

Aivoverenkiertohäiriön sairastaneen henkilön ruokailussa huomioitavat asiat

Oppaan kehittäminen hoitohenkilökunnalle

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö, AMK
Syksy 2017
Anni Kiminkinen
Taru Matikka

Lahden ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma

KIMINKINEN, ANNI,
MATIKKA, TARU:

Aivoverenkiertohäiriön sairastaneen
henkilön ruokailussa huomioitavat
asiat
Oppaan kehittäminen
hoitohenkilökunnalle

Fysioterapian opinnäytetyö, 40 sivua, 24 liitesivua

Syksy 2017

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoitohenkilökunnalle opas, jossa kuvataan aivoverenkiertohäiriön sairastaneen henkilön ruokailutilanteessa huomioitavat asiat. Oppaan tarkoituksena oli tukea avustavan hoitohenkilökunnan työtä ruokailutilanteissa sekä edistää paremman ruokailutilanteen syntymistä palvelukeskuksen asukkaille.

Aivoverenkiertohäiriö voi olla aivoverenkierron tilapäinen, korjaantuva häiriö tai pysyvän vaurion aiheuttava. Opinnäytetyössä käsiteltiin pysyvän vaurion aiheuttavia aivoinfarktia ja aivoverenvuotoa. Sairaudesta voi aiheutua myöhäisvaikutuksia, jotka voivat asettaa haasteita ruokailulle aivoverenkiertohäiriön vauriokohdasta riippuen.

Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän Palvelukeskus Onnelanpolku. Opas tehtiin palvelukeskuksen hoitohenkilökunnan käyttöön, ja se suunniteltiin vastaamaan toimeksiantajan tarpeita. Työ toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä ja menetelmänä käytettiin tuotteistamista. Tuotteistamisprosessin tuotoksena syntyi opas ruokailutilanteiden sujuvoittamiseen. Opas sisältää sisällysluettelon, lyhyen teoriaosion ja kuvat ruokailuasennoista, ruokailussa avustamisesta ja ruokailutilaan sijoittumisesta. Oppaaseen liitettiin ohjetekstit kuvien tueksi.

Asiasanat: aivoverenkiertohäiriö, aivoverenvuoto, aivoinfarkti, ruokailu, ruokailuasento, opas

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

KIMINKINEN, ANNI,
MATIKKA, TARU:

Things to be taken into consideration
when eating after a cerebrovascular
disorder
Developing a guide for health care
workers

Bachelor's Thesis in Physiotherapy 40 pages, 24 pages of appendices

Autumn 2017

ABSTRACT

The aim of this thesis was to develop a guide for health care workers explaining the points to be taken into account in the eating situations after a cerebrovascular disorder. The purpose of the guide was to support health care workers' work in the eating situations and advance a better dining experience for the patients.

The cerebrovascular disorder can be a temporary, reversible interference in the cerebral circulation or can cause a permanent damage to the brain. This thesis focuses on the permanent damages: cerebral hemorrhage and stroke. The disease may cause symptoms that can affect eating. The location of the damaged area in the brain defines the symptoms that may cause challenges to eating.

The subscribing organization to this work was the Residential centre of Onnelanpolku in Municipal Welfare District of Päijät-Häme. The guide is a supporting material to the every day work of the nurses with the intention of educating the nurses about eating situations. The guide was made to meet the needs of the subscribing organization and the target audience. The work was made as a functional thesis. The result of this thesis was a guide to streamline the dining situations in the Residential centre of Onnelanpolku. The guide includes a table of contents, a short theoretical part, pictures of eating positions, assisting in the eating situations and how to place the people in the dining area. Help texts were attached to support the message of the pictures.

Key words: cerebrovascular disorder, cerebral hemorrhage, stroke, eating, eating posture, guide

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOIMEKSIANTAJA	2
	2.1 Tavoite ja tarkoitus	2
	2.2 Toimeksiantaja ja aiheen rajaaminen	2
3	AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖ	4
	3.1 Määritelmä ja yleisyys	4
	3.2 Aivoinfarkti	4
	3.3 Aivoverenvuoto	5
	3.4 Aivoverenkiertohäiriön myöhäisvaikutukset	6
	3.5 Ruokailuun vaikuttavat myöhäisvaikutukset	10
	3.6 Kuntoutus	12
4	RAVITSEMUS	15
	4.1 Ikäänntyneen ravitseminen	15
	4.2 Aivoverenkiertohäiriön sairastaneen ravitseminen	16
5	RUOKAILU	18
	5.1 Ruokailun merkitys	18
	5.2 Ruokailuasento	18
	5.2.1 Ruokailu istuen	20
	5.2.2 Ruokailu vuoteessa	21
	5.3 Ruokailutilanne ja ruokailussa avustaminen	21
	5.4 Ruokailutila- ja ympäristö	22
6	TUOTTEISTAMISPROSESSI	25
	6.1 Tuotteistamisprosessi ja sen vaiheet	25
	6.2 Kehittämistarpeen tunnistaminen	26
	6.3 Ideointivaihe	27
	6.4 Luonnosteluvaihe	28
	6.5 Kehittelyvaihe	29
	6.6 Viimeistelyvaihe	30
7	POHDINTA	32
	LÄHTEET	37
	LIITTEET	41

1 JOHDANTO

Vuodessa suomalaisista noin 25 000 sairastuu aivoverenkiertohäiriöön ja se on kolmanneksi yleisin kuolinsyy. Vuonna 2014 Suomessa menehtyi 4428 ihmistä aivoverenkierron sairauksiin. (Aivohalvaus (stroke) 2017.) Tällä hetkellä Suomessa on arvioitu olevan noin 85 000 aivoverenkiertohäiriön sairastanutta, ja määrän ennakoitaan kasvavan entisestään väestön ikääntyessä (Kauranen 2017, 344).

Monipuolisen ja riittävän ruokavalion takaaminen on yksi ikääntyneen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin perustekijöistä (Haglund, Hakala-Lahtinen, Huupponen & Ventola. 2006, 143). Aivoinfarktin ja aivoverenvuodon aiheuttamien oireiden vuoksi muun muassa ruokailu vaikeutuu vaikuttaen ravitsemustilaan (Sinisalo 2015, 187). Vaikka ruokailutapahtumat ovat ravinnon saannin kannalta oleellisia, ovat ne myös sosiaalisia ja vuorovaikutuksellisia hetkiä (Nikkarinen & Ylitalo 2013). Ruokailutilanteet voivat olla päivän kohokohtia, kun ruokailuun varataan tarpeeksi aikaa ja huolehditaan ruoan maistuvuudesta ja ravinteikkuudesta (Hakala 2015). Yhdessä ruokaileminen siistissä ja viihtyisässä ympäristössä edistää ruokahalua (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 57-60).

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa Palvelukeskus Onnelanpolun hoitavalle henkilökunnalle opas, jossa kuvataan huomioitavat asiat aivoverenkiertohäiriön sairastaneen henkilön ruokailutilanteessa. Oppaan tarkoituksena on tukea avustavan hoitohenkilökunnan työtä ruokailutilanteissa sekä edistää paremman ruokailutilanteen syntymistä asukkaille. Tuotos on työelämälähtöinen, sillä oppaan tarve on noussut toimeksiantajan henkilöstön kehitystarpeen tunnistamisesta. Oppaan avulla pyritään korostamaan aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden asukkaiden ruokailuhetkien merkitystä ja laatua sekä parantamaan ruokailutilanteiden sujuvuutta.

2 TYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOIMEKSIANTAJA

2.1 Tavoite ja tarkoitus

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa hoitohenkilökunnalle opas, jossa kuvataan huomioon otavat asiat aivoverenkiertohäiriön sairastaneen henkilön ruokailutilanteessa. Opas tulee Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän Palvelukeskus Onnelanpolun henkilökunnan käyttöön Lahdessa. Oppaan tarkoituksena on tukea avustavan hoitohenkilökunnan työtä ruokailutilanteissa sekä edistää paremman ruokailutilanteen syntymistä palvelukeskuksen asukkaille.

2.2 Toimeksiantaja ja aiheen rajaaminen

Työn toimeksiantaja on Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän Palvelukeskus Onnelanpolun tehostettu palveluasuminen. Työn tuotos on työelämälähtöinen, sillä oppaan tarve on noussut toimeksiantajan henkilöstön kehitystarpeen tunnistamisesta. Palvelukeskus on rakennuksena sekä rakenteeltaan uusi, eikä vastaavanlaista tuotosta ole ollut palvelukeskuksessa vielä saatavilla. Palvelukeskus Onnelanpolku on valmistunut vuonna 2014. Palvelukeskus on 224-asuntoinen, joista 94 on Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän asuntoja (Palvelukeskus Onnelanpolku 2017).

Aiheen rajaaminen ohjautui toimeksiantajan tarpeesta, minkä lisäksi rajasimme yhdessä toimeksiantajan edustajien kanssa aihealuetta suppeammaksi. Toimeksiantajan toive työn suhteen oli melko laaja; he halusivat työn sisältävän ruokailuasentojen, ruokailussa avustamisen ja ruokailutilaan sijoittumisen lisäksi keittiön esteettömyyden, huonekalujen mitat ja sijoittelun, asukkaiden sijoittelun ruokailutilaan, tietoa syömisestä apuvälineistä sekä ruoan koostumuksesta. Yhteisen keskustelun myötä aihe rajautui aivoverenkiertohäiriön sairastaneen henkilön ruokailuun, jossa tulee huomioida ruokailuun vaikuttavat myöhäisoireet, ruokailuasento, -tila ja -ympäristö sekä ruokailussa avustaminen.

Mahdollisesti tärkein tekijä syömiseen liittyen on henkilön asento ruokaillessa (Davies 2000, 107). Huonon ruokailuasennon on osoitettu vaikuttavan henkilön kykyyn käsitellä ruokaa lautasella ja viedä ruokaa suuhunsa. Sen lisäksi, että huono istuma-asento haittaa normaalia syömistä ja nielemistä, edistää se myös virheasentoja ja spastisuutta. (Axelsson & Kumlien 2002, 505; Christensen 1993, 94.)

Aivoverenkiertohäiriön sairastaneella henkilöllä esiintyy ruokailussa paljon ongelmia. Henkilön ruokaillessa oikeanlaisessa istuma-asennossa pystyy hän syömään mahdollisimman omatoimisesti. Tällöin henkilön avuntarve vähenee ja ruokailun sujuvuutta voidaan edistää. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2010, 324.)

3 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ

3.1 Määritelmä ja yleisyys

Aivoverenkiertohäiriö on yhteinen nimitys sekä ohimeneville että pitkäaikaisille neurologisia oireita aiheuttaville aivoverisuonitapahtumille (Lindsberg, Tarnanen, Sairanen & Vuorela 2011).

Aivoverenkiertohäiriöihin luetaan aivoinfarkti, aivoverenvuoto ja TIA-kohtaus (ohimenevä aivoverenkiertohäiriö), joista aivoinfarktista ja aivoverenvuodosta aiheutuu pysyviä vaurioita ja TIA-kohtauksesta ohimeneviä neurologisia oireita (Aivoverenkiertohäiriöt 2017).

Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijät voivat liittyä muihin sairauksiin, fysiologisiin suureisiin, elintapoihin ja yksilön ominaisuuksiin. Näitä voivat olla esimerkiksi verenpainetauti ja taipumus korkeaan verenpaineeseen. (Kaste, Soinila & Somer 2006, 282.) Miehet sairastuvat naisia yleisemmin aivoverenkiertohäiriöihin (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2014, 412).

Aivoverenkiertohäiriöistä 16 % on ohimeneviä aivoverenkiertohäiriöitä, 59 % ensimmäisiä aivoinfarkteja, 10 % uusiutuvia aivoinfarkteja, 10 % aivoverenvuotoja ja 5 % lukinkalvonalaisia verenvuotoja. Suomessa on arvioitu olevan noin 85 000 aivoverenkiertohäiriön sairastanutta, ja määrän ennakoitaan kasvavan entisestään väestön ikääntyessä. (Kauranen 2017, 344.) Opinnäytetyössä keskitytään aivoinfarktin ja aivoverenvuodon sairastaneiden henkilöiden ruokailussa huomioitaviin asioihin.

3.2 Aivoinfarkti

Suuri osa (noin 80 %) aivoverenkierron häiriöistä on aivoinfarkteja (Kaste ym. 2006, 282). Aivoinfarktissa valtimo tukkeutuu äkillisesti, minkä seurauksena valtimon alueen aivokudos jää ilman happea ja verenkiertoa. Tällöin paikallinen osa aivokudoksesta menee kuolioon. Usein tukkeuman syynä on etäämmältä, kuten sydäimestä tai kaulavaltimosta lähtenyt hyytymä. Tukkeuma voi johtua myös ahtautuneessa valtimossa

syntyneestä verihyytymästä. (Lindsberg ym. 2011.) Aivoinfarktissa aivokudos vaurioituu aina pysyvästi (Kauranen 2017, 345).

Aivoinfarktin riski on sidoksissa ikään, sillä riski sairastua kaksinkertaistuu kymmentä ikävuotta kohti. Miessukupuoli on yksi riskitekijöistä. Kohonnut systolinen (yläpaine) tai diastolinen (alapaine) verenpaine on aivoinfarktin riskiä lisäävä tekijä. 15 % aivoinfarkteista johtuu kardiogeenisestä emboliasta (sydäimestä lähtöisin olevasta veritulpasta), jolle altistavat sydänsairauksista eteisvärinä, sepelvaltimotauti, keino-läppä ja reumaattinen sydänvika. Myös diabetes on yksi aivoinfarktin riskiä lisäävä tekijä; riski on diabetesta sairastavalla kaksin-nelinkertainen. Elintavoista tupakointi, runsas alkoholin käyttö ja korkea kokonaiskolesterolitaso tai pieni HDL-kolesterolin määrä ovat aivoinfarktin riskitekijöitä. (Kaste ym. 2006, 282-284.) HDL-kolesteroli on ”hyvä” kolesteroli, sillä se kuljettaa kolesterolia pois valtimon seinistä (Eskelinen 2016).

Aivoinfarktin ehkäisyssä avainasemassa ovat terveelliset elämäntavat. Ylipainon vähentämisellä, säännöllisellä liikunnalla, alkoholin kohtuukäytöllä sekä terveellisellä ruokavaliolla voidaan ehkäistä aivoinfarktiin sairastumista. (Kaste ym. 2006, 285.) Aivoinfarktiin liittyy uusiutumisen riski. Mitä enemmän potilaalla on aivoinfarktin riskitekijöitä, sitä suurempi uusiutumisen riski on. (Anttila ym. 2014, 421.)

