten aortan aneurysma, epämääräisen vuodon esiintyminen sekä hematuria (verta virtsassa). (Barral – Croibier 2011: 235–246.)

5.4 Kraniaalinen lähestymistapa

Kraniaalisen osteopatian lähestymistavassa huomioidaan kehon eri diaphragmat: kraniaalinen (tentorium cerebellum), thoracocervikaalinen (yläaukeama), abdominaalithorakaaalinen (pallea) sekä lantion diaphragma (lantionpohja). Diaphragmat ovat kehon poi-

kittaisia rakenteita, jotka jakavat kehon pään, rintakehän ja lantion alueisiin. Diaphragmoja yhdistävänä tekijänä on aivokalvojen mekaaninen rooli voiman välityksessä ja ta-sauksessa (RTM = reciprocal tension) sekä kehon pitkittäiset sidekudos- ja faskialinjat. Tärkeimpänä tehtävänä näillä alueilla on kehon nestekierron tehostaminen kehon eri on-teloiden välisten paineenvaihteluiden avulla. (Liem 2009: 280; Parsons – Marcer 2006: 162; Sergueef – Nelson 2014: 318.)

Diaphragmat sijaitsevat kehossa ja selkärangan niveltymäkohdissa, jota sallivat run-saasti liikettä. Anatomisen sijaintinsa takia, diaphragmat ovat alttiita dysfunktioille. Liike-rajoitukset diaphragmassa voivat aiheuttaa dysfunktioita itse diaphragmaan, ympäröiviin kudoksiin ja toisinpäin. Esimerkiksi rajoitukset abdominaalithorakaalisessa -diaphragmassa voivat johtua lannerangan ja/tai rintakehän dysfunktioista. Yhden diaphragman rajoitus voi aiheuttaa rajoituksia myös muihin diaphragmoihin. Tämän ajatellaan johtuvat vastavuoroisesta kalvojännitemekanismista eli RTM:stä, jolloin dysfunktionaalinen voima välittyy kalvoja pitkin kaikkiin kalvorakenteisiin. (Sergueef – Nelson 2014: 318; Parsons – Marcer 2006: 162.) Diaphragmat nousevat esiin myös haastatteluissa. Näiden alueiden tasapainottaminen koettiin tärkeäksi.

Osteopaatit ovat havainneet käytännön työssä dysmenorreaan liittyen löydöksiä kallon-pohjassa ja RTM:n kannalta tärkeissä rakenteissa, kuten C2 ja ristiluussa. Tutkimuk-sien mukaan tutkittavien kraniaalirytmä oli heikompi sekä useimmilla oli dysfunktioita kallossa ja abdominaalithorakaali –diaphragmassa (Tomasovic 2013: 33–34; Schwerla ym. 2014: 227).

Ristiluun tyveen kohdistuvalla tekniikalla voidaan vaikuttaa parasympaattiseen hermo-tukseen ja se on erityisen tehokas nesteiden mobilisoinnissa. Tekniikassa asiakas ma-kaa vatsallaan ja ristiluuhun kohdistetaan jatkuva paine. Tekniikassa ristiluun tyveä vie-dään anteriorisesti tai kraniaalitermillä ekstensioon ja se on CV4 vastaava tekniikka. CV4 auttaa ensisijaisesti vapauttamaan kudosten ylikuormitusta. Toinen samassa asennossa suoritettavassa tekniikassa kohdistetaan ristiluuhun kevyt keinuva rytmisen liike (rocking), joka on nopeudeltaan 10–14 kertaa minuutissa. Tämä vastaa ristiluun luonnollista rytmiä. Tekniikka toimii akuutissa vaiheessa. (Kuchera – Kuchera 1994a: 140.) Hoito voidaan kohdistaa myös selinmakuulla inhiboiden häpyliitoksen ympäröiviä kudoksia (DiGiovanna – Schiowitz – Dowling 2005: 648–649).

Occiputparietale ja occipitomastoideus -sukurat voivat olla myös yhteydessä lisääntymiselimistöön parasympaattisen hermotuksen kautta (Schuenke – Schulte – Schumacher 2011b: 90). Esimerkiksi kiertäjähieron (n. vagus) ulostuloaukko, foramen jugulare, sijaitsee occipitomastoideus -sukurassa (takaraivo- ja ohimoluun välissä). Pääasiallisesti koko ruoansulatus saa parasympaattisen hermotuksen kiertäjähiermosta. (Schuenke ym. 2011a: 307.) Mikäli tässä sukurassa on rajoituksia tämä voi vaikuttaa hermotuksen kautta maksaan ja heikentää kehon ja lantion alueen nestekiertoa. Myös ruoansulatusongelmat ja toimintahäiriöt suolistossa ovat usein yhteydessä dysmenorreaan. (Barral 2003: 98–99).

Kraniaalisilla tekniikoilla voidaan pyrkiä vaikuttamaan hormonitasapainoon. Muutokset hormonitasapainossa voivat olla myös osa syy dysmenorreaa. Kaiken kaikkiaan naisten ominaisuus kokea enemmän kipua voi johtua hormoneista. Estrogeeni, progesteroni ja testosteroni ovat toiminnallisesti aktiivisia niin naisilla kuin miehillä, mutta niiden määrät ja heilahtelu eroavat sukupuolten välillä. Naiset läpikäyvät valtavia hormonaalisia muutoksia murrosiässä, raskauden, vaihdevuosien ja kuukautiskierron aikana. (Chaitow – Jones 2012: 70.)

Yhden sukupuolihormonin pitoisuus ei ole niin oleellinen kuin sen suhteellinen määrä muihin hormoneihin verrattuna. Sukupuolihormonien vaikutukset kivunlievitykseen ovat monen tekijän summa. Progesteroni yhdistetään kivunlievitykseen esimerkiksi raskauden ja kuukautiskierron puolivälin aikana, jolloin progesteronitasot ovat korkealla. Jotkut anesteetit ovat progesteronijohdannaisia. Estrogeeni näyttäisi vaikuttavan kipuihin, että jotkin kiputilat pahenevat kun estrogeeni vähenee. Myös testosteronilla näyttäisi olevan samanlainen vaikutus kipuihin. Hormoneilla on vaikutusta esimerkiksi metaboliaan, immuunijärjestelmään, hermostoon ja verenkiertoon. (Chaitow – Jones 2012: 70–71.) Hormonaaliset muutokset voivat olla yhteydessä myös tuki- ja liikuntaelimistön kipuihin (Proctor ym. 2010: 3).

Vasopressiini on antidiureettinen hormoni (ADH), jolla saattaa olla myös vaikutuksia kuukautiskipuihin (Proctor ym. 2010: 2-3). Vasopressiini on aivolisäkkeen takalohkosta erittyvä peptidihormoni, joka suurina määrinä V_{1A} -reseptorien välityksellä voi muun muassa supistaa kaikkia verisuonialueita (Männistö – Raasmaja 2013: 709–720). Kun plasman vasopressiinin taso kohoaa kuukautiskipujen ilmentyessä, tämä stimuloi myometriumeja ja kohdun valtimoita. Yksityiskohtia kuukautiskipujen ja vasopres-

siinitasojen välillä ei kuitenkaan tunneta. (Brouard – Bossmar – Fournié-Lloret – Chasard – Åkerlund 2000: 1.) Sekä Brouadin (2000:1) että Strömbergin (1984: 709–720) tutkimuksissa dysmenorreasta kärsivien naisten veren vasopressiinipitoisuus on ollut korkeampi kuin kontrolliryhmillä.

Endorfiinit ovat endogeenisiä (sisäsyntyinen) morfiinin kaltaisia aineita, joilla on muun muassa kipua lievittävä vaikutus. Endorfiineja on aivokammioiden seinissä ja aivonesteviemärissä. Näiden alueiden stimulaatio edistää endorfiinien vapautumista aivo-selkäydinnesteeseen. Alueen hermosoluilla on suora kontakti näköhermoristiin, talamukseen, käpylisäkkeeseen ja hypotalamukseen. Näiden yhteyksien takia on mahdollista, että aivo-selkäydinnesteellä välillisiä vaikutuksia hormonaalisiin ja vaskulaarisiin tekijöihin sekä autonomiseen hermostoon. Näillä tekijöillä on puolestaan vaikutusta kehon homeostaasiin. Hormoneista estrogeeni näyttäisi lisäävän aivo-selkäydinnesteen volyymin. Muun muassa vasopressiini vähentää aivo-selkäydinnesteen tuotantoa. (Liem 2009: 300.)

