



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Riikka Hämäläinen ja Johanna Kuittinen

Fysioterapeuttisia ohjeita kaularankaleikkauksen jälkeen

Kirjallisen potilasohjeen sisältö

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapia (AMK)

Fysioterapeutti

Opinnäytetyö

22.10.2018

Tekijät Otsikko	Riikka Hämäläinen ja Johanna Kuitinen Fysioterapeutin ohjeita kaularankaleikkauksen jälkeen – Potilasohje Töölön sairaalalle
Sivumäärä Aika	20 sivua + 1 liite 22.10.2018
Tutkinto	Fysioterapia (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Fysioterapeutti
Suuntautumisvaihtoehto	Fysioterapeutti
Ohjaajat	Fysioterapian lehtori Sirpa Ahola Fysioterapian lehtori Leena Piironen
<p>Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Töölön sairaalassa tehdään vuosittain noin 600 kaularankaleikkausta. Elektiivisen kaularankaleikkauksen taustalla yleisimpiä syitä ovat kaularangan välilevytyrä tai spinaalinen ahtauma, jotka aiheuttavat kovia ja pitkäkestoisia säteilykipuja sekä lihasvoimapuutoksia yläraajoihin. Leikkauksessa pyritään vapauttamaan hermojuuri tai selkäytimen pinne. Leikkauksella saadaan yleensä hyvä vaste kipuun ja puutumisoireisiin.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Töölön sairaalalle kaularankaleikkauksen itsehoito-oppaan sisältö 6 viikon toipilasajalle. Sisältö koostuu liikeharjoitteista kuvineen ja ohjeista arkeen. Tavoitteena on, että opas olisi apuna fysioterapeuttien päivittäisessä työssä. Opas lisää potilaiden tietoutta leikkauksen jälkeisestä kuntoutuksesta, kannustaa heitä liikkumaan ja toimimaan arjessa. Lisäksi oppaan tavoitteena on vahvistaa potilaan motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta omassa kuntoutumisessaan antamalla konkreettista keinoja, joilla edistää omaa paranemista. Potilas saa A5-kokoisen oppaan kotiin. Opinnäytetyössä käydään läpi potilaan hoidossa huomioitavia biopsykososiaalisia asioita, kuten liikkumisen pelkoa, vääriä uskomuksia ja kivun katastrofointia.</p> <p>Opinnäytetyön aineisto kerättiin lukuvuoden 2017-2018 aikana alan kirjallisuudesta, lehdistä ja tietokannoista. Lähdemateriaalina hyödynnettiin myös keskusteluja Töölön sairaalan neurokirurgisen osaston fysioterapeuttien kanssa. Ratkaisevaa kuntoutumiselle on potilaan oma aktiivisuus ja positiivinen asenne. Fysioterapeutin tulisi pystyä huomioimaan potilaan yksilölliset tarpeet ja voimavarat, jotta potilas voisi toimia mahdollisimman itsenäisesti kotiutuksen jälkeen ja ottaa vastuuta omasta kuntoutumisestaan.</p>	
Avainsanat	kaularanka, diskusprolapsi, spinaalistennoosi, kaularankaleikkaus

Authors Title	Riikka Hämäläinen, Johanna Kuittinen Instructions After Cervical Spine Surgery – Patient’s Guide
Number of Pages Date	20 pages + 1 appendices 23 October 2018
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Physiotherapy
Specialisation option	Physiotherapy
Instructors	Sirpa Ahola, Senior Lecturer Leena Piironen, Senior Lecturer
<p>Approximately 600 cervical disc surgeries are performed in the The Hospital District of Helsinki and Uusimaa, at Töölö Hospital annually. The most common reasons for elective cervical surgery are a prolonged and radiating pain to the upper limbs caused by spinal stenosis and cervical disc prolapse. In case of muscle weakness and numbness, surgical treatment may also be considered.</p> <p>The purpose of the surgery is to relieve the spinal cord or nerve root pressure. The patient is discharged from the hospital on the following day after surgery. The surgery will generally provide a good relief on radiating pain and numbness.</p> <p>The purpose of our Bachelor’s Theses was to produce the content for a patient’s guide for the six-week convalescence for the Hospital. The content includes written instructions for daily life activities, exercises and photos. The aim of the Thesis is that the patient’s guide would be a tool for the physiotherapists. The guide will give information to the patients about the convalescence and encourage them to exercise and be active in their daily life. In addition, the guide should promote patient’s motivation and capability giving concrete techniques to ease the rehabilitation. Patients will get the A5-size leaflet to take home. The Thesis includes also biopsychosocial aspects concerning patient’s treatment such as fear of movement, misbeliefs of the pain and pain catastrophizing.</p> <p>The material was searched during September 2017- October 2018 in online databases, literature and publications. Discussions with the physiotherapists of the Hospital neurosurgical department were also used as an important information source. Determinant for the patients’ recovery is their own physical activity and positive attitude. Physiotherapist should recognize each patient’s own individual needs and resources so that the patient could be as independent as possible and take responsibility of his own rehabilitation.</p>	
Keywords	cervical spine, cervical disc prolapse, spinal stenosis, neurosurgery, cervical discectomy, patient’s guide

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	2
3	Potilaan ohjauksessa huomioitavat asiat	3
3.1	Liikkumisen pelko	5
3.2	Pystyasennon linjaus	6
4	Kaularangan elektiivinen leikkaushoito	8
5	Fysioterapeuttinen harjoittelu	10
6	Potilaan ohjaus	12
6.1	Kirjallisen oppaan lähtökohdat	13
6.2	Potilaan oppaan toteutus	14
7	Pohdinta	16
	Lähteet	18
	Liitteet	
	Liite 1. Fysioterapeutin ohjeita kaularankaleikkauksen jälkeen	

1 Johdanto

Elektiivisen kaularankaleikkauksen jälkeen potilaat kotiutuvat jo useimmiten seuraavana päivänä. Fysioterapeutit tapaavat potilaan yleensä kerran hoitajakson aikana, jolloin he ohjaavat potilaalle 6 viikon toipilasajan ohjeet. Fysioterapeuttien haasteena on tunnistaa ne potilaat, jotka tarvitsisivat enemmän tukea ja kannustusta arkeen palatessaan. Kannustava ohjaus ja oikeat sanavalinnat voivat olla avain potilaan hyvään kuntoutumiseen. (Töölön sairaala 2018.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Töölön sairaalassa tehdään vuosittain noin 600 kaularankaleikkausta, joista suurin osa tehdään etukautta eli anteriorisesti (Töölön sairaala 2018). Elektiivisen kaularankaleikkauksen taustalla yleisimpiä syitä ovat kaularangan välilevytyrä tai spinaalinen ahtauma, jotka aiheuttavat kovia ja pitkäkestoisia säteilykipuja sekä lihasvoimapuutoksia yläraajoihin (Kauranen 2017: 66). Yleisin hoitomuoto on leikkaushoito, mikäli 4-6 viikon konservatiivinen hoito ei tehoa. Leikkauksella saadaan yleensä hyvä vaste kipuun ja tuntopuutoksiin, mutta jo kehittyneet lihasatrofiat eivät enää korjaannu. (Leinonen – Jääskeläinen 2018.)

Anteriorisen dekompressio-leikkauksen jälkeen 57 % potilaista toipuu hyvin, mutta moni kärsii kroonistuneesta niskakivusta ja niskan liikkeiden häiriöistä. (Ylinen ym. 2003: 1046.) Leikkauksen jälkeen kipua ja liikerajoituksia lisää potilaan pelko ja arkuus palata normaaleihin arjen toimintoihin. Potilaan epäedullinen etukumara ryhti kuormittaa niskahartiaseutua ja saattaa pitkittää toipumista. (Töölön sairaala 2018.)

Fysioterapiaa käytetään kaularangan ongelmassa konservatiivisena hoitomuotona. Leikkaukseen päädyttyäessä fysioterapia on osa moniammatillista pre- ja postoperatiivista hoitoa. Postoperatiivisessa kuntoutuksessa fysioterapiaa käytetään potilaan toimintakyvyn palauttamiseksi, missä potilaan oma fyysinen aktiivisuus on ratkaiseva tekijä. Psykologiset ja sosiaaliset riskitekijät, kuten masennus, stressi, väärät uskomukset tai työyhteisön vähäinen tuki voivat olla esteenä potilaan kuntoumisessa. (Wibault 2015: 10–13.)

