



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Venla Karttunen, Laura Vierimaa

Osteopaattinen näkökulma synnytysmasennukseen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Osteopaatti (AMK)

Osteopatian tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

16.01.2019

Tekijät Otsikko	Venla Karttunen, Laura Vierimaa Osteopaattinen näkökulma synnytyksmasennukseen
Sivumäärä Aika	54 sivua + 4 liitettä Marraskuu 2018
Tutkinto	Osteopaatti (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Osteopatian tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	Pekka Paalasmaa, Yliopettaja Kaisa Hartikainen, Lehtori
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata synnytyksmasennusta osteopaattisesta näkökulmasta. Opinnäytetyössä selvitettiin, esiintyykö synnytyksmasennuksen yhteydessä tiettyjä kehon rakenteen ja toiminnan muutoksia eli dysfunktioita, ja minkä mekanismien kautta nämä muutokset voisivat olla yhteydessä synnytyksmasennukseen. Työn tavoitteena oli tarkastella osteopatian mahdollisuuksia äidin synnytyksmasennuksen hoidossa, sekä lisätä osteopaattien ammattitaitoa tämän kohderyhmän hoitoa ajatellen.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin monimuotoisena opinnäytetyönä, joka koostuu kirjallisesta raportista ja tuotoksesta. Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusotetta. Aineistonkeruumenetelmänä oli verkossa toteutettu lomakekysely, jonka puolistrukturoituihin kysymyksiin oli avoin vastausmahdollisuus. Lomakekyselyn kysymykset muodostettiin suoraan opinnäytetyön tutkimustehtävistä. Lomakekysely lähetettiin harkinnanvaraisesti osteopaateille, joilla oletettiin olevan aiheesta kokemusta ja julkaistiin myös valmistuneiden suomalaisten osteopaattien foorumilla. Kyselystä saadut vastaukset analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin.</p> <p>Tulosten mukaan synnytyksmasennuksen yhteydessä voi esiintyä erilaisia dysfunktioita ja näiden aiheuttamia kehon toiminnan muutoksia, joihin voidaan vaikuttaa osteopaattisella hoidolla. Osa näistä dysfunktioista on osteopaattien mukaan voinut aiheutua synnytyksen aikana ja ne voivat haitata kehon optimaalista toimintaa synnytyksen jälkeisenä ajanjaksona ja vaikuttaa mielialaan. Tuotoksena tulosten ja teoreettisen viitekehyksen perusteella muodostettiin visuaalinen yhteenveto, jossa kuvataan synnytyksmasennuksen yhteydessä esiintyvien dysfunktioiden vaikutuksia kehon toimintaan. Tuotoksen tarkoituksena on kehittää käytännön toimintaa ammatillisessa kentässä.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tulokset avartavat näkemystä synnytyksmasennuksen etiologiassa esiintyvistä tekijöistä, sekä kehon rakenteen ja toiminnan muutosten osuudesta tähän mielialahäiriöön. Tulosten perusteella voidaan todeta, että osteopatialla on mahdollisuuksia olla osana synnytyksmasentuneen äidin hoitoa.</p>	
Avainsanat	osteopatia, synnytyksmasennus, synnytyksen jälkeinen masennus, dysfunktio.

Author(s) Title	Laura Vierimaa, Venla Karttunen Osteopathic Perspective on Postpartum Depression
Number of Pages Date	54 pages + 4 appendices November 2018
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Osteopathy
Instructors	Kaisa Hartikainen, Senior Lecturer Pekka Paalasmaa, Principal Lecturer
<p>The purpose of this Bachelor's thesis was to describe postpartum depression from an osteopathic perspective. The thesis investigated whether the changes in the body's structure and function i.e. dysfunctions, could be related to postpartum depression, and whether there are mechanisms causing these changes that affect postpartum depression. The aim of the thesis was to examine the possibilities of osteopathy for the treatment of postpartum depression among other treatment forms and to increase the professional skills of osteopaths for the treatment of this target group.</p> <p>The thesis was conducted as a multi-form thesis consisting of a written report and a guideline summary for osteopaths. The thesis was conducted with a qualitative research method. The data collection method was an on-line questionnaire with semi-structured questions. The questions were formed directly from the research tasks. The questionnaire was sent to osteopaths who were familiar with the subject and published in the forum for graduated Finnish osteopaths. The answers from the questionnaire were analyzed by material-based content analysis.</p> <p>According to the results, dysfunction and changes in the body's function may be associated with postpartum depression. These dysfunctions can be treated osteopathically. Some of these dysfunctions, according to osteopaths, may originate during childbirth and may impair the optimal functioning of the body during the postpartum period and affect the state of mind. As the result of the responses and the theoretical framework, a visual summary was presented. The purpose of the summary is to develop practical activities in the professional field.</p> <p>The results of this thesis widen the view of factors in the etiology of postpartum depression and how these changes in body's structure and function are part of this mood disorder. Based on the results, osteopathy has potential to be part of the treatment of postpartum depression.</p>	
Keywords	osteopathy, postpartum depression, postpartum dysphoria, postnatal depression, dysfunction.

Sisällys

1	Johdanto	2
2	Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja rajaus	4
3	Tietoa synnytysmasennuksesta	7
3.1	Mitä tarkoitetaan synnytysmasennuksella?	7
3.2	Synnytysmasennuksen riskitekijät	9
3.2.1	Biologiset riskitekijät	9
3.2.2	Psykososiaaliset riskitekijät	11
3.3	Äidin masennuksen vaikutus vauvaan ja kiintymyssuhteeseen	13
3.4	Synnytysmasennuksen hoito	15
4	Synnytysmasennuksen yhteydessä esiintyvät somaattiset muutokset ja oireet	18
4.1	Synnytysmasennukseen liittyy fyysistä oireilua	18
4.2	Lantion alueen dysfunktiot	20
4.3	Muutokset kraniaalimekanismissa	22
4.4	Lihasten jännitystila ja faskian vaikutus nestekierto	24
4.5	Muutokset HPA-akselin toiminnassa ja kehon tulehdustila	25
4.6	Hormonaaliset muutokset	27
5	Opinnäytetyön toteutus ja menetelmälliset ratkaisut	30
5.1	Aineiston hankinta	30
5.2	Teoreettinen pohja lomakekyselyn kysymyksille	31
5.3	Aineiston analyysi	33
6	Tulokset	35
6.1	Synnytysmasennuksen yhteydessä esiintyvät dysfunktiot	35
6.2	Dysfunktioiden vaikutus kehon toimintaan synnytysmasennusta ajatellen	36
7	Pohdinta	39
	Lähteet	45
	Liitteet	
	Liite 1. Lomakekyselyn saatekirje	
	Liite 2. Lomakekysely suomeksi	
	Liite 3. Lomakekysely englanniksi	
	Liite 4. Yhteenveto	

1 Johdanto

Synnytytymasennus koskettaa huomattavaa osaa synnyttäneistä naisista. Tämä mielialahäiriö heikentää niin äidin ja vauvan, kuin koko perheenkin elämänlaatua ja voi vaikuttaa vauvan kehitykseen. Koska lapsen saantia pidetään onnellisena tapahtumana, voi äiti kokea suurta häpeää masentuneesta mielentilastaan. (Ensi- ja turvakotien liitto n.d.) Osteopatian periaatteiden mukaisesti ajatellaan, että ihminen on kehon, mielen ja sielun muodostama kokonaisuus. Nämä osa-alueet ovat yhteydessä toisiinsa. (Martinke & Dowling 1997: 4 – 5.) Osteopaattisesti mielenkiinto kohdistuu kysymykseen voiko synnytytymasennuksen yhteydessä esiintyä sellaisia muutoksia kehon toiminnassa tai rakenteessa, jotka selittäisivät masennuksen oireita, ja voitaisiinko näihin vaikuttaa osteopaattisella hoidolla.

Synnytytymasennukselle on löydetty psykologisten ja sosiaalisten riskitekijöiden lisäksi myös fysiologisia riskitekijöitä. On oletettu, että osa raskausaikana kehossa tapahtuvista muutoksista voisi liittyä synnytytymasennukseen. (Schiller & Meltzer-Brody & Rubinow 2014.) Masennuslääkkeiden lisäksi hoidossa ei juuri oteta huomioon sairautteen yhteydessä olevia fysiologisia muutoksia. Synnytytymasennuksen lääkkeellisen hoidon hyödyistä ei olla toistaiseksi saatu täysin selkeitä puoltavia tutkimustuloksia ja myös tutkimusta masennuslääkkeiden vaikutuksista rintaruokittuun vauvaan tarvitaan vielä (Molyneaux & Howard & McGeown & Karia & Trevillion 2014). Synnytytymasennusta sairastavat äidit myös yleensä hoitavat masennusta mieluummin keskusteluavulla kuin lääkkeellisesti (Dennis & Chung-Lee 2006). Lääkkeettömänä hoitomuotona osteopatia olisikin hyvä lisä osaksi muuta synnytytymasennuksen hoitoa. Tämän opinnäytetyön tavoitteena onkin pohtia osteopatian mahdollisuuksia täydentävänä hoitomuotona synnytytymasentuneen äidin hoidossa, sekä lisätä osteopaattien osaamista tämän asiakaskunnan hoitoa koskien.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata osteopaattisesta näkökulmasta kehon toiminnan ja rakenteen muutoksia eli somaattisia dysfunktioita, joita voi mahdollisesti esiintyä synnytytymasennuksen yhteydessä. Muutokset kehon rakenteessa ja toiminnassa ohjaavat osteopaattista hoitoa (Seffinger ym. 2011: 3). Kehon kaikki järjestelmät ja rakenteet ovat yhteydessä ja riippuvaisia toisistaan. Osteopaatin tavoitteena on poistaa kehon itsesääätely- ja paranemismekanismestä estäviä tekijöitä, jotka voivat häiritä kehon optimaalista toimintaa. (Martinke & Dowling 1997: 4 – 5.)

Osteopaattisessa kirjallisuudessa on viittauksia siihen, että synnytysmasennuksen hoito osteopaattisesti olisi mahdollista. Muun muassa Haydenin mukaan synnytysmasennuksen taustalla voi joissain tapauksissa olla fyysinen syy, jota voidaan hoitaa osteopaattisin tekniikoin (Hayden 2008: 79). Kirjallisuuden mukaan erityistä huomiota osteopaattisessa tutkimisessa ja hoidossa kiinnittävätkin *sacrumiin* eli ristiluuhun synnytyksessä aiheutuneet dysfunktiot, jotka voivat tehdä äidin väsyneeksi ja aiheuttaa kalvorakenteiden kuten aivoselkäydin- eli meningeaalikalvojen kautta häiriöitä jopa aivolisäkkeeseen ja sitä kautta mahdollisesti vaikuttaa myös hormonitoimintaan. (Kuchera & Kuchera 1994: 157 – 158; Nelson & Glonek 2015: 90.)

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusotteella. Opinnäytetyössä toteutettiin verkkolomakekysely, joka lähetettiin aihepiiriä tunteville suomalaisille ja ulkomaalaisille osteopaateille, sekä jaettiin valmistuneiden osteopaattien foorumilla. Näin pyrittiin ymmärtämään kyselyyn osallistujien näkökulmasta ilmiötä, josta ei vielä ole olemassa paljon tutkimustietoa (Kylmä & Juvakka 2007: 31). Kysymykset muotoiltiin suoraan opinnäytetyön tutkimustehtävistä ja aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmin. Tuloksista sekä kirjallisesta raportista muodostettiin tuotoksena visuaalinen yhteenveto, joka selventää synnytysmasennukseen liittyvien kehollisten tekijöiden syy-seuraussuhteita, ja helpottaa näin osteopaattia suuntaamaan synnytysmasentuneen äidin tutkimista ja hoitoa. Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä ovat siis osteopaatit.

2 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja rajaus

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata osteopaattisesta näkökulmasta synnytysmasennuksen yhteydessä esiintyviä kehon toiminnan ja rakenteen muutoksia. Työn tutkimustehtävät ovat

1. Kartoittaa synnytysmasennuksen yhteydessä esiintyviä dysfunktioita.
2. Selvittää kuinka nämä dysfunktiot ovat yhteydessä kehon toimintaan erityisesti synnytysmasennusta ajatellen.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä osteopaattien ammattitaitoa hoitaa synnytysmasentunutta äitiä, sekä selvittää osteopatian mahdollisuuksia täydentävänä hoitomuotona osana synnytysmasennuksen muuta hoitoa. Opinnäytetyön kohderyhmä ovat osteopaattit, mutta sen perimmäiset hyödynsaajat ovat kuitenkin synnytysmasennusta sairastavat naiset ja heidän perheensä, joihin äidin masennus myös vaikuttaa.

Synnytysmasennuksen ilmaantumiselle on esitetty erilaisia teorioita kuten biologinen, psykososiaalinen ja evolutiivinen teoria, mutta sen etiologia on edelleen tuntematon. Koska synnytysmasennuksen syyt voivat vaihdella, myöskään hoito ei voi kaikille olla samanlaista. (Abdollahi ym. 2016.) Beckin (2002) mukaan synnytysmasennusta ei voida täysin selittää sosiaalisilla tai ympäristötekijöillä, vaan myös biologisilla tekijöillä on suuri rooli (Beck 2002a). Tässä opinnäytetyössä keskitytään synnytysmasennuksen yhteydessä esiintyviin kehon toiminnan ja rakenteen muutoksiin eli dysfunktioihin, ja synnytysmasennuksen hoidon psykososiaalinen osuus on jätetty vähemmälle huomiolle.

Osteopatian periaatteiden mukaisesti ajatellaan, että rakenne ohjaa kehon toimintaa, ja vastaavasti kehon toiminta ohjaa rakennetta (Seffinger ym. 2011: 3). Dysfunktiot, joita esimerkiksi synnytys voi aiheuttaa kehon rakenteissa, aiheuttavat myös muutoksia kehon toiminnassa ja voivat osaltaan vaikuttaa erilaisten vaivojen ja sairauksien syntyyn (Patterson & Wurster 2011: 118; Mitha 2008: 22 – 23). Somaattinen dysfunktio voi olla kompensaatio muutoksille muualla kehossa (Pelz 2018: 150). Jokaisella osteopaatilla on omat lähestymistapansa erilaisten dysfunktioiden hoidossa, joten tässä opinnäytetyössä ei esitetä tarkkaa kuvausta osteopaattisesta hoidosta.

Synnytysmasennuksen tunnistaminen ja masentuneen äidin kohtaaminen on rajattu opinnäytetyön tarkoituksen ja tutkimustehtävien ulkopuolelle, sillä aiheesta löytyy hyvin

kirjallisuutta, esimerkiksi teoksesta Masennus (Kampman & Heiskanen & Holi & Huttunen & Tuulari 2017). Synnytyshäiriön tunnistaminen asiakastyössä on tärkeää, sillä asiakas ei välttämättä uskalla kertoa synnytyshäiriöstään, ei tunnista omaa masennustaan, tai se voi kätkeytyä fyysisen oireilun taakse (Äimä ry. n.d.). Tunnistamisesta sekä kohtaamisesta on tehty useita opinnäytetöitä muilla aloilla, kuten MITEN ÄITI JAKSAA? Puheeksi ottamisen simulaatioharjoitus kättilö- ja terveydenhoitajaopiskelijoille (Kirveskoski & Leppiaho 2016) sekä Äidin synnytyksen jälkeinen masennus: terveydenhoitajien valmiudet tunnistaa ja tukea (Ainassaari 2011). Myös osteopaatit voivat hyödyntää tätä jo olemassa olevaa kirjallisuutta synnytyshäiriön tunnistamisesta ja masentuneen äidin kohtaamisesta.

Suurin osa synnyttäneistä naisista kokee yleensä muutamien päivien ajan synnytyksen jälkeen herkistymistä, johon liittyy muun muassa itkuherkkyyttä, mielialojen vaihteluita ja ärtyneisyyttä. Tätä tilaa kutsutaan myös nimellä *baby blues*. Herkistyminen kuitenkin menee yleensä itsestään ohi parin viikon sisällä. (Hermanson 2012.) Pienelle prosentille synnyttäneistä kehittyy lapsen syntymän jälkeen lapsivuodepsykoosi, joka on synnytyshäiriöstä vakavampi sairaus ja vaatii kiireellistä psykiatrista sairaalahoitoa (Huttunen 2017). Näitä synnytyksen jälkeisiä mielialahäiriöitä ei käsitellä tässä opinnäytetyössä.

Raskauden jälkeinen masennus ei koske pelkästään synnyttäneitä naisia, vaan siihen voivat sairastua adoptionkin kautta lapsen saaneet äidit. Adoptioon päätyneet naiset ovat usein kokeneet lapsettomuushoitoja ja keskenmenoja, joiden aiheuttama stressi voi olla laukaisevana tekijänä myöhemmin kehittyvälle masennukselle (Beck & Watson Driscoll 2006: 80 – 81). Lapsen syntymän myötä myös isä voi sairastua masennukseen. Isien masennus on usein yhteydessä äidin synnytyshäiriöön tai aiemmin sairastettuun mielialahäiriöön (Areias & Kumar & Barros & Figueiredo 1996). Tässä opinnäytetyössä keskitytään raskauden ja synnytyksen jälkeen ilmeneviin kehon toiminnan muutoksiin, jotka voivat olla yhteydessä synnytyshäiriöön, mistä syystä adoption jälkeinen ja isän masennus on rajattu työn ulkopuolelle.

Opinnäytetyön tuotos on visuaalinen yhteenveto, joka on suunnattu osteopaateille sekä osteopaattiohjaajille. Yhteenvedossa kuvataan, millaisia dysfunktioita synnytyshäiriön yhteydessä voi mahdollisesti esiintyä ja millaisia syy-seuraussuhteita näiden dysfunktioiden välillä voi olla. Yhteenvedon avulla osteopaatti saa yleiskuvan, mihin kehon rakenteisiin tai toimintoihin kannattaa erityisesti kiinnittää huomiota. Yhteenvedon

tarkoituksena on lisätä tietämystä synnytysmasennuksen yhteydessä esiintyvistä dysfunktioista, sekä niiden syy-seuraussuhteista ja se perustuu opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen ja kyselystä saatuun aineistoon.

3 Tietoa synnytyksmasennuksesta

Usein muutaman päivän kuluttua lapsen syntymästä äiti kokee väsymystä ja uupumusta. On yleisesti hyväksytty käsitys, että tämä on normaalia ja johtuu nykykäsityksen mukaan pääasiassa hormonitasojen muutoksista. Tällöin puhutaan synnytyksen jälkeisestä herkistymisestä eli ns. baby bluesista (Sarkkinen 2003: 285). Joillain äideillä kuitenkin voi kestää monia viikkoja tai kuukausia synnytyksen jälkeen, että heidän olonsa palaa ennalleen. Tämä voi johtua kivuista, uni- ja imetysvaikeuksista tai monista muista syistä. Vaikka lapsi olisi kuinka haluttu ja odotettu, voi äidin mieliala jäädä maahan ja yhteyden luominen lapseen voi olla vaikeaa. Tämä voi pitkittyessään johtaa synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Usein äidin on vaikea myöntää tai näyttää ulkopuolisille omaa väsymystään. (Hayden 2008: 79.)

3.1 Mitä tarkoitetaan synnytyksmasennuksella?

Synnytyksen jälkeinen masennus tai synnytyksmasennus tarkoittaa depressiota, joka alkaa ensimmäisen vuoden aikana synnytyksen jälkeen. Useimmiten se alkaa 1,5 – 3 kuukautta synnytyksen jälkeen. Naisilla onkin raskauden ja synnytyksen jälkeen kolme kertaa suurempi riski masentua kuin muina elämänvaiheina. Yleensä synnytyksmasennuksella tarkoitetaan depressiojaksoa, johon ei liity psykoottisia oireita, mutta joka on kliinisesti merkittävää ja vaatii hoitoa ja tukea. Synnytyksmasennuksesta voidaan puhua myös postnataali- tai postpartaalidepressiona. ICD-10-tautiluokituksesta synnytyksmasennusta ei erikseen löydy, vaikka sillä onkin erityispiirteitä muihin elämäntilanteisiin liittyvään masennukseen verrattuna. (Sarkkinen & Juutilainen 2017: 254.)

Riippuen minkälaisesta otannasta on kysymys, ja kuinka synnytyksmasennus määritellään, synnytyksmasennuksen saaneiden äitien määrä vaihtelee 12 ja 25 prosentin välillä kaikista synnyttäjistä. Suuren riskin ryhmissä luku voi nousta jopa 40:en prosenttiin (Kendall-Tackett 2017: 7). Monilla synnytyksmasentuneista on ollut masennusta tai muunlaista psyykkistä oireilua jo aiemmin elämässään, joten lukuihin vaikuttaa esimerkiksi se, lasketaanko varsinaisesta synnytyksmasennuksesta kärsiviin ainoastaan ne äidit, joille synnytyksen jälkeinen masennus on ensimmäinen depressiivinen episodi heidän elämässään, vai kaikki äidit, joilla on masennusta raskauden jälkeisenä aikana. Määrittelytavasta riippuen voidaan siis jo raskauden aikanakin alkanut masennus laskea synnytyksmasennukseksi. (Sarkkinen & Juutilainen 2017: 254.)