Kraniaalisen hoitamisen tarkoituksena on hoitaa mahdolliset kallon dysfunktiot ja tätä tavoin vaikuttaa kehon toimintaan. Lisääntymiselimistön hormonaalinen säätely tapahtuu hypotalamuksessa ja aivolisäkkeessä (Sand ym. 2011: 503). Hypotalamuksen ja aivolisäkkeen anatomisten sijaintien vuoksi kraniaalisessa hoidossa kannattaa huomioida muun muassa dysfunktiot SBS:ssä. Näiden lisäksi c-rangan, solisluiden, T1 ja ensimmäisten kylkiluiden rajoitukset vaikuttavat stellatum -ganglion (C7-T1 alueen sympaattinen ganglio) kautta kilparauhasen erittämiin hormoneihin. (Barral 1993: 30.) CV4 -tekniikalla voidaan mahdollisesti vaikuttaa endorfiinien vapautumiseen aivo-selkäydinnesteeseen. (Liem 2009: 300.)

Osteopaattien haastatteluissa oli havaittavissa paljon kraniaalista lähestymistapaa. Kuten jo aiemmin mainitsimme, olivat osteopaatit havainneet löydöksiä RTM:n kannalta merkittävässä paikoissa. Toisin kuin kirjallisuudessa haastatteluista nousi esiin myös biodynaamista ajattelua. Hormonaalisen tasapainon kannalta ignitionin ja anterior dural girdlen toiminta koettiin tärkeäksi. Alueet koettiin tärkeäksi myös silloin, jos taustalla oli muutakin hormonitoiminnan ongelmaa, kuten aknea. Biodynaamisia käsitteitä ei määritelty tarkemmin.

5.5 Hoitoesimerkit

Michael Kucheran kuvaamassa dysmenorrean hoitomallissa pyritään vaikuttamaan somaattisiin dysfunktioihin, sympaattiseen ja parasympaattiseen hermostoon sekä imunestekiertoon. Somaattisia dysfunktioita hoidetaan etenkin alueilta, joista kohtu ja munasarjat saavat hermotuksensa. Sympaattiseen hermostoon pyritään vaikuttamaan rauhoittavasti käsittelemällä kylkiluita ja hoitamalla prevertebraalisia ganglioita, etenkin ylempää ja alemmaa suolilieve – ganglioita. Parasympaattiseen hermostoon pyritään vaikuttamaan sisälmyshermon kautta. Hoito kohdistetaan ristiluuhun ja SI-niveliin. (Kuchera – Kuchera 1994a: 141.)

Nestekiertoon ja turvotukseen pyritään vaikuttamaan erilaisilla pumppaustekniikoilla ja käsittelemällä imunestekiertoon vaikuttavia keskeisiä rakenteita, kuten yläaukeamaa, palleaa ja kylkiluita (Kuchera – Kuchera 1994a: 141). Pallean toimintaan voidaan vaikuttaa myös kaularangan segmenttien C3-5 kautta, josta pallea saa hermotuksensa. Yläiskan hoitaminen voi tehostaa kiertäjähermon ja ruoansulatuksen toimintaa. (Kuchera – Kuchera 1994a: 133.)

DiGiovannan ym. (2005: 649–651) kirjassa esitellään tapauskohtaisesti dysmenorrean ja PMS-oireiden hoitoa. Hoidettavana on perusterve 28-vuotias nainen, jolla on todettu PMS 15-vuotiaana. Asiakas kärsii kuukautisten aikana vatsakivuista, mielialan vaihteiluista sekä päänsärystä vuodon ensimmäisinä päivinä. VAS-kipujanalla kivut ovat 3/10-7/10. Naisella oli havaittavissa turvotusta vatsan seudulla ja kaikissa raajoissa. Munasarjojen palpaatiossa esiintyi arkuutta. Asiakkaalla oli somaattisia dysfunktioita ja arkuutta kallonpohjassa, rinta- ja lannerangassa sekä palleassa ja kylkiluissa. Myös ristiluun liike ja lantionpohjan toiminta olivat rajoittuneita.

Asiakasta hoidettiin kaksi päivää ennen kuukautisten alkamista. Hoidossa korostettiin nestekierron merkitystä. Tässä tapauksessa hoidettiin kehon eri diaphragmoja, tasapainotettiin hermostoa ja parannettiin lymfakiertoa erilaisilla tekniikoilla. (DiGiovanna ym. 2005: 649–651.)

5.6 Kotihoito-ohjeet

Kuukautiskipujen omahoidoksi suositellaan polvi-rinta-asentoa. Siinä viedään konttaus-asennossa rinta kohti polvia ja maata. Asennossa lantion tulee olla muuta kehoa korkeammalla, jolloin kohtu pääsee irtautumaan lantiosta. Asennossa ollaan 5-10 minuuttia, joten asento ei ole lihaksia venyttävä, vaan kehon asento auttaa optimoimaan painovoiman kautta lantion laskimopaluuta ja lymfakiertoa. Se sallii myös kohdun irtoamisen lantiosta. (Kuchera – Kuchera 1994a: 140–141; Parsons – Marcer 2006: 261.)

Ristiluuhun voidaan kohdistaa kompressiotekniikka, jonka tarkoituksena on edistää parasympaattista hermotusta sekä tehostaa lantion nestekiertoa. Tekniikka on mahdollista suorittaa myös itsenäisesti, jolloin paine ristilulle luodaan kirjan avulla. Kirja asetetaan ristiluun alle ja kunnes haluttu paineentunne on saavutettu ja käydään selinmaakuulle. Vaihtoehtoisesti jalat voidaan koukistaa ja polvet tuoda rinnan päälle. (DiGiovanna ym. 2005: 648–649).

Lantion alueen verenkiertohäiriöissä Barral ja Croibier (2011: 242) suosittelevat kotihoito-ohjeeksi lantion valtimo-, laskimo- ja lymfakiertoa edistävää asentoa. Asennossa maataan lattialla, tyyny lantion alla, polvet koukussa ja jalkapohjat seinää vasten. Lantiota nostetaan kevyesti ylöspäin. Asennossa ollaan 2-3 minuuttia päivittäin. Asento vaikuttaa tehokkaasti myös ohutsuoleen, jolla on merkittävä rooli lantion viskeraaliseen mekanismiin.

Hengitysharjoitus voi olla myös tehokas kotihoito-ohje dysmenorreasta kärsivälle. Hengitysharjoituksilla voidaan vaikuttaa yleiseen rentoutumiseen. Hyvä hengitys edistää veren optimaalista pH-tasapainoa ja ehkäisee triggerpisteiden syntyä. Pallean normaali toiminta vaikuttaa positiivisesti nestekiertoon. Hengityksellä on vaikutuksia autonomisen hermoston toimintaan. (Chaitow – Jones 2012: 208–209.)

Chaitowin ja Jonesin (2012) kuvaamassa hengitysharjoituksessa hengityksen tulisi suuntautua vatsaan. Vatsalihasten pitäisi olla rennot, jotta laajeneminen onnistuu. Pallean kuuluisi laajeta, mutta rintakehän laajenemisen tulisi olla vähäistä. Hengitys tapahtuu nenän kautta. Mikäli uloshengitysaikaa halutaan pidentää voi uloshengitys tapahtua myös suun kautta. Hengitystiheys olisi 12–14 kertaa minuutissa. (Chaitow – Jones 2012: 209.)

5.7 Osteopaattisen hoidon ajankohta

Pohdimme opinnäytetyössämme sitä, missä vaiheessa kuukautiskiertoa manuaalinen hoito tulisi tehdä. Hypoteettisesti voidaan pohtia olisiko tehokkaampaa hoitaa asiakasta ennen kuukautisten alkua ennaltaehkäisten kipua vai kuukautisten aikana, jolloin hoitovaste kivunlievityksestä saataisiin mahdollisesti heti.