2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa sisältö Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Töölön sairaalan kaularankaleikatun potilaan toipilasajan oppaaseen. Sisältö käsittää liikeharjoitteet kuvineen sekä kirjalliset ohjeet arkeen. Tavoitteena on, että opas olisi apuna fysioterapeuttien päivittäisessä työssä. Opas lisää potilaiden tietoutta leikkauksen jälkeisestä kuntoutuksesta sekä kannustaa heitä liikkumaan ja toimimaan arjessa. Lisäksi oppaan tavoitteena on vahvistaa potilaan motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta omassa kuntoutumisessaan antamalla konkreettista keinoja, joilla edistää omaa paranemista. Opas toimii myös potilaan muistilistana siitä, mitä fysioterapeutin kanssa on puhuttu.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena. Toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena syntyy jokin ammatilliseen kenttään liittyvä konkreettinen tuotos. Se voi olla esimerkiksi jokin tuote, ohje, ohjeistus, opas tai tapahtuma. Oleellisinta on, että toiminnallinen opinnäytetyö yhdistää teorian ja käytännön ja on käytännönläheinen, työelämälähtöinen ja alan tietoja ja taitoja osoittava. (Vilka – Airaksinen 2003: 9–10.) Tämän opinnäytetyön tuotoksena on kaularankaleikatulle potilaalle tarkoitettu toipilasajan opas.

Opinnäytetyöhön on haettu uusinta tutkittua tietoa potilaan ohjauksesta, liikkumisen pelosta, ryhdin tarkastelusta sekä kaularankaleikatulle potilaalle soveltuvista harjoitteista. Näistä rakentuu opinnäytetyömme tutkimuksellinen osuus eli selvitys. Tutkimuksellinen selvitys on osa toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapaa konkreettisen tuotoksen lisäksi. Tutkimuskäytäntöjä käytetään toiminnallisissa opinnäytetyöissä hieman väljemmässä merkityksessä kuin varsinaisissa tutkimuksellisissa töissä. Tutkimus on lähinnä selvityksen tekemistä ollen näin ennen kaikkea yksi tiedonhankinnan apuväline. (Vilka – Airaksinen 2003: 56–57.)

3 Potilaan ohjauksessa huomioitavat asiat

Viime vuosikymmenien ajan perinteisen biomedikaalisen kipukokemusmallin rinnalle on noussut biopsykososiaalinen malli. Biomedikaalinen malli korostaa kipua kudosisvauriona tai merkinä patologiasta, kun taas biopsykososiaalinen viitekehys laajentaa kipukokemuksen käsitettä sosiaalisesti ja psykologisesti. Biopsykososiaalisessa mallissa otetaan yksilöllisesti huomioon esimerkiksi potilaan aiemmat kipukokemukset, stressi, henkisesti kuormittavat tunteet, liikkumisen pelko sekä vääränlaiset uskomukset. (Overmeer – Boersma 2016: 3–4,16.) Käypä hoito 2014 -suosituksen mukaan psykososiaaliset tekijät kuten, työn suuri määrä, työtovereiden vähäinen sosiaalinen tuki, heikot vaikuttamismahdollisuudet ja huono työtyytyväisyys, saattavat suurentaa niskakivun riskiä (Käypä hoito 2014.)

Psykologiset ja sosiaaliset riskitekijät saattavat vaikuttaa potilaan paranemiseen ja fysioterapeuttien tulisi tunnistaa nämä jo hoidon varhaisessa vaiheessa. Taipumus kivun katastrofointiin ja masennus korreloivat siihen, miten hyvin potilas vastaanottaa fysioterapeutin ohjausta ja ymmärtää sen viestin. Myös haitalliset uskomukset ja negatiiviset tunteet vaikuttavat tiedon ymmärtämiseen. Tällöin toimintakyvyn haitan ja hitaamman kuntoutumisen riski kasvaa. (Overmeer – Boersma 2016: 3–4,16.)

Biopsykososiaalisessa lähestymistavassa fysioterapeutti haastattelee ja tutkii potilaan kliinisesti, mutta tärkeää olisi myös auttaa asiakasta ymmärtämään kipua yleisemmin sekä huomioida potilaan oma historia. Fysioterapeutin tulisi esimerkiksi ottaa huomioon potilaan kipukäyttäytyminen, siihen liittyvä pelko, kipu-uskomukset, elämäntilanne stressitekijöineen ja mieliala. Potilaalle tulisi korostaa, että liikkuminen ja aktiivisuus on sallittua, kipu ei ole este liikkumiselle ja että kivun tuntemus ei merkitse aina vaaraa. (Overmeer – Boersma 2016: 3–4,16.) Kaularankaleikkauksen jälkeen kudokset ärtyvät ja haava-alue kipeytyy. Potilaan oppaassa kerrotaan, että kudosten kipeytyminen ja arkuus on normaalia toipilasaikana. Oppaassa pyritään positiivisilla sanavalinnoilla kannustamaan potilasta olemaan aktiivinen kivusta huolimatta.

Väärin uskomusten tai väärinkäsitysten välttämiseksi olisi tärkeää tarkistaa potilaan ymmärrys asiasta esimerkiksi refleктоimalla, yhteenvetoja tekemällä tai pyytämällä potilasta toistamaan läpikäyty asia. (Kessels 2003: 220.) Myös ammattilaisten käyttämä kieli voi vahvistaa potilaan vääränlaisia uskomuksia kivusta ja vaikuttaa siihen, miten potilas

käsittää fysioterapeutin antamat ohjeet ja miten hän niitä noudattaa. Uskomus, että aktiivisuus on haitallista, vahvistuu esimerkiksi sanavalinnoilla: ”lihaksesi eivät toimi”, ”on vaarallista nostaa” tai ”lopeta, jos tunnet kipua”. Myös hyvää tarkoittava ”liiku kivun sallimissa rajoissa” voi tarkoittaa hyvin aralle potilaalle, ettei hän liiku lainkaan. Fysioterapeutin haasteena on, kuinka luoda ja tukea positiivisia uskomuksia kivusta ja sen seurauksista sekä kuinka tukea potilaan kärsivällisyyttä kivun jatkuessakin. (Lin ym. 2013: 1–8.)

Potilaan väärin uskomusten ja katastrofioinnin syntymistä voidaan potilastilanteessa vähentää myös validoivalla vuorovaikutuksella. Validointi on puhetta, joka tunnistaa asiakkaan kokemukset todellisina. Se on fysioterapeutin keino ilmaista, että potilas on tullut ymmärretyksi. Validointi ei tarkoita sitä, että fysioterapeutti olisi samaa mieltä potilaan kanssa, mutta hyväksyy hänen mielipiteensä ja tunteensa. Fysioterapeutti ei aliarvioi eikä tuomitse potilaan ajatuksia vääriksi tai oudoiksi. (Linton – Boersma – Vangronsveld – Fruzzetti 2012: 593.)

Esimerkki invalidoivasta vuorovaikutuksesta on usein hoitosuosituksissakin suositeltu tapa asiakkaan vakuuttelusta. Vakuuttelun hyvänä tarkoituksena on vähentää potilaan huolta, pelkoa ja kipuun liittyvää stressiä, mutta vakuuttelun seurauksena voikin käydä niin, että huoli jopa lisääntyy ja potilas kokee, ettei hänen oireitaan ja kärsimystään oteta vakavasti. Potilaalle saattaa muodostua kuva, että fysioterapeutti ei usko hänen kokemuksiaan tai uskoo hänen olevan väärässä. Vakuuttelusta tulee invalidoivaa. Validoivassa vuorovaikutuksessa fysioterapeutti ei kiellä potilaan omaa näkemystä asiasta, vaan antaa vaihtoehdoisen selityksen, joka tulee osata perustella niin hyvin, että potilas luopuu omasta uskomuksestaan. (Linton ym. 2012: 593.) Kaularankaleikatun potilaan oppaassa perustellaan liikeharjoitteiden hyödyt, jotta potilas tietää miksi hänen olisi hyvä niitä tehdä.

