

Laura Marttila, Suvi Haapasalo

Osteopaattisen hoidon vaikutus selkärankareu- maatikon toimintakykyyn

Tapaustutkimus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Osteopaatti (AMK)

Osteopatian tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

Syksy 2016

Tekijät Otsikko	Laura Marttila, Suvi Haapasalo Osteopaattisen hoidon vaikutus selkärankareumaatikon toimintakykyyn - Tapaustutkimus
Sivumäärä Aika	57 sivua + 13 liitettä Syksy 2016
Tutkinto	Osteopaatti (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Osteopatian tutkinto-ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Osteopatia
Ohjaajat	Yliopettaja Pekka Paalasmaa Lehtori Kaisa Hartikainen
<p>Opinnäytetyössä tarkasteltiin osteopaattisen hoidon vaikutuksia selkärankareumaatikon fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Opinnäytetyö on luonteeltaan tapaus-tutkimus, joka antaa monia mahdollisuuksia osteopatian näkökulmasta, koska se sisältää lähtökohtaisesti useita eri tutkimusmenetelmiä.</p> <p>Yhteistyötaho opinnäytetyössä oli Helsingin Reumayhdistys Ry, joka yhdisti opinnäytetyön tehneet osteopaattiopiskelijat ja hoitojaksolle osallistuneet selkärankareumaatikot. Lisäksi yhdistyksen tiloissa järjestettiin kaksi infotilaisuutta ennen hoitajaksoja, ryhmähaastattelu sekä valmiin opinnäytetyön esittelytilaisuus. Opinnäytetyöhön osallistui neljä selkärankareumaa sairastavaa eri-ikäistä tutkimushenkilöä. Kriteereinä opinnäytetyöhön osallistumisesta oli, että tutkimushenkilöllä on lääkärin diagnosoima selkärankareuma ja ettei henkilöllä ole esteitä manuaaliseen terapiaan.</p> <p>Hoitojaksoon kuului viisi tapaamiskertaa, joista ensimmäisellä ja viimeisellä kerralla toteutettiin toimintakykyä arvioivat mittaukset, joita verrattiin toisiinsa. Mittareista kaksi oli erityisesti suunniteltu selkärankareuman aiheuttamien fyysisten muutosten arviointiin. Muita mittareita on käytetty yleisesti terveydenhuollon piirissä toimintakyvyn eri osa-alueiden arviointiin. Hoitajaksot toteutettiin yksilöllisesti kunkin tutkimushenkilön oirekuvan mukaan. Pidempiaikaisten vaikutusten arvioimiseksi järjestettiin ryhmähaastattelu, johon tutkimushenkilöt osallistuivat.</p> <p>Opinnäytetyön otanta oli pieni, mutta tulosten perusteella osteopaattisella hoidolla voisi olla vaikutusta selkärankareumaatikon toimintakykyyn. Kaikilla tutkimushenkilöillä toimintakyvyssä tapahtui muutoksia, mutta tuloksia arvioidessa on hyvä ottaa huomioon reumasairaudelle tyypillinen oirekuvan vaihtelevuus, ulkoisten tekijöiden ja mahdollisten lääkemutosten vaikutus yksilön tilaan. Kaikki tutkimushenkilöt kokivat hyötynsä osteopaattisesta hoitajaksosta ja ovat myönteisiä osteopatian käytöstä täydentävänä hoitomuotona selkärankareumaatikon hoidossa.</p>	
Avainsanat	selkärankareuma, osteopatia, toimintakyky, tapaus-tutkimus

Authors Title	Laura Marttila, Suvi Haapasalo The Effect of Osteopathic Treatment on the Ability to Function of Patients Suffering from Ankylosing Spondylitis - Case Study
Number of Pages Date	57 pages + 13 appendices Autumn 2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Osteopathy
Specialisation option	Osteopathy
Instructors	Pekka Paalasmaa, Principal Lecturer Kaisa Hartikainen, Senior Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to evaluate the effect of osteopathic treatment on the ability to function in physical, mental and social aspects with patients suffering from ankylosing spondylitis. The study was carried out in collaboration with Helsinki Rheumatoid Arthritis Association. Two informative events for the possible participants, the group interview and the presentation of the final results were held at the facilities of the association. The persons who participated in osteopathic treatments included in the thesis were members of the association.</p> <p>The thesis was carried out as a case study. Four patients from different age groups with diagnosed ankylosing spondylitis participated in the osteopathic treatment period of five appointments. The treatments were designed based on the symptoms of each patient. At the first appointment the participants completed five different forms which evaluated the different aspects of the ability to function. At the last appointment of the treatment period the same forms were completed to compare the results. Two of these forms are particularly designed to measure the physical ability to function of a patient suffering from ankylosing spondylitis. The rest of the forms are generally used by health care professionals to measure the different aspects of the ability to function. The group interview was held four months after the treatment periods to evaluate the long-term effects.</p> <p>Based on the results of the thesis, osteopathic treatment could have an effect on the ability to function on patients suffering from ankylosing spondylitis. All four patients experienced at least minor change in their ability to function. When estimating the results there are various extrinsic factors which are needed to be taken into consideration, such as variable manifestation of disease typical to rheumatic disease and modification in medications of the patients. Still, all of the participants reported they benefitted from the osteopathic treatment period and were affirmative of using osteopathy as a complementary method when treating patients suffering from ankylosing spondylitis.</p>	
Keywords	ankylosing spondylitis, osteopathy, ability to function, case study

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Selkärankareuman määritelmä ja vaikutukset toimintakykyyn	3
2.1	Autoimmuunisairaudet ja reuma	3
2.2	Selkärankareuman etiologia ja patogeneesi	3
2.3	Selkärankareuman diagnosointi ja tyypillinen oirekuva	4
2.4	Kivun ilmentyminen reumaatikon elimistössä	6
2.5	Selkärankareuman vaikutukset toimintakykyyn	7
3	Osteopaattinen lähestymistapa reumasairauksiin	11
4	Opinnäytetyön toteutus	14
4.1	Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tuotos	14
4.2	Tutkimuksellinen lähestymistapa	15
4.3	Aineiston hankinta ja analyysi	16
4.4	Osteopaattinen hoitajakso	17
5	Kuvaus opinnäytetyössä toteutuneista hoitajaksoista	19
5.1	Tapaus A	19
5.2	Tapaus B	21
5.3	Tapaus C	24
5.4	Tapaus D	27
6	Toimintakyvyn eri osa-alueiden muutokset hoitajakson aikana	30
6.1	Tapaus A	30
6.2	Tapaus B	35
6.3	Tapaus C	40
6.4	Tapaus D	45
6.5	Ryhmähaastattelun ja asiakaspalautteen pohjalta tehdyt havainnot	50
6.6	Tulosten yhteenveto	52
7	Pohdinta	54
	Lähteet	58

Liitteet

Liite 1. Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Liite 2. Tutkimushenkilötiedote

Liite 3. Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI)

Liite 4. THE BATH AS METROLOGY INDEX (BASMI)

Liite 5. Brief Pain Inventory eli BPI, kivun intensiteetti- ja haittaavuusosiot

Liite 6. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari

Liite 7. Jatkokäyntilomake

Liite 8. Esitietolomake

Liite 9. Haastattelulomake

Liite 10. Asiakaspalautte

Liite 11. Ryhmähaastattelun kysymykset

Liite 12. Ohjeistus selkärankareumaatikkoa hoitavalle osteopaatille

Liite 13. Artikkelit Espoon, Helsingin ja Vantaan Reumayhdistysten sekä Helsingfors Svenska Reumaföreningin yhteiseen tiedotuslehteen Luuvaloon.

1 Johdanto

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää osteopaattisen hoidon vaikutuksia selkäranka-reumaatikon fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Selkärankareuma on tulehduksellisiin reumasairauksiin kuuluva spondyloartropatia. Suomessa selkärankareumaa ja aksiaalista spondylartriittia sairastaa n. 15 000 — 40 000 ihmistä. Yleensä nämä sairaudet puhkeavat alle 45-vuotialla ja miehet tarvitsevat naisia enemmän sairaalahoidoa ja kuntoutusta. (Martio — Karjalainen — Kauppi — Kukkurainen 2007: 343; Suomen Reumaliitto ry. n.d.: 16.) Osteopaattista kirjallisuutta ja tutkimusta reumasta, etenkin selkärankareumasta on vain vähän. Lääketieteellisiä julkaisuja aiheesta on kohtuullisesti, mutta manuaalisen terapian käytöstä selkärankareumaatikon hoidossa niukasti. On oleellista, että osteopatia tunnustettaisiin selkärankareumaatikolle soveltuvana hoitomuotona.

Kuchera & Kucheran mukaan reumapotilaan osteopaattisen hoidon alkuvaiheessa on olennaista, että hoitaja ymmärtää reumasairauden patofysiologiaa ja hahmottaa millä tavoin reumasairaus vaikuttaa kehon eri tasoilla. Osteopaatin tulee ymmärtää eri reumasairauksien oirekuvien moninaisuus ja sairauden globaali ilmentyminen kehossa. Hoito tulee suunnitella ja toteuttaa yksilöllisesti. Osteopaattisen hoidon tavoitteena reumapotilaalla on lievittää kipua, vähentää paikallisen tulehduksen mahdollisesti aiheuttamia alueellisia kipuja ja edistää kudosaineenvaihdunnan. Osteopaattinen manuaalinen käsittely parantaa nivelten ravinnon saantia, edistää nivelten normaalin liikelaajuuden säilymistä ja vähentää niveliin kohdistuvaa mekaanista rasitusta, joka voi lisääntyä nivelten virheasennoista johtuvan epätasaisen kuormituksen seurauksena. (Kuchera M — Kuchera W 1994: 159 — 167.)

Widberk ym. (2009) tutkivat itsetehdyn ja fysioterapeutin suorittaman manuaalisen mobilisaation vaikutusta selkärangan liikkuvuuteen miehillä, joilla on selkärankareuma. Tutkimuksessa selvisi, että kahdeksan viikon itsetehty ja manuaalinen mobilisaatio paransi rintakehän liikkuvuutta, ryhtiä ja rangan liikkuvuutta. Mengshoel ym. (2009) tutkivat spesifin selkärangan mobilisaation vaikutusta henkilöille, joilla on selkärankareuma. Tulokset spesifin selkärangan mobilisaation vaikutuksesta rangan jäykkyyteen olivat lupaavia, mutta manuaalisen hoidon merkitys eri potilaille vaihteli. Potilaat kokivat esimerkiksi terapiajakson jälkeen lihaskontrollin parantuneen ja keskustelun terapeutin kanssa auttaneen heitä hyväksymään tilanteensa paremmin. (Widberk — Karimi — Hafström 2009;

Mengshoel — Robinson 2008.)

Opinnäytetyö toteutettiin tapaustutkimuksena ja tutkimusluvan myönsi Metropolia Ammattikorkeakoulu. Käytännön osuudet suoritettiin keväällä 2016 maaliskuu- toukokuun aikana Metropolia Ammattikorkeakoulun Positia-hyvinvointipalvelujen tiloissa. Hoitojaksoille osallistui neljä tutkimushenkilöä ja hoitojakso koostui 5 hoitokerrasta. Ensimmäisellä hoitokerralla jokaiselle tutkimushenkilölle tehtiin toimintakykyä mittaavat testit sekä mahdolliset kliiniset testit. Hoitokerrat suunniteltiin yksilöllisesti oirekuvien mukaan. Viimeisellä hoitokerralla testattiin samat toimintakykyä mittaavat testit kuin aluksi.

Yhteistyökumppani on Helsingin Reumayhdistys Ry. Ennen opinnäytetyön hoitojaksojen toteutusta keskusteltiin yhteistyökumppanin edustajan kanssa siitä, millainen opinnäytetyöstä voisi tulla ja millaisia toiveita tai odotuksia yhdistyksellä olisi sen suhteen. Keväällä 2016 yhdistyksen tiloissa pidettiin kaksi infotilaisuutta, joiden tavoitteena oli saada tutkimushenkilöt hoitojaksoille. Lisäksi syksyllä 2016 opinnäytetyö ja sen tulokset esitellään avoimessa tilaisuudessa yhdistyksen tiloissa. Yhteistyö yhdistyksen kanssa toi esiin selkärankareumaatikkojen näkökulman sairauteensa ja mahdollisti käytännön hoitotilanteiden toteutumisen.

Tapaustutkimuksen tulosten pohjalta kirjoitettiin artikkeli (Liite 13), jota tarjotaan julkaitavaksi Espoon, Helsingin ja Vantaan Reumayhdistysten sekä Helsingfors Svenska Reumaföreningin yhteiseen tiedotuslehteen Luuvaloon. Lisäksi tulosten pohjalta laadittiin ohjeistus (Liite 12) osteopaateille selkärankareumatikon hoidolliseen lähestymiseen, jota tarjotaan julkaistavaksi Suomen Osteopaattiliitto Ry:n internetsivuilla. Ohjeistuksen tarkoituksena on esitellä asioita, jotka käytännön hoitotilanteen toteuttamisen sekä hoitokerran tulosten arvioimisen kannalta voisivat olla merkityksellisiä hoidettaessa selkärankareumaa sairastavaa asiakasta.

2 Selkärankareuman määritelmä ja vaikutukset toimintakykyyn

2.1 Autoimmuunisairaudet ja reuma

Kansainvälisen lääketieteellisen määritelmän mukaan reumasairauksiin kuuluvat tuki- ja liikuntaelimestön toiminnan häiriöt ja sairaustilat. Reumasairaudet jaetaan tulehduksellisiin ja ei-tulehduksellisiin reumasairauksiin, jotka ovat harvinaisempia. Tulehduksellisiin reumasairauksiin kuuluu spondyloartropatia, jonka alatyyppeihin kuuluu selkärankareuma, nivelsoriasis ja reaktiivinen niveltulehdus. (Martio — Karjalainen — Kauppi — Kukkurainen 2007: 9 — 11, 343.)

Reumasairaudet ovat autoimmuunisairauksia. Autoimmuunisairauksissa kehon immuunijärjestelmä erehtyy ja kohdistaa hyökkäyksen kehon omiin soluihin, mikrobien ja muiden tunkeilijoiden sijasta. Ne esiintyvät usein yhdessä toisten autoimmuunisairauksien kanssa. Lisäksi ne voivat aiheuttavaa uupumusta ja muita koko kehon oireita, vaikka kohteena olisikin vain tietty osa kehoa. Immuunivaurioita voidaan jaotella soluvälitteisiin sekä vasta-ainevälitteisiin autoimmuunisairauksiin. Kaikissa autoimmuunisairauksissa on kuitenkin kyse kudokseen kohdistuvista vasta-aineista, joita voi olla yksi tai useampia. Monien autoimmuunisairauksien vasta-aineita ei tunneta ja terveilläkin ihmisillä esiintyy pieniä määriä vasta-aineita. Käytännössä nämä tyypit eivät kerro sairauden aiheuttajasta ja samallakin henkilöllä voi esiintyä usein erityyppisiä autoimmuunisairauksia. (Haavisto 2013: 11.)

2.2 Selkärankareuman etiologia ja patogeneesi

Selkärankareumaan ja sen diagnosoimiseen liittyy vahvasti HLA-B27. HLA on kudostyyppiantigeeni, joka osallistuu monipuolisesti immunologisen järjestelmän aktivaatioon ja säätelyyn. Antigeeni on mikä tahansa molekyyli, joka aiheuttaa elimistössä immuunivasteen. Monet taudit liittyvät tiettyihin HLA-tyyppeihin ja nämä taudit ovat yleensä juuri tulehduksellisia sairauksia tai autoimmuunitauteja. HLA-B27 voi siis toimia antigeenia tarjoavana molekyylinä eräiden bakteeri-infektoiden yhteydessä. HLA-B27-positiivisilla henkilöillä on noin 90-kertainen riski sairastua selkärankareumaan. HLA-assosiaatio ei riitä yksinään aiheuttamaan tautia, vaan yleensä siihen tarvitaan infektio ja toistaiseksi muita tuntemattomia tekijöitä (Carpén — Kosma — Lehto — Mäkinen — Paavonen —

Stenbäck 2012: 164 — 168, 1122.) Elimistön bakteeri-infektiolla, suolistolla ja suolistobakteereilla on todennäköisesti tärkeä osuus taudin synnyssä. Aiheuttajiksi on epäilty monia bakteereita, etenkin klebsielloja ja muita antigeenisia bakteerirakenteita kuten mm. Klamydian, Yersinian ja Salmonellan rakenteita. Suolistobakteereihin voi vaikuttaa perimä ja synnytystapa eli onko syntynyt keisarileikkauksella vai alatiesynnytyksellä. Lisäksi lääkkeiden, etenkin antibioottien vaikutus bakteerikantaan voi kestää jopa vuosia (Martio — Karjalainen — Kauppi — Kukkurainen 2007: 345; Haavisto 2013: 11, 30 — 31; Carpén — Kosma — Lehto-Mäkinen — Paavonen — Stenbäck 2012: 1122.)

Näin ollen selkärankareuman taustalla voisi olla omaa elimistöä vastaan kohdistuva immuunireaktio ja tämän reaktion taustalla on immuunivasteen yliaktivoituminen. Seurauksena on niveltulehduksia, joista johtuen tapahtuu selkärankareumalle ominaista uudisluunmuodostusta. Tällöin mahdollinen seuraus on luun yhteensulautuminen erityisesti rangan alueella. Nikamien välille muodostuu syndesmofyyttejä eli luusiltoja, jonka johdosta voi syntyä nivelen ankyloosi eli jäykistyminen. Vielä ei tarkalleen tiedetä millä tavoin tulehdus ja uudisluunmuodostuminen ovat yhteydessä toisiinsa. Epäselvää on, onko selkärankareumalle tyypillistä ylenmääräinen uudisluunmuodostus vai onko se osa vain fysiologista korjausprosessia. On ehdotettu, että aluksi tulehdus aiheuttaa osteiitteja eli luutulehduksia, jotka syövyttävät rakenteellisia vaurioita nivelrustoon ja luuhun. Nämä vauriokohdat täyttyvät sidekudoksella, joka jälkeensä ossifioituu eli luutuu. Selkärankareuman edetessä, syndesmofyyttien muodostuminen ja ossifioituminen fasettinivelissä voi aiheuttaa liikerajoituksia rangan liikkuvuuteen. Tulee kuitenkin muistaa, että kaikilla selkärankareumapotilailla syndesmofyyttejä ei esiinny. (Parempaa Elämää n.d.; Sieper — Braun 2011: 10—14.)

2.3 Selkärankareuman diagnosointi ja tyypillinen oirekuva

Selkärankareuman tyypillisimpiä oireita ovat krooninen selkäkipu, tulehdukset SI-nivelissä, selkärangan nivelissä ja jänneiden kiinnityskohtien tulehdukset eli entesiitit sekä epäsymmetriset tulehdukset alaraajoissa. (Martio — Karjalainen — Kauppi — Kukkurainen 2007: 343; Sieper — Braun 2011:14). Selkärankareumassa tulehduksellinen selkäkipu on yleensä sairauden ensioire. Tällöin paikoillaan olo pahentaa selkäkipuja ja liikkeellelähtö helpottaa niitä. Muita tulehduksellisen selkävun piirteitä on se, että selkäkipu on kestänyt yli kolme kuukautta, oire on alkanut vähitellen ja selässä on

aamujäykkyyttä. Diagnoosi myöhästyy usein siksi, että oireet sekoitetaan johonkin muuhun vaivaan/sairauteen, kuten esimerkiksi krooniseen alaselkäkipuun. Useimmiten selkävun syy on mekaaninen tai toiminnallinen. Silloin selkäkipu pahenee rasituksessa päivän mittaan ja tuntuu helpottavan levossa, kun taas tulehduksellisessa selkävussa kipu helpottaa liikkeessä. (Martio — Karjalainen — Kauppi — Kukkurainen 2007: 344. Sieper — Braun 2011:14.)

Yleensä selkärangareuman ensimmäiset muutoksen havaitaan SI-nivelissä, mutta muutoksia kehittyä vähitellen koko selkärangan alueelle. Ensimmäiset rangon alueen muutokset kehittyvät rinta- ja lannerangan ylimenoalueelle. Nikamien neliöityminen on myös varhainen muutos. Vähitellen kehittyä myös syndesmofyyttejä eli luusiltoja nikamien välille ja mahdollisesti fasettinivelten luutumista. (Elo — Laasonen — Soini — Luosujärvi — Lohman — Paimela — Mikkonen — Alasaarela — Hannila — Vidqvist — Kauppi — Nordström 2013.)

Jos nuorella henkilöllä esiintyy tulehduksellista selkäkipua ja verikokeessa todetaan HLA-B27 kudostekijä, on selkärangareuman epäily jo varsin vahva. Diagnoosi voidaan varmistaa SI-nivelten röntgenkuvalla. Magneettikuvauksella SI-nivelten tulehduksia voidaan todeta jo oireiden varhaisvaiheessa, vaikka röntgenkuva olisi normaali. Kliinisessä tutkimuksessa todetaan yleensä selän liikkuvuuden huonontuneen reumaattisen tulehduksen takia. (Martio — Karjalainen — Kauppi — Kukkurainen 2007: 343; Sieper — Braun 2011:14.) Aksiaalinen spondyloartropatia on uusi tautimuoto, joka on selkärangareumaa lievempi tai edeltävä reumaattinen sairaus. Uusi tautimuoto mahdollistaa aikaisemman taudin diagnosoinnin, vaikka röntgenkuvissa ei näkyisi vaadittuja muutoksia. (Kauppi — Nordström 2010.)

Eripuolilla kehoa esiintyvät entesiitit (insertiitit) ovat jänne- luuliitosten tulehduksia, jotka voivat esiintyä toispuoleisesti tai molemmin puolin. Tavallisimmin entesiittejä esiintyy rintalastan liitoskohdissa, kynärpään alueella, selän okahaarakkeissa, suoliluun harjun, istuinkyhmyn ja reisiluun ison sarvennoisen alueella. Lisäksi niitä voi ilmetä polven ympärillä sekä akillesjänne- ja kantaluuliitoksessa sekä jalkapohjan kalvojänteen ja kantaluun liitoksessa. Selkärangareuman yhteydessä esiintyy myös artriitteja eli niveltulehduksia epäsymmetrisesti eripuolilla kehoa. Tyypillisimmin niitä esiintyy olka- lonkka- ja polvinivelissä, SI-nivelissä ja selän fasettinivelissä. (Martio — Karjalainen — Kauppi — Kukkurainen 2007: 344.)

Reumaattinen tulehdus voi myös kohdistua kaularangan alueelle, erityisesti sen yläosaan. Tällöin pitkittyvä tulehdus voi vaikuttaa ligamentum transversumin löystymiseen tai repeämään, jolloin seurauksena voi olla atlantoaksiaalinen subluksaatio. Siinä kaularangan ylin nikama siirtyy eteenpäin suhteessa toiseen nikamaan, joka voi näin ollen ahtauttaa kaularangan selkäydinkanavaa (Kauppi — Mikkelson — Pohjankoski 2015.)

Selkärankareuman liitännäissairauksina voi ilmetä iriittiä, verisuonitulehdusta, amyloidoosia sekä osteoporoosia. Silmän värikalvon tulehdus eli iriitti, on yleisin extra-artikulaarinen, eli nivelen ulkopuolinen tulehdus selkärankareumassa. Iriitin oireina on silmäkipu, silmän punoitus, valonarkuus, kyynelvuoto sekä näön hämärtyminen. Iriitti esiintyy yleensä toispuoleisesti. Selkärankareumaan voi liittyä myös nousevan aortan tulehdus, joka vaikeassa tapauksessa voi aiheuttaa aortan fibroosia eli arpeutumista ja sen tyven läpimitan kasvua. Amyloidoosi voi kehittyä, mikäli voimakas reumaattinen tulehdus jatkuu vuosikausia. Amyloidoosissa kudoksiin kertyy liukenematonta proteiinipitoista materiaalia. Amyloidin vähittäinenkin kertyminen elimistöön voi häiritä sisäelinten toimintaa. (Martio — Karjalainen — Kauppi — Kukkurainen 2007: 347.)

2.4 Kivun ilmentyminen reumaatikon elimistössä

Kivun pitkittymisen mekanismit voivat olla hyvin erilaisia. Perinteisesti akuutti ja krooninen kipu erotetaan kivun kestolla, jossa kroonistunut kipu on sellaista, joka kestää yli 3 — 6 kuukautta. Krooninen kipu voidaan myös määritellä kivuksi, joka kestää pitempään kuin mitä kudoksen odotettu paranemisaika on. Kudosvauriosta johtuvan pitkäaikaisen kivun taustalla on perustauti, jota ei saada hallintaan, kuten esimerkiksi nivelreumassa. (Haanpää — Kalso — Vainio 2009.)

Kiputilat voidaan myös luokitella mekanismin mukaan. Nosiseptiivinen kipu eli kudosvaurio kipu syntyy, kun riittävän voimakas ärsyke, kuten kemiallinen tai mekaaninen, kohdistuu ääreishermopäätteisiin. Kudosvauriosta syntyvä energia muuttuu ääreishermopäätteiden kautta tuovan hermon sähkökemialliseksi impulssiksi, joka viestii aivoille kivusta. Reumasairauksissa kudosvauriokipua tuottaa esimerkiksi tulehtunut nivelkalvo, josta vapautuu tulehduksen välittäjäaineita (prostaglandiineja, leukotrieeneja, bradykiniiniä). Nämä aiheuttavat kipuhermopäätteiden kemiallisen aktivoitumisen ja kipuärsykkeen käynnistymisen. Tällöin esimerkiksi niveleen pistetty kortisoni vähentää tulehdusreaktiota ja sitä kautta kipua. (Haanpää — Kalso — Vainio 2009; Martio — Karjalainen — Kauppi — Kukkurainen 2007:97.)

Neuropaattisen kivun eli hermovauriokivun taustalla on vika kipua välittävässä hermojärjestelmässä. Häiriö voi syntyä ääreishermoston vammoista tai leikkausten jälkitiloista. Monissa kroonisissa reumasairauksissa on havaittu kivun joskus muuttavan luonnettaan siten, että se muuttuu hermovauriokivun kaltaiseksi (Martio — Karjalainen — Kauppi — Kukkurainen 2007: 97.) Tyypillisiä neuropaattisen kivun piirteitä ovat epänormaalit tuntemukset kuten pistely, polttava tunne tai puutuneisuus kipualueella sekä kliinisesti todettavat tuntohäiriöt. Nosiseptiivisen ja neuropaattisen kivun välimuotona pidetään neurogeenistä eli hermokipua, joka johtuu hermorungon ohimenevästä, mekaanisesta ärsytyksestä. (Haanpää — Kalso — Vainio 2009.) Esimerkiksi nivelreumaa sairastavalla hermovauriokipu voi liittyä rannekanavanoireyhtymään. Lisäksi joihinkin reumasairauksiin, kuten Sjögrenin syndroomaan, voi liittyä polyneuropatiaa eli monihermosairautta. Tällöin kipu on hyvin laaja-alaista (Martio — Karjalainen — Kauppi — Kukkurainen 2007: 97.)

2.5 Selkärangareuman vaikutukset toimintakykyyn

Toimintakyky jaetaan useimmiten seuraaviin osa-alueisiin: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Fyysisen toimintakyky kuvaa ihmisen arjen toimintojen kannalta oleellisia fyysisiä edellytyksiä, kuten kykyä liikkua. Aistitoiminnoista myös näkö ja kuulo kuuluvat fyysisen toimintakyvyn osa-alueelle. Elimistön fysiologisista ominaisuuksista nivelten liikkuvuus, kestävyyskunto, lihasvoima- ja kestävyys, kehon asennon ja liikkeiden hallinta sekä kaikkia edellä mainittuja toimintoja koordinoiva keskushermoston toiminta ovat oleellisia fyysisen toimintakyvyn kannalta. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015.)

Selkärangareumalla voi edetessään olla lamauttava vaikutus ihmisen toimintakykyyn. Kivut voivat olla hyvin voimakkaita ja jatkuviakin, jotka eivät lievene ilman tehokasta lääkitystä. Rangan jäykistyminen tai kehon kiputilat vaikuttavat päivittäisten toimintojen toteuttamiseen, kuten liikkumiseen ja normaalien arkiaskareiden tekemiseen. Lääkinnällisesti kipu- ja tulehduslääkkeiden lisäksi joudutaan usein turvautumaan steroidipohjaisiin lääkkeisiin ja uudempiin biologisiin lääkkeisiin, joilla on monesti ei-toivottuja sivuvaikutuksia. Selkärangan jäykistyminen voi johtaa liikeratojen vajauksiin lonkka- ja polvinivelissä. Sairauden pitkittyessä ranka pyrkii jäykistymään ja miehillä jäykistymistäipumus on voimakkaampi. Usein jäykistynyttä rankaa kutsutaan bamburangaksi. Jäykistymiseen liittyy ryhtivirhe, jossa rangan normaali kaarevuus oikenee lanne- ja kaularangan alueella. Rintarangan alueella kyfoosi eli ”köyry” korostuu. Pitkälle edenneessä sairaudessa

vatsa työntyy eteen, rintarangasta tulee voimakkaasti kyfoottinen, ja pää työntyy voimakkaasti eteenpäin. Lisänä voi olla vielä virheasento, jossa ranka pyrkii rotatoitumaan eli kiertymään. Kumartelut, kurkottelut sekä suoraan eteen ja ylöspäin tai sivuille katsominen voivat aiheuttaa ongelmia pitkälle edenneessä selkärankareumassa. (Ebringer 2013: 3; Aro — Huunan-Seppälä — Kivekäs — Kujala — Matikainen — Tola 2004: 266.)

Psyykkinen toimintakyky kuvaa tuntemiseen, ajatteluun, elämänhallintaan ja mielenterveyteen liittyviä toimintoja. Arjen haasteista ja kriisitilanteista selviytymiseen vaadittavat voimavarat ovat osa psyykkistä toimintakykyä. Ihmisen tunne omasta hyvinvoinnistaan, luottavainen suhtautuminen selviytymiseen arjessa, kyky harkittuun päätöksentekoon ja arvostus itseään kohtaan kuuluvat psyykkisesti toimintakykyisen ihmisen piirteisiin. Usein kognitiivinen toimintakyky eli tiedonkäsittelyn eri osa-alueiden yhteistoiminta luetaan osaksi psyykkistä toimintakykyä. Kognitiiviset toiminnot, kuten tiedon käsittely, säilyttäminen, vastaanotto ja käyttö, ovat psyykkisiä toimintoja, joita ovat esimerkiksi muisti, oppiminen ja ongelmien ratkaisu. (Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos 2015.)