3.3 Aivoverenvuoto

Aivoverenvuodolla tarkoitetaan valtimosuonen repeämistä, minkä seurauksena veri vuotaa joko aivoaineeseen (ICH, aivojen sisäinen vuoto) tai lukinkalvonlaiseen tilaan, jolloin puhutaan subaraknoidaalivuodosta (SAV) (Aivoverenkiertohäiriöt 2017). Kaurasen (2017, 346) mukaan aivokudokseen vuotanut veri aiheuttaa painetta ympäröiville alueille, jolloin myös lähellä olevan hermokudoksen toiminta häiriintyy. Lisävaurioita aiheuttavat lisäksi verenkierron ja hapensaannin väheneminen vuotavan suonen huoltoalueella. (Kauranen 2017, 346.) Repeämä voi syntyä verenpainetaudin vaurioittamasta suonesta, valtimon pullistumasta (aneurysmasta) tai vamman seurauksena. Joka neljäs

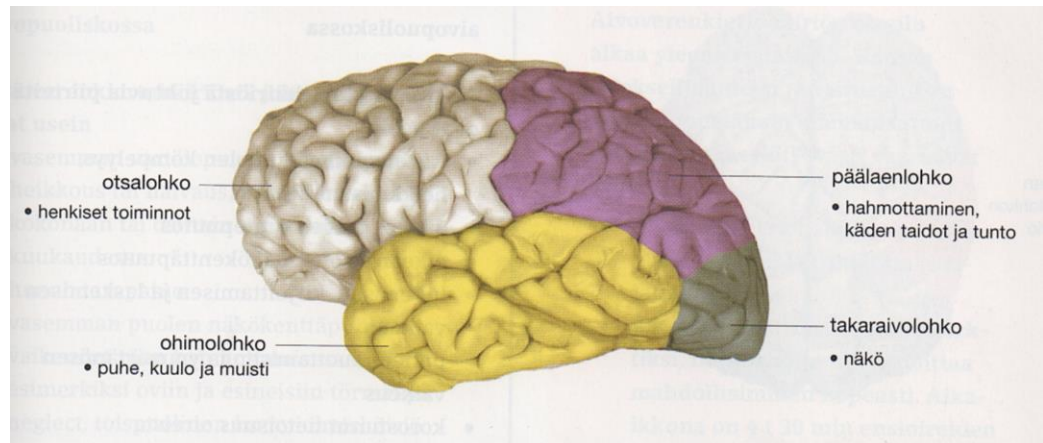
aivoverenkiertohäiriöistä johtuu aivoverenvuodosta. (Anttila ym. 2014, 421.)

Aivoverenvuodon riskitekijöihin kuuluvat verenpainetauti, epäterveelliset elämäntavat ja verisuonten epämuodostumat. Mitä korkeampi verenpaine on, sitä suurempi riski on sairastua aivoverenvuotoon. Tupakointi ja alkoholin tai huumeiden käyttö lisäävät aivoverenvuodon riskiä.

Verisuonten epämuodostumia voivat olla valtimoseinämän pullistuma eli aneurysma ja valtimo- ja laskimosuonten muodostama verisuonirykelmä eli AV-malformaatio. (Anttila ym. 2014, 421.) Kasteen ym. (2006, 284-287) mukaan antikoagulanttihoito (verenohennushoito) on lisäksi yksi aivoverenvuodon riskitekijöistä. Ainoa tunnettu ja tehokas keino aivoverenvuodon ehkäisemiseksi tällä hetkellä on kohonneen verenpaineen hoito. (Kaste ym. 2006, 284-287.) Aivoverenvuodon uusiutumisen riski on pienempi verrattuna aivoinfarktin uusiutumisen riskiin. Tarvittaessa tilannetta kuitenkin tarkastellaan aivojen alueen tietokonetutkimuksella. (Anttila ym. 2014, 423.)

3.4 Aivoverenkiertohäiriön myöhäisvaikutukset

Aivoverenkiertohäiriön sairastaneista noin puolelle jää toimintakykyä haittaava neurologinen puutosoire, noin 40 % henkilöistä tarvitsee kuntoutusta ja 10-20 % kokoaikaista hoitoa (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 92; Mäntynen 2007, 25). Vasen aivopuolisko vaikuttaa kehon oikean puolen raajojen toimintaan ja pääosin puheeseen. Oikean aivopuoliskon tehtävänä on huolehtia vasemman puolen raajojen toiminnasta ja esimerkiksi hahmottamisesta. Molemmat aivopuoliskot yhdessä säätelevät muun muassa näköä ja muistia. Aivoverenkiertohäiriön jälkeiset myöhäisvaikutukset ja ongelmat ilmenevät niissä toiminnoissa, joiden keskukset sijaitsevat vaurioalueella (KUVIO 1). (Anttila ym. 2014, 412.)



KUVIO 1. Toimintokeskukset isojenaivojen eri lohkoilla (Anttila ym. 2014, 413).

Myöhäisvaikutukset riippuvat sekä aivoinfarktissa että aivoverenvuodossa vauriokohdan sijainnista ja suuruudesta (Anttila ym. 2014, 418, 423).

Tyypillisimpiä myöhäisvaikutuksia aivoverenkiertohäiriön sairastaneella henkilöllä ovat hemipareesi, hahmottamisen häiriöt, puhekyvyn ilmaisun häiriöt, tunne-elämän muutokset sekä näkökentän puutokset (Holmia ym. 2010, 330). Näiden lisäksi aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa tahdonalaisten liikkeiden häiriöitä, muistihäiriöitä, nielemishäiriöitä, oiretiedostuksen puutteellisuutta sekä yleisluonteisia häiriöitä, joita ovat esimerkiksi tarkkaavaisuuden huononeminen, aloitekyvyn vaikeutuminen ja hätäisyys (Neuropsykologiset häiriöt 2017).

Halvaus syntyy, kun jossakin osassa kehoa hermotoiminta häiriintyy tai loppuu kokonaan. Yleisin halvauksen aiheuttama oire on lihasten voiman heikentyminen yhdestä tai useammasta raajasta osittain tai kokonaan. Aivoverenkiertohäiriön ollessa halvauksen aiheuttaja syntyy halvaus tyypillisesti äkillisesti. Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamaa halvausta kutsutaan aivohalvaukseksi. Aivohalvauksessa verenkiertohäiriö vahingoittaa yleensä aivojen toista puoliskoa. Koska hermoradat risteävät, ilmenevät halvausoireet vaurion vastakkaisella puolella. (Atula 2012.)

Kun aivoverenkiertohäiriö on ollut vasemmassa aivopuoliskossa, henkilöllä voi olla vartalon oikealla puolella kömpelyyttä, heikkoutta tai halvaus. Oikealla puolella voi olla myös tuntopuutoksia ja/tai näkökenttäpuutoksia. Henkilöllä voi esiintyä vaikeuksia lukemisessa, kirjoittamisessa ja laskemisessa sekä puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä. Vasemman aivopuoliskon vaurioissa arkitoimien ja tasapainon nopea palautuminen on yleistä. (Anttila ym. 2014, 414.)

Aivoverenkiertohäiriön vauriokohdan ollessa oikeassa aivopuoliskossa kömpelyyttä ja heikkoutta esiintyy vasemmalla puolella. Myöhäisvaikutuksena henkilöllä voi olla vasemman vartalopuolen halvaus, joka yleensä häviää joko kokonaan tai osittain muutamassa kuukaudessa. Näkökenttäpuutoksia voi esiintyä vasemmalla puolella. Henkilöllä voi olla tilan hahmottamisen vaikeus, jolloin hän saattaa törmätä esimerkiksi oviin ja esineisiin. Oikean aivopuoliskon aivoverenkiertohäiriössä voi esiintyä toispuolinen huomioimishäiriö eli neglect. Henkilöllä saattaa olla lisäksi vaikeuksia kasvojen tunnistamisessa sekä keskittymisessä ja järjestelmällisessä työskentelyssä oikean aivopuoliskon aivoverenkiertohäiriössä. Vaikeudet pukeutumisessa ovat yleisiä. (Anttila ym. 2014, 415.) Alla olevaan taulukkoon (TAULUKKO 1) on koottu yhteenvedona aivoverenkiertohäiriön myöhäisvaikutukset.

TAULUKKO 1. Aivoverenkiertohäiriön myöhäisvaikutukset vaurion ollessa vasemmalla tai oikealla aivopuoliskolla (Mukailtu Anttila ym. 2014, 414-415).

Aivoverenkiertohäiriön myöhäisvaikutukset	
Aivoverenkiertohäiriö vasemmassa aivopuoliskossa	Aivoverenkiertohäiriö oikeassa aivopuoliskossa
Vartalon oikean puolen kömpelyys, heikkous tai halvaus	Vartalon vasemman puolen kömpelyys, heikkous tai halvaus
Puheen tuottamisen ja	Häiriöt puheen tunneviestin

ymmärtämisen häiriöt	tulkitsemisessa
Tuntopuutokset oikealla puolella	Tuntopuutoksen vasemmalla puolella
Oikeanpuoleinen näkökenttäpuutos	Vasemmanpuoleinen näkökenttäpuutos
Kielellisen muistin häiriöt	Näkömuistin häiriöt
Tahdonalaisten liikkeiden toimintahäiriöt eli apraksia	Vasemman puolen huomiotta jääminen eli neglect-oireisto
Tilasuhteiden käsittelyn häiriö	Tilasuhteiden hahmotuksen ja käsittelyn häiriöt (törmäily)
Korostunut tietoisuus oireista	Sairauden tai oireiden tiedostamisen vaikeus
Ongelmat loogisuutta edellyttävien töiden toteuttamisessa	Vaikeus keskittyä tai työskennellä järjestelmällisesti
Varovainen käyttäytyminen, arkuus, pelokkuus, hämmentyneisyys, masentuneisuus	Varomattomuus, toimintaa ja käytöstä pitää korjata, ongelmien vähättely, ylivilkkaus
Lukemisen, kirjoittamisen ja laskemisen häiriöt	Tarkkaavaisuushäiriöt
Tasapainon nopea palautuminen	Huono tasapaino
Arkitoimien valmiuksien nopea palautuminen	Vaikeudet pukeutumisessa
Oikean ja vasemman suunnan sekoittuminen	Ruoan hotkiminen

Neglect tarkoittaa toispuoleista aistiärsykkeiden huomiotta jättämistä (Salmenperä ym. 2002, 69). Neglect-oire kuuluu havainnoinnin häiriöihin. Neglect-oireinen henkilö voi kuulla, nähdä ja tuntea normaalisti, mutta kyky huomioida näitä halvaantuneelta puolelta puuttuu. Neglect-oireisella henkilöllä hänen katseensa ja päänsä ovat kääntyneenä halvaantuneesta puolesta poispäin. Tilan, suuntien ja kolmiulotteisuuden hahmottaminen voi olla neglect-oireesta kärsivällä henkilöllä häiriintyneitä. (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 32, 112.)

Dysfagialla tarkoitetaan nielemisen vaikeutta. Aivoverenkiertohäiriöt ovat yksi dysfagian aiheuttajista, ja aivoverenkiertohäiriön sairastaneista 30-80 % kärsii jonkinlaisesta nielemisen vaikeudesta. Osalla oireet helpottuvat ensimmäisen puolen vuoden aikana, mutta osalle ne jäävät pysyviksi. Dysfagiassa vaikeus on joko yhdessä tai useammassa nielemisen vaiheessa. (Dysfagia 2017.) Ihmisellä on neljä nielemisvaihetta: pre-oraalinen, oraalinen, faryngeaalinen, ja esofageaalinen (Nielemisvaikeus eli dysfagia 2011, 2-3). Pre-oraalisessa vaiheessa huuliot (huulten ja huuliaukon muodostama kokonaisuus) pitävät ruoan suussa, kieli kääntelee ruokaa ja hampaat hienontavat samanaikaisesti ruoan. Lopuksi kieli kokoaa hienonnetun ruoan bolukseksi eli yhdellä kertaa nieltäväksi annokseksi kielen päälle. Oraalisessa vaiheessa kieli kuljettaa bolusta kohti nielua samanaikaisesti painuen suulakea vasten. Boluksen ohittaessa kitakaaret laukeaa nielemisrefleksi. Faryngeaalisessa vaiheessa refleksit laukaisevat eri nielun toimintoja yhtäaikaisesti turvaten boluksen kulun ruokatorveen hengitystiet suojattuina. Esofageaalisessa vaiheessa bolus kulkeutuu mahalaukkuun ruokatorvea pitkin. (Salmenperä ym. 2002, 412-414.)

3.5 Ruokailuun vaikuttavat myöhäisvaikutukset

Ruokailussa tavoitteena on, että henkilö pystyisi syömään omatoimisesti, käyttämään halvaantunutta kättään, pureskelemaan ja nielemään sekä hallitsemaan huuliensa, poskiensa ja kielensä liikkeet.

Aivoverenkiertohäiriön sairastaneella henkilöllä esiintyy ruokailussa paljon

ongelmia. (Holmia ym. 2010, 324.) Ruokailu vaatii aivoverenkiertohäiriön sairastaneelta henkilöltä vireyttä ja suunnittelua. Aivoverenkiertohäiriön sairastanut henkilö voikin tarvita ruokailutilanteessa valvontaa ja ohjausta. (Salmenperä ym. 2002, 59.)

Aivoverenkiertohäiriön sairastaneella henkilöllä voi olla esimerkiksi vaikeuksia käsitellä ruokaa lautasella, viedä ruokaa suuhun, ruoan pureskelussa ja nielemisessä. Lisäksi henkilön ruokailuvauhti voi olla poikkeuksellinen. (Carlsson, Ehrenberg & Ehnfors 2004, 826.) Yli puolella aivoverenkiertohäiriön sairastaneella on toimintahäiriöitä suun ja nielun alueella. Tällöin ruoan käsittely suussa ja/tai nielussa vaikeutuu tai ei onnistu lainkaan, jolloin riskinä on altistuminen ruoan henkeen vetämiselle eli aspiraatiolle. (Salmenperä ym. 2002, 58.)

Yksinkertainen toiminta on monen eri osatekijän yhdistelmä ja jo yhden osatekijän puuttuminen vaikuttaa suoritukseen sitä vaikeuttaen. Sairastumisen seurauksena henkilön halvaantuneen puolen lihakset voivat olla täysin veltot (hypotonia) tai lihasten toiminta voi olla heikentynyt, jolloin eriytyneiden liikkeiden suorittaminen on vaikeutunut. Riittävä lihasjänteys on toiminnan kannalta välttämätöntä. (Forsbom ym. 2001, 31, 33.)

Yleisin halvauksen aiheuttama oire on lihasten voiman heikentyminen yhdestä tai useammasta raajasta osittain tai kokonaan (Atula 2012). Useimmiten aivoverenkiertohäiriö tapahtuu sisemmän kaulavaltimon suonittamalla niin kutsutulla etuverenkierron alueella, minkä takia halvausoireisto painottuu yläraajaan. Sairastuminen vaikuttaakin motorisiin toimintoihin, kuten lihasvoiman heikkouteen, raajaparin kömpelyyteen sekä spastisuuden ja tuntohäiriöiden esiintymiseen. (Arokoski, Mikkelsen, Pohjolainen & Viikari-Juntura 2015, 233.) Motoristen toimintojen häiriöt voivat aiheuttaa syömiseen vaikuttavia puutteita (Forsbom ym. 2001, 126). Ruokailuvälineiden käytössä edellytetään hienompaa liikettä ja kontrollia (Davies 2000, 297).