Tutkimuksissa melko yleinen linjaus on, että manuaalinen käsittely tehdään kierron ensimmäisinä päivinä (Kokjohn – Schmid – Triano – Brennan 1992: 279-285; Tomasovic 2013; Hondras ym. 1999: 106–108). Pirritanon opinnäytetyössä osteopaattinen käsittely suoritettiin näistä poiketen kierron kahdeksannen-kymmenennen päivän välillä (Pirritano 2004: 14–15). Hondrasin tutkimuksessa naisia hoidettiin kierron ensimmäisenä päivänä sekä seitsemän päivää ennen kierron alkua (Hondras ym. 1999: 106–108). Saksalaisessa maisteriopinnäytetyössä naisia hoidettiin kahden kuukautiskierron ajan, kierron kahdeksantena päivänä sekä kierron loppuvaiheessa (Schneider – Milo 2011: 40).

Barral ja Mercier (2004) kuvaavat kuitenkin kirjassaan, ettei ole suositeltavaa hoitaa naisia ennen kuukautisten alkamista. Barral ja Mercier lähestyvät dysmenorreaa viskeraalisesta näkökulmasta, mikä on todennäköisin syy siihen miksi he eivät suosi kuukautisten aikaisia hoitoja. Biomekaanisesti ajateltuna rangan hoidolla on välillinen yhteys sisäelimiin verenkierron ja hermotuksen kautta, mutta hoito ei kohdistu suoraan elimiin. Nämä tekijät voivat vaikuttaa hoidon ajankohtaa. (Barral – Mercier 2004: 26.)

Barralin (1993) mukaan viskeraalinen hoito tulisi tehdä viikon sisällä kuukautisten loppumisesta. Hoidossa otetaan huomioon hormonaalisten tekijöiden vaikutukset kohdun kudoksiin ennen kuukautisia, jolloin myometriumin tonus ja supistumisväli ovat korkeimmillaan. (Barral 1993: 124.) Kohdun palpaatio on tällöin myös helpompaa, koska kudokset eivät ole niin herkkiä ja turvonneita (Stone 2007:181). Barralin ajatuksena voi olla, että kuukautisten loputtua kehon hormonaalinen taso on neutraalimpi, jolloin keho olisi myös vastaanottavaisempi hoidolle. Esteettisistä syistä uskomme, että hoitotilanne on kaiken kaikkiaan mukavampia, mikäli asiakkaalla ei ole kuukautisia viskeraalisen hoidon aikana.

Vaikka Barralin mukaan ei ole suositeltavaa hoitaa naisia kuukautiskierron aikana, niin tutkimustulokset antavat viitteitä siitä, että hoito kuukautisten aikana voi lievittää kipua. Tutkimuksissa kipu aleni välittömästi hoidon jälkeen (Hondras ym.1999: 109–110; Kokjohn ym.1999: 279–285). Kipu oli myös lievempää seuraavien kiertojen aikana (Tomasovic 2013: 22).

Tutkimusten ja kirjallisuuden perusteella dysmenorrean hoitotavalla on merkitystä hoidon ajankohtaan. Viskeraalitekniikat kohdistuvat suoraan kohde-elimisiin. Tutkimuksissa hoitomuotona on käytetty pääasiallisesti selkärangan manipulaatiota sekä muita lisääntymiselimiin epäsuorasti vaikuttavia tekniikoita. Näillä tekniikoilla pyritään vaikuttamaan kohtuun ja muihin kudoksiin hermoston ja verenkierron kautta. Hoidot, joissa tekniikat eivät kohdistu suoraan elimeen, voidaan suorittaa missä kuukautiskierron vaiheessa tahansa.

Haastatteluista ei nouse esiin, mikä olisi hyvä ajankohta hoidolle. Toisessa haastattelussa kuitenkin korostetaan, että hoidon tulee olla säännöllistä ja ylläpitohoitoja vaaditaan 1-3 kuukauden välein.

5.8 Manuaalisen hoidon vaikutus dysmenorreaan

Manuaaliterapian uskotaan olevan lääkkeiden jälkeen tehokkain kivun lievityksessä tuki- ja liikuntaelimestön hoidossa. Kivunlievityksen tarkastelu voidaan jakaa kolmeen osaan: paikallisen kudoksen, neurologiseen sekä psykologiseen näkökulmaan. Pelkätään kosketuksella tiedetään olevan merkittävä osuus kivunlievityksessä (Lederman 2005: 6.)

Kirjallisuuden ja kokemustiedon perusteella olemme todenneet, että osteopatiasta voi olla apua dysmenorrean kivunlievityksessä. Dysmenorrean manuaalista hoitoa käsittelevissä tutkimuksissa, joissa lähestymistapa ei ollut osteopaattinen, on saatu tuloksia puolesta ja vastaan. Pelkällä rangan manipulaatiolla on yhdessä tutkimuksessa ollut apua kivunlievityksessä ja toisessa ei. (Kokjohn ym. 1992: 279–285; Hondras ym 1999: 109–110.) Osteopaattiset tutkimukset, joissa keho on huomioitu kokonaisuutena ja hoito on suunniteltu yksilöllisesti, ovat kaikki tuloksiltaan positiivisia.

Manipulaatiohoito rangan segmentteihin T10-L5 ja SI-niveliin on antanut ristiriitaisia tuloksia dysmenorreaan kivunlievityksessä. Pelkällä manipulaatiolla on saatu tilastollisesti merkittäviä eroja testi- ja lumeryhmän välille kivun lievittämisessä ($P=0.019$) (Kokjohn ym. 1992: 279–285). Toisessa samankaltaisessa tutkimuksessa koettu kipu aleni molemmilla testi- ja lumeryhmässä, mutta ryhmien välillä ei ollut merkittävää eroa (Hondras ym. 1999: 109–110).

Tutkimukset, joissa hoito suunnitellaan yksilöllisesti ja hyödynnetään erilaisia manuaalisia tekniikoita, ovat antaneet parhaat tulokset kivun lievittämisessä. Viiden kuukautiskierron ajan kestäneen osteopaattisen hoidon seurauksena koettu kipu ennen ja jälkeen hoitojen väheni merkitsevästi ($p=0.000$) (Tomasovic 2013: 20–22). Kolmen kierron ajan kestänyt osteopaattinen hoito vähensi kipuja merkittävästi verrattuna ryhmään, joka ei saanut osteopaattista käsittelyä. Myös lääkkeiden käyttö väheni huomattavasti hoitoa saaneella ryhmällä. (Pirritano 2004: 14–17.)

Kuuden osteopaattisen hoidon sarja, joka kesti kolmen kierron ajan vähensi koettua kipua verrattuna kontrolliryhmään, joka ei saanut minkäänlaista hoitoa. Lääkkeiden käyttö väheni hoitoa saaneella ryhmällä, kun kontrolliryhmällä se kasvoi. Hoitoryhmällä kipupäivien määrä väheni 4,5 päivästä 2,2 päivään. Päivät, jolloin kipu oli yli 5/10, vähenivät 2,2 päivästä 0,2 päivään. Kontrolliryhmällä kipupäivät hiukan lisääntyivät, mutta kovat yli 5/10 kipupäivät vähentyivät aavistuksen. (Schwerla ym. 2014: 226.)

Endometrioosin osteopaattisessa hoidossa oli keskitytty kehon kokonaistoiminnan lisäksi yksilölliseen lantion alueen hoitoon. Saksassa tehdyn maisteritason opinnäytetyössä neljällä osteopaattisella hoidolla on saatu merkittävää ($p=0.007$) helpotusta endometrioosi-kipuihin. (Schneider – Milo 2011: 40–45.)

Haastateltavat ovat saaneet hoidoillaan positiivisia tuloksia. Hoidettavat ovat kokeneet muutoksia dysmenorrea oireissa sekä kuukautisvuodon määrässä, etenkin jos heillä oli runsasta kuukautisvuotoa. On myös tilanteita, joissa jo alaselän osteopaattisella hoidolla on ollut vaikutusta kuukautiskipuihin. Hoitotulosten pysyvyyden kannalta on oleellista, että hoito on säännöllistä.

6 Ohjeen ja artikkelin kokoaminen

Opinnäytetyön perusteella koottiin Endometrioosiyhdistykselle artikkeli sekä opas osteopaateille. Tuotoksista tehtiin tiiviitä yhteenvetoja, jotka kokoavat keskeisimmät asiat dysmenorreasta ja osteopatiasta. Tuotokset on kirjoitettu lukijakunnilleen sopiviksi.

