



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Mirva Alveal, Joose Pusa, Julia Sieppi

Gastroesofageaalinen refluksitauti – Osteopatian mahdollisuudet osana refluksikon hoitoa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Osteopaatti AMK

Osteopatian tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

21.1.2021

Tiivistelmä

Tekijä(t)	Mirva Alveal, Joose Pusa, Julia Sieppi
Otsikko	Gastroesofageaalinen refluksitauti – Osteopatian mahdollisuudet osana refluksikon hoitoa
Sivumäärä	29 sivua + 5 liitettä
Aika	Tammikuu 2021
Tutkinto	Osteopaatti (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Osteopatian tutkinto-ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Osteopatia
Ohjaaja(t)	Yliopettaja Pekka Paalasmaa Lehtori Hannaleena Risku-Kauppila
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä hyötyä osteopaattisesta hoidosta on refluksikolle, mitä lähestymistapoja osteopaattit käyttävät refluksikon osteopaattisessa hoidossa ja kuinka osteopaattit kuvaavat hoidon tehokkuuden osana refluksikon oireiden lievittämistä. Työn tavoitteena on laajentaa osteopaattien, terveydenhuoltoalan ammattilaisten sekä refluksikoiden ymmärrystä osteopaattisen hoidon mahdollisuuksista osana GERD-oireiden lievittämistä.</p> <p>Työn tutkimusmenetelminä toimivat integroiva kirjallisuuskatsaus sekä teemahaastattelu. Haastattelun avulla haluttiin saattaa kuuluviin refluksikoiden parissa työskennelleiden osteopaattien kokemuksellista kliinistä tietoa.</p> <p>Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tulosten keskeisimmiksi teemoiksi nousivat GERD-oireiden lievittyminen ja poistuminen sekä refluksilääkkeiden käytön vähentäminen ja lopettaminen. Osteopaattisten interventioiden hoidon vastaina esiin nousi myös GERD-liitännäisoireiden sekä provosoivien tekijöiden vähentyminen. Aineistossa painottui interventioiden yksilöllisyyden ja kokonaisuuden huomioimisen merkitys tehokkaan hoidon saavuttamiseksi. Opinnäytetyön tuotoksena koottiin refluksikon osteopaattista hoitoa ja hoidon tehokkuutta havainnollistava synteetikaavio.</p> <p>Tulosten yleistettävyyttä heikentää mahdollisesti se, että teemahaastatteluita suoritettiin kaksi, jolloin teemahaastatteluaineiston ei voida nähdä saavuttaneen saturaatiopistettä. Teemahaastattelun sekä integroivan kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysistä nousi esiin yhteneväisiä teemoja ja ulottuvuuksia, jotka ovat linjassa aiemman teorian kanssa. Opinnäytetyön tulosten mukaan osteopatia voidaan niin ikään esittää osana refluksikon parhaan mahdollisen yksilöllisen hoidon kartoittamista sekä konservatiivista hoitoa. Aineiston analyysin ulkopuolelle rajautuneesta materiaalista nousi esiin GERD-oireiden esiintyvyys muiden sairauksien liitännäisenä. Gastroesofageaalisen refluksitaudin tai refluksioireiden esiintyvyyden kartoittaminen muiden sairauksien, kuten uniapnean, liitännäisoireena esitetäänkin mahdollisena jatkotutkimuskohteena.</p>	
Avainsanat	Gastroesofageaalinen refluksitauti, osteopatia

Abstract

Author(s)	Mirva Alveal, Joose Pusa, Julia Sieppi
Title	Gastroesophageal reflux disease – Osteopathy's potential contribution in treatment
Number of Pages	29 pages + 5 appendices
Date	January 2021
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Osteopathy
Specialisation option	Osteopathy
Instructor(s)	Pekka Paalasmaa, Principal Lecturer Hannaleena Risku-Kaupila, Senior Lecturer
<p>The purpose of this Bachelor's thesis was to find out the benefits of osteopathic treatment in gastroesophageal reflux disease (GERD), the used approaches of osteopaths, and how they describe the effectiveness of alleviating the symptoms of gastroesophageal reflux. The aim of this thesis was to widen the understanding of the possibilities in relieving the symptoms of gastroesophageal reflux amongst osteopaths, health care professionals and GERD symptomatics.</p> <p>Data for this study was collected by integrated literature review and thematic interviews. By means of the interviews, the purpose was to let experimental clinical knowledge of osteopaths, who have worked with symptomatics, be heard.</p> <p>The main themes of the data-driven content analysis were the alleviation and elimination of GERD symptoms and the reduction and cessation of the use of reflux medication. Decrease in GERD-related symptoms and provoking factors also emerged in response to osteopathic interventions. The material emphasized the importance of taking individuality and wholeness into account in pursuing the effective treatment. As a result, the outcome of the thesis was a synthesis diagram illustrating the osteopathic treatment of GERD and the effectiveness of the treatment.</p> <p>The generalizability of the results may be weakened by the fact that two thematic interviews were conducted, in which case the material of interviews cannot be seen to have reached the saturation point. However, the analysis of all materials revealed similar themes and dimensions that are in line with the previous theory. The results demonstrated that osteopathy can be engaged in conservative and as part of mapping out the optimum, individualised treatment of reflux disease. The material that was not included in analysis revealed the incidence of GERD symptoms as an adjunct condition to other diseases, such as sleep apnea. Therefore, this is presented as a potential subject of further study.</p>	
Keywords	Gastroesophageal reflux disease, osteopathy

Sisällys

1. Johdanto	1
2. Gastroesofageaalinen reflukstitauti	3
2.1 Refluksitaudin määritelmä, syyt ja hoitosuositukset	3
2.2 Refluksia ehkäisevät rakenteet	5
2.3 Hiatusaukko ja hiatusherniat	5
3. Alueen anatomiaa sekä merkittävät rakenteelliset yhteydet	7
3.1 Ruokatorvi, ruokatorven alempi sulkijalihas sekä pallea-ruokatorviside	7
3.2 Alueen hermotus	9
3.3 Rakenteelliset yhteydet	9
4. Osteopatian toimintamallit	11
5. Opinnäytetyön toteutus	13
5.1 Integroiva kirjallisuuskatsaus	13
5.2 Teemahaastattelu	15
5.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	16
6. Tulokset	17
7. Opinnäytetyön tuotos	24
8. Pohdinta	26
Lähteet	30
Liite 1. Tiedote teemahaastatteluun osallistuvalla	
Liite 2. Suostumus teemahaastatteluun osallistuvalla	
Liite 3. Teemahaastattelurunko	
Liite 4. Näyte aineiston analyysistä	
Liite 5. Osteopaattisen hoidon vaikutukset refluksikon oirekuvaan ja elämänlaatuun	

1. Johdanto

Nimitystä gastroesofageaalinen refluksi käytetään fysiologisesta tapahtumasta, jossa mahalaukun sisältöä virtaa takaisin ruokatorveen. Tapahtumalle asetetaan taudinmäärittelmä takaisinvirtauksen aiheuttaessa kudosisvaurioita ja haittaavia oireita. (Färkkilä & Heikkinen & Isoniemi & Puolakkainen 2018: 174.) Tässä työssä gastroesofageaalista refluksitautia (GERD/GORD) sairastavasta sekä refluksioireisesta henkilöstä käytetään nimitystä refluksikko.

Aikuisista kolmanneksella esiintyy ruokatorven refluksitaudin (GERD) oireita ja taudin ilmaantuvuus vuosittain on 5:1000. Yleisesti refluksitauti ei lyhennä elinikää, mutta GERD-potilailla on todettu olevan huonompi elämänlaatu, enemmän sairauksia sekä sairautslomia ja heidän työn tuottavuus on huonontunut. Erityisesti yölliset refluksioireet heikentävät elämänlaatua merkittävästi. (Voutilainen 2014: 801.) Nykyisellään Käypä hoito -suositukset pitävät sisällään lääkkeettömien hoitomuotojen lisäksi tarvittaessa lääke- ja leikkaushoitoa (Ylävatsavaivaisen potilaan tutkiminen ja hoito, Käypä hoito -suositus 2019). Protonipumpun estäjät (PPI) ovat turvallisia ja tehokkaita lääkkeitä refluksitaudin hoidossa, ja niihin käytetään toiseksi eniten rahaa statiinien jälkeen. Turhat PPI-hoidot aiheuttavat merkittäviä kustannuksia. Oireet uusiutuvat usein lääkehoidon jälkeen. Refluskitauti on usein krooninen sairaus ja monilla potilailla esiintyy oireita 10-20:n vuoden kuluttua diagnoosista. (Voutilainen 2014: 801.)

Osteopatian periaatteiden mukaan keho on kokonaisuus, keholla on omia säätely- ja parantumismekanismejä sekä rakenne ja toiminta ovat vastavuoroisessa suhteessa toisiinsa. Osteopaatit analysoivat ja arvioivat kehon rakenteellisia ja toiminnallisia häiriöitä ja käyttävät osteopaattista, lääketieteellistä ja tieteellistä tietämystä soveltaakseen osteopatian periaatteiden mukaisia toimintamalleja kliinisessä päättelyssä sekä yksilöllisessä hoidossa. (CEN 2016: 6–7.)

Osteopaattisen hoidon tehokkuudesta aikuisten gastroesofageaalisen refluksitaudin hoidossa on julkaistu tutkimusartikkeleita, mutta ei järjestelmällisiä katsauksia. Tähän mennessä osteopatian alan, refluksiin liittyvät opinnäytetyöt ovat käsitelleet vauvaikäisten ja lasten refluksia. Näiden asetelmien valossa, sekä ottaen huomioon, että kolmanneksella aikuisväestöstä on joitain refluksitaudin oireita, on perusteltua rajata aihe keskittymään aikuisväestöön. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää osteopatian mahdollisuuksia

osana refluksikon hoitoa. Työn tavoitteena on laajentaa osteopaattien, terveydenhuoltoalan ammattilaisten sekä refluksikoiden ymmärrystä osteopaattisen hoidon mahdollisuuksista osana GERD-oireiden lievittämistä.

Opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelminä käytetään integroivaa kirjallisuuskatsausta sekä teemahaastattelua. Teemahaastattelu on suunnattu osteopaateille, joilla on kokemusta refluksikoiden kanssa työskentelystä ja aineiston on tarkoitus täydentää tutkimustietoa sekä osteopaattista kirjallisuutta kokemuksellisella, kliinisellä tiedolla. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat: Mitä hyötyä osteopaattisesta hoidosta on refluksikolle? Mitä lähestymistapoja osteopaatit käyttävät refluksikon osteopaattisessa hoidossa? Kuinka osteopaatit kuvaavat osteopaattisen hoidon tehokkuuden osana refluksikon oireiden lievittämistä? Tässä työssä osteopaattisen hoidon tehokkuudella tarkoitetaan tutkimuksista poimittuja muuttujia, kuten saavutettua muutosta asiakkaan tilassa. Näitä ovat esimerkiksi GERD-oireiden väheneminen lyhyellä tai pitkällä aikavälillä sekä lääkkeellisen hoidon tarpeen muutokset.

Työssä avataan gastroesofageaalisen refluksin ja GERD-oireiden taustalla olevia syitä, ilmiön tarkempaa määritelmää sekä nykyisiä hoitosuosituksia. Lisäksi kuvataan laajemmin refluksitaudin keskiössä olevien anatomisten rakenteiden sekä yhteyksien ja hermoston merkitystä. Opinnäytetyöhön on koottu tiiviisti aihepiiristä tehtyjä tutkimustuloksia, osteopaattisessa kirjallisuudessa esiintyvää tietoa sekä osteopaattien kliinistä kokemusperäistä tietoa. Työn tuotoksena toimiva synteesikaavio havainnollistaa aineistolähtöisen sisällönanalyysin tuloksia, sekä niiden keskinäisiä merkityssuhteita. Opinnäytetyön sekä sen tuotoksen tavoitteena on havainnollistaa osteopatian mahdollisuuksia refluksikon hoidossa ja siten hyödyttää osteopaatteja, alan opiskelijoita, refluksikkoja sekä muita terveydenhuollon alan ammattilaisia hoidon suunnittelussa parhaan mahdollisen hoitovasteen saavuttamiseksi.

2. Gastroesofageaalinen refluksitauti

2.1 Refluksitaudin määritelmä, syyt ja hoitosuositukset

Montrealin määritelmän, 'The global definition of gastro-oesophageal reflux disease, GORD', mukaan gastroesofageaalinen refluksitauti on tila, jossa normaali fysiologinen tapahtuma aiheuttaa kudonvaurioita tai haittaavia oireita (Schneider 2007: 19). Refluksitaudin perussyynä on ruokatorven limakalvon poikkeava altistuminen mahalaukun sisällölle, mutta vain osalla todetaan refluksaatin aiheuttamia limakalvovaurioita ja sen mahdollisia komplikaatioita, jotka ovat objektiivinen osoitus patologisesta refluksista (Färkkilä ym. 2018: 174,179). Ruokatorven puolustusmekanismien heikentynyt toiminta pidentää hapokkaan refluksaatin ja ruokatorven solujen kontaktiaikaa altistaen kudoksen vauriolle. Ruokatorven tärkeitä puolustusmekanismeja ovat muun muassa peristalttinen liike, limakalvo sekä bikarbonaattipitoisuus. (Hershovici & Fass 2012: 181.) Refluksin kliiniset oireet ovat heterogeenisiä. Refluksin tyypilliset oireet ovat närästys ja käänteisvirtaus, röyhtäily, pahoinvointi, rintakipu, nielemisvaikeus sekä regurgitaatio, mahansisällön nouseminen suuhun tai kurkkuun ilman ponnistelua. (Färkkilä ym. 2018: 174,179.)

Ruokatorven (*oesophagus, esophagus*) limakalvon altistumisen syy on monitekijäinen. Se voi johtua poikkeavan suuresta refluksiepisodeiden määrästä, pitkittyneestä altistumisesta mahalaukun sisällölle, limakalvon eheyden tai resistenssin heikentymisestä tai hypersensitiivisyydestä. Refluksitautiin liitetään usein myös ruokatorven ulkopuolisia oireita, kuten yskää ja laryngiittia. Merkittävällä osalla refluksitauti on krooninen. (Färkkilä ym. 2018: 174–175.) Tärkein refluksia aiheuttava tekijä on ruokatorven alasukkijan (*lower esophageal sphincter, LES*) hetkellinen nielemiseen liittymätön avautuminen (*transient lower esophageal sphincter relaxation, TLESR*), jonka laukaisee proksimaalisen mahalaukun venytys ja jonka tehtävänä on poistaa mahalaukkuun nielemisen yhteydessä tullut ilma. Muita tekijöitä ovat ruokatorvi-mahalaukkurajan (*gastroesophageal junction, GEJ*) toiminnan häiriintyminen poikkeavan anatomisen rakenteen takia, alentunut ruokatorven alasukkijan tonus ja/tai alasukkijan nielemiseen liittymätön relaksaatio. Toiminnalliset mekanismit voivat toimia itsenäisesti tai samanaikaisesti anatomisten poikkeavuuksien kanssa ja eri mekanismien suhteellinen merkitys vaihtelee eri potilailla. (Färkkilä ym. 2018: 175–177.)

GERD voi ilmetä missä iässä tahansa, mutta refluksitaudin ilmaantuvuus kasvaa iän myötä. Refluksitautiin sairastumisen riskiin vaikuttavat elämäntavat, ympäristötekijät ja

perimä. Itsenäisiä riskitekijöitä ovat ylipaino ja lihavuus. (Färkkilä ym. 2018: 174; Rubin & Reisner 2019: 354.) Refluksitauti voi olla ei-erosiivinen, erosiivinen tai yhteydessä Barretin ruokatorveen (Rubin & Reisner 2019: 354). Färkkilän ym. (2018) mukaan refluksitauti on yhtä yleinen miehillä ja naisilla, mutta erosiivinen esofagiitti ja Barretin ruokatorvi ovat miehillä yleisempiä (Färkkilä ym. 2018: 202). Vastikään julkaistussa tutkimuksessa ilmenee, että globaalisti katsottuna naisilla on kohonnut riski sairastua refluksitautiin sekä taudin esiintyvyys on heillä suurempi (Nirwan & Hasan & Badar & Conway & Ghori 2020).

Barretin ruokatorvessa distaalisen ruokatorven levyepiteeli on korvautunut metaplastisella lieriöepiteelillä, joka muistuttaa endoskopiassa väriltään mahalaukun limakalvoa (Färkkilä ym. 2018: 202). Se on usein seurausta kroonisesta refluksitaudista ja ylettyy ruokatorven alakolmanneksen alueelle, joskus jopa ylemmäs, jolloin riski ruokatorven syövälle kasvaa. Riskiin vaikuttaa myös kudosuutoksen aste. (Rubin & Reisner 2019: 354.) Myös useasti toistuvat ja pitkittyneet GERD-oireet, erityisesti yöaikaiset, ovat suuri riski ruokatorven syövän kehittymiselle (Greenberg & Blumberg & Burakoff 2009: 143). Suurimmalla osalla refluksikoista tähystyslöydös on normaali, jolloin kyseessä on ei-erosiivinen refluksitauti, joka luokitellaan pH-mittauksella refluksitautiin, toiminnalliseen närästyksen ja refluksiherkkyyteen. Ruokatorven histologisia muutoksia refluksitaudissa ovat papillojen pidentyminen, basaalisolujen hyperplasia, soluvälitilojen leventyminen ja eosinofiilien lisääntyminen sekä neutrofiilien ja monosyyttien solujen infiltraatio. Näitä muutoksia on kahdella kolmesta ei-erosiivisessä refluksitaudissa, mutta myös 15 % henkilöistä, joilla ei ole refluksitautia. (Färkkilä ym. 2018: 180–181.)

Käypä hoito –suosituksen mukaan refluksitaudin hoitoon ohjeistetaan tapauskohtaisesti lääkkeettömiä hoitoja, joita ovat esimerkiksi painon pudottaminen, tupakoinnin lopettaminen, vatsaa kiristävien vaatteiden välttäminen, sängyn pääpuolen kohottaminen, pienten aterioiden syöminen sekä ärsyttävien ruokien, kuten sitrushedelmien, kahvin, suklaan, alkoholijuomien ja rasvaisen ruoan välttäminen. Myös refluksille altistavia lääkkeitä kuten kalsiumsalpaajia tulisi välttää. Lääkehoidolla tavoitellaan mahalaukun happamuuden vähentämistä joko sitä neutraloimalla tai estämällä sen eritystä. Tilanteissa, joissa konservatiivisen hoidon vaste on riittämätön tai aiheutuu komplikaatioita kuten ahtaumia, haavaumia, ekstraesofageaalisia manifestaatioita (astma, kiillevauriot, äänen käheys, toistuvat keuhkoputkitulehdukset), päädytään leikkaushoitoon. Leikkaushoidon vaikutusmekanismiin arvioidaan perustuvan palleatyrän korjaantumiseen, vatsaontelonpuoleisen ruokatorven osan pituuden palauttamiseen, alasulkijan paineen nousuun sekä ruokatorven mekaaniseen puristukseen. (Ylävatsavaivaisen potilaan tutkiminen ja hoito, Käypä hoito -suositus 2019.)

2.2 Refluksia ehkäisevät rakenteet

Esofagogastrisen liitoksen, ruokatorvi-mahalaukkurajan, perusrakenteet ovat ruokatorven alasulkija, pallealihäs (*diaphragma*) sekä pallea-ruokatorviside (*lig. phrenicoesophagealis, phrenoesophageal ligament*). Esofagogastrisen liitoksen kohdalla, ruokatorven distaaliosassa, on 3–4 cm pitkä korkeapaineinen alue, joka on normaalisti sulkeutuneena. Alasulkijan paine, normaalisti 10–30 mmHg, on yksi refluksia ehkäisevä tekijä. Ponnistelu provosoi refluksia alasulkijan paineen ollessa alle 10 mmHg ja 0–4 mmHg paineessa ilmaantuu spontaania refluksia. Intra-abdominaalisen paineen nousu lisää ruokatorven distaalisimpaan osaan kohdistuvaa painetta ja ehkäisee siten osaltaan refluksia. Pallealihaksen muodostama anatominen rakenne on tärkeä tekijä paineen ylläpidossa. (Färkkilä ym. 2018: 176–177.)

Muita refluksia ehkäiseviä tekijöitä ovat mahansuun ja distaalisen ruokatorven muodostama terävä Hisin kulma sekä happotasku, joka tarkoittaa hapon kerääntymistä mahalaukun proksimaaliosaan esofagogastrisen liitoksen distaalipuolella. Happotasku muodostuu aterian nauttimisen jälkeen erittyneestä haposta ruokasulan oraalipuolelle ja sen pH on matalampi, kuin muun mahalaukun. (Färkkilä ym. 2018: 176–177.)

2.3 Hiatusaukko ja hiatusherniat

Ruokatorvi kulkee pallean lihaslenkkien (*crus sinistrum ja crus dextrum*) muodostaman hiatusaukon läpi, jonka koko ei ole vakio. Hiatusaukon halkaisija pienenee intra-abdominaalisen paineen noustessa. Ruokatorvihatius on noin 2 cm pitkä ja normaalitilanteessa ruokatorvea ulottuu vähintään 2 cm vatsaontelon puolelle, muodostaen jyrkän Hisin kulman mahalaukun kardian kanssa, estäen refluksia vatsaontelon paineen lisääntyessä. (Färkkilä ym. 2018: 170–171.)

Hiatushernia on tila, jossa mahalaukun osa luisuu pallean ruokatorvihatiuksen läpi ja näiden katsotaan tavallisesti olevan hankittuja, johtuen kudosten löystymisestä ajan myötä. Hiatushernia on tavallisempi naisilla kuin miehillä ja yli 70-vuotiaista hiatusherniaa esiintyy lähes 70 %:lla. Yleisyyden syytä ei tiedetä varmasti, mutta vähäkuituisen länsimaisen ruokavalion aiheuttama ummetus sekä ylipaino ovat altistavina tekijöinä. Tavallisin, tyyppin 1 hiatushernia on liukutyrä, jossa gastroesophageaalinen liitos luisuu ylöspäin rintaonteloon laajentuneen hiatusaukon läpi. Nämä kattavat 95 % kaikista hiatushernioista ja suurin osa näistä on itsessään oireettomia. Refluksitaudille altistavan tekijän liukutyrästä tekee se, että Hisin kulman aikaansaama läppäsystemi ei enää toimi refluksin estäjänä. Lisäksi distaalisen ruokatorven tyhjenevyys huononee sen myötä.

(Färkkilä ym. 2018: 170–171.) Ruokatorven vierelle luisunut mahalaukku myös kompressoitua ruokatorvea (Rubin & Reisner 2019: 353).

Tyyppin 2 hiatushernia on paraesofageaalinen tyrä (*PEH*), jossa gastroesofageaalinen liitos pysyy omalla paikallaan, mutta mahalaukku luisuu suurentuneesta hiatusaukosta rintaontelon puolelle ruokatorven viereen. Tämän tilan harvinaisuudesta johtuen on esitetty, ettei sitä esiintyisi lainkaan. (Färkkilä ym. 2018: 170–171.) Tavallisin paraesofageaalisen hiatushernian muoto on tyyppiä 3. Siinä hiatusaukko on suurentunut, jolloin gastroesofageaalinen liitos ja mahalaukku luisuu rintaonteloon. Jätti-hiatusherniasta puhutaan, kun yli kolmasosa mahalaukusta luisuu rintaontelon puolelle. Tyypillä 3 on myös erikoistapaus, tyyppi 4, jossa mahalaukun lisäksi muita elimiä, kuten paksu- ja ohutsuoli, perna ja joskus haimakin, liukuvat rintaontelon puolelle. Paraesofageaaliset herniat kasvavat ajan myötä ja osalla koko mahalaukku päätyy rintaontelon puolelle. (Färkkilä ym. 2018: 170–171.) Hiatusherniat eivät yleensä vaadi kirurgista toimenpidettä, vaan hoidetaan lääkityksellä. Kasvava paraesofageaalinen hiatushernia tulisi kuitenkin korjata kirurgisella toimenpiteellä, vaikkakin se olisi oireeton. (Rubin & Reisner 2019: 354.)

3. Alueen anatomiaa sekä merkittävät rakenteelliset yhteydet

Osteopatian periaatteiden mukaan keho on kokonaisuus sekä rakenne ja toiminta ovat vastavuoroisessa suhteessa. Tässä luvussa kuvataan tarkemmin refluksitaudin patofysiologiaan ja patoanatomiaan liittyviä tärkeimpiä anatomisia rakenteita, niiden yhteyksiä sekä hermostollisia tekijöitä.

3.1 Ruokatorvi, ruokatorven alempi sulkijalihas sekä pallea-ruokatorviside

Nielun ja mahalaukun yhdistävä ruokatorvi lähtee kallonpohjasta, kulkien kilpiruston takaa kohti ylempää välikarsinaa, T1-T4 nikamien ja vasemman pääkeuhkoputken väliin. Se koukkaa alempaan välikarsinaan aortan kaaren, perikardiumin ja sydämen vasemman eteisen takaa. Tämän jälkeen ruokatorvi laskee aortan etupuolelta kohti palleaa, jonka se lävistää T10 nikaman kohdalla. Ruokatorven sisäpinta koostuu kerrostuneesta levyepiteelistä (*tunica submucosa*), joka suojaa alueen rakenteita paremmin kuin yhdenkertainen levyepiteeli. Ruokatorvi jaetaan kolmeen osaan, ylempään (*pars cervicalis*), keskimmäiseen (*pars thoracica*) ja alempaan (*pars abdominalis*). Ylempi osa koostuu poikkijuovaisesta lihaskudoksesta, alempi sileälihaskudoksesta ja keskimäinen osa näiden kahden lihassolukerroksen yhdistelmästä. Pitkittäisten-, rengasmaisten ja vinojen lihassolusäikeiden järjestäytymisestä johtuen ruokatorvi pystyy samanaikaisesti sekä lyhentymään, että supistumaan. (Moore & Dalley & Agur 2010: 166, 168, 1038; Sand & Sjaastad & Haug & Bjälle 2011: 396; Schuenke & Schulte & Schumacher 2007: 70, 73; Helmoortel & Hirth & Wuhrl 2010: 198.)

Ruokatorven alasulkija (*sphincter oesophagi inferior, LES*) on rengasmaisen lihas, joka jakaa ruokatorven ja mahalaukun yhtymäkohdan omiksi toiminnallisiksi osikseen. Alasulkijalla on lepotonus, joka on vierekkäisiä rakenteita korkeampi. (Richter 2013: 122.) Esofagogastrisen liitoksen kohdalla, ruokatorven distaaliosassa, on 3–4 cm pitkä korkeapaineinen alue, joka on normaalisti sulkeutuneena. Alasulkijan yläosa sijaitsee normaalisti pallealihaksen yläpuolella ja distaalisin osa intra-abdominaalisesti. (Färkkilä ym. 2018: 176). Tämä alue toimii antirefluksiivisena rajoittavana rakenteena ruokatorven negatiivisen rintaontelon paineen ja vatsalaukun positiivisen vatsaontelon paineen välillä. Tiedetään, että tämä korkeapaineinen alue muodostuu sisemmästä ja ulommasta sulkijalihasosasta. LES mielletään osaksi kompleksisempää rakenteellista kokonaisuutta, jota kutsutaan pallea-ruokatorviliitokseksi tai mahansuuksi (*GEJ*). GEJ sisältää pallean

ja ruokatorven yhdyskohdan sekä pallean aukon (*hiatus oesophageus*), josta ruokatorvi kulkee läpi. (Richter 2013: 122, Diniz ym. 2013: 181.)

Ruokatorven alaosaa lähestyttäessä sisempi lihaskerros paksuuntuu asteittain kahdesta neljään millimetriin kohti mahalaukun yhtymäkohtaa. Ruokatorven loppupään lihaskudoksen uudelleenjärjestäytyminen muodostaa pohjan sisemmälle sulkijalihakselle. Tämä sulkija muodostuu kahdenlaisista lihastyypeistä: puoliympyrän muotoisista ruokatorven distaalista päätä ympäröivistä lihassäikeistä ja vinoista, vatsalaukun yläosaa antero-posteriorisesti peittävästä lihassäikeistä. Lihasten rakenteellinen yhdistyminen täydentää sisempää sulkijalihasta. Lihasseinämän paksuuntuminen ylittää 3–4 cm ruokatorven ja mahalaukun yhtymäkohdan yläpuolelle sekä 1–2 cm sen alapuolelle, mahalaukun seinään. (Richter 2013: 122–123.)

Pallea-ruokatorvisiteellä on ylempi ja alempi lehti. Alempi on jatkumoa pallean alapuolisesta endoabdominaalisesta faskiasta ja kulkee kaudaalisesti liittyen ruokatorven seinän sidekudoskerrokseen Hisin kulman yläpuolella. Se on usein diffuusi kiinnitykseltään, kiinnittyen yleensä epithelial junctionin kohdalle tai sen alapuolelle, joissain tapauksissa mahalaukun pohjukkaan. Pallea-ruokatorvisiteen alempi osa on rakenteeltaan yläosaa löyhempi, eikä sillä ole merkittävää roolia paine-erojen säätelyssä. Paksu, ylempi pallea-ruokatorvisiteen lehti nousee pallean endothorakaalisesta faskiakerroksesta ja etenee kraniaalisesti liittyen lujasti kollageenisäikeillä ruokatorven submucosaan 2–3 cm pallean muodostaman aukon yläpuolella. Tämä vahva fibroelastinen ligamentti rajoittaa ruokatorven siirtymistä rintaontelon puolelle ja saattaa sen takaisin paikoilleen minimoiden sulkijalihaksen sisemmän osan liiallista supistumista. Ikääntymisen myötä ilmenevä ligamentin väljyys kiihdyttää hernian muodostumista. Siitä huolimatta, että se muodostaa löysän kauluksen sisemmän sulkijalihaskerroksen ympärille mahdollistaen liikkeen suhteessa palleaan, se ei osallistu sulkijalihaksen paineistukseen. (Richter 2013: 123; Bombeck & Dillard & Nyhus 1966: 644–645, 647; Stecco 2015: 167.)

Ruokatorvea ja mahalaukua yhdistävän kokonaisuuden erisuuntaiset lihassäikeet ovat monella tapaa toiminnaltaan erilaisia vaikuttaen näin leptonukseen, hermostollisten viestien- sekä potentiaalisesti myös eri lääkeaineiden vasteeseen. Pääosin ruokatorven alueella sijaitsevilla lihassäikeillä on merkittävä spontaani tonus, kun taas mahalaukun yläosan alueen lihassäikeiden tonus on vähäisempi verraten muihin lihassäikeisiin, sekä reaktiivisempi hermostolliseen kolinergiseen stimulaatioon. (Richter 2013: 123–124.)

3.2 Alueen hermotus

Ruokatorven yläkolmannes saa hermotuksensa kiertäjähermon (*n. vagus*) plexus pharyngealiksensa kautta. Ruokatorven runko on kiertäjähermon autonomisten hermokimppujen ja sympatikusrungon haarojen ympäröimä. Yläosan preganglionaarinen parasympaattinen hermotus saa lähtönsä kiertäjähermon nucleus ambiguus -tumakkeesta. (Chila 2011: 146–147.) Kiertäjähermon oikea ja vasen haara muodostavat plexus oesophageuksen ruokatorven alaosan ympärille (Moore ym. 2010: 231). Sympaattinen hermotus (T6-T10) vaikuttaa vähän alemman sulkijalihaksen supistumiseen ja rentoutumiseen. Nämä sympaattiset hermot ovat pääasiassa nosiseptiivisiä afferentteja hermosoluja, mutta voivat myös toimia muuntajina vagus-hermon tuottamalle relaksaatioviestille. Sulkijalihaksen estävä ja kiihottava hermotus tulee vagus-hermolta. Vaguksen preganglionaariset säikeet hermottavat sulkijalihaksen sileää lihaskudosta postganglionaaristen hermojen kautta. (Richter 2013: 123–124, Diniz ym. 2014: 181.)

Ruokatorven alemman sulkijan tonusta säätelee hermostolliset, hormonaaliset ja parakriiniset tekijät. Myenteerisen hermopunoksen eksitatorisia neuroneja säätelee asetyliinikoliini sekä substanssi p, inhibitorisia vasoaktiivinen intestinaalinen peptidi ja typpioksididi. Ruokailu ja ruoka-aineiden kemiallinen- sekä kalorikoostumus vaikuttavat neurohormonaalisten tekijöiden toimintaan. (Newberry & Lynch 2019: 1595.)

3.3 Rakenteelliset yhteydet

Ruokatorvi, pallea-ruokatorviside ja alempi ruokatorven sulkijalihas muodostavat anatomisia yhteyksiä viskeraalisten- sekä lihasfaskioiden välityksellä. Rintalastan alueella faskia intercostalis liittyy periosteumiin ja yhdistyy pleura parietaliseen muodostaen endothorakaalisen faskian. Endothorakaalinen faskia muodostaa rintaontelon uloimman lehden, joka koostuu kolmesta kerroksesta. Uloin ohut löyhä sidekudoskerros muodostaa todennäköisesti yhteyden kylkivälilihasten faskiaan. Keskimäinen fibroelastinen kerros on varsinainen endothorakaalinen faskia ja sisin kerros muodostaa pleura parietaliksensa. Faskia intercostaliksella on yhteys myös poikittaisen vatsalihaksen lihaskalvoihin ja rektustuppeen. (Stecco 2015: 167.) Distaalisesti endothorakaalinen faskia yhdistyy pallean faskiaan ruokatorven alemman sulkijalihaksen alueella (*hiatus oesophagealis*) muodostaen pallea-ruokatorvisiteen ylemmän lehden. Proksimaalisesti endothorakaalinen faskia muodostaa pleuran yläkalvon (*Sibsons fascia*), jolla on sidekudosyhteydet scalenuslihaksiin, kieliluulihaksiin ja cervikaalisen faskian kautta kaularangan nikamarunkoihin, välilevyihin ja C7 poikkihaarakeisiin. Endothorakaalinen faskia muodostaa

yhteyksiä myös poikittaiseen rintalihakseen, kylkiluiden ja sternumin periosteumiin, vatsan alueen faskia transversalikseen sekä phrenopericardialiseen kalvoon. Alueen viskeeraalisilla ja lihasfaskiaalisilla yhteyksillä on merkittävä toiminnallinen ulottuvuus. Keuhkojen laajentuessa sisäänhengityksessä, hengityslihakset supistuvat, jolloin pleura parietalis seuraa rintakehän liikkeitä. (Stecco 2015: 167; Chila 2011: 537.)

4. Osteopatian toimintamallit

Osteopaattisen hoidon lähtökohtana on yksilön somaattisten sekä psykososiaalisten tekijöiden huomioiminen tuettaessa kehon itseparanemismekanismeja (Lederman 2005: 9). Refluksikon yksilöllinen osteopaattinen hoito sekä paras mahdollinen hoitovaste saavutetaan soveltamalla osteopatian toimintamalleja sekä periaatteita refluksitaudin etiologia huomioiden (Seffinger ym. 2018: 10; Seffinger & Amirianfar & Kuchera & Jerome 2018: 494–497).

Kehon rakenteen ja toiminnan väliseen suhteeseen liittyviä osteopaattisia toimintamalleja on viisi: biomekaaninen-, hengitykseen ja nestekiertoön liittyvä-, neurologinen-, biopsykososiaalinen- sekä bioenerginen toimintamalli. Nämä mallit ohjaavat osteopaattisen diagnoosin tekemisessä sekä hoidon toteutuksessa ja niitä käytetään yleensä yhdistelmänä muodostamaan viitekehys toimintahäiriön merkittävyyden tulkitsemiseksi objektiivisen ja subjektiivisen kliinisen tiedon avulla. (CEN 2016.)

Biomekaanisessa toimintamallissa kehoa tarkastellaan yhdistelmänä somaattisia osatekijöitä, jotka vaikuttavat kehon asentoon ja tasapainoon. Jännitystilat ja tasapainohäiriöt vaikuttavat kehon toimintakykyyn, energiankulutukseen, asentotuntoaistiin, nivelten kulumiseen, neurovaskulaariseen toimintaan sekä aineenvaihduntaan. Toimintamallia sovelletaan terapeuttisissa lähestymistavoissa, kuten manipulatiiviset osteopatian hoitotekniikat, joissa huomioidaan kehon optimaalisen asennon ja tasapainon palauttaminen ja lihasten ja luuston tehokas toiminta. (CEN 2016.)

Hengitys–nestekierto malli perustuu solunsisäisten ja -ulkoisten prosessien toimintaan sekä hapen, ravinteiden ja solujätteiden esteettömään kulkuun. Malli selittää myofaskaalisten ja segmenttärysten somaattisten dysfunktioiden sekä osteopaattisen hoidon vaikutukset hengitykseen ja nestekiertoön. Mallin keskeisiä anatomisia rakenteita ovat muun muassa hengitykseen sekä veren- ja lymfakiertoön liittyvät kehon diaphragmat. (Meyer & Standen 2018: 291.)

Neurologisessa toimintamallissa keskeistä on keskushermoston, perifeerisen- sekä autonomisen hermoston rakenteen ja toiminnan ymmärtäminen. Mallin soveltamisessa huomioidaan muun muassa nosiseption, afferentin palautteen sekä autonomisen hermoston, neuroendokriinisen ja proprioseptiivisen toiminnan vaikutukset kliinisessä päätelyssä ja osteopaattisessa hoidossa. (Meyer & Standen 2018: 290.)

Biopsykososiaalisessa toimintamallissa pyritään tunnistamaan oirekuvan taustalla olevien somaattisten tekijöiden lisäksi psykososiaalisia ulottuvuuksia, kuten sosioekonomisten, kulttuuristen ja psyykkisten osa-alueiden vaikutus henkilön terveyteen. (CEN 2016.)

Bioenerginen toimintamalli ottaa huomioon kehon tarpeen pitää energian tuotanto, -siirto ja -kulutus tasapainossa. Tasapainon ylläpitäminen auttaa kehoa adaptoitumaan muun muassa erilaisiin immunologisiin ja psykologisiin stressitekijöihin. (CEN 2016.)

5. Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön tutkimusmenetelminä ovat integroiva kirjallisuuskatsaus sekä teema-haastattelu, joiden avulla etsittiin vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Aineiston keruun jälkeen molempien aineistojen osalta toteutettiin aineistolähtöinen sisällyönanalyysi yhteneväisin analyysikysymyksin.

5.1 Integroiva kirjallisuuskatsaus

Integroiva kirjallisuuskatsaus tarjoaa systemaattiseen katsaukseen verrattuna laajemman kuvan aihetta käsittelevästä kirjallisuudesta sekä tutkimuksesta (Evans 2008: 137). Integroiva kirjallisuuskatsaus sallii erilaisin metodologisin lähtökohdin tehdyt tutkimukset analyysin pohjaksi. Integroivassa katsauksessa teoreettista ja empiiristä tietoa tai vain eri menetelmin saavutettua empiiristä tutkimustietoa voidaan yhdistää ilmiön kuvaamiseksi. (Whittemore 2008: 149.)

Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin aihepiiristä käytyä teoreettista keskustelua sekä tutkimustuloksia. Katsauksen avulla koottiin tietoa gastroesofageaalisen refluksitaudin hoitokäytänteistä ja aiemmin tehdystä tieteellisestä tutkimuksesta sekä manuaalisen terapian ja osteopaattisen hoidon tehokkuudesta refluksitaudin hoidossa. Kirjallisuuskatsauksen avulla pyrittiin rakentamaan käsitystä tarkastelun alaisena olevasta aiheesta ja siihen aiemmin keskittyneen tutkimuksen tuloksista sekä vastaamaan seuraaviin opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin: Mitä hyötyä osteopaattisesta hoidosta on refluksikolle? sekä Mitä lähestymistapoja osteopaatit käyttävät refluksikon osteopaattisessa hoidossa?

Tutkimusten hakuun käytettiin Science direct, Pubmed, Google Scholar, Jaoa, Metcat finna sekä Wiley online library -hakukantoja. Google Scholar -tietokannan kautta hakusanoilla 'gastroesophageal reflux disease' ja 'osteopathic manual therapy' suoritettua haun avulla löytyivät kaikki integroivaan kirjallisuuskatsaukseen sisällytyt tutkimusartikkelit. Julkaisuvuodet rajattiin 2010–2020 välille. Haku tuotti 1670 tulosta. Hakua täsmennettiin käyttämällä Google Scholar –hakukoneen automaattista, hakusanojen osuvuuden perusteella lajittelevaa toimintoa, jonka tuloksena jäljelle jäi 613 tutkimusta. Jäljelle jääneet artikkelit käytiin läpi manuaalisesti ja tutkimusten valinnassa käytettiin kriteereinä aikuisväestöön kohdistuvia, gastroesofageaalisen refluksitaudin osteopaattisen hoidon tehokkuuteen liittyviä englanninkielisiä tutkimuksia. Aineistoon päätyivät mukaan artikkelit, joista oli saatavilla koko teksti ja pois rajattiin suppeat yhden henkilön otannan tapaus tutkimukset. Tutkimuksista rajattiin pois myös ne tutkimukset, joissa GERD ilmeni toisen sairauden yhteydessä tai osana sen oirekuvaa. Suoritettujen rajausten jälkeen

lopulliseen opinnäytetyöprosessiin valikoitui kuusi tutkimusartikkelia. (Stolt 2015: 58, Stolt 2016: 28–30.) Tutkimusten tyyppi ja tavoitteet on listattu taulukkomuotoon (Taulukko 1.).

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsaukseen sisällytetyt tutkimusartikkelit

Aineisto	Tyyppi	Tavoite
Bjørnæs, Kjell E ym. 2016. Does Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) have an Effect in the Treatment of Patients Suffering From Gastro Esophageal Reflux Disease (GERD)? <i>International Journal of Clinical Pharmacology & Pharmacotherapy</i> . 2016, 1:116.	Yksikeskus interventiotutkimus	Kuvata OMT-tekniikoita ja selvittää niiden vaikutuksia gastroesofageaaliseen refluksitautiin.
Bjørnæs, Kjell E ym. 2017. The effect of osteopathic manipulation therapy (OMT) in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD). <i>International journal of clinical pharmacology & pharmacotherapy</i> . Issue 2: 132	Satunnaistettu kaksoisokkoutettu monikeskustutkimus	Arvioida OMT:n vaikutusta gastroesofageaaliseen refluksitautiin verrattuna plaseboon.
Bjørnæs, Kjell E ym. 2019. Osteopathic manual therapy (OMT) in treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD).	Satunnaistettu kolmeosainen (RSP) monikeskustutkimus	Määrittää MED-arvo (minimum efficacy dose) ja OMT:n pitkäaikaisvaikutukset GERD:in hoidossa.
Da Silva ym. 2013. Increase of lower esophageal sphincter pressure after osteopathic intervention on the diaphragm in patients with gastroesophageal reflux. <i>Diseases of the Esophagus</i> (2013). 26, 451–456.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Mitata ruokatorven alasulkijan (LES) painearvon muutosta ruokatorven manometrialla, ennen- ja välittömästi pallean kohdistuvan osteopaattisen intervention jälkeen.
Eguaras, Nuria ym. 2019. Effects of Osteopathic Visceral Treatment in Patients with Gastroesophageal Reflux: A Randomized Controlled Trial. <i>Journal of Clinical Medicine</i> . 2019, 8(10), 1738.	Satunnaistettu kaksoisokkoutettu interventiotutkimus	Arvioida osteopaattisen viskeraalisen hoidon vaikutuksia GERD –oireisiin.
MartínezHurtado ym. 2019. Effects of diaphragmatic myofascial release on gastroesophageal reflux disease: a preliminary randomized controlled trial. <i>Scientific reports</i> 9, 7273 (2019).	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	Tutkia MFR –protokollan vaikutuksia oireisiin, elämänlaatuun sekä PPI-lääkkeiden käyttöön ei-erosiivisessa refluksitaidissa.

Osteopaattisen ammattikirjallisuuden hankinta toteutettiin manuaalisesti Metropolia AMK:n kirjastosta. Aihetta gastroesofageaalinen refluksitauti, käsitellään sellaisenaan suppeasti alan kirjallisuudessa. Analyysiin valikoitui viisi viskeraalista hoitoa käsittelevää osteopaattista teosta, joiden tekijöinä toimii alalla tunnetut osteopaatit. Jean-Pierre Barralin teos *Visceral Manipulation* sekä yhdessä Alan Croibierin kanssa tehty *Visceral Vascular Manipulations*, Jérôme Helmoortelin, Thomas Hirthin sekä Peter Wührlin teos *Visceral Osteopathy – The Peritoneal Organs*, Eric U. Hebgenin *Visceral Manipulation in Osteopathy* sekä Georges Finetin ja Christian Williamen *Treating Visceral Dysfunction* valikoituivat mukaan katsaukseen. Kyseisissä teoksissa oli kuvattu tekniikoita, joissa GERD on indikaationa tai alueen hoito avattuna eri lähtökohdista käsin.

5.2 Teemahaastattelu

Toisena tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmänä toteutettiin osteopaateille suunnattu teemahaastattelu laadullisen tutkimuksen otteella (Hirsjärvi & Hurme 2008: 48). Teemahaastattelun avulla pyrittiin kartoittamaan osteopaattien lähestymistapoja refluksikon hoidossa ja saattaa kuuluviin näkemyksiä hoidon tehokkuudesta asiakkaan oireiden lievittämiseksi sekä vastaamaan kaikkiin opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin, jotka ovat: Mitä hyötyä osteopaattisesta hoidosta on refluksikolle? Mitä lähestymistapoja osteopaatit käyttävät refluksikon osteopaattisessa hoidossa? sekä Kuinka osteopaatit kuvaavat osteopaattisen hoidon tehokkuuden osana refluksikon oireiden lievittämistä?

Teemahaastattelu valittiin, koska haluttiin kartoittaa melko vähän tutkittua ilmiötä ja kohdentaa haastattelua tutkimuskysymysten sekä kirjallisuuden pohjalta määriteltyihin teemoihin. Etäyhteydellä toteutettu haastattelu vuorovaikutustilanteena mahdollisti tiedonhankinnan suuntaamisen itse tilanteessa. (Hirsjärvi & Hurme 2008: 34–35, 47–48.)

Haastateltavien valinnassa käytettiin harkinnanvaraista valintaa. Kriteerinä haastatteluun osallistuvien valinnalle oli kokemukset työskentelystä refluksikoiden parissa. Teemahaastatteluun osallistui kaksi osteopaattia. Haastateltaville lähetettiin ennakoon tutustuttavaksi sähköpostin liitteenä tiedote (Liite 1.) sekä suostumus (Liite 2.) teemahaastatteluun osallistumisesta. Haastateltavien ymmärrys velvollisuuksista ja oikeuksista, sekä suostumus teemahaastatteluun osallistumisesta varmennettiin suullisesti haastattelun aluksi (Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet 2018: 2–3). Haastattelut toteutettiin etäyhteydellä ennalta sovittuna ajankohtana Metropolia Ammattikorkeakoulun tietosuojan ja tietoturvan näkökulmasta hyväksytyllä Zoom-kokousohjelmalla. Haastatteluista tehtiin äänitallenteet, jotka kuunneltiin sekä litteroitiin sanasta sanaan Microsoft Office 365-ohjelmalla (Hirsjärvi & Hurme 2008: 138–141; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Teemahaastattelun (Liite 3.) pääteemat muodostettiin opinnäytetyön tutkimuskysymysten sekä kirjallisuuden pohjalta rakennetun teoreettisen viitekehyksen ohjaamana. Avarien pääteemojen avulla pyrittiin antamaan haastateltaville vapaus kuvata omia näkemyksiään ja kokemuksiaan tutkittavasta ilmiöstä (Hirsjärvi & Hurme 2008: 67). Haastattelutilanteen aikana esitettiin tarvittaessa alateemojen ohjaamia, tarkentavia kysymyksiä.

5.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Aineistolähtöisen laadullisen eli induktiivisen aineiston analyysin voi karkeasti hahmottaa kolmivaiheiseksi prosessiksi; aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 122.)

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa pelkistettiin eli karsittiin integroivan kirjallisuuskatsauksen sekä teemahaastattelun aineistosta opinnäytetyölle epäolennainen aineisto pois. Aineistosta etsittiin analyysikysymyksiin vastaavia alkuperäisilmauksia ja niistä luotiin alkuperäisilmauksia kuvaavat pelkistetyt ilmaukset. Pelkistetyt ilmaukset listattiin järjestelmällisesti, jolla luotiin pohja ryhmittelylle. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 123–124.) Analyysikysymyksinä käytettiin seuraavia: Mitä hyötyä osteopaattisesta hoidosta voi olla refluksikolle? Mitä osteopatian toimintamalleja ja tekniikoita osteopaatit käyttävät refluksikon hoidossa? Mitä konkreettisia muutoksia osteopaattisella hoidolla on saavutettu refluksikon elämässä? sekä Mitä vaikutuksia osteopaattisella hoidolla on ollut refluksikon oirekuvaan? Opinnäytetyön analyysiyksikkönä käytettiin ajatukSELLISTA kokonaisuutta (Tuomi & Sarajärvi 2002: 97).

Ryhmittelyssä eli klusterointivaiheessa aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Klusteroinnin jälkeen siirryttiin abstrahointiin, jossa edettiin alkuperäisdatan kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin alaluokkatasolle. Sisällönanalyysissa edettiin iteratiivisesti empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Koko analyysiprosessin ajan tarkkailtiin, että aineistossa säilyi yhteys alkuperäisdataan. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 124–127.) Analyysi ja synteesi toteutettiin yhtäaikaisesti yhdistelemällä aineistosta saatuja tuloksia. Tulosten havainnollistamiseksi luotiin synteesisikaavio (Kuvio 1.). (Stolt 2016: 30–31.)

6. Tulokset

Tässä luvussa kuvataan aineistolähtöisen sisällönanalyysin tuloksia. Tulokset esitetään kolmessa osassa tutkimuskysymyksittäin, kooten yhteen sekä integroivan kirjallisuuskatsauksen että teemahaastattelun aineisto. Tutkimuskysymyksiin Mitä hyötyä osteopaattisesta hoidosta on refluksikolle? sekä Kuinka osteopaatit kuvaavat osteopaattisen hoidon tehokkuuden osana refluksikon oireiden lievittämistä? haettiin vastauksia analyysikysymyksillä: Mitä hyötyä osteopaattisesta hoidosta on refluksikolle? Mitä konkreettisia muutoksia osteopaattisella hoidolla on saavutettu refluksikon elämässä? sekä Mitä vaikutuksia osteopaattisella hoidolla on ollut refluksikon oirekuvaan? Tutkimuskysymykseen Mitä lähestymistapoja osteopaatit käyttävät refluksikon osteopaattisessa hoidossa? haettiin vastauksia analyysikysymyksillä Mitä osteopatian toimintamalleja ja tekniikoita osteopaatit käyttävät refluksikon hoidossa? sekä Mitä vaikutuksia osteopaattisella hoidolla on ollut refluksikon oirekuvaan?

Mitä hyötyä osteopaattisesta hoidosta on refluksikolle?

Tutkimuksissa kuvattiin lääkkeiden käytön vähentämistä GERD-potilailla osteopaattisten interventioiden jälkeen sekä lyhyemmällä, että vuoden seuranta-ajalla (Bjørnæs ym. 2017: 5; Bjørnæs ym. 2019: 1113; Martínez-Hurtado ym. 2019: 1). Teemahaastattelun tulosten mukaan lääkkeiden käytön vähentäminen asetetaan yhdeksi hoidolliseksi tavoitteeksi:

...lääkkeiden syönnin väheneminen on yks ihan selkee tavoitekin hoidollisesti, koska sitte kyllähän niillä pitkässä juoksussa saattaa olla just ravinnon imeytymiseen sun muuhunki vaikutusta.

Interventiotutkimusten tuloksissa kuvattiin myös muun muassa PPI-, H2- sekä antasidilääkityksen lopettamisesta OMT-ryhmissä (Bjørnæs ym. 2017: 5). Lääkkeiden käytön lopettaneiden henkilöiden määrä pysyi melko muuttumattomana yhden viikon, kolmen kuukauden sekä vuoden seurannassa (Bjørnæs ym. 2019: 1113). Teemahaastatteluai- neistosta nousi esiin myös osteopaattisten interventioiden vaikutus refluksilääkkeiden käytön lopettamiseen:

...et jos mä oon nähny asiakasta semmonen neljästä kuuteen kertaan, ni kyl siinä on saatu aikaan jo pidempiaikaisia vaikutuksia. Ja osa on myös sitten päässy niistä happosalpaajista eroon.

Ja sitten ne joilla siitä on ollu hyötyä, niin sit ne on jossain vaiheessa niinku lääkärintä ohjeen mukaan lieventäny sitä lääkettä ja ei oo välttämättä enää alottanu sit uudestaan.

Useassa tutkimusartikkelissa kuvattiin OMT:n vaikutusta GERD-oireiden lieventymiseen sekä kokonaismäärän vähenemiseen (Martínez-Hurtado ym. 2019: 4; Bjørnæs ym. 2016: 1, 3, 4, 5; Bjørnæs ym. 2017: 4, 7; Bjørnæs ym. 2019: 1110, 1113, 1114). Rintalastan takaisen kivun lisäksi epigastrisen sekä rintarangan alueen kivun tuntemusten kuvattiin vähentyneen (Bjørnæs ym. 2016: 4; Bjørnæs ym. 2017: 4).

OMT-interventioryhmissä GERD-oireet vähenivät merkittävästi viikon seurannassa (Bjørnæs ym. 2017: 3, Eguaras ym. 2019: 7). OMT-ryhmässä GERD-oireet vähenivät 75 %, 70 %, 63 % viikon, 3 kuukauden, sekä vuoden kontrolleissa. Kuitenkin kokonaan oireettomien henkilöiden määrä kasvoi seurannassa yhden viikon 33 %:sta vuoden 50 %:iin. (Bjørnæs ym. 2019: 1113.) Teemahaastattelun tulosten mukaan niin ikään refluksoireet vähenivät, helpottuivat sekä poistuivat osteopaattisten interventioiden avulla.

Eli asiakas voi jo sen hoidon aikana kuvata sitä, et hei painon tunne rinta-kehässä lievenee. Tai sitten palan tunne kurkussa häviää. Polte helpottaa. Sit se semmonen röyhtäilyn tarve katoaa. Ja ne on semmosia välittömiä hoidollisia vaikutuksia.

Osteopaattisen intervention kuvattiin vaikuttavan myös elämänlaadun lisääntymiseen (Martínez-Hurtado ym. 2019: 1, 6). Teemahaastattelun tuloksissa kuvattiin kynnyksen julkiseen ruokailun madaltuneen oireiden lievittyessä. Kehon normaalia fysiologista toimintaa edesauttamalla pystyttiin helpottamaan potilaan elämää häiritseviä oireita (Finet & Williame 2000: 109). Teemahaastattelumateriaalista nousi esiin myös autonomisen hermoston tasapainottumisen kautta oireiden helpottuminen, jolloin henkilö tunnistaa paremmin kehollisia tarpeitaan ja tarpeellisten elämäntapamuutosten tekeminen mahdollisesti helpottuu:

Se, että hermotus rentoutuu, stressireaktiot rentoutuu, oireet helpottaa, niin siinä on hyvät tsäänssit alkaa tajuta omaa kehoa paremmin, tunnistaa kehollisia tarpeita ja sitä kautta tehdä elämäntapamuutoksia myöskin.

Bjørnæs ym. (2019) kuvasivat GERD-liitännäisoireiden ilmaantuvuuden vähenemistä tutkimuksessaan. Lähtötilanteessa viisi henkilöä raportoi ruoansulatusongelmista. Oire oli kuitenkin poistunut viikon-, 3 kuukauden- sekä vuoden seurannassa. Nukkumisvaikeudet sekä oksentaminen vähenivät 89,1 %, 84,9 %, 56,0 % ja 77,3 %, 80,9 %, 92 % viikon, 3 kuukauden ja vuoden seurannoissa. Lähtötilanteessa GERD-liitännäisoireista raportoi 12 henkilöä, kun viikon-, 3 kuukauden- ja vuoden seurannassa oireista raportoi 2-, 3- ja 5 henkilöä. (Bjørnæs ym. 2019: 1112.)

GERD-oireita provosoivat tekijät vähenivät OMT-ryhmässä, mutta pysyivät kontrolliryhmässä lähes muuttumattomina. 19 henkilöä kuvasi yhden provosoivan tekijän poistuneen, kun taas kahdella henkilöllä kolme provosoivaa tekijää oli poistunut. Yleisimmiksi oireita ärsyttäviksi tekijöiksi henkilöt raportoivat syömisen, eteentaivutuksen sekä makuuasennon. (Bjørnæs ym. 2017: 5.)

Eguaras ym. (2019) tutkimuksessa kuvattiin viskeraalisen osteopaattisen tekniikan biomekaanisia vaikutuksia muun muassa kaularangan C4 segmentin painekipukynnyksen paranemiseen. Myös kaularangan liikelaajuuden raportoitiin lisääntyneen toisen intervention jälkeen, sen pysyessä muuttumattomana ensimmäisen intervention jälkeen. (Eguaras ym. 2019: 1, 9.) Tutkimuksissa raportoitiin myös OMT:n vaikutuksista LES:n toimintaan (Bjørnæs ym. 2017: 7; Da Silva ym. 2013: 451). Yksittäisillä osteopaattisilla tekniikoilla raportoitiin olevan vaikutusta LES:n paineen nousuun (Da Silva ym. 2013: 455).

MFR-interventiolla arvioitiin olevan parantava vaikutus pallean supistumis- sekä proprioseptiseen kapasiteettiin. Pallean optimaalisella toiminnalla taas on positiiviset vaikutukset EGJ:n toimintaan. (Martínez-Hurtado ym. 2019: 4.)

Mitä lähestymistapoja osteopaatit käyttävät refluksikon osteopaattisessa hoidossa?

Teemahaastatteluiden tuloksissa esiin nousi osteopaattinen biomekaaninen-, hermostollinen-, biopsykososiaalinen- sekä hengitys- ja nestekierto malli, että viskeraalinen ja kraniaalinen lähestyminen. Haastateltavat mainitsivat hoidollisesti tärkeäksi kehon poikittaisten rakenteiden; lantionpohjan, pallean ja yläaukeaman, sternum mukaan lukien, tasapainottamisen refluksioireiden helpottamiseksi sekä kehon ontelopaineiden optimaalisen vaihtelun varmistamisen. Tämän jälkeen maksan ja mahalaukun viskeraalista hoitoa pidettiin aiheellisena. Haastatteluaineistossakin mainittua viskeraalista hoitoa ja sen vaikutusta vatsaontelon paineen alenemiseen, korostettiin myös Eguaras ym., vuonna 2019 julkaistussa tutkimuksessa (Eguaras ym. 2019: 3, 9).

Haastateltavat kuvasivat oireita ylläpitäväksi tekijäksi autonomisen hermoston epätasapainon. Yksi haastateltavista kuvasi, että usein refluksioireista kärsivillä henkilöillä ilmenee SBS:n epäfysiologisen leesion kompressio. Myös tentoriumin toiminnan arviointi korostuu suhteessa yläaukeaman, pallean ja lantionpohjan toimintaan. Haastateltavat nostivat esille myös mahdolliset viskerosomaattiset heijasteet tuki- ja liikuntaelimestön

somaattisten oireiden taustalla sekä maksan ja pienen vatsapaidan merkityksen gastroesofageaalisen alueen toiminnassa:

Syy ei välttämättä oo siel suoraan mahalaukussa tai ruokatorvessa. Se voi olla pieni vatsapaita, eli maksan kiinnittyminen mahalaukuun, ja jos maksassa on toimintahäiriö, joka vääntää sitä, niin se voi vaikuttaa.

Haastateltavat kuvasivat myös kokonaisuuden huomioimisen sekä ruoansulatusjärjestelmän toiminnan kartoituksen tärkeyttä, kuten esimerkiksi toiminnallisten vatsavaivojen sekä provosoivien tekijöiden huomiointia anamneesissa. Biopsykososiaalisen mallin osalta tärkeiksi tekijöiksi nousi asiakkaan voimavarojen ja kokonaiskuormituksen huomiointi, oireiden vaikutus uneen ja sitä kautta yksilön kapasiteettiin käsitellä hoitoa. Haastateltava esitti, että hoito on tehokkaimmillaan silloin, kun tuetaan kehon itsesäätely- ja paranismekanismia eli kehoa autetaan siinä mitä se yrittää itse tehdä. Tärkeitä tekijöitä ovat myös kuulluksi tuleminen, ratkaisujen etsiminen yhdessä asiakkaan kanssa sekä psykosomaattiset tekijät, joita voi olla esimerkiksi palleakrampin aiheuttaman happonousun taustalla oleva käsittelemätön suru. Tällä voi olla vaikutusta hengitykseen ja pallean toimintaan. Refluksioireisiin voi saada helpotusta myös taustatekijöihin puuttamalla:

Ja jos me pystytään puuttamaan niihin syvempiin mekanismeihin sieltä taustalta, et minkä takia ihminen kärsii esimerkiksi hyperventilaatiosta tai miks se on jatkuvasti stressaantunut, minkä takia on jatkuva korkeempi kuormitus, niin silloin varmasti ne refluksioireet sieltä myös helpottaa.

Useissa tutkimuksissa kuvattiin palleaan kohdistuvia tekniikoita (Bjørnæs ym. 2016: 2; Bjørnæs ym. 2017: 2; Da Silva ym. 2013: 452). Pallean toimintahäiriöiden raportoitiin rajoittavan sen toimintaa ulkoisena gastroesofageaalisen sulkijana ja tutkimisessa sekä hoidossa tulee huomioida pallean kiinnitykset. Osteopaattisen hoidon tavoitteena on vähentää esofagogastrisen alueen sekä ympäröivien rakenteiden fibromuskulaarisia jännitteitä. (Finet & Williame 2000: 108; Barral 2003: 63). Esofagogastrisen liitoksen mobilisaatiota voidaan tehdä maksan kautta ja keskenään synergiassa toimivien sulkijoiden tonukseen voidaan vaikuttaa niiden rakenteita stimuloimalla (Hebgen 2011: 76; Helsmoortel & Hirth & Wuhrl 2010: 377). Myös teemahaastattaluaineistosta nousivat esiin sekä suorat että epäsuorat pallean tekniikat.

...pallean epäsuorat tekniikat mut myös suorat tekniikat on mahdollisia, et siihen käytetään erilaisia myofascial release -tyyppisiä tekniikoita, mut myös ihan pallea tämmönen liftti, missä sormet laitetaan kylkiluiden alle ja saadaan nostetta sieltä kautta palleaan tai vapautettua sitä vähän niinku inhibio -tyyppisesti sitä pallean kiinnitysalueille kylkiluiden takareunalle.

...itse käytän paljon noita epäsuoria, kehoa kuuntelevia. Ja ihan pallean hoito myöskin, oli se sitten selinmakuulla tai istuen, mutta epäsuorasti, jolloin se ihminen ei koe siitä semmosta lisäkieritystä sille alueelle, mikä on jo valmiiksi hyvin epämukava.

Muita tutkimusartikkeleissa mainittuja hoitotekniikoita olivat rintarangan mobilisaatio ja kuuden MFR-tekniikan interventio (Bjørnæs ym. 2017: 2; Martínez-Hurtado ym. 2019: 2). Myös haastattelumateriaalissa oli mainittu MFR- sekä sacrumin nestetason tekniikat. Lisäksi m.pectoralis lift esitettiin hyvänä tekniikkana ylärintakehään lisäämään liikkuvuutta kylkiluille ja sternumin yläosaan.

Barralin (2003) mukaan optimaalisen tehokkuuden saavuttamiseksi hoitotekniikat tulisi suorittaa tietyssä järjestyksessä. Hoitojärjestys auttaa keskittymään primääreihin somaattisiin dysfunktioihin, kun reflektoriset dysfunktiot, esimerkiksi rangon ja kallon alueella, hoidetaan ensin. (Barral 2003: 65.) Bjørnæs ym. (2019) puolestaan kuvasivat interventioiden määrän merkitystä oireiden vähentämiseksi. GERD-oireet vähenivät merkittävästi jo kahdella hoitokerralla, kuitenkin tasoittuen kolmannen ja neljännen intervention jälkeen, joka voi indikoida, että OMT:n hyöty on saavutettu. Tutkimuksessa MED (*minimum efficacy dose*) määritettiin kolmeksi OMT-interventioksi 48:n tunnin välein. (Bjørnæs ym. 2019: 1110, 1113.) Kahta vuotta aiemmin toteutetussa tutkimuksessa Bjørnæs ym. (2017) käyttivät kliiniseen kokemukseen perustuen kolmea OMT-interventiota viikon välein (Bjørnæs ym. 2017: 5). Interventioiden välisen ajan ollessa 3–4 päivää, OMT:llä aikaansaatii anatomisia muutoksia LES:n toimintaan sekä oireiden määrä vähentyi merkittävästi. Pitkään GERD-oireista kärsineillä, arvioitiin OMT:llä saavutetun vaikutuksen LES:n toimintaan vähentyvän pidemmällä hoitovälillä. (Bjørnæs ym. 2019: 1110, 1114.)

Kuinka osteopaatit kuvaavat osteopaattisen hoidon tehokkuuden osana refluk- sikon oireiden lievittämistä?

Teemahaastatteluissa esiin nousi hoidon vasteiden ero akuuttien ja kroonisten tapaus-
ten välillä. Akuuteissa tapauksissa voi olla kyse pallean alueen jännitystiloista ja pallean
tasapainottamisella voidaan aikaansaada välittömiä hoidollisia vasteita, parhaimmillaan
oireiden poistuminen kokonaan. Haastatteluissa korostui hoidon yksilöllisyys niin akuu-
teissa kuin kroonisissakin tapauksissa:

Joo ja tota ihan oikeestaan se, et osteopatian hienous on kuitenkin se, et se ihminen kohdataan yksilönä ja sit se hoidon vaikuttavuus määräytyy tavallaan sen mukaisesti. Ja mä lähestyn aika usein näitä tapauksia suurempien linjojen kautta tasapainottaen sitä kokonaisuutta.

Pidempään oirehtineiden kohdalla haastateltavat kuvasivat vasteiden olevan hyvin yksilöllisiä. Oireiden lievittymisen syyksi mainittiin pallean alueen jännitteiden helpottuminen, hermoston tasapainottuminen ja rauhoittuminen sekä hengityksen syventyminen ja rauhalliseksi muuttuminen. Bjørnæs ym. (2017, 2019) tutkimukset puhuvat useamman intervention puolesta, parempien hoidollisten vaikutusten aikaansaamiseksi (Bjørnæs ym. 2017: 5; Bjørnæs ym. 2019: 1110, 1113). Haastatteluissa ilmeni, että kroonisissa tapauksissa hoidon tavoitteena on oireiden lievittäminen ja useamman intervention myötä voidaan saada pidempiaikaistakin helpotusta:

Ja jos on kärsinyt oireista pitkään, niin usein se semmonen oireiden hetkellinen lievittyminen, se on lyhytaikaista. Mut sitten, et jos mä oon nähny asiakasta semmonen neljästä kuuteen kertaan, ni kyl siinä on saatu aikaan jo pidempiaikaisia vaikutuksia.

No kyl mä koen ite sen hirveen tehokkaaksi, jos hoitokertoina puhutaan keskimäärin jostain kolmesta - viidestä hoitokerrasta ja sillä ihmiset saa suhteellisen pysyvää apua.

Haastatteluista nousi esiin myös osteopaattisen hoidon tehokkuus asiakkaan kuvailemien muutosten myötä. Hoidon aikaisiksi, välittömiksi vaikutuksiksi kuvattiin rintakehän painon tunteen lieventyminen, palan tunteen häviäminen kurkussa, poltteen helpottuminen ja röyhtäilyn tarpeen katoaminen.

Eli asiakas voi jo sen hoidon aikana kuvata sitä, et hei painon tunne rintakehässä lievenee. Tai sitten palan tunne kurkussa häviää. Polte helpottaa. Sit se semmonen röyhtäilyn tarve katoaa. Ja ne on semmosia välittömiä hoidollisia vaikutuksia. Oli sitten yksilöllisesti ku hoidetaan, ni välillä se helpotus tulee siitä pallean alueesta mutta myös siitä kun se hermosto tasapainottuu ja rauhoittuu ja hengitys syvenee ja muuttuu rauhalliseksi, niin sitä kautta ne oireet lieventyy jo siinä hetkessä.

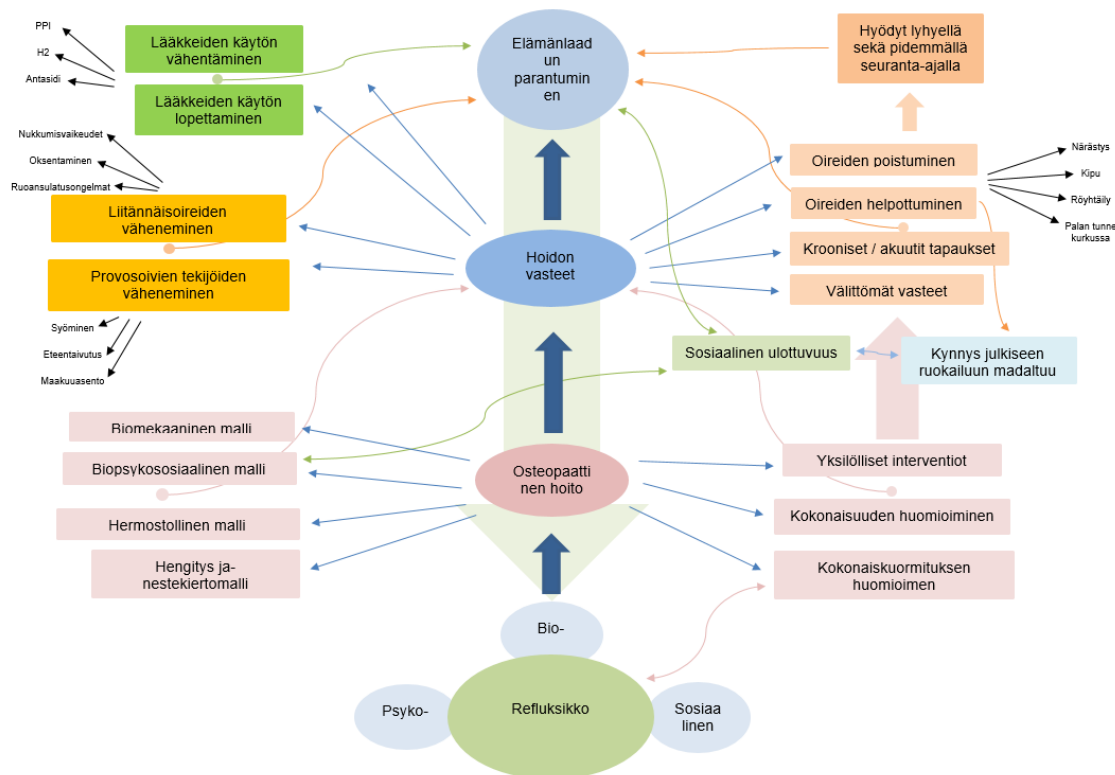
Pallean toiminnan häiriöt voivat vaikuttaa vagus-hermon toimintaan (Finet & Williame 2000: 108). Martínez-Hurtado ym. 2019 esittivät, että MFR-interventioilla on ollut mahdollisesti regulatiivinen vaikutus ruokatorven periferiseen hermotukseen ja pallean kruurien mekaanisen stimulaation kautta vagaalien afferenttien toimintaan ja nosiseptisen informaation vähenemiseen ja siten GERD-oireiden helpottumiseen (Martínez-Hurtado ym. 2019: 4–5).

Da Silva ym. (2013) tutki palleaan kohdistetun tekniikan vaikutusta ruokatorven alaselkijän paineeseen henkilöillä, joilla on diagnosoitu GERD (Da Silva ym. 2013: 451). Tutkimuksessa mitattiin ruokatorven manometrialla painearvoja ennen ja välittömästi osteopaattisen intervention jälkeen. Tutkimuksessa kävi ilmi, että OMT:llä oli välitön tilastollisesti merkittävä vaikutus ruokatorven alaselkijän paineeseen. (Da Silva ym. 2013: 455.)

Da Silva ym. (2013) kuvasivat tutkimuksessaan osteopaattisten interventioiden sekä kliinisen-, että kirurgisen hoidon yhdistämisen puolesta ja ehdottivat jatkotutkimusta laajemmalla otannalla, aikaansaadakseen näyttöä muutosten kestävydestä. Tutkimuksessa nähtiin myös osteopaattisen hoidon käyttömahdollisuudet ainoana hoitomuotona tietyillä potilasryhmillä. (Da Silva ym. 2013: 455.)

7. Opinnäytetyön tuotos

Refluksikon osteopaattista hoitoa ja hoidon tehokkuutta havainnollistamaan koottiin synteesikaavio (Kuvio 1.), josta käy ilmi opinnäytetyön aineistolähtöisen sisällönanalyysin tärkeimmät tulokset. Kaavio kuvaa vastauksia tutkimuskysymyksiin Mitä hyötyä osteopaattisesta hoidosta on refluksikolle? Mitä lähestymistapoja osteopaatit käyttävät refluksikon osteopaattisessa hoidossa? sekä Kuinka osteopaatit kuvaavat osteopaattisen hoidon tehokkuuden osana refluksikon oireiden lievittämistä? Synteesikaavion tarkoituksena on havainnollistaa aineistosta muodostettua ymmärrystä ja kokonaiskuvaa aihepiiristä (Stolt 2016: 31).



Kuvio 1. Osteopaattisen hoidon vaikutukset refluksikon oirekuvaan ja elämänlaatuun

Kaavio muodostuu osteopaattisen periaatteen mukaan, jossa henkilön oirekuvan taustalla on vaikuttamassa somaattisten tekijöiden lisäksi psykososiaalisia ulottuvuuksia. Synteesikaavioon on koottu aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä esiin nousseita teemoja, jotka kuvaavat refluksikon osteopaattiseen hoitoon ja hoidon hyötyihin sekä tehokkuuteen liittyviä tekijöitä. Kaaviossa nuolet kuvaavat näiden tekijöiden keskinäisiä vaikutussuhteita. Keskeisimpinä teemoina ovat GERD-oireiden helpottuminen ja poistuminen,

lääkkeiden käytön vähentäminen ja lopettaminen sekä osteopaattien käyttämät osteopaattiset mallit hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Osteopaattisten interventioiden avulla saavutetuissa vasteissa esiin nousi myös GERD-liitännäisoireiden ja oireita provosoivien tekijöiden-, sekä muun muassa oireiden väheneminen ja lääkkeiden käytön lopettaminen lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Kaaviossa korostuu myös osteopaattisten interventioiden yksilöllisyyden ja kokonaisuuden huomioimisen tärkeys sekä niiden vaikutus hoidon vasteisiin.

Edellä mainitut tekijät nivoutuvat yhteen kaavion yläosassa kuvattuun teemaan: refluksikon elämänlaadun parantuminen. Oireiden ja lääkkeiden käytön muutosten sekä sosiaalisten tekijöiden kautta lisääntynyt elämänlaatu puolestaan vaikuttaa refluksikon elämään biopsykososiaalisessa viitekehyksessä. Yhdessä teemat hahmottavat refluksikon hoidon osteopaattisia lähestymistapoja ja saavutettuja hyötyjä sekä muutoksia oirekuvassa.

8. Pohdinta

Työn tavoitteena oli laajentaa osteopaattien, terveydenhuoltoalan ammattilaisten sekä refluksikoiden ymmärrystä osteopaattisen hoidon mahdollisuuksista osana GERD-oireiden lievittämistä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä hyötyä osteopaattisesta hoidosta on refluksikolle, mitä lähestymistapoja osteopaatit käyttävät refluksikon osteopaattisessa hoidossa ja kuinka osteopaatit kuvaavat hoidon tehokkuuden osana refluksikon oireiden lievittämistä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella osteopaattisten interventioiden avulla voidaan saavuttaa muutoksia refluksikon oirekuvassa. Integroivan kirjallisuuskatsauksen ja teemahaastattelun tuloksista tärkeimpinä teemoina nousi esiin GERD-oireiden lievittyminen ja poistuminen, lääkkeiden käytön vähentyminen ja lopettaminen, liitännäisoireiden ja provosoivien tekijöiden väheneminen sekä refluksikon elämänlaadun paraneminen. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tuloksia ja osteopaattisen hoidon tehokkuutta havainnollistamaan koottiin synteesikaavio.

Teemahaastatteluiden aineistossa esiin nousi osteopaattinen biomekaaninen-, hermostollinen-, biopsykososiaalinen- sekä hengitys- ja nestekiertomalli, kuten myös viskeraalinen ja kraniaalinen lähestyminen. Haastateltavat kuvasivat myös kokonaisuuden, asiakkaan voimavarojen sekä kokonaiskuormituksen huomioon ottamisen tärkeyttä hoitoa suunniteltaessa. Tämä liittyy myös osteopatian peruseriaatteisiin; keho on toiminnallinen dynaaminen kokonaisuus, kehon rakenne ja toiminta ovat yhteydessä toisiinsa, ja kehossa on itsesäätelviä mekanismeja sekä luontainen pyrkimys parantaa itseään (Mayer & Standen 2018: 287).

Haastateltavat kuvasivat osteopaattisen hoidon tehokkuutta asiakkaiden raportoimien oirekuvassa ilmenneiden muutosten myötä. Tutkimuksissa hoidon tehokkuuden mittareina käytettiin muun muassa GerdQ-kyselylomaketta kuvaamaan muutoksia GERD-oireiden osalta sekä manometriaa määrittämään painevaihteluita ruokatorven ja kardian alueella.

Aineiston analyysin ja analyysikysymysten ulkopuolelta asiakkaan oman toiminnan kautta merkittäväksi osaksi nostettiin omahoidolliset tekijät sekä hengitys- ja kehotietoisuusharjoitteet. Teemahaastattelussa kuvattiin refluksikoiden olevan niitä, jotka eivät osaa pysähtyä eikä hellittää, ja lähes poikkeuksetta tilanteeseen liittyy jokin stressitekijä. Haastateltavat avasivat myös kehotietoisuus- ja hengitysharjoitusten hyötyjä. Tyypillisimpänä esimerkkinä hidastettu sisään- ja uloshengitysharjoitus, jolla todettiin olevan

palleaa vapauttava vaikutus. Myös Barral (2003) kuvaa Käypä hoito -suosituksessakin mainittuja omahoidollisia tekijöitä (Barral 2003: 65). Collebrusco (2017) ja kumppanit ovat osoittaneet ruokavalio-ohjauksen ja OMT:n yhteisvaikutusten vähentävän refluksikon oirehdintaa (Collebrusco, Lombardini & Censi 2017). Teemahaastattelussa huomionarvoiseksi nostettiin anamneesissa ilmeneviä tekijöitä, kuten suoliston toiminta, ummetus, ruoka-aine yliherkkyydet sekä allergeenit, joilla voi olla vaikutusta gastroesofageaaliseen refluksiin. Yksi haastateltavista asetti lääkkeiden käytön vähenemisen selkeäksi hoidolliseksi tavoitteeksi, sillä pitkäaikaisella lääkkeiden käytöllä arvioitiin olevan vaikutusta esimerkiksi ravinnon imeytymiseen. Lisäksi painoarvoa annettiin ruokailutottumuksille, erityisesti ennen nukkumaanmenoa tapahtuvan syömisen vaikutuksille sekä alkoholikäytölle. Myös Barral (2003) nostaa esiin ruokailun merkityksen asiakkaan oirekuvassa, ja hänen mukaansa vältettäviä ruoka-aineita ovat esimerkiksi suklaa, alkoholi, sitrushedelmät ja kahvi (Barral 2003: 55).

Pallea ruokatorvisiteen kautta välittyvä tensio kohdistuu ruokatorven alempaan sulkijalihakseen laajentaen ruokatorvea estäen sulkijalihaksen normaalia toimintaa. Onkin esitetty, että tämän tension vapauttaminen manuaalisesti voi auttaa refluksin hoidossa, palauttaen sulkijalihaksen normaalin toiminnan. (Bombeck, Dillard & Nyhus 1966: 645–646; Stecco 2015: 167.) Suorilla ja epäsuorilla osteopaattisilla fascial release -tekniikoilla on osoitettu olevan muita manuaalisia tekniikoita suurempi vaikutus alueen myofaskaalisiin tensioihin (Chila 2011: 537). Opinnäytetyön aineistolähtöisen sisällönanalyysin tuloksissa esiin nousivat myös muun muassa epigastrisen alueen hoito suorilla ja epäsuorilla tekniikoilla GERD-oireiden lievittämiseksi.

Opinnäytetyön yhtenä lähtökohtana oli tuoda esille hiljaista kliinistä tietoa, jolloin teemahaastattelun yhdistäminen kirjallisuuteen ja aiemmin tutkittuun tietoon loi tavoitteen mukaisen kokonaisuuden. Aikuisväestössä refluksioireisia on paljon ilman varsinaista diagnoosia, joten haastateltavien rekrytoinnissa painotettiin kokemusta näiden parissa työskentelystä. Aineiston hankintavaiheessa integroivaan kirjallisuuskatsaukseen sisällytettyjen tutkimusten valinnan ulkopuolelle rajattiin artikkelit, joissa GERD-oireet esiintyivät toisen sairauden osana. Varsinaisen analyysin ulkopuolelle rajautuneesta aineistosta nousi kuitenkin esiin GERD-oireiden esiintyvyys muiden sairauksien liitännäisenä. Gastroesofageaalisen refluksitaudin tai refluksioireiden esiintyvyyden kartoittaminen muiden sairauksien, kuten uniapnean liitännäisoireena, esitetäänkin mahdollisena jatkotutkimuskohteena. Aineistossa oireiden esiintyvyyttä liitännäisoireena kuvattiin muuan muassa seuraavalla tavalla:

Ja kun tosi usein refluksi on liitännäisoire osana isompaa ilmiötä, niin silloin kun siellä on toiminnallista hengityshäiriötä ja hyperventilaatiota tai just uniapneaa, niin silloin kun se kokonaistilanne paranee, niin kyl se refluksi myös helpottaa sieltä taustalta.

Tulosten luotettavuutta tarkastellessa voidaan pohtia teemahaastatteluaineiston määrää. Pohdittavaksi jäi, olisivatko lisähaastattelut parantaneet tulosten yleistettävyyttä, sillä kahden haastattelun materiaalin avulla teemahaastatteluaineisto ei välttämättä saavuttanut saturaatiota. Teemahaastattelun luotettavuutta lisäsi osaltaan seikka, että haastattelut toteutti yksi ja sama henkilö (Tuomi & Sarajärvi: 135, 138). Integroivassa kirjallisuuskatsauksessa yhden henkilön tapaustutkimukset rajattiin ulos aineistonkeruun vaiheessa. Osteopatiassa ihminen kohdataan yksilöinä ja interventiot ovat yksilöllisiä, joten näiden tapaustutkimusten sisällyttäminen työhön olisi saattanut tuoda lisäarvoa. Teemahaastattelun sekä integroivan kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysistä nousi esiin kuitenkin yhteneväisiä teemoja ja ulottuvuuksia, jotka ovat linjassa aiemman teorian kanssa.

Tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa sekä tulokset uskottavia, kun tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Keskeisiä tutkimuseettisiä lähtökohtia ovat muun muassa tutkimuksen rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus, eettisesti kestävä tiedonhankinta, tutkimus ja arviointimenetelmät sekä muiden tutkijoiden tekemän työn kunnioittaminen tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa 2012: 6.) Opinnäytetyöprosessissa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä varmistaen muun muassa tulosten huolellinen kirjaaminen ja raportointi sekä oikeanlainen viittaustekniikka (Tuomi & Sarajärvi: 130).

Tutkimustulosten osalta analyysin kaikissa vaiheissa varmistettiin uskollisuus aineiston alkuperäisilmauksille sekä luotettavuus tallentamalla haastattelut sekä litteroimalla ne sanasta sanaan. Kokemuksellisen kliinisen kentätiedon ja olemassa olevan tutkimustiedon yhteneväisyys lisäsi opinnäytetyön luotettavuutta. Teemahaastatteluun osallistumisen ollessa vapaaehtoista, haastateltavilla oli oikeus kieltäytyä haastattelusta sekä keskeyttää prosessi minä hetkenä hyvänsä syytä ilmoittamatta. (Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa 2019: 16–17). Opinnäytetyön haastattelut, aineiston analyysi ja purku sekä tulosten julkistaminen tehtiin anonymisti, jolloin henkilötietoja kerättiin vain haastateltavien rekrytointivaiheessa (Rekisterinpitäjän seloste käsittelytoimista n.d.). Opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen huolehdittiin kerätyn aineiston asianmukaisesta hävittämisestä (Henkilötietojen käsittely tutkimuksessa n.d.).

Tutkimuskysymyksistä johdetut analyysikysymykset Mitä konkreettisia muutoksia osteopaattisella hoidolla on saavutettu refluksikon elämässä? ja Mitä vaikutuksia osteopaattisella hoidolla on ollut refluksikon oirekuvaan? osoittautuivat aineiston analyysivaiheessa ja tulosten raportoinnissa haasteellisiksi, niiden tuottaman samankaltaisen informaation vuoksi. Analyysikysymyksillä saatiin kuitenkin kiitettävästi vastaukset opinnäytetyön asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Da Silva ym. (2013) esittivät osteopaattisten interventioiden sekä kliinisen-, että kirurgisen hoidon mahdollista yhdistämistä ja osteopaattisen hoidon käyttömahdollisuudet ainoana hoitomuotona tietyillä potilasryhmillä. (Da Silva ym. 2013: 455.) Opinnäytetyön tulosten mukaan osteopatia voidaan niin ikään esittää osana refluksikon parhaan mahdollisen, yksilöllisen hoidon kartoittamista sekä konservatiivista hoitoa.

Lähteet

Barral, Jean-Pierre 2003. Visceral manipulation II. Seventh printing. Seattle: Eastland press.

Barral, Jean-Pierre & Croibier, Alain 2011. Visceral vascular manipulations. London: Churchill Livingstone Elsevier.

Bjørnæs, Kjell E, Reiertsen, Ola & Larsen, Stig 2016. Does Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) have an Effect in the Treatment of Patients Suffering From Gastro Esophageal Reflux Disease (GERD)? International Journal of Clinical Pharmacology & Pharmacotherapy. 2016, 1:116. Saatavana osoitteessa: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xwN2l0GiyYsJ:https://www.graphyonline.com/archives/archivedownload.php%3Fpid%3DIJCPP-116+&cd=1&hl=fi&ct=clnk&gl=fi&client=safari>>. Luettu 21.10.2019.

Bjørnæs, Kjell E., Larsen, Stig, Skauvik, Terje, Myklebust, Oystein, Fosse, Erik & Reiertsen, Ola 2017. The effect of osteopathic manipulation therapy (OMT) in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD). International journal of clinical pharmacology & pharmacotherapy. Issue 2: 132. Saatavana osoitteessa: <<https://www.omicsonline.org/proceedings/the-effect-of-osteopathic-manipulation-therapy-omt-in-patients-suffering-from-gastroesophageal-reflux-disease-gerd-40194.html>>. Luettu 11.10.2019.

Bjørnæs, Kjell E, Elvbakken, Geir, Dalhoi, Bord, Garberg, Tor Harald, Kaufmann, Joachim, Glomsrod, Espen, Reiersten, Ola & Larsen, Stig 2019. Osteopathic manual therapy (OMT) in treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD). Saatavana osoitteessa: <<https://www.openaccessjournals.com/articles/osteopathic-manual-therapy-omt-in-treatment-of-gastroesophageal-reflux-disease-gerd.pdf>>. Luettu 21.10.2019.

Bombeck, C. Thomas, Dillard, David H, Nyhus, Lloyd M 1966. Muscular Anatomy of the Gastroesophageal Junction and Role of Phrenoesophageal Ligament. Autopsy Study of Sphincter Mechanism. Annals of Surgery Volume 164/Number 4. 10/1966. Saatavana osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1477293/pdf/annsurg00448-0101.pdf>>. Luettu 11.10.2019.

CEN 2016. Osteopatiapalvelut. Suomen standardisoimisliitto SFS. Yleinen teollisuusliitto. Standardi. SFS-EN 16686. Helsinki: Suomen Standardisoimisliitto SFS ry.

Chila, Anthony G. 2011. Foundation of osteopathic medicine. 3rd edition. Philadelphia: Lippinkott Williams & Wilkins.

Collebrusco, Luca, Lombardini, Rita & Censi, Giovanna 2017. An Alternative Approach to the Gastroesophageal Reflux Disease: Manual Techniques and Nutrition. Open Journal of Therapy and Rehabilitation, 5: 98-106. Saatavana osoitteessa: <<https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=78309>>. Luettu 21.2.2020.

Da Silva, R.C.V., de Sá, C.C., Pascual-Vaca, Á.O., de Souza Fontes, L.H., Herbella Fernandes, F.A.M., Dib, R.A., Blanco, C.D., Quieroz, R.A. & Navarro-Rodriguez, T. 2013. Increase of lower esophageal sphincter pressure after osteopathic intervention on the diaphragm in patients with gastroesophageal reflux. Diseases of the Esophagus

(2013). 26, 451-456. Saatavana osoitteessa: <<https://academic.oup.com/dote/article-abstract/26/5/451/2328841>> Luettu 14.9.2020.

Diniz, Leonardo Rios, Nesi, Jacson, Curi, Ana Christina & Martins, Wagner 2014. Qualitative Evaluation of Osteopathic Manipulative Therapy in a Patient with Gastroesophageal Reflux Disease: A Brief Report. The Journal of the American Osteopathic Association. March 2014, volume 114, Nro 3: 180-187. Saatavana osoitteessa: <<https://jaoa.org/article.aspx?articleid=2094628>>. Luettu 11.10.2019.

Eguaras, Nuria, Rodríguez-López, Elena Sonsoles, Lopez-Dicastillo, Olga, Franco-Sierra, M. Ángeles, Ricard, Francois & Oliva-Pascual-Vaca, Ángel 2019. Effects of Osteopathic Visceral Treatment in Patients with Gastroesophageal Reflux: A Randomized Controlled Trial. Journal of Clinical Medicine. 2019, 8(10), 1738. Saatavana osoitteessa: <<https://www.mdpi.com/2077-0383/8/10/1738/htm?fbclid=IwAR3de-kILlpR996I7jjigQQNZgMym5JISl8GC0KC5f0c5nEr6XTLjYqOzojl>>. Luettu 14.9.2020.

Evans, David 2008. Overview of Methods. Teoksessa: Reviewing Research evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews. Toim. Webb, Christine & Ross, Brenda. Oxford. Blackwell Publishing.

Finet, Georges & Williame, Christian 2000. Treating visceral dysfunctions. An osteopathic approach to understanding and treating abdominal organs. Portland: Stillness Press.

Färkkilä, Martti, Heikkinen, Markku, Isoniemi, Helena & Puolakkainen, Pauli 2018. Gastroenterologia ja hepatologia. Kolmas painos. Helsinki: Duodecim.

Greenberg, Norton J., Blumberg, Richard S. & Burakoff, Robert 2009. Gastroenterology, Hepatology & Endoscopy. Current Diagnosis & Treatment. USA: LANGE medical book.

Hebgen, Eric U. 2011. Visceral manipulation in osteopathy. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Helsmoortel, Jerome, Hirth, Thomas & Wuhrl, Peter 2010. Visceral osteopathy. The peritoneal organs. Seattle: Eastland Press Inc.

Henkilötietojen käsittely. Tietosuojavaltuutetun toimisto. N.d. Saatavana osoitteessa: <<https://tietosuoja.fi/henkilotietojen-kasittely>>. Luettu 29.11.2019.

Henkilötietojen käsittely tutkimuksessa. Tieteellinen tutkimus. UEF. N.d. Saatavana osoitteessa: <<http://www.uef.fi/documents/1908796/0/Henkil%C3%B6tiedot+tutkimuksessa/830c9999-34da-4234-a1bd-d926e2d04ea2>>. Luettu 29.11.2019.

Hershcovici, Tiberiu & Fass, Ronnie 2012. Gastroesophageal reflux disease. Teoksessa: Textbook of Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2.painos. UK. Blackwell Publishing.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008. Tutkimus- haastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Gaudeamus.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavana osoitteessa: <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Luettu 17.9.2019.

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet 2018. Ihmistieteiden tutkimusmenetelmiä käyttävän tutkimuksen eettisen ennakkoarvioinnin ohjeistus. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan työryhmän muistio. Saatavana osoitteessa: <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/TENK_IEEA_tyoryhman_muistio_250518.pdf>. Luettu 30.3.2020.

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavana osoitteessa: <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2019.pdf>. Luettu: 2.12.2019.

Kirjallisuuskatsaus 2019. Koppa. Jyväskylän yliopisto. Saatavana osoitteessa: <<https://koppa.jyu.fi/avoimet/kirjasto/kirjastotuutori/aihehaku-tutkimusprosessissa/aiheavainkasitteiksi/kirjallisuuskatsaus>>. Luettu 17.9.2019.

Kvale, Steinar 1996. Interviews. An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.

Lederman, Eyal 2005. The Science and Practice of Manual Therapy. 2. painos. Edinburgh: Elsevier. Churchill Livingstone.

Martínez-Hurtado, I., Arguisuelas, M.D., Almela-Notari, P., Cortés, X., Barrasa-Shaw, A., Campos-González, J.C. & Lisón, J.F. 2019. Effects of diaphragmatic myofascial release on gastroesophageal reflux disease: a preliminary randomized controlled trial. Scientific reports 9, 7273 (2019). Saatavana osoitteessa: <https://www.nature.com/articles/s41598-019-43799-y?fbclid=IwAR0Y3o_XJwIX-Gy4V-8V_EFDayl2Y1IcUVcOGUPOx1NVvFdpp0oM5W8VGC8>. Luettu 14.9.2020.

Mayer, Johannes & Standen, Clive 2018. Textbook of Osteopathic Medicine. 1. painos. Munich: Elsevier

Moore, Keith L., Dalley, Arthur F. & Agur, Anne M 2010. Clinically oriented anatomy. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Newberry, Carolyn & Lynch, Kristle 2019. The role of diet in the development and management of gastroesophageal reflux disease: why we feel the burn. Review article. J Thorac Dis 2019;11(Suppl 12):S1594-S1601. Journal of thoracic disease. Saatavana osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6702398/pdf/jtd-11-S12-S1594.pdf>>. Luettu 16.10.2020.

Nirwan, J.S., Hasan, S.S., Babar, Z., Conway, B.R. & Ghori, M.U. 2020. Global Prevalence and Risk Factors of Gastro-oesophageal Reflux Disease (GORD): Systematic Review with Meta-analysis. Scientific Reports 10. 5814 (2020). Saatavilla osoitteessa: <<https://www.nature.com/articles/s41598-020-62795-1#citeas>> Luettu 16.10.2020.

Rekisterinpitäjän seloste käsittelytoimista. Tietosuojavaltuutetun toimisto. N.d. Saatavana osoitteessa: <<https://tietosuoja.fi/rekisterinpitajan-seloste-kasittelytoimista>>. Luettu 29.11.2019.

Richter, Joel E 2013. Achalasia and lower esophageal sphincter anatomy and physiology: Implications for peroral esophageal myotomy technique. *Techniques in Gastrointestinal Endoscopy*. USA:Elsevier. Saatavana osoitteessa: <<https://www.sciencedirect.com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S1096288313000430>>. Luettu 11.10.2019.

Rubin, Emanuel & Reisner, Howard M. 2019. *Principles of Rubin's Pathology*. 7th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. Litterointi. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaristo. Saatavana osoitteessa: <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_1.html>. Luettu 20.7.2020.

Sand, Olav, Sjaastad, Oystein V., Haug, Egil & Bjälle, Jan G. 2011. *Ihminen Fysiologia ja anatomia*. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Schuenke, Michael, Schulte, Erik & Schumacher, Udo 2007. *Thieme Atlas of anatomy. Head and neuroanatomy*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Schneider, HR 2007. Gastro-oesophageal reflux disease: The Montreal definition and classification. *South African Family Practice* 49:1, 19-26. Saatavana osoitteessa: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/20786204.2007.10873501>>. Luettu 11.10.2019.

Seffinger, Michael A., Amirianfar, Edwin, Kuchera, Michael L. & Jerome, John A. 2018. Part 2. The Five Models of Osteopathic Patient Care. Teoksessa *Foundations of Osteopathic Medicine*. 4th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Seffinger, Michael A., Hruby, Raymond J., Rogers, Felix J., Willard, Frank H., Licciardone, John, Jones III, John M. & King, Hollis H. 2018. Part 1. Philosophy of Osteopathic Medicine. Teoksessa *Foundations of Osteopathic Medicine*. 4th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Seloste käsittelytoimista. Tietosuojavaltuutetun toimisto. N.d. Saatavana osoitteessa: <<https://tietosuoja.fi/seloste-kasittelytoimista>>. Luettu 29.11.2019.

Stecco, Carla 2015. *Functional atlas of the human fascial system*. Bloomington: Churchill Livingstone Elsevier.

Stolt, Minna, Axelin, Anna & Suhonen, Riitta 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Turku: Juvenes Print.

Stolt, Minna, Axelin, Anna & Suhonen, Riitta 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turku: Juvenes print.

Tietosuoja tutkimuksessa. UEF/ Tietosuoja. N.d. Saatavana osoitteessa: <<https://www.uef.fi/web/tietosuoja/tietosuoja-tutkimuksessa>>. Luettu 29.11.2019.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

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

Voutilainen, Markku 2014. Refluksitauti - hyvänlaatuinen mutta kallis sairaus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2014; 130(8):801-7. Saatavana osoitteessa: <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/8/duo11598#duo-comments-start>>. Luettu 2.10.2020.

Whittemore, Robin 2008. Rigour in Integrative Reviews. Teoksessa: Reviewing Research evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews. Toim. Webb, Christine & Ross, Brenda. Oxford. Blackwell Publishing.

Ylävatsavaivaisen potilaan tutkiminen ja hoito 2019. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gastroenterologiayhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavana osoitteessa: <<https://www.kaypahoito.fi/hoi50093>>. Luettu 4.2.2020.

Liitteet

Liite 1.

Tiedote Teemahaastatteluun osallistuvalla

Hyvä osteopaatti,

Kutsumme Teidät osallistumaan opinnäytetyömme 'Gastroesofageaalinen refluksitauti – Osteopatian mahdollisuudet osana refluksikon hoitoa' tiedonhankinnan osana toteutettavaan Teemahaastatteluun.

Haluamme kuulla Teidän näkemyksenne osteopaattisen hoidon tehokkuudesta osana refluksikon oireiden lievittämistä sekä millaisia lähestymistapoja käytätte refluksikon osteopaattisessa hoidossa?

Teemahaastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää haastattelun milloin tahansa syytä ilmoittamatta ilman, että siitä koituisi Teille mitään haittaa. Mikäli keskeytätte prosessin tai peruutatte suostumuksenne, Teidän tähän mennessä antamaan haastattelumateriaalia voidaan käyttää osana opinnäytetyön toteutusta.

Teemahaastattelu kestää arviolta noin tunnin ja se toteutetaan etäyhteydellä Metropolia Ammattikorkeakoulun tietosuojan ja tietoturvan näkökulmasta hyväksytyllä Zoom- kokousohjelmalla. Haastattelusta syntyy äänitallenne. Nauhoitettu aineisto tallennetaan ja käsitellään anonyymisti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Aineistoa ei luovuteta ulkopuolisille tahoille, eikä sitä käytetä muuhun, kuin opinnäytetyöhömmme. Kerätty aineisto hävitetään valmiin opinnäytetyömme hyväksymisen jälkeen.

Teemahaastatteluun osallistumisesta ei koidu Teille kustannuksia, eikä siitä myöskään makseta erillistä korvausta. Osallistumisenne on tärkeää, jotta voimme koota tuotoksen osteopatian mahdollisuuksista osana refluksikoiden hoitoa heidän oireidensa lievittämiseksi ja elämänlaadun parantamiseksi.

Valmis opinnäytetyö ja sen tuotos julkaistaan avoimesti Theseus-tietokannassa.

Ystävällisin yhteistyöterveisin opinnäytetyön tekijät,

Nimi: Mirva Alveal (ent. Turunen)

Puh: *** *****

Sähköposti: Mirva.Alveal@metropolia.fi

Nimi: Joose Pusa

Puh: *** *****

Sähköposti: joose.pusa@metropolia.fi

Nimi: Julia Sieppi

Puh: *** *****

Sähköposti: julia.sieppi@metropolia.fi

Liite 2.

Suostumus teemahaastatteluun osallistuvalla

Tämä on kirjallinen tiedoksianto Teemahaastatteluun osallistumisesta, joka toteutetaan tiedonhankinnan osana Metropolia Ammattikorkeakoulun osteopaattipiskelijöiden opinnytyötä 'Gastroesofagelaainen refluksitauti – Osteopatian mahdollisuudet osana refluksikon hoitoa'. Suullinen suostumukseni sekä ymmärrykseni teemahaastattelun tarkoituksesta ja oikeuksistani prosessin aikana varmennetaan sekä tallennetaan etänä toteutettavan haastattelun äänitallenteen tekemisen yhteydessä.

Olen saanut sekä suullista, että kirjallista tietoa opinnytyön aiheesta ja sen aineistonhankinnan menetelmänä käytettävästä teemahaastattelusta. Tiedän, että teemahaastattelun pohjalta saatua aineistoa avataan opinnytyössä anonymisti henkilötietolain edellyttämällä tavalla, tuodaan esiin osteopaattisia lähestymistapoja ja kuvataan näkemyksiä osteopaattisen hoidon vaikuttavuudesta refluksikon oireiden lievittämiseksi. Tiedän, että opinnytyön pohjalta koottavan tuotoksen on tarkoitus tuoda esille osteopatian mahdollisuuksia osana refluksikon hoitoa.

Ymmärrän, että osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja minulla on mahdollisuus keskeyttää prosessi milloin tahansa suullisesti tai kirjallisesti syytä ilmoittamatta ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän prosessin tai peruutan suostumukseni, siihen mennessä antamaani haastattelumateriaalia voidaan käyttää osana opinnytyön toteutusta. Tiedän, että aineisto kerätään, tallennetaan ja käsitellään anonymisti. Tiedän, ettei aineistoa luovuteta ulkopuolisille tahoille, eikä sitä käytetä muuhun kuin opinnytyöprosessiin. Tiedän, että kerätty aineisto hävitetään opinnytyön valmistumisen jälkeen.

Liite 3.

Teemahaastattelurunko

1. *Mitä hyötyä osteopaattisesta hoidosta voi olla refluksikolle?*

- Millaista hyötyä asiakkaat ovat kokeneet saavansa osteopaattisesta hoidosta?
- Oletteko huomanneet, että refluksikoiden lääkkeiden käyttö olisi muuttunut osteopaattisen hoidon myötä?

2. *Millaisia lähestymistapoja käytät refluksikon osteopaattisessa hoidossa?*

- Millaisia lähestymistapoja käytätte refluksikon osteopaattisessa hoidossa?
- Oletteko huomanneet, että refluksia sairastavilla olisi joitakin tiettyjä yhteneväisiä somaattisia dysfunktioita?
- Mitä osteopaattisia tekniikoita olette käyttäneet refluksikon hoidossa?
- Minkä tekniikoiden tai lähestymistapojen olette huomanneet olevan tehokkaimpia asiakkaan oireiden lievittämisessä?

3. *Kuinka osteopaatit näkevät osteopaattisen hoidon tehokkuuden osana refluksikon oireiden lievittämistä?*

- Miten arvioit osteopaattisen hoidon tehokkuuden refluksitaudin hoidossa?
- Käyntikertojen keskimäärä mahdollisen hoidon vaikuttavuuden havaitsemiseksi?
- Miten arvioitte asiakkaan oman toiminnan ohjauksen osana hoidon vaikuttavuutta?

Liite 4.

Näyte aineiston analyysistä

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi, analyysikysymys: Mitä konkreettisia muutoksia osteopaattisella hoidolla on saavutettu refluksikon elämässä?			
Integroiva kirjallisuuskatsaus:			
1. Alkuperäisilmaus	2. Suomennos	3. Pelkistys	4. Alaluokat
These preliminary findings indicate that the application of the MFR protocol we used in this study decreased the symptoms and PPIs usage and increased the quality of life of patients with non-erosive GERD up to four weeks after the end of the treatment.	Nämä alustavat löydökset indikoivat, että tässä tutkimuksessa käyttämämme MFR-protokolla vähensi oireita ja PPI-käyttöä ja lisäsi elämänlaatua ei-erosiivisillä GERD-potilailla neljä viikkoa hoidon päättymisen jälkeen	MFR:n vaikutus oireiden ja PPI-käytön vähenemiseen GERD-potilailla	Lääkkeiden käytön vähentäminen
One week after the last treatment, the use of medication was found to be significantly lower ($p=0.05$) in the OMT group compared with the control group (Table 2)	Viikko viimeisen hoidon jälkeen lääkkeiden käytön havaittiin olevan huomattavasti vähäisempää OMT-ryhmällä verrattuna kontrolliryhmään.	Lääkkeiden käytön vähentäminen OMT:n avulla	
In the OMT group, 4 of 21 patients using PPIs before treatment stopped this medication. In addition, one patient stopped the H2 treatment, and four patients stopped the antacid medication.	OMT-ryhmässä neljä 21:stä potilaasta, jotka käyttivät PPI:tä ennen hoitoa, lopettivat niiden käytön. Lisäksi yksi potilas lopetti H2-hoidon ja neljä potilasta lopetti antasidi-lääkityksen.	Lääkkeiden käytön lopettaminen OMT:n avulla	Lääkkeiden käytön lopettaminen
The GERD-related symptoms were reported by 12 patients at baseline but only by two patients one week after the last OMT, three patients at three months follow-up and five	GERD liitännäisoireista raportoi 12 potilasta lähtötilanteessa, mutta vain kaksi 1 viikon seurannassa, kolme potilasta 3 kk seurannassa sekä 5 henkilöä 1 vuoden seurannassa.	GERD:n liitännäisoreet vähenivät viikosta vuoden seuranta-aikaan	GERD liitännäisoreiden väheneminen
Teemahaastatteluaineisto:			
Ja osa on myös sitten päässy niistä happosalpaajista eroon.		Lääkkeiden käytön lopettaminen osteopaattisen hoidon avulla	Lääkkeiden käytön lopettaminen
Et oireet on myös sitten lopulta kadonnut. Ei kaikilla tietenkään.		Oireiden poistuminen osteopaattisen hoidon avulla	Oireiden poistuminen
Ja se on myös yks iso osalu, kun se oirehdinta lievenee, niin ne uskaltautuu syömään muiden ihmisten edessä.		Oireiden lieventyessä kynnys julkiseen ruokailuun madaltuu.	Kynnys julkiseen ruokailuun madaltuu

Liite 5.

Osteopaattisen hoidon vaikutukset refluksikon oirekuvaan ja elämänlaatuun

