



Osaamista  
ja oivallusta  
tulevaisuuden  
tekemiseen

Eetu Kuosmanen, Jere Kuvaja & Ilkka Perttunen

# Osteopatian mahdollisuudet lannerangan välilevyleikkauksen postoperatiivisessa kuntoutumisessa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Osteopaatti (AMK)

Osteopatian tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

12.3.2021

|   |   |
|---|---|
| Tekijä(t)<br>Otsikko  | Eetu Kuosmanen, Jere Kuvaja & Ilkka Perttunen<br>Osteopatian mahdollisuudet lannerangan välilevyleikkauksen postoperatiivisessa kuntoutumisessa |
| Sivumäärä<br>Aika   | 26 sivua + 5 liitettä<br>12.3.2021  |
| Tutkinto  | Osteopaatti (AMK)   |
| Tutkinto-ohjelma  | Osteopatian tutkinto-ohjelma  |
| Suuntautumisvaihtoehto  | Osteopatia  |
| Ohjaaja(t)  | Yliopettaja Pekka Paalasmaa<br>Lehtori Kaisa Hartikainen<br>Lehtori Hannaleena Risku-Kauppila   |
| <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää osteopatian mahdollisuuksia lannerangan välilevyleikkauksen postoperatiivisessa kuntoutumisessa. Työn tavoitteena oli lisätä ymmärrystä postoperatiivisen osteopaattisen hoidon hyödyistä lannerangan välilevyleikkauksen jälkeisessä kuntoutumisessa. Perinteisten kuntoutusmuotojen ohella voisi olla ajankohtaista tarkastella monipuolisempaa lähestymistapaa kuntoutukseen.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullista tutkimusotetta hyödyntäen. Teemahaastatteluun osallistui kaksi osteopaattia ja fysiatrian erikoislääkäri.</p> <p>Tuloksissa nousi esille useampi eri teema. Osteopaattisessa hoidossa korostui monipuolinen lähestyminen niin paikallisesti oirealueelle kuin lantion alueen sekä rintarangan ja rintakehän kautta. Biopsykososiaalisessa lähestymisessä esille nousi liikkumisen ja kivun pelon huomiointi. Terapeuttinen harjoittelu nähtiin olennaisena osana asiakkaan kuntoutumista. Manuaalisen terapian nähtiin tukevan asiakkaan omatoimista harjoittelua vähentämällä jännityksiä ja kipuja kehossa. Kuntoutuksen suunnittelussa tulee huomioida asiakkaan tarpeet ja riittävä jälkiseuranta kuntoutumisen varmistamiseksi. Osteopatialle nähtiin mahdollisuus olla osana kuntoutusprosessia tulevaisuudessa.</p> <p>Tulosten perusteella osteopaateilla on kokonaisvaltainen tapa lähestyä lannerangan välilevyleikkauksen postoperatiivista kuntoutumista. Tulokset tuovat tietoa ja näkökulmaa postoperatiivista kuntoutumista tukevasta osteopaattisesta hoidosta. Lisäksi tuloksissa esitetään tämänhetkinen näkemys osteopaatin roolista osana postoperatiivista kuntoutumisprosessia. Työn tuloksien pääkohdat ovat esillä infograafin muodossa (liite 2).</p> <p>Opinnäytetyö kuvaa osteopatian keinoja osana lannerangan välilevyleikkauksen postoperatiivista kuntoutumista. Osteopaatin laajaa ammattiosaamista voisi olla tarpeellista hyödyntää tulevaisuudessa aiempaa enemmän osana leikkauksen jälkeistä kuntoutumista.</p> |   |
| Avainsanat  | Osteopatia, postoperatiivinen, välilevyleikkaus   |

|  |   |
|--|---|
| Author(s)<br>Title   | Eetu Kuosmanen, Jere Kuvaja & Ilkka Perttunen<br>Possibilities of osteopathy in postoperative rehabilitation of lumbar disc surgery |
| Number of Pages<br>Date  | 26 pages + 5 appendices<br>12 March 2021  |
| Degree   | Bachelor of Health Care   |
| Degree Programme   | Osteopathy  |
| Specialisation option  | Osteopathy  |
| Instructor(s)  | Pekka Paalasmaa, Principal Lecturer<br>Kaisa Hartikainen, Lecturer<br>Hannaleena Risku-Kauppara, Lecturer                           |
| <p>The purpose of the bachelor's thesis was to find out the possibilities of osteopathy in postoperative rehabilitation of lumbar disc surgery. The aim of this thesis was to increase the understanding of the benefits of postoperative osteopathic treatment in lumbar spine rehabilitation. In addition to traditional forms of rehabilitation, it might be timely to look at a more comprehensive approach to rehabilitation.</p> <p>The thesis was carried out using a qualitative research approach. The thematic interview was attended by two osteopaths and a physiatrist.</p> <p>Several different themes emerged in the results. Osteopathic treatment emphasized a varied approach both locally to the symptom area and through the pelvic region as well as the sternum and thorax. The biopsychosocial approach highlighted the fear of movement and pain. Therapeutic training was seen as an integral part of the client's rehabilitation. Manual therapy was seen as a method to support the client's self-practice by reducing tension and pain in the body. After surgery the client's needs and sufficient follow up must be considered when forming a rehabilitation plan. It was noted that osteopathy has the potential to play a bigger part in the rehabilitation process in the future.</p> <p>Based on the results, osteopaths have a holistic approach to postoperative rehabilitation of lumbar disc surgery. The results provide information and perspective on osteopathic treatment in support of postoperative rehabilitation. In addition, the results present a current view of the role of the osteopath as part of the postoperative rehabilitation process. The main points of the results of the work are presented in the form of an infographic (appendix 2).</p> <p>This thesis gives the reader a description of the means of osteopathy as part of postoperative rehabilitation of lumbar disc surgery. It may be necessary to make greater use of the extensive professional expertise of an osteopath in the future as part of post-operative rehabilitation.</p> |   |
| Keywords   | Osteopathy, postoperative, lumbar disc surgery  |

## Sisällys

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1   | Johdanto   | 1  |
| 2   | Postoperatiivinen osteopatia                                       | 2  |
| 2.1 | Osteopatian hoitomallit ja filosofia                               | 2  |
| 2.2 | Postoperatiivinen osteopaattinen hoito                             | 3  |
| 2.3 | Osteopatia välilevyleikkauksen postoperatiivisessa kuntoutumisessa | 4  |
| 3   | Lannerangan välilevyleikkaus                                       | 6  |
| 3.1 | Lannerangan välilevytyrä   | 6  |
| 3.2 | Välilevyleikkauksen indikaatiot                                    | 7  |
| 3.3 | Leikkausmenetelmät   | 7  |
| 4   | Kuntoutuminen leikkauksen jälkeen                                  | 8  |
| 4.1 | Postoperatiivisen kuntoutuksen aloittaminen                        | 9  |
| 4.2 | Kuntoutuksen sisältö   | 10 |
| 4.3 | Kivun ja liikkumisen pelon huomioiminen kuntoutuksessa             | 11 |
| 5   | Opinnäytetyön toteutus ja menetelmälliset ratkaisut                | 11 |
| 5.1 | Laadullinen tutkimusmenetelmä                                      | 12 |
| 5.2 | Teemahaastattelu menetelmänä                                       | 13 |
| 5.3 | Haastateltavien valinta  | 13 |
| 5.4 | Aineiston analysointi  | 14 |
| 6   | Tulokset   | 15 |
| 7   | Pohdinta   | 23 |
|     | Lähteet  | 27 |
|     | Liitteet   |    |
|     | Liite 1. Teemahaastattelun kysymykset                              |    |
|     | Liite 2. Infograafi  |    |
|     | Liite 3. Tiedote haastattelusta                                    |    |
|     | Liite 4. Suostumus haastatteluun osallistumisesta                  |    |
|     | Liite 5. Rekisteri- ja tietosuojaseloste                           |    |

## 1 Johdanto

Alaselkäkipu on Suomessa hyvin yleinen vaiva, joka koskettaa suurta osaa väestöstä jossakin elämänvaiheessa. Se on myös merkittävin syy sairauspoissaoloille sekä työkyvyttömyyseläkkeille (Käypä hoito -suositus, Alaselkäkipu 2017). FinTerveys 2017-tutkimuksen mukaan selkäkipua oli viimeisen 30 päivän aikana kokenut 44 prosenttia miehistä ja 48 prosenttia naisista. Selkäkipu on kolmanneksi yleisin syy käyntiin terveyskeskuslääkärin vastaanotolla (Koponen & Borodulin & Lundqvist & Sääksjärvi & Koskinen 2018: 80). Valtaosa selkäkiputapauksista on nopeasti ohi meneviä ja konservatiivisin menetelmin hoidettavia, mutta joskus tarve operatiiviselle hoidolle on aiheellinen. (Käypä hoito -suositus, Alaselkäkipu 2017.)

Lannerangan välilevytyrä on toiseksi yleisin tunnettu selkäkipujen aiheuttaja ja se on yleisin leikkaushoitoa vaativa selkävaiva. Välilevytyrässä rappeutunut nikamavälilevy puristaa selkäydintä aiheuttaen alaselkäkipun lisäksi tyypillisesti säteilyoireita alaraajoihin. Suurin osa välilevytyristä ei ole akuutisti terveyttä uhkaavia. Konservatiivisilla hoitomenetelmillä saadaan yleensä riittävä hoitovaste. Tällaisia ovat muun muassa fysioterapia, liikkuminen kivun sallimissa rajoissa sekä kipulääkitys. (Käypä hoito -suositus, Alaselkäkipu 2017.)

Postoperatiivista osteopatiaa kuntoutuksen yhteydessä on tähän mennessä tutkittu melko vähän, eikä systemaattisia katsauksia ole juurikaan ilmestynyt. Tieteellinen näyttö ja käytännön konsensus eivät ole täysin linjassa postoperatiivisen osteopaattisen hoidon osalta. Osteopaattista hoitoa on hyödynnetty jonkin verran postoperatiivisessa kuntoutuksessa. Perinteisten kuntoutusmuotojen ohella voisi olla ajankohtaista tarkastella moniulotteisempaa lähestymistä kuntoutukseen. (Bjerså & Sposato 2018.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää osteopatian mahdollisuuksia lannerangan välilevyleikkauksen postoperatiivisessa kuntoutumisessa. Työn tavoitteena on lisätä ymmärrystä postoperatiivisen osteopaattisen hoidon hyödyistä lannerangan välilevyleikkauksen jälkeisessä kuntoutumisessa. Työn tutkimuskysymyksenä on: ”Mitkä ovat osteopatian mahdollisuudet lannerangan välilevyleikkauksen postoperatiivisessa kuntoutumisessa?”. Työn tuotoksena on infograafi (liite 2), jossa esitellään opinnäytetyön tulosten ydinkohdat.

## 2 Postoperatiivinen osteopatia

### 2.1 Osteopatian hoitomallit ja filosofia

Osteopatia on terveydenhuollon ammattihenkilön harjoittama potilaskeskeinen terveydenhuollon ala, jossa painotetaan kehon rakenteellisia ja toiminnallisia häiriöitä, korostetaan kehon omaa luontaista parantumiskykyä ja keskitytään terveyden ja terveydenedistämisen kaikkiin näkökulmiin kokonaisvaltaisesti pääasiassa manuaalisin hoitokeinoin. Osteopaatin keskeisimpiä työkaluja ovat laaja anatomian ja fysiologian tuntemus sekä manuaalisesti tehtävä tutkiminen sekä hoitaminen. Osteopaattinen hoitofilosofia painottuu enemmän potilaan terveyden edistämiseen kuin sairauksien löytämiseen. Osteopatiassa on viisi eri hoitomallia: biomekaaninen, neurologinen, biopsykososiaalinen, bioenerginen sekä hengitys- ja verenkiertomalli. Osteopatian toimintamallien, jotka kuvaavat kehon rakenteen ja toiminnan välistä suhdetta, on tarkoitus ohjata osteopaattisen diagnoosin teossa ja hoidon toteutuksessa. Käytännössä malleja käytetään yhdistelmänä muodostamaan viitekehys, jonka avulla asiakkaan tilannetta voidaan arvioida subjektiivisen ja objektiivisen kliinisen tiedon avulla. On olennaista huomioida, että toimintamallit eivät sisällä kaikkea toimintaa, hoitomenetelmiä tai terapeuttisia lähestymistapoja, joita osteopaatit käyttävät työssään. (Osteopatiapalvelut, CEN-standardi 2015.)

Biomekaaninen malli painottuu lähinnä rakenteellisiin tekijöihin kuten luuston ja lihasten toimintaan. Kehon rakenteellisten tekijöiden toimintahäiriöt voivat vaikuttaa negatiivisesti koko kehon toimintakykyyn. Tämä toimintamalli pyrkii edistämään niiden optimaalista toimintaa. Hengitys- ja verenkiertomalli keskittyy hapen ja ravinteiden kuljettamisen sekä nestekierron toiminnan edistämiseen. Kudosten toimintakyky sekä terveys voivat heikentyä, mikäli kyseisten aineiden kuljetus heikkenee. Neurologinen malli tarkastelee kehoa hermoston toiminnan kannalta ja keskittyy sen toiminnan tasapainottamiseen. Tämän toimintamallin avulla voidaan muun muassa vähentää kipua aistivien hermosolujen lähettämiä signaaleja. Biopsykososiaalinen malli lähestyy ihmistä psykologisesta näkökulmasta ja kuinka ulkoiset tekijät kuten sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät vaikuttavat ihmisen terveyteen. Bioenerginen malli tarkastelee sitä, miten energian tuotanto, kuljetus ja kulutus vaikuttavat ihmisen terveyteen. Näiden tekijöiden toiminnan häiriintyminen voi vaikuttaa kehon kykyyn sietää erilaisia stressitiloja. (Osteopatiapalvelut, CEN-standardi 2015.)