6.1 Artikkelin Endometrioosiyhdistykselle

Endometrioosiyhdistykselle kirjoitettu artikkeli julkaistaan Endorfiini- lehteen yhdistyksen jäsenten luettavaksi. Artikkelissa esitellään dysmenorreaa osteopaattisesta näkökulmasta ja erilaisia kipua aiheuttavia tekijöitä. Tavoitteena on myös osteopatian markkinointi. Artikkelin on kirjoitettu lukijoille selkeästi sekä yleistermejä käyttäen. Kirjoitusvaiheessa olettamuksena kuitenkin oli, että yhdistyksen jäsenillä on jo jonkin verran tietoa dysmenorreasta ja endometrioosista. Artikkelia työstäessä hyödynnettiin Endometrioosiyhdistyksen toiveita, muista opinnäytetöistä tehtyjä artikkeleita sekä artikkelin kirjoittamiseen liittyvää kirjallisuutta.

Artikkelin rakenteessa keskityttiin houkuttelevaan aloitukseen, aiheen tiiviiseen käsitteelyyn sekä mielenkiintoiseen lopetukseen. Erityisesti artikkelin otsikoinnissa ja aloituksessa haluttiin herättää lukijan mielenkiinto lisäämällä tutun termin, kuukautiskivut, lisäksi tuntemattomampi termi osteopatia. Sanaparin avulla lukija pystyy samaistumaan aiheeseen omien näkemysten ja kysymysten kautta. Artikkelin tarkoituksena on tarjota lukijalleen uutta näkökulmaa ja tietoa aiheesta. (Kinnunen – Löytty 2002: 131, 137–143.)

Artikkelin leipätekstiä kirjoitettiin opinnäytetyöhön kerätyn aineiston perusteella. Tekstissä määritellään dysmenorrea käsitteenä sekä esitellään erilaisia kipua aiheuttavia tekijöitä osteopaattisesta näkökulmasta. Kehon anatomia ja fysiologia on pyritty selittämään ymmärrettävällä tavalla.

Leipätekstissä kerrotaan tiiviisti osteopaattisen hoidon periaatteista. Koska osteopatia on todennäköisesti jäsenille melko tuntematon, artikkelissa on selkeä ja helppolukuinen informoitu siitä, mitä osteopatia on. Artikkelin haluttiin luoda myös keveyttä ja mielen-

kiintoa kokeile kotona- osiolla. Osioon on liitetty kirjallinen ja kuvallinen ohje kuukautiskipuja helpottavista asennoista. Halusimme tarjota lukijoille jotain konkreettista, jota he voivat jatkossa hyödyntää.

Artikkelin on tarkoitus palvella kohderyhmäänsä. Tämän asian varmistamiseksi artikkeleita luetutettiin ihmisillä, joilla ei ollut syvällisempää tietoa dysmenorreasta. Kommentteja pyydettiin myös Endometriosisyhdistyksen jäseniltä. Saimme yhdistykseltä myös muutamia opinnäytetöistä tehtyjä artikkeleita esimerkeiksi. Alustava artikkeli sai paljon positiivista palautetta selkeydestään. Myös korjausehdotuksia tuli ja niiden perusteella tekstiä muokattiin vielä paremmaksi. Artikkeli julkaistaan syksyllä 2015 ja tekstiin saattaa tulla pieniä muutoksia opinnäytetyön julkaisemisen jälkeen. Artikkeli on opinnäytetyön liitteenä (liite 1).

6.2 Ohje osteopaateille

Opinnäytetyön tavoitteena on palvella omaa ammattikuntaa. Osteopaateille suunnattu ohje (liite 2) toimii työkaluna senkin jälkeen, kun opinnäytetyö on julkaistu. Ohje tarjoaa tiiviin selostuksen dysmenorreasta sekä vaivan osteopaattisesta lähetymistavasta. Ohjeessa esitellään dysmenorreasta kärsivän asiakkaan tyypillisimpiä löydöksiä sekä hoidettavia alueita, jotka ovat valikoituneet ohjeeseen kirjallisuuden sekä kokemus- ja tutkimustiedon perusteella. Ohjeen sisältö ja laajuus haluttiin pitää selkeänä, mutta kattavana eri osa-alueiden avulla. Näin mahdollisimman moni osteopaatti voi hyödyntää ohjetta.

Lisäksi ohjeeseen on liitetty kotihoito-ohjeita. Ohjeet koostuvat kuukautiskipuja helpottavista asennoista, joihin on sekä kirjallinen että kuvallinen ohjeistus. Ohje tullaan julkaisemaan osteopaattien suljetulla Facebook-sivustolla sekä mahdollisesti Suomen Osteopatialiitto Ry:n intranetissä. Ohje annetaan myös Metropolian Ammattikorkeakoulun Positia opetuslinikalle osteopaattipiskelijöiden käyttöön.

Ohjeen tehtävä on olla toimiva työkalu ja muistilista osteopaateille. Tämän takia pyysimme useita osteopaatteja lukemaan luonnoksen ohjeesta. Luonnosta oli luettu tarkasti ja saimme paljon rakentavaa palautetta ja korjausehdotuksia. Kommentit olivat erittäin arvokkaita ja auttoivat meitä muokkaamaan ohjeesta selkeämmän ja toimivamman kokonaisuuden.

7 Lopuksi

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää kirjallisuuden sekä tutkimus- ja kokemustiedon perusteella, kuinka osteopatia lähestyy dysmenorreaa. Saatujen tulosten perusteella voidaan todeta, että osteopaattisella hoidolla voi olla vaikutusta dysmenorreaan. Opinnäytetyön pohjalta koottiin ohje osteopaateille työelämän apuvälineeksi. Yhteistyökumppanina toimineelle Endometriosiyhdistykselle aiheesta tehtiin yleiskielinen artikkeli yhdistyksen jäsenlehteen. Artikkelin tehtävänä on markkinoida osteopatiaa ja esitellä dysmenorreaa uudesta näkökulmasta.

Opinnäytetyön ideointivaiheessa päätettiin, että työssä on teoreettinen lähestymistapa. Päätös tehtiin sen perusteella, että alkuperäisen opetussuunnitelman mukaan syvennäviskeraalikurssi olisi järjestetty vasta keväällä 2015. Koimme, että käytännön viskeraaliosaaminen olisi ollut puutteellista opinnäytetyön ja mahdollisen tutkimuksen kannalta. Loppujen lopuksi viskeraalikurssi järjestettiin jo aiemmin, minkä ansiosta työhön saatiin viskeraalista näkökulmaa suhteellisen kattavasti ja enemmän kuin mitä alun perin oli ajateltu. Opinnäytetyöprosessi oli kuitenkin tässä vaiheessa jo sen verran pitkällä, että suunnitelmien muutos ja tutkimuksen tekeminen, huomioiden asiakkaiden kuukautiskierron ja hoitojen lukumäärän, ei olisi onnistunut resurssien puutteen vuoksi.

Työn aiheen rajauksessa päätettiin, että käsitellään dysmenorreaa kokonaisuutena, ilman että eritellään primaarinen ja sekundaarinen dysmenorrea toisistaan. Suurimassa osassa tutkimuksista sekundaarinen dysmenorrea oli poissuljettu. On selvää, että eri patologiat kohdussa ja munasarjoissa voivat olla kondraindikaatioita esimerkiksi viskeraalisille tekniikoille. Osteopatian peruseriaatteena on hoitaa asiakasta yksilöllisesti ja etsiä terveyttä myös patologian keskeltä. Vaikka asiakkaalla olisi dysmenorreaan liittyviä patologioita, voidaan hoidossa hyödyntää eri lähestymistapoja yksilöllisesti asiakkaille sopivilla tavoilla ja näin tukea lantion alueen toimintaa.

Kuten työn alussa mainittiin, keskittyminen pelkästään endometrioosiin olisi rajoittanut työn tekemistä myös siksi, että alan tutkimustietoa on hyvin vähän. Endometrioosi on vaikea sairaus, joka aiheuttaa naisille erilaisia vaikeuksia elämässä ja usein alentaa elämänlaatua merkittävästi. Vaikka endometriosin hoito on pitkälti lääkinällistä, olisi

hienoa, että osteopaattisesta hoidosta saataisiin lisää näyttöä endometrioosin hoidossa. Koska taustalla on patologia, osteopatialla on mahdollista tukea kehoa lääkeshoidon rinnalla.