Mikäli henkilöllä on neglect-oireita, hänen voi olla vaikea havaita ruoka-annoksensa toista puolta (Haukka, Kivelä, Pyykkö, Vallejo Medina &

Vehviläinen 2006, 178). Henkilöllä voi olla ruokailussa vaikeuksia ruokaannoksen näkemisessä tai huomioimisessa. Neglect-oireisilla ongelmia ruokailuun aiheuttaa hahmotuksen puute. Henkilö ei itse tiedosta oireitaan. Koska hän näkee esimerkiksi ruokalautasesta vain toisen puolen, voi puolet ruoasta jäädä syömättä. Neglect-oireisen kohdalla on ruokailutilanteessa tärkeää kehottaa kääntämään katsettaan myös toiselle puolelle ja ohjata tarvittaessa kättä löytämään ruokailuvälineet. Mikäli henkilö ei kuitenkaan tästä huolimatta löydä ruokaansa, voidaan lautanen kääntää niin, että henkilö havaitsee lopun ruoan. Tärkeää on antaa ruokailuun riittävästi aikaa ja mahdollisuus yrittää itse. (Holmia ym. 2010, 329.) Mikäli henkilö on rauhaton, voidaan rauhattomuutta lievittää ja halvaantuneen puolen huomiointia edesauttaa istumalla tiiviisti pöydän ääressä toimiva kylki seinässä (Forsbom ym. 2001, 114).

Dysfagiassa henkilöllä ruoan tai juoman kulkeutuminen suusta ruokatorveen ei joko onnistu lainkaan tai on osittain vaikeutunut. Dysfagiassa henkilöllä ravitsemuksen ja nesteytyksen ylläpito ja/tai syömisen nautinto on häiriintynyt. Nielemisvaikeudet voivat aiheuttaa ruoan tai juoman kulkeutumista henkitorveen, jota kutsutaan aspiraatioksi. Aspiraatio voi aiheuttaa keuhkokuumeen ja on siksi vaarallista. (Nielemisvaikeus eli dysfagia 2011, 2-3.) Mikäli nieleminen ei onnistu on ravitsemus suun kautta mahdotonta (Holmia ym. 2010, 324).

3.6 Kuntoutus

Kuntoutuminen perustuu näkemykseen, jonka mukaan aivoissa on joustavuutta. Aivojen hermopäätteet uusiutuvat, syntyy uusia kulkureittejä ja yhteyksiä hermosolujen välille, jolloin hermoverkko järjestäytyy uudelleen. Merkittävin tekijä toimintojen palautumisen kannalta on hermoston muotoutuvuus. (Forsbom ym. 2001, 26.)

Suomessa on noin 40 000 aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuvaa henkilöä. Eläkeikäisiä heistä on 75 % ja työikäisiä 25 %. Aivokudoksen kyky toipua vaurioista on rajallinen. Kun aivokudos vaurioituu, terveet osat aivoista alkavat hoitaa menetettyjä toimintoja. Henkilön aikaisempi toimintakyky

ennen sairastumista vaikuttaa paljon kuntoutumisen tuloksiin. Korkea ikä ei ole esteenä hyvälle kuntoutumiselle; iäkkäät henkilöt hyötyvät kuntoutuksesta yhtä paljon kuin nuoremmat. (Anttila ym. 2014, 412, 415-416.) Iäkkäiden toipuminen voi kuitenkin olla hitaampaa monimutkaisempien toimintojen kuten tasapainon, kävelyn ja koordinaation osalta (Kallanranta, Rissanen & Suikkanen 2008, 253).

Toipuminen ja kuntoutuminen ovat yksilökohtaisia ja siksi vaikeasti ennustettavissa. Vaurion sijainti ja laajuus vaikuttavat toipumiseen. Toipumisen sanotaan olevan nopeinta ensimmäiset kolme kuukautta, mutta toipumista tapahtuu tämän jälkeenkin jopa vuosien ajan. (Arokoski ym. 2015, 234.) Aivoverenkiertohäiriön sairastanut henkilö voi tarvita useaa erilaista kuntoutusta. Kuntoutuksen määräytyminen riippuu aivoverenkiertohäiriön aiheuttamista oireista. (Kaste ym. 2006, 327.) Kuntoutus tapahtuu moniammatillisesti ja kuntoutustyöntekijöiden lisäksi siinä ovat aktiivisesti mukana kuntoutuja itse sekä hänen omaisensa (Salmenperä ym. 2002, 31). Kuntoutus perustuu hyvään kuntoutuskäytäntöön, jonka kulmakiviä ovat yksilöllisyys, yhteisöllisyyden kunnioittaminen, oikea ajoitus, ongelmien ja vahvuuksien tunnistaminen, tiedon ja kokemusten soveltaminen, kuntoutujan, omaisen ja perheen osallistuminen ja sitoutuminen sekä järjestelmien avoin moniammatillinen yhteistyö (Arokoski ym. 2015, 235).

Kuntoutus jakautuu eri vaiheisiin; intensiiviseen kuntoutukseen sairaalassa, intensiiviseen kuntoutukseen sairaalavaiheen jälkeen sekä ylläpitävään kuntoutukseen. Kuntoutus aloitetaan heti sairastumispäivänä tai sen jälkeisenä päivänä. Sairaalassa keskitytään asentohoitoihin ja myöhemmin aktiivisempaan liikehoitoon. Sairaalan jälkeen intensiivinen kuntoutus jatkuu noin 2-3 kertaa viikossa polikliinisesti ja kun edistyminen lakkaa siirrytään ylläpitävään kuntoutukseen. (Kaste ym. 2006, 328-329.) Toimintakykyä ylläpitävä vaihe kestää koko loppuelämän ja vaiheen tarkoituksena on opittujen taitojen ylläpitäminen sekä sopeutumisen tukeminen (Anttila ym. 2014, 428). Monet akuutin ja subakuutin vaiheen fysioterapia- ja toimintaterapiamenetelmät on todettu myös vaikuttavan myöhemmässä vaiheessa sairastumista (Suomalaisen Lääkäriseuran

Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä 2016).

Päivittäinen hoitotyö on osa kuntoutusta. Se ei käsitä erillisiä toimintoja vaan on työtapa, jolla tuetaan aivoverenkiertohäiriön sairastaneen henkilön omatoimisuutta. Auttamismenetelminä toimivat ajan antaminen ja auttaminen ajallaan. Henkilön selviytymistä tukeva kuntouttava periaate on osa kaikkia hoitotyön toimintoja ja vuorovaikutusta. Kaikki päivittäiset tapahtumat ovat osa kuntoutusta. Tavoitteena kuntouttavassa hoitotyössä on aktivoida henkilöä osallistumaan aktiivisesti toimintaan. (Holmia ym. 2010, 308-309, 315.) Periaatteena on, että henkilöä autetaan ainoastaan niissä toiminnoissa, joita hän ei itse pysty suorittamaan (Anttila ym. 2014, 436). Kuntoutus on kokopäiväistä ja siksi on tärkeää, että terapiassa opitut taidot siirretään heti arkipäivän toimintoihin hoitohenkilökunnan toimesta. Myös omaisten tukeminen ja ohjaaminen kuuluvat kuntouttavaan hoitotyöhön. (Arokoski ym. 2015, 237.)

Tyypillisin kuntoutusmuoto on fysioterapia (Kaste ym. 2006, 327). Fysioterapialla on keskeinen merkitys toimintakyvyn palauttamiseen. Kuntoutuksessa fysioterapian tavoitteina ovat symmetrisen kehonkuvan saavuttaminen ja motoristen taitojen uudelleen oppiminen, jotta voidaan saavuttaa mahdollisimman normaali liikkuminen ja itsenäinen toimintakyky. (Arokoski ym. 2015, 237.) Fysioterapian lisäksi henkilö voi tarvita toimintaterapiaa, puheterapiaa ja/tai neuropsykologista kuntoutusta. Kuntoutuksen tavoitteena on vähentää oireiden aiheuttamia haittoja sekä saada henkilölle mahdollisimman hyvä toimintakyky. (Salmenperä ym. 2002, 31.) Lisäksi sairastunut henkilö ja tämän omaiset saattavat tarvita konkreettista apua elämänsä järjestämiseen muuttuneessa elämäntilanteessa, jolloin kuntoututtavasta sosiaalityöstä ja kuntoutusohjauksesta voi olla apua (Arokoski ym. 2015, 239).

4 RAVITSEMUS

4.1 Ikääntyneen ravitsemus

Elimistömme tarvitsee terveenä ja toimintakykyisenä pysymiseen suojaravintoaineita ja energiaa (Terveellinen ruokavalio 2014). Hyvä ravitsemus on iäkkään henkilön toimintakyvyn edellytys ja se turvaa päivittäisen elämän ja arjen sujumisen sekä parantaa elämänlaatua. Hyvän ravitsemuksen päätavoitteena on saavuttaa riittävä energian ja ravintoaineiden saanti. Arvio iäkkäiden energiantarpeesta on selkeästi pienempi kuin työikäisillä ja tarve vähenee edelleen ikääntyessä. (lääkkäät 2017.) Ikääntyessä energiankulutus pienenee liikkumisen vähentyessä ja lihasmassan määrän pienentyessä (Ikääntyneet 2017). Vaikka energiantarve on ikääntyneillä pienempi, ravintoaineiden tarve pysyy kuitenkin ennallaan tai voi nousta (lääkkäät 2017).

lääkkään laadukkaseen ruokavalioon sisältyy riittävä energiamäärä (vähintään 1500 kcal vuorokaudessa), riittävä määrä kivennäisaineita, vitamiineja ja proteiinia. Nestetasapainon ylläpitämiseksi iäkäs henkilö tarvitsee 1-1,5 litraa nestettä; kuivemman ruoan kanssa tarvitaan enemmän nesteitä. (Ikääntyneet 2017.) Ikääntyneiden ravitsemussuosituksissa (2010) on eroteltu ravitsemussuositukset ikääntymisen eri vaiheissa: hyväkuntoisesta ikääntyneestä ympärivuorokautisessa hoidossa olevan ikääntyneen ravitsemukseen (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 20-27).

Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevan ikääntyneen ravitsemuksessa suosituksen mukaan on tärkeää huolehtia riittävästä ravinnonsaannista ja tehostettu ruokavalio voi tulla kyseeseen tarvittaessa. Ympäri vuorokautista hoivaa tarvitsevan iäkkään ravitsemuksessa on tärkeää huolehtia riittävästä energian ja proteiinin saannista, jotta jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpitäminen on mahdollista. Mitä enemmän hoivaa ja apua ikääntynyt tarvitsee vuorokaudessa, sitä suurempi on riittämättömän ravitsemuksen uhka.

lökkään avuntarve tulee arvioida ruokailutilanteissa ja tarvittaessa muistuttaa syömisestä. Ruokailutilanteissa tärkeitä tekijöitä ovat kodinomaisuus, rauhallisuus ja kiireettömyys. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27-29.)

Usein iäkkäät kykenevät syömään pieniä annoksia kerrallaan, joten ateria-aikojen tasainen jakautuminen päivään on tärkeää riittävän ravinnonsaannin turvaamiseksi. Jos iäkäs henkilö syö heikosti, tulisi hänellä aina olla välipaloja saatavilla. Jotta pystytään turvaamaan ja varmistamaan riittävä ravinnonsaanti, on ruokailussa avustaminen ja jopa syöttäminen välillä välttämätöntä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 28.)

4.2 Aivoverenkiertohäiriön sairastaneen ravitsemus

Aivojen kaikki rakennusaineet ovat ravinnosta peräisin ja siksi ravinto vaikuttaa aivojen terveyteen. Terveellisen ruokavalion avulla pystytään ehkäisemään aivojen toiminnan heikentymistä sekä esimerkiksi sairastumista aivoverenkiertohäiriöihin. (Anttila ym. 2014, 421.)

Ravitsemustilan huomioiminen on tärkeää, sillä kuntoutumisessa pääasiassa ovat aivot, joiden toimintaa oikeanlaisella ravinnolla voidaan tukea. Kuntoutusvaihe ja uusi elämäntilanne ovat runsaasti voimavaroja ja energiaa vaativia. (Forsbom ym. 2001, 126.) Halvaus voi vähentää energiantarvetta, jos henkilön liikkuminen vähenee (Sinisalo 2015, 188).

Huolehtimalla aivoverenkiertohäiriön sairastaneen ruokavalion terveellisyydestä voidaan ehkäistä aivoverenkiertohäiriöiden uusiutumista (Ravitsemus rakentaa aivoterveyttä 2017). Aivoinfarktiin uusiutumisen riskin suuruuteen vaikuttaa aivoinfarktin riskitekijät. Mitä enemmän potilaalla on aivoinfarktin riskitekijöitä, sitä suurempi uusiutumisen riski on. (Anttila ym. 2014, 421.) Aivoinfarktin ehkäisykeinoja, jotka liittyvät ravitsemukseen ovat verenpaineen alentaminen ja kolesterolipitoisuuden pienentäminen. Verenpainetta voidaan alentaa ruokasuolan ja tyydyttyneiden rasvojen käytön vähentämisellä sekä hedelmien ja vihannesten käytön lisäämisellä. (Kaste ym. 2006, 285.) Mikäli henkilön

tarvitsee muuttaa ruokavaliotaan terveyttä edistävempään suuntaan, huolehtii hoitohenkilökunta ja resurssien mukaan myös ravitsemusterapeutti ruokavalion ohjauksesta (Salmenperä ym. 2002, 59).

Ruoan koostumukseen puolestaan vaikuttavat henkilön nielemisvaikeudet ja häiriöt ruoan mekaanisessa käsittelyssä. Yli puolella aivoverenkiertohäiriön sairastaneella potilaalla on toimintahäiriöitä suun ja nielun alueella, jolloin ruoan käsittely suussa ja/tai nielussa vaikeutuu tai ei onnistu lainkaan. Tällöin riskinä on altistuminen aspiraatiolle eli ruoan henkeen vetämiselle. Suun kautta tapahtuvaan ravitsemukseen eli peroraaliseen ravitsemukseen pyritään mahdollisimman varhain, mutta esimerkiksi nielemishäiriön vuoksi tämä ei välttämättä onnistu. Mikäli suun kautta tapahtuva ravitsemus ei onnistu, annetaan ravinto parenteraalisesti eli ruuansulatuskanavan ulkopuolisesti tai enteraalisesti eli letkuravitsemuksena. (Salmenperä ym. 2002, 58-59.)

5 RUOKAILU

5.1 Ruokailun merkitys

Syömme ja juomme elääksemme, mutta myös nautinnon vuoksi (Davies 2000, 381). Ateriat rytmittävät päivää ja ruokailutilanteet ovat sosiaalisia tilanteita ja odotettuja kohokohtia päivässä. Ruokailutilan tulisi olla siisti ja hyvin tuuletettu. Ruoka-annoksen tulisi olla ruokahalua herättävän näköinen. (Haglund, Hakala-Lahtinen, Huupponen & Ventola 2010, 180, 184.) Ruokailuhetken tulisi olla rauhallinen ja miellyttävä (Holmia ym. 2010, 329).