## 2.2 Postoperatiivinen osteopaattinen hoito

Osteopatiaa on käytetty postoperatiivisena kuntoutusmuotona tutkimuksissa esimerkiksi rintakehän ja vatsan alueen sekä ortopedisten leikkauksien jälkeen. Sen vaikutusta on mitattu muun muassa seuraavilla osa-alueilla: leikkausta seuranneen kuntoutusjakson jälkeen potilaan kokema kipu, kipulääkkeiden kulutus, sairaalassa vietetty aika sekä toimintakyvyn palautuminen. Tutkimusten osteopaattisissa interventioissa on käytetty laaja-alaisesti osteopatian hoitotekniikoita kuten esimerkiksi pehmytkudostekniikoita, nivelten artikulaatiotekniikoita, HVLA-tekniikoita, MET-tekniikoita, faskiatekniikoita, BLT-tekniikoita sekä kranaali- ja viskeraaliosteopatiaa. (Bjerså & Sposato 2018.)

Probst ym. (2016) tutkimuksessa, valikoidut gastrointestinaalisesta leikkauksesta toipuvat potilaat jaettiin kahteen ryhmään, joista toiselle suoritettiin molemmille ryhmille tarjotun postoperatiivisen standardikuntoutuksen lisäksi viiden ensimmäisen päivän ajan osteopaattista hoitoa. Osteopaattinen hoito koostui tutkimuksessa viskeraali- sekä kranaalitekniikoista. Hoitoa saaneella ryhmällä huomattiin jokaisen tutkimuspäivän aikana suurempaa kivun lievitystä kuin verrokkiryhmällä ja kyseinen ryhmä kotiutui myös sairaalasta verrokkiryhmää aikaisemmin. (Probst ym. 2016.)

Bjerså, Sachs, Holtander ja Fagevik Olsen (2012) tutkimuksessa selvitettiin postoperatiivisen osteopaattisen hoitointervention vaikutusta kahdeksalla henkilöllä, joille oli suoritettu ruokatorven poisto. Tutkimuskohteiksi valitut kärsivät leikkauksen jälkeen koetusta rintakehän alueen kivusta sekä jäykkyydestä ja/tai hengenahdistuksesta. Tutkittaville suoritettiin osteopaattista hoitoa pääosin rintakehän alueelle kerran viikossa kymmenen viikon ajan. Tutkimustulokset antoivat viitteitä siitä, että ruokatorven poiston jälkeen suoritettu postoperatiivinen osteopaattinen hoito vähentää rintakehän alueen liikerajoitusta sekä kipua. (Bjerså ym. 2012.)

Licciardone ym. (2004) tutkivat osteopaattisen hoidon tehokkuutta Texasilaisen sairaalan kuntoutusyksikössä olevilla henkilöillä, joille oli hiljattain suoritettu leikkaus polven tai lonkan nivelrikon taikka lonkan murtuman vuoksi. Tutkittavia ilmiöitä olivat muun muassa sairaalakuntoutuksen kesto, kuntouksen aikana käytetty kipulääkityksen määrä, kuntoutuksen aikana koettu kipu, vireystila sekä toimintakyky. Tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään, joista molemmille suoritettiin leikkauksen jälkeistä standardikuntoutusta, jonka lisäksi toiselle ryhmälle osteopaattista hoitoa ja toiselle osteopaattista lumehoitoa. Hoidon suorittivat Texas College of Osteopathic Medicinen

opiskelijat. Osteopaattinen hoito räätälöitiin yksilölliseksi tutkittavien kohdalla. Hoitokertoja oli viikossa 2–5, niiden keston ollessa 10–30 minuuttia. Tulosten mukaan postoperatiivista osteopaattista hoitoa saanut ryhmä ei osoittanut lumehoitoa saaneeseen ryhmään verrattuna parannusta tutkittavilla osa-alueilla. (Licciardone ym. 2004.)

Bjerså ja Sposato julkaisivat vuonna 2018 summatiivisen katsauksen tieteellisistä tutkimuksista, jotka käsittelivät osteopaattisen hoidon vaikutuksia postoperatiivisena kuntoutusmuotona. Katsaus on ensimmäinen laatuaan, jossa kyseistä aihetta on käsitelty. Katsauksen tutkimukset olivat vertaisarvioituja, englannin kielellä julkaistuja artikkeleita vuosien 1990–2017 välillä osteopaattisissa tieteellisissä julkaisuissa. Katsausta tehdessä tutkimuksia ei ollut rajattu pois niiden metodologian, annetun osteopaattisen hoidon määrän taikka tyylin, tai leikkaushoidon kontekstin perusteella. Katsaukseen valikoitui lopulta 10 tutkimusta, joissa mitattiin postoperatiivisen osteopaattisen hoitojakson vaikutusta muun muassa potilaan leikkauksen jälkeiseen kipukokemukseen, kipulääkkeiden käytön tarpeeseen ja leikkauksen jälkeiseen sairaalassa vietettyyn aikaan. Katsauksen tutkimuksissa ilmeni tuloksia, jotka puhuvat sekä osteopaattisen postoperatiivisen hoidon hyödyllisyyden puolesta, että myöskin sitä vastaan. Tutkimuksien suhteellisen niukasta määrästä sekä niiden asetelmien poikkeavuuden vuoksi liittyen muun muassa suoritettuun leikkaukseen, käytettyihin osteopaattisiin tekniikoihin, osteopaattisen hoitojakson keston sekä hoitavien osteopaattien kokemukseen, postoperatiivisen osteopaattisen hoidon vaikutuksista on ollut toistaiseksi haasteellista muodostaa tilastollisesti tarkkoja johtopäätöksiä. (Bjerså & Sposato 2018.)

### 2.3 Osteopatia välilevyleikkauksen postoperatiivisessa kuntoutumisessa

Osteopaatin vastaanotolle hakeutumisen yksi tyypillisimmistä syistä on alaselkäkipu ja siitä aiheutuvat toimintakyvyn haitat. Osteopaattista hoitoa yksilöllisellä fyysisen toimintakyvyn arvioinnilla käytetään alaselkävun hoidossa. Etenkin osteopatian tehokkuudesta (efficacy) akuutin tai kroonisen alaselkävun aiheuttaman toimintakyvyn haitan lievittämiseen on saatu näyttöä viime vuosina (Kim ym. 2016.). Myös Franke ym. (2014) tutkimuksessa osteopatialla havaittiin positiivisia vaikutuksia kroonisen alaselkävun lievittymisessä kivun ja toimintakyvyn näkökulmasta (Franke & Franke & Fryer 2014). Dal Farra ym. (2020) meta-analyysin mukaan osteopatia on tehokasta (effectiveness) kroonisen epäspesifin alaselkävun hoidossa. Erityisesti

myofaskiaalisella käsittelyllä (myofascial release, MFR) raportoitiin vahvempaa tutkimusnäyttöä kivun levitykseen, verrattaessa muihin interventioihin (Dal Farra ym. 2020). Vähäinen näyttö tukee tällä hetkellä osteopatian käyttöä postoperatiivisessa kuntoutuksessa, jotta voidaan optimoida selkäleikkauksen lopputulos kokonaisuudessaan (Kim ym. 2016).

Kim ym. (2015) tutkimuksessa 33 lannerangan välilevyleikkauksesta kuntoutuvaa henkilöä jaettiin kahteen ryhmään, joista toiselle suoritettiin kuntouttavana interventiona osteopaattista hoitoa ja toiselle suoritettiin terapeuttista harjoitteluohjelmaa. Interventiot aloitettiin 2–3 viikkoa leikkauksen jälkeen, olivat kestoltaan neljän viikon mittaisia ja koostuivat kahdeksasta hoito- tai harjoittelukerrasta. Osteopaattisella hoidolla, jonka suorittivat kaksi osteopaattipiskelijää pätevöityneen osteopaatin valvonnan alaisena, pyrittiin vähentämään lannerangan biomekaanista kuormitusta. Tulosten perusteella hoitajakson päättyessä osteopaattista hoitoa saaneen ryhmän toimintakyky oli verrokkiryhmään nähden parempaa. Tämän lisäksi heillä esiintyi harjoitteluryhmää vähemmän säteilykipua alaraajassa sekä selässä ja heidän kipulääkityksensä käyttö oli vähäisempää (Kim ym. 2015.). Lisäksi Hollis H. King julkaisi 2016 American Journal of Osteopathic Associationissa artikkelin Kim ym. 2015 tutkimuksesta (King 2016). Artikkelissaan hän toi ilmi näkemyksensä osteopaattisen hoidon hyödyistä postoperatiivisessa kuntoutuksessa ja suositteli vastaavan tutkimuksen suorittamista Yhdysvalloissa (King 2016).

Lannerangan välilevyleikkauksen jälkeisessä kuntoutuksessa osteopaattisen hoidon tavoitteena on lannerangan toiminnan ja liikkuvuuden parantaminen, faskiaalisten jänniteiden vapauttaminen, lannerangan paraspinaalilihasten koaktivaation tehostaminen sekä autonomisen hermoston tonuksen tasapainottaminen. Lannerangan toiminnan ja liikkuvuuden parantaminen tapahtuu rangan artikulaatio- ja pehmytkudostekniikoiden avulla. Myofascial release (MFRT) -tekniikan avulla voidaan vapauttaa faskiaalisia jännityksiä thorakolumbaalisen faskian, TFL:n ja IT-kalvon alueella. Lannerangan paraspinaalisten lihasten koaktivaation parantamiseksi voidaan suorittaa neuromuskulaarista tekniikkaa quadratus lumborumiin tai MET-tekniikkaa kohdistuen transversus abdominikseen sekä psoakseen. Autonomisen hermoston tasapainottamiseen käytetään kraniaalista lähestymistä kallonpohjaa vapauttamalla ja kylkiluiden kautta vaikuttavaa rib raising -tekniikkaa. (Kim ym. 2015; Kim ym. 2016; Kim ym. 2017.)

Lannerangan välilevyleikkauksen jälkeisessä kuntoutuksessa korostuu etenkin biomekaaninen lähestymistapa, sillä alaselkäleikkauksesta syntyvä leikkaushaava voi heikentää selkälihasten, nikamien ja niitä ympäröivien faskioiden toimintaa (Kim ym. 2016). Neurologisen malliin mukautuen, postoperatiivisessa kuntoutumisessa haetaan tasapainoa autonomiseen hermostoon rauhoittamalla sympaattista tonusta ja korostamalla parasympaattista tonusta (Kim ym. 2015.). Biomekaanisen lähestymisen ohella täytyy huomioida myös biopsykososiaalinen lähestymistapa. Osteopaattinen hoito nähdään yleensä asiakaskeskeisenä hoitomuotona, joten on olennaista huomioida myös sosiaaliset ja psykologiset tekijät. Biomedikaalinen näkemys keskittyy tyypillisesti vain rakenteellisiin tekijöihin oireiden aiheuttajana. Ihmisen käyttäytyminen on monien tekijöiden summa, joten siihen liittyvien asioiden integrointi hoitoon vastaa vielä paremmin ajatukseen osteopatian asiakaskeskeisyydestä. (Esteves 2020.)

### 3 Lannerangan välilevyleikkaus

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen hoitoilmoitusrekisterin mukaan vuonna 2018 välilevytyrän ja iskiasoireen vuoksi hoidettiin yli 13 178 asiakasta, joilla oli yhteensä 31 688 avohoitokäyntiä ja 2488 osastohoitojaksoa. Saman vuoden tilastojen mukaan julkisessa terveydenhuollossa tehtiin 3025 lannerangan välilevyleikkausta. Sairaanhoidopiirien välillä näyttäisi olevan asukasluvuun suhteutettuja eroja leikkausmäärien välillä, mikä ei pelkästään liity sairastavuuden eroihin, vaan erot voivat selittyä myös hoitokäytäntöjen eroavaisuudella. (STM 2019.)

#### 3.1 Lannerangan välilevytyrä

Välilevyn pullistumalla tai tyrällä (*lumbar disc herniation*) tarkoitetaan tilaa, jossa välilevyä ympäröivä ulkokuori eli *annulus fibrosus* repeää päästäen geelimäisen ytimen eli *nucleus pulposuksen* pullistumaan välilevyn ulkopuolelle. Tämän seurauksena hermojuurille aiheutuu mekaanista kompressiota tai ärsytystä (Ropper & Zafonte 2015.). Välilevytyrä nähdään yleisimpänä syynä iskiasoireelle. Iskiaskivulla (*sciatica*) tarkoitetaan alaselästä alaraajaan, yleensä polven alapuolelle, säteilevää kipua. Iskiaskivun mahdollisia muita oireita ovat alaselkäkipu, lihasheikkoudet ja tuntomuutokset. (Gugliotta ym. 2016.)

Iskiaskivulle on tutkimuksissa löydetty joitakin altistavia ja suojaavia tekijöitä, mitkä liittyvät niin elintapoihin, työhön kuin vapaa-aikaan. Elintapojen osalta ylipaino näyttäisi

olevan selkeä riskitekijä alaraajaan säteilevälle kivulle (Shiri ym. 2017; Shiri ym. 2014). Myös tupakointi näyttäisi lisäävän riskiä (Shiri ym. 2017; Shiri & Falah-Hassani 2016). Työhön liittyviä altistavia tekijöitä ovat istumatyö ja työnteko "tärisevissä olosuhteissa" yhdistettynä raskaiden asioiden nosteluun ja kantamiseen sekä fyysisesti raskas työ ylipäättänsä (Euro ym. 2019; Euro ym. 2018.). Kaiken kaikkiaan yleisellä tasolla alaselkä- ja iskiaskivun riskitekijöitä ovat heikko terveys, fyysinen ja psyykinen stressi (Parreira ym. 2018.). Sen sijaan suojaavana tekijänä iskiaskivulle on sopiva fyysinen aktiivisuus, kuten esimerkiksi pyöräily ja kävely (Shiri ym. 2017.).