Monet eri tekijät voivat aiheuttaa dysmenorreaa. Uskomme, että dysmenorrea ei ole normaalitila, mikä tarkoittaa sitä, että jokin kehossa ei toimi optimaalisella tavalla. Olemme esitelleet työssämme lantion alueen toimintaan liittyviä merkittäviä tekijöitä, joiden tutkiminen ja hoito edistävät kehon toimintaa ja homeostaasia. Kokonaisvaltaisella hoitamisella saadaan hyviä tuloksia, mihin myös opinnäytetöiden ja tutkimusten tulokset viittaavat.

Lähtökohtaisesti kokemustieto tuo työhömmme lisäarvoa ja kirjallisuuden ja kokemustiedon yhteneväisyys tekevät työstä luotettavamman. Olimme optimistisia osteopaattisen hoidon vaikuttavuudesta dysmenorreaan ja olemme iloisia saaduista tuloksista. Yksilöllisesti toteutettu ja kehon toimintaa tukeva, monipuolinen hoito vaikuttaisi olevan tehokas hoitomuoto. Tutkimukset, joissa hoidettiin ainoastaan lisääntymiselimistön hermotusalueita HVLA-tekniikoilla, eivät olleet tuloksellisesti merkittäviä.

Olemme saavuttaneet työllä omat tavoitteemme. Opinnäytetyöprosessin aikana anatominen ja fysiologinen osaaminen lantion alueesta on syventynyt sekä ymmärrämme ja osaamme tunnistaa dysmenorrean vaivana. Kattavan teoreettisen pohjan perusteella pystymme myös itse kohtaamaan dysmenorreasta kärsiviä naisia.

Työskentely koko opinnäytetyöprosessin aikana onnistui kaiken kaikkiaan hyvin. Haastavinta prosessissa oli työsuunnitelman teko. Työsuunnitelmavaihe oli pitkä ja työtä muokattiin moneen otteeseen ennen kuin se oli riittävän hyvä ja täytti työsuunnitelman kriteerit. Toteutusvaiheessa rakennetta ja sisällysluetteloä muokattiin jatkuvasti työn edetessä. Hyvän rakenteen saamiseksi hyödynnettiin aikaisempia opinnäytetöitä, opinnäytetyöpajoja sekä ohjaajien neuvoja. Opinnäytetyössä pyrittiin huomioimaan Endometrioosiyhdistyksen toiveet. Toteutusvaiheessa huomioitiin, että sisältö ja otsikointi vastasivat toisiaan.

Työskentely koko prosessin aikana oli sujuvaa ja antoisaa. Luontevan yhteistyön ansiosta työnjako oli tasapuolista ja järjestelmällistä. Opinnäytetyöprosessin aikana suosimme työskentelyä yhdessä tiettyjen teemojen ja tavoitteiden mukaisesti. Aikataulullisesti kaikki sujui suhteellisen hyvin pieniä ongelmia lukuun ottamatta.

Yhteistyö Endometrioosiyhdistyksen ja haastateltujen osteopaattien kanssa sujui hyvin. Kanssakäyminen tehtiin sähköpostitse, mikä oli välillä hidasta. Työ toteutettiin yhteisymmärryksessä Endometrioosiyhdistyksen kanssa ja heidän joustavuutensa ansiosta meillä oli vapaus tehdä työ dysmenorreasta ja osteopatiasta. Työsuunnitelmavaiheessa pyysimme heidän arviotaan työn sisällöstä ja saimme siitä hyviä kommentteja. Saimme yhdistykseltä myös rakentavaa palautetta artikkelista. Yhdistyksen kommentteilla oli iso apu työmme rakentumisessa. Yhteistyö osteopaattien kanssa oli arvokasta. He olivat hyvin sitoutuneita yhteistyöhön, vaikka osallistuminen oli vapaaehtoista.

Opinnäytetyön perusteella kootut tuotokset vastaavat mielestämme hyvin työtämme. Osteopaateille tehty ohje ei ole kaiken kattava ja työssä on vain kahden osteopaatin subjektiivinen kokemus dysmenorrean hoidosta. Tästä huolimatta koemme, että ohje toimii hyvänä apuvälineenä käytännöntyössä. Artikkelin selventää yksinkertaisella tavalla osteopaattisen näkemyksen dysmenorreasta. Artikkelista tehtiin kahden ja puolen sivun mittainen. Lyhyestä pituudesta huolimatta artikkeliin saatiin sisällytettyä oleellinen ja haluttu tieto. Kuvitetut kotihoito-ohjeet tuovat lisäarvoa artikkelille ja näin artikkeli antaa lukijalleen jotain konkreettista hyötyä. Uskomme, että artikkelimme erottuu edukseen sekä on hyödyllinen koko osteopatian ammattikunnalle. Ohjeen ja artikkelin tehtävänä on palvella kohdeyleisöjään pitkään opinnäytetyön julkaisemisen jälkeen. Kuitenkin vielä on vaikeaa arvioida, miten tämä toteutuu.

Osteopatian vaikuttavuus dysmenorreaan vaatii vielä paljon tutkimuksia. Tutkimuksissa on seurattu naisia usean kuukautiskierron ajan ja tulokset ovat olleet hyviä. Kuitenkin pidempiaikainen seuranta hoitotulosten pysyvyydestä puuttuu. Tutkimuksista ei esimerkiksi selviä ovatko kivut olleet helpompia vielä vuosi tutkimuksen päättymisestä.

Dysmenorrea on vain yksi kuukautisiin liittyvä vaiva. Jatkossa olisi hienoa, jos tutkimuksia tehtäisiin myös muista kuukautishäiriöistä, kuten amenorreasta. Mielenkiintoista olisi myös tutkia osteopatian vaikutusta lapsettomuuden ja dyspareunian hoidossa. Usein vaivat saattavat mennä päällekkäin. Ei ole harvinaista että kuukautiskivuista kärsivä nainen kärsii myös lapsettomuudesta ja yhdyntäkivuista.

Lähdeluettelo

Barral, Jean-Pierre - Croibier, Alain 2011: Visceral Vascular Manipulation. The Barral Institute. Churchill Livingstone. Elsevier

Barral, Jean-Pierre 1993. Urogenital manipulation. Eastland Press, Seattle

Barral, Jean-Pierre - Mercier, Pierre 2004: Visceral manipulation. Illustrated by Jacques Roth. Fourteenth Printing. Eastland Press.

Barral, Jean-Pierre 2003: Visceral manipulation II. Illustrated by Jacques Roth. Seventh Printing. Eastland Press.

Beckmann, Charles R.B. - Ling, Frank W. - Herbert, William N.P - Laube, Douglas W. - Smith, Roger P. - Casanova, Robert - Chuang, Alice - Goepfert, Alice R. - Hueppchen, Nancy A. - Patrice M. Weiss 2014: Obstetrics and Gynecology. Seventh Edition. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Women's Health Care Physicians

Brouard, R. - Bossmar, T. - Fournié-Lloret, D. - Chassard - Åkerlund, M. 2000: Effect of SR49059, an orally active v14 vasopressin receptor antagonist, in the prevention of dysmenorrhoea. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. May 2000, Vol 107. Sivut 614—619

Castori, Marco - Morlino, Silvia - Dordoni, Chiare . Celletti, Claudia - Camerota, Filippo - Ritelli - Morrone, Aldo - Venturi, Marina - Grammatico, Paola - Colombi, Marina 2012: Gynecologic and Obstetric Implications of the Joint Hypermobility Syndrome (a.k.a. Ehlers–Danlos Syndrome Hypermobility Type) in 82 Italian Patients. American Journal of Medical Genetics, Part A 158A:2176–2182.

Chaitow, Leon - Jones Ruth Lovegrove 2012. Chorinic Pelvic Pain and Dysfunction, Practical Physical Medicine. Churchill Livingstone Elsevier.