Kokemuksellinen oppiminen on tehokas väline tiukassa olevien väärin uskomuksien muuttamiseen (Bunzli – McEvoy – Dankaerts – O’Sullivan - O’Sullivan 2016: 1406). Positiivisen kokemuksen kautta potilaan on helpompi hyväksyä uusi selitysmalli kuin vain antamalla hänelle asiasta tietoa. Esimerkiksi uudelle liikemallille asteittainen altistaminen ja pelättyjen ja vältettyjen liikkeiden palauttaminen ovat tehokkaita tapoja palauttaa poisjääneitä toimintamalleja. Potilasta voi ohjata uusiin liikemalleihin, kuten rangan asentoihin, manuaalisesti ja mielikuvia käyttäen. Vähitellen voi osoittaa potilaalle hänen uskomustensa ja kokemuksensa ristiriidan, jolloin prosessi kumoaa potilaan pelko-välttämiskokemuksiaan, jotta vahvistettaisiin hänen kykyään liikkua ja toimia vähemmällä kivun

tarkkailulla. Potilaan oppimia uusia toimintamalleja peilataan yhdessä terapeutin kanssa hoidon alussa asetettuihin tavoitteisiin ja mallit tuodaan välittömästi mukaan potilaan arjen toimintoihin vahvistaakseen potilaan minäpystyvyyden rakentumista. (O´ Sullivan – Caneiro – O´Keeffe – Smith – Dankaerts – Fersum – O´Sullivan 2018: 14–15.) Kaula-rankaleikatun potilaan oppaassa on tilaa omille muistiinpanoille, jonne potilas ja fysioterapeutti voivat yhdessä miettiä ja lisätä potilaan arkeen sopivia tapoja toimia.

3.1 Liikkumisen pelko

Koho (2015) on väitöskirjassaan tutkinut kipukäyttäytymisen, liikkumisen pelon, fyysisen toimintakyvyn ja toimintakyvyn haitan välisiä yhteyksiä. Tutkimuksen tarkoituksena oli muun muassa kehittää toiminnallinen arviointimenetelmä kipukäyttäytymisen arviointiin. Tutkimuksessa arvioitiin suomenkielisen Tampa Scale of kinesiophobia (TSK-FIN) -mittarin ominaisuuksia kroonisten kipupotilaiden moniammatillisessa kipukuntoutuksessa. Merkittävä löydös väitöskirjassa oli se, että moniammatillisella kuntoutuksella voitiin vaikuttaa liikkumisen pelkoon. Tulokset osoittavat, että liikkumisenpelko itsessään heikentää toimintakykyä enemmän kuin itse koettu kipu. Potilailla, joilla on liikkumisen pelko, on heikko toimintakyky, he kokevat enemmän kipua ja heillä kuntoutuminen ja toipuminen leikkauksista on hitaampaa. Samalla kivun kroonistumisen riski kasvaa. Tämän vuoksi ammattilaisten olisi tunnistettava potilaan pelko ja otettava se huomioon jo hoitosuunnitelmassa. (Koho 2015: 12–13, 63.)

Myös Koho esittelee väitöskirjassaan pelko-välttämiskäyttäytymisen mallin (Koho 2015: 19). Teoria syntyi tarpeesta selittää, miten ja miksi toisten potilaiden tuki- ja liikuntaelin-kivut kroonistuivat ja toisten eivät. Taustalla oli ajatus siitä, että pelko ja kipu yhdistettiin jo opittuun välttämiskäyttäytymiseen. Pelko-välttämiskäyttäytymisen mallissa keskellä on kivun pelko, johon voi suhtautua kahdella täysin eri tavalla: joko kohtaa kivun tai välttelee sitä. Kivun kohtaaminen johtaa ajan kanssa siihen, että pelko vähentyy. Yksilö elää arkeaan ja on toimintakykyinen kivusta huolimatta - ilman katastrofaalisia ajatuksia kivusta. Paraneminen on näin nopeampaa. Kivun välttely taas johtaa kivun pelkoon, katastrofaalisiin ajatuksiin, toimintakyvyttömyyteen ja masennukseen. Kipu koetaan uhkana. (Vlaeyen – Linton 2000: 317–319, 329.)

Strukturoitu postoperatiivinen fysioterapia vähentää potilaan pelon katastrofointia merkittävästi verrattuna standardoidun fysioterapian menetelmiin. Strukturoidussa postoperatiivisessa fysioterapiassa osallistujien kanssa käydään potilaskohtaisesti keskusteluja

esimerkiksi potilaan omista voimavaroista, stressinhallinnasta sekä hoidon tavoitteista. (Wibault ym. 2017a: 331–337.)

Opinnäytetyön tuotoksessa, kaularankaleikkauksen potilaan oppaassa halutaan positii-visilla sanavalinnoilla luoda potilaalle myönteinen kuva liikkumisesta. Välttämällä liiallisia kieltoja ja varoituksia vahvistetaan potilaan rohkeutta ja pystyvyyttä tarttua arkisiin toimiin antamatta liikkumisen pelolle valtaa.

Tutkimustieto ja toimeksiantajan toiveet kohtaavat hyvin potilaan opasta varten. Wibaultin ym. (2017) tutkimuksen tuloksiin perustuen ohjeeseen sisällytettiin neuvoja rentoutumisesta ja ergonomian tärkeydestä (Wibault ym. 2017a: 335–337.) Potilaan oppaassa on yhteensä 5 liikeharjoitetta: kaularangan syviä lihaksia aktivoivia ja olkanivelen liikettä ylläpitäviä harjoitteita. Oppaassa korostetaan ryhtiä, rentoutta, yleisen aktiivisuuden ylläpitämistä ja sen lisäämistä arjen toiminnoissa.

3.2 Pystyasennon linjaus

Keskusteluissa Töölön sairaalan fysioterapeuttien kanssa tuli esiin, että kaularankaleikkauksen jälkeen potilaiden pystyasento jää helposti etukumaraksi ja pää tippuu eteen hartioiden väliin. Tämän vuoksi potilaan oppaassa on muistutuksia hyvästä ryhdistä ja liikeharjoitteita sen ylläpitämisen helpottamiseksi.

Hyvässä ryhdissä keho jaksaa pitää rakenteille optimaalista asentoa eikä mihinkään yksittäiseen osaan kohdistu liikaa sisäisiä ja ulkopuolisia voimia. Huono ylävartalon ryhti lisää niskahartiaseudun kipuja sekä epäedullista kuormitusta. Jo pelkkä pään asennon ylläpitäminen pystyssä vaatii kaularangan lihaksilta aktiivista lihastyötä. Esimerkiksi pään etukumara-asento kuormittaa kaularangan alimpia nikamia kolminkertaisesti sekä lisää lihastyötä moninkertaisesti optimaaliseen pystyasentoon verrattuna. Myös jännittyneet hartialihakset aiheuttavat rangalle puristavaa kuormitusta. (UKK n.d.)

Kun optimaaliset linjaukset muuttuvat, muuttuvat myös normaalit liikemallit kehoa enemmän kuormittaviksi ja näin ollen kudoksiin syntyy mikrotraumoja. Mikrotraumojen taustalla voivat olla muutokset nikamien liikkeissä, ylläpidetty huono asento, yksittäinen liike liiallisen kuorman kanssa tai tietynlainen toistoliike. Asennon ja liikkeen kehittäminen ovat merkittäviä tekijöitä vammojen ehkäisyssä ja kuntoutumisessa. (Sahrmann 2002: 3–5.)

Kaularangan syvät ekstensorit ovat tärkeitä lihaksia pään pystyasennon ylläpitämisen kannalta. Syvät ekstensorit tukevat kaularangan lordoosia ja yhdessä syvien fleksoreiden kanssa estävät pään työntymistä eteen. (Jull – Sterling – Falla – O’Leary – Treleaven 2008: 25.) Pään eteenpäin työntynyt asento on tyypillinen asentovirhe, joka aiheuttaa niska- ja hartiakipuja sekä myös päänsärkyä (McDonnell 2011: 58, 66).

McDonnell (2011) jakaa niskan liikehäiriöt häiriytyneen liikesuunnan mukaisesti. Yleisin näistä häiriöistä on ekstensorotaatiosuuntainen häiriö, jossa pää on eteenpäin työntynyt ja kiertynyt tai taipunut sivulle. Toiseksi yleisin häiriö on ekstensiosuuntainen liikehäiriö, jossa tyypillinen asentovirhe on myös pään eteenpäin työntyminen. Tämä johtuu kaularangan ojentajien ja koukistajien lihasepätasapainosta, mutta asentovirheeseen vaikuttaa merkittävästi myös rintarangan ja lavan asento. Rintaranka on usein kyfoottinen ja lavat ovat joko depressiossa tai abduktiossa. (McDonnell 2011: 58–65.)