### 3.2 Välilevyleikkauksen indikaatiot

Käypä hoito -suositusten mukaan ehdottomia leikkausaiheita ovat cauda equina -oireyhtymä, reisilihaksen tai jalkaterän ojentaja- tai koukistajalihaksen voiman etenevä heikentyminen sekä sietämätön alaraajaan säteilevä kipu, joka ei helpotu riittävästi voimakkaalla kipulääkityksellä. Mahdollisesta operatiivisesta hoitovaihtoehdosta jatkohoidon yhteydessä tulisi keskustella asiakkaan kanssa, mikäli hänellä on esiintynyt yli kuuden viikon ajan häiritsevää alaraajaan säteilevää kipua ja kliinisessä tutkimuksessa todetaan merkkejä hermojuuren pinteestä. Lopullisen leikkauspäätöksen ratkaisee välilevytyrän sijainnin sopivuus kliinisiin löydöksiin ja neuroradiologisiin tutkimuksiin. (Käypä hoito -suositus, Alaselkäkipu 2017.)

Akuutin välilevyn pullistuman aiheuttaman iskiaskivun, joka on kestänyt vähemmän kuin neljä kuukautta, hoidossa konservatiivinen linja näyttäisi toimivan lähes yhdeksässä kymmenestä tapauksessa (Bailey ym. 2020). On kuitenkin jonkun verran näyttöä siitä, että akuutissa vaiheessa leikkauksella saadaan parempi lyhytkestoinen hyöty kivun lievittymiseen verrattuna konservatiiviseen hoitoon (Chen ym. 2018). Molemmilla hoitolinjoilla lopputulema on sama puolen vuoden ja vuoden seurannassa. Kroonisen iskiaskivun hoidossa, jossa oireet ovat kestäneet selkeästi pidempään, operatiivinen hoito näyttäisi selkeästi vähentävän kipua verrattuna konservatiiviseen hoitoon. (Bailey ym. 2020.)

### 3.3 Leikkausmenetelmät

Välilevytyräleikkauksessa poistetaan se osa välilevyä, joka asettaa hermojuuren, selkäytimen, taikka kummatkin pinteeseen. Leikkauksia on perinteisesti suoritettu kahdella eri tavalla; avoimella taikka mikroskoopiavusteisella leikkauksella, joista

jälkimmäinen on yleisesti nykyään eniten käytetty metodi. Mikroskooppiavusteinen leikkaus sallii avoimeen leikkaukseen verrattuna pienemmän leikkausviillon. Muuten nämä kaksi leikkausmetodia eivät poikkea toisistaan merkittäväällä tavalla ja niiden vaikuttavuus on katsottu hoitotulosten kannalta toisiaan vastaaviksi (Rasouli ym. 2014.). Mikroskooppiavusteisen välilevytyräleikkauksen vakiintumisen jälkeen on pyritty kehittämään yhä vähemmän kudosta vahingoittavia leikkausmenetelmiä. Näitä ”minimaalisesti vahingoittavia” (*minimally invasive*) leikkauksia hyödyntämällä pyritään lyhentämään leikkauksesta toipumisen aikaa sekä minimoimaan leikkausarven aiheuttamaa kosmeettista haittaa käyttämällä mahdollisimman pientä leikkausviiltoa sekä vähentämällä leikkaukohdetta ympäröivien kudosten dissektiota. (Rasouli ym. 2014.)

Tutkimustulosten mukaan minimaalisen kajoavien sekä perinteisen mikroskooppiavusteisen leikkausten välillä ei olla kuitenkaan havaittu kliinisesti merkittäviä eroja leikkauksesta potilaalle koituvan hyödyn sekä leikkauksesta toipumisen välillä. Lau ym. (2011) tutkimuksessa vertailtiin perinteisen mikroskooppiavusteisen välilevyleikkauksen sekä minimaalisesti kajoavan välilevyleikkauksen eroa kolmen vuoden seurannalla liittyen leikkauksen kestoon, sairaalassa vietettyyn aikaan, neurologiseen toipumiseen, leikkauksen aikaisiin komplikaatioihin sekä kivun lievittymiseen. Tulosten perusteella näissä ei havaittu merkittävää eroa edellä mainittujen leikkausmetodien välillä (Lau ym. 2011.). Vuonna 2018 Suomessa suoritettiin leikkauksia mikroskooppisesti ja tähystysmenetelmällä sekä avoleikkauksella. Noin neljä viidestä leikkauksesta tehtiin mikroskooppisesti. (STM 2019.)

#### **4 Kuntoutuminen leikkauksen jälkeen**

Kotiutuminen leikkauksesta tapahtuu yleensä seuraavana leikkauksen jälkeisenä päivänä. Voimakkaita selän taivutuksia ja raskaita nostoja tulisi välttää 4–6 viikkoa leikkauksen jälkeen (Terveyskylä, Nivelatalo 2018.). Leikkauksen jälkeisestä kuntoutumisesta ja sen tukemisesta kuntoutuksen keinoin, on saatavilla kattavasti tutkimustietoa. Tutkimusten välillä on kuitenkin melko paljon eroavaisuuksia aktiivisen kuntoutuksen ja harjoittelun sisällön sekä aloituksen ajankohdan suhteen.

Lannerangan välilevyleikkauksen jälkeistä kuntoutusta on tutkittu viime vuosina erinäisin tutkimusasetelmin ja -otannoin. Tutkimukset keskittyvät pääasiassa postoperatiivisen harjoittelun alkamisen ajankohtaan, harjoittelun eri muuttujiin, selän liikkuvuuden

palauttamiseen, kivun lievittämiseen ja toimintakyvyn parantamiseen sekä työhön paluun edistämiseen (Ozkara ym. 2015; Santana-Rios ym. 2014; Reiman ym. 2016; Hebert ym. 2015; Demir & Dulgeroglu & Cakci 2014). Edellä mainitun ohella Oosterhuis ym. (2017) selvittivät tutkimuksessaan aikaista leikkauksen jälkeistä kuntoutuksen kustannustehokkuutta (cost-effectiveness) tehokkuuden (effectiveness) rinnalla. Tutkimuksessa verrattiin koeryhmän ja kontrolliryhmän kesken määrällisiä muuttujia taloudellisiin muuttujiin. Tutkimuksen koeryhmä noudatti kansallista postoperatiivisen kuntoutuksen ohjeistusta, mikä piti sisällään yksilölliset ohjeet ja viikoittaiset harjoitteluterapiakäynnit. Kontrolliryhmä ei juurikaan saanut mitään ohjeistusta kuntoutukseen. Ryhmiä seurattiin leikkauksen jälkeen 26 viikkoa. Tutkimuksen perusteella aikaisin aloitettu kuntoutus leikkauksen jälkeen ei ollut tehokkaampaa tai kustannustehokkaampaa koeryhmässä verrattuna kontrolliryhmään. (Oosterhuis ym. 2017.)

#### 4.1 Postoperatiivisen kuntoutuksen aloittaminen

Ozkara ym. (2015), Santana-Rios ym. (2014) ja Oosterhuis ym. (2014) mukaan heti leikkauksen jälkeen aloitettu harjoittelu vaikuttaa positiivisesti kivun kokemiseen sekä edistää toimintakykyä ja selän toimintaa. Aikainen harjoittelun aloittaminen ei juurikaan aiheuta komplikaatioita.

Ozkara ym. (2015) selvittivät tutkimuksessaan 12-viikon kotiharjoitteluohjelman vaikutusta kipuun, selän toimintakykyyn ja liikkuvuuteen, yleiseen terveyteen ja behavioraalsiin lopputulemiin. Harjoitusohjelman noudattaminen aloitettiin heti leikkauksen jälkeen. Harjoitusohjelma keskittyi vatsa- ja selkälihasten sekä alaraajojen voiman ja kestävyuden lisäämiseen ja selkärangan ja lantion liikkuvuuden lisäämiseen. Tulosten perusteella 12-viikon postoperatiivinen harjoitusohjelma alkaen heti leikkauksen jälkeen voi lievittää kipua, parantaa toimintakykyä ja selän toimintaa. (Ozkara ym. 2015.)

Cochrane katsauksessa (2014) on selvitetty välileivyleikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen vaikuttavia tekijöitä aktiivisen harjoituksen aloitusajankohdan sekä harjoittelun intensiteetin kannalta. Tutkimuksessa on vertailtu harjoittelun aloitusta välittömästi leikkauksen jälkeen, 4–6 viikon kohdalla leikkauksesta sekä 12 viikon kohdalla leikkauksesta. Harjoituksen intensiteettiä on tutkittu vertaamalla aktiivista kuntoutumista harjoittelemattomuuteen, placeboon ja kuntoutusta jonottavaan

kontrollihenkilöön. Aktiivista kuntoutusta on verrattu muunlaiseen aktiivisuuteen ja erityistä aktiivista kuntoutusta pelkkään kuntoutukseen. Katsauksen perusteella 4–6 viikon kohdalla aloitettu aktiivinen ja riittävän tehokas fyysinen harjoittelu vähentää toimintakyvyn haittaa ja kivun kokemista. Ohjatun harjoittelun ja kotiharjoittelun välillä ei ole löydetty toimintakyvyn tai kivun kokemisen kannalta merkittäviä eroja. Kohtalaista näyttöä on kuitenkin fysioterapian hyödyistä toimintakyvyn palautumisen kannalta verrattaessa pelkkään neuvontaan tai harjoittelemattomuuteen. (Oosterhuis ym. 2014.)

Santana-Rios ym. (2014) mukaan erinäisiä interventioita on tarjolla postoperatiiviseen kuntoutukseen välilevyleikkauksen jälkeen, mikäli oireita ei täysin saada hallintaan ensimmäisellä leikkauksella. Kuntoutuksen aloittaminen heti leikkauksen jälkeen olisi suositeltavaa. Aikainen postoperatiivinen aktiivisuus on järkevää eikä aiheuta juurikaan komplikaatioita. Kognitiivinen interventio positiivisuuden vahvistamiseksi yhdessä harjoittelun kanssa on tehokasta hoitoa. Tämä voidaan nähdä vaihtoehtoa luudutusleikkaukselle asiakkailta, joiden oireet palaavat ensimmäisen välilevyleikkauksen jälkeen. (Santana-Rios ym. 2014.)

#### 4.2 Kuntoutuksen sisältö

Postoperatiivisiin harjoitusohjelmiin sisällytettävien harjoitteiden optimaalisia komponentteja ei tämän hetken tiedon perusteella täysin tiedetä (Hebert ym. 2015). Spesifit lannerankaa vahvistavat harjoitteet verrattuna yleisiin keskivartaloa vahvistaviin harjoitteisiin näyttäisivät tuottavan samanlaisia vaikutuksia toimintakyvyn edistämisen sekä jalka- ja alaselkävivun lievittymisen osalta (Hebert ym. 2015.). Edellä mainitun ohella valvotusti tehtävät dynaamiset lannerangan stabiliteettiharjoitteet voisivat olla suositeltuja välilevyleikkauksen kuntoutuksessa, koska niistä voi olla hyötyä kivun lievittämisessä ja selkärangan liikkuvuuden palauttamisessa. Näin ollen töihin paluu voi nopeutua. (Demir ym. 2014.)

Välilevyleikkauksen jälkeisessä kuntoutumisessa ei saatu eroavaisuuksia esiin, verrattaessa ohjattua kuntoutusta kotona itsenäisesti, ilman ohjausta toteutettavaan kuntoutukseen. Molemmat ryhmät olivat saaneet ennen leikkausta ohjauksen kuntoutumisen tueksi. Kuntoutumisessa ei ollut merkittäviä eroja töihin paluun ajankohdan tai työkyvyn kannalta. (Paulsen ym. 2020.)

Tutkimuksissa ei ole täysin pystytty osoittamaan leikkauksen välttämättömyyttä verrattaessa konservatiiviseen hoitolinjaan. Reiman ym. (2016) ovat tutkineet urheilijoiden lajiin paluuta (*Return to Sport*) lannerangan välilevyleikkauksen jälkeen. Tutkijat vertasivat operatiivista hoitoa konservatiiviseen hoitoon. Hoitojen välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa eli ei voida täysin sanoa, kumpi hoito saa aikaan paremmat tulokset ajatellen urheilijan toipumista välilevytyrystä. (Reiman ym. 2016.)

#### 4.3 Kivun ja liikkumisen pelon huomioiminen kuntoutuksessa

Kipu ja kivun kokeminen vaikuttavat niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Postoperatiivinen kipu tulisi huomioida osana kuntoutumista, jotta kivun pitkittymistä voidaan ehkäistä (Hamunen & Kontinen 2018). Kivun kokeminen on yksilöllistä ja siihen vaikuttavat muun muassa aiemmat kokemukset kivusta, tunne-elämä, kuten masentuneisuus ja ahdistuneisuus. Myös potilaan odotukset leikkauksen hyödyistä voivat vaikuttaa kivun kokemiseen (Hamunen & Kontinen 2018.). Alodaibi ym. (2018) mukaan pelko-välttämiskäyttäytyminen ennen välilevyleikkausta voi ennustaa kipua ja toimintakyvyn laskua leikkauksen jälkeen, mikä tulisi ottaa huomioon postoperatiivisessa kuntoutuksessa.

Koho ym. (2011) mukaan kivulla ja liikkumisen pelolla on todettu olevan yhteys virheellisten liikemallien oppimiseen. Kivun ja liikkumisen pelko voivat vaikuttaa myös toimintakykyyn alentavasti, kun arjessa vältetään tavallisia ja toiminnallisia liikemalleja. Moniammatillisella kuntoutuksella näyttäisi olevan suotuisia vaikutuksia fyysiseen aktiivisuuteen ja kivun kokemiseen henkilöillä, joilla on merkittävää liikkumisen pelkoa (Koho ym. 2011). Myös Dorow ym. (2017) mukaan moniammatillinen kuntoutus psykologisella tuella näyttäisi vaikuttavan suotuisasti pitkän ajan ennusteeseen kivun lieventymisessä lannerangan välilevyleikkauksesta toipuvilla henkilöillä.