Chauffour, Paul – Prat, Eric 2002: Mechanical Link: Fundamental Principles, Theory, and Practice Following an Osteopathic Approach. North Atlantic Books, California

DiGiovanna, Eileen L. – Schiowitz, Stanley – Dowling, Dennis J. 2005: An Osteopathic Approach to Diagnosis and Treatment. Third edition. Lippincott Williams & Wilkins

Droz, Jennifer - Howard, Fred M. 2009: Female sexual pain disorders. A. Goldstein C. Pukall & I. Goldstein

Endometriosisyhdistys n. d. <http://www.endometriosisyhdistys.fi> luettu 20.3.2015

Fossum, Christian - Kuchera, Michael L. - Devine, William H. - Wilson, Kendall 2011: Chapman's Approach. Teoksessa Chila, Anthony G. (toim): Foundations of Osteopathic Medicine. 3. Painos. Baltimore /Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer Business.

Goodman, Catherine Cavallaro - Snyder Teresa E. Kelly 2013: Differential Diagnosis for Physical Therapists. Elsevier. United States

Grandi, Giovanni - Ferrari, Serena - Xholli, Anjeza - Cannoletta, Marianna - Palma, Federica - Romani, Cecilia - Volpe, Annibale - Cagnacci, Angelo 2012: Prevalence of menstrual pain in young women: what is dysmenorrhea. *Journal of Pain Research* 2012;5:169-174

Hebgen, Eric U. 2008. *Visceral Manipulation in Osteopathy*. Thieme

Heiniking, Kurt .P - Kappler, Robert E. 2011: *Pelvis and Sacrum*. Teoksessa Chila, Anthony G. (toim): *Foundations of Osteopathic Medicine*. 3. Painos. Baltimore /Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer Business

Heittola, Seija 1996: *Lantionpohjan lihaksilla laatua naisen elämään*. Kirjayhtymä oy. Tampere

Hirsijärvi, Sirkka - Hurme, Helena 2010: *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus Helsinki University Press

Hondras, Maria A. - Longc, Cynthia R. - Brennan, Patricia C. 1999. Spinal manipulative therapy versus a low force mimic maneuver for women with primary dysmenorrhea: a randomized, observer-blinded, clinical trial. *International Association for the Study of Pain*. Published by Elsevier Science B.V.

Kinnunen, Merja - Löytty, Olli (toim.) 2002: *Tieteellinen kirjoittaminen*. Vastapaino. Tampere

Kokjohn, Katrina - Schmid, Della - Triano, John J. - Brennan, Patricia C. 1992. The Effect of spinal manipulation on pain and Prostaglandin levels in women with Primary dysmenorrhea, *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*

Koo, Sonya - Fan, Chieh-Min 2014: *Pelvic Congestion Syndrome and Pelvic Varicosities*. *Tech Vasc Interventional Rad* 17: 90-95. Elsevier. USA

Kuchera, Michael L. - Kuchera, William A. 1994a: *Osteopathic Considerations in Systemic Dysfunction*. Revised Second Edition. Greyden Press. Columbus, Ohio

Kuchera, William A. - Kuchera, Michael L. 1994b: *Osteopathic Principles in Practice*. Greyden Press. Columbus, Ohio

Lederman, Eyal 2000: *Harmonic Tecnique*. Churchill Livingstone

Lederman, Eyal 2005: *The Science and Practice of Manual Therapy*. Second Edition. Churchill Livingstone. Elsevier

Liem, Torsten 2009: *Cranial Osteopathy - A. Practical Textbook*. Eastland Press Inc. Seattle

Meert, Guido F. 2012: *Venolymphatic Drainage Therapy, An Osteopathic and Manual Therapy Approach*. Churchill Livingstone. Elsevier

Männistö, Pekka T. - Raasmaja, Atso 2013: Aivolisäkkeen ja hypotalamuksen hormonit. *Medicina. Vuosikerta / volyymi* 2013/9. Sivut 709-720

Paoletti, Serge 2006: *The Fasciae: Anatomy, Dysfunction and Treatment*. Eastland Press. Seattle. USA

Parsons, Jon - Marcer, Nicholas 2006: Osteopathy, Model for Diagnosis, Treatment and Practice. Churchill Livingstone Elsevier.

Pirritano, Rosette 2004. Osteopathic Treatment to Patient with Primary Dysmenorrhea, Coursework Master Thesis, Victoria University, Melbourne, Australia

Proctor, Michelle - Hing, Wayne-Johnson, Trina C.- Murphy, Patricia A. - Brown, Julie 2010: Spinal manipulation for dysmenorrhoea (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. Auckland, New Zealand

Rane, Neil - Leyon, Joe Joseph - Littlehales, Tracey - Ganeshan, Arul - Crowe, Paul - Uberoi, Raman 2013: Pelvic Congestion Syndrome. Curr Probl Diagn Radiol 2013: July/August 135-140. Mosby. UK

Sammut, Emanuel A. – Searle-Barnes, Patrick J. 1998. Osteopathic Diagnosis. London:Stanley Thornes.

Sand, Ollav - Sjaastad, Oystein V. - Haug, Elig. - Bjålie, Jan.G. 2011: Ihminen- Fysiologia ja anatomia. WSOYpro Oy. Helsinki

Schneider-Milo, Ute 2011: The effectiveness of osteopathic treatment in women with endometriosis-related pain. Master of Science in Osteopathie. Köln

Schuenke, Michael - Schulte, Erik - Schumacher, Udo 2011a. THIEME, Atlas of Anatomy, Neck and Internal Organs. Thieme

Schuenke, Michael - Schulte, Erik - Schumacher, Udo 2011b. THIEME, Atlas of Anatomy, Head and Neuroanatomy. Thieme

Schuenke, Michael - Schulte, Erik - Schumacher, Udo 2006. THIEME, Atlas of Anatomy, General Anatomy and Musculoskeletal System. Thieme

Schwerla, Florian - Wirtwein, Petra - Rütz, Michaela - Resch, Karl-Ludwig 2014: Osteopathic treatment in patients with primary dysmenorrhoea: A randomised controlled trial. International Journal of Osteopathic Medicine, Vol 17. Elsevier. Germany

Seffinger, Michael A. - King, Hollis H. - Ward, Robert C. - Jones, John M. - Rogers, Felix J. - Patterson Michael M. 2011: Osteopathic Philosophy. Teoksessa Chila, Anthony G. (toim): Foundations of Osteopathic Medicine. 3. Painos. Baltimore /Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer Business

Sergueef, Nicette - Nelson, Kenneth 2014: Osteopathy for over 50s. Maintaining fuction and treating dysfunction. Pencaitland : Handspring, 2014

Soinila, Seppo – Haanpää, Maija: 2006 Kipu. Teoksessa Kaste, Markku - Somer, Hannu (toim.) Neurologia. Duodecim

Stone, Caroline 2007: Visceral and Obstetric Osteopathy. Churchill Livingstone. Elsevier. Toronto

Strömberg, P – Åkerlund, M. – Forsling, M.L. – Granström, E. – Kindahl, H. 1984: Vasoperessin and Prostaglandins in Premenstrual Pain and Primary Dysmenorrhea

Tomasovic, Zvonka 2013. Osteopathic Treatment Helps With Reducing Pain Of Primary Dysmenorrhea, Diploma Thesis, Velika Gorica

Tozzi, Paolo 2012: Selected fascial aspects of osteopathic practice. Journal of Bodywork & Movement Therapies: XX: 1-17. Elsevier Ltd.

Ylikorkala, Olavi - Kauppila, Antti 2004: Naistentaudit ja synnytykset. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki

Ylikorkala, Olavi -Tapanainen, Juha (toim.) 2011: Naistentaudit ja synnytykset. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki

OSTEOPATIA JA KOVAT KUUKAUTISKIVUT

Kovista kuukautiskivuista eli dysmenorreasta kärsivät monet naiset. Lääketeellisen hoidon tueksi apua kivunlievitykseen voi saada myös osteopatiasta.

Dysmenorreaan perimmäinen syy on epäselvä. Yleisesti ottaen kuukautiskipujen uskotaan johtuvan liiallisesta prostaglandiinien tuotannosta. Tämä altistaa kohdun supistumiselle, joka voi johtaa hapenvähyteen kohdussa saaden aikaan iskeemista kipua sekä aiheuttaen kuukautisten aikaisia yleisoireita. Kivun syynä voi olla myös jokin synnytyselinsairaus, kuten endometrioosi.

Osteopaattisesta näkökulmasta kuukautiskipujen taustalla ajatellaan olevan muun muassa rangan toimintahäiriöt, sisäelinten heijastekipu sekä häiriöt hengityksessä ja nestekierrossa, jotka voivat vaikuttaa hormonitasapainoon.