Osteopatian näkökulmasta on tärkeää huomioida ihminen psykofyysissosiaalisena kokonaisuutena. Myös psyykkisen toimintakyvyn heikentymisen vaikutus kehon immuunijärjestelmään on mielenkiintoinen näkökulma osteopaatille. Psykoneuroimmunologiassa tutkimuksessa tarkastellaan kehon, mielen ja käytöksen yhteistoimintaa sekä niiden vaikutusta terveyteen ja sairauteen. Tutkimus painottuu kehon fysiologisten prosessien, kuten hermoston ja immuunipuolustusjärjestelmän vuorovaikutuksen ymmärtämiseen. Immuunijärjestelmä suojelee elimistöä torjumalla kehoon tunkeutuvia vieraita aineita ja mikrobeja. Tämän tehtävän hoitamiseen se tarvitsee esimerkiksi imusoluja eli lymfosyyttejä ja vasta-aineita. Hermostossa tapahtuvat immuunireaktiot ovat erilaisia verrattuna hermoston ulkopuoliseen systeemiseen immuunivasteeseen. (Chila 2011: 276 — 279).

Anatomisen rakenteensa vuoksi hermosto on tavallaan eriytetty muusta elimistöstä ja immuunijärjestelmästä. Veri-aivoeste rajoittaa useiden lääkeaineiden kulkeutumisen keskushermostoon, joka muodostuu pääasiassa aivojen hiussuonten sisäpinnan endoteelisoluista, jotka ovat liittyneet toisiinsa tiiviillä liitoksilla. Se varmistaa elimistölle tärkeiden yhdisteiden riittävän kulkeutumisen aivokudokseen ja toisaalta taas estää elimistölle vieraiden yhdisteiden pääsyn aivoihin (Mannila — Savolainen n.d.) Erityisesti veri-aivoeste vastaa hermoston immuunivasteen erityispiirteistä. Veri-aivoeste rajoittaa veren tekijöiden kuten solujen ja suurien molekyylien pääsyä hermokudokseen ja näin ollen suojaaa hermostoa systeemiseltä immuunivasteelta. Veri-aivoesteeseen voivat vaikuttaa

esimerkiksi lääkkeet, immunologiset tekijät sekä sairaudet kuten MS-tauti. (Elovaara — Pirttilä — Färkkilä — Hietaharju 2006:23 — 25.)

Keskushermosto ja autonominen hermosto, sisäeritysjärjestelmä sekä immuunipuolustusjärjestelmä säätelevät ja ylläpitävät yhdessä elimistön sisäistä tasapainoa, joka on edellytys terveyden säilymiselle. Näillä kolmella järjestelmällä on kyky toimia sekä sensorisina että toimeenpanevina, tunnistuen elimistölle vieraita aineita ja muita fysiologisia signaaleja. Fysiologisella stressillä, kuten akuutilla ja kroonisella tulehduksella, tai psykologisella stressillä, kuten ahdistuksella ja masennuksella, on todettu olevan negatiivinen vaikutus kehon immuunipuolustusjärjestelmän toimintaan. Auto-immuunisairauden hoidossa immuunipuolustusjärjestelmän toiminta on oleellisessa roolissa, koska tulehduksillassa oleva keho on jatkuvasti stressin vaikutuksen alaisena. Krooninen stressi taas aikaansaa pitkäaikaisia muutoksia kehon immuunipuolustusjärjestelmässä. Vastaavasti niin fysiologisen kuin psykologisenkin stressin vähentymisellä on todettu olevan myönteinen vaikutus kehon immuunipuolustusjärjestelmän toimintaan (Chila 2011:276 — 279.)

Sosiaalinen toimintakyky käsittää ihmisen ja hänen ympäristönsä välisten vuorovaikutussuhteiden toteutumisen sekä hänen sosiaalisen aktiivisuutensa suhteessa erilaisiin yhteisöihin ja yhteiskuntaan. Sosiaalisesti toimintakykyinen ihminen kokee osallisuuden ja yhteisyyden kokemuksia sekä omaa riittävästi sosiaalisia vuorovaikutussuhteita. Usein fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn heikentyminen saattaa johtaa myös työkyvyn heikentymiseen. Toimintakyvyn heikentymisen arviointi suhteessa työkykyyn on haastavaa, koska työn vaativuus ja kuormittavuus vaihtelevat huomattavasti erilaisten ammattien ja kyseiseen työhön kuuluvien tehtävien välillä. Lisäksi eri olosuhteet, yksilölliset ja ajan mukana vaihtelevat tekijät vaikuttavat yksilön työkykyyn (Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos 2015; Aromaa — Gould — Hytti — Koskinen 2005.)

Toimintakykyä heikentävä, pitkäkestoinen somaattinen sairaus voi edeltää depression puhkeamista. Merkittävä toimintakyvyn heikkeneminen tai sairauteen liittyvät biologiset muutokset kehossa ovat mahdollisesti somaattiseen sairastamiseen liittyvän depression taustalla. Varsinkin liikuntakyvyn rajoitteisiin johtava sairaus voi aiheuttaa depressiota myös psykososiaalisella tasolla. Depressiolle altistavina tekijöinä on perinteisesti pidetty perimää ja ympäristöä. Sairauden alttiuteen liittyvissä tutkimuksissa on ilmennyt, että ulkoisilla rasisiteillä on moninkertainen vaikutus suhteessa geneettiseen alttiuteen. Näyttää myös vahvasti siltä, että alttius sairastumiseen on korkeimmillaan silloin, kun

ihmisen elämäntilanteeseen liittyy runsaasti stressitekijöitä. Alentuneen mielialan ja ilottomuuden taustalla on neuropatofysiologinen tila, joka syntyy psykologisten ja biologisten prosessien seurauksena. Biologisella tasolla somaattisen sairauden laukaisemassa depressiossa liittyy todennäköisesti epäspesifejä neurofysiologisia muutoksia, jotka yhdessä altistavien tekijöiden kanssa voivat johtaa depression. (Salokangas 1997: 99 — 101, 106 — 107, 113 — 114.)

3 Osteopaattinen lähestymistapa reumasairauksiin

Osteopatia sai alkunsa Yhdysvalloissa vuonna 1874 Andrew Taylor Still nimisen lääkärin toimesta. Hänen tavoitteenaan oli kehittää uusi lääketieteellinen filosofia, joka perustuu vahvaan anatomiseen osaamiseen, kehon eri rakenteiden manuaaliseen käsittelyyn ja fysiologisten prosessien ymmärrykseen kehon rakenteiden ja toiminnan vuorovaikutuksessa. Osteopatian filosofiaan kuuluu kokonaisvaltainen käsitys kehosta, huomioiden myös psyykkiset ja sosiaaliset tekijät, jotka vaikuttavat hoidettavan henkilön elämään. (Marcer - Parsons 2006: 4 — 5.)

Osteopatiassa ihminen nähdään kokonaisuutena, toiminnan ja rakenteen ollessa vuorovaikutuksessa keskenään, huomioiden myös psyykkiset ja sosiaaliset tekijät, jotka vaikuttavat hoidettavan henkilön elämään. Osteopaatin tavoitteena on ymmärtää oireiden ja toimintahäiriöiden taustalla olevat syyt sekä niiden seuraukset huomioiden altistavat ja ylläpitävät tekijät. Hoidon tavoitteena on lievittää oireiden taustalla olevia tekijöitä ja siten edistää kehon normaalin toimintakyvyn palautumista. (Sammut — Searle-Barnes 1998: 25.) Hoidollisesti kehoa voidaan tarkastella viiden eri toimintamallin kautta, jolloin ne kuvastavat erityistä lähestymistapaa potilaalle ja toimivat erilaisina näkökulmina hoitajalle. Toimintamallit eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan ne on tarkoitettu osteopaatille diagnostiikan ja hoidon tueksi. Kyseisissä osteopaattisissa toimintamalleissa on otettu huomioon kehon viisi eri perustoimintoa, joihin kuuluvat ryhti sekä liike, kehon neste-kierto, aineenvaihdunta, immuuni- ja endokriininen järjestelmä, hermostollinen tasapaino sekä henkilön käytöksellinen sopeutuminen. (Chila 2011: 4.)

Biomekaaninen toimintamalli tarkastelee ihmistä rakenteellisen ja mekaanisen näkökulman kautta. Toimintamallin tärkeinä anatomisina rakenteina ovat kehon nivelet ja lihakset (erityisesti posturaaliset lihakset) selkäranka ja raajat. Nämä ovat pääasiallisia liikkeen ja ryhdin ylläpitäjiä, joita biomekaanisessa mallissa tarkastellaan kehon dysfunktioiden eli toimintahäiriöiden selvittämiseksi. Muutokset näissä kyseisissä anatomisissa rakenteissa vaikuttavat toimintamallin mukaan verenkierrollisiin, imunestekierrollisiin sekä hermostollisiin toimintoihin väärälaisten kompensatioiden ja kuormitusten kautta. Biomekaaninen toimintamalli ohjaa osteopaattia määrittämään rakenteellisia vammoja tai dysfunktioita ja hoitamaan ne manuaalisen käsittelyn avulla. Hoidon tarkoituksena on saada kehon omat verenkierrolliset, hermostolliset ja aineenvaihdunnalliset prosessit toimimaan optimaalisesti sekä mahdollistaa kehon toiminta kokonaisuutena. Reumapoti-

laan kohdalla keskittyttäisiin muuttuneisiin liikemalleihin tai vääränlaisiin kuormituksiin keuhossa. Esimerkiksi nivelreumassa liikemallit voivat vaikuttaa kuormittavasti lihaksiin, lisätä nivelen sisäistä painetta ja näin ollen pahentaa nivelkipuja. (Chila 2011: 4 — 5, 957.)

Hengitykseen ja nestekiertoön liittyvässä toimintamallissa keskitytään kehon homeostaasia ylläpitäviin tekijöihin, joissa hengitys, verenkierto ja imunestekierto ovat oleellisessa osassa. Toimintamallissa tarkastellaan hengitys- ja nestekierron prosessien vuorovaikutusta henkilön lihaksiin, luustoon, neurologisiin, aineenvaihdunnallisiin ja käytöksellisiin toimintoihin. Pallea eli tärkein sisäänhengityselin, lantionpohja, tentorium cerebelli eli isojen ja pikkuaivojen välinen kovankalvon osa sekä rintakehä ovat toimintamallin tärkeimmät anatomiset alueet. Hoidon tarkoituksena on maksimoida hengityksen ja nestekierron kapasiteetti, jolloin se vaikuttaa edistävällä tavalla aineenvaihdunnallisiin, hermostollisiin ja mekaanisiin prosesseihin. Ihanteellisessa tilanteessa hengitys on tehokasta ja toimivaa, jolloin valtimot, laskimo- ja lymfapaluu toimivat kehon eri osissa hyvin ja tasapainoisesti. Paikallisen verenvirtauksen parantaminen reumapotilaalla voi helpottaa nivelten turvotusta, jolloin kipu lievenee ja liikkuvuus lisääntyy. Pallean ja rintakehän liikkuvuus vaikuttaa yleiseen nestekiertoön, joten näiden alueiden hoito tulee suorittaa kehon yleisen nesteiden virtauksen optimoimiseksi. Myös paikallisten faskioiden eli sidekudoskalvojen kireyksen poistaminen helpottaa lymfakiertoa ja kudosaineenvaihduntaa. (Chila 2011: 5 — 6, 956.)

Neurologisen toimintamallin ajatuksena on, että kehon ongelmat ja dysfunktiot johtuvat hermoston ja hermokudoksen häiriöistä. Hermoston ja sisäeritysrauhasten vuorovaikutuksen toiminnan häiriöt voivat vaikuttaa selkäytimen herkistymiseen, proprioseptiikan (tietoisuus kehon asennosta ja liikkeistä) ja nosiseptoreiden (kipuärsyksiä johtavien hermojen) ylivilkastumiseen. Hoidon tavoitteena on optimaalisen hermoston toiminnan saavuttaminen ja pyrkimys vähentää kehon mekaanisia stressejä, aikaansaada muutoksia lihastonuksessa sekä tasapainottaa nosiseptoreiden toimintaa. Tärkeimmät alueet toimintamallin mukaan ovat pää ja sen eri aistinelimet, aivot, selkäydin, autonominen hermosto sekä ääreishermosto. Reumapotilaan hoidollisena linjana voisi tämän toimintamallin mukaan olla esimerkiksi autonomisen hermoston toimintaan vaikuttaminen, jolla voidaan vaikuttaa kohonneeseen verenkierron ja nosiseptoreiden kohonneeseen aktiivisuuteen tietyillä kehon alueilla. Tämänkaltaisen tilan voi johtua autonomisen hermoston pitkittyneestä ärsytystilasta. Kohonnut hermostollinen aktiivisuus voi kohottaa lihastonusta ja lisätä kehon faskiaalisia kireyksiä. Tämä voi osaltaan vaikuttaa potilaan kiputunteisiin, aiheuttaen esimerkiksi jo herkistyneen ääreishermon puristumisen.

(Chila 2011: 6, 957.)

Bioenergisessä toimintamallissa ajatellaan kehon ylläpitävän tasapainoa energian tuottamisen, jakautumisen ja kulutuksen välillä. Tästä johtuen kehon kannalta optimaalinen liike ja ryhti, valtimoiden toiminta, laskimo- ja lymfatiehyiden tyhjeneminen, aivo-selkäydinnesteen tasapaino, neurologiset, immunologiset ja endokriiniset toiminnot sekä oikeanlainen ruokavalio ovat toimintamallin mukaan perustana ihmisen hyvinvoinnille ja toimivalle aineenvaihdunnalle. Tärkeimpinä anatomisina alueina ovat sisäelimet ja sisäeritysrauhaset, jotka vaikuttavat vahvasti homeostaasiin eli elimistön sisäiseen tasapainoon. Näiden toimintojen edistäminen vaikuttaa auttaa kehoa sopeutumaan erilaisiin stressitekijöihin. Esimerkiksi nivelreumapotilasta hoitaessa tulee ottaa huomioon sairauden aiheuttaman tulehdustilan vaikutus kehon energiankulutuksen nousuun verrattuna terveeseen henkilöön. Toimintamallin yhtenä tavoitteena olisi parantaa potilaan aineenvaihdunnallista aktiiviteettia poistamalla mahdollisia dysfunktioita kehosta. (Chila 2011: 7, 957.)

Biopsykososiaalisessa toimintamallissa ihmisen mentaalinen, emotionaalinen ja spirituaalinen tila vaikuttaa henkilön terveydentilaan. Osteopaatti tarkastelee henkilöä fysiologisena, psyykkisenä sekä sosiaalisena kokonaisuutena. Esimerkiksi stressi, ahdistuneisuus sekä elämäntavat kuten liikunta ja alkoholin käyttö, näkyvät tuki- ja liikuntaelimitössä. Hoidon tavoitteena on parantaa kehon kykyä tehokkaasti suoriutua, kompensoida ja adaptoitua näihin stressitekijöihin. (Chila 2011: 7.)

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tuotos

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää osteopaattisen hoidon vaikutuksia selkäranka-reumaatikon fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Työn teoreettiset käsitteet ovat selkärankareuma, osteopatia, toimintakyky, tapaustutkimus.

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimii Helsingin Reumayhdistys Ry. Tapaustutkimuksen tulosten pohjalta kirjoitettiin artikkeli (Liite 13), jota tarjotaan julkaistavaksi Espoon, Helsingin ja Vantaan Reumayhdistysten sekä Helsingfors Svenska Reumaföreningin yhteiseen tiedotuslehteen Luuvaloon. Lisäksi tulosten pohjalta laadittiin ohjeistus (Liite 12) osteopaateille selkärankareumaatikon hoidolliseen lähestymiseen, jota tarjotaan julkaistavaksi Suomen Osteopaattiliitto Ry:n internetsivuilla.

Toimija	Tehtävä	Resurssi	Intressi
Helsingin Reumayhdistys	Tiedonvälitys, kontaktien luominen, tilojen tarjoaminen, artikkelin julkistamisen mahdollistaminen	Olemassa olevien ryhmien (yhdistyksen tiloissa toimivat harasteryhmät) ja tilojen hyödyntäminen, palstatila yhdistyksen lehdessä.	Mahdollisesti uudenlaisen manuaalisen hoitomuodon esittäytyminen yhdistyksen jäsenille, selkärankareumaan liittyvän informaation jakaminen osteopaattien keskuudessa.
Opinnäytetyön tekijät	Osteopaattisten hoitojen toteuttaminen, kirjallinen pohdinta ja taustatyö, ryhmähaastattelun organisointi, artikkelin tuottaminen	Tilat koulun puolesta, oma ajankäyttö.	Tutustuminen krooniseen autoimmuunisairauteen, oma ammatillinen kehitys.
Tutkimushenkilöt	Osallistuminen ja sitoutuminen osteopaattiseen hoitojaksoon, ryhmähaastatteluun osallistuminen	Ajankäyttö (60-75min hoidot, 5 kertaa), saapuminen Positiaan hoitoja varten.	Kipujen mahdollinen lieventyminen, fyysisen/psyykkisen/sosiaalisen toimintakyvyn parantuminen

Taulukko 1. Opinnäytetyön eri toimijoiden tehtävät, resurssit ja intressit

4.2 Tutkimuksellinen lähestymistapa

Tapaustutkimuksen valinta tutkimusstrategiaksi antoi monia mahdollisuuksia osteopatian näkökulmasta, koska lähtökohtaisesti se voidaan toteuttaa eri menetelmiä hyödyntäen. Selkärankareumapotilaan kokemuksia hoidosta ja hoidon vaikutuksesta toimintakykyyn selvitettiin kattavalla haastattelulla, toimintakykyä mittaavilla työkaluilla ja laadullisia tutkimusperiaatteita hyödyntäen. Kriteereinä opinnäytetyöhön osallistumisesta oli, että tutkimushenkilöllä on lääkärin diagnosoima selkärankareuma ja ettei henkilöllä ole esteitä manuaaliseen terapiaan. Opinnäytetyössä haettiin vastauksia tutkimuskysymyksen toimintakykyä mittaavien mittareiden, hoitajaksoista saatavan tiedon ja ryhmähaastattelun pohjalta. Siksi käytettiin niin kvalitatiivisia kuin kvantitatiivisia mittareita.

Tapaustutkimuksessa kohde on yleensä tapahtumakulku tai ilmiö, jossa tarkastellaan pientä joukkoa tapauksia tai vain yhtä tiettyä tapausta. Se mahdollistaa perusteellisen ja tarkkapiirteisen kuvauksen ilmiöstä. Lähtökohtana on kerätä mahdollisimman monipuolinen aineisto ja kuvata tutkimuksen kohde perusteellisesti. (Laine — Bamberg — Jokinen 2007: 9 — 10.) Tapaustutkimusta kuvaa pyrkimys lisätä ymmärrystä tutkittavasta tapauksesta eikä niinkään yleistettävän tiedon tuottaminen. Perusteellisen kuvaus aineistosta ja sen analyysistä voi kuitenkin tarjota yksittäistä tapausta laajempaa tietoa, vaikka siihen pohjautuen ei voi tuottaa yleistettävää tietoa. Tapaustutkimusta toteuttaessa voidaan käyttää erilaisia tiedonkeruu- ja analyysimenetelmiä. Menetelmätriangulaatiossa käytetään useampaa kuin yhtä tutkimusmenetelmää tai aineistonkeruumenetelmää yhden ilmiön tutkimisessa. Tällöin erilaiset menetelmät eivät ole toistensa kanssa kilpailevia, vaan toisiaan täydentäviä. (Saaranen-Kauppinen — Puusniekka 2006; Kankkunen -- Vehviläinen-Julkunen 2009: 58.)

Aineiston hankintaa toteutettaessa ja opinnäytetyöprosessin edetessä oli tärkeää ottaa huomioon tutkimuseettisyys ja pyrkiä noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Salassapitovelvollisuus ja opinnäytetyöprojektiin osallistuvien henkilöiden yksityisyydensuoja tuli huomioida tarkoin ja muutoinkin noudattaa terveydenhuollon ammattieettisiä periaatteita. Keskeistä terveydenhuollon ammattiryhmien eettisissä ohjeistoissa on terveyden edistäminen, ihmiselämän suojeleminen sekä itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen. Oleellista on muiden ammattiryhmien kunnioittaminen, kollegiaalisuus ja luottamuksellisten tietojen salassapito. Terveydenhuollon ammattilaisen tarjoaman hoidon tulee pohjautua vankkaan kliiniseen kokemukseen tai tieteellisesti todistettuun tietoon.

(Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001.) Tutkimushenkilöt allekirjoittivat suostumusasiakirjan tutkimukseen osallistumisesta (Liite 1) ja lisäksi he saivat tutkimushenkilötiedotteen (Liite 2).

4.3 Aineiston hankinta ja analyysi

Selkärankareumapotilaan toimintakyvyn, sairauden aktiivisuustason ja nivelten liikelaajuuden sekä kunnon arvioinnin välineinä olivat Bath - indeksi, RAND-36 ja BPI-Suomi. Yksilön toimintakyky käsittää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen puolen, joten valittiin työvälaineet, jolla voitiin mitata sairauden vaikutuksia potilaan elämään muutenkin kuin fyysisen näkökulman kautta.

Bath-indeksin mittareista käytettiin BASFI- ja BASMI-mittareita. BASMI on standardoitu mittari, jolla mitataan rangan liikkuvuutta erilaisin testein. Mittarin osiota, jossa mitataan kaularangan rotaatiota ei tehty. BASFI selvittää toimintakyvyn muutoksia. Kyseistä mittaria olisi ihanteellista käyttää 3 — 6 kuukauden välein kartoittamaan oirekuvan muutoksia (Braun — Sieper 2011: 71 — 72). Opinnäytetyössä ei ollut mahdollisuutta käyttää BASFI-asteikkoa sen suositellun mittausvälin mukaisesti, joten mittaria sovellettiin opinnäytetyöhön sopivaksi. RAND-36 on terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari, joka kartoittaa terveydentilaa ja hyvinvointia kahdeksalla ulottuvuudella: koettu terveydentila, fyysinen toimintakyky, psyykinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky, tarmokkuus, kivuttomuus, fyysinen roolitoiminta eli fyysisistä syistä johtuvat ongelmat ja psyykinen roolitoiminta eli psyykkisistä syistä johtuvat ongelmat. Lisäksi opinnäytetyössä käytettiin BPI-Suomi-mittaria, joka soveltuu kivun aiheuttaman toimintahaitan arviointiin. Mittari perustuu potilaan omaan ilmoitukseen kivun aiheuttamasta haitasta (Aalto — Aro — Teperi 1999: 7; Kalso — Vainio — Haanpää 2009.)

Mittareista sekä ryhmähaastattelusta saatuja tietoja analysoitiin eri menetelmin. Toimintakyvyn mittareiden ja hoitojakson avulla saadun tiedon analysointi tapahtui kuvailevan analyysin mukaisesti. Aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käytettiin ryhmähaastattelun tuottaman tiedon analysointiin. Kuvailevan analyysin tarkoituksena on kuvailla tutkimuksen kohteen ilmiötä tai sen yleisyyttä. Kuvailevan analyysin avulla voidaan esimerkiksi analysoida tutkimuskohteen merkitystä ja ilmenemistä eri yhteyksissä sekä kyseistä ilmiötä yleensä. (KvantiMOTV 2009).

Ryhmähaastattelun tarkoituksena oli tuoda esiin selkärankareumaatikon näkökulma osteopaattisesta hoitojaksosta ja sen vaikutuksesta hänen toimintakykynsä. Haastattelun

teemoina olivat selkärankareumaatikon kokemus osteopaattisen hoitojakson vaikutuksesta toimintakykyyn ja hoitojakson aikana esiin nousseet ajatukset. Ryhmähaastattelu nauhoitettiin ja litteroitiin, jota seurasi sen tuottaman aineiston sisällönanalyysi. Saaranen-Kauppinen ja Puusniekan mukaan (2006) aineistolähtöinen sisällönanalyysi määrittellään usein menetelmäksi, jossa tekstimuotoisia tai sellaisiksi muutettuja aineistoja tarkastellaan eritellen ja tiivistäen sekä etsien yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia (Saaranen-Kauppinen -- Puusniekka Anna 2006.)

4.4 Osteopaattinen hoitojakso

Hoitojakso alkoi alkutilanteen kartoituksella, jolloin potilaan saapuessa Positiaan häntä pyydettiin täyttämään Positian esitietolomake (liite 8), RAND-36 (liite 6) ja BPI-Suomi (liite 5) lomakkeet sekä selkärankareumapotilaan toiminnallisen indeksi (BASFI) (liite 3). Ensimmäinen käynti kesti noin 60-75 minuuttia, jonka aikana tehtiin kattava alkuhaastattelu (liite 9), observaatio, aktiiviset ja passiiviset liiketestaukset, BASMI- indeksin (liite 4) mukaiset testit ja mahdollisesti erotusdiagnostiset testit. Näiden mittareiden avulla kartoitettiin henkilön alkutilanne, johon verrattiin tilannetta hoitojakson päättyessä. Olennaista mittareiden valinnassa oli fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointi. Käyntien aikataulutuksessa olennaista oli, että molemmat opinnäytetyön tekijät olivat jokaisessa hoitotilanteessa läsnä, jolloin jokaiseen käyntiin liittyvä keskinäinen reflektointi toteutui. Seuraavat 3-4 hoitokertaa kestivät 60 minuuttia, joiden aikana tehtiin osteopaattinen hoito. Hoitojen kulku määräytyi yksilöllisesti sen mukaan, millaiset oireet hoitojaksolle osallistuvalla selkärankareumapotilaalla oli. Jokaisen hoitokerran aluksi tutkimushenkilön nykytilanne kartoitettiin lyhyellä alkuhaastattelulla jatkokäyntilomakkeelle (Liite 7).

Hoidon tarkoituksena oli vaikuttaa positiivisesti henkilön toimintakykyyn. Hoitosuunnitelma tehtiin yhdessä ohjaavan opettajan kanssa, joka tarkensi erityisesti mahdolliset kontraindikaatiot potilaan oirekuvan ja alkututkimuksen perusteella. Kaularangan manipulaatio ei ole soveltuva tekniikka selkärankareumapotilaiden osteopaattiseen käsitteilyyn, koska mahdollisuus atlantoaksiaaliseen subluksaatioon on suurempi kuin perusterveellä henkilöllä. Muutoinkin käytetyiksi tekniikoiksi valikoitui hyvin hellävaraisia tekniikoita.

Viimeisellä kerralla osteopaattisen hoidon lisäksi henkilö täytti uudestaan RAND-36 ja

BPI-Suomi lomakkeet sekä toiminnallisen indeksin (BASFI) sekä tehtiin uudelleen BASMI-indeksin mukaiset testit. Lisäksi henkilöt saivat täytettäväkseen asiakaspalautelomakkeen, jossa oli avoimia kysymyksiä osteopaattisesta hoitajaksosta (Liite 10).

Ensimmäisellä kerralla saatuja tuloksia verrattiin viimeisen kerran tuloksiin, jotta osteopaattisen hoidon mahdolliset vaikutukset henkilön fyysiseen, psyykkiseen tai sosiaaliseen toimintakykyyn tulisivat ilmi. Hoitajakson lyhyen pituuden takia mittareita käytettiin vain ensimmäisellä hoitokerralla ja viimeisen jälkeen, jotta mahdollinen muutos tutkimushenkilön toimintakykyssä tulisi mahdollisimman selkeästi esille. Näiden menetelmien lisäksi hoitajakson pitkäaikaisia vaikutuksia toimintakykyyn arvioitiin myöhemmin toteutetun ryhmähaastattelun avulla.

5 Kuvaus opinnäytetyössä toteutuneista hoitajaksoista

5.1 Tapaus A

Perustiedot

Kyseessä on eläkeiässä oleva normaalipainoinen mies. Perussairautena on selkärankareuma, joka diagnosoitiin 70-luvulla. Asiakkaan mukaan tuolloin havaittiin muutoksia luisissa rakenteissa lanne- ja rintarangan tasolla. Ensimmäiset oireet ilmenivät lanneselän alueella terävänä kipuna kumartuessa, esimerkiksi kengännauhoja solmiessa. 90-luvulla oireilu ja kipuilu loppui hiljalleen, muun muassa selkärankareumalääkityksen seurauksena. Henkilö on jäänyt sairaseläkkeelle selkärankareuman vuoksi. Asiakkaan mukaan suvussa esiintyy mahdollisesti selkärankareumaa. Muutoin asiakkaan taustahistoriassa ei ole leikkauksia tai suurempia onnettomuuksia, paitsi oikean kiertäjäkalvosimen repeämä 20 vuotta sitten. Tällä hetkellä hänellä ei ole säännöllistä lääkitystä selkärankareumaan, harvakseltaan hän saattaa ottaa kipuihin käsikauppa vahvuista särkylääkettä.

Nykytila

Asiakas harrastaa säännöllisesti tennistä ja pelaa bridgeä. Hän on fyysisesti aktiivinen ja liikkuu paljon. Kaula- ja rintarangan liikerajoitteet ja siitä aiheutuva kuormitus vaikeuttavat harrastamista. Oikean glenohumeraalinivelen (olkanivelen) sisäkierto on rajoittunut kiertäjäkalvosinvamman seurauksena. Tästä johtuen asiakas kertoo tenniksen alkusytön ja oikean käden selän taakse viennin vaikeutumisesta. Lisäksi hän on joutunut lopettamaan kortinpeluun, koska siinä vaadittavan staattisen asennon seurauksena hän kärsii päänsäryistä.