## 5 Opinnäytetyön toteutus ja menetelmälliset ratkaisut

Opinnäytetyön aiheen ideointi alkoi loppukesästä 2019. Työn aihetta lähdettiin pohtimaan yleisellä tasolla tuki- ja liikuntaelimestön näkökulmasta. Lopulta aiheeksi rajautui alaselkä. Työn näkökulmaksi tarkentui postoperatiivinen näkökulma lähinnä sen vuoksi, että kyseisestä aiheesta ei ollut juurikaan tehty töitä aiemmin. Lannerangan välilevyleikkaukseen päädyimme, koska se on yksi yleisimmistä selkäleikkauksista. Aiheen tarkentumisen jälkeen perehdyimme aihetta koskevaan tutkimustietoon ja

kirjallisuuteen. Työn suunnitelmavaiheessa aineisto oli alun perin tarkoitus kerätä integroivan kirjallisuuskatsauksen ja teemahaastattelun avulla. Tutkimustiedon vähyyden vuoksi päädyimme kuitenkin suunnitelmavaiheessa jättämään kirjallisuuskatsauksen pois aineistonhankintamenetelmistä. Teemahaastattelun toteutuksen osalta pohdimme sopivaa toteutuksen muotoa ja lopulta haastattelut päädyttiin toteuttamaan yksilöhaastatteluina.

Työn suunnitelma hyväksyttiin huhtikuussa 2020. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen aloitimme kartoittamaan sopivia osteopaatteja ja lääkäreitä, joilla voisi olla tietoa aiheeseemme liittyen. Jo suunnitelmavaiheessa koimme tarpeelliseksi, että työhön olisi hyvä haastatella myös muita ammattilaisia kuin osteopaatteja. Heinä-elokuussa 2020 tiedustelimme sopivilta ammattilaisilta halukkuutta osallistua työmme haastatteluun. Haastatteluiden toteutus tapahtui elo-syyskuun vaihteessa. Kaikki kolme haastattelua toteutettiin kasvokkain opinnäytetyöntekijöiden ja haastateltavan välillä. Lisäksi opinnäytetyön raportin työstäminen aloitettiin elokuun aikana. Aineiston keräämisen jälkeen aineisto analysoitiin syys-lokakuun aikana, jonka jälkeen työn tulokset ja pohdinta viimeisteltiin marraskuussa. Opinnäytetyö esiteltiin Osteopatian tutkinto-ohjelman opinnäytetöiden julkistamisseminaarissa joulukuussa 2020, jonka jälkeen työ ja sen tuotos viimeisteltiin lopullisesti.

### 5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Päädyimme käyttämään opinnäytetyössämme laadullisen tutkimuksen menetelmää. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ilmiön merkityksen tai tarkoituksen selvittämiseen, sekä kokonaisvaltaisen ja syvemmän ymmärryksen muodostamiseen aiheesta (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2013: 161, 164.). Osteopaattisessa lähestymistavassa asiakkaan hoitoon ei välttämättä ole yhtä ja ainoaa toimivaa menetelmää, vaan ne saattavat poiketa merkittävästikin toisistaan. Koimme siis saavamme työn aiheesta mahdollisimman laajan ymmärryksen tutkimalla eri terveydenhuollon ammattilaisten käsityksiä ja näkemyksiä, jotka ovat työskennelleet lannerangan välilevyleikkauksen läpikäyneiden asiakkaiden postoperatiivisen hoidon parissa. Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä ovat juuri tutkittavan näkökulmien ja ”äänen” esille tulo sekä mahdollisuus aineiston monitahoiseen ja yksityiskohtaiseen tarkasteluun (Hirsjärvi ym. 2013: 164.). Laadullinen lähestymistapa sopii työhömme hyvin, sillä kyseinen aihe vaatii juuri edellä mainitun kaltaista kartoittavaa lähestymistä.

## 5.2 Teemahaastattelu menetelmänä

Työn aineisto kerättiin teemahaastattelulla, jotka toteutuivat yksilöhaastatteluina. Teemahaastattelun kysymykset muotoiltiin työn tavoitteen ja tarkoituksen pohjalta. Haastattelulla haettiin vastausta kysymykseen: ”Mitkä ovat osteopaattisen hoidon mahdollisuudet välilevyleikkauksen jälkeisessä kuntoutumisessa?”. Katsoimme puolistrukturoidun haastattelun selkeimmäksi aineiston keruumenetelmäksi, sillä ammattilaisten empiirinen kokemus pääsee kyseisessä metodissa esille (Hirsjärvi & Hurme 2008: 48). Lannerangan välilevyleikkauksen postoperatiivisen kuntoutuksen tutkimusnäytön perusteella on täysin mahdotonta sanoa, onko jotain yksittäistä hoitolinjaa, mikä toimii, joten ammattilaisten käytännön kokemusten kautta voidaan saada lisää arvokasta tietoa monipuolisesta kuntoutuksesta.

Teemahaastattelu koostui valmiista kysymyksistä (Liite 1), jotka olivat kaikille samat. Vastauksia ei ollut sidottu tiettyihin vastausvaihtoehtoihin, vaan haastateltavat saivat vastata kysymyksiin omin sanoin. Puolistrukturoidulle menetelmälle on tyypillistä, että kaikkia haastattelun näkökohtia ei ole täysin luotu lukkoon. Toisaalta teemahaastattelussa on oleellisista eteneminen keskeisten teemojen mukaan eikä niinkään yksityiskohtainen kysymysten muoto ja järjestys. (Hirsjärvi & Hurme 2008: 47–48.)

## 5.3 Haastateltavien valinta

Haastateltavat valittiin työhön harkinnanvaraisella menetelmällä. Sen avulla pystyimme valitsemaan haastatteluihin osteopaatteja ja muita terveydenhuollon ammattilaisia, joilla on tietoa ja kokemusta työmme aiheesta. Harkinnanvarainen valinta sopii laadulliseen työhön, koska jo muutamaa asiantuntevaa henkilöä haastatteleamalla voidaan saada merkittävää tietoa asiasta (Hirsjärvi & Hurme 2008: 59). Haastatteluun valikoitui kolme ammattilaista, kaksi osteopaattia sekä fysiatrian erikoislääkäri. Osteopaatit olivat myös fysioterapeutteja koulutukseltaan. Käytännössä haastateltavilla oli monipuolisesti koulutusta ja kokemusta alaselän hoitamisesta sekä postoperatiivisesta kuntoutuksesta. Kaiken kaikkiaan haastateltavien valintaa ohjasi mahdollisuus moninaiseen näkemykseen lannerangan välilevyleikkauksen postoperatiivisen kuntoutuksen osalta.

#### 5.4 Aineiston analysointi

Aineiston analysoimiseksi käytimme aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Tuomi ja Sarajärvi ovat jakaneet analyysin kolmeen vaiheeseen, jotka ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Analyysin perusteella pystytään aineistosta määrittelemään ja yhdistelemään erilaisia käsitteitä. Tämän avulla saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin. Kaiken kaikkiaan aineistolähtöinen sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa aineistosta muodostetaan käsitteellinen näkemys. Tulosten perusteella muodostetaan erilaisia luokkia, kuten pää- ja alaluokkia (Tuomi & Sarajärvi 2018: 122–127.). Haastattelun analyysikysymyksenä on: ”Mitkä ovat osteopatian mahdollisuudet välilevyleikkauksen kuntoutumisessa?”. Analyysiyksikkönä toimi ajatuksellinen kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2018: 122–123).

Teemahaastattelut äänitettiin ja puhtaaksikirjoitettiin peruslitterointimenetelmällä. Haastattelu litteroitiin sanatarkasti eli puhekielen mukaisia ilmaisuja ei poistettu (Hirsjärvi & Hurme 2008: 138.). Litteroitua tekstiä tuotettiin kokonaisuudessaan 19 sivua, fonttina Calibri ja fonttikokona 11 sekä rivivälinä 1. Litteroitu aineisto pelkistettiin ja siitä poimittiin ilmaisuja, jotka vastaavat mahdollisimman hyvin tutkimuskysymykseemme. Ilmaisut merkittiin tekstiin maalaamalla. Ilmaisut, jotka vastasivat analyysikysymykseemme, pelkistettiin ilman sanotun asian muuttumista (Tuomi & Sarajärvi 2018: 123). Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin eli klusteroitiin. Ilmaisuista pyrittiin löytämään yhdistäviä tekijöitä ja ne jaettiin niiden perusteella alaluokkiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 123–125.).

Klusterointia seurasi analysoinnin viimeinen vaihe eli aineiston abstrahointi. Alkuperäiset ilmaisut, niiden pohjalta muodostetut pelkistykset sekä ala- ja yläluokat koottiin excel-taulukoihin tulkitsemisen helpottamiseksi. Haastattelua ohjasi yksi tutkimuskysymys, joten taulukoita ei eritelty analyysikysymysten mukaan. Taulukoita muodostettiin yhteensä kolme, jokainen taulukko eri haastateltavaa varten.

Alaluokkia muodostui yhteensä 33 kappaletta, koska aineiston analyysikysymys haluttiin muodostaa sellaiseksi, että se sallii mahdollisimman laajan aineiston, sitä liikaa rajaamatta. Alaluokista muodostui myös kuusi yläluokkaa, jotka olivat: Osteopaattinen hoito, terapeuttinen harjoittelu, biopsykososiaalinen viitekehys, manuaalisen terapian ja harjoittelun yhdistäminen, kuntoutuksen suunnittelu ja osteopatian mahdollisuus.

| Pelkistetty ilmaus  | Alaluokka                    | Yläluokka                      |
|---|------------------------------|--------------------------------|
| Mielummin olen avoimena ja jos pystyn auttamaan asiakasta, niin silloin pääse päämäärääni. Sama pätee kranaalipuoleen. Äärimmäisen stressaantunut asiakas on tilanteessa jossa asiakasta pitäisi saada rauhoitettua, niin kranaalipuolen hoito voi toimia aivan hyvin. Se luo mahdollisuuden seuraavan jutun suorittamiseen.  | Kranaalinen lähestymistapa   | Osteopaattinen hoito           |
| Pitkälti kiinni omasta lähestymistavasta. Mä lasken käytännös hoitoon ja hermoston rauhoittamiseksi jos sen mitä tapahtuu asiakkaan tullessa vastaanottohuoneeseen sisään. Jos käyn kierroksilla, hiki valuu päästä ja silmät pullottaa, niin tuskin asiakas on kovin rauhoittunut siinä kohtaa. Suhtautuminen tilanteeseen ratkaisee ja tavallaan voidaan puhua placebosta, joka joka tapauksessa mukana hoidossa. Niin kortit voi kääntää omaksi eduksi tai olla kääntämättä.   | Terapeutin ulosanti          | Biopsykososiaalinen viitekehys |
| Postoperatiiviselle selkäasiakkaalle keskusteleminen voi olla iso juttu. Mikäli asiakas on oikeasti huolissaan, niin juttelemalla voi saada hermoston rauhoittumaan, vaikka ei ole tehty vielä mitään muuta. Siitä päästään biopsykososiaaliseen ja asiakaslähtöisyyteen. Siitä on helppo edetä kuuntelemisen ja kokemuksen avulla asiakkaan kertoessa ja sun havainnoissa blokkamaan kipumekanismia. Onko tulehduksellinen kiputila, voiko olla jotain psyykkistä taustalla, pelkoa vai onko mekaanista tai neurogeenistä? | Kipumekanismien huomioiminen | Biopsykososiaalinen viitekehys |

Taulukko 1. Näyte aineiston analyysistä

## 6 Tulokset

Tulokset-osiossa käsitellään haastattelujen aineistoanalyysissä esiin nousseita teemoja yläluokkien mukaisesti. Kaikkia analyysistä nousseita ilmaisuja ei viety yläluokkatasolle. Yksittäiset alaluokkatason ilmaisut käsitellään tekstissä siihen parhaiten sopivan isomman teeman sisällä. Näyte aineiston analyysistä löytyy kappaleesta 5.4.

## Osteopaattinen hoito

Postoperatiivisen osteopaattisen hoidon osalta tuloksissa korostui leikkauskohtaa ympäröivien rakenteiden hoito sekä leikkauskohdan paikallinen hoito. Leikkausväli on yleisimmin neljännen ja viidennen lannerikaman välissä tai LS-välissä. Käytännössä alaselän toiminnan edistämiseksi ”vapautusta” haetaan ylempää rangasta ja rangan ylimenoalueilta sekä koko lantion alueelta. Alaselän suoran, eli leikatun välin käsittely on mahdollista, mikäli ”ikkuna on sille auki” ja asiakkaan kipumekanismi sallii sen. Käytännössä olennaista on leikatun segmentin hoito mahdollisuuksien mukaan ja tämän lisäksi ainakin ympäröivien segmenttien käsittely. Tulosten mukaan iliopsoas on usein mukana lannerankaan vaikuttavana lihaksena, joten sen kireyden hoito saattaa olla yleensä tarpeellista. Yleisellä tasolla hoidon tavoitteena on liikkuvuuden ja lihastoiminnan parantaminen.

Rintarangan ja rintakehän huomioiminen nousi esiin merkittävänä osana hoitoa. Selkärankaa on tärkeä tarkastella kokonaisuutena, jossa rintarangan segmenttien itsenäinen liikkuvuus ja rintarangan segmentit osana lannerankaa on hyvä pitää mielessä. Rintarangan ja ylimenoalueiden jäykkyyden hoito tulee kyseeseen, mikäli se aiheuttaa painetta alaselkään. Lantion alueen käsittelyssä on minimissään otettava huomioon lonkka, lantion etuosa, sacrum ja SI-nivelet. Hoidettavan alueen laajuuteen vaikuttavat olennaisesti leikkauksesta kulunut aika ja leikkaustaso.

Lantion ja alaraajan huomioiminen nähtiin tärkeänä osana hoitoa. Ammattilaisen on tärkeä osata tunnistaa alaraajan pituuseron merkitys välilevyleikkausasiakkaan kuntoutusta suunniteltaessa. Samalla on huomioitava nilkan toimintaa ja sen vaikutusta alaselän toimintaan. Lonkan ja lantion mahdolliset liikerajoitukset voivat aiheuttaa kuormitusta alaselässä, joten alempaa kehosta on mahdollista tuoda helpotusta ongelma-alueelle. Osteopaattiseen hoitoon liittyviä yksittäisiä esimerkkejä oli muun muassa faskialinjojen huomioiminen hoidossa. Toispuoleisessa selkäongelmassa voi esiintyä esimerkiksi vastakkaisen olkapään ja niskan jännittyneisyyttä.