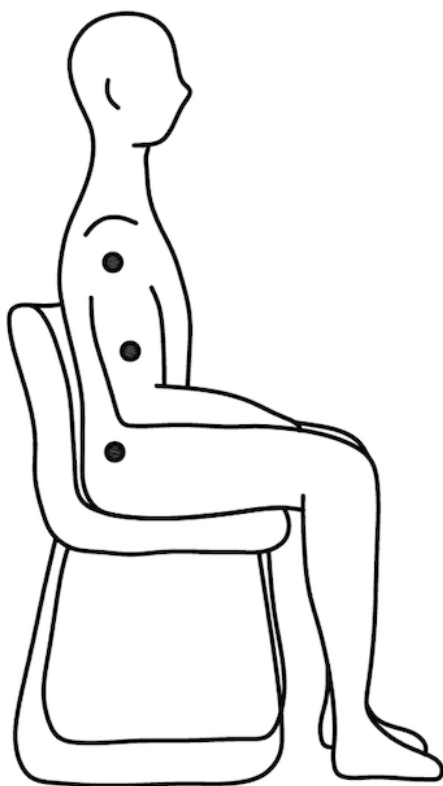
Sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyy usein syömistä ja juomista. Tämän vuoksi ruokailutilanteet eivät ole vain ravinnon saantia. Ruokailutilanteisiin kuuluvat keskustelu sekä toisten huomioiminen. Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat oireet haittaavat ja voivat jopa estää kommunikoimisen ja syömisen, siksi on tärkeätä tiedostaa henkilön ruokailuun vaikuttavat ongelmat ja huomioimalla ne turvata nautinnollinen ja turvallinen ruokailutilanne. (Forsbom ym. 2001, 110.) Syömisvaikeudet voivat aiheuttaa nestehukkaa, vajaaravitsemusta ja aspiraatoriskin sekä voivat johtaa häpeään tunteeseen tai muihin negatiivisiin tuntemuksiin (Carlsson, Ehrenberg & Ehnfors 2004, 826).

5.2 Ruokailuasento

Mahdollisesti tärkein tekijä syömiseen liittyen on henkilön asento ruokaillessa. Sopivassa tuolissa istuessaan henkilö pystyy saavuttamaan ja ylläpitämään pystymmän asennon, minkä vuoksi on suositeltavaa siirtää henkilö vuoteesta istumaan heti kun yleiskunto sen sallii. (Davies 2000, 107, 397.) Ruokailuasennon tulee olla sellainen, jossa henkilön on hyvä syödä ja niellä ruoka (Iivanainen & Syväoja 2013, 552). Henkilön syödessä ja juodessa, tulisikin hänet ohjata aina hyvään istuma-asentoon, vähintään viidesti päivässä. Usein henkilön on vaikea saavuttaa hyvää istuma-asentoa vuoteessa, minkä vuoksi istumisen tulisi ensisijaisesti tapahtua muualla kuin vuoteessa. (Davies 2000, 106.) Huonon

ruokailuasennon on osoitettu vaikuttavan henkilön kykyyn käsitellä ruokaa lautasella ja viedä ruokaa suuhunsa (Axelsson & Kumlien 2002, 505). Sen lisäksi, että huono istuma-asento haittaa normaalia syömistä ja nielemistä, edistää se myös virheasentoja ja spastisuutta (Christensen 1993, 94). Virheellinen istuma-asento lisää jäykkyyttä ja heikentää liikkuvuutta (Anttila ym. 2014, 436).

Asennonhallintaan ja eri lihasryhmien aktivoitumiseen vaikuttaa kehon keskeisten alueiden sijainti suhteessa toisiinsa (KUVIO 2). Keskeisiä kehon alueita ovat ylävartalon keskikohta, lantio, hartiat, jalkaterät, kädet ja pää. Henkilön ruokaillessa pöydän ääressä lantion keskeinen alue jää ylävartalon keskikohtaan taakse, jolloin alavartalossa ojentajat aktivoituvat. Hartioiden ollessa ylävartalon keskikohtaan edessä on ylävartalon ojentajien vaikutus koukistajia vähäisempi, minkä seurauksena yläraajat ovat vapaammat liikkumaan. (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 34-35.)



KUVIO 2. Kehon keskeisten alueiden optimaalinen sijainti istuma-asennossa (Mukailtu Forsbom ym. 2001, 35)

Keskivartalon lihakset ovat oleellisessa roolissa istuma-asennon ylläpitämisessä. Aivoverenkiertohäiriön sairastaneilla henkilöillä keskivartalon lihasten hallinta on usein vaikeasti heikentynyt. Siksi istuma-asennon hallinnan saavuttaminen on yksi ensimmäisistä tavoitteista aivoverenkiertohäiriön sairastaneen henkilön kuntoutuksessa. (Genthon, Monnet, Petit, Rougier & Vuillerme 2007, 1024.)

5.2.1 Ruokailu istuen

Paras asento ruokailla on tukevassa istuma-asennossa tuolilla pöydän ääressä. Tämän vuoksi henkilön tulee ruokailla pöydän ääressä aina kun se vain on mahdollista. (Haukka ym. 2006, 178; Salmenperä ym. 2002, 57.) Ruokailuasennon tulee olla symmetrinen istuma-asento, kädet tulee asettaa pöydälle ja ylävartalon sekä pään tulee olla vähän eteenpäin kallistuneena (Salmenperä ym. 2002, 59). Molemmat kyynärvarret tulee olla kunnolla pöydällä, jolloin hartialinja suoristuu ja lapaluu on paremmassa asennossa (Forsbom ym. 2001, 114). Halvaantunut käsi asetetaan pöydälle eteenpäin suunnattuna, jotta henkilö pystyy tukeutumaan siihen. Täten symmetrisen istuma-asennon ylläpitäminen helpottuu. Halvaantuneen käden tuominen eteen pöytätasoon auttaa vartaloa ojentumaan ja estää halvaantuneen puolen vajoamisen fleksioon eli koukistussuuntaan, mikä parantaa henkilön pään asentoa. (Davies 2000, 296, 397.) Nieleminen helpottuu, kun henkilö syö suorassa tai hieman etukumarassa asennossa (Iivanainen & Syväoja 2013, 552). Jalat asetetaan lattialle symmetrisesti ja molempien jalkojen tulee ylettyä lattialle, jotta istuma-asento ruokailutilanteessa on tukeva. Pöydän ja tuolin tulee olla sopivan korkuisia ruokaillessa. (Holmia ym. 2010, 324; Iivanainen & Syväoja 2013, 552.) Henkilöä tulee tarvittaessa avustaa istumaan tarpeeksi tukevasti ja riittävän perälle tuolissa. Henkilön istuessa pyörätuolissa noudatetaan samoja ohjeistuksia. Pyörätuolissa istuessa asennon ojentamisen helpottamiseksi tulee jalat asettaa jalkalaudoilta pois lattialle. (Forsbom ym. 2001, 114.)

Henkilön ruokaillessa oikeanlaisessa istuma-asennossa pystyy hän syömään mahdollisimman omatoimisesti. Tällöin potilaan avuntarve vähenee ja ruokailun sujuvuutta edistetään. Ruokailun jälkeen henkilön olisi hyvä istua noin 15-30 minuuttia, jotta ateria ehtii laskeutumaan ja aspiraatoriski ehkäistään. (Holmia ym. 2010, 324-325.)

5.2.2 Ruokailu vuoteessa

Kun ruokailu ei onnistu muualla kuin vuoteessa, tulee istuma-asento vuoteessa säätää mahdollisimman hyväksi hyödyntäen sähkökäyttöisen sängyn säätöjä, tyynyjä sekä pöytälevyä. Optimaalisessa asennossa lonkat ovat koukistuneena niin lähelle oikeaa kulmaa kuin mahdollista ja selkä on ojennettuna. Tyynyjä käytettäessä tyynyt asetetaan henkilön selän taakse, jotta saavutetaan optimaalinen pystyasento vuoteessa. Pöytälevyä asetettaessa on hyvä huomioida mikäli henkilön yläraajat painautuvat voimakkaasti pöytälevyä vasten, on ihoa suojattava asettamalla tyyny kyynärvarsien alle. (Davies 2000, 106.) Henkilön halvaantuneen lantion alle tulee asettaa kiila, tyyny tai kokoon kääritty pyyhe jalan kiertymisen estämiseksi (Christensen 1993, 94). Mikäli ruokailu tapahtuu vuoteessa, tulee taaksepäin nojaavaa ja makuuasentoa välttää, sillä näissä asennoissa henkilön on vaikea hallita suussa olevaa ruokaa (Anttila ym. 2014, 435).

Vuoteessa ruokaillessa usein siistin ja viihtyisän ympäristön määritelmä ei täyty (Salmenperä ym. 2002, 57-60). Jos henkilöllä on vähääkään ongelmia syömisessä ja nielemisessä, ei hänen tulisi missään nimessä yrittää syödä tai juoda vuoteessa. Puoli-istuvassa asennossa juominen on lähes mahdotonta henkilölle, jolla on nielemisen ongelmia. (Davies 2000, 397.)

5.3 Ruokailutilanne ja ruokailussa avustaminen

Aivoverenkiertohäiriön sairastaneella henkilöllä esiintyy ruokailussa paljon ongelmia. Ruokailussa avustaessa henkilön toimintakykyä tulee tukea, ei tehdä hänen puolestaan. (Holmia ym. 2010, 324.) Ensisijaisena

periaatteena on henkilön omatoimisuus (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2015, 197). Mikäli ruokailussa tarvitaan ohjausta, sijoittuu avustava henkilö sairastuneen halvaantuneelle puolelle. Avustaja voi auttaa henkilöä esimerkiksi pitämään ruokailuvälinettä kädessä, tukea häntä kyynärpästä ja ohjata pitämään lasista kaksin käsin kiinni. (Holmia ym. 2010, 324.) Henkilöä tulee rohkaista syömään haarukalla ja veitsellä kaksikäisesti heti kun se vain on mahdollista (Davies 2000, 297).

Ateriointiin tulee varata runsaasti aikaa (Holmia ym. 2010, 314). Ruokailua ja syömistä helpottavia apuvälineitä voidaan tarpeen mukaan käyttää. Ruokailuvälineissä voi käyttää paksunnoksia ja lautaseen saa liukumisesteen. Jos henkilöllä on hahmottamisvaikeuksia, ruokailua helpottaa ruoan tarjoaminen vain yksi ruokalaji kerrallaan. (Holmia ym. 2010, 324.)

On tärkeää, että ruokailutilanteet ovat hyvin etukäteen suunniteltuja ja etenevät sujuvasti. Ruokailutilanteet vaativat henkilöltä keskittymistä ja vireyttä. Henkilöillä joilla vireystila on matala tai arvioinnissa, hahmotuksessa tai toimimisessa on vaikeuksia, on suurempi riski aspiraatiovaaraan. (Salmenperä ym. 2002, 59.) Henkilöille, joilla on nielemisvaikeuksia kiire ja häiriötekijät vaikeuttavat nielemistä ja siksi ruokailutilanteiden tulee olla rauhallisia ja mielekkäitä (Nielemisvaikeus eli dysfagia 2011, 4).

5.4 Ruokailutila- ja ympäristö

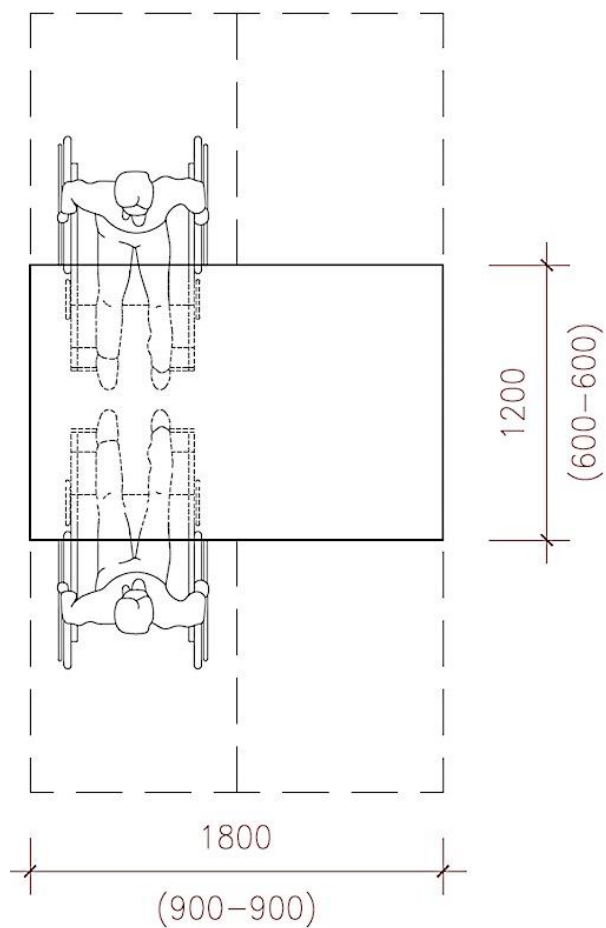
Ruokailuhetken tulisi olla rauhallinen ja miellyttävä (Holmia ym. 2010, 329). Jos henkilöllä on merkittäviä vaikeuksia ruokailussa, edistää rauhallinen ja ympäristöltään turvallinen paikka ruokailun sujumista. Ruokapöytä olisi hyvä sijoittaa tasaisen seinän viereen, henkilö tulisi istua normaalilla tuolilla, hyvässä asennossa, lähellä pöytää sekä toimivampi kylki seinässä kiinni. Tällöin rauhattomuus ja heikomman puolen huomioiminen paranevat. (Forsbom ym. 2001, 114.)

Ympäröivällä ympäristöllä on suuri merkitys hyvinvoinnille, sillä ihminen saa kaikkien aistikanaviensa kautta elämyksiä. Tila, sen järjestelyt, toimivuus, muodot, värit valo, materiaalit ja esineet luovat esteettisyyden. Ei ole yhdentekevää millainen ympäristö on; oikein suunniteltu ympäristö tukee henkilön aistimista ja havaintokykyä. (Forsbom ym. 2001, 143.)

Kun ruokapöytä on suorakaiteen muotoinen, on pyörätuolille varattava 900 millimetrin levyinen vapaa tila. Jotta pyörätuolilla mahtuu ajamaan ruokapöydän ääreen sivusta päin, tulee vapaan tilan syvyyden olla vähintään 1100 millimetriä. Tällöin vapaata leveyttä pöydän jalkojen väliin tulee jäädä vähintään 1200 millimetriä. Jotta ruokapöydän ääressä pyörätuolissa ruokailevan henkilön takaa mahtuu esteettömästi kulkemaan, tarvitaan pöydän vieressä vapaata tilaa vähintään 1300 millimetriä. Mikäli henkilö ohittaa pyörätuolin samalla kantaen tarjotinta, tilaa tarvitaan enemmän, vähintään 1400 millimetriä. Jotta toinen henkilö pystyy ohittamaan pyörätuolilla pöydän ääressä toisen pyörätuolissa istuvan henkilön, vapaan tilan pöydän reunasta laskettuna tulee olla vähintään 1500 millimetriä. (Keittiö 2017.)