Asiakkaan kliininen status

Hoitajakson alkaessa oirekuvassa oli hartiasseudun bilateraalista lihaskireyttä sekä pään ojentamisen ja kääntämisen vaikeutta. Oirekuvaan ei liittynyt säteily- tai puutumisoireita yläraajoihin. Asiakkaalla ilmeni ajoittain lievää päänsärkyä occiputin (takaraivon) alueella bilateraalisesti, joka provosoitui kaularangan ollessa pitkään taivutettuna eteenpäin. Observoidessa havaittiin asiakkaan kehon painopisteen olevan enemmän oikealla ja thoraxin (rintakehän) oikealla suhteessa keskilinjaan. Oikea scapula (lapaluu) oli työntynyt eteenpäin ja vasen glenohumeraalinivel (olkanivel) oli sisärotaatioissa. Rintarangan kyfoosi oli korostunut ja lannerangan lordoosi oiennut, kuten tyypillisesti selkärankareuman edetessä ns. ”bamburanka” ilmenee. Pää oli työntynyt eteenpäin ja kaularanka kiertynyt

hieman vasemmalle. Sternumin (rintalastan) alue ja thoraxin (rintakehän) etuosa olivat kompressoituneet. Lihastonus oli koholla oikealla erityisesti mm. pectorales majorissa ja deltoideuksen anteriorisessa osassa.

Rangan aktiivisissa liikkeissä rinta- ja lannerangan oli selkeitä liikerajoituksia ekstensio, rotaatio- ja sivutaivutussuuntiin. Fleksiosuunnan liike tuli pääosin lannerangan alaosaan ja lonkista. Kaularangan aktiivisissa liikkeissä selkeimmät rajoitteet ilmenivät fleksio- ja ekstensiosuuntiin sekä rotaatioon ja sivutaivutukseen oikealle. Humeroscapulaarirytmisissä scapulan (lapaluun) ylöskierto oli rajoittunut bilateraalisesti, erityisesti vasemmalta puolelta. Scapulan (lapaluun) alaskierto oikealla oli rajoittunut. Glenohumeraalinivelten (olkanivelten) liike oli rajoittunut kauttaaltaan bilateraalisesti.

Passiivisesti tutkiessa lähinnä joustotestiä käyttäen ranka tuntui kauttaaltaan melko joustamattomalta kaikkiin liikesuuntiin. Palpaatiolöydöksiä oli mm. scalenusten, sternocleidomastoideuksen, trapeziuksen pars descendens lihastonus sekä kaulan anterioristen fascioiden tonus koholla bilateraalisesti, erityisesti seisoma-asennossa. Glenohumeraalinivelten (olkanivelten) toimintaa tutkittiin erotusdiagnostisten testien avulla, kuten Apley Scratch, Empty can, Load & Shift ja Hawkings-Kennedy. Näiden perusteella selkein löydös oli glenohumeraalinivelen (olkanivelen) nivelkapselin posteriorisen osan joustamattomuus bilateraalisesti, erityisesti oikealta. Clavicular (solisluiden) liikkuvuus oli hyvä bilateraalisesti, mutta vasemman clavicular (solisluiden) proksimaalipää tuntui palpoidessa hieman prominentimmalta. Bilateraalisesti 1. costan (kylkiluiden) liike oli rajoittunut kauttaaltaan ja alimpien costien (kylkiluiden) liike oli rajoittunut vasemmalta puolelta. Pallea oli kauttaaltaan joustamaton. Löydösten ja kudostuntuman perusteella yläaukeaman toiminta oli heikentynyt, jolla on vaikutusta kehon nestekiertoon ja kudosaineenvaihduntaan.

Osteopaattinen päättely

Rangassa on osittaista luutumista, joka estää normaalin segmentäärisen liikkeen koko rangan alueella. Kaularangan yläosissa oli tunnettavissa pientä segmentääristä liikettä, muutoin kaularanka oli hypomobiili. Tällöin kyseinen alue kuormittuu ja aiheuttaa jännitystä suboccipitaalilihaksiin (niskarusetin lihaksiin). Kortinpeluun yhteydessä kaularangan ollessa eteentaivutettuna ja rintarangan korostuneen kyfoosin takia kuormitus lisääntyy aiheuttaen hypertoniaa mm. sternocleidomastoideuksiin, scalenuksiin, trapeziuksen pars descendensiin ja suboccipitaalilihaksiin. Edellä mainittujen lihasten mah-

dolliset triggerpisteet voivat laukaista päänsäryn takaraivon alueelle. Rintarangan kyfootisuus ja rintakehän etuosan liikerajoitteet vaikeuttavat scapulan (lapaluun) normaalia liikkuvuutta sekä yläaukeaman normaalia toimintaa. Selkärankareuman aiheuttamat muutokset ovat vaikuttaneet selkärankaan jo vuosikymmenten ajan, jolloin osteopaattisen hoitojakson tavoitteena ei ollut niinkään liikkuvuuden palauttaminen vaan toimintakyvyn tukeminen.

Osteopaattinen hoitojakso

Asiakasta hoidettiin viisi kertaa 10.3.2016 — 4.5.2016 välisenä aikana, hoitoväli vaihteli viikosta noin kolmeen viikkoon. Alkuperäisen hoitosuunnitelman tavoitteena oli hartiarengaan alueen tasapainottaminen nivel- ja pehmytkudostasolla. Kaularangan liikkeiden edistäminen sekä kaulan- ja niskanalueen lihasten hypertoonisuuden lieventäminen toteutettiin pehmytkudostekniikoin. Pallean ja rintakehän aktivointi oikeanlaiseen liikkeeseen hengityksessä on tärkeää kudosaineenvaihdunnan kannalta. Hoitojakson aikana käytettiin faskiaalisia tekniikoita kaulan- ja rintakehän alueen faskiarakenteisiin. Hartiarenkaan ja yläaukeaman rakenteiden hoitoon käytettiin pehmytkudos-, MET- ja BLT-tekniikoita.

Toisen hoitokerran jälkeen asiakas oli kaatunut liukastumisen seurauksena vasemmalle pakaralleen sekä samalla lyönyt yläselkäänsä ja takaraivonsa maahan. Asiakkaan mukaan kaatumisen jälkeen kipua oli ollut ylärintarangan alueella melko sentraalisesti, joka provosoitui selinmakuulla ja siitä noustessa. Kaatumisesta huolimatta asiakas oli pystynyt jatkamaan harrastuksiaan eikä toimintakyky ollut poikennut juurikaan aiemmasta. Tähän alueeseen kiinnitettiin huomiota hoitojakson aikana ja aluetta käsiteltiin BLT- ja kraniaalitekniikoin.

5.2 Tapaus B

Perustiedot

Kyseessä on työikäinen normaalipainoinen nainen. Hänellä oli tulosyynä bilateraalin ranteiden kipu, tunnottomuus vasemman kyynärvarren alueella, vasemman etusormen kipu sekä alaselän ja pakaralan alueen kipuilu molemmin puolin, ajoittain myös krampinkaltaista tunnetta jalkaterien dorsaalipuolella. Perussairautena on selkärankareuma, joka diagnosoitiin 2000-luvulla. Selkärankareuman oireet olivat alkaneet isojen nivelten tulehduksina teini-iässä, jolloin elimistöstä löydetty Yersinia-bakteeri. Nykyään tulehdukset painottuvat pienten nivelten alueelle, erityisesti ranteiden alueelle, joissa on myös

kalkkikertymiä tulehdusten seurauksena. Asiakkaalle on tehty 2000-luvun alun jälkeen useita leikkauksia eri puolelle kehoa, josta johtuen kehossa paljon arpikudosta eri alueille. Asiakkaalla on diagnosoitu migreeni ja masennus sekä mahahaavaepäily, joka on lääkärin seurannassa. Hoitojakson alkaessa lääkityksenä kipulääkitys, biologinen sekä inflammaatioprosessia hillitsevä lääkitys ja masennuslääkitys. Harrastuksina hänellä ovat vesiliikunta ja mailapeli.

Nykytila

Asiakkaan oirekuvassa oli hoitojakson alkaessa ranteiden kipua bilateraalisesti, vasemman etusormen tyven kipuilua sekä vasemman kyynärvarren tunnottomuutta. Ranteiden kipua provosoi käsillä kantaminen, peukaloiden ojennus sekä kämmenen varaan nojaaminen. Oireita lievitti rannelastojen käyttö, joita hän käytti kivun ollessa voimakkaimmillaan. Asiakkaan mukaan pakaroiden alueella kipu ilmeni yhtäkkisinä tuikkauksina erityisesti liikkuesssa, ei niinkään levossa. Ajoittain asiakkaalla oli voimakkaita selkäkipuja, jotka fysiatrin mukaan saattoivat johtua rangan skolioosityyppisestä asennosta. Kehon kipujen takia hän on joutunut luopumaan sekä vähentämään liikuntaharrastuksiaan. Hän kärsii ajoittain nukahtamisvaikeuksista kipujen ja niihin liittyvän masennuksen takia. Pitkään paikallaan olo istuen tai seisten on hankalaa, kevyt liike helpottaa oloa. Asiakkaan mukaan hänellä ilmenee kipua ja turvotusta ylävatsan alueella aamuisin vatsan ollessa tyhjä, joita syöminen lieventää.

Asiakkaan kliininen status

Observaatiossa havaittiin CT-alueella (kaula- ja rintarangan liitosalueella) turvotusta ja TL-alueella (rinta- ja lannerangan liitosalueen) kudosten hypertoonisuutta. Hartiat olivat työntyneet eteenpäin bilateraalisesti ja siirrotusta oli havaittavissa molemmissa scapuloissa (lapaluissa). Koko thorax (rintakehä) vaikutti siirtyneen hiukan oikealle suhteessa kehon keskilinjaan. Lantion luisia maamerkkejä palpoidessa oikea puoli vaikutti olevan hiukan matalammalla kuin vasen. Oikean jalkaterän mediaalinen pitkittäiskaari oli hiukan madaltunut ja kehon painopiste näytti olevan enemmän oikean alaraajan varassa. Rangan aktiiviset liikkeet olivat kauttaaltaan melko hyvät, mutta rangassa scapuloiden (lapaluiden) alareunan tasolla oli liikerajoituksia ekstensio- ja sivutaivutussuuntiin. Hengitystä tutkiessa 1. costan (ensimmäisen kylkiluun) liike oli rajoittunut ja sisäänhengittäessä ilmeni vasemman kylkikaaren joustamattomuutta. Rintarangan joustoa tutkiessa havaittiin hypomobileettia TH 6—9 nikamien tasolla sekä 3--6 costissa (kylkiluissa) bilateraalisesti. Lisäksi bilateraalisesti 3--4 costien (kylkiluiden) sekä sternumin (rintalastan) oike-

anpuoleinen reuna oli palpaatioarka ja thoraxin (rintakehän) yläosan oli joustamaton oikealta puolelta. Palpoidessa tunnettavissa oli pallean epäsymmetriaa, muttei selkeitä kudosuutoksia tai arkuutta.

Osteopaattinen päättely

Ranteiden pikkunivelten tulehdusprosessit ja niistä johtuva kalkan kertyminen aiheuttavat kipeytymistä sekä heikentävät alueen nestekiertoa. Rangan liikerajoitteet johtuvat mahdollisesti somatoviskeraalisesta heijasteesta maksan ja mahalaukun vastaaville hermotusalueille. Kyseisten elinten akuuttien prosessien takia päädyimme hoitamaan alueita pääasiassa rangan välityksellä. Costien (kylkiluiden), rintarangan ja sternumin (rintalastan) liikerajoitteet vaikuttavat heikentävästi hengitykseen ja edelleen koko kehon nestekiertoon. Useiden leikkausten takia kehossa on runsaasti arpikudosta, joka rajoittaa eri kudosten normaalia liikkuvuutta. Pitkään jatkuneen lääkityksen takia elimistön toksisuus on todennäköisesti kohonnut.

Osteopaattinen hoitajakso

Asiakasta hoidettiin 14.3.2016 — 3.5.2016 välisenä aikana viisi kertaa, hoitoväli vaihteli viikon ja kahden viikon välillä. Asiakkaan kuntoutumisen tavoitteena oli kipujen lievittäminen, koska ne rajoittavat päivittäistä arkea ja nukkumista. Asiakas toivoi helpotusta erityisesti raajojen kipuiluun ja liikerajoituksiin. Osteopaattisen hoitajakson tavoitteena on ollut nestekierron edistäminen ja sen myötä kudosaineenvaihdunnan tehostaminen koko kehon alueella. Valitsimme globaalin lähestymistavan kehon laaja-alaisten kipujen takia. Hoitajakson aikana ranteiden niveliä lääkittiin myös kortisonilla, jolloin niitä ei voinut käsitellä paikallisesti. Kehossa on paljon arpikudosta, lääkityksestä johtuen toksineja ja useita tulehdusprosesseja viimeisen kymmenen vuoden aikana, joten hengitys- ja nestekiertotoimintamallin lähestymistapa soveltui parhaiten kyseiselle asiakkaalle. Hoitotekniikoina käytettiin artikulaatiota ja BLT-tekniikkaa yläaukeaman alueelle, MET-tekniikoita ylimpiin costiin (kylkiluihin) ja pallean hoitoon sekä oskillaatio- ja BLT-tekniikkaa rintarangan alueelle somatoviskeraalisen heijasteen lieventämiseksi. Lisäksi myofaskiaalisia ja faskiaalisia tekniikoita käytettiin säärien ja kyynärvarsien alueelle sekä inhibiotekniikkaa suboccipitaalilihaksiin ja lantionpohjaan. Kraniaalisia tekniikoita hyödynnettiin hermoston tasapainottamiseksi.

5.3 Tapaus C

Perustiedot

Kyseessä on eläkeiän kynnyksellä oleva mies, joka on sairaseläkkeellä. Tulositynä ovat niskahartiaseudun alueen lihasjännitys kivut, huimaus ja tinnitus. Perussairauksina ovat selkärankareuma, sekundaarinen Sjögrenin syndrooma, Forestierin tauti, fibromyalgia, kakkostyyppin diabetes, astma, aurallinen migreeni, uniapnea ja idiopaattinen verenpainetauti. Henkilöllä on runsaasti ylipainoa ja hän on yrittänyt kontrolloida syömistä, mutta liikunnan lisääminen on vaikeaa tuki- ja liikuntaelimestön kipujen takia. Selkärankareuma diagnosoitiin 1990-luvulla, jolloin ensioireina oli sakroiliitti ja ödeemaa SI-nivelissä. Asiakkaan mukaan ensioireet alkoivat jo 1980-luvulla. Lähisuvussa on esiintynyt reumaoireita ja selkäkipuja. Asiakkaalle on tehty useita vatsanalueen leikkauksia ja olkapään avarrusleikkaus bilateraalisesti. Taustalla on myös pään alueen trauma sekä kolari, jossa mahdollisesti retkahdusvamma kaularangan alueelle. Lääkityksenä on tulehduskipulääkkeet, astma, verenpaine-, migreeni- ja vatsansuojälääkitys sekä tarvittaessa lihasrelaksantti. Aiemmin käytössä on ollut erilaisia reumalääkkeitä. Biologista lääkitystä ei ole kuitenkaan kokeiltu missään vaiheessa, koska asiakkaan taudinkuva on epätyypillinen selkärankareuman oirekuvaan viitaten. Uniapnean hoitoon on käytössä CPAP-laite öisin. Koko osteopaattisen hoitojakson ajan henkilö oli lääkärin seurannassa. Röntgen- ja magneettikuvissa on löydöksiä mm. spinaalisten osia ja degeneratiivisia muutoksia kaula- ja lannerangan alueella. Rintarangassa on muutoksia nikamien luisissa rakenteissa.

Nykytila

Asiakas kärsii sternumin (rintalastan) ja kylkikaarien alueen kivuista päivittäin, erityisesti iltaisin hengittäminen on kivuliasta ja selinmakuulla oleminen tuottaa kipua koko thoraxin (rintakehän) alueelle. Lisäksi hänellä on kipuja lapojen välissä päivittäin, jotka ovat yleensä pahimmillaan iltapäivällä. Asiakas pyrkii tekemään päivittäin varoen pientä keppijumppaa ja lyhyitä kävelylenkkejä. Unenlaatu on vaihtelevaa, sillä sopivaa nukkumisasentoa on vaikea löytää. Asiakas on melko stressaantunut kipujen ja toiminnan rajoitteiden takia. Aiemmin henkilön harrastuksina ovat olleet vesijumppa ja kuntosali, joista joutunut luopumaan kipeytymisen takia.

Hoitojakson alkaessa asiakkaalla ilmeni etiologialtaan epäselvää huimausta, jota provosoi niskahartiaseudun hypertonia sekä kumarrusasennosta nouseminen. Lääkäri on todennut huimauksen liittyvän niskahartiaseudun jäykkyyteen. Oireita lievittävät hieronta,

tulehduskipulääkitys ja lihasrelaksantti. Lisäksi hänellä esiintyy iltaa kohti pahenevaa tinnitusta päivittäin, jota provosoi niskahartiaseudun hypertonia. Yläraajoissa esiintyy säteilyoireita bilateraalisesti, kuitenkin vasenvoittoisesti. Asiakas kuvailee kivun paikallistuvan peukalon alueelle ja muiden sormien puuttuvan. Vasemmassa kädessä hänellä esiintyy paleluoireita. Huono nukkuma-asento provosoi oireita ja niitä lieventää yläraajojen voimistelu. Alaraajoissa hänellä ilmenee lihasvoiman heikkoutta ja jalkapohjien tunnotomuutta sekä vasemman alaraajan iskiasoireilua. Oireita provosoi istuminen ja seisominen staattisessa asennossa ja niitä lievittää tulehduskipulääkitys sekä kevyt liikunta. Asiakkaalla ei ole cauda equina- oireita.

Asiakkaan kliininen status

Observoidessa ja palpoidessa havaittiin kaulan alueen lihasten hypertoonisuutta. Kaularanka on seisoma-asennossa hieman sivutaivuttunut oikealle ja rotatoitunut vasemmalle. CT-alue (kaula- ja rintarangan liitosalue) oli hyvin jännittynyt, erityisesti m. trapezius pars descendens lihastonus oli koholla bilateraalisesti. Sternumin (rintalastan) alueen kudokset tuntuivat joustamattomilta ja aroilta, lisäksi alueen iholla näkyi laskimomuutoksia. Thoraxin (rintakehän) painopiste oli vasemmalla suhteessa keskilinjaan. Vasen hartia oli työntynyt eteenpäin. Yläaukeaman alueella oli tunnettavissa turvotusta ja palpaatioarkuutta, erityisesti vasemmalla. Rintarangan yläosassa oli tunnettavissa aina scapulan (lapaluun) alareunaan asti joustamattomuutta ja palpaatioarkuutta. Scapulan (lapaluun) alareunan tasolla rangassa oli myös voimakasta aritusta ja turvotusta. Tällä alueella voi olla mahdollisesti muutoksia rangassa liittyen Forestierin tautiin. Hengitystä tutkiessa syvään hengittäessä tuntui kipua kylkikaarien tasolla ja hengitys näytti vaivalloiselta. Myös kylkiluissa ilmeni tutkiessa liikerajoituksia. Seisoma-asennossa lantio oli työntynyt eteen ja thorax (rintakehä) taakse ja kehon paino vaikutti olevan enemmän oikean alaraajan varassa. LS- alueella (lannerangan ja ristiluun liitosalueella) tuntui palpaatioarkuutta sekä turvotusta ja pakaroiden lihastonus oli koholla. Paikallaan seisominen oli asiakkaalle vaikeaa ja hän koki jatkuvaa tarvetta ravistella yläraajoja ja astella paikoillaan.

Rangan aktiivisissa liikkeissä havaittiin, että eteentaivutuksen aikana lanneranka jää suoraksi ja ojentaessa selkää eteentaivutuksesta suoraksi asiakas avustaa liikettä koukistamalla polvia. Rintarangan rotaatio vasemmalle oli rajoittunut. Aktiivisten rangan liikkeiden tuottaminen oli hankalaa. Kaularangassa sagittaalisuunnan liikkeet olivat erittäin rajoittuneet ja kipua ilmeni sternumin (rintalastan) sekä C5 nikaman tasolla. Sivutaivutus- ja rotaatioliikkeissä ilmeni voimakasta pehmytkuduskireyttä. Kaularankaan tehdyt Sharp-

Purser sekä Alaria-ligamenttien instabilitettitestit olivat negatiiviset. Leukaniveltä tutkiessa havaittiin hypertonisuutta puremalihaksissa bilateraalisesti. Kallon aluetta palpoidessa ilmeni joustamattomuutta erityisesti ossa temporalisten (ohimoluiden) alueella. Lisäksi kallon oikea puoli tuntui kompressoituneelta. Yläraajan neuraalioireiden takia tehtiin ULTT1-3 (Upper limb tension test) neuraalikudoksen tilan kartoittamiseksi kaularangan löydösten takia. Testit suoritettiin aktiivisesti ja passiivisesti, mutta niillä ei saatu aikaan selkeää provokaatiota.

Osteopaattinen päättely

Rintarangan ylä- ja alaosan voimakkaat liikerajoitukset aiheuttavat kuormitusta lapojen alaosan tasolle, josta aiheutuu palpaatioarkuutta, turvotusta ja kipua kyseiselle alueelle. Vastaavan tason kylkiluissa ilmenevä bilateraalinen hypomobileetti aiheuttaa kipua kylkikaarien alueelle sisäänhengittäessä. Kaularangan alaosa kuormittavat kaularangan yläosan liikerajoitteet sekä CT-alueen hypomobileetti. Lisäksi kaulan alueen pehmytkudoskireydet lisäävät kyseisen alueen oireilua. Todennäköisesti nämä kaularangan liikerajoitteet ja pehmytkudosten hypertonia lisäävät huimaus- ja tinnitusoireita. Lisäksi leukanivelten ja puremalihasten somaattiset dysfunktiot (toimintahäiriöt) vaikuttavat todennäköisesti kyseisiin oireisiin. Kallon alueella myös ossa temporalisten dysfunktiot vaikuttavat mahdollisesti ylläpitävästi kroonisiin kipuihin. Vatsanalueen arpikudokset aiheuttavat faskiaalista jännitystä vatsanalueen ja ylävartalon välille, joka ylläpitää pallean ja yläaukeaman liikerajoitteita.

Hoitojaksoa toteuttaessa tiedostettiin, että asiakkaan laaja oirekuva ei välttämättä ole tyypillinen selkärankareumaatikolle, sillä lisäksi taustalla on useita perussairauksia ja sairauksien sekä niihin kuuluvien oireiden arviointi ja tulkinta oli haastavaa. Hoitojakson aloittamisesta keskusteltiin yhdessä asiakkaan kanssa ja sovittiin, että häntä hoidetaan oirekuvan mukaan, vaikka oireet eivät ole suoranaisesti selkärankareumaan liittyviä.

Osteopaattinen hoitojakso

Asiakasta hoidettiin 14.3.2016 — 4.5.2016 välisenä aikana viisi kertaa, hoitoväli vaihteli viikon ja kahden viikon välillä. Hoidon toteutuksessa oli tärkeä huomioida mahdollisimman miellyttävä hoitoasento asiakkaalle, joka hänen tapauksessaan oli puoli-istuva asento ylävartalo hyvin tyyntyillä tuettuna. Osteopaattisen hoidon tavoitteena oli ylärintarangan, CT-alueen ja kaulan alueen pehmytkudosten toiminnan edistäminen, jolloin huimaus- ja tinnitusoireet lievenisivät. Hoitojakson aikana käytettiin hyvin kevyitä artikkulaatiotekniikoita, epäsuoraa lähestymistapaa pallean ja yläaukeaman hoidossa, faski-

aalisia tekniikoita paikallisen kudosaärsytyksen ja arpikudosten elastisuuden lisäämiseksi. Lisäksi käytettiin BLT-tekniikoita eri alueille, triggerpisteiden inhibitiota sekä kraniaalitekniikoita. Kyseisen asiakkaan kohdalla hoitojakson merkittävimmät hoitoreaktiot saatiin hyödyntämällä faskiaalisia tekniikoita.

5.4 Tapaus D

Perustiedot

Nelissäkymmenissä oleva, normaalipainoinen urheilevan ja aktiivisen naisen tulossyynä oli lantion vasemman puolen anterioripuolen kipuilu. Perussairauksina hänellä ovat selkärankareuma, sekundaarinen Sjögrenin syndrooma, aistilyherkkyys, anismus eli toiminnallinen ulostamisvaikeus-oireyhtymä ja astmankaltainen oireilu. Aiemmin taustalla on ollut myös keskivaikeaa masennusta. Selkärankareuma diagnosoitiin 2000-luvulla, joka alkoi alun perin vasemman SI-nivelen oireilulla. Hän on osatyökyvyttömyyseläkkeellä selkärankareuman takia. Unenlaatu oli hoitojakson alkaessa melko hyvä, eikä asiakas heräillyt kipuihin öisin. Lääkityksenä hänellä oli biologinen lääke selkärankareumaan, allergia- ja astmalääkitys, hormonikierukka ja tarvittaessa reseptillä saatavat tulehduskipulääkkeet. Asiakkaan kertoman mukaan lähisuvussa esiintyy selkäsairauksia. Taustalla hänellä on ollut useita kaatumisia, joissa loukannut oikean leukanivelensä, vasemman polvensa ja useita kertoja oikean hartiakaaren alueen. Vatsaoireita hänellä on ollut 2000-luvun alusta asti, joita on tutkittu laajasti, mutta selkeää syytä oireiluun ei ole toistaiseksi löydetty. Tutkimuksissa on löydetty degeneratiivisia löydöksiä lannerangan alueella, joihin on liittynyt aiemmin säteilyoireita. Säteilyoireet ovat vuosien varrella vaihdelleet alaraajasta toiseen, kuitenkin viime aikoina esiintyneet vasemmalla puolella. Löydöksiin ei ole liittynyt Cauda Equina- oireita, mutta L3-L4 välilevy on ope-roitu. Vasen polvi on tähytysleikattu ja vasemman trochanter minorin (pieni sarvennoinen) alueella on kalkkeumalöydöksiä.

Nykytila

Vuosia jatkunut lantion alueen kipu on tällä hetkellä pahimmillaan aamuisin herätessä. Kipua lieventää ulostaminen, muttei poista sitä täysin. Alue tuntuu asiakkaan mukaan jäykemmältä koko päivän ajan, vaikkakin oireet lievittyvät päivän mittaan. Asiakas kokee kivun rajoittavan hänen päivittäisiä toimintojaan. Kevyt liikkuminen ja kipulääkitys lieventävät oireita jonkin verran, mutta rankempi liikkuminen provosoi niitä. Oikean hartian alueella on edelleen todennäköisesti traumaperäisiä pehmytkudoskipuja ajoittain. Myös

hartian kipua provosoi rankempi liikkuminen. Istuminen paikallaan on hänelle hyvin vaikeaa ja makuullakin sopivan asennon löytäminen voi olla haastavaa. Asiakkaan aktiivisuudesta ja toiminnallisuudesta huolimatta kivut vievät suuren osan hänen huomiostaan ja niillä on merkittävä vaikutus hänen arkeensa.

Asiakkaan kliininen status

Observaatiossa havaittiin kongestiota CT- ja LS-alueella (kaula- ja rintarangan liitosalueen sekä lannerangan ja ristiluun liitosalueen) sekä erityisen runsaasti L4-L5 nikamavälin tasolla. Lannerangan alkuosan tasolla paraspinaalilihasten (rangan ojentajalihasten) lihastonus on koholla ja lantio vaikuttaa olevan hiukan vasemmalla sekä alaviistossa suhteessa kehon keskilinjaan. Vasemmassa alaraajassa näkyy laskimomuutoksia erityisesti polvitaipteen alueella. Asiakkaan mukaan hänellä on taipumus seistä paino enemmän vasemman jalan varassa. Vasemman jalkaterän mediaalinen pitkittäiskaari on korostunut ja mediaalisen malleolin (kehräsluu) alapuolella on palpaatioarkuutta sekä joustamattomuutta kudoksissa. Pallean tasolla ylävatsassa tuntuu jännittyneisyyttä ja joustamattomuutta erityisesti vasemmalla puolella. Vasen scapula (lapaluu) on ulkokierrossa. Oikea clavicula (solisluu) on joustamattoman tuntuinen ja oikeanpuoleisen kiertäjälivoksen lihaksiston tonus on koholla. Lantionpohjan lihaksissa tuntuu palpaatioarkuutta coccyxin (häntäluun) vasemmalla puolella sekä alueen lihastonus koholla. Coccyx on voimakkaassa fleksioasennossa ja sivutaivuttunut vasemmalle. Sacrumin (ristiluun) vasemman alareunan tasolla tuntuu palpaatioarkuutta sekä kudosten joustamattomuutta, mahdollisesti kyseessä sacrumin intraossea-leesio. S2-nikamatasolta kaudaalisuuntaan sacrum on joustamattomampi ja hiukan palpaatioarka.

Neurologista statusta tutkiessa ei normaalista poikkeavia löydöksiä. Rangan aktiivisia liikkeitä tutkiessa lannerangan fleksio on rajoittunut, erityisesti L4-L5 nikamatasolla. Rintarangan alueella liikkuvuus ekstensiosuuntaan on selkeästi rajoittunut. Rintarangassa on liikerajoituksia sivutaivutus- ja rotaatiosuuntiin molemmin puolin, jälkimmäiseen liittyy myös kiristyksen tunnetta sacrumin alueelle. Faskiaalisessa vetotestissä selinmakuulla vasen alaraaja on kauttaaltaan joustamattomampi kuin oikea. Passiivista liikkuvuutta tutkiessa vasemman nilkan ylemmässä ja alemmassa nivelraossa on liikerajoituksia sekä saman puolen polvinivelen lieviä liikerajoituksia. Koko oikea alaraaja selvästi ulkokierrossa lonkasta asti selinmakuulla rentona ja lonkan sisäkierto merkittävästi rajoittunut. Lihastonus on koholla oikean pakarän ja lähentäjien alueella. Vasemman lonkan abduktio on rajoittunut ja lantion kontrolli tuntuu pettävän liikettä suoritettaessa. Myös adduktioliike on rajoittunut kys. nivelessä. Oikean puolen SI-nivel tuntuu joustamattomalta ja

oikea ilium on hiukan rotatoitunut anteriorisesti. Vasemmanpuolen m. iliacuksessa ja m. psoaksessa (lonkankoukistajalihakset) palpoidessa tuntuu palpaatioarvoja kohtia lähellä lihasrunkojen origoalueita. Trendelenburgin testissä vasemman jalan ollessa tukijalkana iliumit pysyvät linjassa melko hyvin, mutta lantio siirtyy hiukan vasemmalle suhteessa kehon keskilinjaan. CT-alueella on hypomobileettia ja liikerajoituksia alakaularangan alueella. Ylänsiskan liikkuvuus on rajoittunut oikealta ja alueella myös suboccipitaalilihas-ten (niskarusetti) hypertoonisuuta sekä palpaatioarkuutta. Vatsanaluetta palpoidessa laskevan paksusuolen ja sigmasuolen alue tuntuu jännittyneeltä sekä hiukan palpaatio-aralta.