Osteopaattisista tekniikoista nousi esiin esimerkkinä epäsuorat hoitotekniikat, kuten ”positional release” -tekniikat, joissa kehoa viedään niin sanotusti helppoon liikesuuntaan. Tulosten perusteella kyseinen lähestymistapa voisi nousta tulevaisuudessa suurempaan rooliin ja ajatus tekniikan takana nähtiin yhtenä osteopaattisena vahvuutena. Kevyiden

osteopaattisten tekniikoiden koettiin olevan varsinkin kuntoutuksen alkuvaiheessa äärimmäisen hyviä ja kokonaisvaltaisia tekniikoita, minkä avulla pystytään edesauttamaan hoidon kokonaiskuvaa eteenpäin. Myös biodynaaminen lähestymistapa nousi esiin, joka nähtiin enemmänkin filosofiana, joka ei rajoita hoitoa millään tavalla. Ajatus on kyseisessä lähestymistavassa koko kehon toiminnassa. Muita tyypillisiä piirteitä biodynaamiselle hoidolle on ”nestekehon” ja ”sytytyksen” toiminnan tarkistaminen ja tämän avulla kehon vieminen ”neutraalitilaan”. Edellä mainitun avulla kuvailtiin hahmotettavan kehon ”terveyden potentiaalia”. Kokonaisuuden huomioinnin ja selkeytymisen jälkeen biodynaamisessa lähestymistavassa siirrytään yksityiskohtiin, kuten yksittäisten nikamien hoitoon löydösten mukaan. Myös kraniaaliseen lähestymistapaan suhtauduttiin avoimesti, jos sillä pystytään auttamaan asiakasta ja näin pääsemään haluttuun päämäärään. Hyvänä esimerkkinä nähtiin äärimmäisen stressaantunut asiakas, jonka voi saada hyvin rauhoitettua kraniaalisella hoidolla ja tätä kautta siirtyä tehokkaammin hoidon seuraavaan vaiheeseen, joka nähtiin asian tärkeimpänä näkökulmana.

Tuloksissa nousi esiin myös leikkausarven käsittelyn tärkeys osana postoperatiivista kuntoutusta. Arven käsittelyllä saadaan helpotusta, minkä avulla varmistetaan arven optimaalinen paraneminen. Kirurgin mielestä arpi saattaa näyttää hyvältä, vaikka käytännössä se vaikuttaa ympäristöön sen ollessa arka ja aiheuttaen kireyttä moneen suuntaan. Katsottiin, että arven käsittely on yksi puuttuva asia postoperatiivisesta kuntoutuksesta. Kaiken kaikkiaan alkuvaiheessa olisi tärkeää, että fysioterapeutti tai muu ammattilainen neuvoisi asiakasta ottamaan arvesta kiinni ja liikuttamaan sitä. Näin arpi alkaa sietämään normaalia kosketusta, eikä jää araksi.

Hoitoa on myös mahdollista lähestyä kipumekanismien näkökulmasta. Postoperatiivinen hoito voidaan rakentaa sen mukaan, miten asiakas kokee kivun eri kipumekanismien kautta. Myös kivun jatkuvuus on olennaista huomioida. Mikäli asiakas kokee paljon kipua ja arkuutta leikatulla alueella, voi olla järkevämpää olla tekemättä mekaanista liikettä oirealueella ja näin lähestyä hoitoa muualta.

### **Terapeuttinen harjoittelu**

Tulosten perusteella terapeuttinen harjoittelu on hyvin olennainen osa asiakkaan kuntoutusta. Harjoitteet koostuvat kuntoutuksen alkuvaiheessa lähinnä aktivoivista harjoitteista ja liikekontrolliharjoitteista. On mahdollista käyttää kokonaisvaltaisia

harjoitteita, jotka kohdistuvat liikemalleihin, missä haetaan useampia lihasaktivoiteja toimimaan samanaikaisesti. Yksittäiset aktivointiharjoitteet kohdistuvat esimerkiksi multifidus-lihaksille tai poikittaiselle vatsalihakselle.

Alaselän liikekontrolliharjoittelu nähtiin tärkeänä osana kuntoutusta, sillä usein välilevyongelmissa on myös jokin selän kontrolliongelmaksi mukana. Liikekontrollia voi tarkastella aluksi selinmakuulla suoritettavin harjoittein, edeten vähitellen enemmän pystyasennossa tehtyihin harjoitteisiin. Liikekontrolliharjoitteiden ohjaaminen on kuitenkin yksilöllistä ja tapauksesta riippuen voi olla helpompaa edetä istuma-asennosta tai selkä seinää vasten eteenpäin. Yhtenä esimerkkinä välilevyn kuormituksen ja paineen vähentämiseksi on huomioitava lonkka osana alaselän liikekontrollia. Jännittynyt pakaralihas tai lonkka voi aiheuttaa lonkan fleksion yhteydessä lannerangan fleksoitumisen, mikä tuo alueelle ylimääräistä rasitusta. On harvinaista, että lihakset toimivat leikkauksen jälkeen normaalisti, joten on olennaista kiinnittää huomioita myös lihastoiminnan parantamiseen liikekontrollin ohella. Lisäksi esiin nousi myös spesifien venytyksien ohjaaminen selkävun ja oireen hoitona, koska sillä voi saada laukaistua kipua ja sen jälkeen asiakkaan on mukavampi nukkua.

Osteopaattisen hoidon yhteydessä harjoittelupuoli on melko vähäistä, mikä on iso puute. Harjoittelu nähtiin isona osana asiakaslähtöisyyttä, minkä avulla asiakas saadaan sitoutettua tekemiseen. Kerran viikossa oleva hoito on pieni osa kokonaisuutta verrattuna asiakkaan mahdollisuuteen tehdä itse päivittäin. Ylipäättänsä harjoitteluosaaminen olisi hyvä lisä, joka voisi olla hyvä saada muusta koulutuksesta ja näin lisättyä kokonaisuuteen, sillä harjoittelulla on tutkitusti paras näyttö leikkauksen jälkeisessä kuntoutumisessa.

### **Biopsykososiaalinen viitekehys**

Tuloksissa tärkeänä teemana nousi esiin biopsykososiaalinen viitekehysten merkitys lannerangan leikkauksen jälkeisessä kuntoutumisessa. Asiakas tulisi huomioida kuntoutumisprosessissa yksilöllisenä kokonaisuutena sekä kartoittaa ja tukea hänen psykososiaalista tilannettaan, sillä tähän liittyvät tekijät määrittävät olennaisesti sitä, kuinka paljon asiakas uskaltaa itse vaikuttaa kuntoutumiseensa muun muassa terapeuttisen harjoittelun kautta. Asiakkaan psykososiaalisten riskitekijöiden kartoitus ja niihin puuttuminen tarvittaessa, olisi hyvä aloittaa jo ennen leikkausta, tai viimeistään leikkauksen jälkeen. Hyviä ja helppoja keinoja kartoitukseen ovat asiakkaalle suunnatut kyselyt, kuten esimerkiksi Örebron lyhyt kysely. Kyselyiden avulla asiakas tulee myös

tietoiseksi siitä, että hänen psykososiaalisesta tilastaan ollaan kiinnostuneita ja tällä tavalla siihen liittyvistä asioista keskusteleminen saattaa helpottaa lääkärin vastaanotolla.

Tulosten mukaan selkäleikkauksesta toipuvalla asiakkaalla saattaa ilmetä hänen paranemistaan häiritseviä ajatuksia liittyen muun muassa kivun- ja liikkeen pelkoon sekä uskomuksia siitä, että hänen selkänsä jää heikoksi ja ettei se tule ikinä parantumaan. Tällöin hoitoon sisältyy edellä mainittujen asioiden läpikäyminen asiakkaan kanssa keskustellen, etteivät ne jää häiritsemään hänen kuntoutumistaan.

Tuloksissa ilmeni, että mitä laajempi näkemys ammattilaisella on hoidosta, sitä paremmin hän kykenee suorittamaan hoitoa asiakkaiden tarpeiden mukaan, jolloin puhutaan asiakaslähtöisyydestä ja biopsykososiaalisesta lähestymistavasta. Jo pelkällä keskustelulla tilastaan huolissaan olevan, selkäleikkauksesta toipuvan asiakkaan kanssa, saattaa olla suuri vaikutus hänen rauhoittamiseksi. Keskustelu auttaa myös havainnollistamaan asiakkaan kipumekanismia ja määrittämään, liittyykö kipuun mahdollisesti psykologisia tekijöitä kuten esimerkiksi pelkoa, vai onko kipu enemmän esimerkiksi mekaanisista tai neurogeenisistä. On tärkeä kyetä huomioimaan ja erottamaan asiakkaan kivun taustalla vaikuttavat tekijät, jotta paras mahdollinen hoitotulos taattaisiin. Myös ammattilaisen oman suhtautumisen merkitys hoitotilanteessa nähtiin keskeisenä asiana. Muun muassa siistillä hoitotilalla, rauhallisella olemuksella sekä tarjoamalla asiakkaalle kokemuksen, että hän tulee kuulluksi, voidaan edesauttaa asiakkaan rauhoittumista ja osaltaan tätä kautta päästä parempaan hoitotulokseen.

### **Manuaalisen terapian ja harjoittelun yhdistäminen**

Tulosten perusteella manuaalisen hoidon sekä terapeuttisen harjoittelun kombinointi on hyvä tapa lähestyä selkäleikkauksen läpi käyneen asiakkaan postoperatiivista hoitoa. Manuaalinen terapia nähtiin toimivana keinona tukemaan asiakkaan omaharjoittelua, lievittämällä kipua ja liikkeen pelkoa, purkamalla selän toimintaan vaikuttavia jännitystiloja ja rentouttamalla lihaksia ja tukemalla niiden toimintaa. Tällä tavoin pystytään varmistamaan, että esimerkiksi asiakkaan suorittamat liikekontrolliharjoitteet sujuvat paremmin.

Yhtenä näkökulmana ilmeni, että jos hoidossa on käytössä manuaaliset tekniikat sekä terapeuttinen harjoittelu, niin niiden merkitys on yleisellä tasolla yhtä tärkeä, toki asiakkaasta riippuen. Tämä perustuu siihen, että pelkästään asiakkaalle annetuilla

harjoitteilla on vaikea lähteä korjaamaan vaivaa, jos hän ei pysty käyttämään kivun vuoksi kehoaan harjoitteisiin vaadittavalla tavalla. Manuaalista hoitoa voidaan käyttää työkaluna asiakkaan omaharjoittelun tukena. Kun ammattilaisella on molemmat menetelmät, sekä manuaalinen hoito että harjoittelun ohjaaminen käytössä, pystyy hän muun muassa näitä yhdistelemällä hahmottamaan paremmin hoidon kokonaiskuvaa varsinkin akuuttihoitossa missä kohdataan kipuasiakkaita. Ylipäättänsä manuaalisen hoidon ja terapeuttisen harjoittelun suhde hoidossa saattaa elää asiakkaan tilanteen mukaan. Kun selän toimintaan vaikuttavia jännitystiloja saadaan purettua, niin hoitoon voidaan alkaa vähitellen lisäämään harjoitteita. Jos asiakkaan suorittamat harjoitteet sujuvat vaivatta, manuaalisen hoidon rooli saattaa olla vähäisempi, jolloin hoito painottuu enemmän terapeuttiseen harjoitteluun. Manuaalista terapiaa voidaan käyttää myös yhtenä keinona auttamaan asiakasta hahmottamaan paremmin kehossa tapahtuvia prosesseja liikkeen aikana, tällä tavoin lievittäen asiakkaan mahdollista liikkeen pelkoa ja edistäen hänen ymmärrystään siitä, minkälaista harjoittelua hänen tulisi suorittaa ja miksi. Yleisesti tuloksissa korostui terapeuttisen harjoittelun merkitys kuntoutuksessa, sillä sen avulla asiakas saa ylläpidettyä manuaalisilla tekniikoilla aikaansaatuja hoitotuloksia.

### **Kuntoutuksen suunnittelu**

Osteopaatin vastaanotolla lähestyminen lannerangan välilevyleikkauksen jälkeen ei välttämättä eroa mitenkään erityisesti lähestymisestä verrattuna muun tyyppiisiin alaselkäkipuihin. Aluksi voidaan esimerkiksi kartoittaa asiakkaan kiputilanne, yleisilme sekä kehon jäykkyydet. Testauksen osalta on olennaista katsoa, miten selkä liikkuu rangan aktiivisten liikkeiden muodossa sekä tehdä muita mahdollisia erotusdiagnostisia testejä, kuten esimerkiksi varpaille ja kantapäille nousu sekä SLUMP ja SLR.

Tulosten mukaan kuntoutusta suunniteltaessa tulee lähteä etenemään progressiivisesti. Leikkauksen jälkeen harjoitteiden kuormaa tulisi alkaa lisäämään vähitellen. On valitettavan yleistä, että leikattu asiakas ei saa minkäänlaisia kuntoutusohjeita tai suunnitelmaa, vaan hänet lähetetään suoraan kotiin leikkauksen jälkeen. Tämä johtaa usein siihen, että oireet palaavat ennemmin tai myöhemmin. Kuntoutuksen suunnittelussa tulee ottaa huomioon myös se, kuinka kauan leikkauksesta on kulunut. Tämä vaikuttaa oleellisesti hoidon suunnitteluun. Hoitoon hakeutumiseen voi vaikuttaa aiemmin rakennettu luottamussuhde asiakkaan ja ammattilaisen välillä. Mikäli tällainen

hyvä luottamussuhde on rakennettu, hakeutuu asiakas todennäköisemmin nopeammin vastaanotolle.