Osteopaattinen lähestyminen dysmenorreaan

Naisilla, jotka kärsivät dysmenorreasta on havaittu selkärangan ja lantion toimintahäiriöitä, kuten liikerajoituksia. Näillä voi olla vaikutusta hermoston kautta sisäelinten toimintaan ja kehon aineenvaihduntaan. Lihaksista tyypillisimmin jännityksiä ilmenee lonkankoukistajissa, lanneselän ja vatsan alueen lihaksissa sekä lantionpohjassa.

Dysmenorreaan oireena esiintyy usein turvotusta, joka voi johtua heikentyneestä lantion alueen laskimo- ja imunestekierrosta. Hengitysliikkeellä ja luustolihasen toiminnalla on merkittävä rooli nestekierrossa, sillä ne toimivat nesteiden pumppuna. Erittäin tärkeää on pallean ja lantionpohjan synkronoitu toiminta, joka tuottaa painevaihtelua rinta- ja vatsaontelon välille tehostaen nesteiden kiertoa.

Osteopatian osaamisalueena on myös sisäelinten hoitaminen. Lantion sisäelimet ovat kiinnittyneet toisiinsa ja luisiin rakenteisiin useilla sidekudoskiinnityksillä. Esimerkiksi lantion virheasennot voivat sidekudosityhteyksien kautta aiheuttaa jännityksiä sisäelimiin. Sidekudosten jännitykset ja kiinnik-

keet voivat olla peräisin myös lantion seudun leikkauksista ja erilaisista patologioista, kuten tulehduksista tai endometrioosista. Esimerkiksi jännitykset kohdussa ja munasarjoissa voivat olla yhteydessä kuukautiskipuihin.

Dysmenorrea on monen tekijän summa, jolloin myös hoidon tulisi olla monipuolista. Osteopaattisesta hoidosta voi saada ei-lääkinnällistä apua kivunlievitykseen. Erilaisilla tekniikoilla pyritään vapauttamaan kudosten jännityksiä, lisäämään nivelten liikkuvuutta sekä parantamaan kehon aineenvaihduntaa. Hoidon tarkoituksena on tukea kehon omia luontaisia itsesäätely- ja paranismekanismeja. Hoito on hellävaraista ja toteutetaan yksilöllisesti.

Kokeile kotona

Kuukautiskipuja helpottavia asentoja, joilla voi parantaa lantion alueen nestekiertoa.

Polvi–rinta -asento

- aloita konttausasennosta
- vie rintakehää maata kohti, aseta kädet pään alle tueksi tai vartalon viereen
- huomioi, että lantio jää muuta kehoa korkeammalle
- ole asennossa 5–10 min



Ristiluun paine

- käy selinmakuulle
- aseta kirja ristiluulle, lantion alle
- huomioi, että kirjan luo paineen tunnetta ristiluulle
- pyri rentoutumaan asennossa ja hengittämään syvään
- ole asennossa 5–10 min



Mitä osteopatia on?

- Manuaalinen hoitomuoto, jolla on juuret 1800-luvun Yhdysvalloissa.
- Tarkastelee kehoa kokonaisuutena.
- Taustalla on ajatus rakenteen ja toiminnan välisestä vastavuoroisuudesta sekä kehon luontaisista itsesäätely- ja paranemismekanismeista.
- Osteopaatin vahvuuksiin kuuluvat vahva anatomian ja fysiologian osaaminen.
- Osteopatialla voidaan hoitaa muun muassa selkä- ja nivelkipuja, päänsärkyä sekä ruoansulatushäiriöitä, kuten närästystä ja ummetusta.
- Hoito on hellävaraista ja turvallista sekä toteutetaan aina yksilöllisesti.
- Sopii kaikenikäisille.

Artikkeli perustuu Essi Pesosen ja Erja Syvänteen Metropolian Ammattikorkeakoulussa tekemään opinnäytetyöhön, joka on julkaistu keväällä 2015.

Ohje koviin kuukautiskipujen eli dysmenorreaan osteopaattisesta hoidosta

Ohje kokoaa keskeisimmät tiedot dysmenorreasta sekä esittelee osteopaattisen lähestymistavan vaivaan. Ohje on laadittu kirjallisuuden ja kokemustiedon avulla. Ohje perustuu Essi Pesosen ja Erja Syvänteen tekemään opinnäytetyöhön Metropolian Ammattikorkeakoulussa, osteopatian tutkinto-ohjelmassa.

Dysmenorreaa ilmenee monilla naisilla. Kipuja voi olla heti ensimmäisistä kuukautisista alkaen, jolloin käytetään nimitystä primaarinen dysmenorrea. Kun taustalla on jokin synnytyselinsairaus, kuten endometrioosi, puhutaan sekundaarisesta dysmenorreasta. Dysmenorreaan perimmäinen syy on epäselvä. Yleisesti ottaen kuukautiskipujen uskotaan johtuvan liiallisesta prostaglandiinien tuotannosta. Tämä altistaa kohdun supistumiselle ja iskemialle sekä saa aikaan kuukautisten aikaisia yleisöireita. Kipua voi tuottaa myös sekundaariseen dysmenorreaan liittyvät patologiset prosessit.

Osteopaattisen kirjallisuuden ja kokemustiedon mukaan kuukautisten aikaisten kipujen taustalla on erilaisia tekijöitä ja mekanismeja. Näitä ovat muun muassa somaattiset ja viskeraaliset dysfunktiot, hermostolliset heijasteet ja häiriöt hormonasapainossa, hengityksessä sekä nestekierrossa.

Tyypilliset löydökset ja hoidettavat alueet

- **YLEISET TUTKITTAVAT ASIAT**
 - RYHTI, HENGITYS JA LIKKUVUUS
 - KUUNTELUTESTIT
 - HUOMIOI VAIVAN ETIOLOGIA JA HOIDON KONTRAIKKAATIOT
- **SOMAATTISET DYSFUNKTIOT**
 - RANKA: SEGMENTIT T10-L2 (SYMPAATTINEN HERMOTUS KOHTUUN JA MUNASARJOIHIN) JA S2-4 (PARASYMPAATTINEN HERMOTUS)
 - KYLKILUUT JA YLÄAUKEAMA (HENGITYS JA NESTEKIERTO)
 - LANTIOKORI: SACRUM, PUBIS, ILIUMIT, COCCYX
 - ALARAAJAT: ART. TIBIOFIBULARIS, OS NAVICULARE SEKÄ 5. METATARSAALI (FASKIAALINEN YHTEYS VISKERAAN)
- **PEHMYTKUDOKSET**
 - LANTIONPOHJAN JA M. ILIOPSOAS SPASMI
 - TRIGGERPISTEET : M. RECTUS ABDOMINIS, M. OBLIQUUS EXTERNUS ABDOMINIS M. PUBOCOCCYCEUS, M. GLUTEUS MEDIUS
 - HENGITYSLIHASTEN JÄNNITYKSET
- **VIKERA**
 - KOHTU JA MUNASARJAT (FYSIOLOGINEN LIIKE, ASENTO JA KIINNITYKSET)
 - MUNUAINEN (VASEN MUNUAINEN=GENITAALIMUNUAINEN, VERENKIERTO)
 - MAKSA (VERENKIERTO JA HORMONITOIMINTA)
 - VIRTSARAKKO, SIGMA- JA PERÄSUOLI (FASKIAALISET YHTEYDET)
 - LEIKKAUSARVET JA ADHEESIOT
 - CHAPMANIN REFLEKSIT (KOHTU JA MUNASARJAT: ANTERIORINEN REFLEKSIPISTE: PUBIKSEN ALUEELTA JA FORAMEN ISCHIADICUMIN REUNALTA, POSTERIORINEN REFLEKSIPISTE: L5 PROCESSUS TRANVERSUKSISTA SEKÄ SACRUM BASESTA)
 - PREVERTEBRAALISET (VATSAN SYMPAATTISET) GANGLIOT
- **KRANIAALINEN**
 - DIAPHRAGMAT (NESTEKIERTO JA RTM YHTEYS)
 - KALLON DYSFUNKTIOT (KALLONPOHJA JA SBS: HORMONAALISET TEKIJÄT, DURAN KIINNITYKSET)
 - KEHON VITALITEETTI JA PRM
 - SACRUM, C2 (HERMOTUS JA DURAN KIINNITYKSET, VAIKUTUS HORMONAALISIIN TEKIJÖIHIN)