Osteopaattinen päättely

Mahdollisesti sigmasuolen, laskevan paksusuolen ja alueen faskioiden joustamattomuus on oireiden taustalla. Hoitosuunnitelmaa tehdessä on tärkeää ottaa huomioon pitkään kestänyt vatsaoirelu ja niiden epäselvä etiologia. Erityisesti fleksiosuuntaan painottuvat lannerangan selkeät liikerajoitteet ja oiennut lordoosi vaikuttavat posturaalisesti oirealueelle aiheuttaen venytystä lantion etupuolen rakenteisiin. Lantion oikean puolen liikerajoitukset ja joustamattomuus voivat aiheuttaa kuormitusta vastakkaisen puolen rakenteisiin sekä vasemman lonkan alueelle.

Osteopaattinen hoitajakso

Asiakasta hoidettiin 17.3.2016 — 3.5.2016 välisenä aikana viisi kertaa. Lisäksi asiakas jatkoi uutta opinnäytetyöstä erillistä hoitajaksoa heti toukokuussa 2016. Osteopaattisen hoitajakson alkuperäinen suunnitelma oli lähestyä asiakastapausta viskeraalisesta näkökulmasta. Kuitenkin ensimmäisen hoitokerran aikana asiakkaan reagointi hoitotilanteessa lannerangan alueen vatsanpuolen lihasrakenteita käsitellessä oli melko voimakas, joten fokusta muutettiin biomekaanisempaan suuntaan. Seuraavilla kahdella hoitokerralla pyrittiin tasoittamaan lantion puoliero kuormituksen vähentämiseksi käsitellen pääasiassa luusto- ja lihasrakenteita. Hoitajakson aluksi käytettiin oskillaatio-, MET- ja inhibitiotekniikkaa sekä epäsuoraa lähestymistapaa lannerangan, lantionpohjan, SI-nivelten ja coccyxin alueelle. Jatkossa käsittelyn painopiste oli enemmänkin pallean, yläaukeaman ja viskeran alueella, jolloin tekniikoiksi valikoitui BLT-, artikulaatio- ja viskeraalisia tekniikoita. Kraniaalitekniikoita käytettiin hermoston tilan tasapainottamiseen.

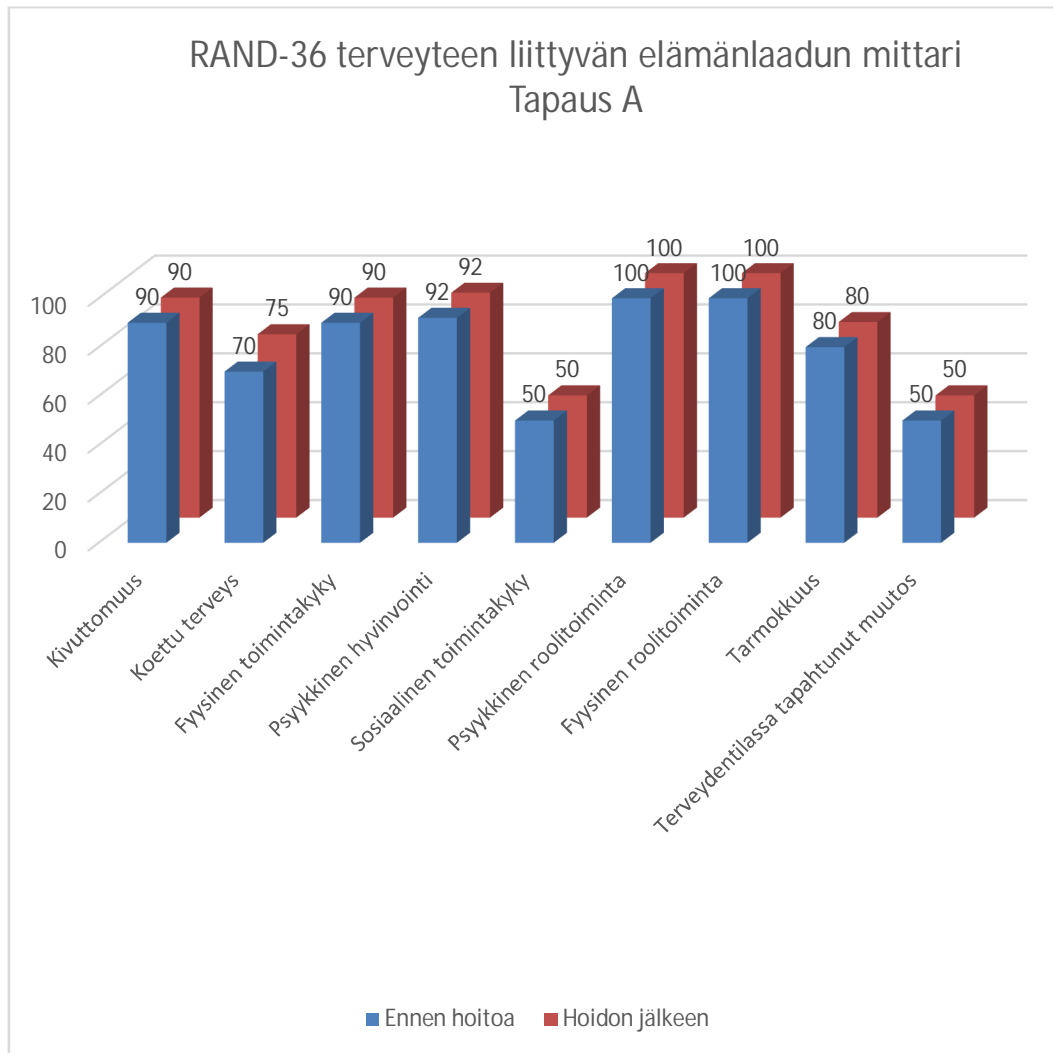
6 Toimintakyvyn eri osa-alueiden muutokset hoitojakson aikana

6.1 Tapaus A

Hoitojakson alkaessa alkuhaastattelun sekä asiakkaan oman arvion mukaan toimintakyky oli hyvä, eikä merkittäviä rajoitteita tai kipuja juurikaan ilmennyt päivittäisessä arjessa. Rangan aktiivista liikelaajuutta arvioivassa BASMI-mittauksessa havaittiin merkittäviä liikerajoitteita mittauksen jokaisessa osassa. Merkittävistä liikerajoitteista huolimatta asiakas on liikunnallisesti hyvin aktiivinen ikäänsä nähden ja arkiset toimet sujuvat hyvin. Hoitojakso sujui pääosin alkuperäisen suunnitelman mukaan, mutta sen aikana sattunut liukastuminen muutti hiukan hoitosuunnitelmaa ja keskityimme myös akuutin oirealueen hoitoon. Hoitojakson aikana pehmytkudoksikäsitteilyllä saatiin aikaan selkeimmät hoitoreaktiot, erityisesti paikallinen kudossaineenvaihdunta rintakehän yläosan alueella parani ja kaulan alueen pehmytkudoksissa elastisuus lisääntyi. Pään ja kaulan eteen työntynyt asento lieveni hieman hoitojakson edetessä, jolloin kuormitus kaulan ja yläniskan kudoksissa väheni. Oikean olkanivelen alueen liikerajoitteissa ei tapahtunut merkittävää muutosta hoitojakson aikana. Asiakkaan kehon tilan ja hänen oman kokemuksensa mukaan hoitojakso olisi voinut olla vielä pidempi. Asiakas koki hoitojakson mielenkiintoiseksi, mukavaksi ja rentouttavaksi kokemukseksi. Hänen mukaansa hoitojakso vaikutti virkistävästi hänen toimintakykyynsä.

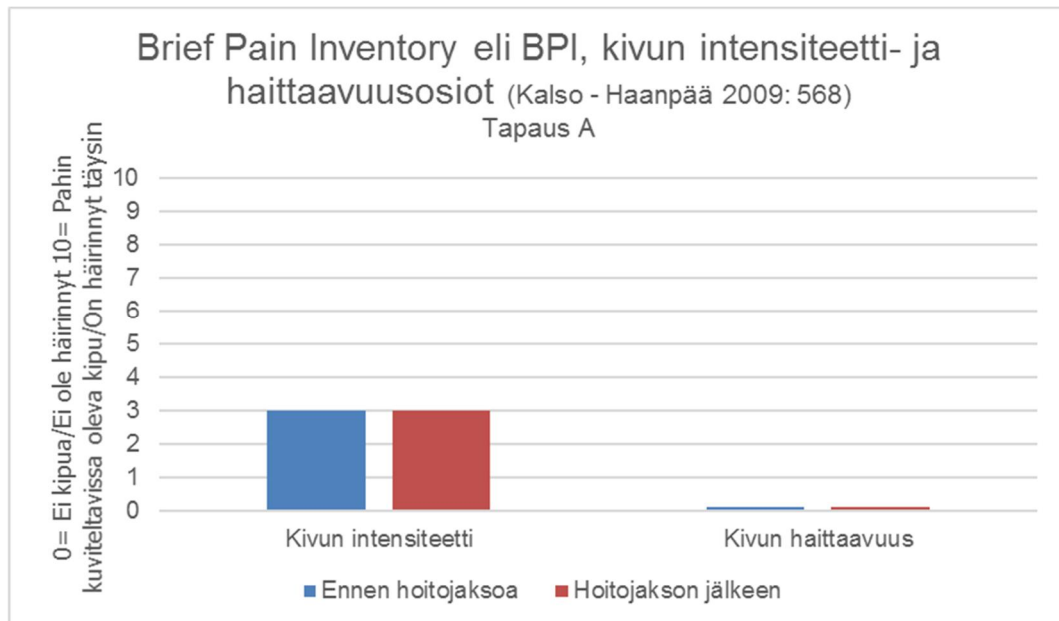
Ryhmähaastattelussa tuli ilmi kyseisen tutkimushenkilön osalta seuraavaa:

Kun siinä alkuperäisessä paperissa kysyttiin ennakoasenteita osteopatiaa kohtaan, niin tota mä voisin hyvin olla Skepsis ry:n jäsen. Mulla oli aika niin kuin epäilevä suhtautuminen, mutta täytyy vetää takaisin, että kyllä se ihan kunnan työtä on.



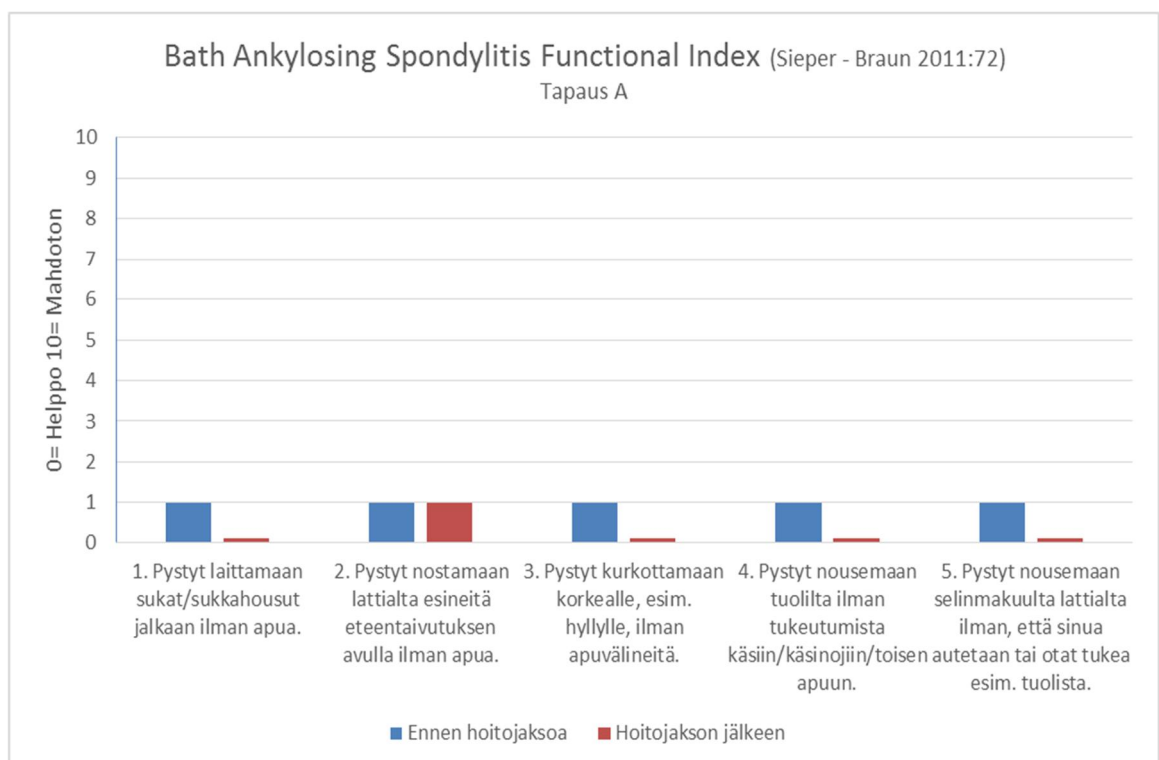
Kuvio 1 RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari (TOIMIA 2013)

RAND — 36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarin arvot ovat 0-100. Tällöin 0 on tarkoittaa huonointa mahdollista ja 100 parasta mahdollista. Tapaus A:n kohdalla alkutilanne oli jo hyvä, joten muutoksia ei tämän mittarin kohdalla juuri ilmennyt. Koetun terveyden osalta tilanne muuttui positiiviseen suuntaan.

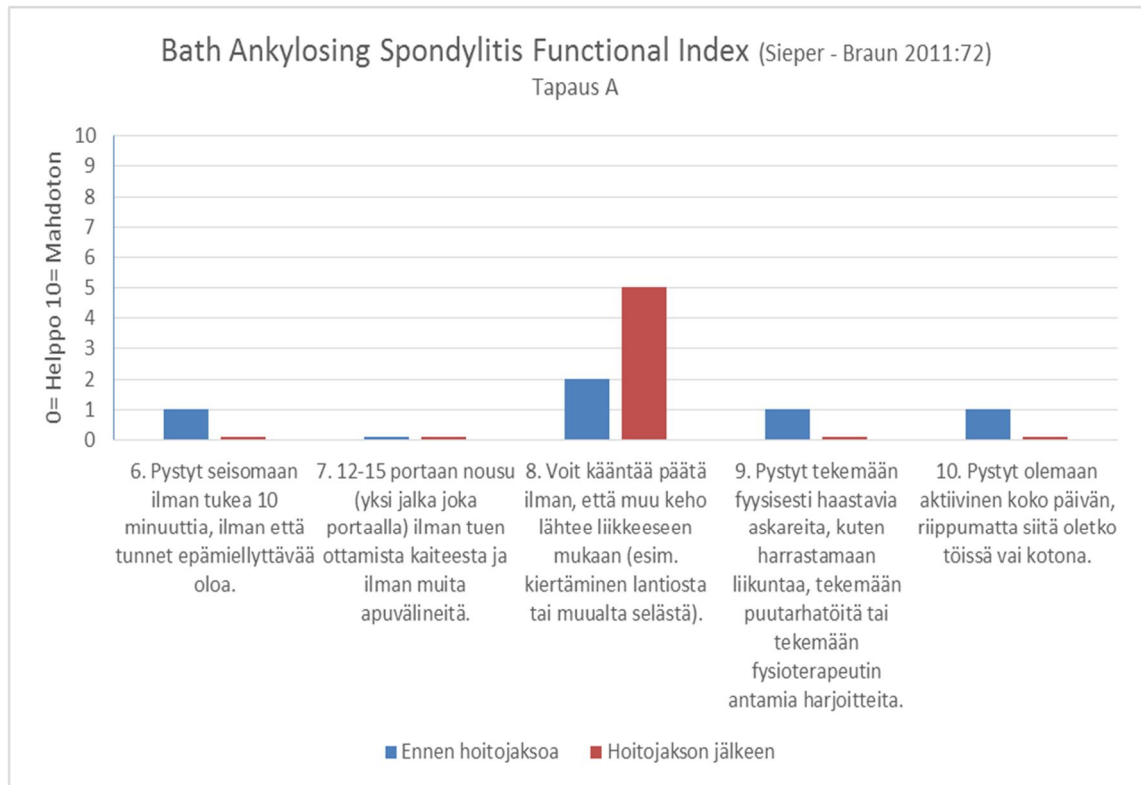


Kuvio 2 Brief Pain Inventory eli BPI, kivun intensiteetti- ja haittaavuusosiot. (Kalso - Haanpää 2009: 568)

Tapaus A:n kohdalla kivun intensiteetissä ja kivun haittaavuudessa ei tapahtunut muutoksia.



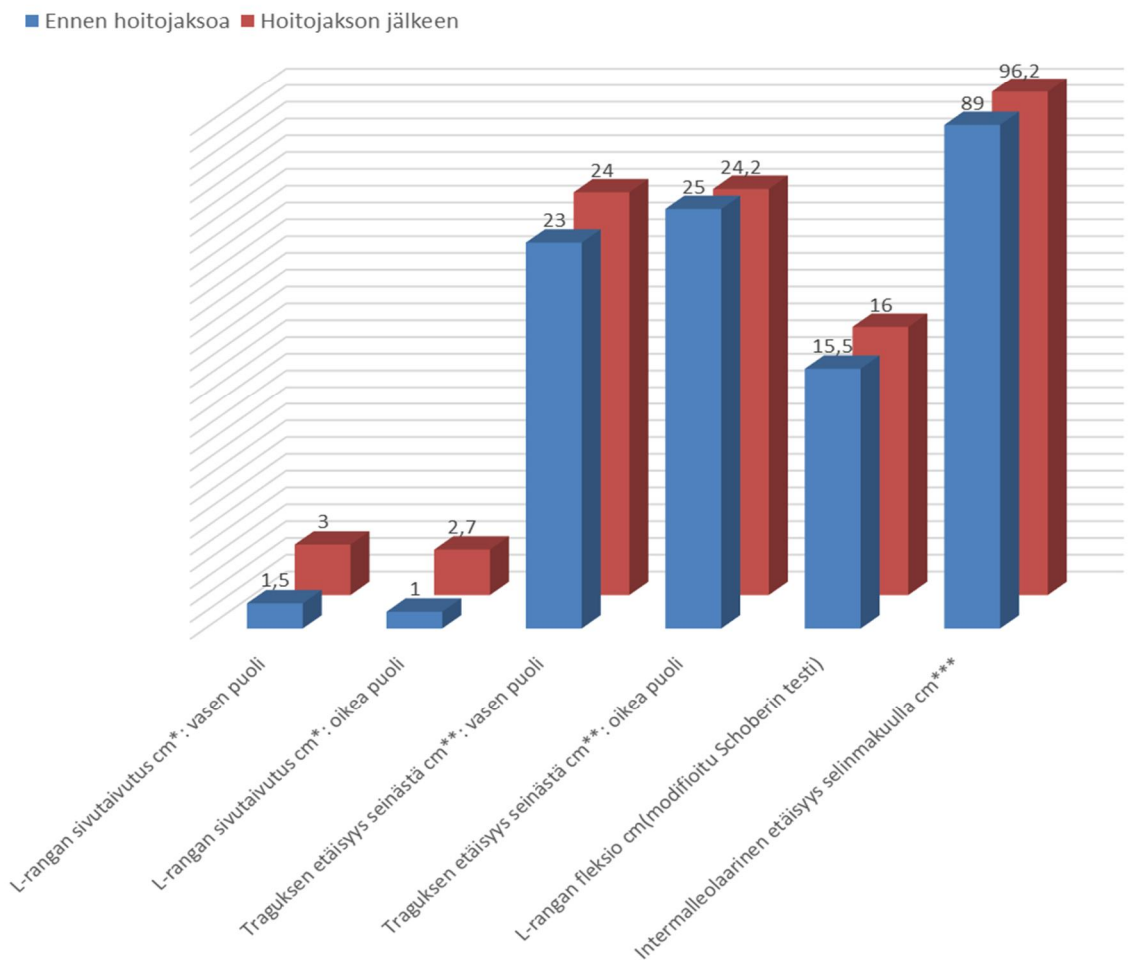
Kuvio 1 Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) (Sieper - Braun 2011:72)



Kuvio 2 Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) (Sieper - Braun 2011:72)

Hyvästä lähtötilanteesta huolimatta fyysisen toimintakyvyn osalta tapaus A:n kohdalla tapahtui positiivisia muutoksia suurimassa osassa mitattavista tekijöistä. Kuitenkin selkein muutos tapahtui kohdassa 8., jonka muutosta negatiiviseen suuntaan voisi selittää kehon rajoitteiden tiedostamisen lisääntyminen.

Tapaus A:
The Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI)
(Jenkinson et al 1994)



* L-rangan neutraaliasennon ja sivutaivutusasennon erotus sormista maahan mitattuna

** Traguksen etäisyys seinästä selkä seinää vasten seistessä, leuka taakse vedettynä

*** Medialisten malleolien etäisyys toisistaan selinmakuulla lonkat maksimiabduktiossa

Kuvio 3 The Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI) (Jenkinson et al 1994)

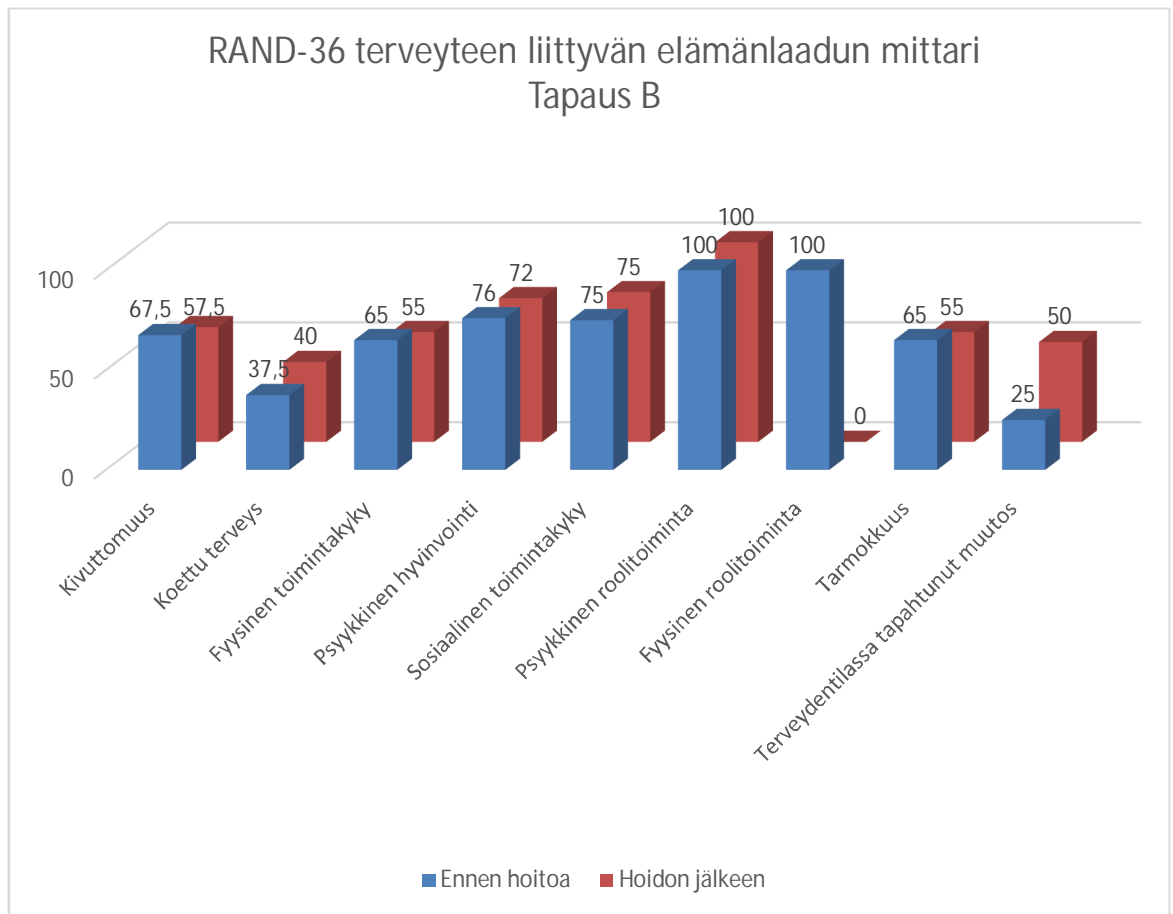
Tämän mittarin osalta tapaus A:n kohdalla muutoksia tapahtui lannerangan sivutaivutus- ja fleksiosuunnan sekä SI-nivelten liikkuvuudessa. Traguksen ja seinän välisen mittauksen muutosta voisi selittää kaularangan ja pään asennon muuttuminen hoitojakson aikana, jonka seurauksen mittaustuloksen arvot tasoittuivat.

6.2 Tapaus B

Hoitojakson alussa henkilöllä kehossa aktiivisia tulehdusprosesseja ranteissa, nilkoissa ja alaselässä, joihin liittyy vaihtelevia kipuja. Aktiiviset tulehdusprosessit ja lääkkeiden käyttö vaikuttavat energiatasoon laskevasti. Ensimmäisellä mittauskerralla ei havaittu merkittäviä liikerajoitteita selkärangan liikkuvuudessa BASMI-mittarilla. Kuitenkin hoitojakson lopussa tehty mittaus osoitti, että liikkuvuus ylärintarangan ja SI-nivelten alueella oli parantunut. Hoitojen aikana ei tapahtunut selkeitä muutoksia niinkään yhdellä alueella tai tietyllä kudostasolla, mutta jokaisen hoidon aikana keho rentoutui ja muuttui vastaanottavaisemmaksi erilaisille hoitotekniikoille. Selkein hoitovaste ilmeni käytettäessä krani-aalista tekniikkaa occiputin (takaraivoluun) ja sacrumin (ristiluun) tasapainotukseen, jolloin asiakas koki syvää rentoutumisen tunnetta ja myös ero kudostasolla oli selvästi tunnettavissa. Asiakkaan mukaan osteopaattisen hoidon vaikutuksia toimintakykyyn on vaikea arvioida koska hänen lääkitystään on muutettu hoitojakson aikana ja myös sillä on vaikutusta vointiin. Pikkunivelten tulehduksia on lääkitty paikallisesti kortisonilla, joka voi aiheuttaa kipua pistetylle alueelle. On vaikea arvioida, johtuiko hoitojakson aikana tapahtunut selkäoireiden paheneminen ja pikkuniveloireiden lievittyminen lääkityksestä vai hoidosta. Hoitojen jälkeen asiakas koki olonsa todella miellyttäväksi, mutta pitkäaikaisia vaikutuksia ei ehtinyt ilmetä. Asiakkaan kokemuksen mukaan pidemmästä hoitojaksosta olisi voinut olla enemmän hyötyä.

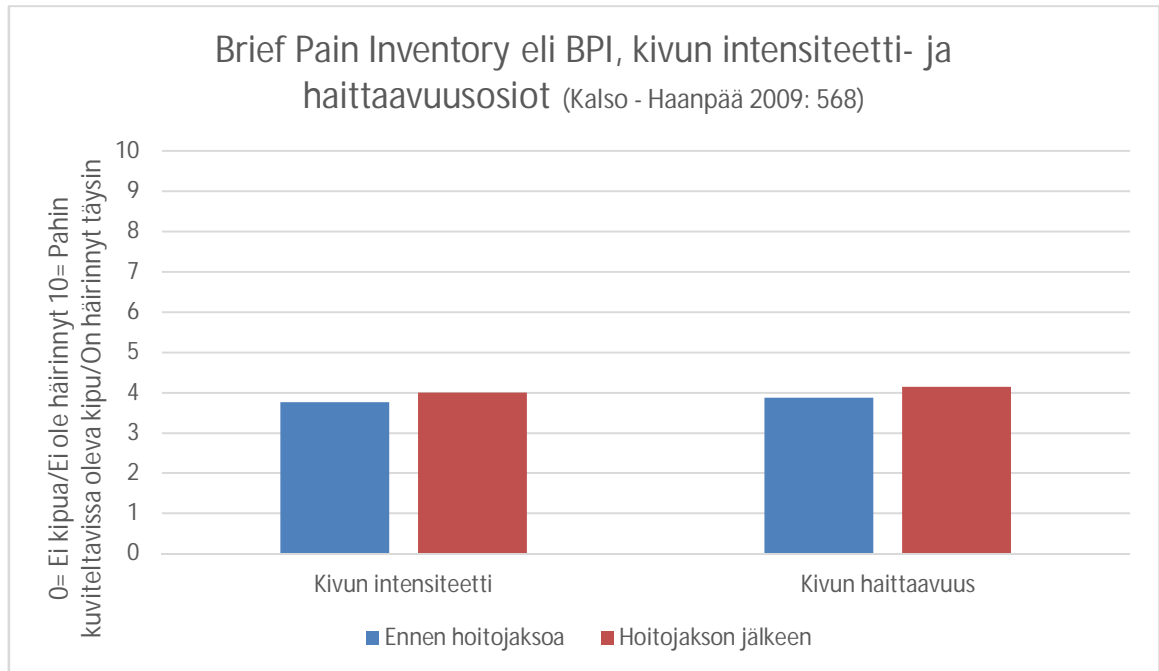
Ryhmähaastattelusta poimittu lainaus tapaus B:n osalta:

... että kyllähän koskettaminen on tosi tärkeää ihmiselle. Mä en ikinä unohda kun sulla oli niin ihanan lämpimät kädet. Musta se oli niin rentouttavaa ihan itsessään se, vaikka sä et olisi tehnyt mitään temppujakaan. Ihan pelkkä koskettaminen. Se on pakko sanoa koska se on iso osa rentoutumista, että ihminen tarvitsee toisen ihmisen kosketusta. Tietysti monessa muussakin hoidossa, mutta myös tässä.