Kuntoutukseen vaikuttaa olennaisesti myös asiakkaan oma aktiivisuus ja tilanteeseen suhtautuminen. Jos asiakas osaa hahmottaa oman selkänsä toimintaa, voidaan käyttää kuntoutumisen alkuvaiheessa matalankuormituksen harjoitteita esimerkiksi selin maaten, istuen tai nelinkontin. Kun leikkauksesta on kulunut kolme viikkoa, ja arpeutuminen on hyvällä mallilla, voidaan siirtyä kuormittavimpiin harjoitteisiin, käyttäen esimerkiksi käsipainoja tai oman kehonpainoa. Lähestymistapa voidaan valita asiakkaan mieltymyksen mukaan.

Tulosten perusteella leikkauksia suorittavat lääkärit ohjaavat liian harvoin asiakkaita leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen ja että jokaisen leikkauspotilaan voisi ohjata fysioterapeutin tai muun kuntoutuksen alan ammattilaisen vastaanotolle, jossa asiakkaan tilannetta kartoitettaisiin ja pohdittaisiin keinoja siihen, miten hänen toimintakykynsä saataisiin paremmaksi pidemmällä aikavälillä. Leikkauksen jälkeen olisi oltava vähintään jokin asiakkaan kanssa käytävä keskustelu, jossa joku sairaalan hoitohenkilökunnasta kävisi asiakkaan kanssa hänen tilannettansa läpi kuntoutumiseen liittyen. Tämän jälkeen olisi tärkeää olla jonkunlainen jälkiseuranta siitä, miten kuntoutuminen on edistynyt. Yksittäisenä esimerkkinä tuloksissa nousi esille, kuinka eri tyylisuuntaa edustavat osteopaatit saattavat painottaa todella vahvasti omaa näkökulmaansa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että joku käyttää vain kraniaalista lähestymistapaa, toinen mekaanista ja kolmas kiputerapiaa ja neljäs puolestaan vain viskeraalista. Lähestymistapa tulisi aina suhteuttaa asiakkaan kuntoutumisen tarpeiden, eikä osteopaatin mieltymysten mukaan.

### **Osteopatian mahdollisuus**

Osteopatian mahdollisuus nähtiin yleisellä tasolla potentiaalisena selkäleikkauksen postoperatiivisessa kuntoutuksessa. Tällä hetkellä osteopatian rooli on kuitenkin melko pieni. Perinteisissä isommissa lääkäriyrityksissä, joissa selkäleikkauksia tehdään, ei toimi montaa osteopaattia, joten osteopatia ei usein sisälly postoperatiiviseen hoitoon, ellei asiakkaalla tai lääkärillä ole osteopaatti-kontaktia, jonne lääkäri voi asiakkaan ohjata. Toisaalta asiakkaat, joiden kuntoutuminen ei ole edennyt pitkässä juoksussa suotuisasti, saattavat hakeutua hoitoon myös osteopaatin vastaanotolle. Vakuutusyhtiöt

ovat alkaneet joitain vuosia sitten korvaamaan osteopaattista hoitoa, minkä seurauksena osteopatian rooli on saattanut aavistuksen lisääntyä.

Toivomuksena on, että osteopaatti saataisiin myös osaksi kunnallista hoitotiimiä, koska olisi iso apu, että kipua saataisiin pois leikkauksen jälkeen ja asiakas pääsisi siitä harjoittelemaan. Edellä mainitun ohella osteopaateilla olisi paljonkin annettavaa kunnalliselle puolelle, koska hoitotiimi voisi hyötyä osteopaatin syvällisestä näkemyksestä ja manuaalisesta lähestymistavasta kehon toimintaa kohtaan. Leikkaus nähtiin viimeisenä vaihtoehtona ja ensin voitaisiin kokeilla hoitona osteopatiaa ja muita ”kevyempiä menetelmiä”. Yleensä mennään oikotietä leikkaukseen, mikä ei tee osteopaatin työtä helpommaksi. On mahdollista, että leikkaus ei ole vienyt kipua pois ja sen jälkeen voi mennä enemmän aikaa sen pois hoitamisessa. Tulosten perusteella asiakkailla, jotka ovat ymmärtäneet hakeutua hoitoon, menee yleensä paremmin kuin asiakkailla, jotka eivät ole käyneet hoidossa.

Osteopatian mahdollisuutta kuvailtiin opinnäytetyön haastatteluissa muun muassa seuraavasti:

”Osteopatian mahdollisuus on iso tai hyvä, miten sen haluaa nähdä. Osteopaattinen lähestymistapa, jonka näen laajana, asiakaslähtöisenä, monipuolisena, ei sulkevana. Meillä on kolme lähestymistapaa: mekaaninen, kraniaalinen ja viskeraalinen. Se antaa hirveesti mahdollisuuksia, jos me halutaan nähdä ne mahdollisuudet.”

”Kaikki tuntemani, jotka ovat leikattu on sitä mieltä, ettei ilman manuaalista terapiaa olisi vaiva tullut yhtä hyväksi tai paremmaksi kuin ennen leikkausta.”

”Verrattuna muihin hoitomuotoihin, meillä on tieteellistä tutkimusta takana sekä kokonaisvaltaisuutta, ni siel on hienot, isot mahdollisuudet ottaa jalansijaa, jos voidaan toimia yhtenäisesti.”

Tämän lisäksi tuloksissa ilmeni, kuinka kuntoutumiseen vaikuttaa vahvasti kehon itseparanemismekanismi ja sen potentiaali. Tähän itseparanemismekanismiin vaikuttaa muun muassa asiakkaan yleinen terveydentila sekä ikä. Mitä nuorempi asiakas, sitä parempi itseparanemismekanismi.

## 7 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää osteopatian mahdollisuuksia lannerangan välilevyleikkauksen postoperatiivisessa kuntoutumisessa. Työn tavoitteena oli lisätä ymmärrystä postoperatiivisen osteopaattisen hoidon hyödyistä lannerangan välilevyleikkauksen jälkeisessä kuntoutumisessa. Työn aineisto kerättiin laadullista tutkimusotetta hyödyntäen. Teemahaastatteluihin, jotka toteutettiin yksilöhaastatteluina, haastateltiin kahta osteopaattia ja fysiatrian erikoislääkärinä. Työmme aiheesta oli toistaiseksi tarjolla hyvin rajallinen määrä tutkimustietoa, joten koimme saavamme tutkimuskysymykseemme parhaiten vastauksia pohjautuen kuntoutusalan ammattilaisten kokemukseräisiin näkemyksiin. Teoriataustassa käsitellään lannerangan välilevyleikkaukseen liittyvää ilmiömaailmaa, postoperatiivista osteopatiaa työn aiheen näkökulmasta ja yleisellä tasolla, sekä kuntoutumista leikkauksen jälkeen.

Lannerangan välilevyleikkaus on yksi käytetyistä hoitomuodoista välilevyntyrän aiheuttamien oireiden, kuten alaselkävun ja alaraajoihin säteilevään hermokivun lievittämiseen. Suurin osa asiakkaista saa kuitenkin helpotuksen oireisiinsa konservatiivisen hoidon avulla. Operatiivinen hoito tulee kyseeseen pienessä osassa tapauksista, kun konservatiivinen hoito ei tuo ratkaisua ongelmiin ja leikkauksen kriteerit täyttyvät. Tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet ovat yleistyneet 2000-luvun edetessä koko ajan ja esimerkiksi Suomessa joka viides työkäinen kärsii niistä. Selkäsairaudet ovat yksi yleisimmistä tuki- ja liikuntaelimistön vaivoista työkäisillä (Duodecim 2019.). Työn aihe on juuri edellä mainitun takia ajankohtainen, jotta voidaan varmistaa välilevyleikkauksesta kuntoutuvalle asiakkaalle riittävän monitahoinen kuntoutusprosessi.

Tällä hetkellä lannerangan välilevyleikkauksen postoperatiivisena kuntoutusmuotona on yleisesti fysioterapia. Tieteellinen näyttö puhuu fysioterapian ja terapeuttisen harjoittelun puolesta selkeästi, vaikka harjoittelun aloittamisesta, muodoista ja annostelusta ei ole täysin yksiselitteistä näyttöä (Oosterhuis ym. 2014). Lisäksi informaation ja psykoedukaation merkitystä kuntoutuksessa ei ole täysin pystytty todistamaan (Saltskår Jentoft ym. 2020). Lannerangan postoperatiivista kuntoutusta käsittelevissä tutkimuksissa ei ole juuri ollenkaan käytetty manuaalista terapiaa. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda esiin osteopatian mahdollisuuksia postoperatiivisena rinnakkaishoitona, eikä mitenkään ensisijaisena kuntoutusmuotona. Osteopaattisen hoidon hyödyntämisestä lannerangan välilevyleikkauksen kuntoutuksessa on kuitenkin

kertynyt jonkin verran näyttöä, joten sen hyödyntäminen osana kuntoutusprosessia voisi olla perusteltua tulevaisuudessa (Kim ym. 2015, Kim ym. 2016, Kim ym. 2017).

Opinnäytetyön tuloksista muodostui monipuolinen kokonaisuus. Isoimpina osa-alueina tuloksissa nousi esiin osteopaattinen hoito, biopsykososiaalinen viitekehys, terapeutinen harjoittelu, manuaalisen terapian ja harjoittelun yhdistäminen, kuntoutuksen suunnittelu sekä osteopatian mahdollisuudet. Osteopaattisessa hoidossa nousi esiin kokonaisvaltainen lähestyminen kehoon. Alaselän paikallisen hoidon lisäksi rintaranka ja -kehä sekä lantion alue ja lonkat nähtiin olennaisena osana osteopaattista hoitoa. Biopsykososiaalinen viitekehys kuntoutumisessa piti sisällään kivun- ja liikkeen pelon läpikäymistä asiakkaan kanssa. Lisäksi yleisesti nousi esiin psykososiaalisten tekijöiden huomioiminen kuntoutuksen tukena. Terapeutinen harjoittelu nähtiin tärkeänä osana asiakkaan kuntoutusta alaselän lihastoiminnan ja liikekontrollin palauttamiseksi ja asiakkaan sitouttamiseksi kuntoutukseen. Manuaalisen terapian ja harjoittelun yhdistäminen oli kaikkien haastateltavien mielestä järkevää, koska manuaalinen käsittely luo mahdollisuuden laadukkaampaan omatoimiseen harjoitteluun. Kuntoutuksen suunnittelussa korostui asiakkaiden tarve kuntoutukselle ja riittävä jälkiseuranta asiakkaan kuntoutumisen varmistamiseksi. Osteopatialle nähtiin mahdollisuus olla osana kuntoutusprosessia kokonaisvaltaisen ja monipuolisen lähestymistavan ansiosta.

Työn tuloksissa esiin nousseet teemat toistuvat myös tutkimuksissa. Terapeutinen harjoittelu ja manuaalinen terapia tarvittaessa on tutkimuksissa todettu hyödylliseksi hoidoksi alaraajan säteilyoireissa ja alaselkävivussa (Stockhendahl ym. 2018). Ulger ym. (2017) mukaan terapeutisen harjoittelun ja manuaalisen terapian yhdistäminen on tehokasta hoitoa kroonisessa alaselkävivussa. Manuaalisella terapialla oli jopa parempi vaikutus kivun lievittymiseen ja toimintakykyyn (Ulger ym. 2017). Edellä mainittuja tutkimustuloksia voidaan soveltaa myös jokseenkin postoperatiiviseen kuntoutukseen. Yleensä välilevyleikkausta odottavan asiakkaan lihastoiminta heikkenee oirealueella, eikä leikkaus korjaa lihasten toimintahäiriöitä. Postoperatiivisessa kuntoutuksessa harjoittelulla saadaan palautettua normaali lihastoiminta ja vaimennettua kipumekanismien aiheuttamaa sympaattista tonusta (Saltskår Jentoft ym. 2020.). Osteopaattisella hoidolla melko varhaisessa vaiheessa voitaisiin vaikuttaa positiivisesti lihas- ja niveltoimintaan sekä hermoston rauhoittamiseen, mikä vähentäisi kipua ja arkuutta leikatulla alueella.

Työssä käsiteltiin keinoja edistää lannerangan välilevyleikkauksen jälkeistä kuntoutumista. Vaikka työ keskittyi juuri välilevyleikkauksen jälkeiseen postoperatiiviseen kuntoutumiseen, voi työstä saatua informaatiota soveltaa jossain määrin myös muuta alaselän hoitoa sekä postoperatiivista osteopatiaa hyödyntävään kontekstiin. Työhön haastatellut osteopaattit olivat samoilla linjoilla osteopaattisen hoidon osalta. Pehmeä lähestyminen osteopaattisessa hoidossa voisi alkuvaiheessa olla toimiva näkökulma hoitoon. Myös keskusteleminen asiakkaan kanssa nähtiin tarpeelliseksi muun muassa liikkeen pelon ehkäisemiseksi ja muiden psykososiaalisten tekijöiden kartoittamiseksi. Terapeuttinen harjoittelu oli luonnollinen osa molempien osteopaattien hoitolinjausta, mikä luonnollista fysioterapiataustan vuoksi. Fysiatrian erikoislääkäri toi työhön näkökulmaa kuntoutuksesta ja sen tarpeesta. Tulosten perusteella oikeanlainen ja tehokas kuntoutus tuo parhaimman tuloksen pitkällä aikavälillä, eikä asiakkaan välilevyperäiset oireet tai tyrä pääse näin uusiutumaan. Kaikilla asiakkailla on oikeus kuntoutukseen ja moniammatillinen kuntoutus näyttäisi tukevan asiakkaan tarpeita parhaiten. Kuitenkin tulokset myös osoittivat sen, että lannerangan välilevyleikkauksessa käyneen asiakkaan ohjeistus ja kuntoutus ei välttämättä ole riittävää monessakaan tapauksessa. Edellä mainittua ei voi täysin yleistää ottaen huomioon työhön haastateltavien ammattilaisten määrä. Tällä hetkellä osteopaatti on osana asiakkaan välilevyleikkauksen postoperatiivista kuntoutusta, mikäli asiakas hakeutuu osteopaatin vastaanotolle omatoimisesti. Tulevaisuudessa osteopatian tieteellinen näyttö ja tunnettavuus täytyy yleisellä tasolla lisääntyä, jotta osteopaatti voisi olla jatkossa osana postoperatiivista kuntoutusprosessia.