Kang ym. (2018) ovat tutkineet, että lavan seudun lihasten (m. trapeziuksen ala- ja yläosat, m. serratus anterior ja m. sternocleidomastoideus) stabilointiharjoitukset parantavat ryhtiä ja pään edullista keskiasentoa paremmin kuin niskalihasten stabilointiharjoitteet. Tutkimuksessa todetaan, että tavoitteen ollessa parempi pään asento ja niskan hyvä linjaus yleisemmin ja tavallisimmin suositaan vain kaulan syvien fleksoreiden harjoitteita. Tutkimukseen osallistujat, joilla oli pään asento edessä, hyötyivät kuitenkin huomattavasti enemmän lavan kuin niskalihasten stabilointiharjoitteista. Lavan seudun harjoitteet korjasivat myönteisesti myös osallistujien olkapäiden eteenpäin kääntynyttä asentoa, jolloin myös ryhti kohentui. (Kang ym. 2018: 804–807.)

Oppaaseen on valittu harjoite, jossa potilas liu’uttaa takaraivoa seinää pitkin ylöspäin, minkä tarkoituksena on aktivoida kaularangan syviä lihaksia, jolloin potilas hahmottaisi optimaalisen pään asennon konkreettisemmin ja ryhdin ylläpitäminen helpottuisi. Myös oppaassa oleva soutilike aktivoi lavanlähentäjälihaksia ja auttaa potilasta tunnistamaan lavan seudun lihakset. (Kuminauhajumppa - liikettä yläselälle! n.d.) Oppaaseen on varattu oma kappaleensa kuvineen hyvästä pystyasennon linjauksesta ja sen tärkeyttä korostetaan jokaisen liikeharjoitteen kohdalla, jotta potilas oppisi huomioimaan sitä myös arjessa.

4 Kaularangan elektiivinen leikkaushoito

Yleisimpiä elektiivisen kaularankaleikkauksen syitä ovat kaularangan välilevytyrä, spinaalinen ahtauma ja niiden aiheuttama säteilykipu ja sitä myöten toimintakyvyn heikentyminen. Painava syy leikkaukselle on myös selkeä lihasheikkous (Kauranen 2017: 66–68.)

Välilevytyrä eli prolapsus disci intervertebralis tarkoittaa sitä, että nikamavälilevyn ydin, nucleus pulposus, pääsee painamaan rengasmaista syykerrosta ulospäin tai tunkeutumaan repeytyneen syykerroksen läpi painaen hermoa. Kun pullistuman suunta on dorsaalinen, se saattaa saada hermojuuren puristuksiin mekaanisesti tai aiheuttaa kemiallisen ärsytyksen tai tulehdusreaktion. Tilaa kutsutaan kaularankaoireyhtymäksi, latinaksi syndroma cervical. Pullistuma saattaa painaa myös selkäydintä, jolloin tilaa kutsutaan ydinkompressioksi, latinaksi myelopathia cervicales. Kaularankaoireyhtymän oireita hermojuuripinteessä ovat säteilykipu, pistely, tunnottomuus ja lihasheikkous hartiassa ja yläraajassa. Kaularankaoireyhtymän muita oireita saattavat olla yläraajan jännereflexien heikentyminen, lihasten surkastuminen, lämpö- ja tärinä-tunnon lasku, käsien motoriikan lasku, lihasnykinät, painetunnon heikkeneminen ja tuntopuutokset. Ydinkompressiossa oireina voi esiintyä myös säteilyoireita muualla kehossa sekä alaraajoissa. Selkäydinkompressio lisää alemman motoneuronin toimintaa, minkä vuoksi saattaa esiintyä primitiivireflexien voimistumista (Babinskin testi on positiivinen). Yleensä välilevytyrää nähdään C5-C6- ja C6-C7-nikamaväleissä. Välilevytyrä parantuu usein spontaanisti, eikä muuta hoitoa tarvita. Tieto vaivan hyvin mahdollisesta, spontaanista parantumisesta yleensä helpottaa ja nopeuttaa potilaan paranemisprosessia. Leikkaushoitoa harkitaan, mikäli vaiva ei ole helpottanut 4–6 viikon konservatiivisen hoidon jälkeen tai potilaalla on sietämättömiä kipuja ja vaikeita halvausoireita (Kauranen 2017: 66–68.)

Spinaalistenosissa selkäydinkanavassa kulkevat hermot joutuvat puristuksiin joko sentraalisesti, lateraalisesti tai molemmat suunnat yhtä aikaa. Selkäydinkanava ahtautuu joko iän tuoman rappeuman vuoksi syntyneiden luupiikkien, välilevyvaurioiden tai fasettivelien kulumien vuoksi. Stenoosin voi aiheuttaa myös reuma, synnynnäiset poikkeavuudet tai artroosi. Myös osteoporoosi voi aiheuttaa kompressiomurtumia ja näin myös spinaalistenosia. Alussa spinaalistenosin oire on yläraajojen kömpelyys. Kipu, tuntopuutokset ja katkokävely voivat tulla vasta myöhemmin. Pahimmassa tapauksessa spinaalistenosio voi johtaa tetraplegiaan. (Kauranen 2017: 70.)

Kaularanganleikkauksessa viilto tehdään yleensä henki- ja ruokatorven kohdalle isojen verisuonten väliin kaularangan anterioriselle puolelle. Tämän jälkeen paikannetaan oikea nikamaväli, joka tyhjennetään ja prolapsi poistetaan kaulaydinkanavasta takaligamentin avauksen jälkeen. Nikamaväliin laitetaan holkki, joka jäykistää nikamavälin. (Leinonen – Jääskeläinen 2018.)

Yleensä potilas kotiutuu 24 tuntia leikkauksen jälkeen, mikäli harvinaisen kaulan valtimoverenvuodon mahdollisuus on poissuljettu. Selkäytimen ja hermojuuren vauriot ovat harvinaisia, mutta n. laryngeus recurrensin vaurio on mahdollinen, jolloin se ilmenee äänen käheytenä. Tämä kuitenkin jää harvoin pysyväksi. Yläraajan säteilykiput helpottuvat oikein ajoitetulla leikkauksella ja myös kaulaydinpinteen tetrapareesi voi parantua erinomaisesti. Mikäli pinnetila on jatkunut pitkään ja yläraajaan on kehittynyt lihasatrofiaita, ne eivät leikkauksen jälkeen korjaannu. (Leinonen – Jääskeläinen 2018.)

Kaularangan leikkauksen jälkeen potilaat toipuvat leikkauksesta yleensä hyvin. 43 % potilaista tuntee kuitenkin kohtalaista tai kovaa kipua. Subjektiiivinen kipu ja toimintakyvyn heikkeneminen yhdistetään alentuneisiin kaularangan liikeratoihin ja lihasvoimaan. (Ylinen ym. 2003: 1043.) Töölön leikkaava lääkäri kertoo, että leikkauksen jälkeen hermo-kipu yleensä häviää, mutta tilalle tulee usein tension neck-tyyppinen kipu. Kipu johtuu potilaan asennosta leikkauksen aikana, jolloin kaularanka on ääriekstensiossa. Leikkauksen jälkeen kipua ja lihaskireyttä lisää entisestään myös potilaan yleinen arkuus ja pelko lähteä liikkeelle. (Töölön sairaala 2018.)

5 Fysioterapeuttinen harjoittelu

Kaularankaleikkauksen jälkeen alkaa noin 6 viikon mittainen toipilasaika, jolloin voi ilmetä kipua ja turvotusta leikatulla alueella. Kudosvaurio, tulehdusreaktio ja turvotus aiheuttavat leikkauksen jälkeisen kivun. Leikkauskipu on kuitenkin yleensä lyhytaikaista ja lievittyy haavan parantuessa. (Terveyskylä.) Toipilasaikana ei tarvitse rajoittaa liikkumista ja aktiivisuutta, mutta tarkoituksena on välttää ääriliikkeitä ja venytyksiä sekä raskaita nostoja. Potilaalle korostetaan rentouden ja yleisen aktiivisuuden merkitystä paranemisen edistämiseksi. (Töölön sairaala 2018.)

Kaularankaleikatut potilaat on jätetty useimpien tutkimusten ulkopuolelle, koska heillä on spesifinen diagnoosi. Heidät mielletään usein kroonisesta kivusta kärsiviksi. Juuri spesifisen diagnoosin vuoksi heidän kuntoutuksestaan ja yksilöllisen fysioterapian hyödyistä on vähän tutkimustietoa. (Peolsson ym. 2014: 1471.)