Masennuksen oireisiin voi liittyä ahdistuneisuutta, itkuisuutta ja paniikkikohtauksia. Äidin kiinnostus lasta kohtaan voi olla vähäistä ja nukahtamisvaikeudet ovat yleisiä. Pahimmillaan synnytysmasennuksen yhteydessä voi ilmetä myös itsetuhoisia tai lapseen kohdistuvia väkivaltaisia ajatuksia. (Huttunen 2016.) Synnytysmasennuksessa on usein läsnä pettymyksen tunteita. Synnytysmasentuneille äideille on yleistä pettymyksen tunne erityisesti äitiyteen liittyen. Vauvasta ja äitiydestä voi olla vaikea nauttia eivätkä ne vastaa odotuksia. Pettymyksen tunne, joka voi aiheuttaa myös häpeän ja syyllisyyden tunteita, voi kohdistua omaan itseen äitinä tai vauvaan, joka ei välttämättä vastaa raskauden aikaisia mielikuvia. Pettymystä voidaan tuntea myös puolisoa ja omaa äitiä sekä omia lapsuuden varhaisia vuorovaikutussuhteita kohtaan. (Sarkkinen & Juutilainen 2017: 254, 259 – 260)

Synnytysmasennuksen tunnistamiseen on olemassa EPDS-masennusseula (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*), jonka avulla äidin mielialaa voidaan arvioida. EPDS-seula on suuntaa antava, mutta sitä voidaan tulkita niin, että yli kymmenen pistettä yhteensä kolmestakymmenestä viittaa masennukseen. (Edinburgh Postnatal Depression Scale n.d.) Synnytysmasennuksen tunnistamisessa ja diagnostiikassa voidaan käyttää apuna myös ICD-10-tautiluokituksen masennuksen diagnostisia kriteerejä, joihin kuuluvat lisääntynyt väsyneisyys, mielialan lasku sekä mielenkiinnon ja mielihyvän väheneminen. Lisäksi synnytysmasennukselle on ominaista erityisesti äitiyteen liittyvät arvottomuuden, häpeän ja syyllisyyden tunteet. Usein vauva on äitiä elämässä kiinni pitävä voima, mutta myös kuolema- ja itsemurha-ajatuksia voi esiintyä, ja usein näihin liittyvät ajatukset vauvan ottamisesta mukaan. Onkin erityisen tärkeää, että terveydenhuollon ammattilaiset osaavat yhdessä äidin kanssa kohdata myös näin vaikeat tunteet ja ajatukset. Usein synnytysmasennuksen vuorokausivaihtelut poikkeavat muista masennuksen tyypeistä niin, että masentuneille äideille illat ovat aamuja raskaampia, etenkin jos äiti hoitaa lasta enemmän itsekseen. (Sarkkinen & Juutilainen 2017: 254 – 256, 259.)

Noin 0,1 – 0,2 prosentille synnyttäneistä naisista kehittyy lapsivuodepsykoosi eli puerperaalipsykoosi, joka on synnytysmasennusta vakavampi mielenterveyden häiriö. Yleisimmin lapsivuodepsykoosiin sairastuvat naiset, joilla on jo ennen synnytystä ollut esimer-

kiksi kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai skitsofreniaa. (Beckmann ym. 2014.) Tälle mielialahäiriölle tyypillisiä piirteitä ovat epäluuloisuus, hajanaisuus ja toimintakyvyn menetys ja siihen liittyy joskus myös harhaluuloja ja aistiharhoja (Huttunen 2017).

3.2 Synnytysmasennuksen riskitekijät

Synnytysmasennuksen riskitekijöihin sisältyy niin sosiaalisia ja ympäristöllisiä, kuin biologisiakin riskitekijöitä (Sarkkinen & Juutilainen 2017: 255 – 256). On ehdotettu, että synnytysmasennus voitaisiin jakaa alaluokkiin, sillä sitä esiintyy eri muodoissa. Synnytysmasennus ei näytä liittyvän välttämättä yleiseen masentuneisuuteen taipuvaisuuteen, vaan se voidaan nähdä primäärinä häiriönä. Elämänhistoriassa ja elämäntilanteessa voi olla monia sellaisia tekijöitä, jotka aiheuttavat depressiivisyyttä juuri synnytyksen jälkeisenä ajanjaksona. On yksilöllistä, kuinka synnytyksen jälkeinen masennus rakentuu, eikä yhtä yksittäistä tekijää ole tutkimuksissa löydetty. (Cramer 1997: 238.)

3.2.1 Biologiset riskitekijät

Imettämällä on arveltu olevan sekä psyykkisiä, että biologisia suojatekijöitä synnytysmasennusta vastaan. Tämän takia imettämässä esiintyvät ongelmat tulisi ottaa huomioon. Äidit, jotka eivät imetä, ovat suuremmassa vaarassa sairastua synnytysmasennukseen ja toisaalta masentuneet äidit usein lopettavat imettämisen (Hamdan & Tamim 2011; Machado ym. 2014).

Imettämisen suojaava vaikutus synnytysmasennusta vastaan on moninainen. Imettävien äitien stressihormonitasot nousevat stressaavissa tilanteissa maltillisemmin kuin imettämättömien äitien (Altemus & Deuster & Galliven & Carter & Gold 1995). Imettämättömillä äideillä sympaattinen hermosto on aktiivisempi kuin parasympaattinen, mikä saa näin kehossa aikaan stressitilan (Mezzacappa & Kelsey & Katkin 2005). On havaittu, että mitä pidempi ihokontakti äidillä ja lapsella imettäessä on, sitä alhaisempi on äidin kortisolitaso, mikä osaltaan selittää imettämisen suojaavaa vaikutusta (Handlin ym. 2009). On myös arveltu, että imettämiseen liittyvien hormonien, kuten oksitosiinin ja prolaktiinin antidepressanttinen vaikutus olisi yksi selittävä tekijä sille, miksi imettäminen suojaa synnytysmasennukselta (Sibolboro Mezzacappa & Endicott 2007).

Eisenachin ym. tutkimuksessa naisilla, joilla oli huomattavaa kipua 36 tuntia synnytyksen jälkeen, oli kolminkertainen riski sairastua synnytysmasennukseen, kun masennusoireita tutkittiin 8 viikkoa synnytyksen jälkeen (Eisenach ym. 2008). Synnytyksen jälkeisille kivuille on monia eri syitä — niitä voivat aiheuttaa muun muassa vatsan peitteissä olevat arvet, kohdun supistukset, rintojen turvonneisuus, selkäkiput ja päänsärky johtuen epiduraali- tai spinaalianestesiasta, halkeilleet nännit ja episiotomia eli välilihan leikkaus (Kendall-Tackett 2017: 74). Myös raskauden aikaisella tai synnytyksen jälkeisellä inkontinenssilla on havaittu olevan yhteys synnytysmasennuksen puhkeamiseen (Swenson & DePorre & Haefner & Berger & Fenner 2018). Tupakoinnin on niin ikään havaittu olevan riskitekijä sairastua masennukseen synnytyksen jälkeen (Breese McCoy & Beal & Miller Shipman & Payton & Watson 2006).

Buttnerin ym. (2013) tekemässä tutkimuksessa on havaittu, että naisilla, jotka kärsivät PMS- tai PMDD -oireista (*Premenstrual Syndrome, Premenstrual Dysphoric Disorder*) on jopa kaksi kertaa suurempi riski sairastua synnytysmasennukseen kuin näistä oireista kärsimättömillä. PMS, ja sitä vakavampi oireyhtymä PMDD, tarkoittavat ennen kuukautisia ilmenevää fyysistä ja psyykkistä, normaalia elämää haittaavaa oireilua. Buttner ym. viittaavat tutkimuksessaan Lokugen & Freyn & Fosterin & Soaresin & Steinerin (2011) ja Jovanovicin ym. (2006) tutkimustuloksiin, joiden mukaan hormonitasojen vaihtelut sekä kuukautiskierron follikulaari- ja luteaalivaiheissa, että synnytyksen jälkeen asettavat naiset riskialttiiksi mielenterveyden häiriöille. Sekä PMDD-oireiden, että synnytysmasennuksen oireiden taustalla on havaittu samanlaisia estrogeenitason muutoksia ja sen aiheuttamia häiriöitä serotoniinin toimintaan. (Buttner ym. 2013; Leminen & Paavonen 2013.)

Wassef, Nguye ja St-André (2018) kokosivat kirjallisuuskatsauksessaan yhteen tutkimustuloksia anemian ja heikentyneiden rauta-arvojen yhteydestä synnytysmasennukseen. Kahdeksassa kymmenestä tutkimuksesta anemia oli yhteydessä synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Raskauden aikaisilla ferritiiniarvoilla ei ollut yhteyttä masennuksen puhkeamiseen, eikä raskauden aikana otetulla rautalisällä ollut myöskään vaikutusta näiden tutkimusten mukaan. Kuitenkin synnytyksen jälkeisenä ajanjaksona otettu rautalisä vähensi masennusoireita neljässä viidestä tutkimuksesta. Voidaan siis olettaa, että rauta-arvoilla voi joidenkin naisten kohdalla olla vaikutusta masennukseen synnytyksen jälkeen, erityisesti mikäli synnytyksen aikana on menettänyt paljon verta. (Wassef & Nguye & St-André 2018.)

Epiduraalipuudutuksen ja synnytyksessä käytetyn kipulääkityksen yhteydestä synnytysmasennukseen on saatu ristiriitaisia tutkimustuloksia. Kendall-Tackettin & Congin & Halen tutkimuksessa havaittiin näillä kivunlievitysmenetelmillä olevan selkeä yhteys synnytysmasennuksen puhkeamiseen (Kendall-Tackett & Cong & Hale 2015). Dingin & Wangin & Chenin & Zhun tutkimuksessa taas tulokset osoittivat epiduraalipuudutuksen saaneilla äideillä olevan pienempi todennäköisyys sairastua synnytysmasennukseen (Ding & Wang & Chen & Zhu 2014).

Myös keisarinleikkauksen yhteydestä synnytysmasennukseen on saatu erilaisia tutkimustuloksia. Eisenachin ym. mukaan sillä, synnyttääkö nainen alatiesynnytyksellä vai keisarinleikkauksella, ei ole vaikutusta synnytysmasennuksen esiintyvyyteen, mutta Changin ym. tutkimuksessa keisarinleikkauksella synnyttäneillä oli enemmän masennusta synnytyksen jälkeen verrattuna alateitse synnyttäneisiin. (Eisenach ym. 2008; Chang ym. 2015.)

3.2.2 Psykososiaaliset riskitekijät

Aiemmin elämässä sairastettu masennus ja raskauden aikainen masennus ovat todella merkittäviä riskitekijöitä, sillä ne lisäävät riskiä sairastua synnytysmasennukseen huomattavasti (Dennis & Ross 2006; Beck 2001). Muita psyykkisiä riskitekijöitä synnytysmasennukselle ovat muun muassa raskauden aikainen ahdistuneisuus, synnytyksen jälkeinen herkistyminen, vauvan hoidosta koettu stressi, stressi yleisesti, äidin neuroottinen luonteenpiirre, negatiivinen asenne itseä ja yleisesti elämää kohtaan, traumaattiset kokemukset, tyytymättömyys parisuhteeseen ja negatiiviset attribuutiotyylit (Kendall-Tackett 2017: 154; Beck & Watson Driscoll 2006: 61; Beck 2001; Van Bussel & Spitz & Demyttenaere 2009). Synnytysmasennukseen liittyy usein myös epärealistisia odotuksia äitiydestä (Beck 2002b).

Ongelmat imettämisessä, sen ajallisen keston lyhyys ja vähäinen koettu minäpystyvyys imettäessä ovat yhteydessä synnytysmasennukseen (Dennis & McQueen 2009). Imettävät äidit nukkuvat öisin keskimäärin pidempiä yhtäjaksoisia unijaksoja verrattuna imettämättömiin äiteihin, kokevat olevansa itsevarmempia vauvan kanssa ja kokevat suhteensa vauvaan läheisemmäksi. (Ekström & Nissen 2006; Doan & Gardiner & Gay & Lee 2007.)

Unettomuudesta kärsivillä on suurempi riski sairastua synnytysmasennukseen. Naisilla, jotka ovat riskiryhmässä sairastua synnytysmasennukseen tai jo sairastavat kyseistä mielialahäiriötä, on tyypillisesti normaalista poikkeava REM-unen ajoittuminen yön aikana, lisääntynyt unen määrä raskauden aikana ja vähentynyt unen määrä raskauden jälkeen. (Ross & Murray & Steiner 2005.)

Vastoin omaa tahtoa toteutunut synnytystapa saattaa olla riskitekijä synnytysmasennukselle. Houstonin ym. (2015) tutkimuksessa havaittiin, että naiset, joilla oli vahva tahto synnyttää alateitse, mutta joutuivat synnyttämään keisarinleikkauksella, saivat korkeampia pisteitä synnytysmasennusta mittaavalla Patient Health Questionnaire (PHQ-9) -kyselyllä 8 – 10 viikkoa synnytyksen jälkeen. Kun kysely toistettiin 6 – 8 kuukautta myöhemmin, tätä korrelaatiota ei kuitenkaan enää ollut havaittavissa. (Eisenach ym. 2008; Houston ym. 2015.) Traumaattisen synnytyksen kokeneet naiset, jotka eivät käsittele näitä kokemuksia vaan yrittävät vain unohtaa ne, voivat saada masennusoireita (Kendall-Tackett 2017: 124).

Muita riskitekijöitä synnytysmasennukselle ovat muun muassa lapsen syntyminen enenaikaisesti ja usean lapsen saaminen yhtä aikaa vain yhden sijaan (Beck – Driscoll 2006: 63). Vauvan vaikealla temperamentilla ja koliikilla on sekä suora, että epäsuora yhteys äidin masennukseen. Akmanin ym. tutkimuksessa huomattiin, että äidit, joiden lapsilla oli koliikki, saivat korkeampia EPDS-pisteitä kuin ne äidit, joiden lapsilla ei koliikkia ollut (Akman ym. 2006). Vauva, joka on hyvin itkuinen, heräilee yön aikana usein ja tämä luonnollisesti huonontaa myös äidin yöunia aiheuttaen päivän aikaista väsymystä, minkä on havaittu olevan yhteydessä synnytysmasennuksen puhkeamiselle (Dennis & Ross 2005).

Synnytyksen ajoittuminen pimeään vuodenaikaan saattaa olla riskitekijä synnytysmasennukselle. Tiettyjä geenejä kantavilla naisilla oli Comascon ym. tutkimuksessa suurempi riski sairastua synnytysmasennukseen, jos he synnyttivät syksyn tai talven aikana (Comasco ym. 2011). Panthangin ym. tutkimuksessa taas ei havaittu selkeää korrelaatiota synnytyksen ajankohdan ja synnytysmasennuksen esiintyvyyden välillä (Panthangi ym. 2009).

Synnytysmasennukseen liittyy myös monia sosiaalisia riskitekijöitä. Tutkimuksissa on huomattu, että maahanmuuttajanaisilla on hyvin suuri riski sairastua synnytysmasennuk-

seen. Tähän vaikuttavat stressaavat elämäkokemukset, joita heillä usein on ollut. (Kendall-Tackett 2017: 163.) Naisen sekä alhainen, että korkea ikä on synnyttymasennuksen riskitekijä. Tätä on selitetty muun muassa sillä, että nuoret ovat usein yksinhuoltajia ja heillä on usein alhaisempi sosioekonominen status. Alhainen sosioekonominen status ja yksinhuoltajuus jo itsessään ovat synnyttymasennuksen riskitekijöitä. Vanhemmilla äideillä taas voi olla taustalla hedelmättömyyshoitoja, keskenmenoja ja raskausiin liittyy suurempia riskejä, mikä aiheuttaa stressiä. (Kendall-Tackett 2017: 166; Robertson & Grace & Wallington & Stewart 2004; Beck 2001.) Myös vähäisellä sosiaalisella tuella on selkeä yhteys synnyttymasennukseen (Webster ym. 2000).

Kendall-Tackett viittaa teoksessaan Alvarez-Seguran ym. (2014) tekemään tutkimuskatsaukseen, jossa todettiin, että naisilla, jotka olivat kokeneet pahoinpitelyä lapsena tai kumppaneidensa toimesta, oli yleisesti suurentunut riski sairastua masennukseen, mikä pitää sisällään myös synnyttymasennuksen. Samaisessa katsauksessa päädyttiin myös tulokseen, että parisuhdeväkivalta on voimakas riskitekijä sekä raskauden aikaiselle, että synnytyksen jälkeiselle masennukselle. (Kendall-Tackett 2017: 155, 158.) Parisuhdeväkivalta, joka on tapahtunut vuoden sisällä raskausajasta, on erityisen merkittävä riskitekijä (Valentine & Rodriguez & Lapeyrouse & Zhang 2011). Pahoinpitelyä kokeneilla naisilla on myös todennäköisemmin ongelmia lapsen hoidossa ja he voivat kokea stressiä ja ahdistusta vanhemmuudesta (Douglas 2000; Dubowitz ym. 2001).

3.3 Äidin masennuksen vaikutus vauvaan ja kiintymyssuhteeseen

Synnytys ja lapsen saaminen saa naisen läpikäymään omaa äitisuhdettaan ja muita varhaisia vuorovaikutuskokemuksia, jotka tulevat esiin kehon muistin eli proseduraalisen muistin kautta. Vanhemman mieli voi yrittää kiistää mieleen palaavat tunteet ja ajatukset tai keholliset tuntemukset, joille ei välttämättä löydy verbaalista selitystä, jolloin ulkopuolisen tuen merkitys niiden kohtaamisessa korostuu. (Siltala 2003: 18, 270 – 271.) Masentuneilla äideillä kuva omasta äidistä voi olla vaikea tai hajanainen, mikä voi vaikuttaa oman vauvan kiintymyssuhteen muodostumiseen (Sarkkinen & Juutilainen 2017: 261 – 262). Sekä positiiviset että negatiiviset varhaiset kokemukset heijastuvat äidin ja vauvan dialogissa, kuten äänessä, kosketuksessa ja katseessa (Siltala 2003: 270).

Masennus voi vaikuttaa äidin kykyyn vastata vauvan tarpeisiin. Masentunut äiti ei todennäköisesti pysty olemaan läsnä vauvalleen ja vauvan hoitaminen voi olla mekaanista,

etäistä ja toisaalta ajoittain myös takertuvaa tai tunkeilevaa. Katsekontaktin määrä voi olla vähäisempää, kuten myös vauvalle puhuminen. Mikäli äiti on emotionaalisesti poissa ja käytöksen tulkinta vauvalle on hankalaa sen epäsäännöllisyyden takia, saattaa vauva alkuun olla itkuinen ja ärtynyt. Mikäli vauvan yritykset saada äidin huomio eivät tehoa ja tilanne jatkuu pitkään, saattaa vauva passivoitua ja vetäytyä. Äidit usein tuntevat syyllisyyttä, mikäli eivät kykene luomaan hyvää kontaktia vauvaan. (Siltala 2003: 33-34; Sarkkinen & Juutilainen 2017: 260 –261.)

Tutkimukset viittaavat siihen, että masentuneiden äitien lapset ovat kohonneen valppauden tilassa. On havaittu, että vauvat reagoivat hitaammin erilaisiin ääniin, mikä voi kertoa hitaammasta tiedonkäsittelystä ja tarkkaavaisuudesta, sekä vähentyneestä kiinnostuksesta ympäristöä kohtaan. Vauvat reagoivat normaalia vähemmän äidin ilmeettömiin kasvoihin, mikä voi kertoa siitä, että vauva on tottuneempi eleettömään vuorovaikutukseen. (Field & Diego & Hernandez-Reif 2009.)

Feldmanin ym. (2009) tutkimuksessa masentuneiden äitien lapset osoittivat heikentyneitä sosiaalisia ja behavioraalisia taitoja 9 kuukauden ikäisinä verrattuna ei-masentuneiden äitien lapsiin. Vauvat olivat myös emotionaalisesti negatiivisempia ja heidän mitattu kortisolitasonsa oli korkeampi kuin verrokeilla. (Feldman ym. 2009.) Kortisolitason muutoksia on havaittu muissakin tutkimuksissa. Masentuneiden äitien vauvoilla on havaittu olleen kohonneet kortisoli- sekä noradrenaliinitasot, matalammat dopamiinitasot sekä mitattuja muutoksia aivojen kognitiivisen toiminnan alueilla. EEG- mittauksen tulokset sekä noradrenaliinitasojen nousu olivat voimakkaampia vauvoilla, joiden äidillä oli masennusta jo raskauden aikana. Tutkimuksessa todetaan, että todennäköisesti depressiivisyyden pituudella on merkitys sen vaikutuksissa vauvaan. (Diego ym. 2004.)