Mikäli halutaan kahden pyörätuolin mahtuvan vastakkain saman ruokapöydän ääreen, tulee pöydän mitan pyörätuolin välissä olla 1200 mm. Yhdelle pyörätuolille leveystilaa tulee olla 900 mm (KUVIO 3). Kun pyörätuolia vastapäätä on tavallinen tuoli, vastaavat mitat ovat 1050 mm ja 900 mm. Tavallisella tuolilla istuttaessa tarvittavan polvitilan syvyys on 450 mm ja tuolin vaatiman tilan leveys on 600 mm. (Keittiö 2017.)

Palvelukeskus Onnelanpolun neljän hengen pöytien leveys on 1500 mm ja syvyys 900 mm.



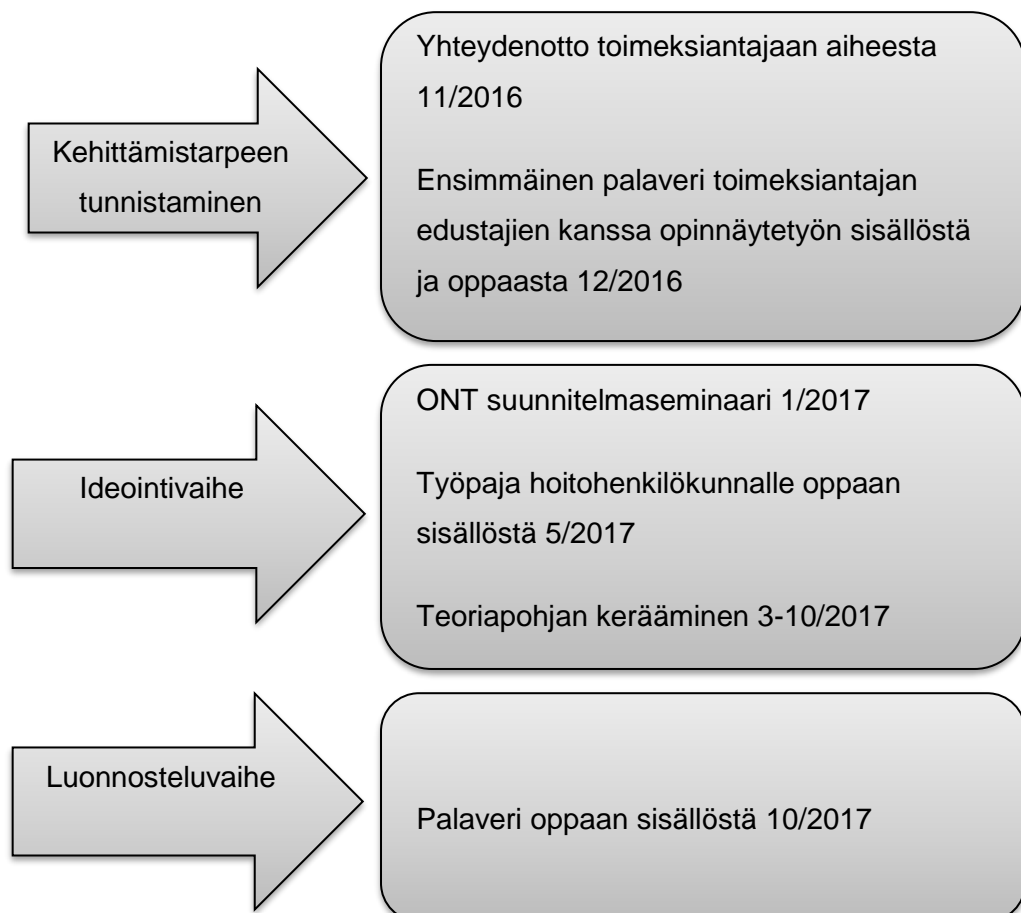
KUVIO 3. Tilantarve, kun kaksi pyörätuolia käyttävää henkilöä ovat vastakkain (Mukailtu Keittiö 2017).

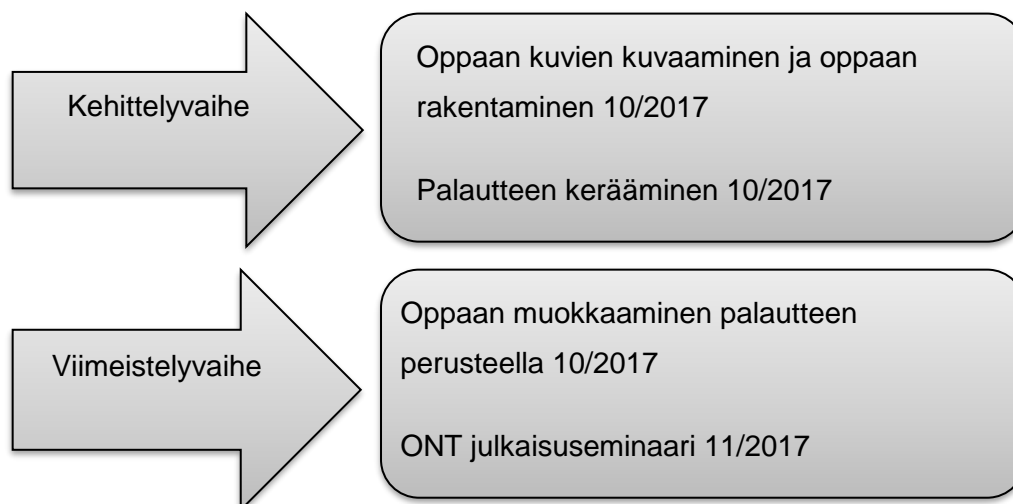
6 TUOTTEISTAMISPROSESSI

6.1 Tuotteistamisprosessi ja sen vaiheet

Opinnäytetyö voi ammattikorkeakoulussa olla joko tutkimuksellinen tai toiminnallinen. Tavoitteena toiminnallisella opinnäytetyöllä on ammatillisella kentällä ohjeistaa käytännön toimimista, opastaa ja järjestää tai järjeistää toimintaa. Se voi olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus. Tuotos voi olla esimerkiksi kirja, kansio, opas, vihko, kotisivut, portfolio, näyttely tai tapahtuma. (Airaksinen & Vilka 2003, 9.) Tässä tuotteistamisprosessissa tuotoksena syntyi opas (LIITE 3).

Tuotteistamisprosessista voidaan erotella viisi vaihetta: kehittämistarpeen tunnistaminen, ideointivaihe, tuotteen luonnostelun vaihe, kehittälyvaihe ja viimeistelyvaihe (Jämsä & Manninen 2001, 28). Alla olevassa kuviossa (KUVIO 4) on esitelty tämän tuotteistamisprosessin vaiheiden sisällöt.





KUVIO 4. Tuotteistamisprosessin vaiheet.

6.2 Kehittämistarpeen tunnistaminen

Kehittämistarpeen tunnistaminen on tuotteistamisprosessin ensimmäinen vaihe. Aluksi selvitetään mahdolliset kehityskohteet ja tarpeet muutokselle. Kun muutostarve on havaittu, voidaan alkaa kehittämään joko aivan uutta tuotetta tai kehittää aikaisempaa tuotetta sopivammaksi. Käsitys kehittämistarpeista ja ongelmista voivat olla tuotteistamisprosessin eri osapuolilla erilaisia. Tämän vuoksi on hyvä tehdä esi- ja lisäselvityksiä kehittämistarpeen varmistamiseksi. (Jämsä & Manninen 2001, 28-31.)

Tuotoksen tarve on noussut toimeksiantajan henkilöstön kehitystarpeen tunnistamisesta. Palvelukeskus Onnelanpolku on rakenteeltaan uusi eikä vastaavanlaista tuotosta ole ollut palvelukeskuksessa vielä saatavilla. Tuotoksen avulla voidaan tukea avustavan hoitohenkilökunnan työtä ruokailutilanteissa sekä edistää paremman ruokailutilanteen syntymistä palvelukeskuksen asukkaille.

Opinnäytetyön aihe tuli Palvelukeskus Onnelanpolulta Lahden ammattikorkeakoululle, josta opettaja jakoi toimeksiantajan tarpeen eteenpäin opiskelijoille. Opinnäytetyön tekijät löysivät aihe-ehdotuksen ammattikorkeakoulun tiedonvälityskanavalta ja kiinnostuivat aiheesta. Tuotteistamisprosessi alkoi tiedustelulla toimeksiantajan nykyhetken

tarpeesta, minkä jälkeen opinnäytetyön aihe valittiin. Tämän jälkeen prosessi jatkui tutkimusluvan hakemisella (LIITE 1) ja toimeksiantosopimuksen allekirjoittamisella. Ennen tuotteen ideointivaihetta tekijät ja toimeksiantajan yhteyshenkilöt tapasivat ja keskustelivat toimeksiantajan toiveista ja nykyhetken tarpeesta sekä oppaan tarkemmasta sisällöstä. Toimeksiantajan yhteyshenkilöinä toimivat palvelukeskuksen palveluesimiehet, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti.

6.3 Ideointivaihe

Jämsän ja Mannisen (2001, 35) mukaan kehittämistarpeen havaitsemisen jälkeen käynnistyy ideointivaihe, jossa etsitään eri vaihtoehtoja ja ratkaisuja havaittuun ongelmaan. Ideointivaiheessa ratkaisuvaihtoehtoja voidaan löytää esimerkiksi palautteita keräämällä. (Jämsä & Manninen 2001, 35.) Tuotteen ideointivaiheessa käytettiin palautteen keräämistä työpaja-tyyppisellä järjestelyllä, jossa tuotteen käyttäjäkohderyhmältä, hoitohenkilökunnalta, kerättiin palautetta, ideoita ja mielipiteitä tulevan tuotteen sisällöstä. Kohderyhmä antoi palautetta suullisesti ja kirjallisesti liittyen ruokailutilanteissa esiin nousseisiin haasteisiin, oppaan tarpeeseen ja ajatuksiin sekä toiveisiin oppaan sisällöstä.

Ideointivaiheessa tehtiin tiedonhakuja ja tutustuttiin jo olemassa oleviin saman aihepiirin opinnäytetöihin ja oppaisiin. Tiedonhakuja suoritettiin aivoverenkiertohäiriöistä, aivoverenkiertohäiriöiden oireista ja niiden vaikutuksista ruokailutilanteisiin, ravitsemuksesta sekä ruokailusta. Tiedonhankinnan tavoitteena oli saavuttaa kokonaisvaltaisempi kuva aihealueesta sekä kartoittaa vaihtoehtoja työn toteuttamiseen. Tiedonhankinnan tueksi opinnäytetyön tekijät kartuttivat tiedonhankintataitojaan Lahden ammattikorkeakoulun tarjoamalla tiedonhankintaklinikalla.

Opinnäytetyöhön etsittiin runsaasti teoretietoa ammattikirjallisuudesta, jota haettiin Lahden ammattikorkeakoulun kirjaston kokoelmista Masto Finnan hakutoiminnolla, Päijät-Hämeen LASTU-verkkokirjastosta sekä Hausjärven, Hyvinkään, Riihimäen ja Nurmijärven yhteisestä Ratamo-

kirjastopalvelusta. Teoriatietoa haettiin hoitotyön ja fysioterapian ammattikirjallisuudesta. Kirjallisuutta haettiin esimerkiksi hakusanoin ”aivoverenkiertohäiriö”, ”ruokailuasento”, aivoverenkiertohäiriö ja ruokailu” ja ”ruokailuympäristö”. Tutkimusten etsinnässä käytössä olivat Google Scholar, Lahden korkeakoulukirjasto Masto-Finna ja Helsingin yliopiston Helka-kirjastotietokanta. Tutkimuksia ja artikkeleita etsittiin hakusanoilla ”aivoverenkiertohäiriö ja ruokailu”, ”stroke and eating problems”, ”eating position after stroke”, ”stroke and eating difficulties”. Aiheesta ei löytynyt paljoa ajantasaista ja opinnäytetyön aihepiiriin sopivia artikkeleita tai tutkimuksia.

6.4 Luonnosteluvaihe

Luonnosteluvaihe käynnistyy, kun tiedetään millainen tuote aiotaan suunnitella ja valmistaa. Kun otetaan huomioon suunniteltavan tuotteen luonnostelua ohjaavat näkökohdat, pystytään turvaamaan tuotteen laatu. Tuotteen luonnostelussa kannattaa selvittää seuraavat näkökohdat: asiakasprofiili, tuotteen asiasisältö, palvelujen tuottaja, rahoitusvaihtoehdot, asiantuntijatieto, arvot ja periaatteet, toimintaympäristö, säädökset ja ohjeet sekä sidosryhmät. Oleellista tuotteen luonnosteluvaiheessa on laatia asiakasanalyysi ja asiakasprofiili. Tehokkaimmin asiakkaita palveleva tuote on käyttäjäryhmän tarpeet ja kyvyt huomioonottava tuote. (Jämsä & Manninen 2001, 43-44.)

Luonnosteluvaiheessa toimeksiantajan yhteyshenkilöiden kanssa keskusteltiin heidän toiveistaan oppaan sisällön suhteen. Keskustelun myötä oppaan sisältö tarkentui ja konkretisoitui. Oppaaseen päädyttiin sisällyttämään sisällysluettelo, ytimekäs teoriaosuus, kuvat ruokailuasennoista istuen pöydän ääressä, pyröätuolissa ja vuoteessa, ruokailussa avustaminen henkilön halvaantuneelta puolelta ja asukkaiden sijoittaminen ruokailutilaan sekä liittämään kuviin napakat ohjetekstit. Oppaan kuvat perustuvat opinnäytetyön teoriatietoon. Oppaan kuvat otettiin oppaan käyttäjäryhmän kannalta heidän autenttisessa ympäristössään eli Palvelukeskus Onnelanpolun tiloissa ja kuvissa

hyödynnettiin palvelukeskuksen välineistöä (apuvälineet, tyynyt) ja vaatteita. Kuvissa halvaantunutta puolta havainnollistettiin rannetuella.

Oppaan teoriaosuus on koottu tiivistetysti opinnäytetyön teorian tiedon pohjalta. Teoriaosuus sisältää aivoverenkiertohäiriön määritelmän, tietoa ruokailuun vaikuttavista aivoverenkiertohäiriön myöhäisvaikutuksista, ruokailuasennosta, -tilasta ja -ympäristöstä sekä ruokailussa avustamisesta. Oppaan sisältöön hyödynnettiin toimeksiantajan edustajien alan asiantuntijuutta. Oppaasta suunniteltiin yksinkertainen ja tiivis, jotta sen käyttö työvälineenä käytännön työssä olisi mahdollisimman helppoa ja normaalin työnteon ohessa luontevaa.

6.5 Kehittelyvaihe

Tuotteen kehittelyä ohjaa luonnosteluvaiheessa valitut ratkaisuvaihtoehdot, periaatteet, rajaukset ja asiantuntijayhteistyö. Painotuote, esimerkiksi ohjelehtinen, on yksi tavallisimpia informaation välittämisen muotoja. Tuotteen asiasisällön valinta riippuu siitä, minkälainen kohderyhmä on ja missä tarkoituksessa ja laajuudessa tuotteen tietoa välitetään. Tekstin ydinajatuksen tulee olla selkeä. Ydinajatuksen esiintuomista edesauttavat tekstin hyvä jäsentely ja otsikoiden muotoilu. Tekstin lisäksi painoasu on osa painotuotteen oheisviestintää. Esimerkiksi ulkoasun tyylillä, väreillä ja kirjaintyypeillä voidaan vaikuttaa painoasuun. (Jämsä & Manninen 2001, 54-57.)

Kehittelyvaiheessa tehtiin valinnat oppaan sisältöön ja ulkoasuun. Tuotos toteutettiin itse Microsoft Office Word –ohjelmalla tehden oppaasta A4-kokoinen. Oppaan alustava teoriaosuus, kuvat ja ohjetekstit koottiin yhteen. Teoriatieto sekä ohjetekstit muotoiltiin mahdollisimman lyhyiksi sisältäen vain olennaisen tiedon. Lyhyen teoriatiedon ja ohjetekstien tavoitteena on oppaan käytön helppouden varmistaminen.

Opas esiteltiin hoitohenkilökunnalle ja yhteyshenkilöille työpajassa, jossa henkilökunta sai tutustua oppaaseen. Tämän jälkeen he saivat kommentoida ja antaa kehitysideoita erilliselle palautekyselylomakkeelle.

Palautetta kerättiin oppaan sisällöstä ja ulkoasusta kyselylomakkeella, joka sisälsi valmiita kysymyksiä sekä vapaamuotoisen kommentoinnin. Palautekyselylomake on opinnäytetyön liitteenä (LIITE 2).

6.6 Viimeistelyvaihe

Tuotteen viimeistelyvaihe aloitettiin muiden tuotteistamisprosessin vaiheiden ollessa loppuillaan. Jämsä & Mannisen (2001, 80) mukaan palaute ja arviointi ovat oleellinen osa kaikissa tuotteistamisprosessin vaiheissa. Palautteen ja tuotteen koekäytön tulisi tapahtua arjessa käytännön tilanteissa. Koekäyttäjänä toimivat tuotteen kohderyhmät: tilaajat ja asiakkaat. Saadun palautteen sekä koekäytön pohjalta alkaa tuotteen viimeistely, joka voi sisältää yksityiskohtien hiomista ja käyttö- tai toteutusohjeiden laadintaa. Viimeistelyvaiheessa oleellista on myös tuotteen markkinointi, jolla varmistetaan tuotteen käyttöönotto kohderyhmällä. (Jämsä & Manninen 2001, 81.)

Kohderyhmältä ja toimeksiantajan edustajilta kerättiin palaute oppaan sisällöstä ja ulkoasusta. Palautteessa saatiin konkreettisia kehitysideoita opasta koskien, joita otettiin huomioon muutoksia tehdessä. Oppaan nimeä tarkennettiin kohtaamaan oppaan sisältöä paremmin. Oppaan nimeksi tarkentui ”Aivoverenkiertohäiriö ja ruokailu: Ruokailuasento, -tila ja –ympäristö sekä ruokailussa avustaminen”. Palautetta saatiin erityisesti oppaan A4-kokoa koskien. Oppaan kooksi toivottiin A5-kokoa oppaan käytettävyyden helpottamiseksi. Opas muutettiin A5-kokoiseksi opaslehtiseksi Microsoft Office Word –ohjelmalla, jolloin oppaan kuvat erottuivat tekstistä paremmin: aukeaman toisella sivulla on kuva ja toisella sivulla kuvaa tukeva ohjeteksti. Oppaan koon muutos A5-opaslehtiseksi teki oppaasta helpommin käsiteltävän ja helppokäyttöisemmän. Oppaan koon muuttuessa oppaan kokonaispituus piteni.

Oppaan teoriaosuutta pidettiin palautteissa hieman vaikealukuisena, joten teoriaosuutta selkeytettiin poistamalla lähdeviitteet ja jaottelemalla kappaleet selkeästi omien otsikoidensa alle. Teoriaosuuden tekstiä selkeytettiin avaamalla vierasperäiset käsitteet ja valitsemalla oppaan

kannalta vain olennaisimmat asiat tekstiin. Oppaan kuvia pidettiin selkeinä ja laadukkaina, niitä haluttiin korostettavan, jotta ne erottuisivat tekstistä paremmin.

Palautteessa kävi ilmi, että osa toimeksiantajan henkilökunnasta haluaisi tutustua ensin varsinaiseen laajempaan kokonaisuuteen (opinnäytetyöhön) ennen opinnäytetyön tuotokseen tutustumista hahmottaakseen kokonaisuuden. Oppaan loppuun lisättiin viittaus opinnäytetyön löytymisestä ammattikorkeakoulujen opinnäytetöihin ja julkaisuihin verkossa Theseus-internetsivulla.

7 POHDINTA

Molemmat opinnäytetyön tekijät ovat kiinnostuneita neurologisesta fysioterapiasta ja kuntoutuksesta, joten opinnäytetyön tekeminen ja aihe koettiin mielenkiintoisiksi ja mielekkäiksi. Työn tekemisen uskottiin syventävän osaamista ja tukevan neurologisten kuntoutujien kanssa työskentelyä. Haasteeksi koettiin aiemmin opitun käytännön tiedon todentaminen löytämällä tietoa tukevia lähteitä. Lisäksi haasteita opinnäytetyöprosessiin aiheutti opinnäytetyön valmistumisen aikataulu opiskelun, työharjoittelujen ja henkilökohtaisen elämän ohella. Työn valmistumisajankohdaksi varmistui syksy 2017.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa Palvelukeskus Onnelanpolun hoitohenkilökunnalle opas, jossa kuvataan huomioitavat asiat aivoverenkiertohäiriön sairastaneen henkilön ruokailutilanteessa. Oppaassa keskityttiin ruokailuasentoon, -tilaan ja -ympäristöön sekä ruokailussa avustamiseen. Opinnäytetyöhön koottiin teoriaosuus aivoverenkiertohäiriöstä, sairauden myöhäisvaikutuksista ja niiden vaikutuksesta ruokailuun sekä oikeanlaisesta ruokailuasennosta istuen tuolissa, pyörätuolissa ja vuoteessa. Tietoperusta toimi perustana oppaan sisällölle ja kuville. Oppaasta laadittiin yksinkertainen ja selkeä työväline hoitohenkilökunnan käyttöön.

Teoriatieto koostettiin pääosin fysioterapian ja hoitotyöalan ammattikirjallisuutta sekä tutkimuksia ja verkkojulkaisuja hyödyntäen. Teoriatietoa haettiin pääasiassa Lahden ammattikorkeakoulukirjasto Masto-Finnasta, Google Scholarista ja Helsingin yliopiston Helka-kirjastotietokannasta. Aluksi tiedonhankinta tuotti hieman haasteita, mutta opinnäytetyöprosessin aikana tiedonhankintataidot paranivat muun muassa Lahden ammattikorkeakoulun järjestämän tiedonhankintaklinikalla saavutetun tiedon ja taidon myötä.

Teoriatiedossa pyrittiin käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä, mutta uudemman tiedon puuttuessa käytettiin myös vanhempia julkaisuja. Pääasiassa lähteinä käytettiin materiaaleja, jotka ovat julkaistu 2005

vuoden jälkeen, mutta muutamia vanhempiakin materiaaleja hyödynnettiin. Vanhin ammattikirjallisuuden teos on vuodelta 1993 ja muut vanhemmat materiaalit ovat 2000 vuoden jälkeen julkaistuja ja edelleen ajantasaisia. Uudempien materiaalien tiedot tukevat vanhempien lähteiden luotettavuutta, jolloin vanhempien lähteiden käyttö oli opinnäytetyön tekijöiden mielestä perusteltua. Tekijät olisivat toivoneet löytävänsä lisää aihetta tukevia englanninkielisiä tutkimuksia, mikä osoittautui haasteelliseksi. Juuri tähän aiheeseen ja aihepiiriin soveltuvia tutkimuksia oli vähän tarjolla, minkä lisäksi opinnäytetyön tekijöiden tiedonhankintataidot saattoivat olla osin puutteelliset. Lähteet merkittiin lähdeluetteloon ja tekstin lähdeviitteet merkittiin Lahden ammattikorkeakoulun ohjeistusten mukaisesti.

Eettisyyttä ja luotettavuutta arvioitiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyöprosessin vaiheet pyrittiin toteuttamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan kokoaman Hyvän tieteellisen käytännön pohjalta niiltä osin, mitkä soveltuivat opinnäytetyön tekemiseen. Hyvän tieteellisen käytännön (2013) mukaan tavoiteltavia arvoja työssä ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös, tarvittavien tutkimuslupien hakeminen. Prosessiin osallistuvien toimijoiden tulee hyväksyä prosessiin liittyvät oikeudet, vastuut, velvollisuudet ja tekijänoikeuksia koskevat periaatteet. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013.) Opinnäytetyöprosessin alussa haettiin tutkimuslupa Palvelukeskus Onnelanpolulle Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymältä. Tutkimusluvan myönsi Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän toimialajohtaja Ismo Rautiainen. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä toimeksiantajan yhteyshenkilöiden kanssa, joita olivat Palvelukeskus Onnelanpolun palveluesimiehet, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti.

Tuotteistamisprosessi kuvattiin aikajärjestyksessä avoimesti ja totuudenmukaisesti. Tuotteistamisprosessin tuotoksen, oppaan, kuvissa esiintyvät opinnäytetyön tekijät, jolloin erillistä sopimusta tai lupaa kuvamateriaalin käyttöön ei tarvittu. Oppaassa käytettiin valokuvien lisäksi piirroskuvia, joihin saatiin tekijänoikeudet. Palautteen keräämisessä huomioitiin palautteen antajien anonymiteetti.

Opinnäytetyöprosessin aikana tekijät pääsivät syventymään aivoverenkiertohäiriöön, sairauden vaikutuksiin ja ymmärtämään sairauden laajuuden ja vaikutukset kokonaisvaltaisesti.

Aivoverenkiertohäiriön yleisyyden lisäksi opinnäytetyöprosessi konkretisoi aivoverenkiertohäiriön moninaiset vaikutukset itsenäiseen toimintakykyyn.

Aivoverenkiertohäiriön sairastaneella henkilöllä ruokailun haasteet eivät rajoitu näkyviin toimintojen häiriöihin vaan taustalla voi olla myös esimerkiksi kognitiivisia häiriöitä. Opinnäytetyön tekeminen sai ymmärtämään kuinka paljon vaikutusta aivoverenkiertohäiriöllä on henkilön jokapäiväiseen elämään. Opinnäytetyöprosessin aikana opittu tieto ja laajempien kokonaisuuksien hahmottaminen tukee tekijöiden ammattitaitoa neurologisessa fysioterapiassa ja kuntoutuksessa.

Tekijöiden ammatillisuutta tukee lisäksi taito hakea ajantasaista ja laadukasta tietoa. Uutta tutkimustietoa tulee päivittäin ja ammatillinen kehittyminen vaatii ajantasalla olemista, jolloin hyvät tiedonhakataidot tukevat tekijöiden ammatillista kehittymistä.

Opas kehitettiin yhteistyössä toimeksiantajan yhteyshenkilöiden kanssa.

Yhteistyö toimeksiantajan kanssa toimi hyvin. Opinnäytetyöprosessin aikana molemmat osapuolet toivat avoimesti mielipiteensä ja toiveensa esiin tuotoksen suhteen ja näistä keskusteltiin hyvässä yhteisymmärryksessä. Oppaan sisällöstä ja ulkoasusta saatiin kehittävää palautetta ja tuotteen kohderyhmä eli palvelukeskuksen hoitohenkilökunta sekä muu henkilökunta olivat opinnäyteöprosessissa palautteen antajina aktiivisia ja asiasta kiinnostuneita. Oppaasta saatu palaute oli pääasiassa positiivista ja tekijät saivat konkreettisia, toimivia kehitysehdotuksia oppaaseen. Muokkaamalla opasta saatujen palautteiden perusteella pyrittiin varmistamaan toimeksiantajan tarpeiden ja toiveiden kohtaaminen sekä oppaan luonnollinen käyttäminen hoitohenkilökunnan työssä. Opas toteutettiin toimeksiantajan toiveiden mukaisesti, jolloin opinnäytetyöprosessin alussa asetetut tavoitteet saavutettiin. Koettiin, että työn tavoite ja toimeksiantajan tarve kohtasivat valmiissa tuotoksessa.

Oppaan kuvien informatiivisuuden kannalta olisi ollut hyödyllistä ottaa kuvia eri suunnista, jolloin kaikki huomioitavat asiat olisivat tulleet esiin

selvemmin esimerkiksi tyynyjen asettelu. Mikäli kuvien määrää olisi lisätty, olisi joko oppaan pituus pidentynyt huomattavasti tai kuvien koko pienentynyt ja laatu sitä myöden huonontunut. Ruokailuasentoja käsittelevissä kuvissa tärkeimpänä tekijänä koettiin olevan symmetrisyys, jolloin kuvat päädyttiin ottamaan edestä. Kuviin lisättiin ohjetekstit, joissa tuotiin ilmi muut huomioitavat tekijät kuten tyynyjen asettelut.

Kuvien ottamiseen olisi voinut varata enemmän aikaa sekä kuvaamisympäristön suunnitella ja asetella tarkemmin.

Palvelukeskuksessa on tietyt aikataulut (muun muassa ruokailuajat ja pesuajankohdat), jotka asettivat aikarajoitukset kuvienotolle. Paremman ajankohdan sopiminen olisi voinut mahdollistaa selkeämmät kuvat ilman häiriötekijöitä. Kuvausympäristöä rajoitti se, että huoneet ovat asukkaiden koteja ja ovat sisustettu heidän henkilökohtaisilla tavaroillaan esimerkiksi valokuvilla. Varaamalla enemmän kuvienottoon aikaa, olisi kuvausympäristön järjestäminen voitu tehdä huolellisemmin. Oppaan kuvat koettiin kuitenkin henkilökunnan palautteiden perusteella hyväksi.

Oppaan palautteen kerääminen olisi ollut hyvä järjestää aiemmin, jotta oppaan muokkaamiseen olisi ollut riittävästi aikaa. Aiempi palautteen kerääminen olisi mahdollistanut palautteen keräämisen muokatusta oppaasta. Oppaan koko muutettiin palautteiden perusteella A4-koosta A5-kokoon opaslehtiseksi. Oppaan koon muutoksen tekeminen vaati aikaa ja muutti oppaan ulkoasua ja pituutta jonkin verran. Koon muutoksen tekemisessä tuli vastaan pieniä tietoteknisiä haasteita, minkä vuoksi väljempi aikataulu olisi ollut parempi.

Vaikkakin opas on tehty aivoverenkiertosairastaneen henkilön ruokailua koskien, voidaan opasta soveltaa muillekin palvelukeskuksen asukkaille esimerkiksi ruokailuasentojen osalta. Näin oppaan käytettävyys ei rajoitu pelkästään aivoverenkiertohäiriön sairastaneisiin henkilöihin. Palautteiden keräämisissä henkilökunta nosti esille ajan rajallisuuden, ruokailuasentojen tukemiseen käytettävien välineiden vähyyden ja haasteellisuuden ohjeiden yksilölliseen soveltamiseen. Lisäksi esille tuotiin, että kaikkien kohdalla täysin oppaan ohjeistuksien mukainen

ruokailuasento ei ole mahdollista saavuttaa. Toimeksiantajalta heräsi tuleviin opinnäytetöihin jatkoehdotuksia, jotka tukevat myös tämän opinnäytetyön tuotosta. Toimeksiantaja toi esille ruokailutilan esteettömyyteen, ruokailutilan kodinomaisuuden ja turvallisuuden edistämiseen sekä ruokailutilanteissa ruokailun apuvälineiden käyttöön liittyvät aiheet, joille voisi olla tarvetta.

LÄHTEET

Airaksinen, T. & Vilka, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi. Jyväskylä.

Aivohalvaus (stroke). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. [viitattu: 28.10.2017]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-jaasiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/perfect/osahankkeet/aivohalvausstroke>

Aivoverenkiertohäiriöt. 2017. Aivoliitto. [viitattu 16.2.2017]. Saatavissa: https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/perustietoa_avh_sta

Anttila K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2014. Sairaanhoido ja huolenpito. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2015. Hoitamalla hyvää oloa. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. 2015. Fysiatria. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Atula, S. 2017. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Terveyskirjasto Duodecim. [viitattu 24.7.2017]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001

Atula, S. 2012. Halvaus. Terveyskirjasto Duodecim. [viitattu 24.7.2017]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00018

Axelsson, K. & Kumlien, S. 2002. Stroke patients in nursing homes: eating, feeding, nutrition and related care. Journal of Clinical Nursing 11 (2002) 498-509. [viitattu 16.8.2017]. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2002.00636.x

Carlsson, E., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. 2004. Stroke and eating difficulties: long-term experiences. Journal of Clinical Nursing 13 (2004) 825-834. [viitattu 16.8.2017]. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2004.01023.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01023.x)

Christensen, D. 1993. Elämä paremmaksi aivohalvauksen jälkeen? Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Davies, P. 2000. Steps to follow. The comprehensive treatment of patients with hemiplegia. Springer Medizin Verlag. Germany.

Dysfagia. 2017. Suomen dysfagian kuntoutusyhdistys ry. [viitattu 20.6.2017]. Saatavissa: <http://www.dysfagia.fi/dysfagia/>

Eskelinen, S. 2016. HDL-kolesteroli eli "hyvä kolesteroli" (fP-Kol-HDL). Terveyskirjasto Duodecim. [viitattu 8.9.2017]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03083

Forsbom, M-B., Kärki, E., Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Tammi. Tampere.

Genthon, N., Monnet, J.P., Petit, C., Rougier, P. & Vuillerme, N. 2007. Biomechanical assessment of the sitting posture maintenance in patients with stroke. Clinical Biomechanics 22 (2007) 1024–1029. [viitattu 16.8.2017]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2007.07.011>

Haglund, B., Hakala-Lahtinen, P., Huupponen, T. & Ventola, A-L. 2010. Ihmisen ravitseminen. WSOYpro Oy.

Hakala, P. 2015. Ikääntyneiden ravitseminen. Terveyskirjasto Duodecim. [viitattu 8.10.2017]. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086

Haukka, U-M., Kivelä, S-L., Pyykkö, V., Vallejo Medina, A. & Vehviläinen, S. 2006. Vanhustenhoito. WSOY.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2010. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. WSOYpro Oy.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen. Tammi.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2013. Hoida ja kirjaa. Sanoma Pro. Helsinki.

Ikääntyneet. 2017. Valvira. [viitattu 16.2.2017]. Saatavissa:

<https://www.evira.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemussuositukset/ikaantyneet/>

läkkäät. 2017. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. [viitattu 16.2.2017].

Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/suomalaisten-ravitsemus-ja-ruokailu/iakkaat>

Jämsä, K. & Manninen, E. 2001. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Kustanneosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Kallanranta, T., Rissanen, P. & Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. Kustannus Oy Duodecim.

Kaste, M., Soinila, S. & Somer, H. 2006. Neurologia. Kustannus Oy Duodecim.

Kauranen, K. 2017. Fysioterapeutin käsikirja. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Keittiö. 2017. Invalidiliitto. [viitattu 7.10.2017]. Saatavissa:

<https://www.invalidiliitto.fi/esteettomyys/asunto/keittio>

Palvelukeskus Onnelanpolku. 2017. Lahden vanhusten asuntosäätiö sr.

[viitattu 6.6.2017]. Saatavissa: <http://www.lvas.fi/onnelanpolku>

Lindsberg, P., Tarnanen, K., Sairanen, T. & Vuorela, P. 2011. Tunnista aivoinfarkti-hoitoon ja heti! (aivoinfarkti ja TIA). Käypä hoito. [viitattu 16.2.2017]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00062>

Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Neuropsykologiset häiriöt. 2017. Aivoliitto. [viitattu 16.3.2017]. Saatavissa:

[https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/perustietoa_avh_sta/neuropsykologiset_hairiot](https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta/neuropsykologiset_hairiot)

Nielemisvaikeus eli dysfagia. 2011. Aivoliitto. [viitattu 20.6.2017].

Saatavissa: https://www.aivoliitto.fi/files/823/Dysfagia_web.pdf

Ravitseminen. 2016. Terveystieteiden tutkimuskeskus. [viitattu 7.6.2017].

Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitseminen/ravitseminen>

Ravitseminen rakentaa aivoterveyttä. 2017. Aivoliitto. [viitattu 20.6.2017].

Saatavissa: <https://www.aivoliitto.fi/aivoterveys/ravitseminen>

Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. 2016. Aivoinfarkti ja TIA. Käypä hoito. [viitattu 19.6.2017]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50051#K1>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Edita Publishing Oy. Helsinki. [viitattu 23.2.2017].

Saatavissa: <https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ikaantyneet.suositus-3.pdf>

LIITTEET

LIITE 1 - Tutkimuslupahakemus



PÄIJÄT-HÄMEEN
hyvinvointiyhtymä

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Saapumispä 16.2.2017

1. Hakemuksen luonne ja merkintä tutkimusdiariin

<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa	PHHYKY Dnro TUTKIMUS
<input type="checkbox"/> Tutkimusluvan muutos/täydennys/lisäys, aikaisempi tutkimuslupa PHHYKY:ssä myönnetty pvm. _____	PHHYKY:n sisäisen laskutuksen SL-koodi: _____

2. Tutkijaa koskevat tiedot

Tutkijan suku- ja etunimi Matikka Taru	Oppiarvo ylioppilas
Nykyinen työnantaja	
Nykyinen virka/toimi/opiskelija Fysioterapiaoopiskelija, Lahden ammattikorkeakoulu	
Kotiosoite Honkakatu 6 A 7	Postinumero ja -toimipaikka 15950 Lahti
Puhelin työ	Puhelin koti 041-5453331
Sähköpostiosoite taru.matikka@student.lamk.fi	

3. Tutkimusta koskevat tiedot

Tutkimuksen nimi/lyhenne Aivoinfarktin ja aivoverenkiertohäiriön sairastaneen henkilön ruokailussa huomioitavat asiat - Opas hoitohenkilökunnalle	
Tutkimuksen suorituspaikka (-t)/yksikkö (t) Palvelukeskus Onnelanpolku	
Tutkimuksesta vastaava henkilö (tarvittaessa yhteystiedot) Opinnäytetyöntekijät Taru Matikka ja Anni Kiminkinen Opinnäytetyön ohjaaja Paula Harmokivi-Saloranta, lehtori, Lahden ammattikorkeakoulu	
PHHYKY:ssä tutkimuksesta vastaava henkilö, sekä muut tutkimukseen osallistuvat sairaalan työntekijät Palveluesimies Tuija Riikkula, palveluesimies Taru Luukkonen, fysioterapeutti Tiina Salo ja toimintaterapeutti Raija Lind, Palvelukeskus Onnelanpolku	
Muut tutkimukseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa liite)	
Liittyykö tutkimus suurempaan tutkimusohjelmaan <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mihin? _____	
Tutkimus tehdään useassa eri toimipisteessä <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Kansallinen <input type="checkbox"/> Kansainvälinen	Tutkimus on <input type="checkbox"/> väitöskirja <input checked="" type="checkbox"/> selvitys-/kehittämistyö

ruokailun liittyvän oppaan kehittämisen
Onnelanpolun hoitohenkilökunnalle

Tutkimus on <input type="checkbox"/> Hoitotieteellinen <input type="checkbox"/> Muu terveystieteellinen, mikä? <input checked="" type="checkbox"/> Muu, mikä? <u>ruokailun liittyvän oppaan kehittämisen Onnelanpolun hoitohenkilökunnalle</u>		<input type="checkbox"/> Lääke/laitetutkimus <input type="checkbox"/> Lääketieteellinen
Kohdetyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Asiakirjat		<input type="checkbox"/> Omaiset <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____ <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta
Aineiston koko _____		
Lausunnot/luvat Eettinen toimikunta, pvm _____ STM/THL, pvm _____ Fimea/eudraCT-nro, pvm _____ Valvira, pvm _____ Muu, mikä? _____		
Tutkija tarvitsee luvan potilastietojen käyttöön potilasjärjestelmistä/arkistosta (mm. rekisteritutkimus, muu tutkimus) <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä (erillinen potilastietojen luovutus- ja käyttöluvahakemus tutkimusluvan lisäksi)		
Tutkimuksen aloituspäivä 1.3.2017	Tutkimuksen arvioitu päättymispäivä 10/2017	

4. Yhteistyötahot PHHYKY:n alueella

<input type="checkbox"/> Keskussairaala	<input type="checkbox"/> Laboratoriokeskus	<input type="checkbox"/> apteekki
<input type="checkbox"/> operatiivinen	<input type="checkbox"/> Isotooppiäätiede	<input checked="" type="checkbox"/> Lahden sosiaali- ja terveystoiminta
<input type="checkbox"/> konservatiivinen	<input type="checkbox"/> Kliininen fysiologia	<input type="checkbox"/> Heinolan sosiaali- ja terveystoiminta
<input type="checkbox"/> psykiatria	<input type="checkbox"/> Kliininen kemia	<input type="checkbox"/> Tukipalvelut
<input type="checkbox"/> kuntoutus	<input type="checkbox"/> Kliininen mikrobiologia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ensihoito ja päivystyskeskus	<input type="checkbox"/> Kliininen neurofysiologia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> kuvantaminen	<input type="checkbox"/> Patologia	<input type="checkbox"/>

5. Rahoitustiedot

Tutkimuksen rahoitus ja yhteyshenkilö Ei synny kustannuksia	
Aiheutuuko tutkimuksesta sairaalalle kustannuksia <input checked="" type="checkbox"/> Ei (perustelut yllä) <input type="checkbox"/> Ei, ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Kyllä, selvitys mitä (liite)	
Laskutustiedot	
Tutkimuksesta aiheutuvat kustannukset yhteensä	Kokonaisrahoitus yhteensä €
Tutkimuksen oletettu vaikutus toimintaan Tutkimukseen liittyvät ylimääräiset käynnit Kehittämistyöhön liittyy osalle hoitohenkilökunnasta järjestettävä työpaja (hoitohenkilökunnan näkemys) sekä fysio- ja toimintaterapeutin haastattelut. Nämä toteutuvat Palvelukeskus Onnelanpolulla.	

Poliklinikakäyntejä <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		Laboratoriokeskus <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
Vuodeosastohoitojaksoja <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Kuvantamistutkimuksia <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Apteekkipalveluita <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Muuta <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä _____ <input type="checkbox"/> Ei

6. Allekirjoitukset

16 / 12 / 20 17 Juha Miettinen Taru Matikka
 Tutkimuksen vastuuhenkilön allekirjoitus ja nimen selvennys

Hyväksyn osaltani En hyväksy

16 / 12 / 20 17 Piija Riikkala Tiina Riikkala
 Esimiehen allekirjoitus ja nimen selvennys

7. Rekisteriasioista vastaavan henkilön allekirjoitus (tarkasteltaessa potilasasiakirjoja)

Tutkimuslupa myönnetty hakemuksen mukaisesti
 Ehdollinen/rajoitettu lupa Hakemus hylätty/Tutkimus ei käynnisty
 Pyydetään perusteluita/lisäselvityksiä erillisessä liitteessä

Lahti 17 / 12 / 20 17 Ismo Rautiainen
 Paikka allekirjoitus, nimen selvennys ja arvo/tehtävänime Toimialajohtaja

Liitteet:

Tutkimussuunnitelma
 Tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste
 Eettisen toimikunnan lausunto
 Kustannus- ja rahoitussuunnitelma
 Tutkittavan tiedote ja suostumus
 Laboratoriokeskuksen lomakkeet, lkm _____
 Viranomaisluvut, lkm _____
 Tietoturva- ja tietosuojasitoumus
 Henkilökuntaan kuulumattomien tutkijoiden rekisteröintilomake
 Potilastietojen luovutus- ja käyttöluvhakemus
 Lista tutkittavista (lähetettävä maapostilla)
 Muut liitteet: (esim. potilaalle menevä kirjallinen materiaali)

LIITE 2 – Palautekyselylomake oppaasta

PALAUTEKYSELY

Aivoverenkiertohäiriön sairasteen henkilön ruokailussa huomioitavat asiat:

oppaan kehittäminen hoitohenkilökunnalle

Anni Kiminkinen & Taru Matikka

Fysioterapian koulutusohjelma

Syksy 2017

Lahden ammattikorkeakoulu

1. Onko oppaan teoriaosuus riittävän kattava ja selkeä?

- Mitä tietoa kaipaisit lisää?
- Mitä haluaisit selkeytettävän?

2. Ovatko oppaan kuvat riittävän selkeitä?

- Mihin haluaisit tarkennusta/muutosta?

3. Täydentävätkö oppaan kuvien kuvatekstit riittävästi kuvaa?

- Miten muuttaisit tekstien sisältöä?

4. Millaisena koet oppaan ulkoasun (värit, fontti, tekstin koko)?

- Mitä muuttaisit?