Noudatimme opinnäytetyötä tehdessämme hyvän tieteellisen käytännön periaatteita työn eettisyyden varmistamiseksi. Kunnioitimme työssämme tietolähteinä käytetyn materiaalin tekijöiden saavutuksia ja havaintoja, viitaten heidän työhönsä asianmukaisilla lähdeviitteillä sekä lähdeluettelolla. Työmme tutkimustulokset esittelimme mahdollisimman tarkasti ja rehellisesti, hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.).

Opinnäytetyöhömmme sisältyy kolme teemahaastattelua, jotka toteutettiin yksilöhaastatteluina. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastateltavilla oli oikeus peruuttaa suostumuksensa haastatteluun, taikka keskeyttää haastattelu minä hetkenä hyvänsä. Jokaiselle haastateltavalle esitettiin tiedote – ja suostumuslomakkeet (liite 3 ja 4) sekä henkilötietolain ja EU:n yleisen tietosuojaa –asetuksen mukainen rekisteri – ja tietosuojaseloste (liite 5), joihin perehdyttyään he antoivat kirjallisen

suostumuksensa haastatteluun osallistumisesta sekä sen yhteydessä kerättyjen tietojen käsittelyyn. Edellä mainituissa liitteissä ilmenevät tutkimuksemme tarkoitus, haastatteluissa kerättävän tiedon käyttötarkoitus, selvitys haastateltavan tietojen käsittelystä sekä hänen oikeutensa tutkimukseen liittyen. (Anttila 2006: 509).

Haastatteluissa kerätyn nauhoitetun ja tallennetun materiaalin säilytys ja käsittely suoritettiin asiaan kuuluvalla tavalla, henkilötietolain sekä EU:n yleisen tietosuojasetuksen mukaisesti. Kellään muulla, kuin tämän opinnäytetyön tekijöillä ei ole ollut mahdollisuutta tarkastella haastatteluissa kerättyä materiaalia, jossa ilmenee haastateltujen henkilötietoja. Kerätty materiaali on litteroitu tavalla, jonka myötä haastateltujen anonymiteetti ei ole vaarantunut. Opinnäytetyön valmistuttua kerätty äänitetty aineisto tullaan hävittämään asianmukaisella tavalla (Anttila 2006: 509).

Opinnäytetyö tarjoaa ajankohtaista tietoa postoperatiivisesta osteopatiasta alaselän kuntoutuksessa sekä näkökulmia alaselän osteopaattiseen lähestymiseen ja hoitoon. Lisäksi työssä pohditaan osteopatian roolia ja mahdollisuuksia postoperatiivisessa kuntoutusprosessissa. Opinnäytetyön jatkotutkimusideoina voisi tutkia preoperatiivisen osteopaattisen hoidon vaikutusta postoperatiiviseen kuntoutumiseen. Myös osteopaattisen hoidon roolista lannerangan välilevyleikkauksen kuntoutuksessa tarvitaan lisää näyttöä. Koska opinnäytetyötämme varten haastateltuja asiantuntijoita oli vain kolme, on otanta suhteellisen pieni, joten tuloksiin tulee suhtautua kriittisesti, vaikka kaikilla haastatelluilla oli pitkä kokemus kuntoutusalalta. Kaiken kaikkiaan osteopaattinen lähestymistapa voisi tarjota kokonaisvaltaista näkökulmaa kehon toimintaan, helpottaakseen asiakkaan omatoimista harjoittelua leikkauksen jälkeen.

## Lähteet

Anttila, Pirkko. 2016. Tutkiva toiminta ja ilmaise, teos, tekeminen. Artefakta 16. Akatiimi Oy, Hamina.

Alaselkäkipu. Käypä hoito -suositus 2017. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <<https://www.kaypahoito.fi/hoi20001#readmore>>. Viitattu 7.11.2019.

Alodaibi, FA & Fritz, JM & Thackeray, A & Koppenhaver, SL & Hebert, JJ. 2018. The Fear Avoidance Model predicts short-term pain and disability following lumbar disc surgery. PLoS One. 2018 Mar 5;13(3): e0193566. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5837292/>>. Viitattu 15.11.2020.

Bailey, Chris S. & Rasoulinejad, Parham & Taylor, David & Sequiera, Keith & Miller, Thomas & Watson, Jim & Rosedale, Richard & Bailey, Stewart I. & Gurr, Kevin R. & Siddiqi, Fawaz & Glennie, Andrew & Urquhart, Jennifer C. 2020. Surgery versus Conservative Care for Persistent Sciatica Lasting 4 to 12 Months. The New England Journal of Medicine. 2020; 382: 1093–1102. <<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1912658>>. Viitattu 2.4.2020.

Bjerså, Kristofer & Sposato, Niklas. 2018. Osteopathic Manipulative Treatment in Surgical Care: Short Review of Research Publications in Osteopathic Journals During the Period 1990 to 2017. Journal of Evidence-Based Integrative Medicine. <[https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2515690X18767671?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed&](https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2515690X18767671?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&)>. Viitattu 15.11.2019.

Bjerså, Kristofer & Sachs, Catharina & Hyltander, Anders & Fagevik Olsén, Monika. 2013. Osteopathic intervention for chronic pain, remaining thoracic stiffness and breathing impairment after thoracoabdominal oesophagus resection: a single subject design study. International Journal of Osteopathic Medicine. 2013; 13:68–80. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1746068912000776>>. Viitattu 2.12.2019.

Chen, BL & Guo, JB & Zhang, HW & Zhang, YJ & Zhu, Y & Zhang, J & Hu, HY & Zheng, YL & Wang, XQ. 2018. Surgical versus non-operative treatment for lumbar disc herniation: a systematic review and meta-analysis. Clin Rehabil. 2018;32(2):146–160. Viitattu 5.4.2020.

Dal Farra, Fulvio & Giulia Risio, Roberta & Vismara, Luca & Bergna, Andrea. 2020. Effectiveness of Osteopathic Interventions in Chronic Non-Specific Low Back Pain: a Systematic Review and Meta-Analysis. Complementary Therapies in Medicine 54/ 2020. <[https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229920318835?fbclid=IwAR24Zh5vcdy7COIA-NI\\_D4Xhk7Ujg6xCize9FZtSdqndc2boF91Q7ibogn4](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229920318835?fbclid=IwAR24Zh5vcdy7COIA-NI_D4Xhk7Ujg6xCize9FZtSdqndc2boF91Q7ibogn4)>. Viitattu 16.11.2020.

Demir, S & Dulgeroglu, D & Cakci, A. 2014. Effects of dynamic lumbar stabilization exercises following lumbar microdiscectomy on pain, mobility and return to work.

Randomized controlled trial. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2014;50(6):627–640. <<https://www.minervamedica.it/en/journals/europa-medicophysica/article.php?cod=R33Y2014N06A0627>>. Viitattu 4.12.2019.

Dorow, M & Löbner, M & Stein, J & Konnopka, A & Meisel, HJ & Günther, L & Meixensberger, J & Stengler, K & König, HH & Riedel-Heller, SG. 2017. Risk Factors for Postoperative Pain Intensity in Patients Undergoing Lumbar Disc Surgery: A Systematic Review. *PLoS One.* 2017 Jan 20;12(1):e0170303. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5249126/>>. Viitattu 16.11.2020.

Duodecim. 2019. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet yleistyneet hurjasti – aiheuttavat työkyvyttömyyttä varsinkin Euroopassa. <<https://www.duodecim.fi/2019/05/07/tuki-ja-liikuntaelinten-sairaudet-yleistyneet-hurjasti-aiheuttavat-tyokyvyttömyyttä-varsinkin-euroopassa/>>. Viitattu 20.11.2020.

Esteves, Jorge & Zegarra-Parodi, Rafael & van Dun, Patrick & Cerritelli, Francesco & Vaucher, Paul. 2020. Models and theoretical frameworks for osteopathic care – A critical view and call for updates and research. *Int J Osteopath Med.* 2020; 35:1-4. <[https://www.journalofosteopathicmedicine.com/article/S1746-0689\(20\)30012-2/fulltext](https://www.journalofosteopathicmedicine.com/article/S1746-0689(20)30012-2/fulltext)>. Viitattu 22.10.2020.

Euro, U & Knekt, P & Rissanen, H & Aromaa, A & Karppinen, J & Heliövaara, M. Risk factors for sciatica leading to hospitalization. 2018. *Eur Spine J.* 2018;27(7):1501–1508. Viitattu 2.4.2020.

Euro, U & Heliövaara, M & Shiri, R & Knekt, P & Rissanen, H & Aromaa, A & Karppinen, J. 2019. Work-related risk factors for sciatica leading to hospitalization. *Sci Rep.* 2019;9(1):6562. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6484005/>>. Viitattu 2.4.2020.

Franke, H & Franke, JD & Fryer, G. 2014. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2014 Aug 30; 15:286. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159549/>>. Viitattu 10.11.2020.

Gugliotta, M & da Costa, BR & Dabis, E & Theiler, R & Juni, P & Reichenbach, S & Landolt, H & Hasler, P. 2016. Surgical versus conservative treatment for lumbar disc herniation: a prospective cohort study. *BMJ Open.* 2016;6(12):e012938. <<https://bmjopen.bmj.com/content/6/12/e012938.long>>. Viitattu 2.4.2020.

Hamunen, Katri & Kontinen, Vesa. 2018. Duodecim. Leikkauksen jälkeinen kipu ja kipulääkityksen tarve ovat yksilöllisiä. Viitattu 22.11.2020.

Hebert, Jeffrey & Fritz, Julie & Thackeray, Anne & Koppenhaver, Shane & Teyhen Deydre. 2015. Early multimodal rehabilitation following lumbar disc surgery: a randomised clinical trial comparing the effects of two exercise programmes on clinical outcome and lumbar multifidus muscle function. *Br J Sports Med.* 2015;49(2):100–106. Viitattu 4.12.2019.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme Helena. 2008. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press, Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.–17. painos. Tammi. Bookwell Oy, Porvoo.

King, Hollis. 2016. Significant Benefit Shown After Lumbar Disk Surgery Rehabilitation by Inclusion of Osteopathic Intervention. *The Journal of the American Osteopathic Association*. 2016; 116:326. <<https://jaoa.org/article.aspx?articleid=2517501>>. Viitattu 4.12.2019.

Kim, BJ & Ahn, JS & Cho, H & Kim, D & Kim, T & Yoon, B. 2015. Rehabilitation with osteopathic manipulative treatment after lumbar disc surgery: a randomised, controlled pilot study. *Int J Osteopath Med*. 2015; 18:181–188. Viitattu 7.11.2019.

Kim, BJ & Ahn, JS & Cho, H & Kim, D & Kim, T & Yoon, B. 2016. Early individualised manipulative rehabilitation following lumbar open laser microdiscectomy improves early post-operative functional disability: A randomized, controlled pilot study. Viitattu 30.3.2020.

Kim, BJ & Ahn, JS & Cho, H & Kim, D & Kim, T & Yoon, B. 2017. Manipulative rehabilitation applied soon after lumbar disc surgery improves late post-operative functional disability: A preliminary 2-year follow-up study. Viitattu 30.3.2020.

Koho, Petteri & Orenius, Tage & Kautiainen, Hannu & Haanpää, Maija & Pohjolainen, Timo & Hurri, Heikki. 2011. Association of fear of movement and leisure-time physical activity among patients with chronic pain. <<https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-0850>>. Viitattu 22.11.2020.

Koponen, Päivikki & Borodulin, Katja & Lundqvist, Annamari & Sääksjärvi, Katri & Seppo Koskinen. 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa - Finterveys 2017-tutkimus. Helsinki. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>>. Viitattu 15.11.2019.

Lau, Darryl & Han, Seunggu J. & Lee, Jasmine G. & Lu, Daniel C. & Chou, Dean. 2011. Minimally invasive compared to open microdiscectomy for lumbar disc herniation. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2011; 18: 81–84. Viitattu 6.4.2020.

Licciadore, John & Stoll, Scott & Cardarelli, Kathryn & Gamber, Russell & Swift, Jon & Winn, William. 2004. A randomized controlled trial of osteopathic manipulative treatment following knee or hip arthroplasty. *Journal of the American Osteopathic Association*. 2004; 104:193–202. <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.949.6138&rep=rep1&type=pdf>>. Viitattu 2.12.2019.

Oosterhuis, Teddy & Costa, Leonardo & Maher, Christopher & de Vet, Henrica & van Tulder, Maurits & Ostelo, Raymond. 2014. Rehabilitation after lumbar disc surgery.

Cochrane Database Syst Rev. 2014;(3):CD003007.

<<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003007.pub3>>. Viitattu 4.12.2019.

Oosterhuis, Teddy & Ostelo, Raymond & van Dongen, Johanna & Peul, Wilco & de Boer, Michiel & Bosmans, Judith & Vleggeert-Lankamp, Carmen & Arts, Mark & van Tulder, Maurits. 2017. Early rehabilitation after lumbar disc surgery is not effective or cost-effective compared to no referral: a randomised trial and economic evaluation. *J Physiother.* 2017;63(3):144–153.

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1836955317300681>>. Viitattu 4.12.2019.

Osteopatiapalvelut, CEN-standardi. 2015. Suomen standardisoimisliitto. Yleinen teollisuusliitto. Viitattu 10.12.2019.

Ozkara, Gulsah & Ozgen, Merih & Ozkara, Emre & Armagan, Onur & Arslantas, Ali & Atasoy, Metin. 2015. Effectiveness of physical therapy and rehabilitation programs starting immediately after lumbar disc surgery. *Turk Neurosurg.* 2015;25(3):372–379.