Standardoidun ja strukturoidun fysioterapian eroja on vertailtu kaularankaleikatun potilaan kuntouksessa. Standardoidussa postoperatiivisessa tapaamisessa kaularankaleikattu potilas saa kotiin ohjeet, kuinka toimia 6 viikon ajan leikkauksen jälkeen. Tässä potilasohjeessa korostetaan hyvän ryhdin ja ergonomian merkitystä. Potilaalle kerrotaan myös liikerajoituksista, ja kuinka harjoittaa olkanivelen liikkuvuutta. (Wibault ym.2017a: 333.) Töölön sairaalassa ohjataan potilaille vastaavia toipilasajan harjoitteita, joissa erityisesti korostetaan myös ylävartalon rentoutta ja hyvää ryhtiä. (Töölön sairaala 2018.) Nämä asiat huomioidaan myös kaularankaleikatun potilaan oppaan sisällössä niin ku- vissa kuin liikeharjoitteiden ohjeistuksissa.

Standardoidussa ryhmässä potilaat tapasivat 6 viikon toipilasajan jälkeen fysioterapeutin vielä kerran, jolloin he saivat kaularangan liikkuvuusharjoitteiden ohjeet mukaan kotiin tehtäväksi (Wibault ym. 2017a: 333). Töölön sairaalan fysioterapeutti puolestaan soittaa 6 viikon jälkeen potilaalle ja keskustelee tämän voinnista. Mikäli jatkohoidon tarvetta esiintyy, ohjataan potilas jatkofysioterapiaan. Potilaita kannustetaan palaamaan normaaleihin arkirutiineihin 6 viikon toipilasajan jälkeen. (Töölön sairaala 2018.)

Tutkimuksen strukturoidussa postoperatiivisessa fysioterapiassa toipilasajan ohjeet olivat samat ensimmäiselle 6 viikolle kuin standardoidussa postoperatiivisessa fysioterapiassa. Strukturoidussa postoperatiivisessa fysioterapiassa potilaat tapasivat terapeutin 6

viikon toipilasajan jälkeen kerran viikossa seuraavien 6 viikon ajan, minkä jälkeen tapauksia oli 2 kertaa viikossa puolen vuoden ajan. Fysioterapeutin kanssa he harjoittelivat progressiivisesti kaularangan, lapaluun ja keskivartalon lihasvoimaa lisääviä harjoitteita. Lihaskuntoharjoittelun lisäksi fysioterapeutti analysoi keskustellen ja erilaisia mittareita käyttäen potilaan tavoitteiden asettamisen kykyä, minäpystyvyyden tunnetta sekä tuki potilaan ongelman ratkaisukykyä edistäviä keinoja. (Wibault ym. 2017a: 332.)

Kuuden kuukauden seurannan jälkeen strukturoidun ja standardoidun postoperatiivisen fysioterapian tulosten ainoa ero oli, että strukturoidussa fysioterapiassa potilaiden odotukset onnistuneesta hoidosta ylittyivät. Niin strukturoidussa kuin standardoidussa hoidossa kipuun ylireagoiminen ja kivun useus vähenivät. Yli puolet standardoituun hoitoon osallistuneista potilaista koki kuitenkin tarvetta lisähoidolle oireiden pitkäkestoisuuden vuoksi. Näin ollen yksilöllisellä fysioterapialla on mahdollisesti paremmat vaikutukset kuin standardoidulla fysioterapialla. Haasteena onkin tunnistaa nämä lisähoidon tarpeessa olevat potilaat. Lihasvoimassa ja liikkuvuudessa ei löytynyt eroja terapioiden jälkeen. Tutkimuksessa todetaan, että kaularankaleikatut voivat tehdä spesifejä kaularangan harjoitteita turvallisesti ja vapaasti 6 viikon toipilasajan jälkeen, joten potilasta voidaan kannustaa palaamaan raskaampiinkin liikuntaharrastuksiin 6 viikon toipilasajan jälkeen. (Wibault ym. 2017a: 335–336.)

Vuonna 2018 tehdyssä systemaattisessa katsauksessa todettiin, ettei fysioterapeutti-
sesta hoitolinjasta kaularankaleikkauksen jälkeen löydy konsensusta. Katsauksen tarkoitus oli selvittää, löytyykö tutkimukseen perustuvaa tietoa kaularangan myelopatian postoperatiivisen fysioterapian vaikutuksista. Katsauksessa oli mukana 287 artikkelia ja kävi ilmi, että tutkittuun tietoon pohjautuvaa postoperatiivista yhtenäistä hoitolinjausta kaularankaleikatulle potilaalle ei ole eikä fysioterapian hyödyistä tai haitoista ole selkeää näyttöä. (Badran ym. 2018: 1170.)

Vaikka kaularankaleikkauksen jälkeisen fysioterapian hyödyistä eikä haitoista löydy tutkimukseen perustuvaa tietoa, moni potilaista kuitenkin kokee tarvitsevansa lisähoitoa ja -tukea kuntoutumisessaan (Wibault 2017b: 7). Potilaan postoperatiivisessa fysioterapiassa on otettava huomioon potilaan mahdolliset muut sairaudet, apuvälinetarve ja läheisten tuen puute kotona. Potilaan yksilölliset tarpeet ja voimavarat vaikuttavat kuntoutumisen kulkuun.

6 Potilaan ohjaus

Potilaalla on oikeus saada tietoa omaa hoitoa koskevista seikoista, hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon vaikuttavista asioista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 §5). Tietoa potilaan hoidosta tulee antaa hänelle selkeästi ja ymmärrettävästi ottaen huomioon hänen elämäntilanne, voimavarat ja muut hoitoon vaikuttavat asiat (Kyngäs ym. 2007: 16–17). Ohjaustilanteissa potilas ja ohjaaja toimivat yhdessä tasa-arvoisessa suhteessa. Potilas toimii aktiivisena ongelmanratkaisijana, ja ohjaaja auttaa häntä päätöksenteossa. (Kyngäs ym. 2007: 26–27.)

Kirurgiset potilaat ovat sairaalassa yleensä vain lyhyen aikaa, joten heille järjestetään lyhyet pre-, intra- ja postoperatiiviset ohjaukset. Vaikka leikkauksiin liittyvät ohjaustilanteet ovatkin samantyyllisiä, on niissä otettava huomioon potilaan ikä, fyysinen kunto ja henkilökohtaiset tarpeet. Esimerkiksi ikääntyneiden potilaiden kohdalla haasteena saattaa olla heikko näkökyky, muistihäiriöt tai huonontunut fyysinen kunto. Ohjaukseen vaikuttavat myös potilaan psyykkiset tekijät sekä se, millaisia uskomuksia ja odotuksia potilaalla on hoidosta ja sen vaikutuksista. Hoidon tuloksiin vaikuttaa lisäksi se, kuinka tärkeäksi potilas kokee ohjauksessa saamansa tiedon. (Kyngäs ym. 2007: 32–33.)

Ohjaustilanteissa aika on usein rajallinen, mutta silti ohjaus on suunniteltava tarkasti ja paikka valittava hyvin. Liian hälyinen ympäristö voi vaikuttaa ohjaukseen. Myös ohjauksen ajoitus on suunniteltava hyvin, jotta potilas on vastaanottavaisempi ja ohjauksessa saatu tieto ymmärretään paremmin. Hyvän ilmapiirin luominen on erityisen tärkeää, jolloin potilas tuntee tilanteen turvalliseksi ja luottamukselliseksi. Potilasta on syytä kannustaa kysymysten esittämiseen epäselviksi jääneiden asioiden osalta. (Torkkola ym. 2002: 30–31.)

Potilaat unohtavat 40–80 % terveydenhuollon ammattilaisen antamasta tiedosta heti tapaamisen jälkeen, ja heidän muistamastaan tiedosta 50 % on virheellistä. Mitä enemmän tietoa heille annetaan, sitä vähemmän he siitä muistavat myöhemmin. Syynä tiedon unohtamiseen on terveydenhuollon henkilöstön käyttämä terminologia ja kommunikointitapa, joita potilaat eivät ymmärrä, sekä potilaiden koulutustaso. Potilasohjauksen tueksi onkin hyvä käyttää kirjoitettua tai visuaalista materiaalia. Visuaalinen materiaali on erityisen tehokas vieraskielisten sekä heikosti koulutettujen potilaiden kohdalla. Jotta

päästään parhaimpaan hoitotulokseen, on suullisen ohjauksen tukena syytä käyttää myös kirjallista materiaalia. (Kessels 2003: 219.)