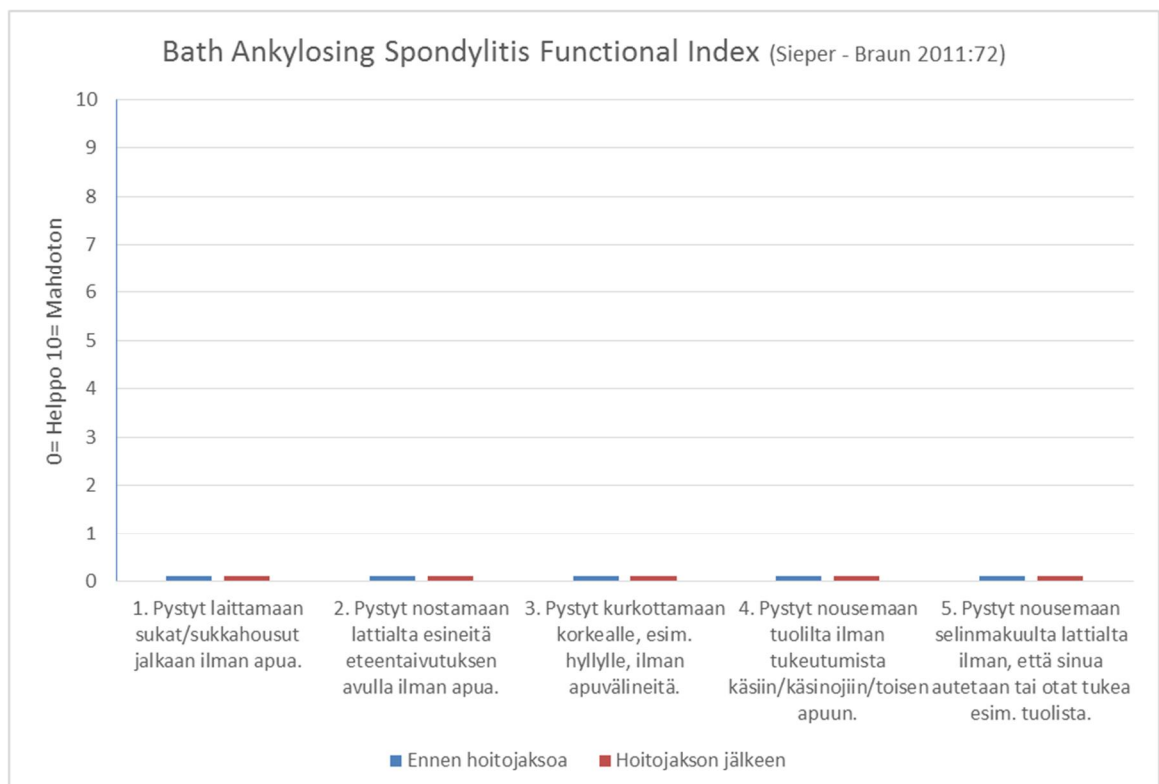
Kuvio 4 RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari (TOIMIA 2013)

RAND — 36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarin arvot ovat 0-100. Tällöin 0 on tarkoittaa huonointa mahdollista ja 100 parasta mahdollista. Tapaus B:n kohdalla tapahtui muutoksia niin positiiviseen kuin negatiiviseen suuntaan. On vaikea arvioida RAND — 36 pohjalta osteopaattisen hoitojakson vaikutuksia henkilön terveyteen liittyvään elämänlaatuun, toisaalta hoitojakson aikana tapahtui muutoksia lääkityksessä ja henkilön oirekuvassa.

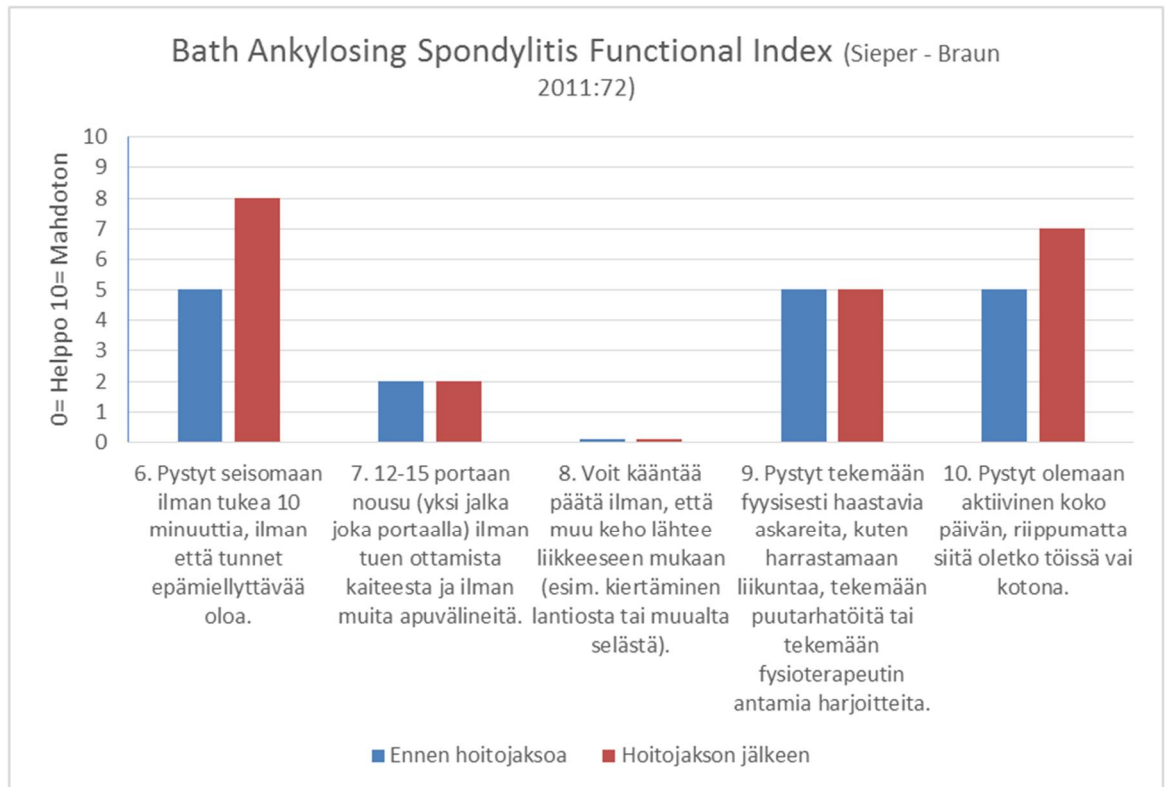


Kuvio 5 Brief Pain Inventory eli BPI, kivun intensiteetti- ja haittaavuusosiot. (Kalso - Haanpää 2009: 568)

Tapaus B:n kohdalla kivun intensiteetti ja haittaavuus kohosivat.



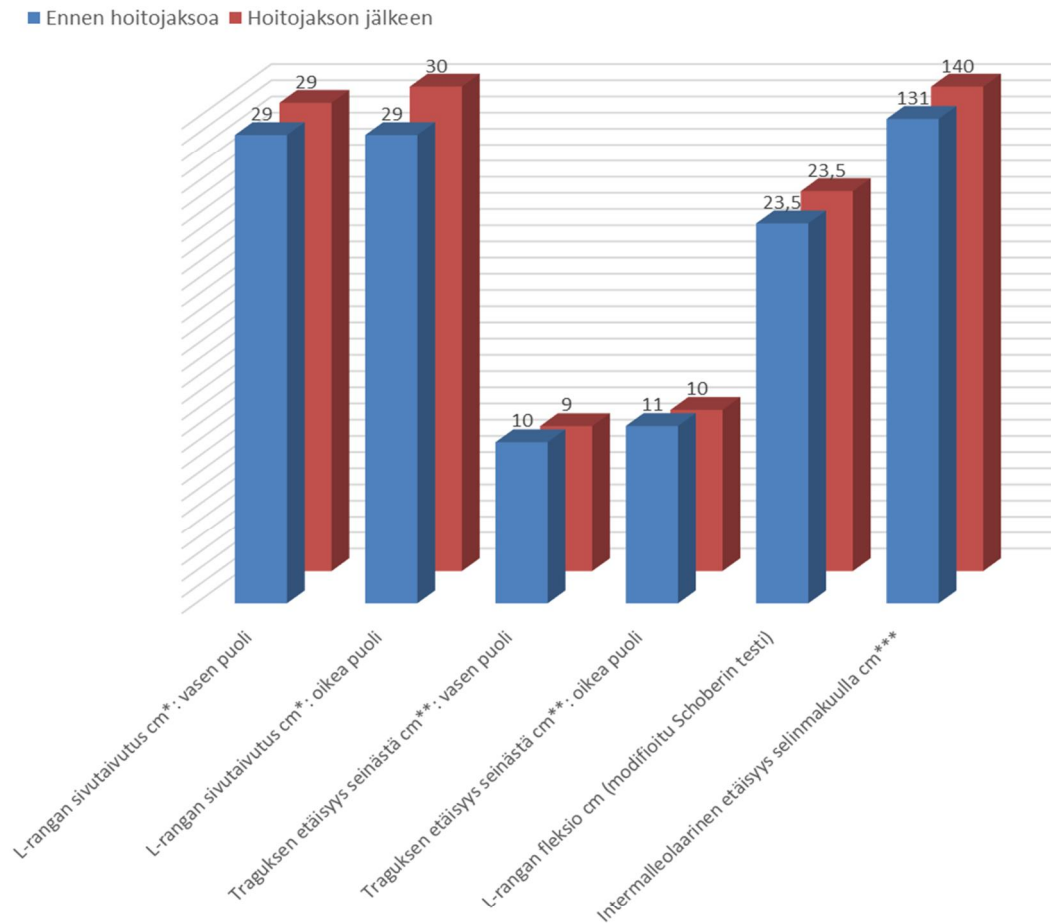
Kuvio 6 Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) (Sieper - Braun 2011:72)



Kuvio 7 Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) (Sieper - Braun 2011:72)

Tapaus B:n osalta kahdessa päivittäistä aktiivisuutta ja staattista asentoa mittaavassa osiossa tapahtui muutos negatiiviseen suuntaan.

Tapaus B:
The Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI)
(Jenkinson et al 1994)



* L-rangan neutraaliasennon ja sivutaivutusasennon erotus sormista maahan mitattuna

** Traguksen etäisyys seinästä selkä seinää vasten seistessä, leuka taakse vedettynä

*** Medialisten malleolien etäisyys toisistaan selinmakuulla lonkat maksimiabduktiossa

Kuvio 8 The Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI) (Jenkinson et al 1994)

Rangan ja SI-nivelten liikelaajuudet paranivat tapaus B:n kohdalla. Ainoastaan lannerangan fleksio sekä sivutaivutus vasemmalle pysyivät saman laajuisina, kuin ennen hoitojaksoa. Lisäksi traguksen etäisyys seinästä on hieman lyhentynyt, joka voisi viitata kaularangan liikkuvuuden lievään lisääntymiseen.

6.3 Tapaus C

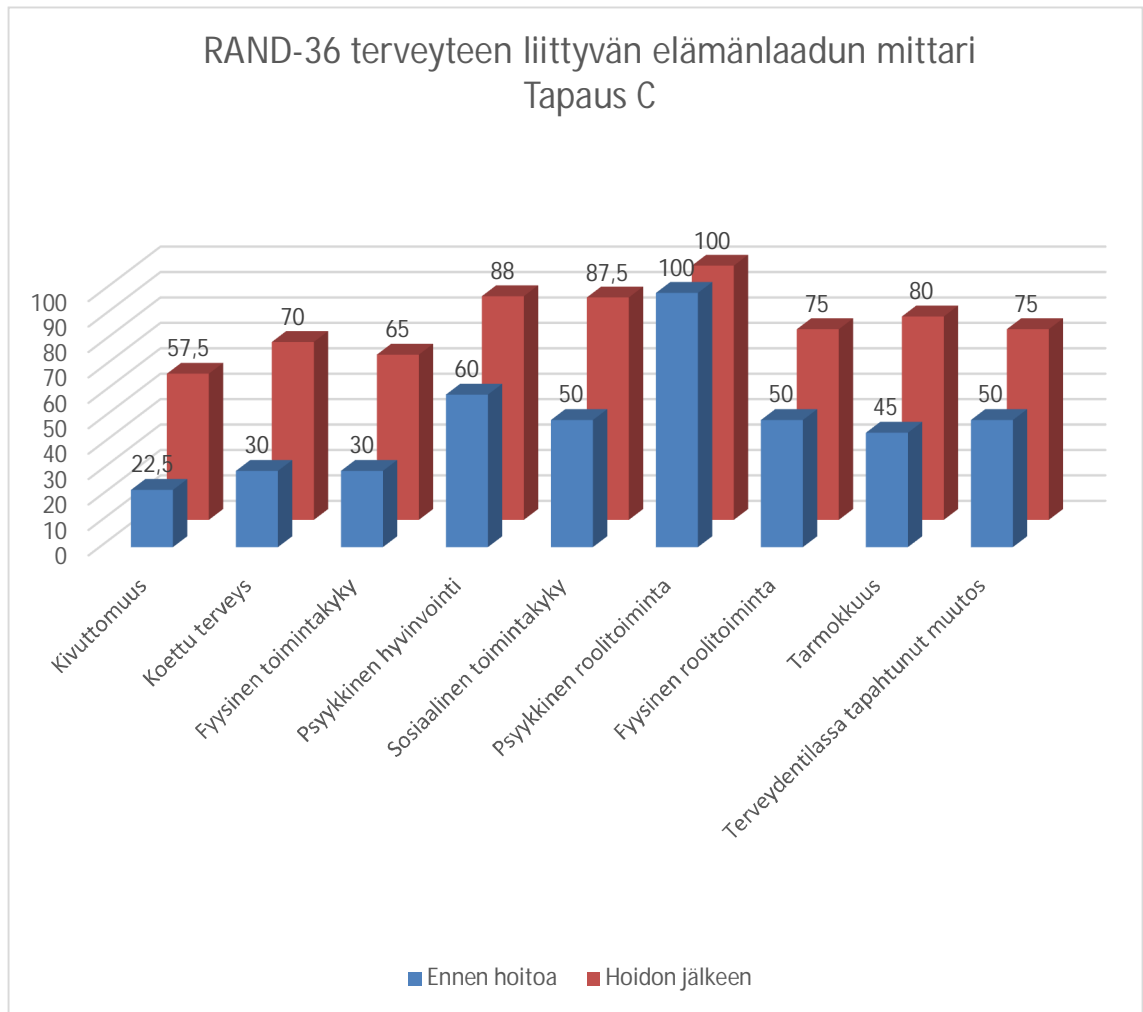
Asiakkaan tapauksessa hoitotuloksista ei voida tehdä suoria johtopäätöksiä selkärankareumaatikon osteopaattiseen hoitoon liittyen. Hänen useat perussairautensa ja niihin liittyvät degeneratiiviset muutokset saavat aikaan oireita, jotka eivät liity selkärankareuman tyypilliseen oirekuvaan. Opinnäytetyöhön osallistuville henkilöille ainoana kriteerinä oli diagnosoitu selkärankareuma sekä se, että henkilöllä ei ole esteitä manuaaliseen käsittelyyn. Siksi hänet otettiin tutkimushenkilöksi opinnäytetyöhön vaikka oirekuva oli epätyypillinen selkärankareumaatikolle.

Asiakkaan monimutkaisen oirekuvan takia kaksi ensimmäistä hoitokertaa käytettiin täysin haastatteluun ja tutkimiseen. Hoitojakson aikana huimaus- ja tinnitusoireilu lieveni sekä yläaukeaman alueen vapautumisesta johtuen yläraajojen säteily- ja puutumisoireet vähenivät. Myös kudosten joustavuus rintakehän alueella parani, jonka ansiosta hengittäminen helpottui. Selkärangan liikkuvuus parani BASMI-mittarilla mitattuna. BASMI-mittauksen SI-nivelten liikkuvuutta testaavaa osaa ei käytetty, koska mittausasentona selinmakuu suorin jaloin oli asiakkaalle hyvin kivulias.

Asiakkaan kokemus hoitojaksosta oli positiivinen ja hän koki toimintakykynsä parantuneen huomattavasti hoitojakson aikana. Hänen kokemuksensa mukaan tutkimukset ja hoito toteutettiin yksilöä kuunnellen. Erityisesti hän koki liikkuvuuden parantuneen, kipujen lievittyneen ja energisyyden lisääntyneen hoitojakson myötä.

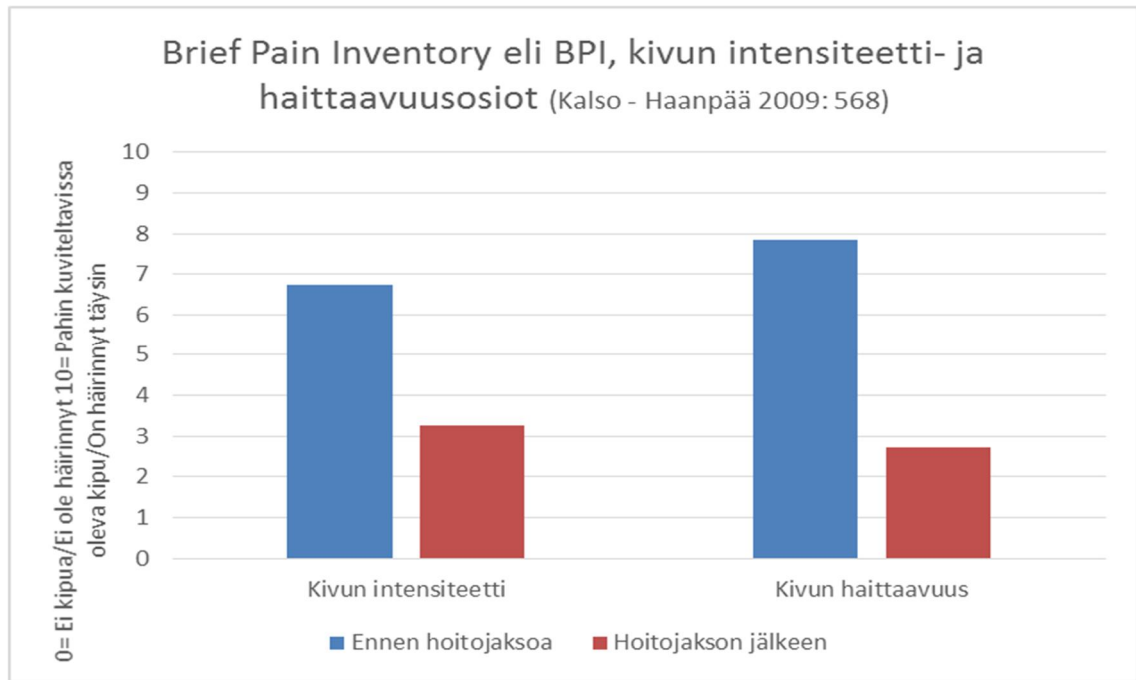
Ryhmähaastattelussa hän kommentoi hoitojaksosta seuraavaa:

Oma kokemus oli se, että mulla auttoi yllättävän hyvin nämä muutamat hoitokerrat. Että siinä vois sanoa itse kyllä, että kovastakin kipulääkkeestä on päässyt eroon.



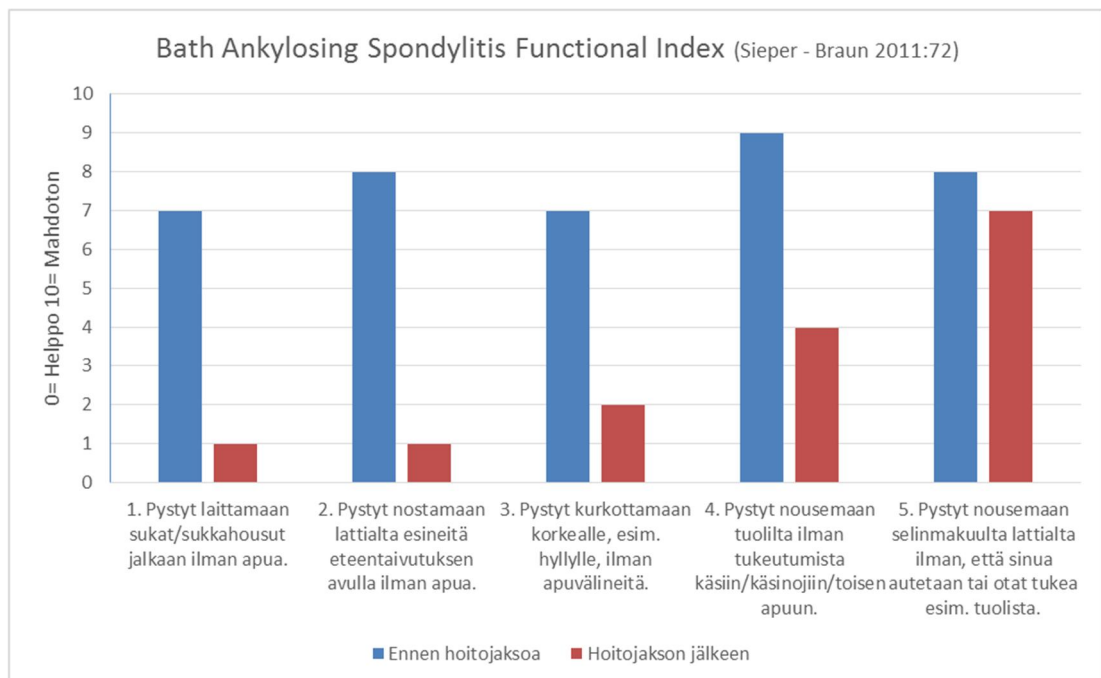
Kuvio 9 RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari (TOIMIA 2013)

RAND — 36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarin arvot ovat 0-100. Tällöin 0 on tarkoittaa huonointa mahdollista ja 100 parasta mahdollista. Tapaus C:n kohdalla tapahtui merkittävä positiivinen muutos yhtä osa-alueita lukuun ottamatta, jonka arvo pysyi samana.

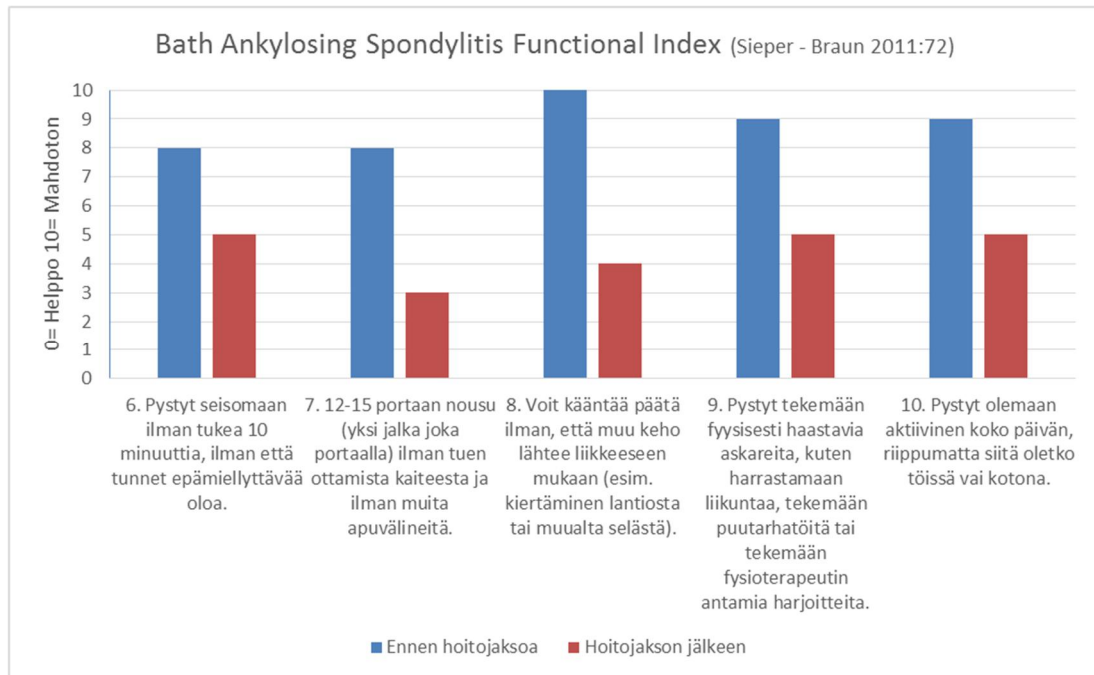


Kuvio 10 Brief Pain Inventory eli BPI, kivun intensiteetti- ja haittaavuusosiot. (Kalso - Haanpää 2009: 568)

Tapaus C:n kohdalla kivun intensiteetti puolittui ja haittaavuus väheni merkittävästi hoitojakson aikana.



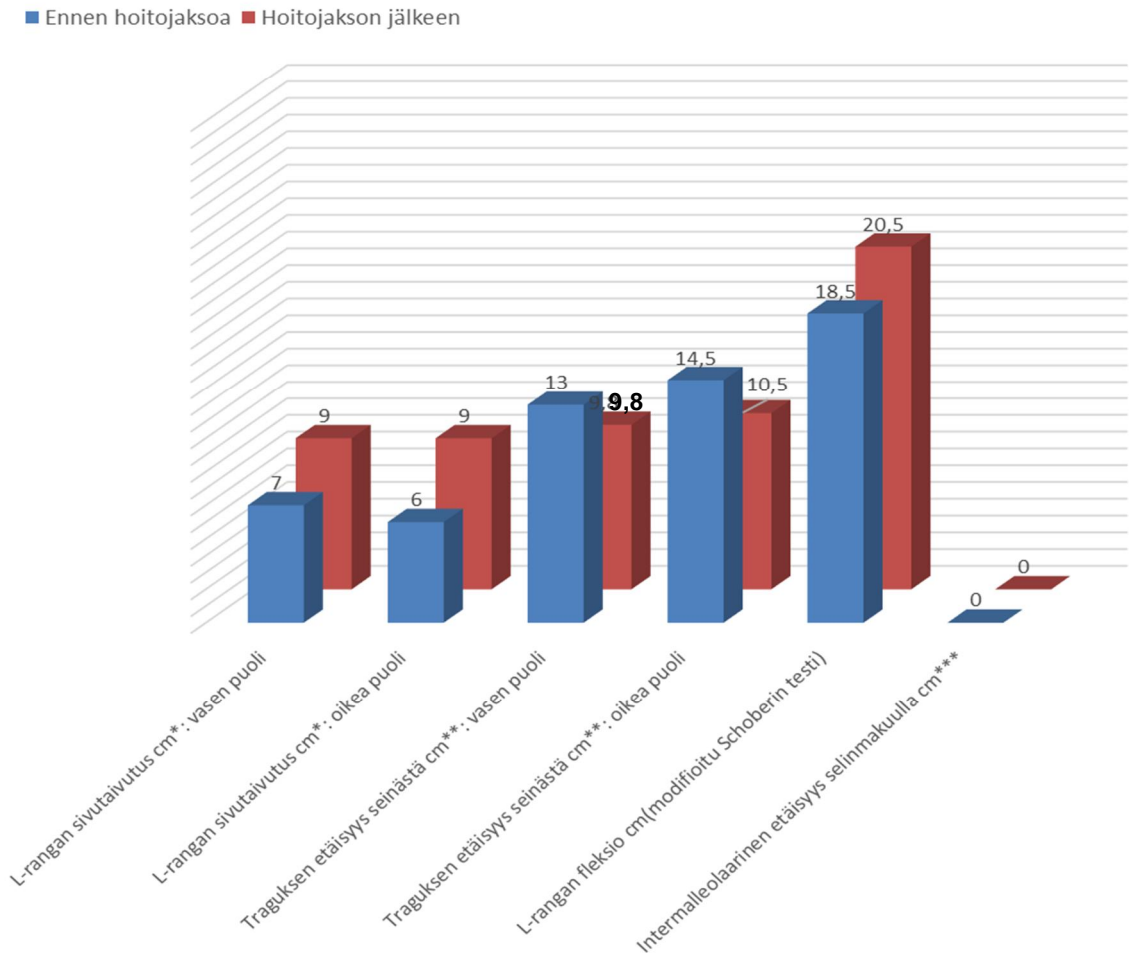
Kuvio 11 Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) (Sieper - Braun 2011:72)



Kuvio 12 Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) (Sieper - Braun 2011:72)

Jokaisella mittarin osa-alueella tapahtui muutoksia positiiviseen suuntaan tapaus C:n kohdalla.

Tapaus C:
The Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI)
(Jenkinson et al 1994)



* L-rangan neutraaliasennon ja sivutaivutusasennon erotus sormista maahan mitattuna

** Traguksen etäisyys seinästä selkä seinää vasten seistessä, leuka taakse vedettynä

*** Medialisten malleolien etäisyys toisistaan selinmakuulla lonkat maksimiabduktiossa

Huom. Viimeistä osaa mittauksesta ei suoritettu kyseiselle henkilölle siinä vaadittavan asennon tuottaman kivun takia.

Kuvio 13 The Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI) (Jenkinson et al 1994)

Tämän mittarin osalta rangan liikkuvuudessa tapahtui muutoksia positiiviseen suuntaan jokaisella mitatulla osa-alueella. Lannerangan liikkuvuus parani sekä tragusten etäisyys seinästä bilateraalisesti väheni, joka voisi viitata kaularangan liikkuvuuden paranemiseen.