Erityisesti silloin, kun masennukseen liittyy pettymys raskaudenaikaisiin mielikuviin omasta vauvasta tai äitiydestä, on hyvin tärkeää hoitaa äidin ja vauvan varhaista vuorovaikutussuhdetta. (Sarkkinen & Juutilainen 2017: 259). Kuten jo luvussa 3.2.1 mainittiin, masentuneet äidit lopettavat imettämisen todennäköisemmin kuin terveet äidit. Tällöin äidit ja heidän vauvansa jäävät paitsi imettämisen hyödyistä äiti-lapsi –suhteeseen. Imettämisen on arveltu parantavan äidin ja vauvan emotionaalista yhteyttä, sekä parantavan äidin ja lapsen välistä kommunikaatiota (Figueiredo ym. 2013).

3.4 Synnytysmasennuksen hoito

Synnytysmasennus voi olla lievää, keskivaikeaa tai vaikeaa, ja sen vaikeusasteen määrittely on tärkeää hoidon suunnittelussa. Myös isää on tuettava ja informoitava synnytysmasennuksesta, jotta hän voi olla äidin tukena. Masentunut äiti ja hänen perheensä tarvitsevat erityisen paljon tukea, sillä masentuneen äidin voi olla hankalaa ylläpitää tukiverkostoja tai hakea tarvitsemaansa apua. Hoidossa tulisi huomioida masennuksen vaikeusaste sekä äidin ja vauvan vuorovaikutussuhteen haasteet. Suomessa hoidot ovat usein yhdistelmähoitoja, johon voi kuulua esimerkiksi aikuispsykiatrinen hoitoprosessi, jonka lisäksi järjestetään äidin ja vauvan vuorovaikutuspsykoterapia tai –hoito. Myös arjen konkreettinen apu on monen kohdalla erittäin merkittävää äidin jaksamisen kannalta. (Sarkkinen & Juutilainen 2017: 262 – 264.)

Yleisimmin synnytysmasennusta hoidetaan keskusteluavulla, eli esimerkiksi psykologin, psykiatrisen sairaanhoitajan tai psykoterapeutin vastaanotolla, sekä lääkehoidolla (Sarkkinen & Juutilainen 2017: 263). Käypä hoito –suosituksen mukaan synnytysmasennusta hoidetaan samansuuntaisesti kuin muutakin masennusta. Psykoterapeuttisia hoitomuotoja suositellaan erityisesti silloin, kun äidin elämäntilanteessa esiintyy ongelmia, jotka todennäköisesti altistavat masennukselle. Lievissä masennusoireissa hoidoksi suositellaan neuvolan tukea. (Depressio, Käypä hoito 2016.)

Masennuslääkkeistä suositeltavimpia synnytysmasennuksen hoidossa ovat selektiivisen serotoniinin takaisinoton estäjät, eli SSRI-ryhmän lääkkeet (Depressio, Käypä hoito 2016; Hertzberg 2000). Tutkimustulokset eivät kuitenkaan ole aivan yksiselitteisiä. Molyneaux ym. kokosivat kirjallisuuskatsauksessaan yhteen kaikki RCT-tutkimukset synnytysmasennuksen lääkkeellisestä hoidosta koskien masennuslääkkeitä. Katsaus koostui kuudesta tutkimuksesta, joihin osallistui yhteensä 596 osallistujaa. Neljä tutkimuksista koski SSRI-ryhmän lääkkeitä, joista kolmessa todettiin lääkityksestä olevan hyötyä verrattuna plaseboon. Yhdessä tutkimuksista masennuslääkityksestä oli hyötyä neljän viikon ajan verrattuna kuunteluapua saavaan ryhmään, mutta pidemmän aikavälin hyötyä ei lääkityksestä todettu olevan. Lieviä haittavaikutuksia tutkimuksissa todettiin huomattavalla määrällä osallistujista. Katsauksessa todetaan, että tutkimuksia on tehty melko vähän ja niiden näyttö on suppeaa, eikä pidemmän aikavälin tutkimuksia ole tehty. Pidemmän aikavälin tutkimuksia tarvittaisiin myös mahdollisten rintaruokittuun vauvaan kohdistuvien haittavaikutusten tutkimiseksi. (Molyneaux ym. 2014.)

Masennuslääkkeet voivat äidinmaidon mukana kulkeutua myös vauvaan, mutta tutkimuksissa määrät ovat olleet onneksi hyvin pieniä, eikä masennuslääkitystä pidetä esteenä imetykselle useimpien lääkkeiden kohdalla. Tutkimustieto kaikista mahdollisista vaikutuksista vauvaan on kuitenkin vajavaista. Wisnerin, Perelin ja Finlingin meta-analyysissä todetaan, että imettävän äidin, joka käyttää masennuslääkitystä, tulisi kiinnittää erityistä huomiota lapsen uneen, käyttäytymiseen ja ruokahaluun, sekä niissä mahdollisesti tapahtuviin muutoksiin. Erityisesti alle kolmen kuukauden ikäisen vauvan tarkkailu on tärkeää, sillä maksan toiminta ei ole vielä kovin kehittynyttä. (Hertzberg 2000; Wisner & Perel & Findling 1996.)

Yleensä äidit haluavat hoitaa masennustaan mieluummin keskusteluavulla kuin lääkkeellisin menetelmin (Dennis & Chung-Lee 2006). Kendall-Tackett viittaa teoksessaan Claridgen (2014) tekemään meta-analyysiin, jonka tulosten perusteella voidaan todeta psykoterapiamuodoista tehokkaimpia synnytysmasennuksen hoidossa olevan interpersonallinen ja kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia. Samaisen tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että psykoterapian tehokkuus on samaa luokkaa lääkehoidon kanssa. Havaittiin myös, että masennuksen uusiutumisen todennäköisyys vähenee psykoterapeuttisin menetelmin hoidettaessa (Kendall-Tackett 2017: 209.) Psykologisesta traumasta johtuvan synnytysmasennuksen hoidossa voidaan käyttää tähän tarkoitukseen tehokkaampia menetelmiä. Näitä ovat muun muassa masentuneen ohjaus, vertaistuki ja traumapsykoterapia. (Kendall-Tackett 2017: 216.)

Synnytysmasennuksen osteopaattisesta hoidosta ei olla vielä tehty tutkimusta. Tutkimus on kuitenkin ollut suunnitteilla vuonna 2007 Oklahoman yliopiston terveystieteiden ja osteopatian laitoksen synnytysopin ja gynekologian osastolla (*Department of Obstetrics and Gynecology at the Oklahoma State University Center for Health Sciences and College of Osteopathic Medicine*) (McCoy 2007). Masennuksen osteopaattisesta hoidosta on jonkin verran näyttöä, mutta niitä ei voida suoraan kattaa koskemaan synnytysmasennuksen osteopaattista hoitoa (Plotkin ym. 2001). Psykoterapia ja osteopatia voidaan nähdä hyvin samankaltaisina hoitoina periaatteiltaan, vaikka niiden lähestymistavat ovatkin erilaiset. Kehollisten tuntemusten ja niihin yhdistyvien tunteiden sekä osteopaattisen hoidon mahdollisesti esiintuomien tunteiden sanallistaminen on tärkeää, ja osteopaatti voi toimia tarvittaessa myös verbaalisena tukena asiakkaalle omat ammatilliset

rajansa tiedostaen. Mikäli osteopaatti arvioi tarpeelliseksi, tulee asiakas ohjata toiselle terveydenhuollon ammattilaiselle. (Pelz 2018: 150 – 153, 156.)

4 Synnytysmasennuksen yhteydessä esiintyvät somaattiset muutokset ja oireet

Synnytysmasennukselle ei ole löydetty yhtä selkeää aiheuttajaa. Raskaus vaikuttaa kehon toimintaan monin eri tavoin ja monet näistä muutoksista voivat tutkimusten mukaan olla laukaisevina tekijöinä synnytysmasennukselle, mikä viittaa siihen, että synnytysmasennuksella voi olla erilaisia etiologioita. (Schiller ym. 2014.)

Joissakin tapauksissa synnytysmasennuksen taustalla on fyysinen syy, jota voidaan hoitaa osteopaattisesti (Hayden 2008: 79). Koska käyttäytyminen on suoraan yhteydessä hermostoon ja immuunijärjestelmään, voidaan olettaa, että osteopatialla, jolla voidaan vaikuttaa hermoston toimintaan, olisi vaikutusta myös käyttäytymiseen (Plotkin ym. 2001). Tässä luvussa mainitut dysfunktiot ja oireet ovat mahdollisia synnytysmasennuksen yhteydessä esiintyviä kehon toiminnan muutoksia, mutta niiden ei voida olettaa esiintyvän jokaisella synnytysmasennusta sairastavalla, sillä synnytysmasennuksen etiologia on yksilöllinen ja moninainen.

4.1 Synnytysmasennukseen liittyä fyysistä oireilua

Synnytysmasennuksen yhteydessä esiintyy useimmiten myös fyysistä kipua, ja raskauden jälkeisen ajan fyysinen oireilu on myös riskitekijä synnytysmasennuksen muodostumiselle. Schaffirin ym. (2018) tutkimuksessa tutkittiin äitien kipua kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen. Tutkimuksen perusteella voitiin todeta, että niillä äideillä, jotka saivat korkeat pisteet synnytysmasennusta mittaavassa EPDS-testissä, saivat keskimäärin huomattavasti korkeammat pisteet myös fyysisiä oireita mittaavassa PDI-testissä. Yleisimpiä fyysisiä oireita olivat väsymys, selkä- ja lantiokivut sekä päänsärky. (Schaffir ym. 2018.)

Myös Brown ja Lumley (2000) ovat havainneet synnytysmasennuksen yhteydessä esiintyvän erityisen paljon väsymystä, selkäkipua, inkontinenssia, seksuaalitoimintoihin liittyviä vaikeuksia sekä tavanomaista enemmän flunssia ja muita pieniä sairastumisia. Lisäksi voi esiintyä myös ongelmia suoliston toiminnassa ja välilihan alueen kipua. Myös parisuhteen ongelmia oli masentuneilla äideillä enemmän kuin kontrolliryhmällä, mutta ei voida suoraan yleistää aiheuttaako masennus ongelmia parisuhteessa vai toisinpäin. Joka tapauksessa, äidin palautuminen synnytyksestä ja fyysinen hyvinvointi synnytyksen

jälkeen on siis selkeästi linkittynyt emotionaaliseen hyvinvointiin. Tutkimuksessa todetaankin, että olisi tärkeää ottaa hoidossa huomioon sekä psyykkiset että fyysiset oireilut. (Brown & Lumley 2000.)

Viitaten Giesleriin (1994) Sills mainitsee teoksessaan kroonisen kivun pitävän yllä kehon stressitilaa, sillä saadessaan jatkuvaa nosiseptiivista informaatiota, eli tietoa kivusta, hypotalamus pitää yllä HPA-akselin toimintaa (Sills 2012: 500). HPA-akselin toiminnan yhteydestä synnytysmasennukseen perehdytään enemmän luvussa 4.5. Raskauden jälkeen esiintyy usein erilaisia kiputiloja (Kendall-Tackett 2017: 74). Willardin (1995), johon Sills teksteissään viittaa, mukaan lannerangan ja ristiluun välisen liitoksen alueen ligamenteissa on paljon kipua aistivia hermoja ja efferenttejä sympaattisia hermopäätteitä. Tämän alueen krooninen pehmytkudosten jännitys, joka voi aiheutua esimerkiksi synnytyksestä johtuvan ristiluun asennon muutoksesta, voi aiheuttaa tulehdusta, kivun kroonistumista ja HPA-akselin herkistymistä (Sills 2012: 246; Hayden 2008: 79 – 80.)

Brasilialaisessa tutkimuksessa todetaan, että selkäkipu voi olla sekä synnytysmasennuksen riskitekijä, että komorbiditeetti (Angelo & da Silva & Zambaldi & Cantilino & Sougey 2014). Komorbiditeetillä tarkoitetaan erillisten oireiden tai sairauksien samanaikaista esiintymistä. He havaitsivat tutkimuksessaan, että synnytysmasennuksen yhteydessä esiintyi erityisen paljon yläselkäkipua, ja lysähtynyt ryhti oli yhteydessä kohonneeseen kivun voimakkuuteen. Vaikka lysähtänyt ryhti ei suoraan ollut yhteydessä synnytysmasennukseen, voi se tutkimusryhmän mukaan kohonneen kivuntuntemuksen kautta kuitenkin vaikuttaa epäsuorasti. (Angelo ym. 2014.)

Synnytyksen jälkeistä selkäkipua on hoidettu hyvin tuloksin osteopaattisesti. Schwerla, Rother, Rother, Ruetz ja Resch (2015) selvittivät RCT-tutkimuksessaan osteopaattisen hoidon vaikutuksia synnytyksen jälkeiseen kipuun erittäin hyvin tuloksin. Vastaavia tuloksia saivat tutkimuksessaan myös Hastings, McCallister, Curtis, Valant ja Yao (2016) tutkiessaan hoidon vaikutuksia synnytyksen jälkeiseen alaselkä-, vatsan alueen sekä vaginaaliseen kipuun. Näissä tutkimuksissa ei kuitenkaan tutkittu kipujen mahdollista yhteyttä synnytysmasennukseen. (Schwerla ym. 2015; Hastings ym. 2016.)

Hauglandin, Rasmussenin ja Daltveitin (2006) tutkimukseen osallistui 412 naista, joilla esiintyi merkittävää alaselkäkipua tai lantion alueen kipua raskauden alkuvaiheessa ja

raskausviikolla 36. Naiset osallistuivat seurantaan 3 kuukautta ja vuosi synnytyksen jälkeen. Niillä naisilla, jotka kärsivät raskauden aikana lantion alueen kivuista oli heikompi liikkuvuus ja he tarvitsivat poliklinista hoitoa. He tarvitsivat myös masennuksen hoitoa. Synnytystavalla ja lantion alueen kivulla ei tässä tutkimuksessa havaittu olevan yhteyttä. (Haugland & Rasmussen & Daltveit 2006.)

4.2 Lantion alueen dysfunktiot

Sujuvaan synnytykseen vaikuttavat monet asiat kuten lapsen asento, käytetyt kivunlievityskäsitteet ja äidin emotionaalinen tila ja kokemus synnytyksen hetkellä. Kehon hoitamattomat jännitystilat voivat hankaloittaa synnytystä ja myöhemmin synnytyksen jälkeen aiheuttaa ryhtimuutoksia, joihin voi liittyä alaselkäkipua, väsymystä, mielialanvaihteluita, haluttomuutta ja inkontinenssia. Usein osteopaatti pystyy tällöin tuntemaan koko kehossa vallitsevan raskaan, alaspäin suuntautuvan voiman, ikään kuin kehon voimaa pitäisi auttaa jälleen nousemaan ylöspäin. (Deoora 2003: 102.)

Synnytys vaikuttaa äidin kehon biomekaniikkaan. Lantion luut erkaantuvat toisistaan hieman synnytyksen aikana, kun ligamentit joustavat tehden tilaa syntyvälle lapselle tulla ulos kohdusta. Synnytyksen aikana johonkin lantion osaan, luuhun tai pehmytkudoksiin, on voinut tulla lapsen asennosta riippuen erityisen voimakas paine lapsen pään työntyessä ulos. Noin kuuden viikon kuluttua synnytyksestä ligamentit palautuvat hormonitoiminnan muuttumisen myötä ja näin ollen myös luut palautuvat lähemmäs toisiaan ja raskauden aikaiset ryhtimuutokset palautuvat vähitellen. Mikäli lantion luiden välillä ja pehmytkudoksissa on edelleen jännitystä ligamenttien palautuessa, voi se aiheuttaa epätasapainoa rakenteiden välille ilmentyen lantion alueen ongelmina ja vaikuttaen myös muihin rakenteisiin. (Deoora 2003: 102 – 103.)

Vauvan asento synnytyksen aikana vaikuttaa äidin lantioon kohdistuvan paineen määrään. Takaraivotarjonnassa (*occipito-anterior*) tämä paine on vähäisintä, joten se harvemmin aiheuttaa äidin lantioon dysfunktioita, mutta alueen tutkiminen osteopaattisesti on silti suositeltavaa. Avosuiseissa tarjonnassa (*occipito-posterior*) vauvan takaraivo on äidin häntäluuta kohden, mikä aiheuttaa painetta ja kipua ja yleensä pidentää synnytystä. Avosuinen tarjonta voi aiheuttaa huomattavaa venytystä lantioon sekä lantionpohjan rakenteisiin. Mikäli synnytyksessä käytetään apuna pihtejä tai imukuppia, lisäävät myös ne

lantion rakenteisiin kohdistuvaa venytystä ja painetta entisestään lantion luonnollisen jouston ollessa jo maksimissaan. (Mitha 2008: 23.)

Kun lapsi työntyy synnytyskanavan läpi, aiheuttaa se paineen lisäksi voimakkaan vedon lantionpohjaan sekä sacrumiin. Optimaalisessa tilanteessa keho kompensoi näitä jännityksiä, mutta toisinaan ne voivat aiheuttaa dysfunktioita lantion alueelle. Näitä ovat alaspäin suuntautuva faskiaalinen veto eli *fascial sag* ja anterioriseen asentoon suhteessa iliumeihin dysfunktoitunut sacrum eli *sacral sag*. Faskiaalisesta vedosta voidaan käyttää myös nimitystä *fascial drag* (Mitha 2008: 24). Kun äiti synnytyksen aikana työntää lasta ulos kohdustaan, syntyvän lapsen pää painaa sacrumin *apexia* dorsaalisesti ja sacrum kokonaisuudessaan vetäytyy alaspäin suuntautuvien ponnistusvoimien mukana. Litotomia-asento, eli selin makuuasennossa synnyttäminen voi lisätä sacrumiin kohdistuvaa painetta. (Stone 2007: 315.)

Mikäli tämä sacrumin mekaaninen dysfunktio havaitaan ja sitä hoidetaan tehokkaasti jo aikaisessa vaiheessa, on todennäköisempää välttyä sen aiheuttamilta oireilta, kuten väsymykseltä, voimattomuudelta ja masennukselta. Kuchera & Kuchera (1994) suosittelee synnyttäneille äideille osteopaattista jälkitarkastusta heti muutaman päivän kuluttua synnytyksestä. (Kuchera & Kuchera 1994: 157 – 158.) Fascial drag eli faskiaalisella tasolla havaittava vedon tunne, voidaan Mithan (2008) mukaan hoitaa osteopaattisesti suorittamalla kehoon lift-tekniikoita sacrumiin, lantionpohjaan, palleaan, *manubrium sterniin* ja *os parietaleen*. Fascial drag voi masennusoireiden lisäksi aiheuttaa keskittymiskyvyn puutetta, päänsärkyä ja lantionpohjan instabiliteettia. (Mitha 2008: 24.)

Vauvan hankalan asennon lisäksi myös epiduraalipuudutteen käytön on Kitzingerin mukaan todettu lisäävän imukupin ja pihtien käyttöä synnytyksessä, sillä epiduraalipuudute vähentää lihastonusta lantiossa. Epiduraalipuudute voi lisäksi vähentää lantion alueelta tulevaa informaatiota, mikä voi johtaa siihen, että synnyttäjällä on liian pitkiä aikoja lantion kannalta epäsuotuisissa asennoissa, mikä puolestaan voi edesauttaa dysfunktioiden muodostumista. Mithan (2008) mukaan epiduraalipuudute itsessään voi aiheuttaa pitkäaikaistakin uupumista, päänsärkyä ja selkäkipua, joita harvoin kuitenkaan osataan yhdistää epiduraalipuudutteesta johtuviksi. Hän perustaa teoriansa palpaatiolöydöksiin, joiden mukaan duraan voi pistoksen seurauksena syntyä jännittynyt alue, joka häiritsee RTM:n (*Reciprocal Tension Membrane*) toimintaa, mikä voi aiheuttaa ärsytystä hermostossa. Pistoskohdan osteopaattisella hoidolla voi Mithan mukaan olla mahdollista vapauttaa näitä jännityksiä. (Mitha 2008: 26).