5. Kommentit ja kehitysehdotukset

AIVOVERENKIERTO- HÄIRIÖ JA RUOKAILU

Ruokailuasento, -tila ja -ympäristö
sekä ruokailussa avustaminen

Opas hoitohenkilökunnalle

Anni Kiminkinen & Taru Matikka
Lahden ammattikorkeakoulu
2017

SISÄLLYSLUETTELO

AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ JA RUOKAILU	1
RUOKAILUUN VAIKUTTAVAT MYÖHÄISVAIKUTUKSET	5
RUOKAILUASENTO	6
RUOKAILUASENTO ISTUEN TUOLISSA	7
RUOKAILUASENTO ISTUEN PYÖRÄTUOLISSA ...	9
RUOKAILUASENTO VUOTEESSA	11
RUOKAILUSSA AVUSTAMINEN	13
RUOKAILUTILAAN SIJOITTUMINEN.....	15
LÄHTEET	17

AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖ JA RUOKAILU

MÄÄRITELMÄ JA YLEISYYS

Aivoverenkiertohäiriö on yhteinen nimitys sekä ohimeneville että pitkäaikaisille neurologisia oireita aiheuttaville aivoverisuonitapahtumille.

Aivoverenkiertohäiriöihin luetaan aivoinfarkti, aivoverenvuoto ja ohimenevä aivoverenkiertohäiriö (TIA-kohtaus). Suomessa on arvioitu olevan noin 85 000 aivoverenkiertohäiriön sairastanutta.

Aivoverenkiertohäiriön sairastaneista noin puolelle jää toimintakykyä haittaava neurologinen puutosoire, noin 40 % tarvitsee kuntoutusta ja 10-20 % koko-aikaista hoitoa.

RUOKAILUUN VAIKUTTAVAT MYÖHÄISVAIKUTUKSET

Ruokailussa tavoitteena on, että henkilö pystyisi syömään omatoimisesti, käyttämään halvaantunutta kättään, pureskelemaan ja nielemään sekä hallitsemaan huuliensa, poskiensa ja kielensä liikkeitä. Aivoverenkiertohäiriön sairastaneella henkilöllä esiintyy ruokailussa paljon ongelmia. Yleisin halvauksen aiheuttama oire on

lihasten voiman heikentyminen yhdestä tai useammasta raajasta osittain tai kokonaan. Useimmiten aivoverenkiertohäiriön halvausoireisto painottuu yläraajaan. Sairastuminen vaikuttaakin motorisiin toimintoihin, kuten lihasvoiman heikkouteen, raajaparin kömpelyyteen sekä spastisuuden ja tuntohäiriöiden esiintymiseen. Motoristen toimintojen häiriöt voivat aiheuttaa syömiseen vaikuttavia puutteita. Ruokailuvälineiden käytössä edellytetään hienompaa liikettä ja kontrollia.

HUOMIOTTA JÄTTÄMINEN (NEGLECT)

Mikäli henkilöllä on huomiotta jättämisen oireita, hänen voi olla vaikea havaita ruoka-annoksensa toista puolta. Huomiotta jättämisen oireista kärsivillä aiheuttaa ongelmia ruokailussa hahmotuksen puute. Henkilö ei tiedosta itse oireitaan. Koska hän näkee esimerkiksi ruokalautasesta vain toisen puolen, voi puolet ruoasta jäädä syömättä. Heidän kohdallaan on ruokailutilanteessa tärkeää kehottaa kääntämään katsettaan myös toiselle puolelle ja ohjata tarvittaessa toisen käden löytämään ruokailuvälineet. Mikäli henkilö ei kuitenkaan tästä huolimatta löydä ruokaansa, voidaan lautanen kääntää niin, että henkilö havaitsee lopun ruoan. Tärkeää on antaa ruokailuun riittävästi aikaa ja

antaa mahdollisuus yrittää itse. Mikäli henkilö on rauhaton, voidaan rauhattomuutta rauhoittaa ja halvaantuneen puolen huomiointia edesauttaa istumalla tiiviisti pöydän ääressä toimiva kylki seinässä.

NIELEMISVAIKEUS

Mikäli henkilöllä on nielemisvaikeus ruoan tai juoman kulkeutuminen suusta ruokatorveen ei joko onnistu lainkaan tai on osittain vaikeutunut. Henkilöllä ravitsemuksen ja nesteytyksen ylläpito ja/tai syömisen nautinto on häiriintynyt. Nielemisvaikeudet voivat aiheuttaa ruoan tai juoman kulkeutumista henkitorveen, jota kutsutaan aspiraatioksi.

RUOKAILUASENTO

Mahdollisesti tärkein tekijä syömiseen liittyen on henkilön asento ruokaillessa. Henkilön syödessä ja juodessa tulisi hänet ohjata aina hyvään istuma-asentoon. Usein henkilön on vaikea saavuttaa hyvää istuma-asentoa vuoteessa, siksi istumisen tulisi ensisijaisesti tapahtua muualla kuin vuoteessa. Huonon ruokailuasennon on osoitettu vaikuttavan henkilön kykyyn käsitellä ruokaa lautasella ja viedä ruokaa suuhunsa. Sen lisäksi, että huono istuma-asento haittaa normaalia syömistä ja nielemistä, edistää se myös virheasentoja ja spastisuutta

Henkilön ruokaillessa oikeanlaisessa istuma-asennossa pystyy hän syömään mahdollisimman omatoimisesti. Tällöin potilaan avuntarve vähenee ja ruokailun sujuvuutta edistetään. Ruokailun jälkeen henkilön olisi hyvä istua noin 15-30 minuuttia, jotta ateria ehtii laskeutumaan ja aspiraatoriski ehkäistään.

RUOKAILUTILA JA -YMPÄRISTÖ

Ruokailuhetken tulisi olla rauhallinen ja miellyttävä. Henkilöllä ollessa suuria vaikeuksia ruokailussa, edistää rauhallinen ja ympäristöltään turvallinen paikka ruokailun sujumista. Ruokapöytä olisi hyvä sijoittaa tasaisen seinän viereen, mielellään henkilö istumassa normaalilla tuolilla, hyvässä asennossa, lähellä pöytää sekä toimivampi kylki seinässä kiinni. Tällöin rauhattomuus ja heikomman puolen huomioiminen paranevat. Ruokailutilan tulisi olla siisti ja hyvin tuuletettu.

RUOKAILUUN VAIKUTTAVAT MYÖHÄISVAIKUTUKSET

Aivoverenkiertohäiriö vasemmassa aivopuoliskossa	Aivoverenkiertohäiriö oikeassa aivopuoliskossa
Vartalon oikean puolen kömpelyys, heikkous tai halvaus	Vartalon vasemman puolen kömpelyys, heikkous tai halvaus
Puheen tuottamisen ja ymmärtämisen häiriöt	Häiriöt puheen tunneviestin tulkitsemisessa
Tuntopuutokset oikealla puolella	Tuntopuutoksen vasemmalla puolella
Oikeanpuoleinen näkökenttäpuutos	Vasemmanpuoleinen näkökenttäpuutos
Tahdonalaisten liikkeiden toimintahäiriöt (apraksia)	Vasemman puolen huomiotta jättäminen (neglect-oireisto)
Tilasuhteiden käsittelyn häiriö	Tilasuhteiden hahmotuksen ja käsittelyn häiriöt (törmäily)
Tasapainon nopea palautuminen	Huono tasapaino
Oikean ja vasemman suunnan sekoittuminen	Ruoan hotkiminen

RUOKAILUASENTO

Mahdollisesti tärkein tekijä syömiseen liittyen on henkilön asento ruokaillessa. Sopivassa tuolissa istuessaan henkilö pystyy saavuttamaan ja ylläpitämään pystymmän asennon.



Asennonhallintaan vaikuttaa kehon keskeisten alueiden sijainti suhteessa toisiinsa. Keskeisiä kehon alueita ovat ylävartalon keskikohta, lantio, hartiat, jalkaterät, kädet ja pää.

Henkilön ruokaillessa pöydän ääressä lantion alue on ylävartalon keskikohdan takana. Hartiat ovat ylävartalon keskikohdan etupuolella, jolloin yläraajat pääsevät vapaammin liikkumaan.

Henkilön syödessä suorassa tai hieman etukumarassa asennossa nieleminen helpottuu.

RUOKAILUASENTO ISTUEN TUOLISSA



Paras asento ruokailla on tukevassa istuma-asennossa tuolilla pöydän ääressä.

Optimaalinen ruokailuasento on symmetrinen ja tukeva: **ylävartalo ja pää** ovat hieman eteenpäin kallistuneena, molemmat **kyynärvarret** kunnolla pöydällä avustamaan tukeutumista ja asentoa. **Jalat** asetetaan lattialle tasaisesti, molempien jalkojen tulee ylettyä lattialle, jotta istuma-asento ruokailutilanteessa on tukeva.

Henkilön asento voidaan tukea tyynyillä. Tyynyt asetetaan selän taakse ja halvaantuneelle puolelle estämään vartalon kallistumista sivulle.

Henkilöä tulee tarvittaessa avustaa istumaan tarpeeksi tukevasti ja riittävän perälle tuolissa.

RUOKAILUASENTO ISTUEN PYÖRÄTUOLISSA



Henkilön istuessa pyörätuolissa noudatetaan samoja ohjeistuksia kuin tuolilla istuen.

Pyörätuolissa istuessa asennon ojentamisen helpottamiseksi tulee jalat asettaa jalkalautoilta pois, mikäli jalat ylettyvät lattialle.

Sekä tuolissa että pyörätuolissa ruokaillessa voidaan käyttää halvaantuneen yläraajan kyynärvarren alla liukumisesteitä (kuvan mukaisesti halvaantuneen yläraajan kyynärvarren alla).

RUOKAILUASENTO VUOTEESSA



Vuoteessa ruokaillessa istuma-asento tuetaan mahdollisimman hyväksi vuoteen säädöillä ja tyynyillä.

Lonkat ovat koukistuneena niin lähelle oikeaa kulmaa kuin mahdollista. Selän taakse asetetaan tyyny tukemaan selän ojentamista ja pystyasentoa. Mikäli halvaantuneen puolen alaraaja kiertyy, kannattaa halvaantuneen puolen lantion alle asettaa tyyny.

Halvaantuneen käden alle voidaan tarvittaessa asettaa tyyny tukemaan vartalon kallistumista ja yläraajan asentoa.

Pöytälevy asetetaan niin, että henkilö pystyy tukemaan molemmat kyynärvartensa siihen. Näin symmetristä ruokailuasentoa voidaan tukea.

Ruokailua helpottaa ruoan tarjoaminen yksi ruokalaji kerrallaan.

RUOKAILUSSA AVUSTAMINEN



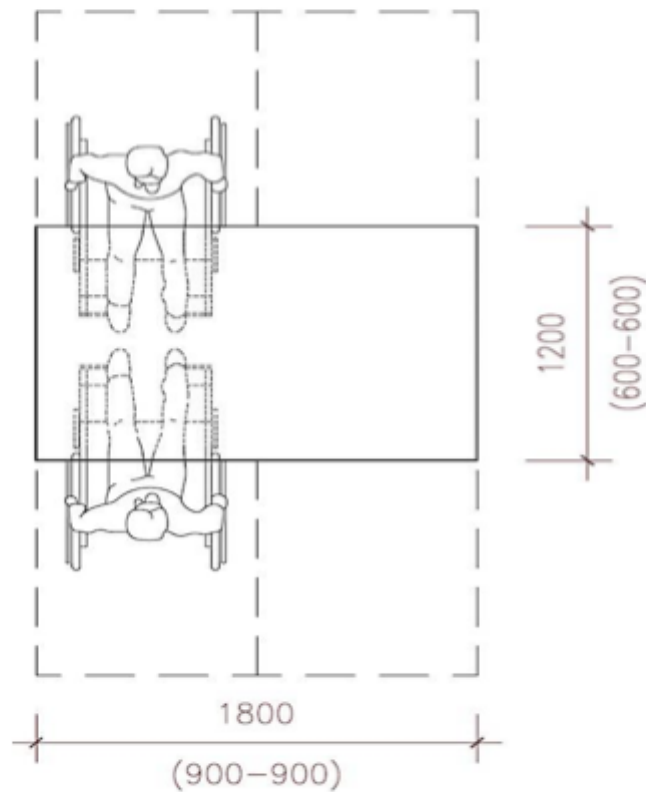
Mikäli ruokailussa tarvitaan ohjausta, sijoittuu avustava henkilö sairastuneen halvaantuneelle puolelle kuvan mukaisesti.

Ruokailua helpottaa ruoan tarjoaminen yksi ruokalaji kerrallaan.

Ruokailussa avustaessa henkilön toimintakykyä ja omatoimisuutta tuetaan, ei tehdä hänen puolestaan. Kaksikäätiseen ruokailuun kannustetaan. Avustaja voi auttaa henkilöä esimerkiksi pitämään ruokailuvälinettä kädessä ja tukea häntä halvaantuneesta yläraajasta.

Ruokailun apuvälineitä voidaan käyttää tarpeen mukaan, esimerkiksi liukumisesteitä. Muista ruokailun apuvälineistä saa tietoa ja apua hoitotiimiltä.

RUOKAILUTILAAN SIJOITTUMINEN



Jotta kaksi pyörätuolia mahtuu vastakkain saman ruokapöydän ääreen, pöydän mitan on pyörätuolien välissä oltava 1200 mm. Yksi pyörätuoli tarvitsee leveyssuunnassa tilaa 900 mm. Pöydän leveys tulisi olla 1800 mm ja syvyyden 1200. Palvelukeskus Onnelanpolun neljän hengen pöytien pituus on 1500 mm ja leveys 900 mm.



Kun pyörätuolia vastapäätä on tavallinen tuoli, vastaavat mitat ovat 1050 mm ja 900 mm. Tavallisella tuolilla istuttaessa tarvittavan polvitilan syvyys on 450 mm ja tuolin vaatiman tilan leveys on 600 mm.

Pöydässä ruokaillessa pyörätuoli ja tavallinen tuoli asetetaan vastakkain kuvan mukaisesti.

LÄHTEET

Anttila K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2014. Sairaanhoido ja huolenpito. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. 2015. Fysiatría. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Christensen, D. 1993. Elämä paremmaksi aivohalvauksen jälkeen? Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Davies, P. 2000. Steps to follow. The comprehensive treatment of patients with hemiplegia. Springer Medizin Verlag. Germany.

Forsbom, M-B., Kärki, E., Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Tammi. Tampere.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2010. Sisätautiin, kirurgisten sairauksien ja syöpätautiin hoitotyö. WSOYpro Oy.

Haukka, U-M., Kivelä, S-L., Pyykkö, V., Vallejo Medina, A. & Vehviläinen, S. 2006. Vanhustenhoito. WSOY.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2013. Hoida ja kirjaa. Sanoma Pro. Helsinki.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen. Tammi.

Keittiö. Invaliidiliitto. [viitattu 7.10.2017]. Saatavissa: <https://www.invaliidiliitto.fi/esteettomyys/asunto/keittio>

Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Tämä opas on syntynyt opinnäytetyön tuotoksena. Opinnäytetyö, **Aivoverenkiertohäiriön sairastaneen henkilön ruokailussa huomioitavat asiat – Oppaan kehittäminen hoitohenkilökunnalle**, on saatavissa kokonaisuudessaan osoitteesta www.theseus.fi.