<[http://www.turkishneurosurgery.org.tr/pdf/pdf\\_JTN\\_1519.pdf](http://www.turkishneurosurgery.org.tr/pdf/pdf_JTN_1519.pdf)>. Viitattu 4.12.2019.

Paulsen, Rune Tendal & Rasmussen, Jesper & Carreon, Leah Y. & Andersen, Mikkel Østerheden. 2020. Return to work after surgery for lumbar disc herniation, secondary analyses from a randomized controlled trial comparing supervised rehabilitation versus home exercises. *The Spine Journal* 1/2020. Viitattu 20.11.2020.

Probst, Pascal & Buchler, Elena & Doerr-Harim, Collette & Knebel, Phillip & Thiel, Bettina & Ulrich, Alexis & Diener, Markus. 2016. Randomised controlled pilot trial on feasibility, safety and effectiveness of osteopathic manipulative treatment following major abdominal surgery (OMANT pilot trial). *International Journal of Osteopathic Medicine.* 2016; 20:31–40. Viitattu 3.12.2019.

Rasouli, Mohammad R & Rahimi-Movaghar, Vafa & Shokraneh, Farhad & Moradi-Lakeh, Maziar & Chou, Roger. 2014. Minimally invasive discectomy versus microdiscectomy/open discectomy for symptomatic lumbar disc herniation. *Cochrane systematic review- Intervention.* 2014.

<<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010328.pub2>>. Viitattu 1.4.2020.

Reiman, Michael & Sylvain, Jonathan & Loudon, Janice & Goode, Adam. 2016. Return to sport after open and microdiscectomy surgery versus conservative treatment for lumbar disc herniation: a systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2016;50(4):221–230. <<https://bjsm.bmj.com/content/50/4/221.long>>. Viitattu 4.12.2019.

Ropper, Allan H & Zafonte, Ross D. 2015. Sciatica. *N Engl J Med* 2015; 372:1240–1248. Viitattu 2.4.2020.

Santana-Ríos, JS & Chívez-Arias, DD & Coronado-Zarco, R & Cruz-Medina, E & Nava-Bringas, T. 2014. Tratamiento postquirúrgico de hernia discal lumbar en rehabilitación. Revisión sistemática [Postoperative treatment for lumbar disc herniation during rehabilitation. Systematic review]. *Acta Ortop Mex.* 2014;28(2):113–124.

<<https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2014/or142h.pdf>>. Viitattu artikkelin tiivistelmään 4.12.2019.

Saltskår Jentoft, E & Kvåle, A & Assmus, J & Moen, VP. 2020. Effect of information and exercise programmes after lumbar disc surgery: A randomized controlled trial. *Physiother Res Int*. 2020 Oct;25(4): e1864. <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pri.1864>>. Viitattu 20.11.2020.

Shiri, R & Euro, U & Heliövaara, M & Hirvensalo, M & Husgafvel-Pursiainen, K & Karppinen, J & Lahti, J & Rahkonen, O & Raitakari, OT & Solovieva, S & Yang, X & Viikari-Juntura, E & Lallukka, T. 2017. Lifestyle Risk Factors Increase the Risk of Hospitalization for Sciatica: Findings of Four Prospective Cohort Studies. *Am J Med*. 2017;130(12):1408–1414.e6. <[https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(17\)30715-5/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(17)30715-5/fulltext)>. Viitattu 5.4.2020.

Shiri, R & Falah-Hassani, K. 2016. The Effect of Smoking on the Risk of Sciatica: A Meta-analysis. *Am J Med*. 2016;129(1):64–73. e20. <[https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(15\)00905-5/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(15)00905-5/fulltext)>. Viitattu 4.4.2020.

Shiri, R & Lallukka, T & Karppinen, J & Viikari-Juntura, E. 2014. Obesity as a Risk Factor for Sciatica: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, Volume 179, Issue 8, 15 April 2014, Pages 929–937. <<https://academic.oup.com/aje/article/179/8/929/108237>>. Viitattu 4.4.2020.

STM – PALKO. 2019. Lanneselän välilevytyrän leikkaushoito ja sen jälkeinen kuntoutus. Palveluneuvoston valmistelumuistio. <<https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/17420595/Valmistelumuistio+Välilevyn+pullistuman+hoito+ja+kuntoutus.pdf/56d4f562-cd7d-639e-81fa-f0d350e94114/Valmistelumuistio+Välilevyn+pullistuman+hoito+ja+kuntoutus.pdf>>. Viitattu 15.11.2020.

Stochkendahl, MJ & Kjaer, P & Hartvigsen, J & Kongsted, A & Aaboe, J & Andersen, M & Andersen, MØ & Fournier, G & Højgaard, B & Jensen, MB & Jensen, LD & Karbo, T & Kirkeskov, L & Melbye, M & Morsel-Carlsen, L & Nordsteen, J & Palsson, TS & Rasti, Z & Silbye, PF & Steiness, MZ & Tarp, S & Vaagholt, M. 2018. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J*. 2018 Jan;27(1):60–75. Viitattu 20.11.2020.

Ulger, O & Demirel, A & Oz, M & Tamer, S. 2017. The effect of manual therapy and exercise in patients with chronic low back pain: Double blind randomized controlled trial. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2017 Nov 6;30(6):1303–1309. Viitattu 20.11.2020.

Terveyskylä, Niveltalo.fi. 2018. Selkäleikkaukset – Välilevytyräleikkaus. Päivitetty 17.8.2018. Saatavilla osoitteessa: <<https://www.terveyskyla.fi/niveltalo/mihin-sattuu/selka/selän-leikkaukset/selkaleikkaukset>>. Viitattu 4.12.2019.

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavana sähköisesti osoitteessa: <[https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)>. Viitattu 30.11.2020.

## Teemahaastattelun kysymykset

- Mikä on osteopaattisen hoidon mahdollisuus lannerangan välileivyleikkauksen postoperatiivisessa kuntoutuksessa?
- Mitä asioita tulisi huomioida alaselän postoperatiivisessa hoidossa?
- Mitä osteopaattisia lähestymistapoja olet hyödyntänyt postoperatiivisen asiakkaan hoidossa?
- Miten osteopatiaa voidaan hyödyntää osana moniammatillista hoitoprosessia?
- Mikä on osteopatian rooli postoperatiivisten asiakkaiden hoidossa nyt ja tulevaisuudessa?

## Infograafi



(Lähde: Teemahaastattelu; Kuva: Pixabay)

## Tiedote haastattelusta

Arvoisa terveydenhuollon ammattihenkilö,

Tervetuloa mukaan kehittämään osteopatian mahdollisuuksia lannerangan välilevyleikkauksen postoperatiivisessa kuntoutumisessa. Teidän kallisarvoinen tietotaitonne, asiantuntijuutenne ja empiirinen kokemuksenne on tärkeässä roolissa.

Haastattelu toteutuu yksilöhaastatteluna joko kasvokkain siihen soveltuvassa rauhallisessa paikassa opinnäytetyötekijöiden kanssa tai vaihtoehtoisesti etäyhteyden (Zoom) kautta. Mikäli haastattelu toteutetaan Zoomin kautta, haastateltava saa linkin Zoom-kokoukseen sähköpostiinsa. Haastattelun toteutuessa etäyhteyden kautta, suostumukseksenne tutkimukseen osallistumisesta katsotaan Teille lähettämämme haastattelulinkin avaaminen. Kokous tapahtuu Metropolian tietoturvasäädösten mukaan. Haastattelun tarkoituksena on tuoda esiin osteopatian mahdollisuutta ja moniammatillista näkökulmaa liittyen asiakkaan kuntoutumiseen. Haastattelu nauhoitetaan ja sitä käytetään opinnäytetyön aineistona. Haastattelun kesto tulee olemaan noin 1–1,5 tuntia.

Osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää sen syytä ilmoittamatta, milloin tahansa ilman, että siitä koituu Teille mitään haittaa. Voitte myös peruttaa suostumuksen osallistumiseen. Peruutukseen mennessä kerättyä aineistoa voidaan käyttää opinnäytetyössä. Kaikki aineisto kerätään, säilytetään ja hävitetään asianmukaisella tavalla eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Lisäksi haastattelu analysoidaan, niin ettei yksittäistä henkilöä voida tunnistaa. Tietoja käytetään vain opinnäytetyön tekemiseen.

Osallistumisenne on arvokasta, jotta voimme kehittää osteopatian lähestymistapoja sekä yleistä kuntoutumiskäytäntöä koko kuntoutusalan etujen nimissä.

Ystävällisin terveisin,

Eetu Kuosmanen

Jere Kuvaja

Ilkka Perttunen

## Suostumus haastatteluun osallistumisesta

**Tutkimuksen nimi:** Osteopatian opinnäytetyö – yksilöhaastattelu

**Tutkimuksen toteuttaja:** Eetu Kuosmanen & Jere Kuvaja & Ilkka Perttunen – Metropolia Ammattikorkeakoulu Oy.

Minua \_\_\_\_\_ on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen, jonka **tarkoituksena on selvittää osteopatian mahdollisuuksia lannerangan välilevyleikkauksen postoperatiivisessa kuntoutumisessa.**

Olen saanut tutkimustiedotteen ja ymmärtänyt sen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja toteutuksesta, oikeuksistani sekä tutkimuksen mahdollisesti liittyvistä hyödyistä ja riskeistä. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Olen saanut tiedot tutkimukseen mahdollisesti liittyvästä henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta ja minun on ollut mahdollista tutustua tutkimukseen liittyvään tietosuojaselosteeseen.

Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen tai peruutan suostumukseni, minusta keskeyttämiseen ja suostumukseni peruuttamiseen mennessä kerättyä tietoa voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

**Allekirjoituksellani tai minulle sähköpostiin lähetetyn haastattelukutsun linkin avaamisella vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen.**

**Jos tutkimukseen liittyvien henkilötietojen käsittelyperusteena on suostumus, vahvistan allekirjoituksellani suostumukseni myös henkilötietojeni käsittelyyn. Minulla on oikeus peruuttaa suostumukseni tietosuojaselosteessa kuvatulla tavalla.**

\_\_\_\_\_

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Nimenselvennys: \_\_\_\_\_

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus sekä kopio tutkimustiedotteesta liitteineen jäävät tutkijan arkistoon. Tutkimustiedote liitteineen ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle.

## **Rekisteri- ja tietosuojaseloste**

Tämä on henkilötietolain (10 ja 24 §) ja EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen (GDPR) mukainen rekisteri- ja tietosuojaseloste. Seloste on laadittu Metropolia Ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä varten. Laadittu 19.3.2020. Viimeisin muutos 19.3.2020.

### **1. Rekisterinpitäjät ja rekisteristä vastaavat yhteyshenkilö**

Eetu Kuosmanen

Jere Kuvaja

Ilkka Perttunen

### **2. Rekisterin nimi**

Opinnäytetyön teemahaastattelun yhteystietorekisteri

### **3. Oikeusperuste ja henkilötietojen käsittelyn tarkoitus**

EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen mukainen oikeusperuste henkilötietojen käsittelylle on

Henkilön suostumus - vapaaehtoinen

Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus on opinnäytetyön teemahaastatteluun osallistuvien henkilöiden rekrytointi sekä yhteydenpito haastateltaviin.

### **4. Rekisterin tietosisältö**

Tutkimuksen oikeusperusteen ollessa tutkittavan suostumus, kerätään ns. suostumuksen-antolomakkeella tutkittavista (rekisteröidyistä): henkilön nimi, osoite ja yhteystiedot (puhelinnumero, sähköpostiosoite) sekä äänitallenne.

Tutkimuksen lomassa tapahtuva haastatteluiden nauhoittaminen aiheuttaa sen, että tutkimuksen yhteydessä kerätään rekisteröidyistä myös äänitallennetiedostoja. Äänitallennetiedosto on henkilötietoa, kun henkilö voidaan tunnistaa ja yksilöidä sen perusteella.

Rekisteriin tallennettuja tietoja ja aineistoja säilytetään opinnäytetyön valmistumiseen saakka. Tiedot anonymisoidaan aineiston litteroinnin jälkeen karkeistamalla.

## **5. Säännönmukaiset tietolähteet**

Rekisteriin tallennettavat tiedot saadaan haastateltavilta mm. internet-sivuilta, sähköpostitse, puhelimitse, sosiaalisen median palvelujen kautta, sopimuksista, asiakastapaamisista ja muista tilanteista, joissa asiakas luovuttaa tietojaan.

## **6. Rekisterin suojauksen periaatteet**

Rekisterin käsittelyssä noudatetaan huolellisuutta ja käsiteltävät tiedot suojataan asianmukaisesti. Rekisterinpitäjät huolehtivat siitä, että tallennettuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

## **7. Tarkastusoikeus ja oikeus vaatia tiedon korjaamista**

Jokaisella rekisterissä olevalla henkilöllä on oikeus tarkistaa rekisteriin tallennetut tietonsa ja vaatia mahdollisen virheellisen tiedon korjaamista tai puutteellisen tiedon täydentämistä. Mikäli henkilö haluaa tarkistaa hänestä tallennetut tiedot tai vaatia niihin oikaisua, pyyntö tulee lähettää kirjallisesti rekisterinpitäjille. Rekisterinpitäjä voi pyytää tarvittaessa pyynnön esittäjää todistamaan henkilöllisyytensä. Rekisterinpitäjä vastaa asiakkaalle EU:n tietosuoja-asetuksessa säädetyssä ajassa.

## **8. Muut henkilötietojen käsittelyyn liittyvät oikeudet**

Rekisterissä olevalla henkilöllä on oikeus pyytää häntä koskevien henkilötietojen poistamiseen rekisteristä. Niin ikään rekisteröidyillä on muut EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen mukaiset oikeudet kuten henkilötietojen käsittelyn rajoittaminen tietyissä tilanteissa. Pyyntö tulee lähettää kirjallisesti rekisterinpitäjälle. Rekisterinpitäjä voi pyytää tarvittaessa pyynnön esittäjää todistamaan henkilöllisyytensä. Rekisterinpitäjä vastaa asiakkaalle EU:n tietosuoja-asetuksessa säädetyssä ajassa.