6.1 Kirjallisen oppaan lähtökohdat

Kirjalliset potilasohjeet ovat osa potilasohjauksen prosessia. Suullinen ohjaus ei ole riittävää, vaan rinnalle tarvitaan kirjallisia ohjeita. Potilaalle ja hänen omaisilleen sairastuminen on outo ja uusi tilanne, jolloin he tarvitsevat hoitohenkilökunnalta tukea ja tietoa tilanteesta ymmärrettävästi. Kun tieto on selkeää ja potilaalle soveltuvaa, saa potilas siitä rohkeutta ja valmiuksia tehdä päätöksiä hoidosta, edistää itsensä hoitoa ja lyhentää hoitoaikoja sekä hoidon tarvetta. Kun kirjalliset ohjeet annetaan potilaalle henkilökohtaisen ohjauksen yhteydessä, on potilaan helppo kysyä häntä askarruttavia asioita heti sen yhteydessä. Jos ohjeet annetaan potilaalle ilman ohjausta, on niissä hyvä olla tarkat tiedot siitä, mihin hän voi ottaa yhteyttä epäselvissä tilanteissa. (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002: 22–25.)

Tärkeät asiat saattavat unohtua heti ohjauksen jälkeen, joten kirjallinen ohje on helppo tapa palauttaa asiat mieleen itselle hyvänä hetkenä. Ohjauksen tulee olla linjassa annettujen kirjallisten ohjeiden kanssa. Potilaan omaiset saavat oppaasta tietoa kotihoidosta, jolloin he voivat olla potilaan tukena helpommin. (Torkkola ym. 2002: 28–29.)

Hyvän potilasoppaan tulisi olla mieluummin kannustava kuin kieltävä. Kielto sanojen käyttöä sekä ohjelutteloa tulisi välttää. Oppaissa on yleensä potilaille liikaa tietoa. Koska jokainen potilas tulkitsee harjoitteita ja ohjeita omalla tavallaan, on oppaissa tekstin oltava hyvin selkeää, niin että maallikko tai kouluttamatonkin ymmärtää viestin. (Nummi – Järvi 2012: 14–16.) Hyvä potilasohje antaa tietoa potilaalle sairaudesta ja siitä toipumisesta, mutta myös hoitavasta organisaatiosta ja sen toimintatavoista (Torkkola ym. 2002: 34).

Tekstin on hyvä puhutella suoraan hoitoon tulevaa potilasta, joten passiivimuodon käyttöä on syytä välttää. Käskymuotoja ei tulisi käyttää, jotta potilaan ja terapeutin säilyisi tasa-arvoisena. Hyvässä oppaassa perustellaan suorien määräysten sijasta, miksi joi-tain liikkeitä tehdään. Kun ohjeita perustellaan, potilas tietää, miksi hän tekee jotain, eikä usko sokeasti ylhäältä tuleviin määräyksiin. Oppaassa kerrotaan tärkein tieto ensin, jolloin herätetään potilaan kiinnostus tekstiä kohtaan. Myös otsikolla ja väliotsikoilla saadaan potilaan huomio pysymään tekstissä, sillä ne ohjaavat potilasta tekstissä

eteenpäin. (Torkkola ym. 2002: 36–40.) Töölön sairaalan potilasohjeessa käytetään si-
nuttelua, koska organisaation oma viestintätyyli käyttää sitä myös muissa oppaissa.

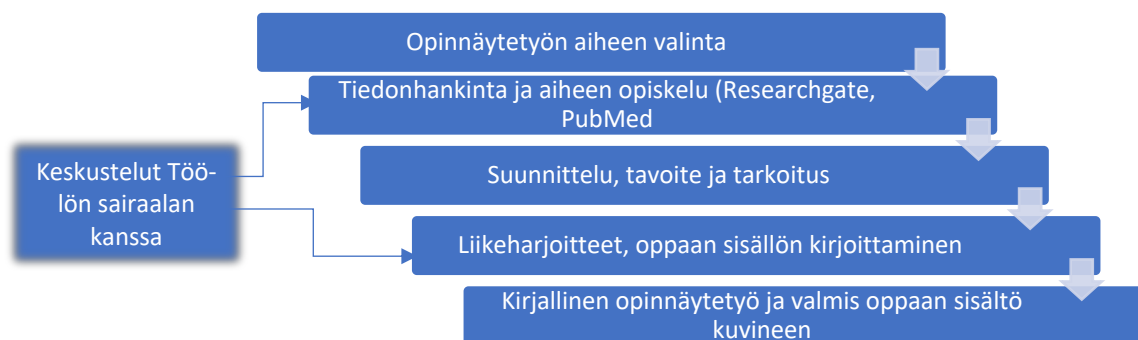
6.2 Potilaan oppaan toteutus

Töölön sairaala antoi toivomuksen ja viitekehykset potilaan itsehoito-ohjeen sisällölle. Näissä rajoissa halusimme toteuttaa mahdollisimman selkeän ja toimivan itsehoito-oh-
jeen kaularankaleikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen. Tällä hetkellä sairaalassa on käy-
tössä A4-moniste, joka sisältää 6 viikon toipilasajan ohjeet. Osa Töölön sairaalan poti-
laista leikataan Ortonin sairaalassa, jossa potilaat eivät enää tapaa fysioterapeuttia leik-
kauksen jälkeen. Ohjeesta käy ilmi, mitä potilas voi tehdä edistääkseen kuntoutumis-
taan, esimerkiksi konkreettisia liikeharjoitteita. Ohje on turvallisesti aktiiviseen elämään
kannustava. Keskusteluissa Töölön sairaalan fysioterapeuttien kanssa kävi ilmi, että
suurin ongelma kaularankaleikatun potilaan kuntoutumisessa on potilaiden liika varovai-
suus ja liikkumattomuus. Siksi toiveena oli myös, että ohjeessa keskityttäisiin ohjaamaan
ennen kaikkea hyvää ryhtiä, päivittäisiä toimia sekä konkreettisia liikeharjoitteita kuntou-
tumiseen. Oppaan nimi Kuntoutusohjeet kaularankaleikatulle on valittu toimeksiantajan
toiveen mukaan. (Töölön sairaala 2018.)

Kuvat herättävät potilaan mielenkiinnon itsehoito-ohjetta kohtaan ja lisäävät sen kiinnos-
tavuutta. Kuvien yhteydessä käytetään kuvatekstiä, joka kertoo sellaista tietoa, mitä ku-
vasta ei suoraan näe. (Torkkola ym. 2002: 40.) Opinnäytetyössä käytetään itse otettuja
havainnekuvia, joiden tekijänoikeudet ovat Töölön sairaalalla. Itsehoito-ohjeen sisällön
tarkastaa ja hyväksyy Töölön sairaalan edustaja. Töölön sairaala vastaa ohjeen lopulli-
sesta ulkomuodosta ja julkaisusta. (Töölön sairaala 2018.)

Opinnäytetyön prosessi alkoi syksyllä 2017, jolloin aiheen valinnan jälkeen alkoi aihee-
seen tutustuminen ja tiedonhankinta. Aivan prosessin alussa järjestettiin tapaaminen toi-
meksiantajan kanssa Töölön sairaalassa, jolloin keskusteltiin oppaan sisällöstä. Opin-
näytetyötä työstettiin ja kirjoitettiin vuoden 2018 syksyyn asti. Opinnäytetyön keskeisim-
mät tutkimukset julkaistiin vasta kesällä, jonka jälkeen opinnäytetyön sisältö muokkaan-
tui lopulliseen muotoonsa. Kuvat ja liikeharjoitteet tehtiin syksyllä 2018.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin alan kirjallisuudesta, lehdistä ja kahdesta tietokannasta: PubMed ja ResearchGate. Lähdemateriaalina hyödynnettiin myös keskusteluja Töölön sairaalan neurokirurgisen osaston fysioterapeuttien kanssa. Hakusanoina käytettiin muun muassa Physiotherapy AND anterior decompression, neck surgery AND physiotherapy, rehabilitation AND spine surgery.



Kuvio 1. Opinnäytetyön prosessin kuvaus

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa sisältö Töölön sairaalan kaularankaleikatun potilaan oppaaseen. Oppaan tavoitteena on toimia tukena potilaille kuntoutumisessa sekä olla apuna fysioterapeuttien päivittäisessä työssä. Oppaan sisältöä varten pyrittiin etsimään uusinta näyttöön perustuvaa tutkimustietoa tietolähteistä ja alan kirjallisuudesta. Lisäksi tiedonlähteenä käytettiin Töölön sairaalan neurokirurgisen osaston fysioterapeutit, joilta saatiin arvokasta ja konkreettista kokemustietoa esimerkiksi potilaiden toimintakyvystä leikkauksen jälkeen.