Suosituksia hoidon ajankohdalle

- SOMAATTISIIN RAKENTEISIIN KOHDISTUVA MANUAALINEN KÄSITTELY EI OLE RIIPPUVAINEN KUUKAUTISKIERRON ERI VAIHEISTA
- KUUKAUTISTEN AIKANA KIPUA VOIDAAN HELPOTTAA RANGAN JA LANTION KÄSITTELYLLÄ
- VISKERAALISIA TEKNIKOITA EI SUOSITELLA KÄYTETTÄVÄKSI KUUKAUTISTEN AIKANA
- PARAS AIKA HOITAA VISKERAA ON VIIKON SISÄLLÄ VUODON LOPPUMISESTA

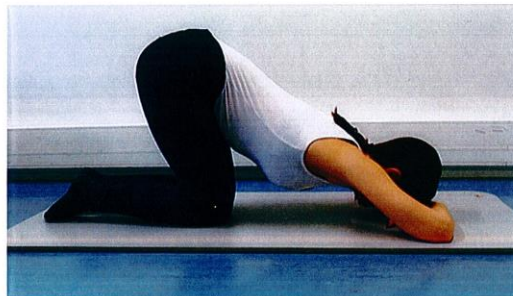
Asiakkaalle annettavat kotihoito-ohjeet

Polvi—rinta-asento auttaa kohtua irtomaan lantiosta ja tehostaa lantion alueen nestekiertoa. Sacrumin-kompressio lisää painetta ja vaikuttaa hermostoon ja nestekiertoon.

Polvi—rinta-asento

Ohjeista asiakasta...

- aloittamaan konntausasennosta
- viemään rintaa kohti maata, niin että lantio on muuta kehoa korkeammalle
- laittamaan kädet pään alle tueksi
- olemaan asennossa 5—10 min

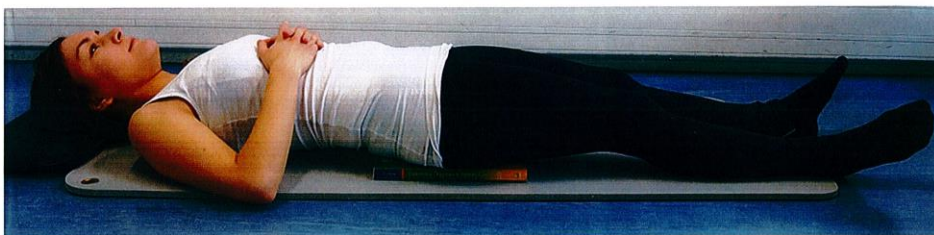


Kuva: Essi Pesonen ja Erja Syväne

Sacrum-kompressio

Ohjeista asiakasta...

- asettamaan kirja ristiluun alle. Kirjan on tarkoitus tuoda paineen tunnetta ristiluun
- rentoutumaan asennossa ja hengittämään syvään
- Huomioi, että asennossa lantion dysfunktiot voivat aiheuttaa kipua



Kuva: Essi Pesonen ja Erja Syväne

Päälähteet:

Kuchera, Michael L. - Kuchera, William A. 1994. Osteopathic Considerations in Systemic Dysfunction. Columbus, Ohio

Chaitow, Leon - Jones Ruth Lovegrove 2012. Chronic Pelvic Pain and Dysfunction, Practical Physical Medicine. Churchill Livingstone Elsevier

Barral, Jean-Pierre 1993. Urogenital manipulation. Eastland Press, Seattle

Tutkimus- ja kokemustieto

Kysely/Questionnaire

- Kerro itsestäsi (kauan olet työskennellyt, millaisten potilaiden kanssa)
- Tell us about yourself (How long have you been working as an osteopath? What kind of patients have you had? etc.)

- Tapaatko työssäsi usein dysmenorreasta kärsiviä naisia?
- How often do you get patients suffering from dysmenorrhea?

- Miten sinä osteopaattina lähestyisit ja hoitaisit dysmenorreaa?
- As an osteopath what is your approach to treating dysmenorrhea?

- Millaisia hoitotuloksia olet saanut?
- What kind of results have you had with your treatments?

- Millaisia yhdistäviä tekijöitä olet havainnut dysmenorreaa sairastavien kesken?
- Have you noticed any similarities between women suffering from dysmenorrhea?

- Onko sinulla kokemusta endometrioosia sairastavista naisista ja heidän hoitamisestaan? (esim. postoperatiivisesta hoidosta)
- Do you have any experiences of treating patients with endometriosis, e.g. post-operative treatment?

- Muuta aiheeseen liittyvää, josta haluisit mainita?
- Any other comments concerning this topic?

Tietoinen suostumus

Olen suostunut yhteistyökumppaniksi dysmenorreaa käsittelevään opinnäytetyöhön. Kyselyn vastauksia tullaan käyttämään työssä. Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista.

Nimi _____

Päivämäärä _____

Allekirjoitus _____

Consent form

I agree to take part in the bachelor's thesis about dysmenorrhea. Answers of the questionnaire will be used to study. I understand that my participation is voluntary.

Name _____

Date _____

Signature _____

Endometriosisyhdistyks ry
PL 142
00351 Helsinki

YHTEISTYÖSOPIMUS
27.1.2013
1 / 2



OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS

TEKIJÄT	OHJAAVA OPETTAJA
OPPILAITOS	OSOITE
KOULUTUSOHJELMA	PUHELINNUMERO
TUTKINTO	SÄHKÖPOSTIOSOITE
TYÖN NIMI/AIHE	SÄHKÖPOSTIOSOITE VALMISTUMISEN JÄLKEEN

Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Endometriosisyhdistyksen ja opiskelijan kanssa:

Opinnäytetyöntekijän tehtävät opinnäytetyöprosessin aikana:	Päivämäärä, kun tehty:
Aihe ja toteutustapa valitaan yhteistyössä Endometriosisyhdistyksen koulutusvastaavan kanssa	
Opinnäytetyöntekijä lähettää opinnäytetyösuunnitelman lukemista ja kommentointia varten ennen sen valmistumista koulutusvastaavalle	
Opinnäytetyöntekijä lähettää mahdollisen kyselytutkimuksen koulutusvastaavalle sen yhdistyksen hallituslaisilla tapahtuvaa esitestausta ja hyväksyttämistä varten	
Opinnäytetyöntekijä lähettää koulutusvastaavalle opinnäytetyön sen lukemista ja kommentointia varten ennen työn valmistumista ja julkaisua	
Opinnäytetyöntekijä lähettää valmiin opinnäytetyön kansitettuna yhdistykselle	

Endometriosiyhdistys ry
PL 142
00351 Helsinki

YHTEISTYÖSOPIMUS
27.1.2013
2 / 2



Opinnäytetyöntekijä lähettää mahdollisen tuotoksen pdf- ja word-muodossa koulutusvastaavalle sähköpostitse	
Opinnäytetyöntekijä kirjoittaa lehtiartikkelin yhdistyksen lehteen Endorfiiniin työn keskeisistä tuloksista (n.A4)	
Opinnäytetyöntekijä lähettää työn yhdistyksen kotisivuilla julkaisemista varten joko Theseus-linkkinä tai PDF-tiedostona	

Endometriosiyhdistys saa työn valmistuttua ladata opinnäytetyön tai laittaa opinnäytetyön linkin kotisivuilleen ja mahdollinen tuotos (opas tms.) on yhdistyksen käytettävissä ja muokattavissa, ja myös ladattavissa yhdistyksen kotisivuille. Endometriosiyhdistys saa oikeuden jakaa ja käyttää tuotosta yhdistyksen nimissä.

Endometriosiyhdistys ei voi rahallisesti tukea opinnäytetyön tekemistä.

Paikka, aika

Paikka, aika

Opinnäytetyön tekijä(t)

Endometriosiyhdistyksen koulutusvastaava
koulutus@endometrioosi.fi
Endometriosiyhdistys ry

Tätä sopimusta on tehty kaksi (2) kappaletta, joista toinen opinnäytetyöntekijälle ja toinen yhdistykselle.