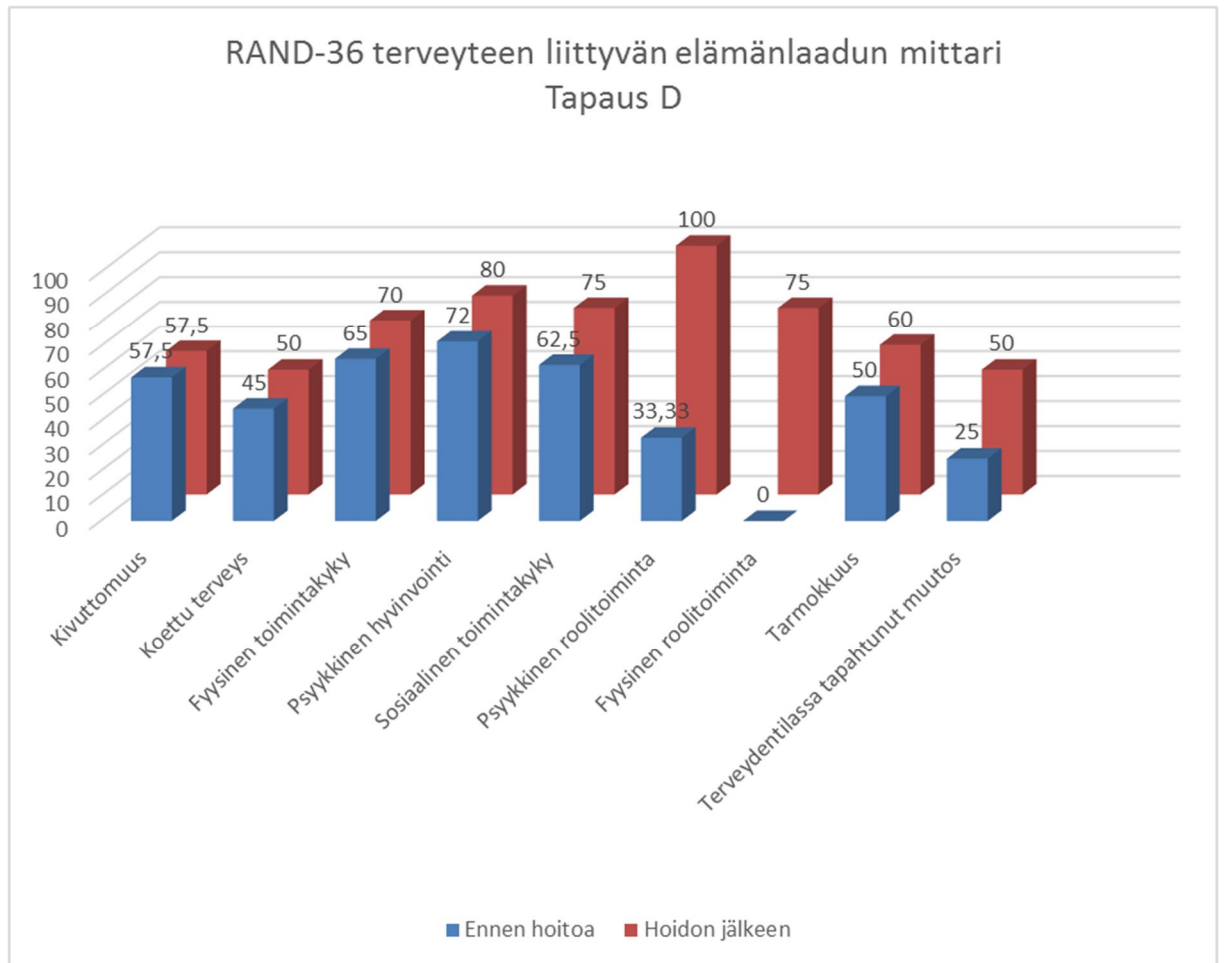
6.4 Tapaus D

Hoitojakson aikana alkuperäistä suunnitelmaa jouduttiin muuttamaan hiukan, mutta viimeiset hoitokerrat toteutimme alkuperäisen suunnitelman mukaan. Tämä takia hoitojaksosta tuli hiukan rikkonainen ja hoitovaste parani vasta viimeisillä hoitokerroilla. Opinäytetyön hoitojaksoon sisältyi viisi hoitokertaa, mutta asiakas jatkoi hoitojaksoa vielä yhden ylimääräisen kerran koulun oppi- lasklinikalla. Tiedostamme, että ylimääräinen hoitokerta voi vaikuttaa ryhmähaastatteluun kyseisen henkilön osalta. Kuitenkin halusimme jatkaa vielä ylimääräisen kerran, koska hoitotulokset paranivat selvästi viimeisillä hoitokerroilla ja asiakas koki oireidensa lievittyvän. Selkärangan ja SI-nivelten liikkuvuus parani hoitojakson aikana BASMI-mittarilla mitattuna. Osteopaattisen käsittelyn aikana nestekierto vilkastui ja palleaa sekä lantionpohjaa käsitellessä oli tunnettavissa selkeää vapautumista. Vatsan alueen kalvorakenteiden joustavuus lisääntyi merkittävästi ja olettamme, että erityisesti tällä oli lieventävä vaikutus asiakkaan oirekuvaan.

Asiakkaan kokemukset hoitoihin liittyen olivat vaihtelevat, välillä olo oli parempi hoidon jälkeen ja välillä huonompi. Kuitenkin hänen mukaansa yleisvaikutelma hoitojaksosta oli positiivinen, otteet tuntuivat hyviltä ja hän koki, että hänet tarpeensa otettiin huomioon hoitojakson aikana.

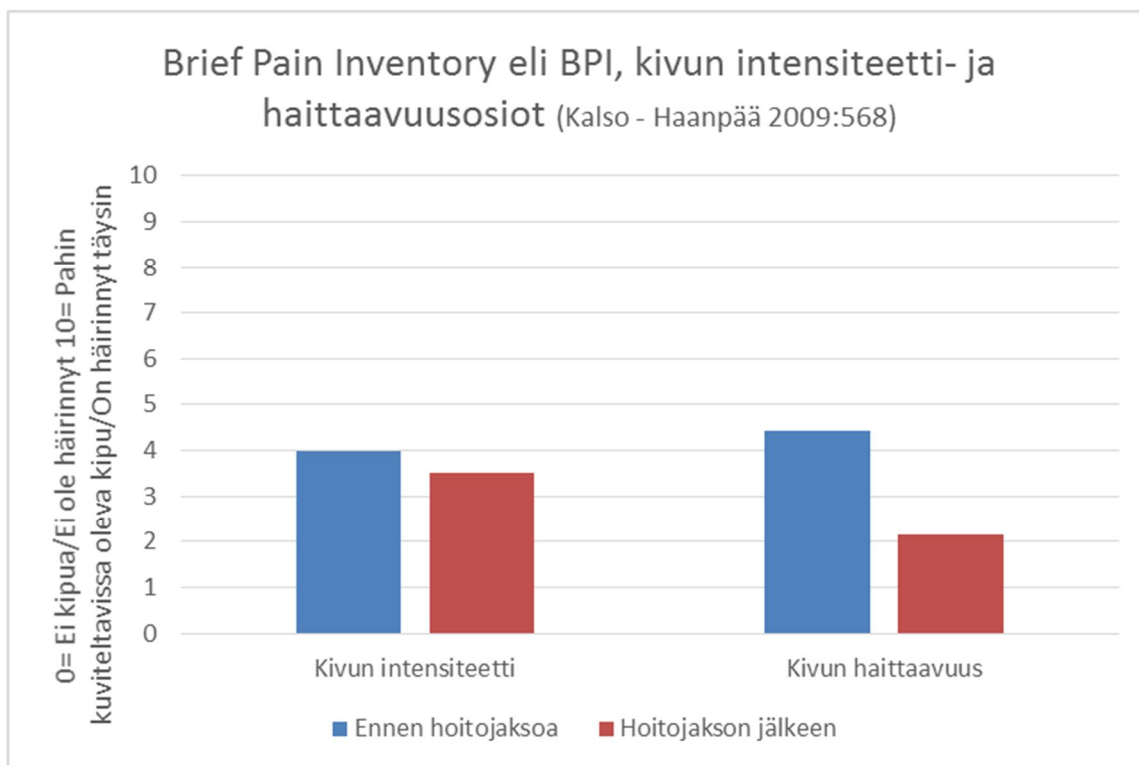
Ryhmähaastattelun pohjalta poimittua:

Mun mielestä, että mitä me kaikki sanottiin siitä rentoutumisesta. Että kyllähän se on kelle tahansa, mutta erityisesti selkärankareumaatikolle, kun tää sairaus pyrkii jäykistämään kuitenkin koko ajan, sellaisessa syvä jäykkyydessä, niin se rentoutuminen on ihan älyttömän hyvä juttu.



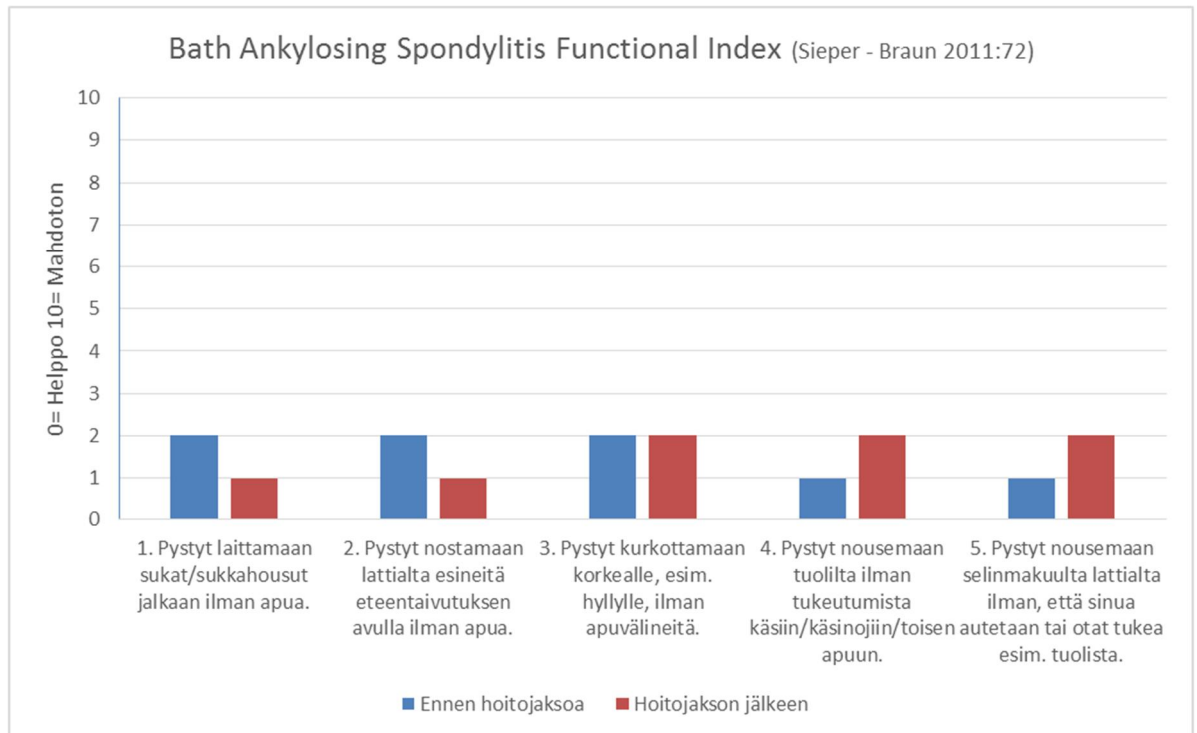
Kuvio 14 RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari (TOIMIA 2013)

RAND — 36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarin arvot ovat 0-100. Tällöin 0 on tarkoittaa huonointa mahdollista ja 100 parasta mahdollista. Tapaus D:n kohdalla muutoksia positiiviseen suuntaan tapahtui kaikissa osioissa, kivuttomuutta mittaavaa osiota lukuun ottamatta.

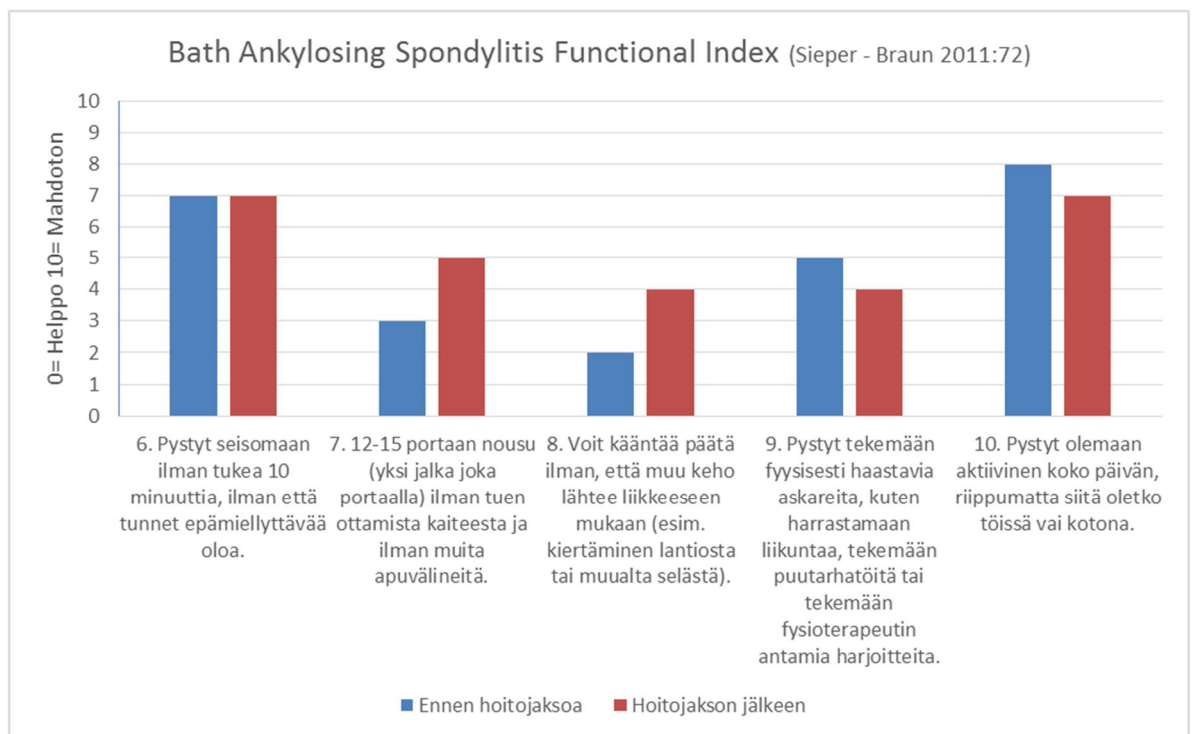


Kuvio 15 Brief Pain Inventory eli BPI, kivun intensiteetti- ja haittaavuusosiot. (Kalso - Haanpää 2009: 568)

Tapaus D:n kohdalla kivun intensiteetti ja haittaavuus vähenivät hoitojakson aikana.



Kuvio 16 Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) (Sieper - Braun 2011:72)

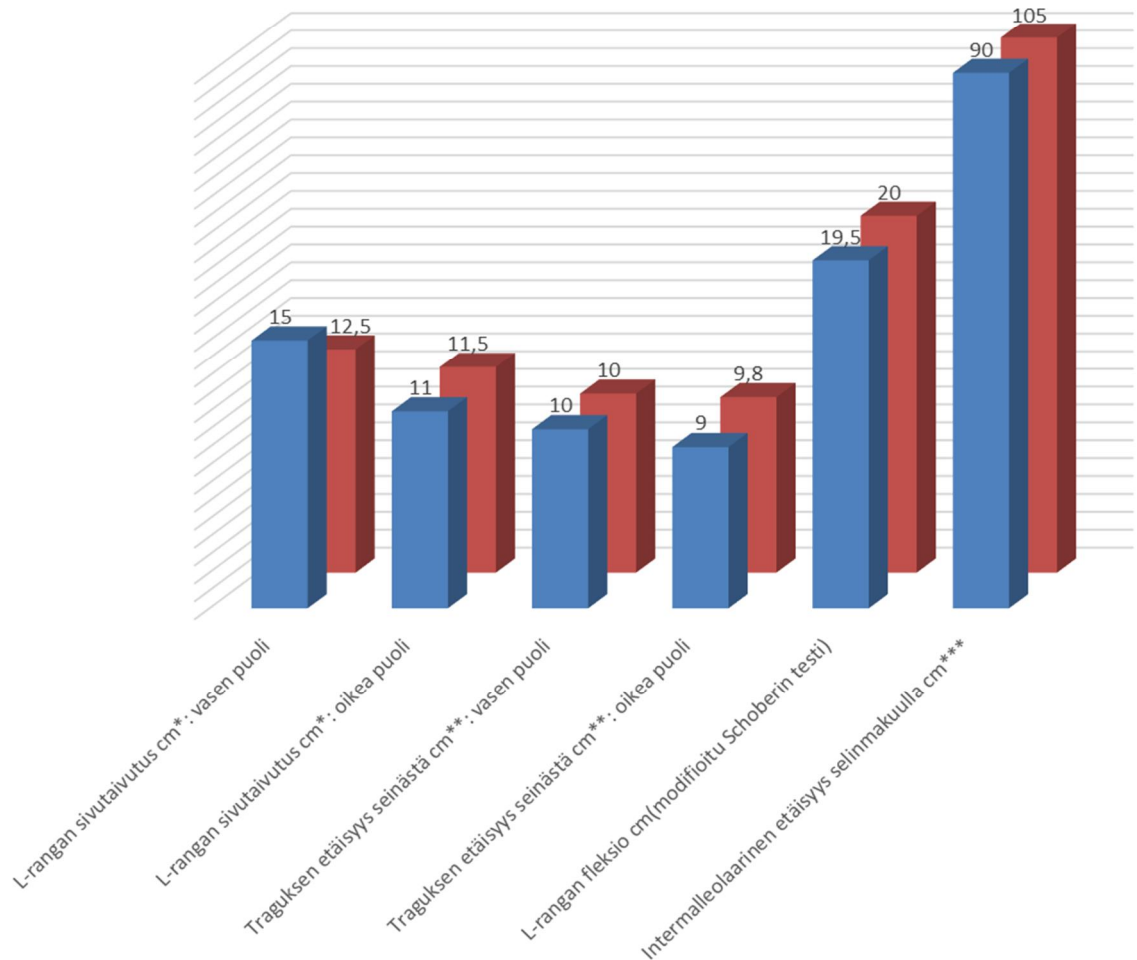


Kuvio 17 Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) (Sieper - Braun 2011:72)

Tapaus D:n osalta neljässä mittarin osioista tapahtui muutoksia positiiviseen ja neljässä negatiiviseen suuntaan. Kahdessa mittaustulos pysyi samana kuin hoitojakson aluksi.

Tapaus D:
The Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI)
(Jenkinson et al 1994)

■ Ennen hoitojaksoa ■ Hoitojakson jälkeen



* L-rangan neutraaliasennon ja sivutaivutusasennon erotus sormista maahan mitattuna

** Traguksen etäisyys seinästä selkä seinää vasten seistessä, leuka taakse vedettynä

*** Medialisten malleolien etäisyys toisistaan selinmakuulla lonkat maksimiabduktiossa

Kuvio 18 The Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI) (Jenkinson et al 1994)

Rangan ja SI-nivelten liikkuvuuden osalta muutokset olivat positiivisia lannerangan vasemman puolen sivutaivutussuunnan liikettä lukuun ottamatta.

6.5 Ryhmähaastattelun ja asiakaspalautteen pohjalta tehdyt havainnot

Ryhmähaastattelun tarkoituksena oli tuoda esiin selkärankareumaatikon näkökulma osteopaattisesta hoitojaksosta ja sen vaikutuksista hänen toimintakykyynsä. Haastattelun teemoina olivat toimintakyvyn arviointi, hoitojakson vaikutus toimintakykyyn eri osa-alueilla sekä osteopaatin toiminta hoitojakson aikana. Ryhmähaastattelu nauhoitettiin ja litteroitiin, jota seurasi sen tuottaman aineiston sisällönanalyysi. Sisältöä analysoidessa pyrittiin tarkastelemaan selkärankareumaatikon kokemusta hoitojaksosta verrattuna osteopaattiopiskelijoiden kokemuksiin.

Ryhmähaastattelua varten kysymykset ryhmiteltiin teemoittain ja alustava kysymyslista toimitettiin tutkimushenkilöille etukäteen. Haastattelutilanteessa käytettiin lopullista versiota kysymyslistasta (Liite 11). Haastattelun ensimmäisenä osa-alueena oli toimintakyvyn arviointi. Haluttiin saada selville, miten tutkimushenkilöt kokivat tässä opinnäyte-työssä käytetyt mittarit: BASFI:n (Liite 3), BASMI:n (Liite 4), BPI:n (Liite 5) ja RAND-36:n (Liite 6). Näillä mittareilla arvioitiin eri toimintakyvyn osa-alueita sekä kivun haittaavuutta ja intensiteettiä hoitojakson aluksi sekä lopuksi. Haastattelussa ensimmäisen osa-alueen osalta ilmeni, että osa tutkimushenkilöistä epäili mittareiden herkkyyttä toimintakyvyn muutosten arvioinnissa. Heidän kokemuksensa pohjalta arjen asioissa saattaa ilmetä vaikeuksia, mitkä eivät välttämättä tule esiin mittareiden kysymyksiin vastatessa. Selkärankareuman erilaiset oirekuvat ja sairauden eri vaiheet saattavat myös vaikuttaa mittareiden tuloksiin.

Sairauden erilaisilla ilmenemismuodoilla ja yksilöllisillä tekijöillä on mahdollisesti yhteys toimintakyvyn rajoitteisiin. Fyysiseen toimintakykyyn voi vaikuttaa esimerkiksi nivelten yliliikkuvuus, jota voi ilmetä myös selkärankareumaatikolla. Tällöin tutkittavan henkilön fyysinen toimintakyky voi olla mitattuna erittäin hyvä, vaikka hän itse kokisikin fyysisen toimintakykynsä selvästi rajoittuneeksi. Tutkimushenkilöiden kokemusten pohjalta myös erilaiset ulkoiset tekijät, kuten esimerkiksi muutokset lääkityksessä, elämäntilanne, vuodenaika ja stressi vaikuttavat toimintakyvyn eri osa-alueisiin merkittävästi. Kipu- ja lääkepäiväkirjan käyttö osteopaattisen hoitojakson ohessa olisi tutkimushenkilöiden mielestä hyödyllistä oirekuvan muutosten seuraamisen kannalta. Heidän mukaansa havaintojen kirjoittaminen tekisi sekä oireiden että kehon tilan seuraamisesta konkreettisempaa ja se mahdollistaisi muistiinpanojen tutkimisen myöhemminkin hoitojakson jälkeen. Vastausten pohjalta osa tutkimushenkilöistä kokee osittaisen työssäkäynnin ja toisaalta

omaan hyvinvointiin panostamisen työn ohella olevan mahdollista osatyökyvyttömyyseläkkeen ansiosta.

Haastattelun seuraavan osa-alueen teemana oli hoitajakson vaikutukset fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Tutkimushenkilöt pitivät poikkeuksetta hoitajaksoa positiivisena ja mielenkiintoisena kokemuksena. Hoitajakson pituus (5 kertaa) oli kaikkien osallistujien mielestä liian lyhyt pitkäaikaisten vaikutusten huomaamisen kannalta, mutta yksi neljästä tutkimushenkilöstä sai silti huomattavaa lievitystä oireisiinsa jakson seurauksena. Kaikki tutkimushenkilöt kokivat merkittävää rentoutumista osteopaattisen hoidon aikana. Rentoutuminen koetaan hyvin tärkeänä selkärankareuman kannalta, koska sairaudella on taipumus jäykistää kehoa ja esimerkiksi aktiivinen venyttely voi olla vaikeaa jäykistyneiden nivelten takia. Yksi tutkimushenkilöistä kertoi sairauden vaikutuksesta kaikkiin elämän osa-alueisiin ja valintoihin, kuten esimerkiksi ruokavalioon, harrastuksiin ja aikatauluihin. Staattista asentoa vaativa harrastus kuten puutarhan hoito tai kortinpeluu voi olla hankalaa, kun taas jonkin urheilulajin harrastaminen voi onnistua lähes vaikeuksitta.

Osa tutkimushenkilöistä piti tärkeänä osteopaattisessa käsittelyssä oleellisessa roolissa olevan kosketuksen terapeutista vaikutusta. Sosiaalisen toimintakyvyn osalta yksikään tutkimushenkilöistä ei havainnut selkeää muutosta suuntaan tai toiseen, mutta toisaalta sen arviointi voi olla haastavaa. Kokemus tietoisuuden lisääntymisestä sekä kehon ja elimistön avautumisesta yhden tutkimushenkilön osalta kertoo jonkinlaisesta muutoksesta psykofyysisellä tasolla. Tärkeä havainto tutkimushenkilöiden näkökulmasta tämän osa-alueen kannalta oli erilaisten yksilöllisten muutosten ja tekijöiden osallisuus hoitajakson vaikutuksen arvioinnissa. Suurimman osan kokemuksen mukaan oli vaikea arvioida, johtuiko muutos olotilassa osteopaattisesta hoitajaksosta vai muista tekijöistä, kuten esimerkiksi stressin määrästä tai lääkityksen muutoksista.

Haastattelun viimeisen osa-alueen teemana oli hoitajakson toteutusellinen näkökulma. Opinnäytetyön tulosten pohjalta tuotettiin ohjeistus selkärankareumaatikkoa hoitavalle osteopaatille. Siksi haluttiin kartoittaa asioita, jotka asiakkaan näkökulmasta olisi tärkeä huomioida. Tutkimushenkilöt pitivät tärkeänä yksilöllisten tarpeiden huomioimista, avointa suhtautumista asiakkaaseen ja painottivat erityisesti kohtaamisen tärkeyttä hoitotilanteessa. Yksilöllisten tarpeiden osalta on hyvä ottaa huomioon erilaisten hoitoasentojen käyttö, koska selkärankareumaatikon taudinkuvasta ja oireista riippuen selinma-

kuulla tai vatsamakuulla tehtävät hoitotekniikat saattavat olla epämiellyttäviä. Suurimman osan kokemuksen mukaan alkuhaastattelu koettiin hyvin tärkeänä, sillä ainakin tähän opinnäytetyöhön osallistuneiden tutkimushenkilöiden osalta sairauden ilmenemis muodot olivat hyvinkin erilaisia ja potilashistoria useimpien kohdalla hyvin laaja. Lisäksi mahdollisten liitännäissairauksien vaikutus oireisiin vaatii huolellista syventymistä hoidon onnistuneen kohdistamisen kannalta.

Hoitojakson lopuksi kerätyn asiakaspalautteen (Liite 10) pohjalta tutkimushenkilöiden kokemukset olivat pääasiassa positiivisia. Yhden tutkimushenkilön osalta hoitoreaktiona oli vaihtelevasti kehon kipeytymistä ja oireiden lieventymistä, mutta hänen mukaansa yleisvaikutelma oli kuitenkin positiivinen. Suurimman osan kohdalla välitön reaktio hoitoon oli kehon rentoutuminen ja kehon jännittyneisyyden lieventyminen, mutta kaikkien mielestä hoitojakso oli liian lyhyt pitkäaikaisten vaikutusten arvioimisen kannalta. Kaksi tutkimushenkilöstä koki osteopaattisen hoitojakson vaikuttaneen virkistävästi toimintakykyynsä ja kaksi ei huomannut juurikaan vaikutuksia. Tutkimushenkilöiden mukaan kokemuksena hoitojakso oli yksilölliset tarpeet huomioiva, sujuva ja antoi asiantuntevan ja empaattisen vaikutelman.

6.6 Tulosten yhteenveto

Opinnäytetyön otanta oli pieni, mutta tulosten perusteella osteopaattisella hoidolla voisi olla vaikutusta selkärankareumaatikon toimintakykyyn. Kaikki tutkimushenkilöt kokivat hyötyneensä osteopaattisesta hoitojaksosta ja ovat myönteisiä osteopatian käytöstä täydentävänä hoitomuotona selkärankareumaatikon hoidossa. Ryhmähaastattelussa kerätyn tiedon pohjalta tehtiin tärkeitä havaintoja ja niitä hyödynnettiin tehtäessä ohjeistusta sekä artikkelia. Kaikilla tutkimushenkilöillä toimintakyvyssä tapahtui muutoksia, mutta tuloksia arvioidessa on hyvä ottaa huomioon reumasairaudelle tyypillinen oirekuvan vaihtelevuus, ulkoisten tekijöiden ja mahdollisten lääkemutosten vaikutus yksilön tilaan.

Opinnäytetyössä käytetyt mittarit olivat suhteellisen käyttökelpoisia, mutta ne on alun perin suunniteltu pidemmän aikavälin muutosten arviointiin. On hyvä pohtia, onko niiden herkkyyden lyhyen aikavälin muutosten arvioinnissa riittävä. Yksikään opinnäytetyössä käytetyistä mittareista ei osoittautunut selkeästi muita paremmaksi selkärankareumaatikon toimintakyvyn arvioinnissa. Kuten ryhmähaastattelussa tuli ilmi, myös osa tutkimushenkilöistä epäili mittareiden herkkyyttä oman toimintakykynsä tilan arvioinnissa.

Jokaisella tutkimushenkilöllä tapahtui positiivisia muutoksia BASMI- mittarin osiossa. Mittarit eivät kuitenkaan kerro, onko tutkimushenkilön ryhdissä tai asennossa tapahtunut muutoksia. Liikkuvuuden lisääntyminen kahdella tutkimushenkilöllä ei korreloinut kivun intensiteetin tai henkilön oman toimintakyvyn arvion kanssa. Yhdellä tutkimushenkilöllä liikelaajuudet BASMI-mittarilla mitattuna paranivat, mutta kivun kokeminen ja intensiteetti muuttuivat negatiiviseen suuntaan. Tässä on huomioitava hoitajakson aikana tapahtunut lääkemuuotos sekä reumasairaudelle tyypillinen oireiden vaihtelevuus. Lisäksi yhden tutkimushenkilön liikelaajuudet paranivat suurimmassa osassa BASMI:n osioita. Kuitenkin kyseinen henkilö koki oman arvionsa mukaan BASFI-mittarin rangan liikkuvuutta arvioivassa osiossa muutoksen negatiiviseen suuntaan. Tätä voisi selittää kehon rajoitteiden tiedostamisen lisääntymisellä.

Opinnäytetyön tekijöiden havaintojen pohjalta mittareista RAND-36 tulokset näyttivät ilmentävän selkeimmin muutoksia toimintakyvyn eri osa-alueilla. Tutkittavan toimintakyvyn ollessa hyvä ei kyseinenkään mittari ollut tarpeeksi herkkä pienemmille muutoksille. Tulosten luotettavuuden kannalta olisi ollut hyvä, jos tutkimushenkilöiden elämäntilanne olisi ollut vielä muuttumattomampi hoitajakson aikana. Vaikka kaikkien tutkimushenkilöiden kohdalla toimintakyvyn mittareissa ei tapahtunut selkeitä muutoksia, kaikki heistä halusivat jatkaa osteopaattisessa hoidossa käyntiä koulumme Positia- Hyvinvointipalvelujen klinikalla.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää osteopaattisen hoidon vaikutuksia selkärankareumapotilaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Opinnäytetyön kohderyhminä olivat osteopaatit ja selkärankareumaatikot. Osteopaatille on merkityksellistä ymmärtää sairauden aiheuttamat prosessit ja muutokset fysiologisella tasolla, jolloin käsitys hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa huomioitavista tekijöistä helpottuu. Selkärankareumaatikon kannalta osteopaattisen diagnoosin yksityiskohtainen ymmärtäminen ei ole välttämätöntä, mutta tieto hänen sairautensa prosesseista voi auttaa ymmärtämään kokonaisvaltaisemmin osteopaattista hoitoa ja omaa kehon tilaansa. Opinnäytetyön tulosten pohjalta kirjoitettiin artikkeli pääkaupunkiseudun reumayhdistysten yhteiseen tiedotuslehteen Luuvaloon sekä ohjelista osteopaateille, jota tarjotaan julkaistavaksi Suomen Osteopaattiliitto Ry:n internetsivuille. Näiden kanavien välityksellä opinnäytetyön tulosten pohjalta saatu tieto tavoittaa sekä työelämässä toimivat osteopaatit sekä pääkaupunkiseudun reumayhdistyksiin kuuluvat selkärankareumaatikot.

Tutkimuksellisenä lähestymistapana oli tapaustutkimus, koska se mahdollisti monipuolisen aineiston keräämisen ja analysoinnin. Opinnäytetyön aikataulu piti hyvin, joskin kevään hoitajaksoihin liittyvä työmäärä yllätti. Hoitokertojen valmistelu, kirjaaminen ja tutkimushenkilöiden taustatietoihin perehtyminen veivät runsaasti aikaa. Kaikki hoitokerrat haluttiin toteuttaa yhdessä, toisen toimiessa hoitajana ja toisen vastatessa kirjauksesta. Tämä järjestely mahdollisti jokaisen tapauksen ja hoitokerran yhteisen reflektion. Tutkimushenkilöt olivat erittäin sitoutuneita ja joustavia opinnäytetyön suhteen. Vuorovaikutus heidän kanssaan sujui oikein hyvin ja opinnäytetyön aikana saatu selkärankareumaan liittyvä kokemustieto oli todella arvokasta. Tutkimushenkilöt tekivät vaikutuksen avoimuudellaan ja toivat runsaasti aikaisempia hoitohistoriaan liittyviä asiakirjoja luettavaksi, jotka hyödyttivät huomattavasti sairauden kokonaisvaltaisessa hahmottamisessa. Ryhmähaastattelusta saatiin paljon arvokasta tietoa liittyen tutkimushenkilöiden kokemuksiin hoitajaksesta. Ryhmähaastattelu järjestettiin vasta neljä kuukautta hoitajakson loppumisen jälkeen aikataulullisista syistä ja hoitajakson pidempiaikaisten vaikutusten arvioimiseksi. Tutkimushenkilöt kokivat, että yksityiskohtien muistaminen hoitajakson ajalta oli haastavaa, mutta heidän esiin tuomansa kokonaiskuva hoitajaksesta oli selkeä.

Opinnäytetyön tulokset olivat lupaavat osteopatian käytöstä osana selkärankareumapotilaan hoitoa. Toimintakyvyn muutosten arvioinnissa käytettiin useampaa mittaria. Näistä kaksi oli erityisesti suunniteltu selkärankareuman aiheuttamien fyysisten muutosten ar-

viointiin. Muita opinnäytetyön mittareita on käytetty yleisesti terveydenhuollon piirissä toimintakyvyn eri osa-alueiden arviointiin. Useamman mittarin käyttö lisää tulosten luotettavuutta, mutta tästä huolimatta tulee muistaa tutkimuksen lähtökohdat. Tutkimuksella voidaan aina vain raapaista tai koskettaa tutkittavan ilmiön pintaa. Tutkittavaa ilmiötä ei kyetä koskaan kuvaamaan raportissa täysin sellaisena kuin se tutkimustilanteessa tai tutkijalle ilmenee. Tutkimus ei voi koskaan tuottaa täydellistä ymmärrystä asioista. Laadullisessa tutkimuksessa pätevyys voidaan ymmärtää ennemminkin uskottavuudeksi ja vakuuttavuudeksi. (Saaranen- Kauppinen - Puusniekka 2006.) Tuloksia arvioidessa on hyvä ottaa huomioon reumasairaudelle tyypillinen oirekuvan vaihtelevuus, ulkoisten tekijöiden ja mahdollisten lääkemutosten vaikutus yksilön tilaan. Opinnäytetyön tutkimushenkilöiden rajaus oli varsin laaja, koska selkärankareuman kirjallisuudessa esiintyneet kuvaukset sairaudesta erosivat huomattavasti tutkimushenkilöiden kliinisestä oirekuvasta. Sairauden hyvin yksilöllinen ilmentymistapa ja useiden liitännäissairauksien esiintymismahdollisuus osoittivat käytetyn rajauksen olleen liian laaja.

Selkärankareuman hoidosta manuaaliterapian näkökulmasta on vielä niukasti tutkimustuloksia. Kirjallisuudessa esitetty kliininen kuvaus selkärankareuman tyypillisestä oirekuvasta tuntui melko suppealta ja oli esitetty lähinnä fyysisen toimintakyvyn rajoitteiden osalta. Sairauden vaikutuksesta yksilön psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn ei juurikaan löytynyt kirjallisuutta. Opinnäytetyön pienen otannan takia sen pohjalta ei voi tehdä yleistettävissä olevia johtopäätöksiä. Olisi toivottavaa, että selkärankareumaattikojen kanssa työskentelevät ammattilaiset huomioisivat sairauden oirekuvan ja etenemisprosessin yksilöllisyyden. On hyvin ymmärrettävää, että diagnostiikan kannalta täytyy määritellä sairauden eri vaiheet ja etenemisaste, mutta on kiinnostavaa pohtia, kuinka paljon yksilöllisillä muuttujilla on vaikutusta sairauden kokemiseen ja sen rajoittavuuteen toimintakyvyn suhteen.

Jos tavoitteena olisi ollut esimerkiksi suunnitella selkärankareumaatikoille sopivaa osteopaattista hoitomallia, olisi tutkimushenkilöjoukon tullut olla suurempi ja tarkemmin rajattu. Toteutuksen aikana tuli ilmi tutkimushenkilöiden toive pidemmästä hoitojaksosta, koska he kokivat pidempiaikaisten muutosten havaitsemisen vaikeaksi opinnäytetyössä toteutuneen hoitojakson aikana. Pidempi hoitojakso olisi täysin perusteltu sairauden kroonisuu den takia, mutta pidemmän hoitojakson toteuttaminen ei ollut mahdollista osana opinnäytetyötä. Opinnäytetyöstä jätettiin pois yleisesti osaksi osteopaattista hoitoa kuuluvat terapeuttiset harjoitteet hoitovasteen arvioinnin tarkentamiseksi. Tulosten perusteella kehotietoisuuden lisääntyminen näytti olevan yksi hoitojakson vaikutuksista.

Toisaalta tämä voi lisätä myös tietoisuutta oman kehon rajoitteiden tunnistamisesta.

Yhteenvedona opinnäytetyöprosessista merkittävimmiä asioiksi nousivat sopivimpien menetelmien valinnan haastavuus ja hoitajakson arviointia tukevien välineiden valinta. Menetelmien valinnan osalta erilaisten mittareiden käyttö lisää tutkimuksen luotettavuutta, mutta toisaalta mittareiden ja osteopaattisen tutkimisen pohjalta saadun tiedon suhde herätti kysymyksiä. Osteopaatin tärkein työväline ovat omat kädet ja kudosten arviointi on subjektiivista. Tällaisten muutosten mitattavassa muodossa esittäminen osoittautui hyvin haastavaksi ja päädyimme ilmaisemaan sen vain kuvaamalla kudoksissa tapahtuneita muutoksia. Mittarit kuvasivat hyvin selkeämpiä muutoksia toimintakyvyssä, mutta eivät välttämättä kuvanneet hienovaraisia muutoksia, kuten eroa liikkeen laadussa ja hoidon aikana tapahtunutta rentoutumista. Tutkimushenkilöt kokivat haastavaksi sairauteen liittyvän oirekuvan muutosten ja mahdollisesti osteopaattiseen hoitoon liittyvien muutosten erottamisen. Hoitajakson havainnoinnin tueksi olisi ollut perustelua käyttää jonkinlaista havaintopäiväkirjaa, johon olisi myös voinut kirjata muistiinpanoja koetusta kivusta ja esimerkiksi käytetyistä kipulääkkeiden määristä. Tämä olisi voinut olla myös hyödyllistä tutkimushenkilöille itsearviointin ja oireiden käyttäytymisen havainnoinnin kannalta.

Jatkon kannalta mielenkiintoinen tutkimuskohde olisi syventyä eri tekniikoiden tehokkuuteen selkärankareumaatikoilla. Vaikka opinnäytetyömme tavoitteena ei ollut hoitomallin kehittäminen, huomasimme että vaste esimerkiksi kranaalitekniikoihin oli hyvä kaikilla tutkimushenkilöillä. Tämän pohjalta hoitomallin kehittäminen voisi olla kiinnostava tutkimuskohde. Osteopaateille suunnattuun ohjelistaan (Liite 12) olemme tiivistäneet opinnäytetyön pohjalta esiin nousseita huomioita ja perustietoa selkärankareumasta. Alkuperäinen suunnitelmamme oli tehdä ohje osteopaateille selkärankareumaatikon hoitoon, mutta tutkimushenkilöiden oirekuvien eroavaisuuksien takia päädyimme kokoamaan listan selkärankareumaatikon kohtaamisen ja hoidon suunnittelun kannalta olennaisista asioista.

Opinnäytetyömme toteutumisen kannalta yhteistyö Helsingin Reumayhdistys Ry:n kanssa on ollut erittäin tärkeää. He ovat mahdollistaneet tiedon jakamisen selkärankareumaatikoille ja auttaneet meitä saamaan tutkimushenkilöt opinnäytetyöhömme. Ilman yhdistyksen apua, opinnäytetyö ei olisi toteutunut nykyisessä laajuudessaan. Olemme erittäin kiitollisia tutkimushenkilöille heidän aktiivisesta osallistumisestaan opinnäytetyö-

hön. Saimme teiltä arvokasta kokemustietoa selkärankareumasta. Kauttanne ymmärryksemme tästä sairaudesta laajeni huomattavasti.

Lähteet

Aalto Anna-Mari — Aro Arja R. — Teperi Juha 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Helsinki: Stakes.

Aro Timo — Huunan-Seppälä Antti — Kivekäs Jukka — Kujala Santero — Matikainen Esko — Tola Sakari 2004. Toimintakyky. Arviointi ja käyttö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Aromaa Arpo — Gould Raija — Hytti Helka — Koskinen Seppo. 2005. Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Carpén Olli — Kosma Veli-Matti — Lehto Veli-Pekka — Mäkinen Markus — Paavonen Timo — Stenbäck Frej 2012. Patologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Chila Anthony G. 2011. Foundations of osteopathic medicine. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Ebringer Alan 2013. Ankylosing Spondylitis and Klebsiella. London: Springer-Verlag.

Elo Petra — Laasonen Leena — Soini Irma — Luosujärvi Riitta — Lohman Martina — Paimela Leena — Mikkonen Raija — Alasaarela Eeva — Hannila Ilkka — Vidqvist Krista- Liisa — Kauppi Markku — Nordström Dan 2013. Tulehduksellisen selkävivun kuvantamisdiagnostiikka. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo10907&p_haku=nikaman%20neli%C3%B6ityminen. Luettu 24.3.2016

Elovaara Irina — Pirttilä Tuula — Färkkilä Markus — Hietaharju Aki. 2006. Kliininen neuroimmunologia. Helsinki: Yliopistopaino

Haavisto Maija 2013. Uusia hoitoja autoimmuunisairauksiin. Helsinki: Finn Lectura cop

Hafström I -- Karimi H -- Widberk K 2009. Self- and manual mobilization improves

spine mobility in men with ankylosing spondylitis-a randomized study. Verkkodokumentti. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19403551>.

Kankkunen Päivi — Vehviläinen-Julkunen Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Kauppi Markku — Nordström Dan 2010. Reumatologia. Mitä eroa on selkärankareumalla ja aksiaalilla spondyloartropatialla - ja onko sillä väliä? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim.

Kauppi Markku — Mikkelsen Marja — Pohjankoski Heini 2015. Fysiatria. Kliininen fysiatria. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. http://www.oppi-portti.fi/dtk/oppi/koti?p_selaus=14849&p_artikkeli=ajt00543. Luettu 30.3.2016

Kuchera Michael L. -- Kuchera William A. 1994. Osteopathic considerations in systemic dysfunction. Ohio: Greyden Press

KvantiMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto 2009. Tutkimusprosessi. Verkkodokumentti. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. Luettu 10.2.2016

Laine Markus — Bamberg Jarkko — Jokinen Pekka 2007. Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Gaudeamus

Mannila Anne — Savolainen Jouko n.d. Veri-aivoeste lääkekehityksen haasteena. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94713.pdf>. Luettu 24.3.2016

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

Martio Jukka — Karjalainen Anna — Kauppi Markku — Kukkurainen Marja Leena 2007. Reuma. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mengshoel Anne Marit — Robinson Hilde Stendal 2008. Clinical significance of specific spinal mobilization for patients with ankylosing spondylitis evaluated by quantitative as-

sessments and patient interviews. Verkkodokumentti. <http://www.tandfon-line.com/doi/full/10.1080/09638280701270711>. Luettu 11.11.2015.

Parempaa Elämää n.d. Selkärankareuman syyt. Verkkodokumentti. MSD Finland. http://www.parempaaelamaa.fi/reumasairaudet/selkarankareuma/selkarankareuman_syyt. Luettu 15.1.2016

Saaranen-Kauppinen Anita -- Puusniekka Anna. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkodokumentti. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/> Luettu 10.2.2016.

Salokangas Raimo K.R. 1997. Kliininen depressio, Mitä se on ja miten sitä hoidetaan? Porvoo: WSOY.

Sammur Emanuel — Searle-Barnes Patrick 1998. Osteopathic Diagnosis. London: Stanley Thornes Publishers Ltd.

Sieper Joachim -- Braun Jürgen 2011. Ankylosing Spondylitis in clinical practice. London: Springer-Verlag London Limited

Suomen Reumaliitto ry n.d. Selkärankareuma ja aksiaalinen spondylartriitti. Perustietoa sairastuneille, heidän läheisilleen ja terveydenhuollon ammattilaisille. PDF. <http://reumaliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/36b4e2b23b66078fad529025b29ed03d/1447326480/application/pdf/1868961/Selk%C3%A4rankareuma-opas%202014.pdf>. Luettu 12.11.2015

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015, Toimintakyky. Verkkodokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky>. Luettu 15.1.2016

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos n.d. TOIMIA. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/143/>. Luettu 26.1.2016

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Verkkodokumentti. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>. Luettu 20.1.2016

Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt opinnäytetyötä koskevan tutkimushenkilötiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta, tietojen keräämisestä ja säilytyksestä, ja minulla on ollut mahdollisuus saada lisätietoja suullisesti. Ymmärrän, että osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista ja voin perustelematta keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen milloin tahansa. Keskeytyksen ilmoitan tutkimuksen tekijöille Suvi Haapasalolle tai Laura Marttilalle joko suullisesti tai kirjallisesti. Tutkimuksen tekijän yhteystiedot löytyvät tämän suostumuslomakkeen alalaidasta. Suostun osallistumaan tutkimukseen vapaaehtoisesti.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus

Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Suvi Haapasalo

Laura Marttila

Suostumus allekirjoitetaan kahtena kappaleena, yksi suostumuksen antajalle ja yksi suostumuksen vastaanottajalle.

Tutkimushenkilötiedote

Liitteen sisältö Tervetuloa mukaan osallistumaan opinnäytetyöhön nimeltä ”Osteopaattisen hoidon vaikutus selkärankareumaatikon toimintakykyyn”. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää osteopaattisen hoidon vaikutuksia selkärankareuma-potilaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn.

Käytännön toteutus

Ensimmäisellä käynnillä täytetään esitietolomake, tehdään kattava alkuhaastattelu sekä observaatio. Lisäksi alkutilanteen kartoittamiseksi ja sen hetkisen kehon tilan ja toimintakyvyn arvioimiseen teemme erilaisia testejä sekä mittauksia (BASFI, BASMI, BPI, RAND-36).

Seuraavilla hoitokerroilla teemme osteopaattisen hoidon, johon kuuluu erilaisia manuaalisia tekniikoita, kuten esimerkiksi pehmytkuduskäsittely, artikulaatio ja erilaisia epäsuoria tekniikoita, joilla pyritään lievittämään jännitteitä kehon eri kudoksissa. Lisäksi jokaisen hoitokerran aluksi teemme nykytilanteen kartoituksen lyhyellä alkuhaastattelulla jatkokäynti-lomakkeelle.

Viimeisellä hoitokerralla teemme toimintakykyä arvioivat testit uudelleen (BASFI, BASMI, BPI, RAND-36). Lisäksi saat täytettäväksi asiakaspalautelomakkeen.

Hoitojaksojen toteuduttua järjestämme Helsingin Reumayhdistyksen tiloissa ryhmähaastattelun, jonka tarkoituksena on tuoda esiin selkärankareumaatikon näkökulma osteopaattisesta hoitokaksosta ja sen vaikutuksesta hänen toimintakykyynsä.

Aikataulu

Opinnäytetyöhön kuuluvat osteopaattiset hoidot aloitetaan maaliskuussa 2016 Metropolian ammattikorkeakoulun harjoitteluklinikka Positiassa. Hoitokertojen määrä kartoitetaan yksilöllisesti oireista riippuen. Hoidot kestävät noin 60-75min ja ne ovat osallistujalle maksuttomia.

Tietojen käsittely ja tuloksista tiedottaminen

Ryhmähaastattelu taltioidaan äänittämällä ja litteroidaan osaksi opinnäytetyötä. Kaikki kerättävä tieto käsitellään luottamuksellisesti eikä ketään yksittäistä henkilöä voida tunnistaa lopullisesta raportista. Tutkimusaineiston analysointiin ei osallistu ulkopuolisia

henkilöitä ja kaikki taltioitu materiaali hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Valmis työ on saatavissa elektronisena versiona Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston Theseus -tietokannasta ja se löytyy myös kansitettuna koulun kirjastosta. Opinnäytetyössä toteutuneista hoitajaksoista tuotetaan kuvaus tekijöiden ja selkärankareumaisen näkökulmasta, joka tarjotaan julkaistavaksi Espoon, Helsingin ja Vantaan Reumayhdistysten sekä Helsingfors Svenska Reumaföreningin yhteiseen tiedotuslehteen Luuvaloon. Lisäksi tuotoksena on ohje osteopaateille selkärankareumaatikon hoidolliseen lähestymiseen, joka tarjotaan julkaistavaksi Suomen Osteopaattiliiton internetsivuilla.

Tietoinen suostumus

Opinnäytetyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun osteopatian tutkinnon opintoja. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelman ovat hyväksyneet Pekka Paalasmaa ja Kaisa Hartikainen.

Opinnäytetyöhön osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja jokaisella osallistujalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa syytä ilmoittamatta.

Annamme mielellämme lisätietoa opinnäytetyöstä.

Yhteystiedot

Suvi Haapasalo, osteopatian opiskelija

Laura Marttila, osteopatian opiskelija

Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (Sieper - Braun 2011: 72)

Selkärankareumapotilaan toiminnallinen indeksi
<p>Merkitse oma tasosi toimia seuraavissa toiminnoissa edellisen viikon aikana. Asteikko on 0-10 (0 = helppo, 10 = mahdoton)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pystyt laittamaan sukat/sukkahousut jalkaan ilman apua (esimerkiksi sukanvetolaite).2. Pystyt nostamaan lattialta esineitä eteentaivutuksen avulla ilman apua.3. Pystyt kurkottamaan korkealle, esimerkiksi hyllylle, ilman apua/apuvälineitä.4. Pystyt nousemaan tuolilta ilman tukeutumista käsiin/käsinojiin/ toisen apuun.5. Pystyt nousemaan selinmakuulta lattialta ilman, että sinua autetaan tai otat tukea esimerkiksi tuolia.6. Pystyt seisomaan ilman tukea 10 minuuttia, ilman että tunnet epämiellyttävää oloa.7. 12-15 portaan nousu (yksi jalka joka portaalla) ilman tuen ottamista kaiteesta ja ilman muista apuvälineistä.8. Voit kääntää päätä ilman, että muu keho lähtee liikkeeseen mukaan (esimerkiksi kiertäminen lantion tai muualta selästä).9. Pystyt tekemään fyysisesti haastavia askareita, kuten harrastamaan liikuntaa, tekemään puutarhatöitä tai tekemään fysioterapeutin antamia harjoitteita.10. Pystyt olemaan aktiivinen koko päivän, riippumatta siitä oletko töissä vai kotona. <p>Jos jonkin näistä edellisistä toiminnoista sai arvon 7 tai enemmän niin miksi? Mikä tästä liikkeestä/toiminnasta tekee vaikean?</p> <p>Voit kuvailla omin sanoin miksi toiminta on haastavaa tai voit kertoa missä tunnet kipua/rajoitetta toimintaa tehdessäsi.</p>

THE BATH AS METROLOGY INDEX (BASMI) (Jenkinson et al 1994)

Mittaus	Lähtöasento	Metodi	Huomioitavaa
Sivutaivutus (Lumber Side Flexion)	Paljain jaloin, selkä seinää vasten, polvet suorana. Lapaluut, pakarat, kantapääät seinää vasten. Hartioiden levyinen haara-asento (n. 30cm) ja jalkaterät samansuuntaisesti eteenpäin.	Kädet, ranteet ja sormet suorana mitataan ENNEN liikettä oleva mitta sormista lattiaan. Sivutaivutuksen aikana kämmen kiinni reidessä, kun potilas tekee liikkeen. Uudelleenmittaus liikkeen lopussa. Kahden mittauksen ero kertoo mittauksen tuloksen. Toista toiselle puolelle.	Varmista että potilas pitää kädet, sormet ja polvet suorana ja kantapääät lattiassa. Varmista ettei fleksiota, ekstensiota tai rotaatiota ilmene sivutaivutuksen aikana. Voidaan käyttää koroketta toisen jalan alla, jos on selkeä jalkojen pituusero.
Tragus to Wall	Säilytä sama alkuasento kuin yllä. Varmista että pää on neutraalissa asennossa (anatominen linjaus).	Potilas vetää leukansa niin taakse kuin pystyy (retraction). Mittaaja mittaa etäisyyden seinän ja korvanipukan (tragus) välillä käyttäen jäykkää viivoitinta.	Varmista ettei lähtöasennossa tai liikkeen aikana ilmene ekstensiota, rotaatiota, fleksiota tai sivutaivutusta. Varmista että retraction ylläpidetään niin kauan että molemmat puolet on mitattu.
Lumbar Flexion (modified Schober's)	Potilas paljain jaloin, paino hieman jalkaterien ulkosyrjillä ja jalat 30 cm päässä toisistaan. Mittaaja merkkää pisteen suoliluuharjanteiden tasolle ja keskiväliin (L4/5 nikamavälin kohdalle). Toinen piste merkataan 10 cm ensimmäisen pisteen yläpuolelle. Kolmas merkataan 5cm ensimmäisen pisteen alapuolelle. Kaikkien pisteiden kuuluu olla linjassa keskenään.	Potilas tekee eteentaivutuksen, polvien ollessa täysin suorana. Ylimmän ja alimman pisteen etäisyys mitataan. Etäisyyden kasvu näiden pisteiden välillä tulee olla yli 15cm jotta "normaali" liike toteutuisi.	Liikkeen loppuvaiheilla potilas voi hieman koukistaa polviaan, jotta takareisien vaikutus liikkeeseen vähenisi. Tämä tulee kuitenkin dokumentoida.
Intermalleolar Distance	Potilas makaa selällään lattialla tai leveällä hoitopöydällä. Polvet ekstensiossa.	Potilas pitää polvet suorana ja jalat kontaktissa lattiaan/hoitopöytään. Potilasta pyydetään viemään jalkojaan mahdollisimman kauas toisistaan. Mediaalisten malleolien väli mitataan.	Tee mittaus nopeasti koska liike voi olla potilaalle kivulias. Ole valmiina mittaamaan jo ennen kuin pyydät potilasta tekemään liikkeen.

Brief Pain Inventory eli BPI, kivun intensiteetti- ja haittaavuusosiot (Kalso - Haanpää 2009: 568)

1. Arvioikaa kipua ympäröimällä numero, joka parhaiten kuvaa kipuanne <i>pahimmillaan</i> viimeksi kuluneen viikon aikana.*										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ei kipua								Pahin kuviteltavissa oleva kipu		
2. Arvioikaa kipua ympäröimällä numero, joka parhaiten kuvaa kipuanne <i>lievimmillään</i> viimeksi kuluneen viikon aikana.*										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ei kipua								Pahin kuviteltavissa oleva kipu		
3. Arvioikaa kipua ympäröimällä numero, joka parhaiten kuvaa kipuanne <i>keskimäärin</i>.*										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ei kipua								Pahin kuviteltavissa oleva kipu		
4. Arvioikaa kipua ympäröimällä numero, joka kuvaa kipuanne <i>juuri nyt</i>.*										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ei kipua								Pahin kuviteltavissa oleva kipu		
5. Ympyröikää numero, joka kuvaa sitä, miten kipu on viimeksi kuluneen viikon aikana häirinnyt.**										
A. Toimintaanne yleensä										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ei ole häirinnyt								On häirinnyt täysin		
B. Mielialaanne										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ei ole häirinnyt								On häirinnyt täysin		
C. Kävelykykyänne										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ei ole häirinnyt								On häirinnyt täysin		
D. Normaalaa työntekoa (sekä kodin ulkopuolella tehtävä työ että kotityöt)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ei ole häirinnyt								On häirinnyt täysin		
E. Ihmissuhteita										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ei ole häirinnyt								On häirinnyt täysin		
F. Nukkumista										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ei ole häirinnyt								On häirinnyt täysin		
G. Elämästä nauttimista										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ei ole häirinnyt								On häirinnyt täysin		

RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari (TOIMIA 2013)

Liite 3

RAND 36-ITEM HEALTH SURVEY 1.0 (RAND-36)

Suomenkielinen versio

STAKES/KTL

Liite 3

1. **Onko terveytenne yleisesti ottaen ...**
(ympyröikää yksi numero)

- 1 erinomainen
- 2 varsin hyvä
- 3 hyvä
- 4 tyydyttävä
- 5 huono

2. **Jos vertaatte nykyistä terveydentilaanne vuoden takaiseen, onko terveytenne yleisesti ottaen ...**
(ympyröikää yksi numero)

- 1 tällä hetkellä paljon parempi kuin vuosi sitten
- 2 tällä hetkellä jonkin verran parempi kuin vuosi sitten
- 3 suunnilleen samanlainen
- 4 tällä hetkellä jonkin verran huonompi kuin vuosi sitten
- 5 tällä hetkellä paljon huonompi kuin vuosi sitten

Seuraavassa luetellaan erilaisia päivittäisiä toimintoja. Rajoittaako terveydentilaanne nykyisin suoriutumistanne seuraavista päivittäisistä toiminnoista? Jos rajoittaa, kuinka paljon?
(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

	kyllä, rajoittaa paljon	kyllä, rajoittaa hiukan	ei rajoita lainkaan
3. huomattavia ponnistuksia vaativat toiminnot (esimerkiksi juokseminen, raskaiden tavaroiden nostelu, rasittava urheilu)	1	2	3
4. kohtuullisia ponnistuksia vaativat toiminnot, kuten pöydän siirtäminen, imurointi, keilailu	1	2	3
5. ruokakassien nostaminen tai kantaminen	1	2	3
6. nouseminen portaita useita kerroksia	1	2	3
7. nouseminen portaita yhden kerroksen	1	2	3
8. vartalon taivuttaminen, polvistuminen, kumartuminen	1	2	3
9. noin kahden kilometrin matkan kävely	1	2	3
10. noin puolen kilometrin matkan kävely	1	2	3
11. noin 100 metrin matkan kävely	1	2	3
12. kylpeminen tai pukeutuminen	1	2	3

Liite 3

**Onko teillä viimeisen 4 viikon aikana ollut RUUMILLISEN TERVEYDEN-
TILANNE TAKIA alla mainittuja ongelmia työssänne tai muissa tavanomai-
sissa päivittäisissä tehtävissänne?**

(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

- | | kyllä | ei |
|---|-------|----|
| 13. Vähensitte työhön tai muihin tehtäviin käyttämääne aikaa | 1 | 2 |
| 14. Saitte aikaiseksi vähemmän kuin halusitte | 1 | 2 |
| 15. Terveydentilanne asetti teille rajoituksia joissakin
työ- tai muissa tehtävissä | 1 | 2 |
| 16. Töistänne tai tehtävistänne suoriutuminen tuotti
vaikeuksia (olette joutunut esim. ponnistelemaan
tavallista enemmän) | 1 | 2 |

**Onko teillä viimeisen 4 viikon aikana ollut TUNNE-ELÄMÄÄN LIITTYVIEN
vaikeuksien (esim. masentuneisuus tai ahdistuneisuus) takia alla mainittuja
ongelmia työssänne tai muissa tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissänne?**

(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

- | | Kyllä | ei |
|---|-------|----|
| 17. Vähensitte työhön tai muihin tehtäviin käyttämääne
aikaa | 1 | 2 |
| 18. Saitte aikaiseksi vähemmän kuin halusitte | 1 | 2 |
| 19. Ette suorittanut töitänne tai muita tehtäviänne yhtä
huolellisesti kuin tavallisesti | 1 | 2 |

**20. MISSÄ MÄÄRIN ruumiillinen terveydentilanne tai tunne-elämän vaikeudet
ovat viimeisen 4 viikon aikana häirinneet tavanomaista (sosiaalista)
toimintaanne perheen, ystävien, naapureiden tai muiden ihmisten parissa?
(ympyröikää yksi numero)**

- | | |
|---|-----------------|
| 1 | ei lainkaan |
| 2 | hieman |
| 3 | kohtalaisesti |
| 4 | melko paljon |
| 5 | erittäin paljon |

Liite 3

21. **Kuinka voimakkaita ruumiillisia kipuja teillä on ollut viimeisen 4 viikon aikana?**
(ympyröikää yksi numero)

- 1 ei lainkaan
- 2 hyvin lieviä
- 3 lieviä
- 4 kohtalaisia
- 5 voimakkaita
- 6 erittäin voimakkaita

22. **Kuinka paljon kipu on häirinnyt tavanomaista työtänne (kotona tai kodin ulkopuolella) viimeisen 4 viikon aikana?**
(ympyröikää yksi numero)

- 1 ei lainkaan
- 2 hieman
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko paljon
- 5 erittäin paljon

Seuraavat kysymykset koskevat sitä, miltä teistä on tuntunut viimeisen 4 viikon aikana. Merkitkää kunkin kysymyksen kohdalla se numero, joka parhaiten kuvaa tuntemuksianne.