Opinnäytetyöprosessin aikana tutkimuksista nousi esiin, että 6 ensimmäisen toipilasviikon aikana on tärkeintä, että potilas palaisi rohkeasti arkeen eikä pelkäisi liikkumista. Potilasta tulisi kannustaa ja rohkaista fyysiseen aktiivisuuteen. On kuitenkin huomioitavaa, että leikkauspotilaat vaihtelevat nuoresta aktiiviliikkujasta yksinasuvaan pyörätuolilla liikkuvaan iäkkääseen. Tänä päivänä potilaita tulee myös monista eri kulttuureista ja taustoista. Fysioterapeutin on myös osattava arvioida potilaan mahdollisesti tarvitsemat liikkumisen apuvälineet kotiin. Vaikka tavoitteena on kannustaa aktiivisuuteen, potilaan ohjauksen on oltava yksilöllistä. Tarvitseeko innokasta tavoitteellisesti treenaavaa rohkaista liikkumaan vai olisiko järkevämpää jopa korostaa lepoa?

Tutkimuksista nousi esiin myös, ettei kaularankaleikatun potilaan postoperatiiviselle fysioterapialle ole löydetty yhtenäistä hoitolinjaa. Sen lisäksi että fysioterapeutti antaisi potilaalle valmiin liikeharjoitteiden listan, hänen tulisi osata omalla vuorovaikutuksellaan, sanavalinnoillaan ja positiivisella asenteella saada potilas uskomaan omaan paranemiseensa ja fysioterapian vaikuttavuuteen. Fysioterapeutin tulisikin tunnistaa ohjauksessa arimmat ja katastrofointiin taipuvaiset potilaat, joiden on vaikeampi vastaanottaa biopsykososiaalisia viestejä ja neuvoja. Positiivinen ja validoiva ohjaus vahvistaa potilaan minäpäystyvyyttä ja kivunhallintakykyä sekä poistaa vääriä uskomuksia kivusta ja paraneminen nopeutuu.

Haasteena on, että kaularankaleikatut potilaat kotiutuvat sairaalasta hyvin usein jo ensimmäisenä tai toisena postoperatiivisena päivänä. Potilas tapaa fysioterapeutin usein vain kerran, joko preoperatiivisella käynnillä tai osastolla leikkauksen jälkeen. Potilas saattaa jäädä leikkauksen jälkeen yksin, ellei hän omatoimisesti osaa tarvittaessa hakeutua jatkokuntoutukseen. Fysioterapeutin tehtävä on tässä lyhyessä ajassa tunnistaa

ne eniten jatkofysioterapiasta hyötyvät potilaat ja kannustaa heitä oma-aloitteisuuteen kuntoutumisessaan. Vaikkei kaularankaleikatun postoperatiivisesta fysioterapiasta ole vielä löytynyt konsensusta, fysioterapeutin rooli ei ole siinä kuitenkaan merkityksetön.

Opinnäytetyöprosessin alku oli haastava, koska varsinaisia tutkimuksia kaularankaleikatun ensimmäisestä 6 viikosta ei löytynyt. Lähdemateriaalin vähyyden vuoksi keskityimme tutkimuksiin ylipäättänsä kipupotilaan hoidosta ja fysioterapiasta. Työstimme tutkimuksia esimerkiksi niskan liikehäiriöistä ja liikekontrollista, asentotunnosta ja kroonisen niskakivun syistä. Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteen tarkistaminen sekä vuoropuhelu toimeksiantajan kanssa auttoivat rajaamaan aihetta.

Tulevaisuudessa leikkaustekniikat paranevat, potilasmäärät kasvavat ja toisaalta leikatut potilaat ovat paremmassa fyysisessä kunnossa ennen leikkausta ja siten toimintakykyisempiä myös leikkauksen jälkeen. Kotiutumiset tulevat tapahtumaan kenties nopeammin. Onko kaikilla potilailla edes mahdollisuutta tavata osastolla fysioterapeuttia? Jo nykyään on yleistä, että leikkauksen jälkeen fysioterapeutti soittaa kontrollipuhelun tarkistaakseen potilaan kunnon edistyminen kotona. Kuinka vaikuttavaa fysioterapiaa voi antaa puhelimitse tai millaisia vuorovaikutustaitoja ja muita ominaisuuksia tarvitaan, kun arvioidaan potilaan hoitotarvetta vain kuuleman perusteella? Tässä olisikin jatkossa mielenkiintoinen aihe opinnäytetyöksi.

Lähteet

Badran, Abdul – Davies, Benjamin M. – Bailey, Heidi-Marie – Kalsi-Ryan, Sukhvinder – Kotter, Mark R.N. 2018. Is there a role for post-operative physiotherapy in Degenerative Cervical Myelopathy (DCM)? A systematic review. *Clinical Rehabilitation* 32 (9). 1169–1174.

Bunzli, Samantha – McEvoy, Sarah – Dankaerts, Wim – O’Sullivan Peter – O’Sullivan, Kieran 2016. Patients perspectives on participation in cognitive funtional therapy for chronic low back pain. *Physical Therapy* 96 (9) 1397–1407

Carstens, Johan – Boersma, Katja – Schrooten, Martien GS – Linton, Steven J 2017. Effects of validating communication on recall during a pain-task in healthy participants. *Scandinavian Journal of Pain* 2017 (17) 118–125

Jull, Gwendolen – Sterling, Michele – Falla, Deborah – Treleaven, Julia – O’Leary, Shaun 2008. Whiplash, headache and neck pain. Research-based directions for physical therapies. Churchill Livingstone: Elsevier.

Kang, Jeong-Il – Choi, Hyun-Ho – Jeong, Dae-Keun – Choi, Hyun - Moon, Young – Jun Moon – Park, Joon-Su 2018. Effect of scapular stabilization exercise on neck alignment and muscle activity in patients with forward head posture. *The Journal of Physical Therapy Science* 30 (6). 804–808.

Kauranen, Kari 2017. Fysioterapeutin käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kessels, Roy P C. 2003. Patient’s memory for medical information. *Journal of the Royal Society of medicine* 96 (5). 219–222.

Koho, Petteri 2015. Fear of Movement. Epidemiological and clinical evaluation in the Finnish general population and chronic musculoskeletal pain patients and relevance for rehabilitation. Academic dissertation. Helsinki: Unigrafia.

Kuminauhajumppa – liikettä yläselälle 2017. Selkäliitto. Verkkodokumentti < <https://selkakanava.fi/kuminauhajumppa> > Luettu 25.10.2018.

Käypä hoito 23.6.2014. Leikkausta edeltävä arviointi. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Duodecimin. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50066>>. Luettu 27.9.2017.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Leinonen, Ville – Jääskeläinen, Juha E. 2017 Spinaalikanavan hermojuuri- ja ydinpin-teet. Teoksessa Leppäniemi, Ari – Kuokkanen, Hannu – Salminen, Pauliina (toim.) 2018. Kirurgia. Duodecim Oppiportti. Verkkodokumentti. <<http://www.oppiportti.fi/op/kia20434/do>>. Luettu 30.9.2018.

Lin, Ivan B – O’Sullivan, Peter – Coffin, Juli A – Mak, Donna B – Toussaint, Sandy – Straker, Leon M 2013. Disabling chronic low back pain as an iatrogenic disorder: a Qualitative study in Aboriginal Australians. *BMJ Open* 2013 3 (4) 1–8

Linton, Steven – Boersma, Katja – Vangronsveld, Karoline – Fruzzetti, Alan 2012. Painfully reassuring? The effects of validation on emotions and adherence in a pain test. *European Journal of Pain*. 16 (4). 592–594

Lumme, Riitta - Leinonen, Rauni - Leino, Mia - Falenius, Mia - Sundqvist, Leena 2006. Monimuotoinen / toiminnallinen opinnäytetyö. VirtuaaliAMK. Verkkodokumentti. <<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>>. Luettu 20.7.2018.

McDonnell, Mary Kate 2011. *Movement System Syndromes of the Cervical Spine*. Teoksessa Sahrman, Shirley 2011. *Movement System Impairment Syndromes of the Extremities, Cervical and Thoracic Spines. Considerations for acute and long-term management*. St Louis. Elsevier Mosby. 51–86.

Nummi, Vuokko Maria – Järvi, Ulla 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. *Lääkäri-lehti* 67 (1/2012). 14–16.

O’Sullivan, Peter B – Caneiro, JP – O’Keeffe, Mary – Smith, Anne – Dankaerts, Wim – Fersum, Kjartan – O’Sullivan, Kieran 2018. Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. *Physical Therapy* 98 (5) 408–423

Overmeer, Thomas – Boersma, Katja 2016. What messages do patients remember? Relationships among patients’ perceptions of physical therapists’ messages, patients’ characteristics, satisfaction, and outcome. *Physical Therapy* 96 (3). 275–283.