Deoran (2003) tapauskertomuksessa sacrumin anteroinferiorinen asento oli aiheuttanut paitsi muutoksia rankaan ja lantioon ja näiden kautta laskenut mielialaa, oli vaikuttanut myös hermotukseen ja lantion sisäelinten toimintaan. Seurauksena lantionpohjan lihakset ja virtsarakkoa tukevat ligamentit olivat heikentyneet, mikä aiheutti asiakkaalle ponnistusinkontinenssia. (Deora 2003: 103). Inkontinenssi on yksi synnytysmasennuksen riskitekijöistä (Swenson & DePorre & Haefner & Berger & Fenner 2018.) Synnytyksen jälkeistä lantionpohjan heikkoudesta aiheutuvaa inkontinenssia on hoidettu hyvin tuloksin osteopaattisella hoidolla yhdistettynä alueen terapeuttiseen harjoitteluun (Gerhart & Montag & Schwerla 2008.) Inkontinenssin paranemisen ja synnytysmasennusoireiden yhteydestä ei ole tutkimustietoa.

Sacrumin alueen jännitysten hoidolla voikin siis olla erittäin suuri vaikutus äidin mielialaan. On yleistä, ettei äiti tunne oloaan ”omaksi itsekseen”, vaikei varsinaisesta synnytysmasennuksesta kärsisikään. Tällainen olo voi johtua kehoon raskauden ja synnytyksen ajalta jääneistä jännityksistä, jolloin osteopaattinen hoito voi olla myös todella hyödyllistä. (Hayden 2008: 79 – 80.)

4.3 Muutokset kranaalimekanismissa

Sutherland (1953) käytti *sacral sagin* lisäksi siitä myös termiä *sacral fulcra-sag*, viitaten samalla sacrumin ja *iliumien* väliseen *fulcrumiin* ja sen muutokseen, jonka ympäri kranaalimekanismin fleksio- ja ekstensiovaihe tapahtuu sacrumissa. Tämä fulcrum ja sen ympäri tapahtuva liike ovat yhteydessä *spenobasillaarisynkondroosin* eli SBS:n vastavan liikkeen kanssa. *Sacral fulcra-sag* on Sutherlandin mukaan yhteydessä erityisesti mielenterveydellisiin ongelmiin. Erilaiset faskiaaliset vedot voivat vaikuttaa sacrumin alueeseen aiheuttaen sen painumisen anteriorisesti iliumien väliin, mikä voi aiheuttaa verenkierröllisiä ja hermostollisia oireita pään alueelle. Lisäksi fascial drag eli faskiaalinen veto tai niiden jumiutuminen inferiorisesti voi aivoselkäydinkalvojen kautta olla jopa yksi spesifinen syy mielenterveysongelmille. Syyt *sacral sagiin* voivat olla moninaiset, mutta yksi näistä aiheuttajista on juurikin synnytys. Sutherland nimesi *sacral sagin* hoitoon kehittämänsä hoitotekniikan nimellä *anterior sacral alae contact technique*. (Sutherland 1953: 283 –286.)

Sacrumin anteriorinen dysfunktio voi aiheuttaa meningeaalikalvojen ja anteriorisen longitudinaaliligamentin kautta jännitystä pään alueelle. Tästä voi seurauksena olla

os *sphenoidalen* ja os *occiputin* dysfunktioita, jotka voivat häiritä HPA-akselin osana olevan aivolisäkkeen toimintaa. (Magoun 2011: 121; Nelson & Glonek 2015: 90.) Sacrumin anteroinferiorinen dysfunktio voi yleisesti vaikuttaa selkäytimen ja aivojen sisäiseen liikkeeseen eli motiliteettiin biomekaanisen yhteyden kautta. *Dura mater* eli kova- kalvo kiinnittyy sacrumiin S2:n kohdalla. Duran ja muiden kalvorakenteiden kautta sacrumin jännitys voi välittyä kallon alueelle, etenkin pikkuaivoteltaan eli *tentorium cerebelliin*. Tentorium cerebelliin voi kohdistua kaudaalinen veto, joka voi vaikuttaa myös neljännteen aivokammioon sekä *cisterna magnaan* eli takimmaiseen pikkuaivoselkäydin- sammioon, jolloin aivoselkäydinnesteen flukтуаatio voi häiriintyä. Kalvojen kautta välit- tyvä jännitys voi aiheuttaa alaspäin suuntautuvaa vetoa myös aivoihin, mikä voi vaikuttaa aivokemiaan ja sitä kautta aiheuttaa synnytyksen masennusta (Hayden 2008: 79).

Sacrumin anteriorinen dysfunktio vaikuttaa kraniosakraalimekanismiin jättäen sen eks- tensiovaiheeseen, minkä on huomattu olevan yhteydessä äidin kokemaan väsymyksen ja voimattomuuden tunteeseen sekä masennukseen synnytyksen jälkeisenä ajanjak- sona (Kuchera & Kuchera 1994: 157 – 158).

Plotkinin ym. tutkimuksessa mainitaan Woodsin & Woodsin (1961) havainnosta, jonka mukaan masennuksesta kärsivillä ihmisillä kraniaalirytmä (*Cranial Rythmic Impulse, CR*) on yleensä hitaampi kuin normaalisti. Osteopaattisella hoidolla voidaan mahdolli- sesti hoitaa masennusta auttamalla kraniaalimekanismia palautumaan normaaliin no- peuteensa. (Plotkin ym. 2001.) Sacrumin ollessa dysfunktioituneena anteriorisesti ei se pääse PRM:n (*Primary Respiratory Mechanism*) inhalaatiovaiheessa nousemaan krani- aalisesti. PRM:n palpaatiota voidaan siis käyttää apuna osteopaattisessa tutkimuk- sessa. (Mitha 2008: 24).

PRM muodostuu viidestä ilmiöstä, joihin lukeutuvat niin keskushermoston, kuin sitä ym- päröivien rakenteidenkin sisäinen liike. Keskushermosto ja sitä ympäröivät rakenteet siis toimivat yhtenä kokonaisuutena. (Ettlinger & Gintis 1997: 385.) Keskushermostoon kuu- luvassa autonomisessa hermostossa voidaan tavata normaalista poikkeavia muutoksia synnytyksen masennuksesta kärsivillä. Normaalisti raskaana olevan naisen sympaattisen hermoston aktivaatio laskee mitä lähempänä synnytyksen ajankohta on. Myös synnytyk- sen jälkeen parasympaattisen hermoston aktiivisuus jatkuu voimakkaampana verrattuna sympaattisen hermoston aktiivisuuteen, jos äiti imettää vauvaansa. (Hellgren & Ake- rud & Jonsson & Sundtröm Poromaa 2011; Mezzacappa ym. 2005.) Synnytyksen jäl- keen ahdistuksesta tai masennuksesta kärsivillä on havaittu olevan alhaisempi sydämen

sykevälin vaihtelu (Heart Rate Variability, HRV), mikä viittaa autonomisen hermoston yli-
virittyneisyyteen ja sitä myötä kehon stressitilaan (Izumi & Manabe & Uematsu & Wata-
nabe & Moritani 2016; Moore 2016).

Emootiot ovat fyysisiä, kehollisia ilmiöitä, kun taas tunteet ovat tietoisia, psykologisia ko-
kemuksia. Jokaisella tunteella on siis emotionaalinen ilmenemismuotonsa. Emootiot
ovat osa soomaa, eli fyysistä kehoa, ja näyttäytyvät lähinnä autonomisen hermoston re-
aktioina eli psykovegetatiivisesti. Jos emootiot eivät ole yhteydessä tunteisiin, ovat ne
tiedostamattomia. Osteopatian avulla tätä yhteyttä voidaan lähestyä kehon kautta, mah-
dollisesti purkamalla emootioita, jotka näyttäytyvät autonomisen hermoston toiminnassa.
Eryteisesti biodynaamisella lähestymistavalla, mutta myös kraniosakraalisia, viskeraali-
sia ja jopa myofaskiaalisia tekniikoita käyttämällä voi asiakas tulla tietoisiksi tiedosta-
mattomista tunteistaan, jolloin kehollisten emootioiden ja tiedostamattomien tunteiden
yhdistäminen on mahdollista. (Pelz 2018: 150 – 153.)

4.4 Lihasten jännitystila ja faskian vaikutus nestekierto

Synnytyksen aikana äiti kokee myös suuria tunteita, joista voimakkaana voi tuntua eten-
kin pelko. Hermoston kautta pelon tunne voi aiheuttaa kehossa lihasten jännittymisen.
(Deora 2003: 102 – 103.) Henkinen kuormittuminen aiheuttaa lihasten hypertoniaa eri-
tyisesti puremalihaksissa todennäköisesti limbisen järjestelmän kautta. Lihasten jänni-
tykseen, joka johtuu psyykkisistä tekijöistä, voivat vaikuttaa retikulaariformaatio eli aivo-
verkosto, talamus, hypotalamus ja mantelitumake. Emotionaalisen stressin aiheuttama
puremalihasten hypertonian lisääntyminen voi johtaa bruksismiin, joten stressioireet voi-
vat näkyä myös leukanivelen toiminnanhäiriöinä. (Liem 2005: 367 – 368.)

Koyasu ym. havaitsivat tutkimuksessaan, että naiset, joilla oli niska-hartiaseudun kipuja
(erityisesti *m. trapeziuksen* yläosassa) synnytyksen jälkeen, saivat korkeampia POMS-
B -pisteitä (*Profile of Mood States-Brief*) väsymyksen, hämmentyneisyyden, vihan ja ma-
sennuksen osalta. Niska-hartiaseudun kivut olivat näiden lisäksi yhteydessä raskauden
aikaiseen anemiaan, PMS-oireisiin ja imettämiseen käytettyyn aikaan. (Koyasu ym.
2015.)

Kallonpohjaan kiinnittyvät lihakset voivat jännittyä os sphenoidalen ja os occiputin dysfunttioiden seurauksena (Magoun 2011: 121). Jännittyneet niskalihakset ja nosiseptiivinen informaatio muualtakin kehosta voivat pitää neljännessä aivokammiossa sijaitsevan *locus ceruleuksen* herkistyneenä. Ollessaan aktiivinen, tämä tumake lähettää hypotalamukseen noradrenaliinia, mikä taas käynnistää HPA-akselin toiminnan. Jos *locus ceruleuksen* toiminta ei vaimene, se aiheuttaa kroonista ylivalppautta, sympaattisen hermoston aktivaatiota, yliherkkyyttä sensoriselle informaatiolle, uniongelmia ja seksuaaliväkivaltaa. (Sills 2012: 504.)

Sacrumin jännittyneisyyden aiheuttamat faskiaaliset vedot voivat vaikuttaa laskimoveren- ja imunestekiertoon niiden toimintaa heikentävästi. Faskiaaliset jännitykset voivat vaikuttaa lantionpohjan lihaksistoon, palleaan ja yläaukeaman mobiliteettiin, minkä myötä nestekierto heikkenee. Tämä voi aiheuttaa äidille väsymystä ja heikkouden tunnetta ja voi osaltaan olla osana synnytysmasennuksen laukaisevana tekijänä. (Mitha 2008: 23.)

Hormonit vaikuttavat lymfakiertoon synnytyksen jälkeisinä päivinä, ja voivat aiheuttaa rintojen arkuutta ja turvotusta. Myös rintakehän faskioiden jännitykset voivat heikentää imunesteen paluuta rintojen alueelta. Heikentynyt lymfapaluu voi paitsi aiheuttaa kireyden tunnetta ja turvotusta, myös vaikeuttaa imettämistä (Mitha 2008: 28). Imettämässä esiintyvät ongelmat ja imettämättömyys ovat huomattavia riskitekijöitä synnytysmasennukselle (Breese McCoy ym. 2006). Osteopaattien kokemuksen perusteella niillä äideillä, joilla imunestekierto toimii hyvin, esiintyy vähäisemmän turvotuksen lisäksi vähemmän synnytyksen jälkeistä herkistymistä ja mielialan heilahtelua. Tämän takiaakin imunestekierron hoito pian synnytyksen jälkeen on tärkeää. (Kuchera & Kuchera 1994: 157.) Osteopaattisesti lymfakiertoa voidaan parantaa muun muassa faskiaalisin tekniikoin ja hoitamalla kehon palleoita (Kuchera 2011: 800 – 801).

4.5 Muutokset HPA-akselin toiminnassa ja kehon tulehdustila

Kehon tulehdustilan on havaittu olevan yleisesti masennuksen patogeneettinen taustatekijä. Proinflammatoriset sytokiinit ovat välittäjäaineita, jotka toimivat tulehdusreaktion alkuvaiheessa voimistaen reaktiota. (Dinarello 2000; Sand ym. 2014.) Viitaten Kiecolt-Glaserin & Derryn & Fagundesin (2015) tutkimukseen, Kendall-Tackett mainitsee kohon-

neen proinflammatoristen sytokiinien pitoisuuden aiheuttavan häiriötä hermoston toimintaan, sekä mielialaan yhteydessä oleviin aivojen osiin. Maesin & Smithin (1998), joiden havaintoja Kendall-Tackett tuo teoksessaan esille, mukaan tulehdustila voi näin jo itsessään aiheuttaa masennuksen oireita, kuten väsymystä ja vetäytymistä sosiaalisista tilanteista. (Kendall-Tackett 2017: 69.)

Maesin ym. (2000) tutkimuksen mukaan raskauden viimeisellä kolmanneksella tulehdustaso normaalisti nousee (Kendall-Tackett 2007). Myös synnytys saa kehossa normaalisti aikaan proinflammatoristen sytokiinien pitoisuuden nousun, ja näin tulehdustason kohoamisen. Tämä pitoisuus pysyy normaalia korkeampana muutamien viikkojen ajan synnytyksen jälkeen. (Schiller ym. 2014.) Fyysiset stressitekijät, kuten unen vähäisyys ja kivut, sekä psykososiaaliset stressitekijät, joita vastasyntyttäneet äidit joutuvat usein kokemaan, nostavat tulehdustilaa vielä entisestään ja tätä myötä lisäävät riskiä sairastua masennukseen (Kendall-Tackett 2007). Synnytysmasennusta sairastavilla siis synnytyksen jälkeinen tulehdusreaktio voi olla epänormaalin voimakas (Skalkidou & Hellgren & Comasco & Sylvén & Sundtröm Poromaa 2012). Tämän takia osteopaattisessa hoidossa äidin stressin alentaminen on tärkeässä asemassa synnytysmasennuksen hoidossa. Kehon stressireaktiota voidaan rauhoittaa normalisoimalla autonomisen hermoston toimintaa (Sills 2012: 537).

Kehon ulkoinen tai sisäinen stressitekijä saa aikaan HPA-akselin, eli hypotalamus-aivolisäke-lisämunuais-akselin toiminnan ja tätä myötä stressireaktion käynnistymisen. Hypotalamus vapauttaa CRH:ta (*corticotrophin releasing hormone*), joka kulkeutuu aivolisäkkeeseen. Tällöin aivolisäke vapauttaa ACTH:ta (*adrenocorticotrophic hormone*) kehon verenkiertoon, missä se kulkeutuu lisämunuaisiin. Lisämunuaisista vapautuu kortikosteroideja, etenkin kortisolia, joka saa kehossa aikaan ”pakene tai taistele” -reaktion. Kortisolilla on tulehdusreaktiota alentava vaikutus. (Sills 2012: 502.)

HPA-akselin toiminta voi olla häiriintynyt synnytysmasennusta sairastavalla ja sen toimintaan voi vaikuttaa luvussa 4.2 mainittu sacral sag (Groer & Morgan 2007). Tämä sacrumin dysfunktio voi aiheuttaa meningeaalikalvojen ja anteriorisen longitudinaaliligamentin kautta jännitystä pään alueelle. Tästä voi seurauksena olla os sphenoidalen ja os occiputin dysfunktioita, jotka voivat häiritä aivolisäkkeen toimintaa. (Magoun 2011: 121; Nelson & Glonek 2015: 90.) Tämän perusteella voidaan todeta, että näitä dysfunktioita

hoitamalla, voi osteopaatti edistää HPA-akselin normaalia toimintaa. Siihen voidaan vaikuttaa myös biodynaamisilla menetelmin keskushermoston ja erityisesti ydinjatkeen liikkuvuutta hoitamalla (Sills 2012: 522).

HPA-akselin toiminnan häiriö voi syntyä myös hormonien tasojen suurista muutoksista. Raskauden aikana myös istukka tuottaa CRH:ta (Kendall-Tackett 2017: 70). Tämä johtaa CRH:n määrän nousuun ja HPA-akselin liikatoimintaan, mikä taas johtaa ACTH:n ja kortisolin liikatuotantoon. Tämän myötä CRH:n erityis hypotalamuksesta vähenee. Kun istukka poistuu kohdusta synnytyksen yhteydessä, CRH:n taso äidin kehossa vähenee radikaalisti. (Chrousos & Torpy & Gold 1998.) Jos keho ei pysty mukautumaan tähän tilanteeseen, voi seurauksena Kammererin & Taylorin & Gloverin (2006), joiden tutkimukseen Iliadis ym. viittaavat, mukaan olla HPA-akselin toiminnan vaimeneminen ja kortisolin alhainen taso. Näiden muutosten on epäilty olevan yhteydessä synnytysmasennukseen. Tällöin tulehdusreaktion vaimentaminen ei onnistu. (Iliadis ym. 2015; Kendall-Tackett 2007.) Toisaalta on myös havaittu, että kohonnut kortisolin taso, joka viittaa HPA-akselin liikatoimintaan, on huomattava riskitekijä synnytysmasennukselle (Iliadis ym. 2015).

4.6 Hormonaaliset muutokset

Vaikka hormonaaliset muutokset ovat tunnetuin synnytysmasennusta selittävä tekijä, on tutkimuksista saatu sekä teoriaa tukevia, että sen vastaisia tuloksia. Hormonit voivat vaikuttaa synnytysmasennuksen puhkeamiseen sekä suoraan, että epäsuorasti. Schiller ym. viittaavat tutkimuskatsauksessaan Rubinowin ja Girdlerin (2011) tutkimukseen, jonka mukaan hormonit säätelevät masennukseen yhteydessä olevia biologisia toimintoja, muun muassa stressiä ja HPA-akselin toimintaa, neuroplastisuutta, solujen energian tuotantoa, immuunijärjestelmää ja aivokuoren toimintaa aiheuttaen masennusoireiden kehittymistä. Hormonit myös vaikuttavat tunteiden säätelyyn, psyykkiseen virittyneisyyteen, kognitioon ja motivaatioon, ja voivat näin vaikuttaa synnytysmasennuksen kehittymiseen epäsuorasti vaikuttaen synnytysmasennuksen psykologisiin ja sosiaalisiin riskitekijöihin. (Schiller ym. 2014.)

Osteopaattisesti ei voida suoraan hoitaa hormonaalisia muutoksia, mutta epäsuorasti hormonitoimintaan voi olla mahdollista vaikuttaa muun muassa vähentämällä hormonia

tuottavien elinten ympäristössä esiintyviä faskiaalisia jännityksiä ja näin edistämällä näiden elinten verenkiertoa (Stone 2007: 206). On myös oletettu, että normaalia umpieritysjärjestelmän toimintaa voidaan tukea hoitamalla umpirauhasia Chapmanin refleksipisteiden kautta (Fossum & Kuchera & Devine & Wilson 2011: 855; Capobianco 2005: 115 – 117).

Fan ym. tutkivat veren estradioli-, progesteroni- ja kortisolitasoja ja vertasivat niitä masennusoireiden esiintymiseen koko raskauden, sekä raskauden jälkeisen ensimmäisen kuukauden ajan. He havaitsivat tutkimuksissaan, että äideillä esiintyi masennusta eniten raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana ja synnytyksen jälkeisenä kuukautena. Näinä aikoina hormonien määrissä tapahtuu suuria muutoksia, minkä tutkijat päättelivät aiheuttavan synnytysmasennuksen oireita. Masennusoireet liittyivät eritoten estradiolin ja progesteronin pitoisuuksien muutoksiin, kun taas korkeaan kortisolipitoisuus liittyi ahdistukseen. (Fan ym. 2009.) Kuten jo luvussa 3.2.1 mainittiin, estrogeenin määrän nopea lasku synnytyksen jälkeen voi aiheuttaa häiriöitä serotoniinihormonin toiminnassa ja näin aiheuttaa masentuneisuutta (Buttner ym. 2013).

Bloch ym. simuloivat pienessä, 16 tutkimushenkilön tutkimuksessaan raskauden aikaisia hormonipitoisuuksia lisäämällä tutkimushenkilöille raskauden aikaista vastaavan määrän estradiolia ja progesteronia kahdeksan viikon ajan. Tämän jälkeen he poistivat hormonit tutkimushenkilöiden kehosta. Tutkimushenkilöt oltiin jaettu kahteen ryhmään: toisen ryhmän naiset olivat sairastaneet synnytysmasennuksen aiemmin elämässään ja kontrolliryhmän taas eivät. Naisista, jotka olivat aiemmin sairastaneet synnytysmasennuksen, 62,5 prosenttia sai huomattavia mielialaoireita hormonien poiston jälkeen, kun taas kontrolliryhmästä kukaan ei saanut oireita. Tuloksista he päättelivät, että jotkut naiset ovat herkempiä hormonipitoisuuksien vaihteluille ja näin riskissä sairastua synnytysmasennukseen. (Bloch ym. 2000.)

Maidon muodostumiseen liittyvät hormonit, oksitosiini ja prolaktiini, voivat myös olla synnytysmasennuksen etiologiassa selittävänä tekijänä. Synnytysmasennusta sairastavat äidit usein lopettavat imettämisen. Erityisesti oksitosiinin alhainen määrä saattaa olla yhteinen patogeneesi aikaiselle, suunnittelemattomalle imetyksen lopettamiselle ja synnytysmasennukselle. (Stuebe & Grewen & Meltzer-Brody 2013.) Alhaisen plasman oksitosiinimäärän raskauden viimeisellä kolmanneksella on havaittu olevan yhteydessä myöhemmin kehittyvään synnytysmasennukseen (Skrundz & Bolten & Nast & Hellham-

mer & Meinlschmidt 2011). Oksitosiinilisän on todettu olevan synnytysmasennuksen potentiaalinen hoitomuoto, sillä tutkimuksessa synnytysmasentuneet äidit kokivat suhteensa vauvaan positiivisemmaksi oksitosiinin saannin jälkeen (Mah & Van Ijzendoorn & Smith & Bakermans-Kranenburg 2013). Manuaalinen terapia lisää kehon oksitosiinin tuotantoa, jos asiakas kokee olonsa hoitotilanteessa turvalliseksi ja luottaa terapeuttiin (Uvnäs-Moberg & Peterson 2011: 148).

Skalkidou & Hellgren & Comasco & Sylvén & Sundström Poromaa viittaavat tutkimuskatsauksessaan Basraonin & Constantinen (2011) tutkimukseen, jonka mukaan kilpirauhasen toiminnan häiriöt ovat yleisiä synnytyksen jälkeen - noin seitsemällä prosentilla synnyttäneistä naisista esiintyy kilpirauhasen liika- tai vajaatoimintaa. Liikatoiminta voi aiheuttaa ahdistuneisuutta, levottomuutta, masentuneisuutta ja keskittymishäiriöitä, kun taas vajaatoiminta muistihäiriöitä, keskittymiskyvyttömyyttä, psykomotorista hidastuneisuutta ja masentuneisuutta. Koska kilpirauhasen toiminnan häiriöt aiheuttavat masennuksen kaltaisia oireita, se tulisi poissulkea äideiltä, joille esiintyy masennusoireita synnytyksen jälkeen (Kendall-Tackett 2017: 75; Skalkidou ym. 2012).

Viitaten Kirkegaardin & Faberin (1998) artikkeliin, Skalkidoun ym. tutkimuskatsauksessa mainitaan, että kilpirauhasen toiminnan häiriöillä ei ole tutkimuksissa löydetty selkeää yhteyttä synnytysmasennukseen. Toisaalta Sylvénin ym. tutkimuksessa huomattiin synnytyksen aikaisen kilpirauhasen vajaatoiminnan olevan yhteydessä masennusoireisiin kuusi kuukautta synnytyksen jälkeen. (Skalkidou ym. 2012; Sylvén ym. 2013.) Liiallinen kortisolin tuotanto, mitä voi synnytysmasennuksen yhteydessä esiintyä, voi häiritä kilpirauhasen toimintaa, mistä syystä HPA-akselin toiminnan rauhoittaminen osteopaattisin menetelmin voi olla aiheellista synnytysmasennuksesta kärsivillä (Capobianco 2005: 116).

5 Opinnäytetyön toteutus ja menetelmälliset ratkaisut

Opinnäytetyö toteutettiin monimuotoisena opinnäytetyönä, joka koostuu kirjallisesta raportista sekä tuotoksesta. Monimuotoisen opinnäytetyön tavoitteena on kehittää käytännön toimintaa ammatillisessa kentässä. (Virtuaaliammattikorkeakoulu n.d.) Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusotetta, jonka avulla pyritään ymmärtämään tutkimukseen osallistuvien näkökulmasta ilmiötä, josta ei vielä ole olemassa paljon tutkimustietoa (Kylmä & Juvakka 2007: 31). Opinnäytetyössä toteutettiin sähköisessä muodossa lomakekyselytutkimus, jolla haettiin vastausta kahteen tutkimuskysymykseen.

5.1 Aineiston hankinta

Aineistonhankinta tehtiin lomakekyselyllä, joka luotiin Kyselynetin verkkosivujen kyselytyökalulla. Lomakekysely muodostettiin puolistrukturoiduista kysymyksistä. Kysymyksiin oli avoin vastausmahdollisuus, jolloin jätettiin tilaa vastaajan näkemykselle. (Eskola & Suoranta 1998: 92.) Vastaajilta toivottiin näkemystä siitä, millaisia toiminnan tai rakenteen muutoksia eli dysfunktioita eri elinjärjestelmissä tai kehon alueilla voidaan synnytysmasennuksen yhteydessä havaita ja millaisia syy-seuraussuhteita näillä muutoksilla voi olla kehossa synnytysmasennusta ajatellen. Selkeyden vuoksi lomakekysely suunniteltiin niin, että kehon eri alueita ja fysiologisia toimintoja nimettiin valmiiksi erillisiksi osaluokiksi, minkä toivottiin helpottavan vastaamista ja antavan samalla mahdollisimman tarkkoja vastauksia. Lomakekyselytutkimus testattiin keväällä 2018 yhdellä vapaaehtoisella ennen sen julkaisua. Saadun palautteen perusteella kyselyyn lisättiin valmisteleva kysymys. Myös rakennetta muutettiin hieman, ja kaksi kysymyksistä jaoteltiin vielä a- ja b- osioihin. Lomakekysely julkaistiin syyskuun 2018 alussa, ja se oli avoinna saman kuin loppuun saakka.

Lomaketutkimukselle tehtiin saate- ja esittelytekstit. Saatetekstissä kerrottiin opinnäytetyöstä lyhyesti ja sen tehtävänä oli ohjata potentiaalinen vastaaja lomaketutkimukseen. Lomaketutkimuksen alussa oli esittelyteksti, jossa kerrottiin opinnäytetyön ideasta, kohderyhmästä ja tavoitteista. Näin tutkimukseen osallistujat saivat tietoa tutkimuksesta ja pystyivät päättämään osallistumisestaan. Esittelytekstissä kerrottiin myös, että lomakekyselyyn vastaamalla vastaaja antaa suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta ja vastausten käyttämisestä opinnäytetyössä. Vastaajat pysyvät opinnäytetyössä anonyy-

meina, eivätkä vastaajien nimet tulleet myöskään opinnäytetyön tekijöiden tietoon. Vastauksista saatua aineistoa käytettiin ainoastaan opinnäytetyöhön ja se hävitettiin työn valmistuttua. Vastaaminen oli täysin vapaaehtoista ja sen pystyi keskeyttämään ilmoittamatta syytä opinnäytetyön tekijöille ilman, että siitä koitui vastaajalle mitään haittaa. Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot löytyivät esittelytekstistä keskeytystä tai muuta yhteydenottoa varten.

Lomakekyselytutkimuksen kohteina olivat osteopaatit, joilla on kokemusta synnytysmasennuksesta kärsivien äitien hoitamisesta. Valinta on siis ollut harkinnanvarainen (Eskola & Suoranta 1998: 18). Koska kysely lähetettiin kohdennetusti osteopaateille, joilla on opinnäytetyön aiheesta kokemusta, voitiin heiltä odottaa hyvää vastausprosenttia (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 1997: 191). Lomakekysely lähetettiin harkinnanvaraisesti valituille suomalaisille ja ulkomaalaisille osteopaateille, jotta saatiin riittävän laaja ja asiantunteva joukko haastateltavia. Valitut osteopaatit olivat sellaisia, jotka olivat joko jossain yhteydessä maininneet osteopatian mahdollisuuksista synnytysmasennuksen hoidossa, kirjoittivat aiheesta omilla kotisivuillaan tai olivat muutoin erikoistuneet raskauden ajan, raskauden jälkeiseen tai vauvojen osteopaattiseen hoitoon. Näin varmistettiin opinnäytetyön uskottavuus, sillä on tärkeää, että vastaajilla todella on kokemusta tutkitavasta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2009: 85). Lomakekysely julkaistiin myös valmistuneiden suomalaisten osteopaattien sisäisellä foorumilla, minkä tavoitteena oli tavoittaa muut osteopaatit, joilla voisi olla kokemusta aiheesta.

Aineistonhankinta oli sikäli hypoteesitonta, että opinnäytetyön tekijöillä ei ollut lukkoon lyötyjä ennako-olettamuksia kyselytutkimuksen tuloksista. Mahdolliset kokemukset eivät siis muodosta tutkimusta rajoittavia tekijöitä, vaan tutkimuksen tulokset voivat tuoda uusia näkökulmia, mikä onkin suotavaa etenkin laadullisessa tutkimuksessa. (Eskola & Suoranta 1998: 19 – 20.) Tavoitteena oli saada vähintään kolme laadukasta vastausta.

5.2 Teoreettinen pohja lomakekyselyn kysymyksille

Lomakekyselyn kysymykset perustuvat kirjallisuuteen raskauden aikaisista kehon biomekaanisista ja fysiologisista muutoksista, sillä synnytysmasennuksen voidaan olettaa jollain tavalla liittyvän raskauden tai synnytyksen aikaan. Linda Wylie (2005) teoksessa *Essential Anatomy and Physiology in Maternity Care* kuvataan raskauden aikaisia muutoksia naisen kehossa. Teoksen mukaan muutoksia tapahtuu eri kudoksissa ja

seuraavissa elinjärjestelmissä: hermostossa, umpieritys-, lymfa- ja virtsaneritysjärjestelmissä, sydän- ja verenkierto-, hengitys-, ruuansulatus-, lisääntymis- sekä tuki- ja liikuntaelimestössä. Myös ihoon sekä aistinelimiin tulee jonkin verran muutoksia, mutta aistinelinten muutokset palautuvat ennalleen nopeasti synnytyksen jälkeen ja ihoon jäävät muutokset ovat lähinnä kosmeettisia. (Wylie 2005: 52, 58 – 59.) Tämän perusteella lomakekyselyn kysymykset jaettiin eri elinjärjestelmiin ja kehon alueisiin.

Raskauden aikana hormonit vaikuttavat hermoston toimintaan, joskaan niiden vaikutusta ei vielä täysin ymmärretä, mutta joitakin hypoteeseja on tutkimusten perusteella tehty ja esimerkiksi kognitiiviset taidot voivat raskauden aikana laskea. Keskushermoston lisäksi muutoksia tapahtuu myös perifeerisessä hermostossa. Umpieritysjärjestelmässä tapahtuvista muutoksista valtaosa liittyy istukan vaikutuksiin hormonitoiminnalle. (Wylie 2005: 26, 39.)

Raskauden aikana kehon lymfaattisen järjestelmän kuormitus kasvaa, sillä verisuonten seinämät relaxoituvat lisääntyneen progesteronin vaikutuksesta. Tällöin myös kudosten ja veriplasman volyymi kasvaa. Erityisesti nestepaluu alaraajoista heikkenee raskauden aikana. (Wylie 2005: 90.)

Sydän- ja verenkiertoelimestön toiminta tehostuu raskauden aikana, ja siihen vaikuttavat eri hormonit. Kudosten hapentarve raskauden aikana kasvaa jopa 20%, ja lisäksi kasvava kohtu voi vaikuttaa kylkiluiden liikkuvuuteen, joten hengityselimistö toiminnassa tapahtuu muutosta. Raskauden aikainen vatsaontelon paineen kasvu hidastaa suoliston toimintaa. Biomekaaniset sekä hormonaaliset muutokset vaikuttavat myös virtsaneritysjärjestelmään sekä virtsarakon toimintaan. (Wylie 2005: 80, 101, 131, 142.)

Relaksiini ja progesteroni vaikuttavat raskauden aikana rustoon ja sidekudokseen tehden nivelistä liikkuvampia. Näillä on vaikutusta myös ryhdin muutokseen, johon vaikuttaa painopisteen siirtyminen eteenpäin kasvavan sikiön myötä. Muutokset voivat aiheuttaa esimerkiksi alaselkäkipua. Vatsalihaksiin kohdistuu erityisen paljon venytystä. Raskauden aikana lihaskrampit ovat yleisiä. (Wylie 2005: 112 – 113.)

Raskaus siis muuttaa naisen kehon biomekaniikkaa, ja toisinaan muutokset aiheuttavat tarpeetontakin kipua ja epämukavuutta. Muutokset vaikuttavat kehon painopisteeseen, ja selkärangan kurvit yleensä korostuvat suhteessa toisiinsa raskauden loppuvaiheilla, mikä vaikuttaa myös pään asentoon sekä lantion asentoon ja sitä kautta alaraajoihin.

Kehoa tulee katsoa kokonaisuutena, jotta ymmärretään eri osien vaikutus toisiinsa. (Stone 2007: 286 – 289.)

Synnytyksessä sacrumiin kohdistuu suuria voimia, mikä voi jättää alueelle jännityksiä myös synnytyksen jälkeen. Tämä aiheuttaa vetoa aivonselkäydinkalvoihin, ja rajoittaa rintakehän, pallean sekä lantionpohjan toimintaa, jolloin kehon nestekierto heikkenee. Tämä voi aiheuttaa äidille väsymystä ja heikkoutta, mikä voi johtaa jopa synnytyksen jälkeiseen masennukseen. (Stone 2007: 23.)

5.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aineistolähtöisessä analyysitavassa tutkimuksen pääpaino on aineistossa eli teoria rakennetaan aineistolähtöisesti (Eskola & Suoranta 1998: 83). Tavoitteena siis ei ole jo olemassa olevan teorian tai hypoteesin testaaminen, eikä tutkija myöskään määrää, mikä aineistosta on tärkeää (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2004: 155).

Laadulliseen lähestymistapaan päädyttiin, koska aineisto oli laadultaan vaikeasti tilastoitavaa ja perustui vastaajien subjektiivisiin kokemuksiin, joiden avulla pyrittiin kuvaamaan ja ymmärtämään ilmiötä (Eskola & Suoranta 1998: 13 – 15; Hirsjärvi ym. 1997: 219). Aiheeseen lähdettiin hakemaan aineistoa avoimien kysymysten kautta, mikä on tyypillistä laadullisessa tutkimuksessa. Koska tutkittavasta aiheesta on vain vähän tietoa, on Öhmanin (2005), johon Kylmä ja Juvakka teoksessaan viittaavat, mukaan perusteltua tutkia aihetta laadullisin tutkimusmenetelmin (Kylmä & Juvakka: 26, 30 – 31.)

Lomakekyselyyn vastasi kuusi osteopaattia, ja aineistoon vastauksista hyväksyttiin viisi laadukasta vastausta. Yksi vastauksista hylättiin kokonaisuudessaan, sillä vastauksessa todettiin suoraan, ettei vastaajalla ollut omakohtaista kokemusta synnytysmasentuneiden hoitamisesta niin, että hän olisi ollut siitä ainakaan tietoinen. Kokemus aiheesta oli edellytys kyselyyn vastaamiselle, ja se mainittiin sekä saate- että esittelytekstissä.

Aineiston analysointi aloitettiin kääntämällä alkuperäinen ilmaus, mikäli se oli tarpeellista, ja sen jälkeen pelkistämällä ilmaukset. Pelkistämisestä voidaan käyttää myös termiä aineiston redusointi, ja siinä aineistosta karsitaan pois kaikki tutkimuskysymyksen

kannalta epäolennainen. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin eli klusteroitiin ensin alaluokkiin, jotka nimettiin niiden sisältöä mahdollisimman hyvin kuvaavalla käsitteellä. Alaluokista muodostettiin vielä suurempia kokonaisuuksia eli yläluokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 123 – 124.) Aineiston analyysi tehtiin erikseen kummallekin tutkimuskysymykselle. Tulokset ensimmäiseen tutkimuskysymykseen esitellään luvussa 6.1. ja tulokset toiseen tutkimuskysymykseen luvussa 6.2.

Taulukko 1 Näyte aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Sacrumin dysfunktio voi aiheuttaa lihasjännityksiä	Sacrumin dysfunktio voi aiheuttaa lihasjännityksiä ja liikerajoitteita ylempäs rankaan	Sacrumin vaikutus biomekaniikkaan ja kraniaalimekanismiin
Sacrumin dysfunktio voi aiheuttaa rangan liikerajoituksia		
SI- nivelen dysfunktiot vaikuttavat sacrumin mobiliteettiin ja sitä kautta kraniaalimekanismiin	SI:n ja sacrumin dysfunktiot vaikuttavat kraniaalimekanismiin	
Sacral sag vaikuttaa sacrumin mobiliteettiin ja sitä kautta kraniaalimekanismiin		
Rintarangan jännitys voi aiheuttaa kraniaalisia dysfunktioita ja päänsärkyä	Rintarangan ja aivoselkäydinkalvojen jännitykset voivat aiheuttaa kraniaalidysfunktioita, jotka voivat aiheuttaa päänsärkyä, väsymystä ja huonovointisuutta.	Kraniaalimekanismin vaikutus vireystasoon ja hyvinvointiin
Aivoselkäydinkalvojen kuivuus ja kireys vaikuttaa OA-nivelen toimintaan, mikä voi aiheuttaa mm. väsymystä ja huonovointisuutta		
Aivoselkäydinkalvojen kuivuus ja kireys vaikuttaa SBS:n toimintaan, mikä voi aiheuttaa mm. väsymystä ja huonovointisuutta		
Puremalihakset ja kallonpohjan jännitykset vaikuttavat kallon alueen jännityksiin		
SBS:n dysfunktio voi vaikuttaa sacrumin mobiliteettiin ja sitä kautta kraniaalimekanismiin	SBS:n, OA:n, sacrumin, lantion ja rintakehän dysfunktiot voivat vaikuttaa kraniaalimekanismiin, mikä voi laskea yleistä vireyttä.	
Lantion ja rintakehän dysfunktiot voivat vaikuttaa CSF:n fluktuatioon		
SBS:n ja OA:n dysfunktiot voivat aiheuttaa IVM:n heikkenemistä		
PRM:n heikkeneminen ja hidastuminen voi vaikuttaa kraniaalimekanismiin		
IVM:n heikkeneminen voi laskea yleistä vireyttä		

6 Tulokset

Lomaketutkimuksessa osteopaatit toivat esiin hyvin monenlaisia dysfunktioita eri puolilla kehoa. Tuloksissa tulee hyvin esiin myös näiden synnytysmasennuksen yhteydessä esiintyvien dysfunktioiden väliset syy-seurassuhteet. Ainoastaan muutama dysfunktio oli sellainen, joka ei selkeästi ollut yhteydessä muihin dysfunktioihin näiden tulosten perusteella. Tulosten mukaan dysfunktiot ja niiden väliset yhteydet voivat mahdollisesti selittää synnytysmasennukselle tyypillisiä oireita.

6.1 Synnytysmasennuksen yhteydessä esiintyvät dysfunktiot

Lantion alueella voidaan osteopaattien mukaan synnytysmasennuksen yhteydessä tavata yleistä lantion epätasapainoa ja erilaisia lantiokorin dysfunktioita. Synnytys on voinut aiheuttaa lantionpohjan lihasten repeämää ja hypertoniaa. Mahdollisesti voidaan havaita muutoksia myös pikkulantion elinten toiminnassa. Lantiokorissa dysfunktioita voi esiintyä sacrumissa, SI-nivelissä ja iliumeissa. Erityisesti sacrumin dysfunktiot nousivat vastauksista määrällisesti esiin – selkein yksittäinen dysfunktio vastausten perusteella on sacral sag, jota käsitellään enemmän luvussa 4.2. Myös sacrumin sisäisen liikkeen eli motiliteetin voimakkuus on voinut vähentyä.

Keskivartalon alueella voi pehmytkudoksissa tapahtua monia erilaisia muutoksia. Hypertoniaa saattaa esiintyä muun muassa *m. transversus abdominiksessa* ja raskausajalta peräisin olevalla mahdollisella vatsalihasten erkaumalla voi myös olla vaikutuksia äidin hyvinvointiin. Tuloksissa mainittiin myös *m. psoaksen* hypertonia, minkä oletetaan tarkoittavan *m. psoas majoria* ja *minorina*. Näiden lihasten toiminta vaikuttaa keskivartalon lisäksi lantion alueelle. *Thoracolumbaalisen* faskian tonuksessa saatetaan havaita muutoksia ja *erector spinae* -lihaksissa voi olla huomattavaa hypertoniaa. Synnytysmasennuksesta kärsivältä voidaan tehdä löydöksiä myös lannerangasta, jonka liike voi olla rajoittunutta. *Mesenteriumissa* voi esiintyä jännityksiä ja suoliston toiminta voi olla häiriintynyt.

Rintakehässä voidaan tavata synnytysmasennuksesta kärsivällä hyvin monenlaisia dysfunktioita, jotka voivat aiheuttaa hengitysliikkeen rajoittuneisuutta. Pehmytkudoksista jännittyneisyyttä voi löytyä muun muassa *m. transversus thoraciksesta*, *m. pectoralis minorista*, sekä palleasta, jossa voi esiintyä erilaisia dysfunktioita ja jännittyneisyyttä. Erikseen pallean alueella mainittiin synnytysmasennuksen yhteydessä havaittu

“*shock and stress*”. Pehmytkudosten jännittyneisyys ei rajoitu pelkästään rintakehän alueelle vaan yläraajoissakin voidaan havaita lihasten hypertonisuutta. Liikerajoitteita voi esiintyä rintarangassa ja kylkiluissa. Tulosten mukaan erityisesti rangan ylimenoalueiden toiminnan muutokset kannattaa huomioida. Rintakehän toiminnan muutokset voivat aiheuttaa jännitystä myös keuhkojen alueelle sekä sydämeen ja perikardiaaliseen faskiaan.

Kaularangan alueella voidaan myös havaita dysfunktioita. Tuloksissa painottuu OA-nivelen dysfunktiot ja kallonpohjan alueen jännitykset, mutta kaularangan liikerajoitteet mainittiin myös yleisesti. Kaulan pehmytkudoksissa oli havaittu hypertoniaa. Kallon alueella voi synnytysmasentuneella olla löydöksiä SBS:n dysfunktioita, puremalihasten hypertoniaa ja kallon sisäisen verenkierron heikkenemistä. Aivoselkäydinkalvoissa voi esiintyä dysfunktioita. Sekä yleisesti koko RTM:n alueella, että erityisesti tentorium cerebellin alueella kalvojen liikkuvuus voi olla heikentynyt. Kalvot voivat tuntua kireiltä ja “kuivilta”. CSF:n (*Cerebrospinal fluid*) eli aivoselkäydinnesteen fluktuaatiossa saataan havaita heikkoutta ja PRM voi olla voimakkuudeltaan heikentynyt.

Synnytysmasennukseen voi liittyä hormonitoiminnan häiriöitä. Näissä oleellisesti osallisena ovat hypotalamuksen ja aivolisäkkeen toiminnan muutokset ja niiden aiheuttamat muutokset hormonitoiminnassa. Myös aineenvaihdunnassa voi olla tapahtunut muutoksia synnytysmasennusta sairastavalla. Nestekiertoa voivat heikentää verenkierron kongestiot ja faskiaaliset kireydet, jotka voivat aiheuttaa häiriöitä imunestekiertoon.

6.2 Dysfunktioiden vaikutus kehon toimintaan synnytysmasennusta ajatellen

Tuloksissa tuli hyvin selkeästi esiin sacrumin alueen jännitysten vaikutus äidin hyvinvointiin. Synnytyksen aikana voi sacrumin alueelle jäädä jännityksiä, joilla on vaikutusta myös laajemmin kehoon. Sacrumin dysfunktiot voivat aiheuttaa lihasjännityksiä sekä liikerajoitteita ylemmäs selkärankaan. Sacrumin liikkuvuus on yhteydessä SI-nivelen liikkuvuuteen, jossa myös voidaan havaita dysfunktioita. Vastaavasti myös SI-nivelen liikerajoitteet voivat häiritä sacrumin mobiliteettia. Sacrumin dysfunktioista tuloksissa mainittiin erikseen sacral sag eli sacrumin dysfunktoituminen anterioriseen asentoon, jonka Sutherland on nimennyt. Edellä mainituista syistä johtuvan sacrumin mobiliteetin heikentymisen nähtiin vaikuttavan kraniaalimekanismiin kokonaisuudessaan, ja paikallisesti se voidaan havaita sacrumin motiliteetin laadussa.

Sacrumin liike siis vaikuttaa suoraan kraniaalimekanismiin sekä voi aiheuttaa rankaan nousevia dysfunktioita. Rintarangan jännitys puolestaan, määrittelemättä onko se sekundaarista sacrumin jännityksen kautta vai ei, voi aiheuttaa kraniaalisia dysfunktioita ja niiden kautta päänsärkyä. Myös aivoselkäydinnesteiden fluktuatiossa voidaan aineiston mukaan nähdä muutoksia, joiden arvioitiin aiheutuvan lantion ja rintarangan dysfunktioiden seurauksena. Jännitykset puremalihaksistossa sekä kallonpohjassa voivat myös vaikuttaa kallon alueen jännityksiin.

Dysfunktioiden nähtiin vaikuttavan myös toiseen suuntaan. Aivoselkäydinkalvojen kuivuuden ja kireyden nähtiin vaikuttavan OA-nivelen toimintaan, minkä seurauksena äiti saattaa kokea väsymystä ja huonovointisuutta. Aivoselkäydinkalvojen kuivuus ja kireys voi vaikuttaa myös SBS:n toimintaan, mikä niin ikään voi aiheuttaa väsymystä ja huonovointisuutta. Sekä OA:n että SBS:n dysfunktiot voivat myös vaikuttaa vielä alemmas heikentäen sacrumin mobiliteettia ja motiliteettia. Tästä voidaan puhua myös lyhenteellä IVM eli *the involuntary motion of the sacrum between the ilia*, joka on osa kraniaalimekanismia. IVM:n heikkeneminen voi laskea yleistä vireystasoa, mikä tulosten mukaan voi olla yksi keskeinen tekijä synnytysmasennuksessa. PRM:n heikkeneminen ja hidastuminen voi vaikuttaa muihin kraniaalimekanismin ilmiöihin.

Tulosten mukaan synnytysmasennukseen voi liittyä pään alueen heikentynyt verenkierto. Erityisesti mainittiin laskimopaluun heikentyminen pään alueella, mikä voi aiheuttaa esimerkiksi väsymystä ja huonovointisuutta. Laskimopaluun heikentymiseen voi olla syynä aivoselkäydinkalvojen kireys ja kuivuus. RTM:n jännityksiin puolestaan voivat vaikuttaa sekä puremalihaksiston jännitykset, että kallonpohjan ja erityisesti OA-nivelen dysfunktiot. Paikallisesti siis kalvot vaikuttavat eniten endokraniaaliseen verenkiertoon, mutta syy kalvojen jännittymiselle voi löytyä kauempaa.

Synnytyksen aikana lantionpohjaan saattaa tulla repeämiä, jotka voivat aiheuttaa häiriöitä nestekierrossa, mikä puolestaan voi aiheuttaa turvotusta synnyttäneelle äidille. Lantion ja rintakehän alueen dysfunktiot vaikuttavat alueen lihasten toimintaan ja liikelaajuuksiin. Erityisesti lantion alueen dysfunktioiden mainittiin aiheuttavan faskiaalisia kireyksiä, jotka voivat häiritä normaalia nestekiertoa. Psoas -lihasten jännityksen kuvattiin olevan myös mahdollinen osatekijä nestekierron häiriöille. Nestekierron kannalta olennaiseksi mainittiin lantionpohjan lisäksi pallean ja rintakehän alue. Rintarangan liikerajoitteet itsessään voivat häiritä nestekiertoa, mutta ne voivat myös aiheuttaa jännitystä

pallean alueelle. Myös kylkiluiden hyvä liikkuvuus on tärkeää nesteiden virtaamisen kannalta. Rintarangan jännitykset voivat myös aiheuttaa ongelmia imetyksessä. Rintarangan ja pallean liikerajoitteet voivat tulosten mukaan olla joko kompensatioita lantion alueelta tai jännittyä suoraan jo synnytyksen aikana.

Viskerassa eli sisäelimissä voidaan mahdollisesti nähdä jonkin verran muutoksia synnytysmasennuksen yhteydessä. Raskauden ajalta voi äidille jäädä vatsalihasten erkaumaa. Erkauman voidaan nähdä vaikuttavan faskiaalisten yhteyksien kautta suoliston alueeseen ja aiheuttavan ongelmia sen toiminnassa. Myös selkärangan liikerajoitteet voivat vaikuttaa suoliston toimintaan. Lisäksi selkärangan liikerajoitteet voivat vaikuttaa pikkulantion elimiin, keuhkoihin sekä sydämeen. Rintarangan jännitys voi mahdollisesti vaikuttaa perikardiaalisen faskian toimintaan aiheuttamalla alueelle jännityksiä.

Hormonaalisten toimintojen yhteys synnytysmasennukseen tuli aiheistossa myös esille. Lantion alueen dysfunktioilla voitiin nähdä jonkinlainen yhteys hormonaalisiin toimintoihin. Kuten aiemmissa kappaleissa tuli esille, niin lantion dysfunktioiden voitiin nähdä vaikuttavan myös SBS:n toimintaan. SBS:n toiminnan arvioitiin tulosten mukaan vaikuttavan hormonitoimintaan sitä kautta, että SBS:n dysfunktioilla voisi olla vaikutus hypotalamuksen sekä aivolisäkkeen toimintaan. Lantion alueen dysfunktioiden koettiin vaikuttavan myös hermojen toimintaan, mutta tämän merkitystä ei vastauksissa avattu sen enempää, eli jäi epäselväksi, tarkoitettiinko tällä perifeeristä hermotusta vai keskushermoston toimintaa. Muissa yhteyksissä esille tuodun kraniaalimekanismin ilmiöihin kuuluu myös keskushermoston sisäinen liike, vaikka tätä ei erikseen tuotu vastauksissa esille.

7 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata synnytysmasennusta osteopaattisesta näkökulmasta. Opinnäytetyössä selvitettiin, esiintyykö synnytysmasennuksen yhteydessä tiettyjä kehon rakenteen ja toiminnan muutoksia eli dysfunktioita, ja minkä mekanismien kautta nämä muutokset voisivat olla yhteydessä synnytysmasennukseen. Työn tavoitteena oli tarkastella osteopatian mahdollisuuksia täydentävänä hoitomuotona äidin synnytysmasennuksen hoidossa, sekä lisätä osteopaattien ammattitaitoa tämän kohde-ryhmän hoitoa ajatellen.

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusotetta, koska aineisto oli tyypiltään haastavasti tilastoitavaa. Opinnäytetyö toteutettiin monimuotoisena opinnäytetyönä, joka koostuu kirjallisesta raportista ja tuotoksesta, jonka tarkoituksena on kehittää osteopaattien toimintaa ammatillisella kentällä. Aineistonkeruumenetelmänä oli verkossa toteutettu lomakekysely, jonka puolistrukturoituihin kysymyksiin oli avoin vastausmahdollisuus. Lomakekyselyn kysymykset muodostettiin suoraan opinnäytetyön tutkimustehtävistä.

Opinnäytetyössä noudatettiin yleisesti hyväksytyjä hyvän tieteellisen toiminnan periaatteita sekä eettisiä sääntöjä. Aineistonhankinnassa huolehdittiin kyselyyn osallistuvien itsemääräämisoikeudesta ja yksilön tietosuojasta. Raportoinnissa kiinnitettiin huomiota laadukkaaseen kieliasuun ja lähdeviitteiden huolelliseen merkitsemiseen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta n.d.a.) Yksityisinä ammatinharjoittajina toimiville osteopaateille tehtyyn lomakekyselyyn ei tarvittu tutkimuslupaa eikä myöskään eettistä ennakoarvointia, sillä ihmisten fyysiseen koskemattomuuteen ei puututtu. Myöskään muut kriteerit eettisen ennakoarvioinnin tarpeelle eivät täytyneet (HUS n.d.; Tutkimuseettinen Neuvottelukunta n.d.b.).

Lomakekysely lähetettiin harkinnanvaraisesti osteopaateille, joilla oletettiin olevan aiheesta kokemusta ja julkaistiin lisäksi valmistuneiden suomalaisten osteopaattien foorumilla. Lomakekysely osoittautui hyväksi aineistonhankinnantavaksi, koska sen avulla saatiin valmiiksi tiivistetyssä muodossa olevia vastauksia, eikä tutkimuskysymysten kanalta epäolennaista materiaalia juurikaan tullut. Toisaalta osa vastauksista oli jopa liian pelkistetyssä muodossa, jolloin lisäkysymyksillä olisi todennäköisesti saatu lisää tarkentavaa tietoa etenkin syy-seuraussuhteiden selvittämiseen. Kysely oli melko laaja kirjallisessa muodossa vastattavaksi, joten todennäköisesti tämän takia vastauksia ei tullut

enempää ja ne jäivät osittain vajaiksi. Jos vastausaika olisi ollut pidempi, olisi kysely todennäköisemmin saatu julkaistua myös ulkomaisten organisaatioiden sisällä, mutta aikataulun vuoksi vastausaika ei pidennetty. Lisäksi aihe on mahdollisesti osteopaattien keskuudessa vielä melko tuntematon ja vaatii lisää perehtyneisyyttä aihealueeseen peruskoulutuksen jälkeen, sillä erilaisia mielialahäiriöitä ei käsitellä kovin syvällisesti osteopatian perusopinnoissa. Synnytysmasennuksen tunnistaminen voi myös olla haastavaa. Kyselystä saadut vastaukset analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin.

Lomakekyselystä saadut tulokset vastasivat melko hyvin kirjallisuudesta löytyvää tietoa synnytysmasennuksen osteopaattisesta näkökulmasta, mutta siitä saatiin myös kirjallisuutta täydentävää tietoa. Lomakekyselystä saatujen tulosten ja kirjallisuuden pohjalta tehtiin tuotoksena visuaalinen yhteenveto, joka kuvaa synnytysmasennuksen yhteydessä esiintyviä dysfunktioita, sekä niiden välisiä yhteyksiä. Sekä vastauksissa, että kirjallisuudessa isossa roolissa synnytysmasennuksen hoidossa olivat sacrumin dysfunktiot, kranaalimekanismien häiriöt, kranaaliset dysfunktiot, nestekierron häiriöt, sekä hypotalamuksen ja aivolisäkkeen kautta mahdollisesti aiheutuvat hormonaaliset muutokset.

Sacrumin dysfunktioista merkittävin on sen dysfunktoituminen anteriorisesti eli sacral sag, joka voi aiheutua synnytyksestä. Sacral sag voi aiheuttaa kraniosakraalimekanismin jäämisen ekstensiovaiheeseen, minkä vuoksi äiti voi kokea väsymyksen ja voimattomuuden tunnetta (Kuchera & Kuchera 1994: 157 – 158). Sutherlandin mukaan sacral sag ja siihen liittyvä fascial drag voivat olla yhteydessä mielenterveydellisiin ongelmiin (Sutherland 1953: 283 – 286). Sacrumin dysfunktiot voivat vaikuttaa esimerkiksi aivoselkäydinnesteen fluktuatioon ja aivoselkäydinkalvojen liikkuvuuteen. Primäärirespiraatiomekanismin palpaatiota voidaan käyttää apuna osteopaattisessa tutkimuksessa. (Mitha 2008: 24.) Plotkinin ym. tutkimuksesta käy ilmi, että kranaalirytmien normalisoiminen osteopaattisesti voi edistää masennuksesta paranemista, mutta varmaksi ei voida sanoa, että tätä voitaisiin soveltaa myös synnytysmasennuksen hoitoon, joten tutkimusta aiheesta tarvitaan vielä (Plotkin ym. 2001).

Biomekaanisesti sacrumin dysfunktiot voivat aiheuttaa rangan liikerajoitteita, sekä pehmytkudosjännityksiä muuallakin kehossa. Schaffirin ym. tutkimuksessa todettiin, että synnytysmasennusta sairastavat kärsivät keskimäärin enemmän myös fyysisistä oireista, joista yleisimpiä ovat muun muassa selkä- ja lantiokivut, sekä päänsärky (Schaffir

ym. 2018). Voidaankin pohtia, ovatko nämä biomekaaniset dysfunktiot osa sekä synnytysmasennuksen että kipujen syntymekanismia. Kivut myös voivat aiheuttaa masentuneisuutta ja toisaalta masentuneisuus voi lisätä kipuoireita. Joka tapauksessa fyysisten oireiden hoidon voidaan olettaa olevan tärkeässä asemassa myös synnytysmasentuneen hoidossa, sillä masentuneilla on todettu esiintyvän usein sekä psyykkisiä, että fyysisiä oireita samanaikaisesti, ja näiden molempien hoito on tärkeää masennuksen uusiutumisen estämiseksi (Trivedi 2004).

Kraniaalisia dysfunktioita, joista vastauksissa erikseen mainittiin erityisesti SBS:n dysfunktiot, voi aiheutua muun muassa rintarangan ja puremalihasten jännityksistä, sekä aivoselkäydinkalvojen kuivuudesta ja kireydestä. SBS:n ja OA-nivelen dysfunktiot voivat aiheuttaa äidille väsyneisyyttä ja huonovointisuutta esimerkiksi pään alueen verenkierron heikkenemisen kautta.

Yleisesti koko kehon nestekiertoa voivat aineiston mukaan heikentää lantionpohjan repeämät ja jännitykset, sekä pallean ja rintakehän jännittyneisyys. Nämä jännitykset voivat olla suoraan seurausta synnytyksestä tai olla lantion dysfunktioista peräisin olevia kompensatioita. Kirjallisuuden mukaan kehon palleat vaikuttavat olennaisesti kehon nestekiertoon. Nestekierron heikkeneminen jo itsessään voi aiheuttaa äidille heikkouden ja väsyneisyyden tunnetta, ja voi näin osaltaan edesauttaa synnytysmasennuksen puhkeamista. (Mitha 2008: 23.) Nestekierron vapaata kulkua voidaan tukea osteopaattisesti, ja aineiston perusteella tällä voidaan myös helpottaa synnytysmasennuksen oireita. Rintojen alueen lymfapaluun heikentyessä voi imettäminen hankaloitua rintojen turvotuksen ja arkuuden takia. Tutkimusten mukaan imettämisen ongelmat ja imettämättömyys ovat riskitekijöitä synnytysmasennukselle. (Mitha 2008: 28; Breese McCoy ym. 2006.) Imettäminen voi vaikeutua myös rintarangan jännitysten myötä. Hoitamalla näitä imettämiseen liittyviä ongelmia, osteopaatti voi epäsuorasti vaikuttaa myös synnytysmasennukseen.

Osteopaattisesta näkökulmasta olennaisimpia hormonaalisia muutoksia synnytysmasennuksen yhteydessä ovat HPA-akselin toiminnan muutokset sekä oksitosiinin alhainen määrä, minkä on tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä synnytysmasennukseen (Mah ym. 2013; Skrundz ym. 2011). SBS:n dysfunktiot voivat tulosten mukaan vaikuttaa aivolisäkkeen ja hypotalamuksen toimintaan. Nämä aivojen alueet ovat osa HPA-akselia, jonka tehtävänä on valmistaa keho stressaavaa tilannetta varten (Sills 2012: 502).

Synnytyksmasennukseen voi tutkimusten mukaan olla yhteydessä sekä HPA-akselin alhainen, että ylikorostunut toiminta (Iliadis ym. 2015). HPA-akselin toiminnan häiriöitä synnytyksen jälkeen selittävät hormonaaliset syyt, mutta osteopaattisen kirjallisuuden ja vastauksista saatujen tulosten perusteella myös kallon luiden dysfunktiot voivat olla osallisena HPA-akselin toimintaan (Chrousos & Torpy & Gold 1998; Magoun 2011: 121; Nelson & Glonek 2015: 90).

Manuaalinen terapia lisää hoidettavan oksitosiinin tuotantoa etenkin, jos asiakas kokee olonsa hoitotilanteessa turvalliseksi, mikä voi edistää masennusoireista toipumista (Uvnäs-Moberg & Peterson 2011: 148). Synnytyksmasentuneen hoidossa siis korostuu asiakkaan empaattinen kohtaaminen. Jo pelkkä kohdatuksi tuleminen hoitotilanteessa voi olla hyvin hoitavaa, mikä voi edistää mielialahäiriöistä toipumista. Kriittisesti voidaan pohtia, mikä on näiden synnytyksmasennukseen mahdollisesti liittyvien dysfunktioiden ja niiden hoidon todellinen merkitys ja onko juuri osteopaattisesta hoidosta erityistä hyötyä synnytyksmasennuksen hoidossa verrattuna muuhun manuaaliseen terapiaan. Aiheesta siis tarvitaan lisää tutkimusta.

Toisaalta ilman näiden esiin tulleiden dysfunktioiden esiintymistäkin voi osteopaattisesta hoidosta olla hyötyä esimerkiksi autonomisen hermoston tasapainotuksen kautta, jolloin äidin voi myös olla helpompaa päästä käsiksi emootioiden ja tunteiden yhteyksiin. Kirjallisuudessa sympaattisen hermoston aktiivisuuden ylivirittyneisyys synnytyksmasennuksen yhteydessä tuli selkeästi esiin. Ottaen huomioon, että autonomisen hermoston tasapainottaminen kuuluu olennaisesti osteopaattiseen hoitoon, on yllättävää, ettei tämä tullut esiin vastauksissa. Tähän on kuitenkin voinut osaltaan vaikuttaa aiemmin mainittu kyselyn laajuus. Osteopaattisella hoidolla, etenkin biodynaamisen lähestymistavan kautta, voi olla mahdollista myös auttaa äitiä purkamaan traumaattisia kokemuksia, jotka ovat voineet jäädä kehon muistiin autonomisen hermoston reaktioiden kautta (Pelz 2018: 152–154). Joidenkin kohdalla synnytyksmasennukseen voivat vaikuttaa esimerkiksi omat varhaislapsuuden traumat (Sarkkinen & Juutilainen 2017: 262).

Kuten opinnäytetyön teoriaosuudesta sekä kyselystä saaduista tuloksista voidaan päätellä, on synnytyksmasennus etiologialtaan ja ylläpitäviltä tekijöiltään hyvin moninainen. Tämän takia anamneesin tärkeyttä synnytyksmasennusta potevan tutkimuksessa ei voida sivuuttaa. Muun muassa synnytyksen aikaisia tapahtumia, synnytyksen jälkeisiä fyysisiä oireita ja vauvan ruokintatapaa tiedustelemalla voidaan päästä jyvälle tekijöistä, jotka mahdollisesti ovat synnytyksmasennuksen taustalla. Masennusoireista kärsivältä on

myös poissuljettava kilpirauhasen toiminnan häiriöt, sekä alhaiset rauta-arvot, jotka voivat aiheuttaa masennuksen kaltaisia oireita (Kendall-Tackett 2017: 75; National Heart, Lung, and Blood Institute n.d.).

Tutkimusten kannalta olisi myös olennaista yhtenäinen synnytysmasennuksen määritelmä. Tutkimuksissa osalla äideistä masennus oli alkanut jo raskausaikana tai sitä ennen, jolloin ne eivät välttämättä ole varsinaisia synnytyksen jälkeisiä masennustiloja ja voivat vaikuttaa näin tutkimustuloksia vääristävästi. On myös esitetty, että synnytysmasennus voitaisiin jakaa alaluokkiin, koska sen etiologia voi vaihdella yksilöiden välillä (Cramer 1997).

Koska tämän opinnäytetyön kirjallisen raportin osuuteen käytettiin sekä osteopatian että muiden alojen kirjallisuutta, se nivoi yhteen synnytysmasennukseen yhteydessä olevia kehollisia tekijöitä hyvin laaja-alaisesti. Työllä saatiin myös kuuluviin osteopaattien kokemusperäistä tietoa aiheesta, mikä täydentää synnytysmasennusta käsittelevää kirjallisuutta. Opinnäytetyön toivotaan auttavan osteopaatteja tämän asiakaskunnan hoidossa.

Lee Phillips viittaa artikkelissaan Michael O'Haran tutkimukseen, jonka perusteella voidaan todeta, että psykoterapian tulisi olla ensisijainen hoitomuoto synnytysmasennusta sairastavalle lääkkeiden sijaan (Lee Phillips 2011). Vaikka lääkkeillä onkin paikkansa synnytysmasennuksen hoidossa, on tämän asiakaskunnan kohdalla tärkeää pohtia myös lääkkeettömiä hoitovaihtoehtoja, ja Dennisin & Chung-Leen tekemän tutkimuksen perusteella äidit hoitavat masennustaan mieluummin keskusteluavulla kuin lääkkein. Lääkkeiden hyödyistä tämän mielialahäiriön hoidossa tai niiden vaikutuksista rintaruokituu vauvaan ei vielä ole myöskään saatu täysin selkeitä tutkimustuloksia. (Dennis & Chung-Lee 2006; Molyneaux ym. 2014; Hertzberg 2000.)

Näiden tietojen valossa onkin oleellista selvittää, olisiko osteopatia hyvä lisä synnytysmasennuksen lääkkeettömäksi hoitomuodoksi keskusteluavun ohessa. Lääkityshoidon lisäksi synnytysmasennuksen hoidossa ei juuri oteta huomioon kehossa tapahtuvia fysiologisia muutoksia, minkä takia osteopatian mahdollisuuksien arviointi tämän mielialahäiriön hoidossa olisikin arvokasta. Jatkotutkimuksiin synnytysmasennuksen osteopaattisesta hoidosta on aihetta, sillä se täydentäisi synnytysmasennuksen hoitoa, jonka suosituksissa kehollinen aspekti jää tällä hetkellä vajavaiseksi. Tämän opinnäytetyön perusteella voidaan kuitenkin todeta, että osteopatialla voisi olla paljon annettavaa synnytysmasennuksen hoidossa. Vauvan syntymän jälkeisen ajan tulisi olla onnellista aikaa niin

äidille kuin koko muullekin perheelle. Tukemalla äidin hyvinvointia voi osteopaatti osallistua auttaa perhettä nauttimaan lapsen syntymästä täysin siemauksin.

Lähteet

Abdollahi, Fatemeh & Lye, Munn-Sann & Zarghami, Mehran 2016. Perspective of Postpartum Depression Theories: A Narrative Literature Review. *North American Journal of Medical Sciences* 8(6): 232 – 6. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4960931/>> Luettu 27.11.2018

Akman, I & Kuscu, K & Özdemir, N & Yurdakul, Z & Solakoglu, M & Orhan, L & Karabekiroglu, A & Özek, E 2006. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Archives of Disease in Childhood* 91 (5): 417 – 419. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2082735/>>. Luettu 14.11.2018

Ainassaari, Mira 2011. Äidin synnytyksen jälkeinen masennus: Terveystenhoitajien valmiudet tunnistaa ja tukea. Saatavana osoitteessa: <<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201101271800>>. Luettu 9.5.2018

Altemus, M & Deuster, PA & Galliven, E & Carter, CS & Gold, PW 1995. Suppression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to stress in lactating women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 80 (10): 2954 – 9.

Angelo, Rita di Cássia de Oliveira & da Silva, Denila Coelho, Zambaldi, Carla Fonseca & Cantilino, Amaury & Sougey, Everton Botelho 2014. Influence of body posture on the association between postpartum depression and pain. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* 2014 36: 36-39. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<http://www.scielo.br/pdf/trends/v36n1/2237-6089-trends-36-01-00032.pdf>>. Luettu 13.11.2018.

Areias, M.E. & Kumar, R. & Barros, H. & Figueiredo, E. 1996. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *The British Journal of Psychiatry* 169 (1): 36 – 41.

Beck, Cheryl Tatano 2001. Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research* 50 (5): 275 – 285. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://pdfs.semanticscholar.org/5f1d/4110299a6342ab8d1c21130d0635f976d66f.pdf>>. Luettu 14.11.2018

Beck, Cheryl Tatano 2002a. Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment implications. *American Journal of Maternal/Child Nursing* 27: 282–7.

Beck, Cheryl Tatano 2002b. Postpartum depression: a metasynthesis. *Qualitative Health Research* 12 (4): 453 – 72.

Beck, Cheryl Tatano & Watson Driscoll, Jeanne 2006. *Postpartum Mood and Anxiety Disorders. A Clinician's Guide*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

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. & Weiss, Patrice M. 2014. *Obstetrics and Gynecology*. Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.

Bloch, M & Schmidt, P.J. & Danaceau, M. & Murphy, J. & Nieman, L. & Rubinow, D.R. 2000. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *The American Journal of Psychiatry* 157 (6): 924 – 30. Saatavana osoitteessa: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.157.6.924?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed>. Luettu 15.11.2018

Breese McCoy, Sarah J. 2007. Response. *The Journal of the American Osteopathic Association*. Vol. 107, 200. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa <<http://jaoa.org/article.aspx?articleid=2093532&resultClick=1>>. Luettu 28.11.2018

Breese McCoy, Sarah J. & Beal, Martin J. & Miller Shipman, Stacia B. & Payton, Mark E. & Watson, Gary H. 2006. Risk Factors for Postpartum Depression: A Retrospective Investigation at 4-Weeks Postnatal and a Review of the Literature. *The Journal of the American Osteopathic Association* 106: 193 – 198. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<http://jaoa.org/article.aspx?articleid=2093295>>. Luettu 15.11.2018

Brown, Stephanie & Lumley, Judith 2000. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. Centre for the Study of Mother's and Children's Health, La Trobe University, Melbourne, Australia. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107: 1194-1201. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11607.x>>. Luettu 15.11.2018

Buttner, Melissa M. & Mott, Sarah L. & Pearlstein, Teri & Stuart, Scott & Zlotnick, Caron & O'Hara, Michael W. 2013. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Archives of Women's Mental Health* 16 (3): 219 – 225.

Capobianco, John D. 2005. Chapman's Reflex Points. Teoksessa DiGiovanna, Eileen L. & Schiowitz, Stanley: *An Osteopathic Approach to Diagnosis and Treatment*. Philadelphia: Lippincott – Raven Publishers. 113 – 117.

Chang, S.R. & Chen, K.H. & Ho, H.N. & Lai Y.H. & Lin, M.I. & Lee, C.N. & Lin, W.A. 2015. Depressive symptoms, pain, and sexual dysfunction over the first year following vaginal or cesarean delivery: A prospective longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies* 52 (9): 1433 – 1444.

Chrousos, G.P. & Torpy, D.J. & Gold P.W. 1998. Interactions between the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the female reproductive system: clinical implications. *Annals of Internal Medicine* 129 (3): 229 – 40. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<http://annals.org/aim/fullarticle/711597/interactions-between-hypothalamic-pituitary-adrenal-axis-female-reproductive-system-clinical>>. Luettu 15.11.2018

Comasco, E & Sylvén, SM & Papadopoulos, FC & Orelund, L & Sundtröm-Poromaa, I & Skalkidou, A 2011. Postpartum depressive symptoms and the BDNF Val66Met functional polymorphism: effect of season of delivery. *Archives of Women's Mental Health* 14 (6): 453 – 63.

Cramer, Bertrand 1997. *Psychodynamic Perspectives on the Treatment of Postpartum Depression*. Toimitetussa teoksessa *Postpartum Depression and Child Development*. Toim. Murray, Lynne & Cooper, Peter J. The Guilford Press.

Dennis, C.L. & Chung-Lee, L. 2006. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth* 33 (4): 323 – 31.

Dennis, C.L. & McQueen, K. 2009. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics* 123 (4): e736 – 51.

Dennis, C.L. & Ross, L. 2005. Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth* 32 (3): 187 – 93.

Dennis, C.L. & Ross L.E. 2006. The clinical utility of maternal self-reported personal and familial psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 85 (10): 1179 – 85.

Deoora, K. Tajinder 2003. Healing through cranial osteopathy. Frances Lincoln Limited 2003.

Depressio 2016. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023#NaN>>. Luettu 4.11.2018

Diego, M.A. & Field, T. & Hernandez-Reif, M. & Cullen, C. & Schanberg, S. & Kuhn, C. 2004. Prepartum, postpartum, and chronic depression affects on newborns. *Psychiatry* 67 (1): 63 – 80.

Dinarello, Charles A. 2000. Proinflammatory cytokines. *Chest Journal* 118 (2): 503 – 8.

Ding, T. & Wang, D.X. & Qu, Y. & Chen, Q. & Zhu, S.N. 2014. Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of postpartum depression: a prospective cohort study. *Anesthesia & Analgesia* 119 (2): 383 – 392.

Doan, T. & Gardiner, A. & Gay, C.L. & Lee, K.A. 2007. Breast-feeding increases sleep duration of new parents. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 21 (3): 200 – 6.

Douglas, A.R. 2000. Reported anxieties concerning intimate parenting in women sexually abused as children. *Child Abuse & Neglect* 24 (3): 425 – 434.

Dubowitz, Howard & Black, Maureen M. & Kerr, Mia A. & Hussey, Jon M. & Morrel, Tanya M. & Everson, Mark D. & Starr, Raymond H. Jr. 2001. Type and Timing of Mothers' Victimization: Effects on Mothers and Children. *Pediatrics* 107 (4): 728 – 35.

Edinburg Postnatal Depression Scale (EDPS) 1987. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150:782-6.

Eisenach, James C. & Pan, Peter H. & Smiley, Richard & Lavand'homme, Patricia & Landau, Ruth & Houle, Timothy T. 2008. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain* 140 (1): 87 – 94. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2605246/>>. Luettu 15.11.2018

Ekström, A & Nissen, E 2006. A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics* 118(2): e309 – 14.

Ensi- ja turvakotien liitto n.d. Synnytysmasennus. Saatavana osoitteessa: <<https://ensijaturvakotienliitto.fi/vauvaitkee/kun-et-enaajaksa/synnytysmasennus/#1491905961832-bec2caac-1259>>. Luettu 22.11.2018

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Osuuskunta Vastapaino 1998.

Ettlinger, Hugh & Gintis, Bonnie 1997. Cranial Concepts. Teoksessa DiGiovanna, Eileen L. & Schiowitz, Stanley: An Osteopathic Approach to Diagnosis and Treatment. Philadelphia: Lippincott – Raven Publishers. 385 – 415.

Fan, Fengling & Zou, Yuliang & Ma, Aiqun & Yue, Yafel & Mao, Wenjun & Ma, Xiancang 2009. Hormonal changes and somatopsychologic manifestations in the first trimester of pregnancy and postpartum. International Journal of Obstetrics & Gynecology 105 (1)

Feldman, Ruth & Granat, Adi & Pariente, Clara & Kanety, Hannah & Kuint, Jacob & Gilboa-Schchtman, Eva 2009. Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infantsocial engagement, fear regulation, and stress reactivity. Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry 2009 48(9): 919 – 27.

Field, Tiffany & Diego, Miguel & Hernandez-Reif, Maria 2009. Infants of Depressed Mothers Are Less Responsive to Faces and Voices: A Review. Infant Behavior and Development 32 (3): 239 – 44. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2735764/>>. Luettu 28.11.2018

Figueiredo, Bárbara & Dias, Cláudia C. & Brandao, Sónia & Catarina, Canário & Nunes-Costa, Rui 2013. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. Jornal de Pediatria 89 (4): 332 – 338.

Fossum, Christian & Kuchera, Michael L. & Devine, William H. & Wilson, Kendall 2011. Chapman's Approach. Teoksessa Chila, Anthony G.: Foundations of Osteopathic Medicine. Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business. 853 – 865.

Gerhardt, K. & Montag, G. & Ruetz, M. & Schwerla, F. 2008. Osteopathic treatment of women suffering from urinary incontinence following an injury to the perineum during delivery: A randomized controlled trial. International Journal of Osteopathic Medicine 11: 149 – 168.

Groer, Maureen W. & Morgan, Katherine 2007. Immune, health and endocrine characteristics of depressed postpartum mothers. The Official Journal of International Society of Psychoneuroendocrinology 32 (2): 133 – 9.

Hamdan, A. & Tamim, H. 2011. Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. Archives of Women's Mental Health 14 (2): 125 – 33.

Handlin, L. & Jonas, W. & Petersson, M. & Ejdebäck, M. & Ransjö-Arvidson, A.B. & Nissen, E. & Uvnäs-Moberg, K. 2009. Effects of sucking and skin-to-skin contact on maternal ACTH and cortisol levels during the second day postpartum-influence of epidural analgesia and oxytocin in the perinatal period. Breastfeed Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine 4 (4): 207 – 20.

Hastings, Victoria & McCallister, Adrienne Marie & Curtis, Sarah A. & Valant, Roseanna J. & Yao, Sheldon 2016. Efficacy of Osteopathic Manipulative Treatment for Management of Postpartum Pain. *The Journal of the American Osteopathic Association* 116: 502-509. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<http://jaoa.org/article.aspx?articleid=2538810&resultClick=1>> Luettu 29.11.2018

Haugland, Kari Straume & Rasmussen, Svein & Daltveit, Anne Kjersti 2006. Group intervention for women with pelvic girdle pain in pregnancy. A randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2006; 85(11): 1320-1326.

Hayden, Elizabeth C. 2008. *Osteopathy for children*. Third Edition.

Hellgren, C. & Akerud, H. & Jonsson, M. & Sundström Poromaa, I. 2011. Sympathetic reactivity in late pregnancy is related to labour onset in women. *Stress* 14 (6): 627 – 33.

Hermanson, Elina 2012. Synnyttäneen äidin herkistyminen ja masennus. *Duodecim Terveyskirjasto*. Saatavana osoitteessa: <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00207>. Luettu 11.11.2018

Hertzberg, Tove 2000. Synnytyksen jälkeinen masennus. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 116 (14): 1491 – 1497. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2000/14/duo91650>>. Luettu 15.11.2018

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 1997. *Tutki ja Kirjoita*. Tekijät ja Kirjayhtymä Oy.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. *Tutki ja Kirjoita*. Helsinki: Tammi

Houston, Kathryn A. & Kaimal, Anjali J. & Nakagawa, Sanae & Gregorich, Steven E. & Yee, Lynn M. & Kuppermann, Miriam 2015. Mode of delivery and postpartum depression: the role of patient preferences. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 212(6): 229.e1 – 229.e7.

HUS n.d. Ihminen tutkimuksen kohteena. Saatavana osoitteessa: <<http://www.hus.fi/tutkijalle/tutkimuslupa/kohteena-ihminen/Sivut/default.aspx>>. Luettu 28.11.2018

Huttunen, Matti 2016. Synnytyksen jälkeinen masennus. *Lääkärikirja Duodecim*. Saatavana osoitteessa: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00505> Luettu 27.1.2018

Huttunen, Matti 2017. Lapsivuodepsykoosi. *Duodecim Terveyskirjasto*. Saatavana osoitteessa: <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00381>. Luettu 9.11.2018

Iliadis, Stavros I. & Comasco, Erika & Sylvén, Sara & Hellgren, Charlotte & Sundström Poromaa, Inger & Skalkidou, Alkistis 2015. Prenatal and Postpartum Evening Salivary Cortisol Levels in Association with Peripartum Depressive Symptoms. *PLoS One* 10 (8): e0135471. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4556108/>>. Luettu 14.11.2018

Izumi, Mie & Manabe, Emiko & Uematsu, Sayo & Watanabe, Ayako & Mori-tani, Toshio 2016. Autonomic nervous system activity and anxiety and depressive symptoms in mothers up to 2 years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 37 (2): 51 – 56.

Kampman, Olli & Heiskanen, Tarja & Holli, Matti & Huttunen, Matti O. & Tuulari, Jyrki (toim.): *Masennus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kendall-Tackett, Kathleen 2007. A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *International Breastfeeding Journal* 2: 6. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1855049/>>. Luettu 15.11.2018

Kendall-Tackett, Kathleen 2017. *Depression in New Mothers. Causes, consequences and treatment alternatives*. Abingdon, New York: Routledge

Kendall-Tackett, Kathleen & Cong, Zhen & Hale, Thomas W. 2015. Birth Interventions Related to Lower Rates of Exclusive Breastfeeding and Increased Risk of Postpartum Depression in a Large Sample. *Official Journal of the United States Lactation Consultant Association* 6 (3): 86 – 97. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <http://www.kathleenkendall-tackett.com/kendall-tackett_birth_intervention_ppd_CL6-3__1_.pdf>. Luettu 15.11.2018

Kirveskoski, Tiina - Leppiaho, Heidi 2016. MITEN ÄITI JAKSAA? : Puheeksi ottamisen simulaatioharjoitus kätilö- ja terveydenhoitajaopiskelijoille. Saatavana osoitteessa: <<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201604144375>> Luettu 9.5.2018

Koyasu, K. & Kinkawa, M. & Ueyama, N. & Tanikawa, Y. & Adachi, K. & Matsuo, H, 2015. The prevalence of primary neck and shoulder pain and its related factors in Japanese postpartum women. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology* 42 (1): 5 – 10.

Kuchera, Michael L. 2011. *Lymphatics Approach*. Teoksessa Chila, Anthony G.: *Foundations of Osteopathic Medicine*. Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business. 786 – 808.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy. Helsinki

Lee Phillips, Melissa 2011. Treating postpartum depression. *American Psychological Association* 42 (2): 46. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.apa.org/monitor/2011/02/postpartum.aspx>>. Luettu 27.11.2018

Leminen, Henri & Paavonen, Jorma 2013. Kuukautisia edeltävä oireyhtymä ja dysforinen häiriö. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 129 (17): 1756 – 63. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/17/duo11201>>. Luettu 15.11.2018

Liem, Torsten 2005. *Cranial Osteopathy: Principles and Practice*. Churchill Livingstone.

Machado Campos Martins, Mariana & Assis, Karine Franklin & de Cássia Carvalho Oliveira, Fabiana & Queiroz Ribeiro, Andréia & Maria Am-

aral Araújo, Raquel & Faisal Cury, Alexandre & Priore, Silvia Eloiza & do Carmo Castro Franceschini 2014. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. *Rev Saude Publica* 48(6): 985 – 994. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600985>. Luettu 15.11.2018

Magoun, Harold I. 1976. *Osteopathy in the Cranial Field*. Indianapolis: The Cranial Academy.

Mah, Beth L. & Van Ijzendoorn, Marinus H. & Smith, Roger & Bakermans-Kranenburg, Marian J. 2013. Oxytocin in postnatally depressed mothers: Its influence on mood and expressed emotion. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 40: 267 – 272.

Martinke, David J. & Dowling, Dennis J. 1997. *The Philosophy of Osteopathic Medicine*. Teoksessa DiGiovanna, Eileen L. & Schiowitz, Stanley: *An Osteopathic Approach to Diagnosis and Treatment*. Philadelphia: Lippincott – Raven Publishers. 4 – 7.

McCoy, Sarah J. 2007. Response. *The Journal of the American Osteopathic Association* 107: 200. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<http://jaoa.org/article.aspx?articleid=2093532&resultClick=1>> Luettu 27.11.2018

Mezzacappa, E.S. & Kelsey, R.M. & Katkin, E.S. 2005. Breast feeding, bottle feeding, and maternal autonomic responses to stress. *Journal of Psychosomatic Research* 58 (4): 351 – 65.

Mitha, Noori 2008. *Accompanying the mother before, during and after pregnancy*. Teoksessa Moeckel, Eva & Mitha, Noori 2008. *Textbook of Pediatric Osteopathy*. Lontoo: Churchill Livingstone Elsevier. 15 – 28.

Molyneaux, Emma & Howard, Louise M. & McGeown, Helen R. & Karia, Amar M. & Trevillion, Kylee 2014. Antidepressant treatment for postnatal depression. *The Cochrane Collaboration*. Published by John Wiley & Sons, Ltd. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002018.pub2/full>>. Luettu 13.11.2018

Moore, Jason 2016. *Heart Rate Variability vs. Heart Rate*. HRV Course. *The Science and Application of Heart Rate Variability*. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://hrvcourse.com/heart-rate-variability-vs-heart-rate/>>. Luettu 13.11.2018

National Heart, Lung, and Blood Institute n.d. *Iron-Deficiency Anemia*. Verkkolähde: <<https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/iron-deficiency-anemia>>. Luettu 29.11.2018

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

Nelson, Kenneth E. & Glonek, Thomas 2015. *Somatic Dysfunction in Osteopathic Family Medicine*. Wolters Kluwer Health. Baltimore, Philadelphia.

Panhang, V & West, P & Savoy-Moore, RT & Geeta, M & Reickert, E 2009. Is seasonal variation another risk factor for postpartum depression? *Journal of the American Board of Family Medicine* 22 (5): 492 – 7. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<http://www.jabfm.org/content/22/5/492.long>>. Luettu 15.11.2018

Patterson, Michael M. & Wurster, Robert D. 2011. Somatic dysfunction, Spinal Facilitation, and Viscerosomatic Integration. Teoksessa Chila, Anthony G.: Foundations of Osteopathic Medicine. Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business. 118 – 133.

Pelz, Holger 2018. Psychotherapy and osteopathy. Teoksessa Mayer, J. & Standen, C. (toim.): Textbook of Osteopathic Medicine. Munich, Germany: Elsevier. 147 - 157.

Plotkin, B.J. & Rodos, J.J. & Kappler, R. & Schrage, M. & Freydl, K. & Hasegawa, S. & Hennegan, E. & Hilchie-Scmidt, C. & Hines, J. & Iwata, J. & Mok, C. & Raffaelli, D. 2001. Adjunctive osteopathic manipulative treatment in women with depression: a pilot study. The Journal of the American Osteopathic Association 101 (9): 517 – 523. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<http://jaoa.org/article.aspx?articleid=2092700&resultClick=1>>. Luettu 17.11.2018

Robertson, Emma & Grace, Sherry & Wallington, Tamara & Stewart, Donna E. 2004. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. General Hospital Psychiatry 26 (4): 289 – 295.

Ross, Lori E. & Murray, Brian J. & Steiner, Meir 2005. Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. Journal of Psychiatry & Neuroscience 30(4): 247 – 256. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1160560/>>. Luettu 15.11.2018

Sand, Olav & Sjaastad, Oystein V. & Haug, Egil & Bjålie, Jan G. Toverud, Kari C. 2014. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sarkkinen, Mirja 2003. Masentunut äiti –tydyttävän äitiydenkokemuksen ulkopuolella. Teoksessa: Niemelä, P. & Siltala, P. & Tamminen, T. (toim.): Äidin ja vauvan välinen vuorovaikutus. Helsinki: WSOY. 283–305.

Sarkkinen, Mirja & Juutilainen, Kirsi 2017. Synnytyksen jälkeinen masennus. Teoksessa Kampman, Olli & Heiskanen, Tarja & Holi, Matti & Huttunen, Matti O. & Tuulari, Jyrki (toim.): Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 256 – 268.

Schaffir, Jonathan & Kunkler, Anne & Lynch, Courtney D. & Benedict, Jason & Soma, Lioriana & Doering, Andrew 2018. Association between postpartum physical symptoms and mood. Journal of Psychosomatic Research 107: 33-37.

Schiller, Chrystal Edler & Meltzer-Brody, Samantha & Rubinow, David, R 2014. The role of reproductive hormones in postpartum depression. CNS spectrums 20 (1): 48 – 59.

Schwerla, Florian & Rother, Katrin & Rother, Denis & Ruetz, Michaela & Resch, Karl-Ludwig 2015. Osteopathic Manipulative Therapy in Women With Postpartum Low Back Pain and Disability: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. The Journal of American Osteopathic Association 115: 416-425. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<http://jaoa.org/article.aspx?articleid=2362399&resultClick=1>> Luettu 29.11.2018

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.: Foundations of Osteopathic Medicine. Baltimore, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business. 3 – 22.

Sibolboro Mezzacappa, E. & Endicott, J. 2007. Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. *Archives of Women's Mental Health* 10 (6): 259 – 66.

Sills, Franklyn 2012. *Foundations in Craniosacral Biodynamics. The Sentient Embryo, Tissue Intelligence, and Trauma Resolution. Volume Two.* Berkeley, California: North Atlantic Books.

Siltala, Pirkko 2003. Teoksessa Niemelä, Pirkko & Siltala, Pirkko & Tamminen, Tuula (toim.): *Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus.* Helsinki: WSOY.

Skalkidou, Alkistis & Hellgren, Charlotte & Comasco, Erika & Sylvén, Sara & Sundström Poromaa, Inger 2012. Biological Aspects of Postpartum Depression. *Women's Health* 8 (6): 659 – 672. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.2217/whe.12.55?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed>. Luettu 15.11.2018

Skrundz, Marta & Bolten, Margarete & Nast, Irina & Hellhammer, Dirk H. & Meinschmidt, Gunther 2011. Plasma Oxytocin Concentration during Pregnancy is associated with Development of Postpartum Depression. *Neuropsychopharmacology* 36 (9): 1886 – 1893. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.nature.com/articles/npp201174>>. Luettu 15.11.2018

Stone, Caroline A. 2007. *Visceral and Obstetric Osteopathy.* Lontoo: Churchill Livingstone Elsevier.

Stuebe, Alison M. & Grewen, Karen & Meltzer-Brody 2013. Association Between Maternal Mood and Oxytocin Response to Breastfeeding. *Journal of Women's Health* 22 (4): 352 – 361. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3627433/>>. Luettu 15.11.2018

Sutherland, William Garner Sutherland 1953. *Talks at the Clinical Conference: Kirksville Missouri.* Toim. Sutherland, Adah Stran & Wales, Anne L. 1998. *Contributions of Thought. The Collected Writings of William Garner Sutherland, D.O. Second Edition.* Sutherland Cranial Teaching Foundation, Inc. 278-296.

Swenson, Carolyn W. & DePorre, Julia A. & Haefner, Jessica K. & Berger, Mitchell B. & Fenner, Dee E. 2018. Postpartum depression screening and pelvic floor symptoms among women referred to a specialty postpartum perineal clinic. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 218 (3): 335.e1 – 335.e6

Sylvén, Sara M. & Elenis, Evangelia & Michelakos, Theodoros & Larsson, Anders & Olovsson, Matts & Sundström Poromaa, Inger & Skalkidou, Alkistis 2013. Thyroid function tests at delivery and risk for postpartum depressive symptoms. *Psychoneuroendocrinology* 38 (7): 1007 – 1013.

Trivedi, Madhukar H. 2004. The Link Between Depression and Physical Symptoms. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry.* 6 (1): 12 – 16. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC486942/>>. Luettu 29.11.2018

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos.* Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen Neuvottelukunta n.d.a. Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä. Saatavana osoitteessa: <<https://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-ihmistieteissa#1>>. Luettu 28.11.2018

Tutkimuseettinen Neuvottelukunta n.d.b. Eettinen ennakoarviointi Suomessa. Saatavana osoitteessa: <<https://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-suomessa>>. Luettu 28.11.2018

Uvnäs-Moberg, Kerstin & Peterson, Maria 2011. Role of oxytocin and oxytocin-related effects in manual therapies. Teoksessa King, Holis H. & Jänig, Wilfrid & Patterson, Michael M. The Science and Clinical Application of Manual Therapy. Elsevier. 147 – 162. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <https://books.google.fi/books?id=nYzQAQAQBAJ&printsec=frontcover&hl=fi&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Luettu 15.11.2018

Valentine, Jeannette M. & Rodriguez, Michael A. & Lapeyrouse, Lisa M. & Zhang, Muyu 2011. Recent intimate partner violence as a prenatal predictor of maternal depression in the first year postpartum among Latinas. Archives of Women's Mental Health 14 (2): 135 – 143.

Van Bussel, J.C. & Spitz, B. & Demyttenaere, K. 2009. Depressive symptomatology in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal antenatal orientations. Archives of Women's Mental Health 12 (3): 155 – 66.

Virtuaaliammattikorkeakoulu n.d. Monimuotoinen/toiminnallinen opinnäytetyö. Saatavana osoitteessa: <<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>>. Luettu 16.5.2018

Wassef, Andréanne & Nguyen, Quoc Dinh & St-André 2018. Anemia and depletion of iron stores as risk factors for postpartum depression: a literature review. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 24: 1 – 10.

Webster, J. & Linnane, J.W. & Dibley, L.M. & Hinson, J.K. & Starrenburg, S.E. & Roberts, J.A. 2000. Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? Birth 27 (2): 97 – 101.

Wisner, K.L. & Perel, J.M. & Findling, R.L. 1996. Antidepressant treatment during breastfeeding. The American Journal of Psychiatry 153 (9): 1132 – 7.

Wylie, Linda 2005. Essential Anatomy and Physiology in Maternity Care. Elsevier Churchill Livingstone.

Äimä ry. n.d. Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireita. Saatavana osoitteessa: <<https://aima.fi/oireet-2/>>. Luettu 29.11.2018

Saatekirje

Tervehdys Metropolia!

Onko sinulla osteopaattina kokemusta asiakkaista, joilla on ollut synnytysmasennusta? Kuulisimme mielellämme kokemuksiasi.

Teemme opinnäytetyötä osteopaattisesta näkökulmasta synnytysmasennukseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää synnytysmasennuksen taustalla olevia kehon toiminnan ja rakenteen muutoksia. Sen tavoitteena on lisätä osteopaattien ammattitaitoa hoitaa synnytysmasentunutta äitiä ja näin tuoda osteopatiaa tunnetummaksi hoitomuodoksi osana synnytysmasennuksen muuta hoitoa. Vastaa kyselyymme alla olevan linkin kautta. Kysely on avoinna syyskuun loppuun asti. Kaikkiin kohtiin ei tarvitse vastata, olemme kiitollisia myös yksittäisistä tiedonjyvistä!

Venla Karttunen ja Laura Vierimaa
Metropolia Ammattikorkeakoulu

Greetings from Metropolia!

Do you as an osteopath have experience with clients who have had postpartum depression? We would like to hear your experiences.

We are making a bachelor's thesis about osteopathic perspective for postpartum depression. The purpose of the thesis is to find out what kind of changes in the structure or function of the body are associated with postpartum depression. The aim of this thesis is to increase the professional skills of osteopaths to treat a mother suffering from postpartum depression and make osteopathy more known as a complementary treatment form among the other treatments for postpartum depression. We kindly ask you to answer our questionnaire via the link below. The questionnaire is open until the end of September. You do not have to answer into every part - we are grateful for any piece of information!

Venla Karttunen and Laura Vierimaa
Metropolia University of Applied Sciences
Helsinki, Finland

Lomakekysely suomeksi



Bitte wählen Sie eine Sprache aus. / Veuillez s'il vous plaît choisir une langue. / Please choose a language. / Selezionare una lingua. / Lützen bir dil seçin. / Por favor, seleccione un idioma. / Por favor escolha um idioma. / Kies een taal. / Välj ett språk. / Vennligst velg et språk. / Vælg sprog. / Valitse kieli. / الرجاء اختيار لغتك.

- Suomi
 English

Sivu 1

Hyvä lomakekyselyyn osallistuja

Tämä on lomakekysely Osteopaattinen näkökulma synnytysmasennukseen -opinnäytetyötä varten. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää synnytysmasennuksen taustalla olevia kehon toiminnan ja rakenteen muutoksia. Tähän lähdetään hakemaan vastausta kartoittamalla tämän kyselytutkimuksen avulla mitä dysfunktioita esiintyy synnytysmasennuksen yhteydessä ja kuinka nämä osteopaattiset löydökset mahdollisesti vaikuttavat kehon toimintaan erityisesti synnytysmasennusta ajatellen.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä osteopaattien ammattitaitoa hoitaa synnytysmasentunutta äitiä ja näin tuoda osteopatiaa tunnetummaksi hoitomuodoksi osana synnytysmasennuksen muuta hoitoa. Opinnäytetyön kohderyhmä ovat osteopaatit, mutta sen perimmäiset hyödynsaajat ovat kuitenkin synnytysmasennusta sairastavat naiset ja heidän perheensä, joihin äidin masennus myös vaikuttaa.

Vastaamalla kyselyyn annat suostumuksesi käyttää vastauksiasi opinnäytetyössä. Vastaajat pysyvät opinnäytetyössä anonyymeina, eivätkä vastaajien nimet tule myöskään opinnäytetyön tekijöiden tietoon. Vastauksista saatua aineistoa käytetään ainoastaan opinnäytetyöhön ja aineisto hävitetään työn valmistuttua. Vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää ilmoittamatta syytä opinnäytetyön tekijöille ilman, että siitä koituu vastaajalle mitään haittaa. Mikäli haluat keskeyttää osallistumisesi vastaamisen jälkeen, voit olla yhteydessä opinnäytetyön tekijöihin:

Venla Karttunen
Sähköposti
Puhelinnumero

Laura Vierimaa
Sähköposti
Puhelinnumero

Jos haluat keskeyttää vastaamisen ja jatkaa sitä myöhemmin, sinun tulee ottaa talteen koodi kyselyn oikeasta yläkulmasta ja sulkea kysely selaamatta sitä loppuun asti. Pääset takaisin jo aloittamaasi kyselyyn tallentamasi koodin avulla.

Vastaamisen helpottamiseksi olemme tehneet erilliset vastauskentät eri kehon alueille ja elinjärjestelmille. Sinun ei tarvitse vastata kyselyn kaikkiin kohtiin, vaan vain niihin, jotka koet merkityksellisiksi. Lähdevinkejä aiheeseen liittyen voit mainita kyselyn lopussa.

Sivu 2

1.

Mihin kiinnität ensimmäiseksi huomiota tutkiessasi synnytysmasentunutta asiakasta?

Sivu 3

2.

a) Millaisia synnytysmasennuksen kannalta olennaisia dysfunktioita voi kokemuksesi mukaan löytyä tältä kehon alueelta?

b) Minkä mekanismin kautta arvioit näiden dysfunktioiden vaikuttavan kehon toimintaan ja sitä myötä synnytysmasennukseen?

Voit vastata kohtiin, jotka koet merkityksellisiksi

Lihaksisto

a)

b)

Selkäranka

a)

b)

Lantio

a)

b)

Kallo

a)

b)



Reciprocal tension membrane

a)



b)



Primary respiratory mechanism

a)



b)

Muuta

Sivu 4

3.

a) Millaisia synnytysmasennuksen kannalta olennaisia dysfunktioita voi kokemuksesi mukaan löytyä seuraavasta elinjärjestelmästä?

b) Minkä mekanismin kautta arvioit näiden dysfunktioiden vaikuttavan kehon toimintaan ja sitä myötä synnytysmasennukseen?

Voit vastata kohtiin, jotka koet merkityksellisiksi

Hermosto

a)

b)

Sydän- ja verenkiertoelimistö

a)

b)

Imunestekierto

a)

b)

Umpieritysjärjestelmä

a)

b)

Hengityselimistö

a)

b)

Ruansulatuselimistö

a)

b)

Virtsaneritysjärjestelmä

a)

b)

Lisääntymiselimistö

a)

b)

Muuta

Sivu 5

Vapaa sana

Lähdesuosituksia

Kysely on suoritettu loppuun. Kiitos osallistumisestasi.

Voit nyt sulkea ikkunan.

Lomakekysely englanniksi



Bitte wählen Sie eine Sprache aus. / Veuillez s'il vous plaît choisir une langue. / Please choose a language. / Selezionare una lingua. / Lütfen bir dil seçin. / Por favor, seleccione un idioma. / Por favor escolha um idioma. / Kies een taal. / Välj ett språk. / Vennligst velg et språk. / Vælg sprog. / Valitse kieli. / الرجاء اختيار لغتك.

- Suomi
 English

Sivu 1

Dear participant

This is a questionnaire form for the Thesis Postpartum depression from Osteopathic perspective. In this questionnaire the purpose is to find out what kind of dysfunctions are related to postpartum depression and how these dysfunctions affect to the body's functioning.

The aim of this thesis is to increase the professional skills of osteopaths to treat a mother suffering from postpartum depression and make osteopathy more known as a complementary treatment form among the other treatments for postpartum depression. Target group of the thesis is osteopaths but the actual beneficiaries are mothers suffering from postpartum depression as well as their families.

By responding to this questionnaire you give permission to use your answers in the thesis. Participants remain anonymous, and the participant's name will not be connected with the answer. The material from the responses will be used for the thesis only and will be disposed after the thesis is completed. Answering is completely voluntary and can be suspended without any explanation to the authors of the thesis or without any harm for the survey responder. If you want to cancel your participation after responding you can contact the authors of the thesis:

Venla Karttunen venla.karttunen@metropolia.fi

+358405340180

Laura Vierimaa laura.vierimaa@metropolia.fi

+358405392688

It is possible to stop answering and continue it later. To do so you have to save the code in the upper right corner and close the survey without proceeding until the end of it. You can continue answering by using the code.

To make responding easier, there are separate text boxes for different areas of the body and organ systems. You do not have to answer into every part but only those you feel relevant to. You can mention any source tips for this topic at the end of the questionnaire.

Sivu 2

1.

What is the first thing you pay attention to in clinical examination of a client suffering from postpartum depression?

Sivu 3

2.

a) What kind of dysfunctions in this area are the most relevant when treating a client suffering from postpartum depression?

b) Through which mechanisms do you think these dysfunctions affect in postpartum depression?

You can answer into parts you feel relevant to

Musculature

a)

b)

Spine

a)

b)



Pelvis

a)



b)



Cranium

a)



b)



Reciprocal tension membrane

a)



b)



Primary respiratory mechanism

a)



b)

Other

Sivu 4

3.

a) What kind of dysfunctions in this organ system are the most relevant when treating a client suffering from postpartum depression?

b) Through which mechanisms do you think these dysfunctions affect in postpartum depression?

You can answer into parts you feel relevant to

The nervous system

a)

b)

The cardiovascular system

a)

b)

The lymphatic system

a)

b)

The endocrine system

a)

b)

The respiratory system

a)

b)

The digestive system

a)

b)

The renal system

a)

b)

The reproductive system

a)

b)

Other

Sivu 5

Free word

Source recommendations

You have completed the survey. Thank you very much for your participation.

You can now close the window.

Yhteenveto

Syntyymasennuksen yhteydessä esiintyviä dysfunktioita ja niiden yhteyksiä