(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

	koko ajan	suurimman osan aikaa	huomat-tavan osan aikaa	jonkin aikaa	vähän aikaa	en lainkaan
Kuinka suuren osan ajasta olette viimeisen 4 viikon aikana ...						
23. tuntenut olevanne täynnä elinvoimaa	1	2	3	4	5	6
24. ollut hyvin hermostunut	1	2	3	4	5	6
25. tuntenut mielialanne niin matalaksi, ettei mikään ole voinut teitä piristää .	1	2	3	4	5	6
26. tuntenut itsenne tyyneksi ja rauhalliseksi	1	2	3	4	5	6
27. ollut täynnä tarmoa	1	2	3	4	5	6
28. tuntenut itsenne alakuloiseksi ja apeaksi	1	2	3	4	5	6
29. tuntenut itsenne "loppuunkuluneeksi"	1	2	3	4	5	6
30. ollut onnellinen	1	2	3	4	5	6
31. tuntenut itsenne väsyneeksi	1	2	3	4	5	6

Liite 3

32. Kuinka suuren osan ajasta ruumiillinen terveydentilanne tai tunne-elämän vaikeudet ovat viimeisen 4 viikon aikana häirinneet tavanomaista sosiaalista toimintaanne (ystävien, sukulaisten, muiden ihmisten tapaaminen)?
(ympyröikää yksi numero)

- 1 koko ajan
2 suurimman osan aikaa
3 jonkin aikaa
4 vähän aikaa
5 ei lainkaan

Kuinka hyvin seuraavat väittämät pitävät paikkansa teidän kohdallanne?
(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

- | | pitää
ehdotto-
masti
paikkansa | pitää
enimmäk-
seen
paikkansa | en
osaa
sanoa | enimmäk-
seen ei
pidä
paikkansa | ehdotto-
masti ei
pidä
paikkansa |
|--|---|--|---------------------|--|---|
| 33. Minusta tuntuu, että sairastun jonkin verran helpommin kuin muut ihmiset | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Olen vähintään yhtä terve kuin kaikki muutkin tuntemani ihmiset | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Uskon, että terveyteni tulee heikkenemään | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Terveyteni on erinomainen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Jatkokäyntilomake

Opiskelija: Positia Hyvinvointipalvelut
Muut opiskelijat: Osteopatia
Harjoitteluohtaja: JATKOKÄYNTILOMAKE

Asiakas: _____

Pvm:	Anamneesi - Status - Hoito - Jatkosuunnitelma:
------	--

Esitietolomake

ESITIEDOT KÄYNTIÄ VARTEN

Pituus: _____ kg Paino: _____ cm

Ympyröi oikea vaihtoehto

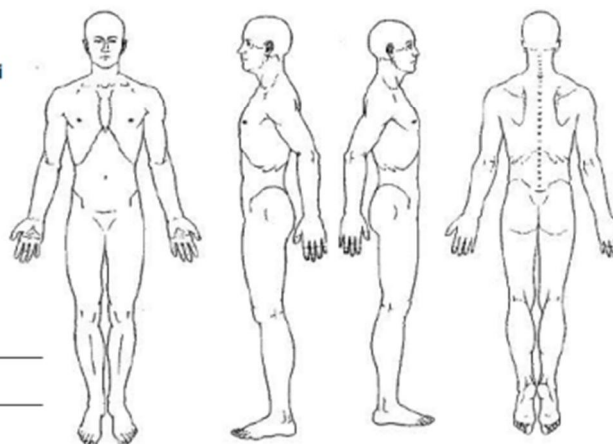
Onko sinulla lääkärin diagnosoimia sairauksia?	kyllä	ei
Oletko ollut sairaalahoitossa viimeisen 6kk aikana?	kyllä	en
Onko sinulla säännöllistä lääkitystä?	kyllä	ei
Otitko mitään kipu- tai tulehduslääkettä ennen tänne tuloa?	kyllä	en
Oletko ollut leikkauksessa?	kyllä	ei
Onko sinulla joskus todettu syöpä?	kyllä	ei
Oletko allerginen tai yliherkkä?	kyllä	en
Esiintyykö suvussanne joitain sairauksia?	kyllä	ei

Merkitse ne sairaudet tai oireet, joita sinulla on

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Päänsärkyä | <input type="checkbox"/> Kilpirauhasen toimintahäiriö |
| <input type="checkbox"/> Huimausta | <input type="checkbox"/> Kohonnut verenpaine |
| <input type="checkbox"/> Rintakipua | <input type="checkbox"/> Sydän- tai verisuonisairaus |
| <input type="checkbox"/> Astma tai muu keuhkosairaus | <input type="checkbox"/> Vatsakipua |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Maksan, munuaisten tai muun sisäelimen sairaus |
| <input type="checkbox"/> Osteoporoosi | <input type="checkbox"/> Masennus |
| <input type="checkbox"/> Unettomuus tai muu unihäiriö | <input type="checkbox"/> Epilepsia tai muu neurologinen sairaus |
| <input type="checkbox"/> Verenvuotosairaus | <input type="checkbox"/> Sydämentahdistin, tekoläppä tai -nivel, tai metallia kehossa |

Merkitse oireen tai oireiden sijainti

K = kipupaikka
S = säteilykipu
T = tunnottomuus
P = pistely



Allekirjoitus: _____

Päiväys: _____

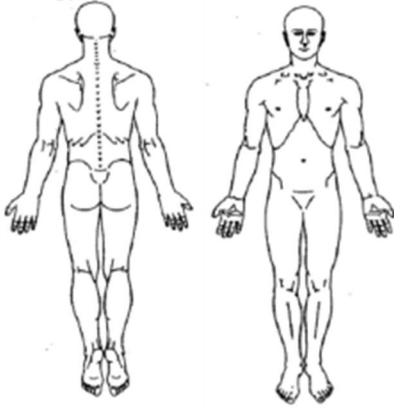
Opiskelija:
Ryhmä:
Harjoitteluohtaja:
Muut opiskelijat:

Positia
Osteopatia
HAASTATTELULOMAKE

___ / ___ 20___

Sukunimi: _____ Etunimet: _____
Ammatti: _____ Siviilisääty: _____
Syntymäaika ja -paikka: _____ Lapsia: _____

1. ANAMNEESI

TULOSY:					
Oireen paikantuminen:	Oirekuva: VAS ___/10				
					
Historia:					
Oireita helpottavat tekijät:	Oireita ärsyttävät tekijät:				
Oireen käyttäytymisen / paranemisen vaiheen kuvaus: Merkitse itse jaksotus ja ilmoita mitä kuvaat					
0	aika				
Ärsytysaste:	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Akuutti</td> <td style="width: 25%;">Subakuutti</td> <td style="width: 25%;">Krooninen</td> <td style="width: 25%;">Etenevä</td> </tr> </table>	Akuutti	Subakuutti	Krooninen	Etenevä
Akuutti	Subakuutti	Krooninen	Etenevä		
Haitta-aste:	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Lievä</td> <td style="width: 33%;">Kohtalainen</td> <td style="width: 33%;">Vakava</td> </tr> </table>	Lievä	Kohtalainen	Vakava	
Lievä	Kohtalainen	Vakava			
Vaikutus elämään:					
Aikaisemmat hoidot:	RTG / CT / MRI / US: Pvm: Lausunto mukana: K / E Löydöksiä: K / E Lausunnosta kopio meillä: K / E				
Hyvinvointi ja toimintakyky: uni, ruokavalio, harrastukset, stressi					

2. ELINJÄRJESTELMIEN KATSAUS (Systems review)

Lääkärin diagnosoimat sairaudet, leikkaukset, onnettomuudet ja lääkitys

Labroratoriokokeet:

Suvussa esiintyvät sairaudet:

TUKI- JA LIIKUNTAELIMISTÖ:

NEUROLOGIA:

VERENKIERTOELIMISTÖ:

HENGITYSELIMISTÖ:

RUOANSULATUSSELIMISTÖ:

Virtsaneritysjärjestelmä:

Umpieritysjärjestelmä:

Gynekologia/Urologia:

Silmät:

Korvat:

Iho:

Asiakkaan odotukset osteopaattiselle hoidolle?

Erotusdiagnoosiikka: alustavat hypoteesit ja punaiset + keltaiset (psykososiaaliset riskitekijät) liput!

4. OSTEOPAATTINEN TYÖDIAGNOOSI JA KUNTOUTUSSUUNNITELMA

YP Yleispatologia, perussairaudet, yms	
PP Paikallispatologia = oireita tuottavat kudokset ja niiden tila	
ET etiologia	
AT/ YT altistavat ja ylläpitävät tekijät	
<u>Kontraindikaatiot ja varovaisuustoimenpiteet:</u>	
Osteopaattisen hoidon tavoitteet :	Asiakkaan kuntoutumisen tavoitteet:
<u>Prognosi ja hoitokerrat:</u> kudosisvaurion paranemisprosessin ennuste ja keltaiset liput (psykosos. riskitekijät) huom.	
<u>TIIVISTELMÄ:</u> (ohjaajan hyväksynnän jälkeen kirjaa tämä TT2000)	
-	
-	
-	
-	

Osteopaattipiskelijän allekirjoitus ___/___20__

Harjoitteluohjaajan allekirjoitus

___/___20__

ASIAKASPALAUTELOMAKE / OSTEOPATIA

**Osteopaattipiskelijän nimi:**

Asiakaspalautteen tarkoituksena on auttaa osteopaattipiskelijää kehittämään työssään.
Antamasi palaute on meille arvokasta.

Kokemuksesi osteopaattisesta hoitajaksosta?

Huomaatko kehosi tilan muuttuneen hoitajakson aikana?
Miten? (esim. liikkuvuuden parantuminen, energisyyden lisääntyminen)

Vaikuttiko osteopaattinen hoito toimintakykyysi ja millä tavoin?

Palaute hoitavalle opiskelijalle (esim. asiantuntevuus, haastattelutaidot, hoidon sujuvuus)

Ryhmähaastattelun kysymykset

Ryhmähaastattelun tarkoituksena on tuoda esiin selkärankareumaatikon näkökulma osteopaattisesta hoitojaksosta ja sen vaikutuksesta hänen toimintakykynsä. Haastattelun teemana on selkärankareumaatikon kokemus osteopaattisen hoitojakson vaikutuksesta toimintakykyyn ja hoitojakson aikana esiin nousseet ajatukset. Ryhmähaastattelu nauhoitetaan ja litteroidaan, jota seuraa sen tuottaman aineiston sisällönanalyysi. Ohessa alustava kysymyslista haastattelu varten

Toimintakyvyn arviointi

- Millaisina koet selkärankareumaa mittaavat testit (BASMI, BASFI yms.)? Vastaavatko ne mielestäsi yksilön tilannetta ja kuvaavatko ne oikeita asioita? Kuvaavatko ne mielestäsi fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä?
- Kokisitko kipu- tai lääkepäiväkirjan hyödylliseksi osteopaattisen hoitojakson ohessa?

Vaikutus toimintakykyyn eri osa-alueilla

- Millaisia positiivisia tai negatiivisia vaikutuksia hoitojaksolla oli?
- Vaikuttivatko hoitojakso tai yksittäiset hoidot olotilaasi ja millä tavoin? Oliko hoitojaksolla vaikutuksia arkirutiineihin? Koitko muutoksia esimerkiksi vuorovaikutustilanteisiin tai harrastuneisuuteen liittyen?
- Mitä ajatuksia tai kokemuksia sinulle herää, kun ajattelet nykyistä olotilaasi verrattuna hoitojakson aikaiseen olotilaan?
- Koetko, että osteopatiasta on hyötyä selkärankareumaatikolle? Millaista?

Osteopaatin toiminta/valmistautuminen hoitoon

- Huomioitiinko yksilölliset tarpeesi riittävästi hoitojakson aikana? Onko jotain erityistä mihin toivoisit osteopaatin kiinnittävän huomiota selkärankareumaatikon hoidossa?
- Onko jotain, mitä toivoisit osteopaatin tietävän selkärankareumasta ja millä tavoin se vaikuttaa toimintakykyyn?

OHJEISTUS SELKÄRANKAREUMAATIKKOA HOITAVALLE OSTEOPAATILLE

Ohjeistus perustuu Suvi Haapasalon ja Laura Marttilan tekemään opinnäytetyöhön Metropolia Ammattikorkeakoulussa, osana osteopatian tutkinto-ohjelmaa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää osteopaattisen hoidon vaikutuksia selkärankareumapotilaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Opinnäytetyön eri osioiden pohjalta tuotettiin ohjeistus erilaisista tekijöistä, jotka selkärankareumaatikkoa hoitavan osteopaatin olisi hyvä huomioida. Ohjeistuksen tarkoitus on listata asioita, jotka käytännön hoitotilanteen toteuttamisen sekä hoitojakson tulosten arvioimisen kannalta voisivat olla merkityksellisiä hoidettaessa selkärankareumaa sairastavaa asiakasta. Selkärankareumalla on vaikutusta laaja-alaisesti ihmisen toimintakykyyn. Osteopatian näkökulmasta on tärkeää huomioida ihminen psykofyysissosiaalisena kokonaisuutena.

Selkärankareuman tyypillisimpiä oireita ovat krooninen selkäkipu, tulehdukset SI-nivelissä, selkärangan nivelissä ja jänteiden kiinnityskohtien tulehdukset eli entesiitit sekä epäsymmetriset tulehdukset alaraajoissa. Selkärankareumassa tulehduksellinen selkäkipu on yleensä sairauden ensioire. Tällöin paikoillaan olo pahentaa selkäkipuja ja liikkeellelähtö helpottaa niitä. Muita tulehduksellisen selkävun piirteitä on se, että selkäkipu on kestänyt yli kolme kuukautta, oire on alkanut vähitellen ja selässä on aamujäykkyyttä. Diagnoosi myöhästyy usein siksi, että oireet sekoitetaan johonkin muuhun vaivaan/sairauteen, kuten esimerkiksi krooniseen alaselkäkipuun. Samallakin henkilöllä voi esiintyä usein erityyppisiä autoimmunisairauksia.

Yleensä selkärankareuman ensimmäiset muutokset havaitaan SI-nivelissä, mutta muutoksia kehitty vähitellen koko selkärangan alueelle. Ensimmäiset rangan alueen muutokset kehittyvät rinta- ja lannerangan ylimenoalueelle. Nikamien neliöityminen on myös varhainen muutos. Vähitellen kehitty myös syndesmofyyttejä eli luusiltoja nikamien välille ja mahdollisesti fasettivelten luutumista.

Selkärankareuman liitännäissairauksina voi olla iriitti, verisuonitulehdus, amyloidoosi sekä osteoporoosi. Eripuolilla kehoa esiintyvät entesiitit (insertiitti) ovat jänne-luuliitosten tulehduksia, jotka voivat olla toista tai molemminpuoleisia. Tavallisimmin entesiittejä esiintyy rintalastan liitoskohdissa, kyynärpään alueella, selän okahaarakkeissa, suoliluun harjun, istuinkyhmy ja reisiluun ison sarvennoisen alueella. Lisäksi niitä voi ilmetä polven ympärillä sekä akillesjänne- ja kantaluuliitoksessa sekä jalkapohjan kalvojänteen ja kantaluun liitoksessa. Selkärankareuman yhteydessä esiintyy myös artriitteja eli nivel-tulehduksia epäsymmetrisesti eripuolilla kehoa. Tyypillisimmin niitä esiintyy olka-, lonkka- ja polvinivelissä, SI-nivelissä ja selän fasettivelissä.

Selkärankareumalla voi edetessään olla lamauttava vaikutus ihmisen toimintakykyyn. Kivut voivat olla hyvin voimakkaita ja jatkuviakin, jotka eivät lievene ilman tehokasta lääkitystä. Rangan jäykistyminen tai kehon kiputilat vaikuttavat päivittäisten toimintojen toteuttamiseen, kuten liikkumiseen ja normaalien arkiaskareiden tekemiseen. Lääkinnällisesti kipu- ja tulehduslääkkeiden lisäksi joudutaan usein turvautumaan steroidipohjaisiin lääkkeisiin ja uudempiin biologisiin lääkkeisiin, joilla on monesti ei-toivottuja sivuvaikutuksia.

Hoitoon valmistautuminen:

- Hoitotilan valmistelu mahdollisimman kivutonta hoitoasentoa varten; tyynyjen riittävän määrän tarkistaminen ja kivuttoman hoitoasennon mahdollistaminen hoitopöydän säätöjen avulla ovat tärkeitä tekijöitä
- Eri hoitoasunnoissa toteutettavien tekniikoiden käyttö on hyödyllistä miellyttävän hoitokokemuksen toteuttamiseksi
- Mahdollisesti laajaan sairaushistoriaan perehtyminen vaatii paneutumista

Haastattelu ja tutkiminen:

- Sairaus voi ilmetä hyvin yksilöllisesti, oirekuva voi olla epätyypillinen ja oirekuvassa voi tapahtua yllättäviä muutoksia
- Liitännäissairaudet ovat yleisiä
- Liikelaajuudet saattavat olla ristiriidassa suhteessa toimintakykyyn/asiakkaan kokemukseen omasta terveydestään

Hoitojakson aikana:

- Oire-, kipu- tai havaintopäiväkirjan käyttö voi selvittää oireiden muutosten ja hoidon vaikuttavuuden arviointia
- Mahdollisesti monimutkaisen oirekuvan kannalta pitkä hoitojakso on monesti perusteltu
- Opinnäytetyössä käytetyistä tekniikoista tehokkaimmiksi osoittautuivat kraniaaliset, faskiaaliset ja nestekierto- vaikuttavat tekniikat
- Kaularangan manipulaatio ei ole soveltuva tekniikka reumapotilaiden osteopaattiseen käsittelyyn, koska mahdollisuus atlantoaksiaaliseen subluksaatioon on suurempi kuin perusterveellä henkilöllä

Lääkityksen vaikutus selkärankareumaatikon elimistössä:

- Biologiset lääkkeet:
Sekukinumabi (Cosentyx®), Etanersepti (Enbrel®), Golimumabi (Simponi®), Infliksimabi (Inflixtra®, Remicade®, Remsima®), Infliksimabi (Inflixtra®, Remicade®, Remsima®), Adalimumabi (Humira®) ja Sertolitsumabipegoli (Cimzia®) ovat biologisia lääkkeitä. Vaikutusmekanismit ovat lääkeaineilla erilaiset. Peruseriaate biologisissa lääkkeissä on se, että ne kohdistuvat solussa tarkasti tiettyyn elimistön rakenteeseen. Näitä voivat olla esimerkiksi reseptorit, solukalvon proteiinirakenteet ja välittäjäaineet.
- Sulfasalatsiini (Salazopyrin®):
Selkärankareuman, nivelreuman ja lastenreuman pitkäaikaishoito. Sulfasalatsiini rauhoittaa niveltulehdusta ja estää sen etenemisen. Se ei välittömästi lievitä kipuja. Tavallisimmat haittavaikutukset ovat vatsavaivat, pahoinvointi ja päänsärky.
- Metotreksaatti (Trexan®, Metoject®):
Kroonisten niveltulehdusten ja systeemisten sidekudossairauksien, nivelreuman ja nivelpsoriaasin pitkäaikaishoito. Lääke rauhoittaa niveltulehdusta ja estää sen etenemistä. Metotreksaatti ei kuitenkaan välittömästi lievitä kipuja. Se yhdistetään usein muihin perinteisiin tai biologisiin reumalääkkeisiin. Tavallisimmat haittavaikutukset ovat vatsavaivat ja pahoinvointi.
- Kortisonivalmisteet (glukokortikoidit):
Kortisonivalmisteet lieviävät tulehdusta ja muita reumataudin oireita. Pitkäaikaisen kortisonihoidon sivuvaikutuksia ovat sydän- ja verisuonitautien lisääntyminen, osteoporoosi, diabeteksen puhkeaminen sekä mahahaava samanaikaisen tulehduskivulääkityksen yhteydessä.
- Lisäksi selkärankareuman hoidossa käytetään kivun lievitykseen erilaisia kipu- ja tulehduskivulääkkeitä. Tulehduskivulääkkeistä aiheutuva mahahaava sekä maha-suolikanavan ärsytys ovat merkittäviä lääkeaineiden aiheuttamia haittoja.

Ohjeistuksen lähteet:

- Ebringer Alan 2013. Ankylosing Spondylitis and Klebsiella. London: Springer-Verlag.
- Elo Petra- Laasonen Leena- Soini Irma- Luosujärvi Riitta- Lohman Martina- Paimela Leena- Mikkonen Raija- Alasaarela Eeva- Hannila Ilkka- Vidqvist Krista- Liisa- Kauppi Markku- Nordström Dan 2013. Tulehduksellisen selkävun kuvantamistiagnostiikka. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Verkkodokumentti. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo10907&p_haku=nikaman%20neli%C3%BEityminen.
- Martio Jukka - Karjalainen Anna - Kauppi Markku - Kukurainen Marja Leena 2007. Reuma. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Johanna Nyköp 2014. Mikä on biologinen lääke? Potilaan Lääkärilehti. Verkkodokumentti. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/mika-on-biologinen-laake/>.
- Sieper Joachim - Braun Jürgen 2011. Ankylosing Spondylitis in clinical practice. London: Springer-Verlag London Limited.
- Suomen Reumaliitto ry n.d. Reuma-aapinen. Verkkodokumentti. <http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumalaakkeet/>.

Artikkeli Espoon, Helsingin ja Vantaan Reumayhdistysten sekä Helsingfors Svenska Reumaföreningin yhteiseen tiedotuslehteen Luuvaloon.

Osteopaattinen lähestymistapa selkärankareumaan

"Pääsin keväällä 2016 kahden osteopatiaopiskelijan tutkimuspotilaaksi Helsingin Reumayhdistyksen vertaistukiryhmän kautta. Hoitokertoja oli viisi, mutta olen jatkanut osteopatiassa käyntejä omakustanteisesti tämän jälkeenkin. Sairastan selkärankareumaa. Diagnoosin sain 2005, mutta oireita minulla oli ollut jo kauan ennen tätä. Selkärankareuma on kohdallani ollut vaikeahoitoinen ja tulehduksia minulla on selän lisäksi ollut sekä isoissa että pienissä nivelissä.

Osteopatiassa olen kokenut ennen kaikkea kivunlievitystä ja rentoutumisen tunnetta. On ollut myös mielenkiintoista kuulla, mitä havaintoja osteopatiaopiskelijat minusta tekivät ja millaisia harjoituksia he minulle suosittelivat. Minusta tuntui, että havainnot olivat hyvin tarkkoja ja yksityiskohtaisia ja myös kokonaisvaltainen ote hoitamisessa tuli hyvin esille. Keskustelimme jokaisen hoidon alussa, millainen oloni oli ollut edellisen hoidon jälkeen, mitä edeltävillä viikoilla oli tapahtunut ja millainen oloni oli ennen hoitoa. Koin hyödyllisiksi myös hengityksen ja liikkeen yhdistävät harjoitukset. Ne rentouttivat oloani tehokkaasti. Kun lääketieteessä usein hoidetaan oireita, osteopatiassa perehdytään ennen kaikkea syyhyn, joka oireen aiheuttaa. Pidin siitä, että kehossani olevia ongelmia ei rajattu, vaan osteopatiaopiskelijat olivat kiinnostuneita kaikista kehossani tapahtuvista asioista. Tämä oli mielestäni hyvä lähtökohta hoidon toteuttamiselle.

Minulle suurin hyöty osteopatiasta on ollut rentoutumisen helpottuminen ja sen myötä kipujen lievittyminen. Helpoiten olen huomannut tämän, kun olen ollut voimakkaasti kivulias. Lievästi kivuliaana en huomannut yhtä suurta vaikutusta. Arvostankin suuresti sitä, että osteopatiaopiskelijat osasivat ja olivat motivoituneita muuttamaan hoitotekniikoita silloin kun tarvetta siihen oli. Koska potilaan tilanne saattaa lyhyessäkin ajassa muuttua, on tärkeää, että hoitoakin voidaan tarvittaessa muuttaa. Oli hienoa, että keskustelulle riitti aina aikaa."

Edellä yhden tutkimushenkilön kokemus osteopaattisesta hoitajaksosta.

Selkärankareuman tyypillinen ilmentyminen

Selkärankareuman tyypillisimpiä oireita ovat krooninen selkäkipu, tulehdukset SI-nivelissä, selkärangan nivelissä ja jänteiden kiinnityskohtien tulehdukset eli entesiitit sekä epäsymmetriset tulehdukset alaraajoissa. Selkärankareumalla voi edetessään olla lamauttava vaikutus ihmisen toimintakykyyn. Kivut voivat olla hyvin voimakkaita ja jatkuviakin, jotka eivät lievene ilman tehokasta lääkitystä. Rangan jäykistyminen tai kehon kiputilat vaikuttavat päivittäisten toimintojen toteuttamiseen, kuten liikkumiseen ja normaalien arkiaskareiden tekemiseen.

Mitä on osteopatia?

Osteopatia hoitomuotona perustuu vahvaan anatomiseen osaamiseen, käsin tehtävän palpaation avulla tapahtuvaan kliiniseen tutkimiseen ja kehon eri rakenteiden käsittelyyn. Fysiologisten prosessien ymmärrys kehon rakenteiden ja toiminnan vuorovaikutuksessa on tärkeä osa osteopaatin työnkuvaa. Osteopatian filosofiaan kuuluu kokonaisvaltainen käsitys kehosta, huomioiden myös psyykkiset ja sosiaaliset tekijät, jotka vaikuttavat hoidettavan henkilön elämään. Osteopaatin tavoitteena on ymmärtää oireiden ja toimintahäiriöiden taustalla olevat syyt sekä niiden seuraukset huomioiden altistavat ja ylläpitävät tekijät. Hoidon tavoitteena on lievittää oireiden taustalla olevia tekijöitä ja siten edistää kehon normaalin toimintakyvyn palautumista.

Osteopatian koulutus Metropolia Ammattikorkeakoulussa on täysipäiväistä opiskelua neljän vuoden ajan. Suomessa osteopaatti on Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran rekisteröimä nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Opinnäytetyön toteutus ja tulosten pohjalta tehdyt havainnot

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina oli Helsingin Reumayhdistys Ry. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää osteopaattisen hoidon vaikutuksia selkärankareumaatikon fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Opinnäytetyö toteutettiin tapaustutkimuksena ja käytännön osuudet suoritettiin keväällä 2016 Metropolia Ammattikorkeakoulun Positiivihyvinvointipalvelujen tiloissa. Hoitojaksoille osallistui neljä tutkimushenkilöä ja hoitajakso koostui 5 hoitokerrasta. Selkärankareumaatikon kokemuksia hoidosta ja hoidon vaikutuksesta toimintakykyyn selvitettiin ryhmähaastattelun, toimintakykyä mittaavien työkalujen ja hoitojaksojen pohjalta saadun tiedon avulla.

Opinnäytetyön otanta oli pieni, mutta tulosten perusteella osteopaattisella hoidolla voisi olla vaikutusta selkärankareumaatikon toimintakykyyn. Kaikki tutkimushenkilöt kokivat hyötynensä osteopaattisesta hoitajaksosta ja ovat myönteisiä osteopatian käytöstä täydentävänä hoitomuotona selkärankareumaatikon hoidossa. Kaikilla tutkimushenkilöillä toimintakyvyssä tapahtui muutoksia, mutta tuloksia arvioidessa on hyvä ottaa huomioon reumasairaudelle tyypillinen oirekuvan vaihtelevuus, ulkoisten tekijöiden ja mahdollisten lääkemutosten vaikutus yksilön tilaan.

Tutkimushenkilöiden palautteen pohjalta rentoutuminen oli yksi hoitojakson merkittävimmistä vaikutuksista. Suurimman osan kohdalla välitön reaktio hoitoon oli kehon rentoutuminen ja kehon jännittyneisyyden lieventyminen, mutta kaikkien mielestä hoitajakso oli liian lyhyt pitkäaikaisten vaikutusten arvioimisen kannalta. Tutkimushenkilöiden kokemusten mukaan rentoutuminen koetaan hyvin tärkeänä selkärankareuman kannalta, koska sairaudella on taipumus jäykistää kehoa ja esimerkiksi aktiivinen venyttely voi olla vaikeaa jäykistyneiden nivelten takia. Yksi tutkimushenkilöistä kertoi sairauden vaikutuksesta kaikkiin elämän osa-alueisiin ja valintoihin, kuten esimerkiksi ruokavalioon, harrastuksiin ja aikatauluihin. Staattista asentoa vaativa harrastus kuten puutarhan hoito tai kortinpeluun voi olla hankalaa, kun taas jonkin urheilulajin harrastaminen voi onnistua lähes vaikeuksista.

Artikkeli perustuu Laura Marttilan ja Suvi Haapasalon Metropolia Ammattikorkeakoulun osteopatian tutkinto-ohjelmaan kuuluvaan opinnäytetyöhön: Osteopaattisen hoidon vaikutus selkärankareumaatikon toimintakykyyn, joka on julkaistu syksyllä 2016 Theseustietokannassa.

Artikkelin lähdekirjallisuus:

- Chila, Anthony G. 2011. Foundations of osteopathic medicine. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Mercer, Nicholas – Parsons Jon 2006. Osteopathy: Models for Diagnosis, Treatment and Practice. Livingstone, Churchill Elsevier Health sciences.
- Sammut Emanuel — Searle-Barnes Patrick 1998. Osteopathic Diagnosis. London: Stanley Thomas Publishers Ltd.