Peolsson, Anneli – Öberg, Birgitta – Wibault, Johanna – Dederling, Åsa – Zsigmond, Peter – Bernfort, Lars – Kammerlind, Ann-Sofi – Persson, Liselott CG – Löfgren, Håkan 2014. Outcome of physiotherapy after surgery for cervical disk disease: a prospective randomized multi-centre trial. *BMC Musculoskeletal disorders* 34 (15). 1471–2474.

Sahrman, Shirley 2002. *Diagnosis and Treatment of Movement Impairment Syndromes*. St Louis: Mosby.

Torkkola, Sinikka – Heikkinen, Helena – Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi, opas potilasohjeiden tekijöille. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki

Töölön sairaala. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Neurokirurginen osasto 6. Tapaaminen 08.10.2018.

UKK-instituutti n.d. TULE-liikunnan ABC. Ylävartalon biomekaniikka. UKK-instituutti. Verkkodokumentti. <<http://tule-liikunta.fi/wp-content/uploads/TULE-ABC-ylavartalon-biomekaniikka.pdf>>. Luettu 15.8.2018.

Vilka, Hanna – Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Gummerus.

Vlaeyen, Johan W.S – Linton, Steven 2000. Fear avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *International Association for the Study of Pain*. Vol. 85. 317–332.

Wibault, Johanna 2015. Neck disability in patients with cervical radiculopathy and evaluation of structured postoperative physiotherapy. Linköping University Medical Dissertations No.1480. Linköping: LiU-Tryck.

Wibault, Johanna – Öberg, Birgitta – Dederling, Åsa – Löfrgen Håkan – Zsigmond, Peter – Persson, Liselott – Andell, Maria – Jonsson, Margareta R. – Peolsson, Anneli 2017a. Neck-related physical function, self-efficacy, and coping strategies in patients with cervical radiculopathy: A randomized clinical trial of postoperative physiotherapy. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 40 (5) 330–339.

Wibault, Johanna – Öberg, Birgitta – Dederling, Åsa – Löfrgen Håkan – Zsigmond, Peter – Peolsson, Anneli 2017b. Structured postoperative physiotherapy in patients with cervical radiculopathy: 6-month outcome of a randomized clinical trial. *Journal of Neurosurgery of Spine* 28 (1) 1–9

Ylinen, Jari – Savolainen, Sakari – Airaksinen, Olavi – Kautiainen, Hannu – Salo, Petri – Häkkinen, Arja 2003. Decreased Strength and Mobility in Patients After Anterior Cervical Discectomy Compared with Healthy Subjects. *Archives of Physical and Medicine and Rehabilitation* 84 (7) 1043–1047.

Kuntoutusohjeet kaularankaleikatulle

Tekijät ja tekovuosi: Riikka Hämäläinen ja Johanna Kuittinen, Metropolia AMK 2018

Yhteistyössä: Töölön sairaalan fysioterapiayksikkö ja fysioterapeutit

Hyväksyjät: Töölön sairaalan edustaja

Näin toimia ensimmäiset ____ viikkoa kaularankaleikkauksen jälkeen

On normaalia, että leikkausalueen kudokset ärtyvät ja kipeytyvät helposti. Leikkauksen jälkeen voi edelleen olla puutumisen tunnetta tai säteilykipuja, minkä vuoksi fyysistä rasitusta on syytä keventää toipilasaikana. Lihakset reagoivat myös leikkausasentoon ja sen mahdollisesti aiheuttamaan stressiin jännitymällä.

Saat kuitenkin aloittaa kevyet arkiaskareet heti, kun kotiudut sairaalasta. Esimerkiksi ruoanlaitto, pyykinpesu, tiskikoneen tyhjennys ja pölyjen pyyhkiminen ovat turvallisia kotiaskareita. Pyri liikkumaan rennosti. Tauota ja vaihda asentoa usein, jotta hartiat eivät jännity.

Pään ja kaulan liikuttaminen on suositeltavaa ja tarpeellista liikeratojen ylläpitämiseksi -voimakkaimpia pään ääritäivutuksia ja retkahduksia välttären. Jätä raskaiden taakkojen nostaminen kaverille.

Oma fyysinen aktiivisuutesi nopeuttaa paranemista.

Ryhti

Hyvä ryhti vähentää nivelten ja lihasten kuormitusta sekä kipua. Hyvässä ryhdissä on helpompi hengittää ja toimia. Hyvällä hengityksellä elimistö saa enemmän happea. Tämä vapauttaa kehon jännitteitä ja rentoutuminen on helpompaa.

Ryhdiikkäessä asennossa hartiat ovat rennosti alhaalla ja selkä suorana. Vedä hiukan "kaksoisleukaa" ja pidä niska pitkänä linjassa vartaloon nähden. Tarkkaile asentoasi peilistä.



Huono ryhti



Hyvä ryhti

Unella on suuri vaikutus stressiin ja rentoutumiseen, joten on tärkeää nukkua joka yö riittävästi. Voit nukkua missä tahansa asennossa, jonka koet itsellesi luontevaksi. Huomioi kuitenkin, että tyyny tukee niska ja kaularanka on normaalissa suorassa asennossa, jotta niska-hartiaseutu ei ole koko yön jännittynyt. Vältä pitkään vatsallaan maakaamista toipilasaikana.

Liikunta on hyväksi toipumisellesi

Kävely on paras liikuntamuoto toipilasaikana. On tärkeää toipumisen kannalta lisätä liikunnan määrää voitisi mukaan. Myös vesikävely ja -juoksu ovat haavan parannuttua hyviä liikkumismuotoja.

Liikkuessasi muista hyvä ryhti ja rentous. Voit hyödyntää toipilasajan peruskunnon kehittämiseen.

Hyvä ryhti ja hengitys on hyvä huomioida kaikessa liikkumisessa.

Omat harrastukset: _____

Harjoitusohjelma

Rentoutuminen



Tämä harjoite lisää hartialihasten verenkiertoa, rentouttaa niitä sekä vähentää kivun tunnetta.

Ota ryhdikäs asento. Nosta hartiat kohti korvia. Pidä asento 1-2 sekuntia ja rentouta. Toista liike _____ kertaa. Lopuksi pyörittele hartioita ympäri molempiin suuntiin. Tee isoa liikettä.

Kiinnitä huomiota hengittämiseen, jotta se ei olisi liian pinnallista. Erityisesti rauhallinen uloshengitys rauhoittaa mieltä ja kehoa.

Kaularangan lihasten aktivointi



Liikkeen tavoitteena on aktivoida kaularangan syvät lihakset, jolloin ryhdin ylläpitäminen helpottuu.

Asetu selkä seinää vasten istuen tai seisten, niin että takaraivo ja lapaluut ovat kiinni seinässä. Pidä olkapäät rentoina, ja kädet roikkuvat rennosti sivuilla. Lähde liu'uttamaan takaraivoa seinää ylöspäin ja samalla paina leukaa kevyesti kohti rintaa.

Pidä asento 5 sekuntia, toista liike _____ kertaa.

Olkanelvelten liikkuvuusharjoite



Tämä harjoite lisää olkanelvelten liikkuvuutta ja samalla kohentaa ryhtiä. Yläraajojen monipuolinen kevyt liikkuttaminen on tärkeää lihaskireyksen ennaltaehkäisemiseksi.

Istu tai seiso seinää vasten, niin että takaraivo ja lapaluut ovat kiinni seinässä. Selkä on suorana ja hartiat rennosti alhaalla. Nosta molemmat kädet etukautta ylös. Lapaluut ja takaraivo pysyvät kiinni seinässä koko liikkeen ajan.

Toista liike _____ kertaa.

Yläselän lihasten aktivointi



Liike lisää yläselän verenkiertoa, rentouttaa ja vähentää kipua.

Istu tai seiso hartiat rentoina. Vedä kyynärpäitä suoraan taakse niin kuin soutaisit. Liikkeen lopussa rutista lapaluita yhteen. Tee liike hitaasti.

Toista liike _____ kertaa.

Rintalihasten venytys



Harjoite aktivoi yläselän lihaksia ja venyttää rintalihaksia. Harjoite auttaa korjaamaan etukumaraa asentoa.

Istu tai seiso hyvässä ryhdissä hartiat rentoina.

Avaa rintakehää viemällä käsiä taakse. Tunne venytys rintakehän alueella. Anna hengityksen kulkea vapaasti harjoituksen aikana.

Toista liike _____ kertaa

Muistiinpanot:
